

T.C  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OLACAK HASTALARDA EĞİTİM  
VE ANKSİYETE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

İmran AKYÜZ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ.DR.Sezgin YILMAZ

Tez No:2012/026

2012-AFYONKARAHİSAR

## KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23.11.2012

DOÇ.DR.Sezgin YILMAZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi  
Jüri Başkanı

DOÇ.DR.Erdoğan OKUR

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

YRD.DOÇ.DR.Pakize ÖZYÜREK

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğrencisi İmran AKYÜZ'ün  
'Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki  
ilişkinin saptanması' başlıklı tezi 23.11.2012 günü saat 11:00.'da Lisansüstü Eğitim-  
Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul  
edilmiştir.

Prof.Dr.Kağan ÜÇOK

Enstitü Müdür

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü engin bilgilerinden ve eleştirilerinden yararlandığım çok değerli hocam sayın Doç.DR.Sezgin YILMAZ'a,

Anketlerin uygulanması ve toplanmasında yardımcı olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniği başhemşiresi Sayın Solcan Hanım'a ve klinik hemşirelerine,

Yüksek lisans tamamlamamda yardımlarını esirgemeyen U.Ü.T.F Kardiyoloji Yoğun Bakım sorumlusu Sayın Sevil DEDE, başhemşiresi Sayın Ergül TUNALI ve yoğun bakımda çalışan sevgili meslektaşlarıma,

Bütün eğitimim boyunca maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen, her zaman destek olan, hakları ödenmeyen fedakar canım değerlim ailem anneme, babama ve abime,

Her zaman yanımda olan, hayat arkadaşım, sevgili eşime ve biricik kızım Zeynep'e,

***SONSUZ TEŞEKKÜRLER...***

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	2
TABLolar DİZİNİ.....	4
GİRİŞ.....	6
GENEL BİLGİLER.....	9
GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
BULGULAR.....	37
TARTIŞMA.....	53
SONUÇ.....	62
ÖNERİLER.....	64
ÖZET.....	65
SUMMARY.....	67
KAYNAKLAR.....	73
EKLER.....	79

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kontrol ve deney grubunun cinsiyet dağılımı.....	37
Tablo 2. Tüm hastaların yaş ortalaması.....	38
Tablo 3. Tüm hastaların yüzdelerle göre eğitim dağılımları.....	38
Tablo 4. Tüm hastaların yüzdelerle göre meslek dağılımları.....	39
Tablo 5. Çalışan ve çalışmayan hasta gruplarının yüzdelerle dağılımları.....	39
Tablo 6. Sosyal güvence durumlarına göre hastaların yüzdelerle dağılımı.....	40
Tablo 7. Medeni durumlarına göre hastaların yüzdelerle dağılımları.....	40
Tablo 8. Tüm hastaların hastane deneyimlerine göre dağılımları.....	41
Tablo 9. Ameliyata girecek olan hastaların ameliyat deneyimine göre dağılımları .....	41
Tablo10. Analjezik öyküsü kontrol ve deney grubu dağılımları.....	42
Tablo 11. Tüm hastaların sağlık personeliyle iletişimde problem yaşama durumlarına göre dağılımları.....	43
Tablo 12. Gruplar arası anksiyete puan değerlendirmesi.....	43

Tablo 13. Hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete skorları.....	44
Tablo 14. Hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre anksiyete skoru.....	44
Tablo 15. Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete skorları.....	44
Tablo 16. Hastaların medeni durumlarına göre anksiyete skor dağılımları.....	45
Tablo 17. Hastaların hastane deneyimlerine göre anksiyete skorları .....	45
Tablo 18. Hastaların ameliyat öykülerine göre anksiyete skorları.....	46
Tablo 19. Kontrol ve deney grubunun ‘Ameliyatta kötü şeyler olacak korkusu yaşıyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımları.....	46
Tablo 20. Hastaların ‘Dengeyi kaybetme korkusu yaşıyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı.....	47
Tablo 21. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız fikri sizde sinirlilik oluşturuyor mu?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı.....	48
Tablo 22. Hastaların ‘Ameliyattan sonra kontrolünüzü kaybedeceğinizi düşünüyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı.....	49
Tablo 23. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız fikri sizde nefes almada güçlük oluşturuyor mu?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı.....	50
Tablo 24. Hastaların ‘Ölüm korkunuz var mı?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı .....	51
Tablo 25. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız için korkuya kapılıyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı.....	52

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Cerrahi uygulamalar yıllar içerisinde değişmekte ve cerrahi hastalıkların tedavisinde geleneksel yaklaşımların yerini minimal invaziv veya endoskopik metodlar almaktadır (Sanaç,2004).

Laparoskopinin cerrahide kullanılmaya başlamasıyla beraber kolelitiyazis ve safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart olarak benimsenmiştir ( Hımal,2002 ; Suter-Meyer,2001 ).

Bütün tıp uygulamaları içinde laparoskopik girişimler kadar kısa sürede ve yaygın olarak benimsenen başka bir konu bulunmamaktadır. Laparoskopik uygulamalar, klasik tıbbın şüpheli yaklaşımından doğan uzun deney aşamalarını adeta atlayarak klinik uygulamanın içine girmişlerdir. Deneme amaçlı ilk girişimlerin yapıldığı tarihten 5–10 yıl gibi kısa bir süre sonrasında, laparoskopik kolesistektominin safra kesesi ameliyatlarında altın standart olarak kabul edilmesi, tekniğin getirdiği ek avantajlarla açıklanmaktadır. Bundan sonra laparoskopik kolesistektomi uygulaması tüm dünyada hızla yaygınlaşmış ve endoskopik cerrahinin diğer formlarının geliştirilmesinde en önemli etken olmuştur (Sanaç,2004; Uluutku,1995).

Dünyada her yıl milyonlarca insana çeşitli nedenlerle kolesistektomi yapılmaktadır. Çalışmalar laparoskopik kolesistektomi tekniği uygulamaya girdikten sonra yapılan kolesistektomilerin arttığını göstermiştir. Klinisyenler ve önceden ameliyatı düşünmemiş hafif şikayetleri olan hastalar daha kolay ameliyat kararı verir hale gelmiştir. Minimal invaziv cerrahinin yararları ve safra kesesi taşının toplumdaki yaygınlığı nedeniyle yıllık kolesistektomi sayısında artış bildirilmiştir (Gülay,2005). Erişkin yaş grubundaki insanların ortalama %10'nunda safra taşları bulunmaktadır. Bu oran İsveç,Çekoslovakya ve Şili gibi bazı ülkelerde, Amerika yerlileri gibi bazı etnik gruplarda %50'lere kadar çıkmaktadır. Doğu Afrika ve bazı üçüncü dünya ülkelerinde %2- 3'tür (Durgun,2002). Ülkemize ait gerçek insidans bilinmemekle beraber yapılan bir araştırmaya göre %10.3 olarak bildirilmiştir (Durgun,2002 ; Yeniay,2004).

**Laparoskopik cerrahinin ;** yara yerlerinin çok daha iyi kozmetik görüntü vermesi, postoperatif daha az ağrı, postoperatif erken mobilizasyon, hastanede kalış süresinin daha az olması, postoperatif uzun dönemde oluşabilen intestinal obstruksiyon riskinin çok daha az olması, laparoskopik olarak karın içinin değerlendirilebilmesi gibi avantajlarının yanında; laparoskopik kolesistektomi, endokamera yardımıyla monitöre yansıtılan görüntü izlenerek yapıldığından hekimin bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması şartı, ameliyathanede donanımlı cihaz ve alet bulunma zorunluluğu ve açık cerrahiye dönme olasılığı gibi dezavantajları da vardır. ( Açık kolesistektomiye geçiş oranı % 2 dir.) ( Avcı,2002; Dion,1992 ).

Genel hastane hastalarında anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak bildirilmektedir (Colon ve Popkin,1996).

Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (Milano ve Kornfield,1984; Bekaroğlu ve ark. , 1991).



Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrası seyri etkileyebileceği için bütün hastalar ameliyat öncesi bilgilendirilmelidir. Bu yaklaşım mümkünse ameliyattan 48- 72 saat önce başlatılmalıdır (Erdil ve Özhan,2001).

Hasta eğitimine, planlanan ameliyatın genel tanımı, genel anestezi ve ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlar, ağrı kontrolünün sağlanması ve solunum fonksiyonlarını destekleyici egzersizlerin öğretilmesinin avantajları ile ilgili genel bilgiler ile başlanmalıdır (Gürses,2002 ; Kocaman,1994).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi eğitim verilerek anksiyete ve eğitim arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Verilen eğitimle hastaların bilgilendirilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerinin en aza indirilmesi ve ameliyat sonrası iyileşme süreçlerine olumlu yönde katkı sağlanması da hedeflediğimiz amaçlardandır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tarihçe

Gray; 3000 yıllık Mısır mumyalarında safra taşlarının varlığını göstererek, bu patolojinin çok eski zamanlardan beri var olduğunu bildirmiştir (Uluutku,1995; Praderi,1982).

Safra kesesi rahatsızlıkları nedeniyle cerrahi girişim ilk kez 1867 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde kolesistostomi yapılan bir hastada gerçekleşti. İlk kolesistektomi ise 1882 yılında Berlin'de Langenbuch tarafından yapıldı . Daha sonraları Koledok taşı nedeni ile İsviçre'de Courvoisier 1890 yılında ilk koledokolitotomiye gerçekleştirmişti (Davis,1995).

Karın boşluğu bir endoskopta ilk kez 1901 yılında George Kelling tarafından incelenmiştir. Kelling bu uygulamayı canlı bir köpekte yapmış ve yöntemi “koelioskopi” olarak adlandırmıştır (Uluutku,1995; Dubois ve ark., 1988).

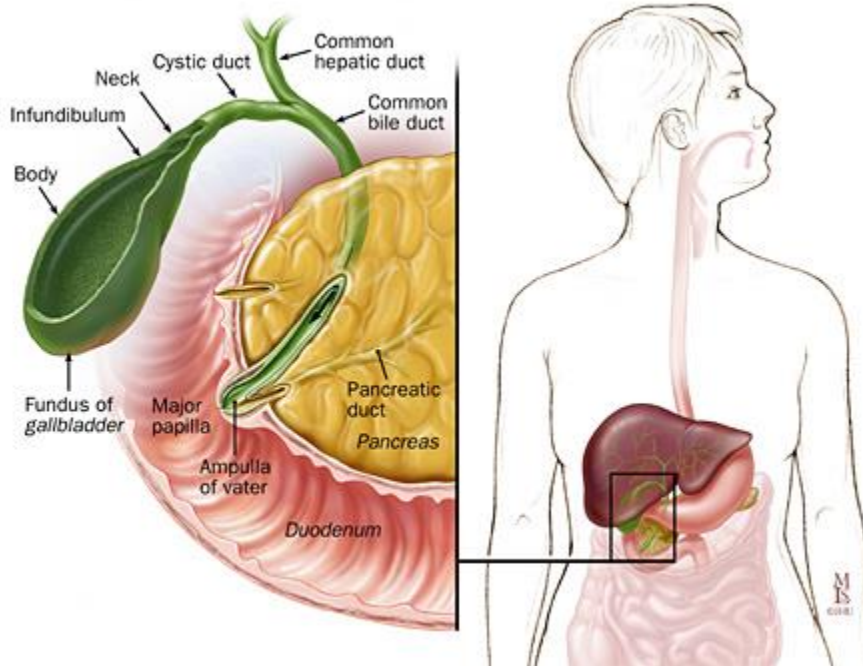
İnsanlarda ilk büyük laparoskopi serileri 1911'de H.C.Jacobacus tarafından yayınlanmıştır. Amerika'da ilk laparoskopi 1911 yılında B.M.Bernheim tarafından yapıldı. W.E.Stone nazofaringoskop kullanarak yaptığı yöntemi peritoneoskopi olarak adlandırdı.1937 yılında John C. Ruddock 500 olguluk peritonoskopi adlı yayını yapmıştır (Filipi ve Fitzgibbons,1991).

Laparoskopik kolesistektomi ilk kez 1985 yılında köpekte C.Filipi ve F.Mail tarafından yapıldı . Nathanson ve Cushieri 1987 yılında domuzda laparoskopik kolesistektomiyi gerçekleştirdiler. İnsanda ilk laparoskopik kolesistektomi 1987 yılında P.Mouret tarafından yapılmıştır. Dubois standart multiponksiyon tekniği ile yapılan ilk laparoskopik kolesistektomi 1989' da yayınlamıştır (Filipi ve Fitzgibbons,1991).

Türkiye’de ilk laparoskopik kolesistektomi 1990 yılı Ekim ayında, Prof.Dr. Ergün Göney İstanbul SSK Okmeydanı Hastanesi’nde gerçekleştirmiştir (Bora ve ark.,1993).

## 2.2. SAFRA YOLLARININ CERRAHİ ANATOMİSİ

Karaciğerin dış salgı işlevi ile ilgili ekstrahepatik oluşumlar sırasıyla sağ ve sol hepatic duktus, ana hepatic duktus, safra kesesi, duktus sistikus ve koledoktan oluşmaktadır (Şekil 1) (Çimen,1994; Snell,1993).



### **Şekil 1. Ekstrahepatik safra yolları (Hopkins,2008)**

Safra kesesi peritonla örtülü olup karaciğerin (KC) sağ ve sol lobları arasında ve alt yüzünde yer alan, 4 santimetre (cm) uzunluğunda, yaklaşık 35-50 mililitre (mL) kapasitesi olan bir organdır (Sanaç,1991; Way 1991; Hawn,2001).

Dört bölümden oluşur:

1. Fundus
2. Korpus
3. İfundibulum
4. Boyun

Fundus, safra kesesinin KC yatağı boyunca uzanan yuvarlak, kör ucudur. Safra kesesi dilatasyonunda sıklıkla palpe edilir. Korpus (gövde), safra kesesinin en geniş kısmıdır. İncelerek boyun şeklini alır ve sistik kanala açılır. Boyun kısmındaki keseleşme infundibulum veya Hartman cebi olarak adlandırılır (Hawn,2001).

Safra kesesinin boyun kısmı sistik kanal olarak devam eder. Ortak hepatic kanalla birleşerek ortak safra kanalını (koledok kanalı) oluşturur. Sistik kanal ile ortak hepatic kanalın birleşim noktasındaki varyasyonlar cerrahi olarak önemlidir (Sanaç,1991).

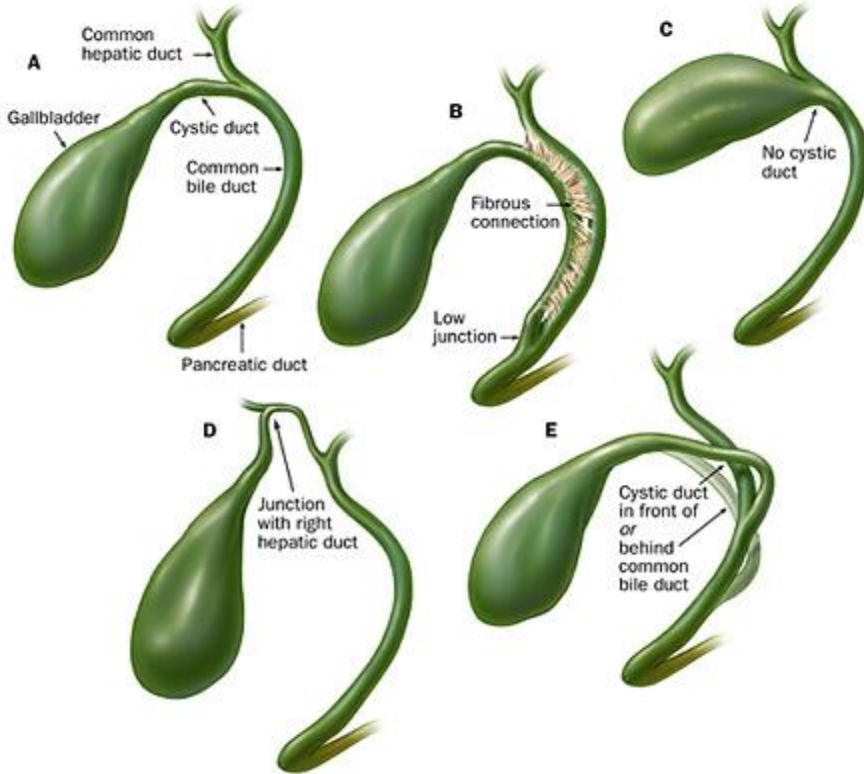
#### **2.2.1. Hepatik Duktuslar**

İntrahepatik segmenter safra duktusları birleşerek lobar duktusları, daha sonra bunlar da kendi aralarında birleşerek sağ ve sol hepatic duktusları meydana getirmektedirler. Böylece ekstrahepatik safra sistemi başlamış olmaktadır. Sağ ve sol hepatic duktuslar porta hepatisde birleşmektedir ve ortak hepatic duktus halini almaktadır. Ortak hepatic duktus bu birleşmeden itibaren başlamakta, 3–4 cm devam ettikten sonra duktus sistikus ile birleşip koledoku oluşturmaktadır (Çimen,1994).

