



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILACAK HASTALARDA
GEREKİNİMLERE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN AMELİYAT SONRASI
ANKSİYETE VE KONFORA ETKİSİ**

Hülya KIZIL TOĞAÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA- 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILACAK HASTALARDA
GEREKSİNİMLERE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN AMELİYAT SONRASI
ANKSİYETE VE KONFORA ETKİSİ**

Hülya KIZIL TOĞAÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç. Dr. Emel YILMAZ

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Yelda CANDAN DÖNMEZ

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı
Hülya KIZIL TOĞAÇ
İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren hocam Doç. Dr. Emel YILMAZ'a,

Çalışmam sırasında görüş ve önerilerinden faydalandığım Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU ve Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN'e, verilerin değerlendirilmesinde desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Hakan BAYDUR ve Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA'ya,

Eğitim kitapçığı ve videoların hazırlanmasında her türlü desteği veren arkadaşım Arş. Gör. Senan MUTLU'ya,

Çalışmamın veri toplaması aşamasında bana yardım ve desteklerini esirgemeyen Manisa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi hekim ve hemşirelerine,

Çalışmama kendi istekleri ile katılan ve bilim dünyasına katkıda bulunan hastalara,

Çalışmaya verdikleri destek için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimine,

Hayatım boyunca bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan, beni her zaman destekleyen ve her seferinde daha umutla, daha sabırla hayata inanmamı sağlayan sevgili annem Hanife KIZIL ve babam Hakkı KIZIL'a, mesafelerin yarattığı her türlü zorluk ve sıkıntıya rağmen birlikte her türlü engelin aşılabileceğini gösteren sevgili eşim Soner TOĞAÇ'a tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Hülya KIZIL TOĞAÇ

Bu tez Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından 2017-193 numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GRAFİKLER LİSTESİ	xiii
RESİMLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ	xv
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1. 1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	5
1. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI	8
1. 3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. SAFRA SİSTEMİ	10
2.1.1. Safra Kesesinin Fonksiyonu	10
2.1.2. Kolelitiazis (Safra Taşları).....	11
2.1.3. Epidemiyoloji.....	12
2.1.4. Patofizyoloji.....	12
2.1.5. Risk Faktörleri	15
2.1.6. Klinik Belirtiler	15
2.1.7. Komplikasyonlar	16
2.1.8. Safra Kesesi Taşlarında Cerrahi Tedavi.....	16
2.1.8.1. Açık Kolesistektomi	16
2.1.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi	17

2.1.8.2.1. Laparoskopik Kolesistektominin Gelişim Aşamaları.....	17
2.1.8.2.2. Kullanılan Araç-Gereç ve Cihazlar	18
2.1.8.2.3. Laparoskopik Kolesistektomide Cerrahi Teknik	18
2.1.8.2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları	19
2.1.8.2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları.....	20
2.1.8.2.6. Laparoskopik Kolesistektomide Hemşirelik Bakımı.....	20
2. 2. HASTA EĞİTİMİ	21
2.2.1. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları	22
2.2.2. Hasta Eğitiminin Temel Özellikleri	22
2.2.3. Hasta Eğitiminin Amaçları	23
2.2.4. Eğitim Veren Hemşirede Bulunması Gereken Özellikler	23
2.2.5. Eğitim Sürecini Olumsuz Etkileyen Faktörler.....	23
2.2.6. Temel Öğrenme Becerileri	24
2.2.7. Hasta Eğitiminde İlkeler.....	24
2.2.8. Öğrenme Yöntemleri.....	24
2.2.9. Eğitim Süreci	25
2.2.10. Ameliyat Öncesi Eğitim	26
2.2.11. Cerrahi Sürece İlişkin Eğitim Planlaması.....	26
2.2.11.1. Beceri Geliştirmeye Yönelik Eğitim	27
2.2.11.2. Ağrı Yönetimine İlişkin Eğitim	27
2.2.11.3. Beslenme ve Sıvılara Yönelik Eğitim	27
2.2.11.4. Barsak Hazırlığı.....	28
2.2.11.5. Cilt Hazırlığı	28
2.2.11.6. Ameliyat Sabahı Hazırlıkla İlgili Eğitim.....	28
2.2.11.7. Hareket ile İlgili Eğitim.....	29