### 2.2.2. Duktus Sistikus

Safra kesesi, değişiklikler göstermekle birlikte yaklaşık 3 mm genişliğinde ve 2–4 cm uzunluğundaki duktus sistikus aracılığı ile ekstrahepatik kanallara açılmaktadır. Duktus sistikus aőaęı arkaya, kese boynunun medialine uzanmakta, ortak hepatik kanalla birleşerek koledoğu oluşturmaktadır. Duktus sistikus bu birleşmeden önce kısa bir mesafe ortak hepatik kanal ile paralel olarak seyretmektedir (Snell,1993).

Ekstrahepatik safra yolları anatomik varyasyonların en sık rastlandığı yerlerden biridir ve duktus sistikusun çok sayıda anatomik varyasyonu tanımlanabilir (Şekil 2).

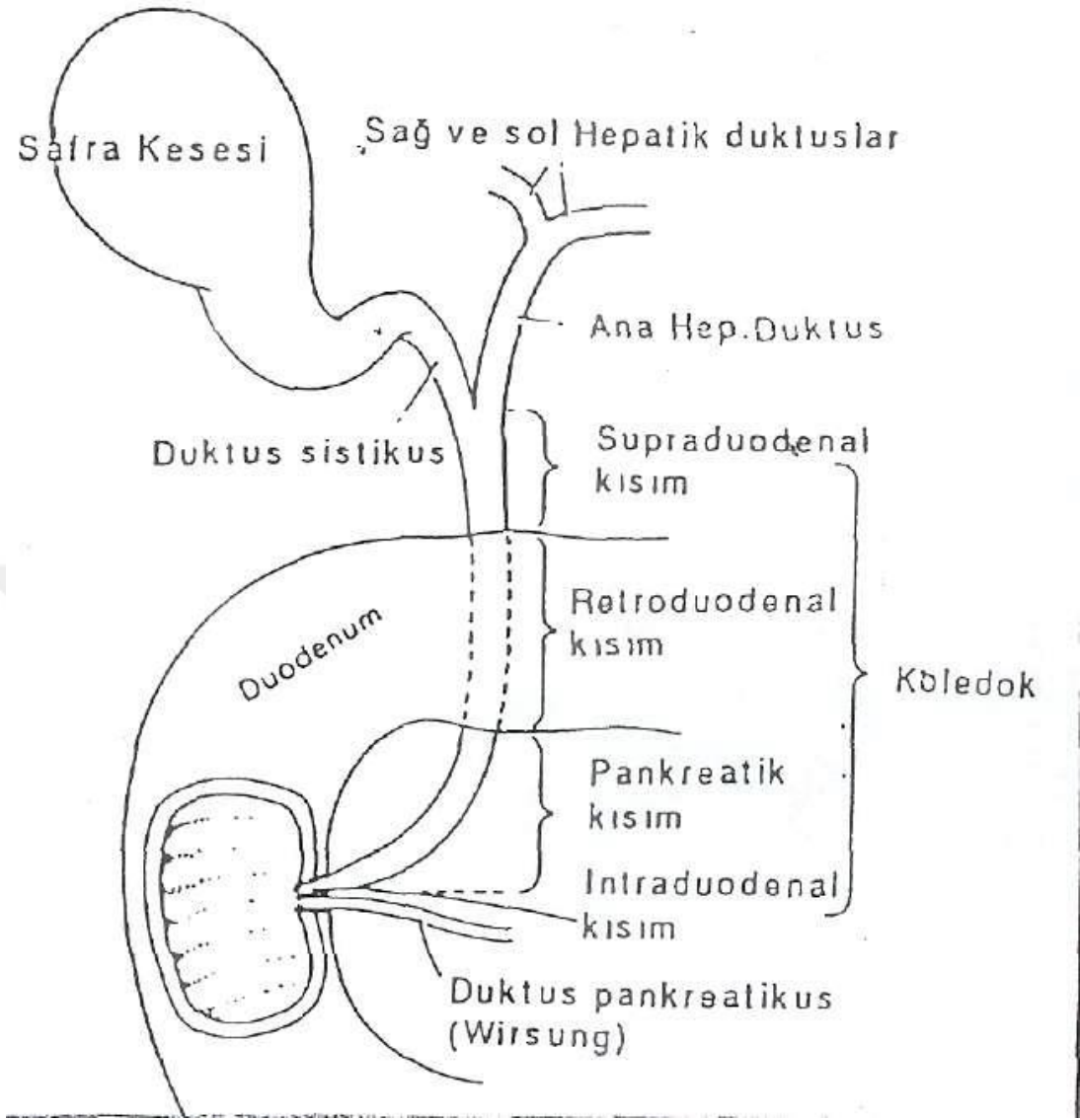


**Şekil 2. Duktus sistikusun anatomik varyasyonları: A-Normal, B-Ana hepatik duktus ile yan yana seyir, C-Duktus sistikus yok ya da çok kısa, D- Sağ hepatik duktusa açılan duktus sistikus, E-Ana hepatik duktus ile önde veya arkada spiral birleşme (Hopkins,2008)**

### **2.2.3. Koledok:**

Duktus sistikus, duktus hepatikus komminusa açılarak koledoğu oluşturmaktadır. Ortalama 8.5 cm uzunluğunda olup dış çap 4-10 mm arasında değişmektedir ( Nobel,1998; Skandalakis ve ark.,1995 ). Koledok supraduodenal, retroduodenal, infraduodenal ve intraduodenal olmak üzere 4 bölümde incelenmektedir ( Şekil 3 ).





Şekil 3-Ekstrahepatik safra yolları anatomisi

#### 2.2.4. Sistik arter:

Sistik arter %95 oranında sağ hepatic arterden çıkan terminal bir arterdir. %5 oranında sol hepatic arter, hepatic komminus arter, gastroduodenal arter veya superior mezenter arterden çıkabilmektedir. Hastaların %25 'inde çift sistik arter olabilmektedir. Sistik arter, safra kesesini, hepatic duktusları ve üst koledoku beslemektedir (Gül,2005).

### **2.2.5. Hepatosistik Üçgen ve Önemi**

1891 yılında, Calot, medialde ortak hepatik kanal, lateralde sistik kanal ve üstte sistik arterin bulunduğu bir üçgeni tanımlamıştır. Daha sonra bu üçgenin üst kenarı, karaciğerin sağ lobunun inferior kenarı olacak şekilde modifiye edilmiş ve buna da hepatosistik veya hepatobiliyer üçgen denilmiştir. Bu üçgenin içinden önemli yapılar geçtiğinden dolayı, kolesistektomi operasyonlarında önemi büyüktür. Çoğu durumda, sistik arter, sağ hepatisin bir dalı olarak bu üçgen içinde ortaya çıkar. Yer değiştirmiş veya süperior mezenterik arterden köken almış aberan bir sağ hepatik arter de, bu üçgenin medial kısmında, sistik kanalın arkasında bulunur. Ayrıca, aberran veya aksesuar hepatik kanallar da, sistik kanal veya ortak hepatik kanalla birleşmeden önce bu üçgen içinde seyrederek (Snell,1993; Durgun,2005; Müslümanoğlu,2002).

Kolesistektomi sırasında, bu üçgenin yeterince ortaya konulması ve içindeki yapıların belirlenmesi kritik öneme sahiptir.

### **2.3. SAFRA YOLLARININ FİZYOLOJİ**

Safra; kolesterol, safra tuzları, lesitin, pigmentler, inorganik iyonlar, konjuge bilirubin, elektrolitler ve sudan oluşan heterojen bir maddedir. Kuru ağırlığının %80'ini safra tuzları, lesitin ve kolesterol oluşturur (Durgun,2005).



Karaciğer tarafından sürekli olarak salgılanan safra, normalde safra kesesinde depo edilerek gerektiğinde duodenuma akar. Günlük total safra sekresyonu 700-1200 ml safra kesesinin maksimal hacmi ise ancak 30-60 ml kadardır. 12 saatlik safra salgısı kese de depo edilebilir. Safra kesesi mukozasından sürekli olarak su, sodyum klorür ve diğer elektrolitlerin çoğu emilerek safra tuzları, kolesterol, lesitin ve bilirubini konsantre eder. Safra genellikle 5 kat konsantre edilmekle beraber maksimum 12-18 kat yoğunlaştırılabilir. Karaciğer içindeki safranin dansitesi 1008-1016, PH'sı 7.1-7.3, safra kesesi içindeki safranin dansitesi 1012-1040, PH'sı 6.9-7.7'dir.

Safra kesesinin boşalması için 2 temel koşul gereklidir:

- (1)Safranin koledok kanalından duodenuma akması için Oddi sfinkterinin gevşemesi,
- (2)Safra kesesinin kasılarak safranin koledok kanalına itilmesi: Safra kesesi depoladığı konsantre safrayı kolesistokinin stimülasyonu ile duodenuma boşaltır. Besinlerde yağ bulunmuyorsa safra kesesi az boşalır, yeterli yağ varsa safra kesesi 1 saat içinde tamamen boşalır (Guyton,1986).

## **2.4. SAFRA TAŞLARI PATOFİZYOLOJİSİ**

Safra taşları kompozisyonuna göre kolesterol taşları ve pigment taşları olarak ikiye ayrılır.

### **2.4.1. Kolesterol Safra Taşları:**

Safra kesesi içinde oluşurlar, %60-70 kolesterol ihtiva ederler, üç tipi vardır.

- 1- Saf kolesterol taşları genellikle safra kesesi içinde tek bir taş olarak görülür.
- 2- Kombinasyon taşları da genellikle tek ve safra kesesi içindedir. Bunların santral kısmı sadece kolesterolden oluşur.
- 3- Mikst taşlar kolesterol, safra pigmenti ve kalsiyumdan oluşur. Renk, büyüklük ve sayıları değişiktir ve klinikte en çok bunlarla karşılaşırız.

Kolesterol safra taşlarının oluşmasında bazı etkenler riski arttırıcı etki gösterirler.

Bunlar:

- a) Diyet
- b) Şişmanlık ve hızlı zayıflama
- c) Kafein
- d) Total parenteral beslenme
- e) Trunkal vagotomi ve mide rezeksiyonu
- f) Distal ileum rezeksiyonu
- g) İnflamatuvar barsak hastalıkları

#### **2.4.2. Pigment taşları**

Safra taşlarının %30'unu teşkil ederler. Siyah pigment taşları ve kalsiyum bilirubinat taşları olarak ikiye ayrılır.

**1-Saf pigment taşları :** Safra kesesi içinde oluşur. Hemolitik anemi, karaciğer sirozu, kalp kapakçık replasmanı yada bilinmeyen nedenlere bağlı metabolik

dengelesizliklerde görülür. Safra taşı olgularının % 10'unda bulunur. Bunlara siyah safra taşları da denir.

**2-Kalsiyum bilirubinat taşları :** Yumuşak, sarı veya kahverengi, toprak rengindedir, parlak değildir ve kötü kokuları vardır. Genellikle safra yollarında bulunurlar. Sıklıkla safra kültürlerinde E.coli üremektedir. Genellikle striktürler, bilioenterik anastomozlar, parazitler sonucu sekonder gelişen taşlardır (Guyton,1986; Sugerman ve ark., 1995).

### 2.4.3. Akut Kolesistit

Akut kolesistit olgularının %95'inde safra taşı mevcuttur ve duktus sistikusun taş ile tıkanması söz konusudur. Safra kesesi progressiv şekilde distansiyona uğrar ve inflame bir hal alır. Makroskopik olarak kesede belirgin distansiyon, cidar kalınlaşması ve diffüz ödem gözlenir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte, özellikle, kanlanması en yetersiz olan fundus bölümünde iskemi bulguları ortaya çıkabilir. Histolojik olarak akut kolesistitte mukozal ve subserozal ödem, hipervaskülarite ve submukozada polimorfonükleer lökositlerin infiltrasyonu söz konusudur (Sanaç,2004; Durgun,2005).

Akut kolesistit patogeneğinde bakteriyel enfeksiyon minör rol oynar. İnflamatuvar süreci başlatan çok sayıda mediyatör belirlenmiştir. Safra asitleri, lizolesitin, fosfolipaz A, pankreatik enzimler ve prostoglandinler bunlardan başlıcalarıdır. Bu maddeler hücre hasarına neden olarak inflamasyonu başlatır ve daha sonra üzerine bakteriyel invazyon eklenir. Kolesistitli olguların safra kültürlerinde en çok üreyen mikroorganizma E.coli'dir (Durgun,2005; Müslümanoğlu,2002; Gül,2005).

En sık karşılaşılan başlangıç belirtisi sağ hipokondriumda olan şiddetli ve devamlı ağrıdır. Ağrı sağ skapula civarı ve sağ omuza yayılabilir. Taşikardi, ateş, bulantı ve kusma eşlik edebilir. Fizik muayenede, karın sağ üst kadranda hassasiyet saptanır. Klasik bulgusu ise Murphy (sağ üst kadrana palpasyonu esnasında, alınan derin nefes

sırasında, ağrı nedeniyle hastanın nefes almayı durdurması) pozitifliğidir (Durgun,2005; Gül,2005).

Hastalığın ilerlemesiyle birlikte inflamasyon, safra kesesini örten visseral peritondan pariyetal peritona yayılır. Bu durumda rebaund belirtisi ve müsküler defans ortaya çıkar (Durgun,2005).

Komplikasyonsuz hastaların çoğunda lökosit, bilirubin, AST, ALT, ALP ve amilaz değerlerinde bir miktar yükselme olabilir (Durgun,2005).

Oral alımın kesilmesi, intravenöz sıvı desteği, bulantı, distansiyon ve kusmayı gidermek amacı ile nazogastrik tüp yerleştirilmesi, analjezik ve antibiyotik (AB) tedavisi ile inflamasyon süreci birçok hastada 4–5 gün içinde safra kesesi cidarında bir miktar fibrozis bırakarak son bulur. Taşın, duktus sistikus ya da Hartmann poşundaki sıkışma durumu sürdüğü takdirde hastalık ilerler ve sonunda ampiyem, gangren ve perforasyon gibi komplikasyonlar meydana gelir (Durgun,2005; Müslümanoğlu,2002; Gl,2005).

#### **2.4.2. Kronik Kolesistit**

Tekrarlayan biliyer kolik ve akut kolesistit atakları, safra kesesinde, fibrozis, kontraksiyon ve duvar kalınlaşmasına yol açar. Nedbeleşme sonucunda kese fonksiyonunu yitirir. Hasta, geğirme, şişkinlik hissi, yağlı gıdalara karşı intolerans ve sağ üst kadran ağrısından yakınır (Müslümanoğlu,2002).

### **2.5. TEDAVİ**

Safra taşı asemptomatik insanlarda hastalığın doğal gidişi selimdir. Akut kolesistit tablosunda gelen hastalar vakit geçirilmeden hastaneye yatırılmalıdır. Hastalığın kesin tanısından sonra intravenöz sıvı ve antibiyotik tedavisine başlanılır. Kusma varsa nazogastrik ile dekompresyon uygulanır. Konservatif tedavi ile akut kolesistit % 40-80 oranında iyileşmekle birlikte hastalığın ilerleyerek perforasyon ve gangren gibi komplikasyonlara yol açabilir. Bugün kabul edilen görüş erken ameliyattır. Bu da konservatif tedaviyi takiben 2-4 gün içinde olmalıdır. Akut tablonun geçmesini ve daha elektif şartlarda operasyon için 6-8 hafta sonra operasyon planlanır. Semptomatik kronik kolesistitte önerilen tedavi biçimi kolesistektomidir (Akhan,1993).

Safra taşlarının günümüzde bilinen en etkin tedavisi kolesistektomidir.

Günümüzde kolesistektomi iki yöntemle yapılmaktadır:

- 1.Açık kolesistektomi.
- 2.Laparoskopik kolesistektomi (Gül,2005).

### **2.5.1. AÇIK KOLESİSTEKTOMİ:**

Sağ subkostal, paramedian veya median insizyon kullanılarak laparotomi yapılır. Periton boşluğuna girildikten sonra karın içi organları, özellikle hiatus ve duodenum mutlaka eksplere edilmelidir. Hepatoduodenal ligamentin altından (Winslov deliği) geçirilen parmakla koledok kanalı, portal ven ve hepatic arter palpe edilir (Economou,1996).

Açık kolesistektomide diseksiyon 2 şekilde yapılabilir.

**a-) Antegrad:** Diseksiyonun önce sistik kanal ve arter ortaya çıkartılıp kesilerek aşağıdan yukarı fundusa doğru yapılması.

**b-)Retrograd:** Diseksiyonun fundustan başlayıp safra kesesi önce karaciğer yatağından ayrıldıktan sonra sistik kanal koledok ile birleştiği yere kadar diseke edilerek bağlanıp kesilir.

Cerrahlar genellikle antegrad yolu tercih ederler .Sistik kanal ve sistik arterin her ikisi bağlanıp kesildikten sonra safra kesesinin yukarıya doğru traksiyonu sürdürülür. Safra kesesi karaciğer yatağından künt ve keskin disseksiyonlarla ayrılarak kolesistektomi işlemi tamamlanır. Safra kesesi karaciğer yatağından çıkarıldıktan sonra karaciğer yatağından kanama olup olmadığına bakılır.Winslov'a 1 adet dren konulup katlar anatomik plana uygun şekilde kapatılır (Economou,1996).

#### **2.5.1.1. Açık Kolesistektomi Komplikasyonları:**

- 1-Kardiyak komplikasyonlar
- 2-Respiratuar komplikasyonlar
- 3-Gastrointestinal komplikasyonlar
- 4-Üriner komplikasyonlar
- 5-Hemoraji ve hematom
- 6-Postoperatif jnfeksiyon
- 7-Koledok ve ana hepatik kanal yaralanması
- 8- Büyük damar yaralanmaları

#### **2.5.2. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ:**

##### **2.5.2.1. Laparoskopik Kolesistektominin Endikasyonları**

Akut kolesistit, semptomatik kolelitiazis, pozitif safra kültürü salmonella taşıyıcıları, porselen (kalsifiye) safra kesesi, orak hücreli anemi, çocuklarda safra kesesinde taşı,

septomatik safra kesesi polipleri, safra kesesi tümörleri gibi durumlarda kesin kolesistektomi endikasyonu mevcuttur (Sanaç,2004; Durgun,2005; Gül,2005; Aydın ve ark., 2005; Aran ve Kılıç,2004).

### **2.5.2.2. Laparoskopik Kolesistektominin Kontrendikasyonları**

#### **I-Kesin Kontrendikasyonlar**

- Genel anestezi alamayacak hastalar
- Beraberinde başka batın cerrahisi gerektiren hastalar
- Sepsis
- Peritonit
- Major kanama, pıhtılaşma bozuklukları

#### **II-Rölatif Kontrendikasyonlar**

- Üst karın ameliyatı geçirenler
- Akut kolesistit
- Koledokolitiazis
- Hamilelik
- Akut pankreatit
- Kolanjit
- Portal hipertansiyon
- Sarılık
- Morbid obezite
- Aşırı kolon distansiyonu (Taşkın ve Zengin,1995; Peters ve Ellison,1991)

### **2.5.2.3. Laparoskopik Kolesistektominin Komplikasyonları**

#### **a-Pnömooperitonyum Sırasında**

- 1.Cilt altına ve preperitoneyal bölgeye insüflasyon,
- 2.Mediastinal amfizem,
- 3.Pnömotoraks, pnömomediastinum,
- 4.Omentum veya batin duvarında kanama,
- 5.Batın içi organ veya damar zedelenmesi,
- 6.Kardiyak aritmi,

### **b- Peroperatif**

1. Safra kesesinin açılması,
2. Koledok yaralanması,
3. Arteriyal kanama,
4. Karaciğerden kanama,
5. Monopolar koter kullanımına bağlı termal organ yaralanması

### **c-Postoperatif**

1. Perihepatik koleksiyon,enfeksiyon,
2. Safra kaçağı,
3. Aktif kanama,
4. Koledokta taş unutulması,
5. Yara enfeksiyonu,
6. Postoperatif ağrı-sağ omuz ağrısı (Taşkın ve Zengin,1995; Peters ve Ellison,1991; Rademaker ve ark., 1992; Joris ve ark., 1991)

#### **2.5.2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları :**

- 1.Açık teknik ile karşılaştırıldığında, postoperatif ağrı ve paralitik ileus süresi laparoskopik kolesistektomide daha kısadır.



2.Ameliyat karın duvarındaki 4 adet 0.5 - 1 cm' lik kesilerden periton boşluğuna yerleştirilen portların içinden yapıldığı için, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde yara yerinde ağrı sorunları nadiren analjezik gerektirmektedir.

3.Kozmetik açıdan insizyonun küçük olması bir avantajdır.

4.Ameliyat sonrası hasta oral alıma saatler içerisinde geçmekte ve 24 - 48 saat içinde taburcu edilebilmektedir. Böylece 1 haftada günlük yaşam aktivitesine dönebilmektedir.

5.Laparoskopik kolesistektomiden sonra brid ileus ve insizyonel fitik gibi komplikasyonlar oldukça azdır.

6.Bu faktörler girişimin maliyetini düşürmektedir.

7.Kardiyopulmoner komplikasyonlar açık cerrahiye göre daha azdır. Bunun sebebi ise ameliyat sonrası üst abdominal ağrının daha az olması sonuçta pulmoner fonksiyonların daha iyi olmasıdır.

8.Bu ameliyatla şüphelenilmemiş bir safra kesesi kanseri eksizyonu ihtimali 1000 kolesistektomide 1'dir. Safra kesesini açmak, içeri gözlemlemek ve şüpheli durumlarda frozen yapmak iyi bir alışkanlıktır. Kanserden şüphelenilmesi durumunda kesenin geçirgen olmayan bir torba içinde çıkarılması gerekmektedir.Eğer kanser saptanmışsa tedavi aynı seansta yapılmalıdır. Umbilikal trokar giriş yeri etrafındaki dokunun eksize edilmesi tedavinin bir parçası olarak uygulanmaktadır; çünkü buralara yayılma görülebilmektedir (Avcı,2002).

#### **2.5.2.5. Laparoskopik Kolesistektominin Dezavantajları :**

1.Laparoskopik kolesistektomi endokamera yardımıyla monitöre yansıtılan görüntü izlenerek yapıldığından hekim bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.

2.Açık kolesistektomiye göre teknik olarak yetersizlikleri mevcuttur. Özellikle kanama kontrolünde ve koledok eksplorasyonundaki zorluklar, inflamasyon ve yapışıklıkların varlığında daha fazla çaba gerektirmesi tekniğin dezavantajlarındanadır.

3.İki boyutlu görüş nedeniyle derinlik hissinin kaybolması, el-göz koordinasyonunun sağlanması gereği, dokuları farklı boyutta görerek çalışma, çok sayıda alet ve cihaza bağımlı olarak çalışılması diğer dezavantajlarındanadır (Avcı,2002).

## **2.6. CERRAHİDE ANKSİYETE**

*“Her Őey beyinden, sadece beyinden kaynaklanır; zevklerimiz beyinden doğar, neşelerimiz, acılarımız, kederlerimiz de. Aynı organ bizi çılgın ya da deli yapar, aynı organ dehşet ya da korku verir, ..... uykusuzluk ve nedensiz anksiyete...”*

*Hippocrates, M.Ö 460-377*

Hastalık, tıbbi açıdan fizyolojik ve organik süreçleri içeren, biyolojik, ruhsal, psikoseksüel, entellektüel, sosyal, çevresel, ailesel ve psikosozal çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir (Kelleci,1998; Özkan,1994; Kaçmaz,1998).

Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneyeceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir. Bu etkilenme sonucunda hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber, anksiyete, depresyon, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi ve yadsıma gibi duygusal tepkiler görölmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak göröleni ise anksiyete ve depresyondur (Kelleci,1998; Özkan,1994; Sezgin ve Alkan,1998; Özkan,1998).

Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen duygusal tepkilerden biri de anksiyetedir ve genellikle depresyonla birlikte. Ülkemizde fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4’ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise bu oran %23’tür (Beausang ve Syed,1998). Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmaktadır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40’tır. Her iki bozukluğun bir arada bulunması, hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri artırabilmektedir (Ateşçi ve ark.,2000) .

Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete, depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme tarzını ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve büyük ölçüde tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler (Kaçmaz,1998; Özcan,1998).

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Bu psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve giderlerini, düzelme ve iyilik durumunu, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Anatolian,2007).

### **2.6.1. CERRAHİNİN PSİKOLOJİK ANLAMAMI**

Cerrahideki korku kaynakları şöyle sıralanabilir:

1. Ölüm korkusu,
  2. Bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu,
  3. Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu,
  4. Ameliyat sonrasında yetiyitimi ve bağımlılık korkusu,
  5. Hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyenden korku,
  6. İşlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular (Örneğin: ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu) (Cimilli ve Baykara,2001).
- Anestezi korkusu da işlemin çeşitli yönleri ve aşamaları ile ilişkili olabilir (Gülseren,1997). Örneğin; obsesifkompulsif kişilik yapısındaki bireyler için bilincin kapanması ve denetim kaybı bir korku kaynağıdır (Özkan S,1993). Paranoid ya da çekingen kişilik yapısındaki bireylerde yabancılardan korku görülebilir. Enjeksiyon

korkusu anestezi de sorun oluşturabilir. Bazı hastalar da anestezinin yeterli olmaması sonucunda ağrı duyumsayacaklarından korkarlar (Milano ve Konrfield,1984).

## 2.6.2. CERRAHİDE GÖRÜLEN ANKSİYETE TÜRLERİ

**1. Preoperatif Anksiyete,**

**2. Postoperatif Anksiyete,**

**3. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu:** Cerrahi tedavi gerektiren hastalık ya da eşlik eden diğer hastalıklar anksiyeteye neden olabilir.

**4. Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozuklukları:** Hastanın kullandığı ilaçlar anksiyeteye neden olabileceği gibi, hastaneye yatışın madde kullanımını sonlandırdığı durumlarda yoksunluk belirtisi olarak anksiyete görülebileceği unutulmamalıdır.

**5. Cerrahiye İlişkin Özgül Fobiler:** Bu durumda anksiyete yalnızca cerrahinin bileşeni olan özgül bir uyarana ya da durumla ilişkilidir. Tedavi reddine neden olabilecek düzeyde hastane, hekim, ameliyat, enjeksiyon, anestezi fobileri görülebilir.

**6. Önceden Varolan Anksiyete Bozuklukları:** Cerrahi girişim olasılığı hastada önceden varolan panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinde alevlenmeye neden olabileceği gibi operasyon sırasında ilaçların kesilmesi ve ilaç etkileşimleri tedaviyi aksatabilir (Cimilli ve Baykara, 2001).

## 2.6.3. PREOPERATİF ANKSİYETE

Preoperatif dönemde hastalarda ciddi psikiyatrik sorunlar gelişebildiği gibi altta yatan tedavi edilmemiş psikiyatrik sorunlar da, hastalarda ciddi komplikasyon gelişimine neden olabilir. Hastalarda preoperatif dönemde ölüm riski, organ ve doku kaybı korkusu, özürlü kalma, ağrıdan korkma, çalışabilirliğini kaybetme ve cinsel işlevini yitireceği korkuları endişeye yol açabilir. Bu tip endişelerin ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyona neden olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Colon ve Popkin,1996).

Çalışmalarda özellikle preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyöz yapıda olduğu tespit edilmiştir (Lichter,1987; Badner ve ark., 1990). Bu nedenle cerrahi operasyon geçirecek hastalar psikiyatrik açıdan değerlendirilmelidir ve bu hastalara mutlaka anksiyetesi sorulmalıdır. Hasta sorulmadan anksiyetesinin olduğunu söylemeyebilir. Endişenin beklenen bir duygu olduğunu söylemek, hastanın endişelerini dile getirmesini kolaylaştırır (Surman,1987).

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituitarhipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür. Anestezi indüksiyonu öncesi adrenalin miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/ dl iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/ dl civarındadır (Domar ve ark.,1989).

Preoperatif anksiyete larengoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur (Carabine ve ark., 1991).

#### **2.6.4. PREOPERATİF ANKSİYETE İLE BAŞETME YÖNTEMLERİ**

Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Önerilen yöntemler şunlardır:

1. Hastaya hastalık ve ameliyata ilişkin eğitim verilir. Hastanın hastalık ve ameliyat hakkındaki imgelemine bir şekil çizerek göstermesi ve bu şekil üzerinde düzeltmeler yapılmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (Surman,1987).

2. Hastanın operasyondan önce cerrah ve anesteziyle görüşmesi güven sağlar ve endişelerin giderilmesine yardımcı olur.

3. Aynı tür işlemin uygulandığı hastalardan oluşan "kendine yardım" (self-help) grupları yararlı olur. Grubun oluşturulamadığı ortamlarda hastalar birbirleriyle tanıştırılmalı ve iletişime girerek deneyim ve duygularını paylaşmaları sağlanmalıdır. Aynı operasyonun daha önce uygulandığı bir hastayla aynı odada kalmanın bile yararlı olduğu gösterilmiştir.

4. Davranışçı Yöntemler: Operasyon öncesinde uygulanan gevşeme egzersizleri, desensitizasyon, self-hipnoz ve biofeedback'in yararlı olduğu bildirilmiştir (Pasnau ve ark., 1996).

5. Psikofarmakolojik Yöntemler: Güvence ve psikolojik desteğin yerini tutmamakla birlikte yararlı olur. Önceden kullanılan anksiyolitiklerin operasyon gününe dek sürdürülmesi önerilmektedir (Pasnau ve ark., 1996).

## **2.6.5. POSTOPERATİF ANKSİYETE**

Araştırmaların çoğunluğu postoperatif anksiyete düzeyinin preoperatif anksiyete düzeyi ile bağıntılı olduğunu göstermektedir (Pasnau ve ark., 1996). Buna karşılık bazı araştırmalar postoperatif duygusal uyumu en iyi olan hastaların preoperatif anksiyetesi orta düzeydeki hastalar olduğu sonucunu vermiştir (Surman,1987). Bu araştırmalarda preoperatif anksiyetesi dūřuk düzeyde olanların genellikle çekingen, inkar ve bastırma mekanizmalarını kullanan, tedavi sürecine katılmayan ve kendilerini ameliyata hazırlamayan hastalar oldukları; buna karşılık preoperatif anksiyetesi yüksek düzeyde olan hastaların güvence verilmesine karşın rahatlayamadıkları ortaya çıkmıştır (Milano ve Kornfield,1984). Postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranı da daha yüksektir (Surman,1987).

Postoperatif anksiyetenin özel bir biçimi ameliyat travması ile ilişkili olan akut stres bozukluğudur. Bu tablo bazı hastalarda travma sonrası stres bozukluğuna dönüşebilir (Pasnau ve ark., 1996).

Postoperatif dönemde oral alımın kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri psikofarmakolojik tedaviyi güçleştiren etmenler arasında yer almaktadır (Pasnau ve ark., 1996).

## **2.7. CERRAHİDE HASTA EğİTİMİ**

Eğitim ve bilgi gelişim sürecinin ayrılmaz bir parçası olmakla beraber eğitim bilgi vermenin ötesinde değişimi hedefler. Eğitim ve bilgi verme arasındaki en büyük fark budur. Eğitim gerçekleri analiz etme becerisi kazandırır, öğretimi kapsar, davranışlarda ve değerlerde daha derin değişimler sağlar. Bu nedenle bizi bu hedefe götürecek uygun eğitim yönteminin belirlenmesi önemlidir (Rankin ve Stallings,2001,4).



Ameliyat öncesinde, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi bir ekip işi olmakla birlikte; hemşire hastaya en yakın ve en uzun bakım veren sağlık profesyonelleri olarak hasta ailelerini bilgilendirmek için iyi bir konumdadır. Hemşire, hasta ve hastası ameliyat olacak hasta yakınlarının gereksinimlerini belirleyip, onları bilgilendirerek güçlüklerle baş etmelerine yardımcı olabilir (Bayraktar ve Bulut 2000; Dönmez ve Özbayır 2008; Erdil ve ark. 2000).

Hastalar hemşirelerin sağlık inanışlarından etkilenir. Bir çok hastanın okuma yazması olmayabilir ya da ana dili farklı olabilir. Hemşireler her alanda olduğu gibi eğitimde de açık, esnek ve yaratıcı olmalıdır (Smith ve ark.,2000; Rankin ve Stallings,2001).