2.2.11.8. Yara İyileşmesine Yönelik Eğitim	29
2.2.11.9. Gastrointestinal ve Üriner Sisteme Yönelik Eğitim	30
2.2.11.10. Enfeksiyon Gelişmesini Önleme Eğitimi	30
2. 3. ANKSİYETE	30
2.3.1. Anksiyete Tanımı	30
2.3.2. Anksiyete Durumunda Ortaya Çıkan Bilişsel ve Davranışsal Etkenler	31
2.3.3. Anksiyete Düzeyleri	31
2.3.4. Anksiyete Kuramları	31
2.3.5. Spielberg'in Anksiyete Kuramı	32
2.3.6. Cerrahi Süreç ve Anksiyete	33
2. 4. KONFOR	34
2.4.1. Konfor Kavramı ve Kuramı	34
2.4.2. Konfor Kuramının Gelişimini Etkileyen Felsefi Bakışlar	35
2.4.3. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı	36
2.4.4. Konfor Kuramında Temel Hemşirelik Kavramları	38
2.4.5. Konfor Kavramının Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi	39
2. 5. AĞRI	40
2.5.1. Ağrının Tanımı	40
2.5.2. Ağrının Algılanması	40
2.5.3. Ağrı Teorileri	42
2.5.4. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler	42
2.5.5. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	43
2.5.6. Ağrı Sınıflandırılması	43
2.5.7. Ağrının Değerlendirmesi	44
2.5.7.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler	44

2.5.8. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü	45
2.5.9. Ağrı Tedavisi Yöntemleri	46
2.5.9.1. Farmakolojik Yöntemler	46
2.5.9.2. Farmakolojik Olmayan Yöntemler	46
2.5.10. Ameliyat Sürecinde Ağrı yönetimi	46
2. 6. BULANTI VE KUSMA	47
2.6.1. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma Yönetimi	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	49
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ	49
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	49
3. 3. 1. Örneklem Yöntemi	49
3. 3. 2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	50
3. 3. 3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	50
3. 3. 4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	50
3. 4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	51
3. 5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	53
3. 6. VERİLERİN ANALİZİ	57
3. 7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	57
3. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	58
3. 9. SÜRE VE OLANAKLAR	60
4. BULGULAR	61
4. 1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULAR	61

4. 2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARI İLE İLGİLİ BULGULAR.....	70
4. 3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	76
4. 4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARINA GÖRE DAĞILIMI	86
4. 5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE DAĞILIMI.....	88
4. 6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	93
4. 7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR...	96
4. 8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	100
4. 9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	102
4. 10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN ZAMAN İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR	104
5. TARTIŞMA.....	114
5. 1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ.....	114
5. 2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ	125
5. 3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ	127

5. 4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ.....	128
5. 5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ.....	129
5. 6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	130
5. 7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	132
5. 8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	134
5. 9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	135
5. 10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARDA VAS-KONFOR VE VİTAL BULGULARIN ZAMAN İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR	136
5. 11. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARDA SPIELBERG DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARININ ZAMAN İÇERESİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR	139
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
7. KAYNAKLAR.....	141
8. EKLER	161
EK- 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	161

EK-2. EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM BULGULARI KAYIT FORMU	163
EK-3. VISUEL ANALOG SKALA (VAS)-KONFOR	163
EK-4. SPIELBERG DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI)	164
EK-5. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)	166
EK-6. EĞİTİM KİTAPÇIĞI	168
EK-7. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARAR FORMU.....	169
EK-8. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU	170
EK-9. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU MANİSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ MANİSA DEVLET HASTANESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMA İZİNİ.....	171
EK-10. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ KURUMU