Eğitim; hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağını, hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl baş edeceğinin öğretilmesidir (Kaplan ve ark.,1994).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Bu çalışma, Ekim 2011 – Nisan 2012 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın amacı ameliyat anksiyetesinin, hastaların ameliyata dair bilgi ve ameliyat tecrübeleriyle ilgili olup olmadığını saptamaktır.

Araştırmanın evrenini Ekim 2011 – Nisan 2012 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğinde laparoskopik kolesistektomi olacak 78 hasta oluşturmuştur. Bu hastalar içinde çalışma kriterine uyan 60 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklemdaki hastaların 30'u kontrol grubu, 30'u deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

#### **Araştırmada örneklem seçme kriterleri:**

- Elektif laparoskopik kolesistektomi için yatış kararlarının verilmiş olması,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş olması,
- 18 yaşından büyük olması,
- İletişim kurabilen hastaların olması,

#### **Araştırmada örneklem seçme sırasında dışlama kriterleri:**

- Açık kolesistektomi olacak hastalar
- Türkçe bilmeyen ve iletişime geçilemeyen hastalar

- Araştırmanın sonucunu yanıtacak uç düzeyde hastalar (örneğin araştırmanın çoğunu 40-60 yaş arası oluşturuyorsa, 15 yaşında ki hastanın araştırmaya dahil edilmemesi gibi)
- Araştırmaya katılmak istemeyen hastalar
- Aynı anda birden çok ameliyat planlanan hastalar (daha riskli ameliyatlara gibi)

### 3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklem seçme kriterlerine uygun hasta sayısının yetersizliği, tek merkezli çalışma ve araştırma süresinin sınırlı olması nedeniyle kontrol grubu 30, çalışma grubu 30 olmak üzere toplam 60 hasta ile çalışılabilmektedir. Ameliyat öncesi araştırmaya katılmayı kabul edip ameliyat sonrası reddeden veya araştırma metodolojisine uymayan durumların ortaya çıkması nedeniyle; araştırmada vaka sayısına ulaşılması zaman almıştır ve araştırmanın genel süresini etkilemiştir.

### 3.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma yapılmadan önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı ve araştırmanın yapılacağı kurum yetkili makamlarından gerekli yasal izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalara varsa ailelerine araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ( **EK 10.3**) kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır ( **EK 10.5**) .

Araştırmada veri toplama aracı olarak; hastanın sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık durumunun özelliklerini belirlemek amacıyla, 10 soruluk “Hasta Bilgi Formu ( **EK 10.1**)” ve hasta bireylerdeki anksiyete düzeyini belirlemek için 21 soruluk “Beck Anksiyete Ölçek” testi kullanılmıştır. Her soruya farklı 4 cevap sunulmuştur. Hastalar bu soruların sorulardan en düşük 0, en yüksek 3 puan almıştır ( **EK 10.2 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**) .

“Beck Anksiyete Ölçeği” nde anksiyete düzeylerini belirlemek için aşağıdaki puanlama sistemi esas alınmıştır.

0 puan --- Anksiyete yok

0-21 puan arası --- Hafif Düzey Anksiyete

21-42 puan arası --- Orta Düzey Anksiyete

42-63 puan arası --- Ciddi Düzey Anksiyete

Kontrol ve deney grubuna, konu ile ilgili literatür taraması da yapılarak ameliyatla ilgili bilgiler verilmiştir ve hastaların soruları anlaşılır biçimde cevaplanarak hastalarda soru işareti oluşturacak her hangi bir duruma izin verilmemiştir. Ameliyatla ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra hastaların anksiyetelerini en aza indirmek, post-op sürece katkıda bulunmak amacıyla hem kontrol hem deney grubundaki hastalar kısa bir eğitim programına alınmışlardır.

Hastalara verilen eğitimin içeriğini safra kesesinin anatomik yapısı, görevi, laparoskopik kolesistektomi ameliyatının yapılış şekli, avantajı, ameliyatın riskleri, ameliyat sonrası hastanın yaşayacağı fiziksel durumlar, taburculuk sonrası hastanın dikkat etmesi gereken durumlar ve doktora başvurması gereken önemli duyurular oluşturmaktadır.

Ayrıca hastalara, eğitim ve bilgilendirmeden sonra “Hasta Bilgilendirme ve Eğitim Formu ( **EK 10.4** ) ” da verilerek ameliyata kadar, unutulmuş ya da tekrarlanması istenilen bilgilerin hatırlatılması amaçlanmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada; hastaya Hasta Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmadan ve eğitim verilmeden önce araştırmanın amacı açıklanmış, soruları cevaplama şekli hakkında bilgi verilmiştir.

Hasta bilgi formu ve ölçekler aydınlatılmış gönüllü onam formu onayı sonrasında yüz yüze görüşülerek uygulandı. Formun doldurulması ve hastaya eğitimin verilmesi ortalama 20 dakika sürdü.

Kontrol ve deney grubuna eğitim ve bilgilendirme ; ameliyat gecesi saat 20<sup>00</sup>- 23<sup>00</sup> saat aralığında verilmiştir. Kontrol grubuna “Beck Anksiyete Ölçek” i eğitim ve bilgilendirme verilmeden önce uygulanmıştır. Deney grubuna ise önce eğitim verilip gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra “Beck Anksiyete Ölçek” i uygulanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeğinde hastaya; bedeninizin her hangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma, sıcak/ateş basmaları , bacaklarda halsizlik/titreme, gevşeyememe, çok kötü şeyler olacak korkusu, baş dönmesi veya sersemlik, kalp çarpıntısı, dengeyi kaybetme duygusu, dehşete kapılma, sinirlilik, boğuluyormuş gibi olma duygusu, ellerde titreme, titreklik, kontrolü kaybetme korkusu, nefes almada güçlük, ölüm korkusu, korkuya kapılma, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, baygınlık, yüzün kızarması, terleme(sıcaklığa bağlı olmayan) olmak üzere toplam 21 soru sorulmuştur.

### 3.5. Veri Değerlendirme ve Analizi

Çalışmada sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde değerleri ile birlikte verilmiştir. Yaş değişkeninin ve toplam ölçek puanının gruplar arası karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmada  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 (Chicago, IL.) programında yapılmıştır.

## 4.BULGULAR

Hastalara ait sosyodemografik özelliklere bakıldığında tüm hastaların %31.7'sini (n=19) erkeği, %68.3'ünü (n=41) kadın hastaların oluşturduğu gözlemlenmiştir. Kontrol grubunun 21'ini kadın, 9'unu erkekler oluştururken, deney grubunun 20'sini kadın, 10'unu erkek hastalar oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımına göre incelendiğinde ise gruplar arası fark saptanmamıştır (p=1.00 ve p>0.05). Her iki grupta da kadın olgu oranı erkeklere göre daha fazladır.

Tablo 1. Kontrol ve deney grubunun cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Kontrol		Deney		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
<b>Kadın</b>	21	70	20	66.7	41	68.3
<b>Erkek</b>	9	30	10	33.3	19	31.7

\*Ki-Kare Test

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 60 hastanın yaş ortalaması kontrol grubu için  $54.7 \pm 11.99$ , deney grubu için  $53.1 \pm 13.47$ , toplam hasta için  $53.9 \pm 12.67$  'dir. Gruplar arası dağılıma bakıldığında iki grup arasında yaş ortalaması bakımından fark yoktur (p=0.629 ve p>0.05).

Tablo 2. Tüm hastaların yaş ortalaması

<b>Grup</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Kontrol</b>	30	54.7	11.99
<b>Deney</b>	30	53.1	13.47
<b>Toplam</b>	60	53.9	12.67

\*Independent Samples Test

Kontrol grubunun 14'ü ilkokul, 6'sı lise, 4'ü fakülte ; deney grubunun 15'i ilkokul, 5'i lise, 4'ü fakülte mezunudur. Her iki grupta da okur yazar olmayanların sayısı 2 dir. Gruplar arası eğitim durumuna bakıldığında ise iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 3. Tüm hastaların yüzdelerine göre eğitim dağılımları

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Okuryazar değil</b>	4	6.7
<b>Okuryazar</b>	4	6.7
<b>İlkokul</b>	29	48.3
<b>Ortaokul</b>	4	6.7
<b>Lise</b>	11	18.3
<b>Fakülte</b>	8	13.3
<b>TOPLAM</b>	60	100



Tablo 4. Tüm hastaların yüzdelerine göre meslek dağılımları

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>İşçi</b>	3	5
<b>Memur</b>	6	10
<b>Serbest meslek</b>	5	8.3
<b>Ev hanımı</b>	34	56.7
<b>Emekli</b>	12	20
<b>TOPLAM</b>	60	100

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre %56.7'sinin ev hanımı, %20'sinin emekli, %10'unun ise memur olduğu görülmüştür. Tüm gruplara bakıldığında %23.3'ünün(n=14) çalıştığı, %76.7'sinin(n=46) ise çalışmadığı saptanmıştır. Kontrol ve deney grubu çalışma bakımından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 5. Çalışan ve çalışmayan hasta gruplarının yüzdelerine göre dağılımları

<b>Grup</b>	<b>Çalışıyor</b>		<b>Çalışmıyor</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kontrol	8	13.3	22	36.7
Deney	6	10	24	40
<b>Toplam</b>	14	23.3	46	76.7

\*Ki-Kare Test

Tablo 6. Sosyal güvence durumlarına göre hastaların yüzdelerine göre dağılımı

<i>Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ssk	30	50
Bağkur	12	20
Emekli Sandığı	18	30
<b>TOPLAM</b>	60	100

Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde %50'sinin ssk'lı , %20'sinin bağkur'lu, %30'unun emekli sandığı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sosyal güvencesi olmayan hastaya rastlanmamıştır. Saptanan bulgulara göre sosyal güvence bakımından gruplar arasında da fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 7. Medeni durumlarına göre hastaların yüzdeler dağılımları

<i>Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Evli	52	86.7
Dul/boşanmış	8	13.3
<b>Toplam</b>	60	100

Medeni durumların yüzdeler dağılımlarına bakıldığında (Tablo 7), evli olanların sayısının 52(%86.7) , dul ya da boşanmış olanların sayısının 8(%13.3) olduğu gözlemlenmiştir. Gruplar arasında medeni duruma bakıldığında ise anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 8. Tüm hastaların hastane deneyimlerine göre dağılımları

ÖZELLİKLER		Hastane deneyimi		TOPLAM
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	N	5	25	30
	Gruplar arası %	% 16.7	% 83.3	% 100
	Toplam %	% 8.3	% 41.7	% 50.0
<b>Deney</b>	N	4	26	30
	Gruplar arası %	% 13.3	% 86.7	% 100
	Toplam%	% 6.7	% 43.3	% 50
<b>Toplam</b>	N	9	51	60
	Gruplar arası%	% 15.0	% 85.0	% 100
	Toplam %	% 15.0	% 85.0	% 100

\*Ki-Kare Test

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların hastane deneyimi incelendiğinde kontrol grubunda ki hastaların 5'inin, deney grubunda ki hastaların ise 4'ünün daha önce hiç hastane deneyimi yaşamadığı tespit edilmiştir. Tüm hastaların ise 51'inin daha önce en az bir kere hastane deneyimi yaşadığı görülmüştür. İki grup arasında ki farka bakıldığında ise kontrol ve deney grubu arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Tablo 9. Ameliyata girecek olan hastaların ameliyat deneyimine göre dağılımları

Özellikler	Ameliyat deneyimi		Toplam n
	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	12	18	30
<b>Deney</b>	15	15	30
<b>Toplam</b>	27	33	60

Elde edilen sonuçlara göre laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların %45'i (n=27) daha önce hiç ameliyat deneyimi yaşamamışken, %55'i (n=33) ise en az

bir kere ameliyat deneyimi yaşamıştır. Gruplar arası ameliyat deneyimine bakıldığında ise iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

Tablo 10. Analjezik öyküsü kontrol ve deney grubu dağılımları

Özellikler	Analjezik öyküsü		Toplam
	<i>Kullanıyor</i>	<i>Kullanmıyor</i>	<b>n</b>
<b>Kontrol</b>	26	4	30
<b>Deney</b>	21	9	30
<b>Toplam</b>	47	13	60

Kontrol ve deney grubunu analjezik kullanım bakımından incelediğimizde kontrol grubunun %86.7'si analjezik kullanırken, deney grubunun %70'inin analjezik kullandığı gözlemlenmiştir. Tüm hastaların %21.7'sinin ise analjezik kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

Analjezik kullananların %35'i ağrı kesici ilaçları kendi seçerken, %41.7'si doktor reçetesi ile ilaç aldığını ifade etmiştir. Gruplar arası analjezik kullanımı karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Korelasyon analizi sonucunda analjezik kullanan hastaların anksiyete durumları incelendiğinde kontrol ve deney grubunda toplam anksiyete ölçek puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$  ve  $p=0.428$ ).

Tablo 11. Tüm hastaların sağlık personeliyle iletişimde problem yaşama durumlarına göre dağılımları

Özellikler	İletişimde problem		Toplam
	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	n
<b>Kontrol</b>	23	7	30
<b>Deney</b>	27	3	30
<b>Toplam</b>	50	10	60

Hastaneye başvuran hastaların sağlık personelleriyle olan iletişimlerine bakıldığında %90'ı sağlık personelleriyle iletişimde bir sorun yaşamadıklarını ifade ederken, %10'unu ise iletişimde problem yaşadıklarını belirtmişlerdir ( Tablo 11). Kontrol ve deney grubunu sağlık personeliyle iletişim bakımından karşılaştırdığımızda ise iki grup arasında bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 12. Gruplar arası anksiyete puan değerlendirmesi

	Kontrol	Deney	p
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	3(0-24)	1(0-9)	0.055

\*Mann-Whitney Test

Kontrol ve deney grupları arasında anksiyete açısından iki grup arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 12) .

Tablo 13. Hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete skorları

	Kadın	Erkek	p
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	2(0-14)	1(0-24)	0.269

\*Mann-Whitney Test

Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların anksiyeteleri incelendiğinde kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre anksiyete skoru

	Çalışıyor	Çalışmıyor	p
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	1.5(0-24)	1(0-14)	0.329

\*Mann-Whitney Test

Ameliyata alınacak olan hastaların çalışıp çalışmama gibi durumlarına bakıldığında ise iki grup arasında da anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete skorları

	Okur yazar-ilkokul-ortaokul	Lise	Fakülte	p
	<b>Medyan(Min-Max)</b>	<b>Medyan(Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	1(0-24)	1(0-9)	2(0-8)	0.892

\*Kruskal-Wallis Test

Tablo 15 de hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete skorları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 16. Hastaların medeni durumlarına göre anksiyete skor dağılımları

	Evli	Dul/boşanmış	P
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skor	1(0-24)	1.5(0-14)	0.483

\*Mann-Whitney Test

Ameliyat olacak hastaların medeni durumları incelendiğinde toplam anksiyete ölçek puanları arasında evli yada dul/boşanmış olmaları istatistiksel olarak herhangi bir anlam ifade etmemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 16). Her iki grupta da bekar hastaya rastlanmamıştır.

Tablo 17. Hastaların hastane deneyimlerine göre anksiyete skorları

	Hastane deneyimi olan	Hastane deneyimi olmayan	p
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	1(0-24)	1(0-5)	0.525

\*Mann-Whitney Test

Tüm hastaların hastane deneyimine göre toplam anksiyete skorları değerlendirildiğinde ise daha önce hastaneye yatan ve tedavi görenle, hiç hastane deneyimi olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 18. Hastaların ameliyat öykülerine göre anksiyete skorları

	Ameliyat öyküsü olan	Ameliyat öyküsü olmayan	p
	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	
Anksiyete skoru	1(0-14)	2(0-24)	0.484

\*Mann-Whitney Test

Tablo 18 de ki verilere bakıldığında daha önce en az bir kere ameliyat geçirmiş hastalarla, yaşamı boyunca hiç ameliyat olmayan hasta bireyler karşılaştırıldığında her iki grup arasında da anksiyete bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 19. Kontrol ve deney grubunun ‘Ameliyatta kötü şeyler olacak korkusu yaşıyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımları

Özellikler		Kötü şeyler olacak korkusu		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>n</b>	17	13	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%56.7	%43.3	%100
	<b>Toplam%</b>	%28.3	%21.7	%50
<b>Deney</b>	<b>n</b>	24	6	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%80	%20	%100
	<b>Toplam%</b>	%40	%10	%50
<b>Toplam</b>	<b>n</b>	41	19	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%68.3	%31.7	%100
	<b>Toplam%</b>	%68.3	%31.7	%100

\* $p=0.96$

\* Ki-Kare Test

Beck anksiyete ölçek testinde hastaların ‘ameliyatta kötü şeyler olacak korkusu’ na verdikleri cevap tablo 19’ de verilmiştir. Bu verilere göre kontrol grubunun %43.3’ü



bu soruya evet kötü şeyler olacak şeklinde cevap verirken, deney grubunun ise sadece %20'si ameliyatta kötü şeyler olacağı hissine kapılmıştır. Tüm hastaların %31.7'si bu grubu oluştururken, bu soruya evet cevabını veren kontrol grubunda ki hastaların sayısının deney grubunda ki hastaların sayısından fazla olduğu gözlemlenmiştir. İki grup arasında da 'kötü şeyler olacak korkusu' sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 20. Hastaların 'Dengeyi kaybetme korkusu yaşıyor mu sunuz?' sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Dengeyi kaybetme korkusu		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>N</b>	28	2	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%93.3	%6.7	%100
	<b>Toplam%</b>	%46.7	%3.3	%50
<b>Deney</b>	<b>N</b>	28	2	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%93.3	%6.7	%100
	<b>Toplam</b>	%46.7	%3.3	%50
<b>Toplam</b>	<b>N</b>	56	4	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%93.3	%6.7	%100
	<b>Toplam%</b>	%93.3	%6.7	%100

\*  $p=1.0$

\* Ki-Kare Test

Tablo 20' de hasta bireylerin 'ameliyattan sonra dengeyi kaybetme korkusu yaşıyor mu sunuz' sorusuna verdikleri cevapların dağılımları verilmiştir. Bu verilere göre bu soruya 'evet yaşıyorum' cevabı verenlerin sayısının kontrol ve deney grubunda eşit olduğu gözlemlenmiştir. Her iki grupta da istatistiksel olarak 'dengeyi

kaybetme korkusu yaşıyor mu sunuz ‘ sorusuna verilen cevapta anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 21. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız fikri sizde sinirlilik oluşturuyor mu?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Sinirlilik var mı?		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>n</b>	20	10	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%66.7	%33.3	%100
	<b>Toplam%</b>	%33.3	%16.7	%50
<b>Deney</b>	<b>n</b>	25	5	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%83.3	%16.7	%100
	<b>Toplam%</b>	%41.7	%8.3	%50
<b>Toplam</b>	<b>n</b>	45	15	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%75	%25	%100
	<b>Toplam%</b>	%75	%25	%100

\* $p=0.233$

\* Ki-Kare Test

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olmak için hastaneye yatan hastaların ameliyat gecesi duydukları anksiyeteden kaynaklı oluşan sinirliliğin gruplar arası dağılımı Tablo 21’te verilmiştir. Bu verilere göre kontrol grubunun %33.3’ü ameliyat olma düşüncesinin kendisinde sinirlilik oluşturduğunu söylerken, deney grubunun sadece %16.7’si sinirli olduğunu söylemiştir. Tüm grupların %75’inde ise sinirlilik gözlenmemiştir. Tablo 21’te ki bilgilere göre sinirli olan hasta sayısının kontrol grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 22. Hastaların ‘Ameliyattan sonra kontrolünüzü kaybedeceğinizi düşünüyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Kontrolü kaybetme korkusu		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>N</b>	27	3	30
	<b>Gruplar arası %</b>	%90	%10	%100
	<b>Toplam%</b>	%45	%5	%50
<b>Deney</b>	<b>N</b>	30	0	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%100	%0	%100
	<b>Toplam%</b>	%50	%0	%50
<b>Toplam</b>	<b>N</b>	57	3	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%95	%5	%100
	<b>Toplam%</b>	%95	%5	%100

\***p=0.237**

\* Ki-Kare Test

Yapılan araştırmada ameliyata girecek olan hastaların %5’i ameliyattan sonra kontrolünü kaybedeceklerini düşünmektedirler. Deney grubunda ki hastalar da ise kontrolü kaybetme korkusu gözlemlenmemiştir. İki grup arasında kontrolü kaybetme bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 23. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız fikri sizde nefes almada güçlük oluşturuyor mu?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Nefes almada güçlük		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>n</b>	25	5	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%83.3	%16.7	%100
	<b>Toplam%</b>	%41.7	%8.3	%50
<b>Deney</b>	<b>n</b>	30	0	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%100	%0	%100
	<b>Toplam%</b>	%50	%0	%50
<b>Toplam</b>	<b>n</b>	55	5	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%91.7	%8.3	%100
	<b>Toplam</b>	%91.7	%8.3	%100

\***p=0.052**

\* Ki-Kare Test

Hastalara ameliyata karşı duyduğunuz endişeden dolayı nefes almada güçlük çekiyor musunuz diye sorulduğunda kontrol grubunun bu soruya evet cevabı verme yüzdesi %16.7 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda ki hastaların ise nefes almada güçlük çekmedikleri ifade edilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 24. Hastaların ‘Ölüm korkunuz var mı?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Ölüm korkusu		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>N</b>	18	12	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%60	%40	%100
	<b>Toplam%</b>	%30	%20	%50
<b>Deney</b>	<b>N</b>	21	9	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%70	%30	%100
	<b>Toplam%</b>	%35	%15	%50
<b>Toplam</b>	<b>N</b>	39	21	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%65	%35	%100
	<b>Toplam%</b>	%65	%35	%100

\***p=0.588**

\* Ki-Kare Test

Kontrol ve deney grubunda ki hastaların ölüm korkusuna dair verileri incelendiğinde kontrol grubunun %40’ı ölüm korkusu yaşarken, deney grubunun ise %30’u ölüm korkusu yaşamaktadır. Bu veriler doğrultusunda kontrol grubunun ölüm korkusunu daha fazla hissettikleri görülmüştür. Yine de iki grup arasında ölüm korkusu bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) ( Tablo 24).

Tablo 25. Hastaların ‘Ameliyat olacağınız için korkuya kapılıyor mu sunuz?’ sorusuna verdikleri cevabın gruplar arası dağılımı

Özellikler		Korkuya kapılma		Toplam
		<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	
<b>Kontrol</b>	<b>n</b>	23	7	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%76.7	%23.3	%100
	<b>Toplam%</b>	%38.3	%11.7	%50
<b>Deney</b>	<b>n</b>	29	1	30
	<b>Gruplar arası%</b>	%96.7	%3.3	%100
	<b>Toplam%</b>	%48.3	%1.7	%50
<b>Toplam</b>	<b>n</b>	52	8	60
	<b>Gruplar arası%</b>	%86.7	%13.3	%100
	<b>Toplam%</b>	%86.7	%13.3	%100

\*p=0.052

\* Ki-Kare Test

Tüm hastaların ameliyat olacağınız için korkuya kapılıyor musunuz sorusuna verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları Tablo 25’ de verilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda korkuya kapılan hasta sayısı kontrol grubunda %23.3 iken, deney grubunda ise sadece %3.3 olarak bildirilmiştir. Kontrol grubunda soruya evet cevabını verenlerin sayısının deney grubundan çok olması dikkat çekicidir. İki grup arasında korkuya kapılma bakımından anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

## KONTROL GRUBUNUN YAŞ, CİNSİYET, EĞİTİM DURUMU VE AMELİYAT DENEYİMLERİNE GÖRE ANKSİYETE PUANLARI

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim durumu	Ameliyat deneyimi	Anksiyete skoru	<b>SONUÇ</b>
<b><u>Kontrol 1</u></b>	55	Erkek	Ortaokul	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 2</u></b>	57	Kadın	İlkokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 3</u></b>	69	Erkek	Yüksekokul	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 4</u></b>	67	Kadın	Okur-yazar	Evet	6	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 5</u></b>	50	Kadın	Yüksekokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 6</u></b>	55	Erkek	Lise	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 7</u></b>	71	Kadın	Okur-yazar	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 8</u></b>	52	Kadın	İlkokul	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 9</u></b>	51	Kadın	İlkokul	Hayır	3	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 10</u></b>	71	Erkek	İlkokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 11</u></b>	44	Erkek	Ortaokul	Hayır	24	<i>Orta düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 12</u></b>	43	Kadın	İlkokul	Evet	9	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 13</u></b>	44	Kadın	Yüksekokul	Evet	2	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 14</u></b>	70	Erkek	İlkokul	Hayır	2	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 15</u></b>	62	Kadın	Okur-yazar değil	Hayır	7	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 16</u></b>	46	Kadın	Lise	Evet	3	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>

<b><u>Kontrol 17</u></b>	40	Kadın	Lise	Evet	7	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 18</u></b>	56	Kadın	İlkokul	Hayır	5	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 19</u></b>	63	Erkek	İlkokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 20</u></b>	63	Erkek	İlkokul	Hayır	12	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 21</u></b>	45	Kadın	Yüksekokul	Hayır	8	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 22</u></b>	40	Kadın	İlkokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 23</u></b>	26	Kadın	İlkokul	Evet	5	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 24</u></b>	74	Kadın	Lise	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 25</u></b>	43	Kadın	İlkokul	Evet	3	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 26</u></b>	72	Kadın	İlkokul	Evet	14	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 27</u></b>	52	Kadın	Lise	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Kontrol 28</u></b>	60	Kadın	İlkokul	Hayır	5	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 29</u></b>	58	Erkek	Lise	Hayır	6	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Kontrol 30</u></b>	42	Kadın	Okur-yazar değil	Evet	6	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>



**DENEY GRUBUNUN YAŞ, CİNSİYET, EĞİTİM DURUMU VE AMELİYAT DENEYİMLERİNE GÖRE ANKSİYETE PUANLARI**

	YAŞ	Cinsiyet	Eğitim durumu	Ameliyat deneyimi	Anksiyete skoru	<b>SONUÇ</b>
<b><u>Deney 1</u></b>	68	Erkek	Yüksekokul	Hayır	2	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 2</u></b>	42	Erkek	Lise	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 3</u></b>	48	Kadın	Okur-yazar değil	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Deney 4</u></b>	24	Kadın	İlkokul	Hayır	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 5</u></b>	32	Erkek	Lise	Hayır	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 6</u></b>	50	Kadın	İlkokul	Evet	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Deney 7</u></b>	36	Kadın	İlkokul	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Deney 8</u></b>	42	Kadın	Lise	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 9</u></b>	61	Kadın	İlkokul	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 10</u></b>	63	Erkek	Lise	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>
<b><u>Deney 11</u></b>	61	Kadın	Okur-yazar	Hayır	2	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 12</u></b>	57	Kadın	İlkokul	Evet	1	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 13</u></b>	64	Kadın	Lise	Hayır	9	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 14</u></b>	29	Kadın	Yüksekokul	Evet	4	<i>Hafif düzeyde anksiyete</i>
<b><u>Deney 15</u></b>	61	Kadın	İlkokul	Hayır	0	<i>Anksiyete yok</i>

<b><u>Deney 16</u></b>	69	Kadın	Ortaokul	Evet	3	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 17</u></b>	68	Kadın	Okur-yazar değil	Hayır	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 18</u></b>	29	Kadın	İlkokul	Evet	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 19</u></b>	55	Erkek	Ortaokul	Evet	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 20</u></b>	51	Erkek	İlkokul	Hayır	3	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 21</u></b>	49	Kadın	İlkokul	Hayır	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 22</u></b>	76	Kadın	İlkokul	Evet	0	<b><i>Anksiyete yok</i></b>
<b><u>Deney 23</u></b>	59	Erkek	İlkokul	Hayır	0	<b><i>Anksiyete yok</i></b>
<b><u>Deney 24</u></b>	48	Kadın	İlkokul	Hayır	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 25</u></b>	59	Kadın	İlkokul	Evet	3	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 26</u></b>	60	Kadın	Yüksekokul	Evet	4	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 27</u></b>	71	Erkek	İlkokul	Evet	0	<b><i>Anksiyete yok</i></b>
<b><u>Deney 28</u></b>	49	Erkek	Yüksekokul	Hayır	0	<b><i>Anksiyete yok</i></b>
<b><u>Deney 29</u></b>	50	Erkek	İlkokul	Evet	1	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>
<b><u>Deney 30</u></b>	62	Kadın	Okur-yazar	Hayır	2	<b><i>Hafif düzeyde anksiyete</i></b>

## 5.TARTIŞMA

Çalışma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarda verilen eğitim ile anksiyete arasında bir ilişkinin olup olmadığını tespit etmek için planlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmamız; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran tanısı kolesistit olan ve laparoskopik yöntemin uygulanmasında karar kılınan 60 olgu örnekleminde gerçekleştirildi. Bu araştırmada aynı zamanda ameliyat deneyimleri de göz önünde bulundurularak anksiyete üzerine etkileri incelenmiştir.

Günümüzde cerrahi girişimler, cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ilerlemeler sonucunda, en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkıp yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak cerrahi uygulamalardaki gelişmeler, hemşireleri teknik ve uygulamaya ilişkin yeni sorumluluklar almaya sevk etmektedir. Cerrahi girişimler, önceleri daha uzun süreli hastanede yatış gerektirirken, teknolojideki gelişmeler ve cerrahi tecrübenin artması sonucu hastaların hastanede kalış süreleri kısalmıştır (Çilingir,2004; McGarvey ve ark.,2000; Dramalı ve Demir,1996).

Soria (Soria ve Pellicer, 2005) ve arkadaşları çalışmalarında; laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar için klinik prosedür oluşturmuşlar ve bu prosedürün hastanede kalış süresini kısalttığı, maliyeti düşürdüğü ve hasta memnuniyetini arttırdığını belirtmişlerdir. Kullandıkları klinik prosedür; hasta ve yakınları için bilgi, diyet, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve tıbbi müdahale bakım rejimini kapsamaktaydı.

Erişkin nüfusun % 10' unda safra kesesi taşı mevcut olduğu gösterilmiştir (Jensen ve Jorgensen, 1991). Gelişmiş ülkelerde daha sık görülen bu sorunun prevalansı; yaş, cinsiyet ve etnik gruplara göre değişir. Prevalans yaşla artar ve 50–60 yaşlarda pik

yapar. Kadın/erkek oranı 2' dir. Kadınlarda 20–50 yaş arası prevalans % 5–20, 50 yaş ve sonrasında %25–30' dur. Yetmişli yaşlardaki kadınların % 50' sinde, erkeklerin % 16' sında; 90' lı yaşlardaki kadın ve erkeklerinse % 80' inde safra kesesinde taş olduğu gösterilmiştir ( Lowenfels ve Velema ,1992). Bizim çalışma grubumuzda da kadın hastaların sayısı 41(%68.3), erkek hastaların sayısı ise 19(%31.7)' dur. Yaş ortalaması ise 53.90±12.67 dir. Çalışmamıza dahil ettiğimiz hastaların kadın/erkek sayılarının ve yaş ortalamalarının literatür bilgileriyle uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışma bulgularımıza göre laparoskopik kolesistektomi olan bireylerden 30'u kontrol, 30'u deney grubundaydı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 54.70±11.99 ve deney grubunu oluşturan hastaların yaş ortalaması ise 53.1±13.47 dir. Kontrol ve çalışma grubundaki bireylerin yarısından fazlasının ilkokul mezunu olduğu, her iki grubun büyük bir çoğunluğunu da ev hanımlarının oluşturduğu görülmektedir. Her iki grupta ki hastaların tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu ve %86.7'sinin evli, %13.3'ünün ise dul/boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Bekar hasta grubuna rastlanmamıştır.Kontrol grubundaki bireylerin %83.3'ü, deney grubundakilerin %86.7'si önceden hastanede yatma deneyimleri bulunmakta ve kontrol grubundaki bireylerin %40'ının, deney grubundakilerin %50'sinin önceden ameliyat deneyiminin olmadığı görülmüştür. Tüm hastaların %78.3'ünün ise analjezik kullandığı tespit edilmiştir. Analjezik kullananların %35'i ağrı kesici ilaçları kendi seçerken, %41.7'si doktor reçetesi ile ilaç aldığını ifade etmiştir. Kontrol ve deney grubu sosyodemografik özgeçmiş özellikleri yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farkın olmaması grupların homojenliği ve çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir (p>0.05).

Belirli sınırlarda anksiyete, cerrahi girişim geçirecek hastalarda, hastanede yatmaya ve ameliyata normal bir tepki olarak kabul edilir. Çeşitli çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyete görülme oranının %60-80 olduğu bildirilmiştir (Moerman ve ark., 1996; Hashimoto ve ark., 1993). Gelder ve ark. ameliyat öncesi dönemde, ameliyat hakkında bilgi isteyen “Meraklı” ve istemeyen “Kaçan” olmak üzere iki farklı hasta grubunun yaklaşımını karşılaştırmışlardır. Beklenenin aksine, meraklı grupta

hastanede kalış süresi ve minör komplikasyonlarla belirlenen ameliyat sonrası uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır. Ameliyata ilişkin gerçek beklentileri olan, yeterli bilgi almış, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi anksiyete düzeyi normal sınırlar içinde olan hastaların ameliyat sonrası daha iyi uyum sağladıkları görülmüştür (Gelder M ve ark., 1988).

Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Genel cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete olduğu bulunmuştur (Strain 1985).

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir ( Rothrock,1989). Hasta ameliyat olacağını bildiği için korkar, sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (Varcoralis,1990). Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önce ki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi etkilemektedir (Joseph-Kinzelman ve ark.,1994).

Yapılan çalışmaların birçoğu cerrahi girişim nedeniyle az ağrı yaşayan hastaların daha az anksiyöz hastalar olduğunu göstermektedir ( Carr CJ ve ark., 2004 ). Aynı zamanda hastalarda gerginlik, bağımlılık, çaresizlik ve öfke duyguları da gözlenebilir. Ameliyat olacak hastalarda bu tepkiler daha yoğundur. Bu tepkiler, cerrahi girişimin büyüklüğü ya da küçüklüğü, planlı ya da acil olmasıyla doğrudan ilgili olmadan hasta ve ailesinde ruhsal travmaya neden olabilmektedir. Ruhsal travma sonucunda yaşanan en yaygın sorun anksiyetedir.

Araştırmaların çoğunluğu postoperatif anksiyete düzeyinin preoperatif anksiyete düzeyi ile bağıntılı olduğunu göstermektedir (Pasnau ve ark. 1996). Buna karşılık bazı araştırmalar postoperatif duygusal uyumu en iyi olan hastaların preoperatif anksiyetesi orta düzeydeki hastalar olduğu sonucunu vermiştir (Surman 1987).

Bu araştırmalarda preoperatif anksiyetesi düşük düzeyde olanların genellikle çekingen, inkar ve bastırma mekanizmalarını kullanan, tedavi sürecine katılmayan ve kendilerini ameliyata hazırlamayan hastalar oldukları; buna karşılık preoperatif anksiyetesi yüksek düzeyde olan hastaların güvence verilmesine karşın rahatlayamadıkları ortaya çıkmıştır (Milano ve Kornfield 1984).

Postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranı da daha yüksektir (Surman 1987).

Ülkemizde preoperatif eğitim ile ilgili yapılan araştırmalar, ameliyat öncesi hazırlığın günlük çalışma ortamında etkili olarak yapılmadığını göstermektedir (Karayurt,1998). Bizim çalışmamızda da sağlık personellerinin ameliyata dair bilgilendirme de yetersiz kaldığı ve eğitimin etkin biçimde uygulanmadığı görülmektedir.

Günaydın ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir çalışmada, bireylerin % 70'i işlem öncesinde bilgi aldığını ve % 30'u bilgi almadığını ifade etmişlerdir (Günaydın ve Oflaz,1996). Özbayır ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir başka çalışmaya göre, hastaların % 68.93'üne ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ilgili açıklama yapıldığı ve % 59.15'ine ameliyat hakkındaki açıklamaları doktorun yaptığı saptanmıştır (Özbayır ve ark. 2003).

Bayraktar ve Bulut (2000) tarafından yapılan bir başka çalışmaya göre, hastaların çoğunluğunun ne klinikte (% 72.0) ne de ameliyathanede (% 86.0) ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgi almadığı saptanmıştır (Bayraktar ve Bulut 2000). Çalışmamızda ameliyat hakkında bilgilendirme sonucu yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda da ameliyat öncesi bilgilendirmede eksikliklerin olduğu görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde belirlenen konularda ve hastanın daha çok gereksinim duyduğu konularda bilgilendirme ve eğitim verilmesi önem taşımaktadır.

Eğitim d¼zeyi arttıka insanlar daha çok sorgulayan, araştıran bireyler haline gelirler ve bilgileri arttıka her konuda daha bilinçli karar verebilirler. Moerman ve ark.nın çalışmasında ameliyat öncesi d¼nemdeki sıkıntuların b¼y¼k oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirlenmiştir (Moerman ve ark.,1996). Buna dayanarak, eğitimi hastalarda bilinmezlik fakt¼r¼ daha az etkin olacağından, anksiyetenin daha d¼ř¼k olması beklenebilir. Diğer yandan bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi artırabileceği de unutulmamalıdır( Demir ve ark.,2010). Bizim alışmamızda da fazla bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi artırdığı g¼zlemlenmiřtir. Bazı hasta gruplarında eğitim d¼zeyinin artmasıyla anksiyetenin de doğru orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir. Sosyoekonomik d¼zeyi d¼ř¼k olan hastaların ise anksiyetelerinin daha d¼ř¼k olduğu g¼r¼lm¼řt¼r. Bu sonuca ulaşılmada ki sebepler hastaların cerrahlarına g¼venmeleri, operasyonun laparoskopik oluşunun vermiş olduğu rahatlık, sağlık personellerine rahat soru soramamaları, dini inançlar ( Allah'ın dediği olur, kaderimiz de ne varsa onu yaşayacağız gibi) ve baştan herşeyi kabullenilmişliktir. B¼t¼n bu verilere rağmen bizim çalışmamızda eğitim d¼zeyi bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır( $p>0.05$ ).

Araştırmacı tarafından y¼z y¼ze g¼r¼ř¼lerek uygulanan ankette, hastaların bilgi gereksiniminden çok, ameliyata kaçıncı sırada alınacağı ve taburculuk işlemlerinin ne kadar s¼receđini sorması dikkat çekiciydi. Özellikle kapalı y¼ntemle yapılan ameliyatların artık hastalar tarafından çok ciddiye alınmadığı, genelde yakın çevresinden de bu tip ameliyatları g¼zlemleyip basit olduğu kanısına vardıkları araştırmacıya s¼zel olarak ifade edilmiştir. Araştırmacı hastaya soru sormak için imkan tanıdığında hastaların en çok merak ettikleri soru ameliyata kaçıncı sırada alınacaklarıydı. Hastaların b¼y¼k bir çoğunluğu ameliyatın nasıl olacağını, ameliyattan sonra neler yaşayacağını sorgulamazken, bilgi talep etmezken; bazı hasta gruplarının ameliyat kararını vermeden önce internette genel bir araştırma yaptığını ve gerekli bilgiyi istediği zaman internetten alacağını s¼zel olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaya ameliyatının laparoskopik olacağını s¼ylemek hastanın ameliyata karşı oldukça rahat baktığını g¼steriyor. Artık bilgiye ulaşmanın kolay olduğu bug¼nler de hasta bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili çok fazla endişe duymadıkları,

sorgulayıcı tavırdan çok bir an önce sonuca ulaşıp gereken yapılarak hastanede kalış süresini en aza indirmek, yaşamlarına kaldıkları yerden devam etmek hastaların hastane yönetiminden beklentileridir. Günümüzde internetin var oluşu, hasta bireyin yakın çevrelerinin ameliyat deneyimlerini paylaşması ve hastanın da bunu bizzat kendisinin gözlemlemesi sonucu hastalar bilgi talebinde daha az bulunur olmuşlardır. Bu konu da sağlık personellerinin eskisi kadar hasta bilgilendirme de rol almadığını göstermektedir. Özellikle bireylerin küçük ameliyat diye tabir ettikleri ameliyatlarda sağlık personellerine bilgilendirme konusunda çok ihtiyaç duymadıkları ancak riski yüksek ameliyatlarda en güvenilir bilgiyi sağlık personellerinden talep ettikleri görülmüştür. Bu konu da hasta ve hasta yakınlarının ilgili, uğraşıcı ve önemseyici bir tavır takınmadıkları sadece ameliyatın büyüklüğüne göre hareket ettikleri de araştırmacı tarafından tespit edilen bir yorumdur.

Çalışmamızda kontrol grubunda ki 30 hastadan 10 kişi de anksiyete hiç görülmezken, deney grubunda ise 30 kişiden sadece 9'un da hiç anksiyete gözlenmemiştir. Geri kalan toplam 41 hastadan 40'ının anksiyetenin hafif düzeyde olduğu sadece bir hastanın orta derecede anksiyetesi olduğu saptanmıştır.

Hasta bireylerin ameliyatla ilgili en çok endişe duydukları konu anestezidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anestezideye bağlı endişenin en sık nedeni olarak; Ceyhan ve ark.( Ceyhan ve ark.,2000) ölüm korkusu (%30.6) ve ameliyat sırasında ağrıyı (%22.6), Şekerci ve ark.(Şekerci ve ark.,2001) ise ameliyat sonrası uyanamamayı (%51.9) ve herhangi bir aksilik olması (%22.1) ihtimalini bildirmişlerdir. Yapılan başka bir anket çalışmasında ise anestezideye ait en çok endişe duyulan durum ameliyat sonrası uyanamamak (%32.3) olarak bulunmuştur. Bunu ameliyat sonrası dönemde ağrı hissedilmesi (%21) ve ameliyat sırasında uyanık kalmaktan duyulan endişeler (%11.2) izlemiştir (Demir ve ark., 2009).

Yapılan çalışmada, anksiyetenin, stres yanıtının bir özelliği olduğundan yola çıkılarak, bir grup hastanın ameliyat öncesi anksiyete düzeylerine bakıldı ve hastalarla ilgili bazı değişkenlerin bu düzeyleri etkileyip etkilemedikleri incelendi. Çalışmamızda



yaş için ayrılan alt gruplarda ameliyat öncesi anksiyete sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0.05$ ). Literatürde ameliyat öncesi anksiyetenin gençlerde yaşlılara kıyasla yüksek olduğu bildirilmiştir (Grabow ve Buse,1990). Literatürde anksiyete oranının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilirken, ( Moerman ve ark.,1996; Hashimoto ve ark.,1993) çalışmamızda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda meslek alt gruplarında ameliyat öncesi anksiyete açısından anlamlı bir fark olmasa da anksiyete sıklığının çalışan grubun çalışmayan gruptan yüksek olması dikkati çekiciydi. Çalışmamızda medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Kontrol ve deney grubunun hastane deneyimine bakıldığında her iki grubun anksiyete ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bireylerin anksiyetesini sadece hastane deneyimi etkilemez, aynı zamanda geçirilmiş bir ameliyat öyküsü de bireyin endişesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sorunsuz bir ameliyat deneyimi bireyin ameliyata karşı korkusunu azaltırken, komplike bir ameliyat geçirmiş hasta basit bir operasyona bile normalden daha fazla endişe duyabilmektedir. Bizim çalışmamızda ki verilere göre kontrol grubunun ameliyat deneyimi deney grubunda ki hastaların ameliyat deneyiminden fazla olduğu görülmüştür. Gruplar arası farka bakıldığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

İncelenen verilerde tüm hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışıp çalışmama durumları, hastane deneyimi ve ameliyat öyküsü bakımından anksiyete ölçek puanları karşılaştırıldığında kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

Çalışmamız da beck anksiyete ölçeğinde ki bazı sorular tek tek ele alınıp incelendi. İki grup arasında fark olup olmadığını anlamak için Ki-Kare testi uygulandı. Bütün sorular da gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Gruplar arası fark olmamasına rağmen elde edilen bilgilere göre kontrol grubunda ki hastaların anksiyetesi deney grubundaki hastaların anksiyetesinden yüksek bulunmuştur. Örneklerle açıklayacak olursak hastalara ‘ameliyatta kötü şeyler olacak hissine kapılıyor musunuz?’ diye sorulduğunda bu soruya kontrol grubunun evet cevabı verme yüzdesi 43.3 iken, deney grubunun cevap verme yüzdesi sadece yüzde 20’dir. Bir başka soru “Ameliyattan sonra dengeyi kaybedeceğinize inanıyor musunuz?” du. Bu soruya cevap verme oranlarına bakıldığında ise her iki grupta evet inaniyorum cevabı eşit çıkmıştır. Hastaların sinirlilik durumuna bakıldığında ise kontrol grubunun %33.3’ü ameliyat fikrinin kendisini sınırlı yaptığını söylerken, deney grubunun %16.7’si ameliyattan kaynaklı sınırlı olduğunu söylemiştir. Kontrol grubunun %10’u ameliyattan sonra kontrolü kaybetme korkusu yaşarken, deney grubunda ki hastalar da ise böyle bir korkunun yaşanmadığı saptanmıştır. Anksiyetenin sebep olduğu solunum sıkıntısına bakarsak kontrol grubunun %16.7’si nefes alıp vermekte zorluk çektiğini ifade etmiştir. Deney grubunda ki hastaların ise her hangi bir solunum sıkıntısı yaşamadığı bildirilmiştir. Gruplar arası hasta bireyler de ölüm korkusu da incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kontrol grubunun %40’ı ölüm korkusu yaşarken, deney grubunun ise %30’u ölüm korkusu yaşadıklarını ifade etmiştir. İki grup arasında ölüm korkusu bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ameliyatın bireyde korku oluşturma yüzdesine bakıldığında kontrol grubunun %23.3 ‘ü , deney grubunun ise %3.3’ü korkuya kapıldıklarını söylemişlerdir.

Bulgularımız literatürle uyumlu olarak ameliyat öncesi dönemde hastayla görüşülmesinin ve onlarla iyi bir iletişim kurulmasının anksiyeteyi azalttığını ancak anksiyeteyi direk etkilemediğini göstermiştir. Etkin verilen bu eğitimin hastayı memnun ettiği ve ameliyat sonrası iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilediği hastalar tarafından araştırmacıya sözel ifade edilmiştir. Hem ameliyatın nasıl gerçekleşeceği hakkında hastaya bilgi verilmesi hem de bireyin ameliyat sırasında ve sonrasında neler yaşayacağını açıklanması bireyi ameliyat öncesi rahatlatırken yine de anksiyetenin tamamen giderilmesinin bireyin bilgi seviyesiyle tamamen ilgili olmadığı gözlemlenmiştir. Ancak yine de hastaların hastanede ki tutumları bilgiyi talep etmedikleri yönündedir. Bilgilendirme yapıldıktan sonra bu durumun

rahatlatıcı, endişeyi giderici bir hal aldığını ifade etmişlerdir. Bilgilendirme öncesi bu tip bilgilerin gereksinimini hissetmemişlerdir. Sağlık personellerine de bu konuda ki istek ve şikayetlerini bildirmemişlerdir. Burada hastaların tutumlarının bekleyici bir tutum olduğu, bilgiyi gidip alma yönünde ısrarcı olmadığı, durumu tamamen hastane yönetimi ve sağlık personeline bıraktığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların eğitimden memnun kaldıkları, bu eğitimi ameliyat olacak herkese tavsiye ettikleri araştırmacıya sözel olarak ifade edilmiştir.



## 6.SONUÇLAR

Kolelitiazis tedavisinde laparoskopik kolesistektomi ilk seçilecek tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Daha az ağrı duyulması, daha erken oral gıdayı tolere edebilme, günlük aktiviteye dönüşün daha çabuk olması ve daha iyi kozmetik sonuçların alınması bu yöntemi daha cazip kılmaktadır.

Bu çalışmada ki amacımız verdiğimiz eğitimle ameliyata girecek olan hastaların ameliyata karşı oluşan anksiyetelerini en aza indirmek, hastaların sorularını anlaşılabilir şekilde cevaplamak ve ameliyat sonrası sürecine olumlu yönde katkıda bulunmaktır. Çalışmamızın sonucuna bakılırsa hastaların büyük bir çoğunluğunun ameliyata dair bilgi sahibi olmadığı, sadece ameliyat yönteminin kapalı olacağını bildiği, bilgi sahibi olmak için sağlık personellerinden herhangi bir talepte bulunmadıkları, internetten ve yakın çevresinden edindikleri bilgilere göre ameliyata girdikleri, ameliyatın kapalı yöntemle olması sebebiyle ameliyatı çok ciddiye almadıkları, hastaneden ameliyat için çok fazla sıra beklememeyi ve taburculuk işlemlerinin hızlı olmasını istedikleri saptanmıştır.

Yapılacak olan ameliyatın büyüklüğü ne olursa olsun ameliyat fikri hasta bireyde anksiyeteye neden olabilmektedir. Verilen eğitim ve bilgilendirmeye hastanın anksiyetesi tamamen gitmemekle birlikte gereğinden fazla bilgi sahibi olmanında anksiyeteyi arttırdığı gözlenmiştir. Eğitim seviyelerine bakılarak anksiyete incelendiğinde bazı hasta gruplarında eğitim düzeyi düşük olanlarda hiç anksiyete gözlenmezken, eğitim düzeyi yüksek olan kimi hastalarda bu durum dezavantaj olarak görülmektedir. Bunda ki etkenin ise fazla detaycı, sorgulayıcı ve şüpheli yaklaşımın olduğu tahmin edilmektedir. Bizim araştırmamızda da vardığımız sonuç bu yöndedir. Örneklem grubumuzu daha çok eğitim düzeyi düşük bireyler oluşturmakta ve bu hastaların anksiyetesinin eğitim düzeyi yüksek bireylerden daha düşük olduğu görülmektedir.

Ameliyatın laparoskopik olması çoğu hasta grubunun ameliyatı ciddiye almamalarına neden olmaktadır. Ameliyatı basit bir işlem olarak gördükleri için asgari bilgiyle yetindikleri de sözel olarak ifade edilmiştir. Ancak verilen eğitimden de memnun kaldıkları, bunun gerekli olduğunu ve ameliyata girecek olan her hastanın bu eğitimi mutlaka alması gerektiğini belirtmeleri bilgiyi talep etmemelerine rağmen hastaların bu düşünceyi savunmaları dikkat çekici bulunmuştur. Bu da bize çalışmaya katılan hasta grubumuzun bilgiyi hazırda istediklerini ve ameliyatın kontrolünü genelde sağlık personellerine bıraktıklarını göstermiştir.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin, ameliyata dair oluşan endişeyi azalttığı görülmüştür. Buna rağmen araştırmamızın sonuçlarına göre kontrol ve deney grubu arasında, verilen eğitimle anksiyete puanlaması arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak anksiyetenin kontrol grubunda daha yüksek çıktığı yapılan analizlerde tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre hastalara ameliyat öncesi eğitimin verilmesi, bunun bir ekip şeklinde sağlanması, hastaya kendini ifade etme imkanının tanınması, soruların büyük bir dikkatle ve anlaşılır bir biçimde cevaplanması, abartılı bilgilendirmeden kaçınılması anksiyetesi olan hastanın endişesinin tamamen ortadan kalkmasa bile anksiyetesinin azalmasına yardımcı olacaktır.

Biz bu çalışmada hastanın anksiyetesi olsun ya da olmasın hastalara ameliyata dair bilginin verilmesinden ve hastaların kısa bir eğitim programından geçirilmesinden yanayız. Bu bilgilendirmenin de hastaların polikliniğe başvurmalarından itibaren başlamasını desteklemekteyiz. Eğitim ve bilgilendirmenin sadece anksiyeteyi gidermek için değil bunu ameliyata girecek olan her hastanın doğal bir hakkı olduğunu düşünmekteyiz.

## 7.ÖNERİLER

- Hastaneye yatış sebebi ne olursa olsun hastaya hastalığı hakkında genel bilgi verilmesi, gerekirse hastalara kısa bir eğitimin uygulanması,
- Yapılacak bilgilendirmeye hastanın yakın ailesinin de katılmasının sağlanması
- Ameliyatın sadece olumlu yönlerinden değil olası risklerinden de bahsedilmesi ancak aşırı bilgilendirmeden de uzak durulması
- Hasta anksiyetesi olduğunu ifade ettiği zaman, sağlık personelinin buna önemseyici ve çözümleyici bir yaklaşımda bulunması
- Hastanın hastaneden ve sağlık personelinden beklentilerinin asgari düzeye indirilmesi
- Hastaya özel iletişim şeklinin seçilmesi, bireyin sosyo-ekonomik ve eğitim durumları da göz önünde bulundurularak hastanın sorularının yanıtlanması
- Hastalar için eğitim materyalleri geliştirilerek (broşür, video vb.) etkili bir şekilde bilgi almalarının sağlanması önerilmektedir.

## 8.ÖZET

### 8.1. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ OLACAK HASTALARDA EĞİTİM VE ANKSİYETE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

**Amaç:** Bu çalışmada ki amaç laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi verilen eğitimle anksiyeteleri arasındaki ilişkileri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde laparoskopik kolesistektominin yapıldığı genel cerrahi kliniğinde yapılmıştır. Örneklemimiz; 30'u kontrol, 30'su deney grubu olmak üzere toplam 60 hastadan oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında; Kişisel veri formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Hasta Eğitim Formu kullanılmıştır. Veriler sayı ve yüzde analizleriyle değerlendirilmiştir. Yaş değişkeninin gruplar arası karşılaştırmasında bağımsız çift örneklem t testi, toplam ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırmalarında ise grup sayısının ikiden büyük olması durumunda Kruskal Wallis testi ve iki grup arası karşılaştırmalarda Mann Whitney testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmada  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın analizleri SPSS 13.0 (Chicago, IL.) programında yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Hastaların yaş ortalaması  $53.9 \pm 12.67$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun 21'ini kadın,9'unu erkekler oluştururken, deney grubunun 20'sini kadın, 10'unu erkek hastalar oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımına göre incelendiğinde ise gruplar arası fark saptanmamıştır( $p=1.00$  ve  $p > 0.05$ ). Her iki grupta da kadın olgu oranı erkeklere göre daha fazladır. Her iki grupta da okur yazar olmayanların sayısı 2 dir. Gruplar arası eğitim durumuna bakıldığında ise iki grup arasında fark saptanmamıştır( $p > 0.05$ ). Kontrol ve deney grupları arasında anksiyete

açısından yapılan araştırmada iki grup arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edildi ( $p>0.05$ ).Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların anksiyeteleri incelendiğinde kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete skorları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Tüm hastaların hastane deneyimine göre toplam anksiyete skorları değerlendirildiğinde ise daha önce hastaneye yatan ve tedavi görenle, hiç hastane deneyimi olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır( $p>0.05$ ) .

Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerine göre eğitimin planlanması ve uygun eğitim materyalleri ile desteklenerek bilgi verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca kontrol ve deney grubunun anksiyete skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen,kontrol grubunda ki hastaların anksiyeteleri deney grubuna oranla biraz daha yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Laporoskopi, Kolesistektomi, Anksiyete, Eğitim



## SUMMARY

### 8.2. DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATION AND ANXIETY IN DISEASE IN LAPAROSCOPIC CHOLECISTECTOMY

**Purpose:** The purpose of this study is that patients will be given training in laparoscopic cholecystectomy anxiety is to determine the relationship between pre-operative.

**Materials and Methods:** Research, Uludag University Faculty of Medicine department of general surgery, laparoscopic cholecystectomy was performed. Our sample, 30 control, 30'su experimental group consists of a total of 60 patients. Collection of data, personal data form, the Beck Anxiety Inventory and the Patient Education Form. The data analysis of the number and percentage were evaluated. Independent Samples t-test comparison of variables between the groups in age, total scale scores between the groups if the group number greater than two Kruskal Wallis test and Mann-Whitney test was used for comparison between the two groups. Chi-square test was used for comparison of categorical variables between the groups. In this study,  $p < 0.05$  was considered statistically significant. Analysis of the study, SPSS 13.0 (Chicago, IL.) Made the program.

**Results and Conclusion:** The average age of the patients was  $53.9 \pm 12.67$ . 21 percent of the control group women, 9 out of men, the experimental group, 20 women and 10 percent are male patients. When analyzed according to gender distribution did not differ between the groups ( $p = 1.00$  and  $p > 0.05$ ). Ratio of female patients in both groups were more likely than men. In both groups, the number of illiteracy is 2. Looking at educational attainment between the groups did not differ between the two groups ( $p > 0.05$ ). The survey of experimental and control groups in

terms of anxiety, there was no statistically significant difference between the two groups ( $p > 0.05$ ). Laparoscopic cholecystectomy patients will be examined anxiety statistically significant difference between male and female patients were not significantly different ( $p > 0.05$ ). By level of education of the patients examined, no statistically significant difference was found between anxiety scores ( $p > 0.05$ ). Of the total anxiety scores were assessed in all patients before hospital experience and treatment of hospitalized görenle, no significant difference was found between patients with or without hospital experience ( $p > 0.05$ ). According to the information needs of patients with preoperative planning and appropriate training should be given educational material and concluded that supporting information. Anxiety scores were also compared to the control and experimental group although there was no significant difference between the two groups, the control group was slightly higher than the experimental group of patients with anxiety.

**Keywords:** Laparoscopy, Cholecystectomy, Anxiety, Education

## 9.KAYNAKLAR

- Himal HS. Minimally invasive ( laparoscopic ) surgery. Surg Endosc 2002;8:265-270
- Suter M,Meyer A. A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it safe Surg Endsc 2001;15:1187-1192.
- Durgun A.V. (2002) Safra Taşları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 28 s:129-140.
- Yeniay L. (2004) Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastalarda, Ropivakain'in Postoperatif Ağrı ve Stres Yanıt Üzerine Etkisi Uzmanlık Tezi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. İzmir.
- Sanaç Y. Safra kesesi. Sayek İ (editör). Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. s.1372–80.
- Uluotku AH. Laparoskopik ve açık kolesistektominin karşılaştırılması (tez). İstanbul: T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servis Şefliği; 1995.
- Gülay H. (Ed) (2005) Temel ve Sistemantik Cerrahi İzmir Güven Kitapevi İzmir s: 1244, 1815, 1296, 379, 395.
- Avcı C. Videolaparoskopik kolesistektomi . Kalaycı G ( ed ). Genel Cerrahi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2002, 763-773.
- Dion YM, Morin J. Laparoscopic cholecystectomy. A review of 258 patients. Can. J. Of Surgery 1992; 35 (3):317-320.
- Praderi RC. One hundred years of biliary surgery. Surg Gastroenterol 1982;1:269–87.
- Davis CJ,Filipi CJ.:A history of endoscopic surgery. In:Arregui ME, Fitzgibbon RJ . et al : Principles of laparoscopic surgery : basic and advanced techniques . New York. 1995. ;3:21
- Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy par coelioscopie. Presse Med 1988;18:980–2.
- Filipi CJ, Fitzgibbons RJ.: Historical review:diagnostic laparoscopy. 1991 ;3-21.
- Bora S,Saydam S,Özman İ,Füzün M,Gülay H,Soylu M. Laparoskopik kolesistektominin ilk 6 aylık sonuçları. Klin Den Cer Derg. 1993;1:213-215.
- Erdil F. Özhan Elbas N. (2001) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (4. Baskı). Ankara s: 293-296.
- Gürses H.N. (2002) Preoperatif Rehabilitasyon, Kronik Solunum Yetersizliğinde Solunum Pompa Desteği Solunum (4):2 : 332-338.
- Kocaman G. (1994) Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları Saray Medikal Yayıncılık İzmir s:175-196,51-87.

Colon EA, Popkin MK (1996) Anxiety and panic, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s.402-425.

Milano MR, Kornfield DS (1984) Psychiatry and surgery, Review of Psychiatry. L Grinspan (Ed), 3. Cilt, Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s. 256-277.

Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K ve ark. (1991) Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2(4):285-288.

Strain JJ (1985) The surgical patient, Psychiatry. R Michels, JO Cazenar (Ed), 2. Cilt, Philadelphia, JB Lippincott, s.1-11.

Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE ve ark. (1996) Surgery and surgical subspecialties, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc.,s.608-639.

Çimen A. Anatomi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, 1994:423-6.

Snell RS (Çeviri: K. Arıcı). Uygulamalı Anatomi. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 1993. s.194-8.

Johns Hopkins Gastroenterology & Hepatology Resource Center. Gallstone disease is the most common disorder affecting the biliary system. c2008 [update 2008 July 21;cited 2008 July 21][http://hopkinsgi.nts.jhu.edu/pages/latin/templates/index.cfmpg=disease1&organ=3&disease=33&lang\\_id=1](http://hopkinsgi.nts.jhu.edu/pages/latin/templates/index.cfmpg=disease1&organ=3&disease=33&lang_id=1).

Sanaç Y, Safra Kesesi Hastalıkları. In: Sayek İ (ed). Temel Cerrahi. Güneş kitapevi ltd. řt. Ankara 1991; 943–956.

Way LW. Biliary Tract. In: Way WL (edt).Current Surgical Diagnosis and Treatment (IX edt) 1991, pp, 527.

Hawn MT. Biliary Anatomy And Physiology. In: Greenfield LJ, Mulholland MW,Oldham KT, Zelenock GB, Lillemoie KD (eds). Surgery: Scientific Principles And Practice.(III ed) Philadelphia 2001, pp, 1001-10.

Sanaç Y, Safra Kesesi Hastalıkları. In: Sayek İ (ed). Temel Cerrahi. Güneş kitapevi ltd. řt. Ankara 1991; 943–956.

Durgun V. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları. Değerli Ü, Erbil Y (editörler).Cerrahi Gastroenteroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2005. s.265-80.

Müslümanoğlu M. Safra kesesi selim hastalıkları. Kalaycı G (editör). Genel Cerrahi.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s.1177-91.

İstanbul.Nobel Kitabevi.1998 ; 216-224.31

Skandalakis JE, Skandalakis NP, Skandalakis LJ. Extrahepatic biliary tract anatomy. Surgical Anatomy and Technique.Springer-Verlag.1995;513-548.

Gül G. Laparoskopik kolesistektomide preoperatif deksametazon uygulanmasının postoperatif hasta konforu üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi (tez). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4.Cerrahi Kliniği; 2005.

Guyton AC. : Textbook of Medical Physiology. Seventy edition. Philadelphia. WB Saunders. 1986.

Sugerman HJ ,Brever WH,Shiffman ML. et al:A multicenter,placebo controlled,randomized, double-blind,prospective trial of prophylactic ursodiol for the prevention of gallstone formation following gastric by-pass induced rapid weight loss. Am J Surg. 1995 ;169:91-97

Akhan O.:Safra kesesi ve Safra yolları Hastalıkları Tanı ve Tedavisinde Radyolojik Yöntemler. Temel Cerrahi . Sayek İ(edt). 1993;2.cilt:95:931-941

Aydın Ç, Aytekin F, Tekin K, Yılmaz S, Kabay B, Sungurtekin U ve ark. İleri yaştaki hastalarda laparoskopik kolesistektomi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2005;21:179-83.

Aran Ö, Kılıç YA. Safra yolları hastalıkları. Sayek İ (editör). Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. s.1381-93.

Taşkın M, Zengin K: Laparoskopik cerrahinin tarihçesi. Laparoskopik cerrahi. Alemdaroglu K, Taşkın M, Apaydın B. İstanbul Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1995: 1-5

Peters JH, ellison CE: safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1991;1: 3-12

Rademaker BM, Ringers J, Odoom JA, Dewit LT, Kalkman CJ, Oosting J:Pulmonary function and stres response after laparoscopic cholecystectomy : comparison withsubcostal incision and influence of thorasic epidural analgesia. Anesth Analg 1992, 75: 381- 385

Joris J, Ledoux D, Honore P, lamy M: ventilatory effects of CO<sub>2</sub> insuflation during laparoscopic cholecystectomy. Anesthesiology (suppl 3) 1991; 75.121-125

Economou SG, Economou TS:Atlas of surgical tecniques.WB Saunders Company.1996;19:408-424.

Mason EM , Duncan TD: Laparoscopic cholecystectomy. Mastery of endoscopic and laparoscopic surgery. Eubanks WS(edt). 1999 ; 28 : 241-249

<http://www.cinarhastanesi.com.tr/kapali-ameliyatlara>

Kelleci M. Bedenssel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, 1998.

Özkan S. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi: Tarihçesi, tanımı, kavramları, işlevleri ve ilkeleri. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul,1994, s.1-25.

Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve psikososyal bakım. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (21- 23 Ekim 1998, İstanbul) Tam Metin Kitabı, İstanbul, 1998, s.198-206.

Sezgin A, Alkan S. Yetişkin hastalarda yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2:43-46.

Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. C Güleç, E Köroğlu (eds), Psikiyatri Temel Kitabı, cilt II, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.789- 799.

Beausang P, Syeed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. Scott Med J 1998; 43:177-180.

Ateşçi FÇ, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanoglu NK. Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri (13-17 Haziran 2000, Edirne) Kongre Kitabı, Edirne, 2000, s.748.

Özcan A. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve geleceği. V. Ulusal Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (21-23 Ekim 1998, İstanbul) Tam Metin Kitabı, İstanbul, 1998, s.222.

Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:52-61

Can Cimilli, Burak Baykara. Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt 4, Sayı 3 (2001) Özet - PDFCerrahide Anksiyete.

Gülseren Ş (1997) Psikiyatri ve cerrahi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II. A Çelikkol (Ed), İzmir, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 2(2), s.245-270.

Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ., s.179.

Lichter LJ, Johanson CE, Mhoon D, Faure EAM, Hassan SZ, Roizen MF. Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery Anesthesiology 1987; 67:595-599.

Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety detection and contributing factors. Can J Anaesth 1990; 37:444-447.

Surman OS. The surgical patient. "Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry" içinde. Eds. Cassem NH. 2. Baskı, Littleton, PSG Publishing, 1987;69-83.

Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity Anesth Analg. 1989; 69: 763-770.

Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg. 1991; 73: 633-640.

Jensen KH, Jorgensen T. Insidence of gallstones in a Danish population. Gastroenterology 1991;100:790.

Lowenfels AB, Velema JP. Estimating gallstone incidence from prevalence data. Scand J Gastroenterol 1992;27:984.

Çilingir D. (2004) Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yasadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi Ankara.

McGarvey H.E. Chambers M.G. Boore J.R. (2000) Development and Definition of The Role of The Operating Department Nurse: A Review *Jurnal of Advanced Nursing* 32(5) pp;1092-1100

Dramalı A. Demir F. (1996) Ameliyathane Hemşirelerinin Gelişen Teknolojiye Uyumu I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu İzmir.

Soria V. Pellicer E. et all. (2005) Evaluation of the Clinical Pathway for Laparoscopic Cholecystectomy *The American Surgeon* 75:1 pp; 40-45

Günaydın N, Oflaz F (2(1996). Planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin incelenmesi. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu (Bildiri Kitabı). İzmir 26-27 Eylül, 223-229

Özbayır T, Demir F (3(2003). Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 14-23.

Bayraktar N, Bulut HD (2000). Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6): 34-38.

Smith. D., Duell. J.D., Martin B.(2000) *Client Education, Clinical Nursing Skills* .pages: 1013-1019.

Rankin S., Stallings D.K. (2001) *The Process Of Teaching and Learning, Patient Education*, Philadelphia, 4th Edition, Page 3,9-10, 94-99.

<http://www.worldeducationsites.com/dfference-education-information/>( Erişim Tarihi: 19.11.2009)

Rothrock J.C (1989) Perioperative nursing research partI: preoperative pychoeducational interventions: *AORN Journal*, 49(2): 597-618.

Varcoralis E.M (1990) *Foundation Of Psychiatric Mental Health Nursing*: Philadelphia, W.B. Saunders Company. S.171-173.

Joseph-Kinzelman ve ark. (1994) Client's perceptions of involuntary hospitalization: *Journal of Psychosocial Nursing*.32(6): 28-32

Karayurt Ö., (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998,2(1)

Erdil F, Elbaş NÖ (2001). Cerrahi hemşireliği (perioperatif hemşirelik). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı*. 4. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, 97-137.

Dönmez YC, Özbayır T (2008). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası (good perioperative of nursing care scale)'nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(2): 1-25.

Erdil F, Elbaş NÖ (3(2000). Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyatı beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(6): 1-5.

Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-51.

Demir A, 2010; Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı(Anxiety therapy in cardiac surgery patients) Aslı Demir, Dilan Akyurt, Berna Ergün, Candan Haytural, Tuğba Yiğit, İrfan Taşoğlu, Atilla Halil Elhan, Özcan Erdemli; Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara;

Ceyhan A, Basar H, İnan N, Yağmurdur H, Çetinbaş R, Parpucu M ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000; 12:75-9.

Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A, Çetinsoy BC, Karabıyık L, Erdemli Ö ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi* 2001;9:48-51.

Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Türk Anest Der Dergisi* 2009;37:225-33.

Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990;40:255-63. [Abstract]

Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A. Anxiolytic effect of preoperative showing of "anesthesia video" for surgical patients. *Masui* 1993;42:611-6. [Abstract]

Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA. Impulse-control disorders not elsewhere classified. In: *Synopsis of psychiatry*. London: Williams & Wilkins; 1994; p. 777-8.

Carr CJ, Thomas VN, Barnet JW. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int J Nurs Stud* 2004; 14:1-8.

Gelder M, Gath D, Mayou R. *The Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 1988.



## 10.EKLER

### EK 10.1. HASTA BİLGİ FORMU

Ameliyat Öncesi Eğitimin Verildiği Tarih: ...../...../2011- .....

Hastaneye Yatış Tarihi: ...../...../2011

Hastaneden çıkış tarihi: ...../...../2011

Ameliyat Tarihi / Saati: ...../...../2011

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti: ( ) Erkek ( ) Kadın

3. Eğitim Durumu:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yüksekokul-Fakülte

g) Diğer: .....

4. Mesleği:

a) İşçi

b) Memur

c) Serbest Meslek

d) Ev Hanımı

e) Emekli

f) Diğer: .....

**5. Sosyal Güvence:**

- a) Yok
- b) SSK
- c) Bağkur
- d) Emekli sandığı
- e) Yeşil kart

**6. Medeni durum**

- a) Evli b) Bekar c) Dul / Boşanmış

**7. Daha önce hastane deneyimi:**

- a) Hayır b) Evet

**8. Daha önce geçirilmiş ameliyat hikayesi:**

- a) Hayır b) Evet

**9. Analjezik kullanım öyküsü:**

- a) Her hangi bir ağrıda uygun olan ağrı kesici ilacı kendim seçer alırım.
- b) Arkadaş/komşu önerisi ile ağrı kesici alırım.
- c) Dr reçetesi ile ağrı kesici alırım.
- d) Ağrı kesici ilaçları kullanmam.
- e) Diğer:.....

**10. Sağlık personeli ile iletişimde problem yaşıyor mu?**

- a) Hayır b) Evet

## EK 10.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

### BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGUN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.


	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötüşeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
onaylanmıştır.  
27.08.2011  
2011/8/41/v

12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Erzurum Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 27 Eylül 2011  
Karar No: 2011-18/4

## EK 10.3. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	<b>Ü-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU</b> <b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b> <b>(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2011	Sayfa : 1 / 4
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın .....

Sizi DOÇ.DR.Sezgin YILMAZ tarafından yürütülen “*Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması*” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz ve sorumlu araştırmacı tarafından doldurulmuş bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Doç.DR. Sezgin YILMAZ

Araştırma Sorumlusu  
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

### Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, size yapılacak işlem hakkında kısa bir eğitim verilerek anksiyetenizi(korku ve endişe) en aza indirmektir. Böylece ameliyat sonrası oluşabilecek problemleri de en aza indirmiş olacağız. İşlem hakkında bilgi sahibi olmanız, bilmediğiniz konuları sorarak öğrenmeniz ameliyata karşı olan korku ve endişenizi giderecektir, ameliyat sonrası daha iyi bir iyileşme süreciniz ve moraliniz olacaktır

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 27 Ocak 2011  
Kara No: 2011-18/4

Çalışmanın adı:Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması  
Tarih: 19/09/2011



Ü-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2011	Sayfa	2 / 4
Rev. No	: 00	Rev.Tarihi	:		

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:**

Öncelikle bu çalışmaya katılmak için her hangi bir özel duruma sahip olmanız gerekmemektedir. Sadece size laparoskopik kolesistektomi işleminin uygulanması yeterlidir. Bu araştırmada uygulanacak teknik basit rastgele örnekleme yöntemi olacaktır. Size verilecek olan anket formunu lütfen ameliyattan önce , araştırmacının sizi yönlendireceği zaman da uygulayınız. Size en uygun seçeneği (X) işareti yaparak belirtebilirsiniz. Aynı soruda lütfen birden fazla cevap işaretlemeyiniz. Her sorunun mutlaka bir cevabı olacaktır. Anlamını bilmediğiniz bir terimle karşılaştığınızda lütfen araştırmacıdan bu konu hakkında bilgi alınız. Soruları sadece kendi yorumlarınızla cevaplayınız,yakınınızdan her hangi bir yardım talebinde bulunmayınız. Bu konu da en sağlıklı yönlendirmeyi size araştırmacı yapacaktır. Bu anket formunda doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Cevaplar tamamen sizin ne hissettiğinizle ilgilidir.

**Araştırmanın Süresi: 6 ay**

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 60 hasta birey**

**Size Getirebileceği Olası fayda ve Rahatsızlıklar:**

\*Size verilecek olan eğitimle ameliyat öncesi uygulanacak işlem hakkında bilgi sahibi olmuş olacaksınız.

\*Hastalığınız ve ameliyatınız ile ilgili her türlü soruyu sorma imkanına sahip olacaksınız.

\*Ameliyat sonrası aldığınız eğitim sayesinde daha az stresli ve daha iyi bir iyileşme süresi geçireceksiniz

\*\*\*Bu çalışmada size herhangi bir işlem uygulanmayacağından, bu çalışmadan herhangi bir zarar görmeyeceksiniz.

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**

Sorumlu Araştırmacı: DOÇ.DR.Sezgin YILMAZ

Yard.Araştırmacı: İmran AKYÜZ

**Katılma ve Çıkma:**

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Masraflar:**

Bulunmamaktadır.

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 27 Ocak 2011  
Kara No: 2011-18/4

**Gizlilik:**

Çalışmanın adı:Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması  
Tarih: 19/09/2011





UÜ-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2011	Sayfa : 3 / 4
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen anket çalışmasının amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu anket çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı: İmran AKYÜZ

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin (Klinikte yapılacak çalışmalar anket çalışmaları için geçerlidir)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 27 Eylül 2011  
Kara No: 2011-18/4

Çalışmanın adı: Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması  
Tarih: 19/09/2011



UÜ-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2011	Sayfa	4 / 4
Rev. No	: 00	Rev.Tarihi	:		

*NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.*

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 27 Ocak 2011  
Kara No: 2011-18/4

Çalışmanın adı: Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması  
Tarih: 19/09/2011



## **EK 10.4. HASTA BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM FORMU**

### **HASTA BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM FORMU**

#### **LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ NEDİR?**

Safra kesesinin çıkartılması işlemidir. İşlem tek bir büyük kesi yerine birkaç küçük delikten yapılır. Halk arasında kansız safra kesesi ameliyatı diye de adlandırılır. Laparoskop, ince uzun, ucunda kameranın olduğu bir tüptür. Kamera ile cerrah safra kesesini bir TV ekranında izleyerek operasyonu gerçekleştirir. Safra kesesi küçük bir delikten karın dışarısına alınır.

#### **SAFRA KESESİ**

Karaciğerin sağ alt kısmında bulunan armut şeklindeki organ safra kesesidir. Temel görevi, karaciğerin ürettiği bir sindirim sıvısı olan safraı toplamak ve yoğunlaştırmaktır. Safra, yemek yendikten sonra, sindirime yardımcı olması için safra kesesinden salgılanır. Safra, dar ve tüp şeklindeki kanallardan (safra kanallarından) ince bağırsağa doğru ilerler. Safra kesesinin alınması pek çok kişide sindirimle ilgili bir bozukluğa yol açmamaktadır.

## **SAFRA KESESİ SORUNLARININ SEBEBİ NEDİR?**

Safra kesesi sorunlarının nedeni genellikle safra kesesi taşlarının varlığıdır. Bu taşlar, safra kesesinin dışına akışına engel olabilir, böylece safra kesesi şişer, karın ağrısı, kusma, hazımsızlık ve zaman zaman ateş görülebilir. Safra kesesi taşı ana safra kanalını tıkarsa, sarılık görülebilir.

## **LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ**

- ✓ Karın duvarına açılan 2 adet 1 cm lik ve 2 adet 0.5 cm lik toplam 4 adet kesiden zel aletlerle safra kesesinin tamamının alınması işlemidir
- ✓ Ameliyat genel anestezi ile yapılmaktadır.
- ✓ Ameliyatın süresi yaklaşık olarak 30-60 dakika arasında değişmektedir.
- ✓ Ameliyat sonrasında 2 saatte sıvı gıdalar alınmakta ve 4. saatte ayağa kaldırılmaktadır.
- ✓ Ameliyat sonrasında 1 gece hastanede kalınmakta ve ertesi gün taburcu olunmaktadır.
- ✓ Ameliyat az riskli ameliyat grubunda kabul edilmektedir.
- ✓ Anestezi riski
- ✓ Ana safra kanalının yaralanma olasılığı
- ✓ Ameliyat sonrası solunum yolu problemleri

## **AMELİYATI LAPAROSKOPİK OLARAK GERÇEKLEŞTİRMENİN AVANTAJLARI NELERDİR?**

- 1) On ile on beş cm.lik bir kesi yerine, bu ameliyatta karında sadece dört küçük açıklık oluşturulur.
- 2) Genellikle ameliyat sonrası ağrı en az düzeydedir.
- 3) Açık safra kesesi ameliyatı geçiren hastalara kıyasla, bu ameliyat sonrasında hastalar daha çabuk iyileşmektedir.
- 4) Hastaların çoğu bir gün içerisinde taburcu edilir ve normal faaliyetlerine daha çabuk geri dönebilirler.

## **SAFRA KESESİ AMELİYATINDAN SONRA NELER BEKLENİLİR?**

- 1) Safra kesesinin alınması ciddi bir karın ameliyatıdır ve sonrasında belli bir düzeyde ağrı görülecektir.
- 2) Bulantı ve kusma sık yaşanan durumlardır.
- 3) Sıvılar ya da bir diyet tolere edildiğinde, hasta laparoskopik safra kesesi ameliyatını geçirdiği gün ya da ertesi gün taburcu edilir.
- 4) Faaliyetler hastanın kendini nasıl hissettiğine bağlıdır. Hastadan yürümesi istenir. Ameliyattan sonraki gün hastalar kıyafetlerini çıkarabilir ve duş alabilir.
- 5) Araba kullanma, merdiven çıkma, ağırlık kaldırma ya da çalışma gibi çeşitli normal faaliyetlere muhtemelen bir hafta içerisinde başlayabilirler.

- 6) Hasta eve döndüğünde genellikle iyileşme progresiftir.

**Ateş başlangıcı, sarı deri ya da gözler, gittikçe kötüleşen karın ağrısı, şişlik, devamlı bulantı, kusma ya da kesi yerinden akıntı bir komplikasyonun habercisi olabilir.**

*Bu gibi durumlarda doktorunuzla irtibata geçmelisiniz.*

- 7) Safra kesesinin laparoskopik olarak alındığı tip bir ameliyat geçiren hastaların çoğu, ameliyatın ertesi günü taburcu edilirler. Hatta bazıları ameliyat oldukları gün içerisinde evlerine gönderilirler.
- 8) Hastaların çoğu, yaptıkları işe bağlı olarak laparoskopik ameliyattan sonra yedi gün içerisinde işlerine dönebilirler. İdari ya da masa başı işi yapan hastalar birkaç gün içerisinde işlerine dönebilirken, manuel güç ya da ağır yük kaldırma gerektiren işlerde çalışanlar daha uzun sürede işlerine dönebilirler.
- 9) Açık ameliyat geçirenlerin normal faaliyetlerine dönmesi ise dört ila altı haftayı bulur.

# EK 10.5. ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
Görükle Yerleşkesi, 16059 Nilüfer/ BURSA

## ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalarda Eğitim ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin Saptanması
	ARAŞTIRMA SORUMLULARI	Doç.Dr.Sezgin Yılmaz
	YARDIMCI ARAŞTIRICILAR	Hemşire İmran Akyüz
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	6 ay
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	60
	DESTEKLEYİCİ KURULUŞ	-
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	Anket çalışması / Tez çalışması	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	19.09.2011	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.09.2011	Türkçe
	ANKET -ÖLÇEK- FORMU	-	Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	05.05.2011	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2011-18/4	Tarih: 27 Eylül 2011
	<p>Kocatepe (Afyon) Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Sezgin Yılmaz'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda;</p> <p>1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun gönüllüye çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine.</p> <p>4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

### ETİK KURUL BİLGİLERİ

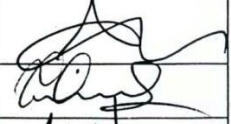
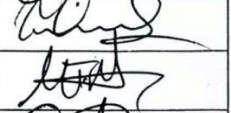

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU
---------------	---------------------------------

ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Berrin SEVİNİR Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Engin ULUKAYA Üye	Biyokimya	U.Ü.T.F. Tıbbi Biyokimya AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Necdet KARLI Üye	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Murat CİVANER Üye	Deontoloji	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Bülent EDİZ Üye	Biyostatistik	U.Ü.T.F. Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
Görükle Yerleşkesi, 16059 Nilüfer/ BURSA

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

Doç.Dr.Şaduman BALABAN ADIM Üye	Patoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Yrd.Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Zeynep Gözde TUNCER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbet Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma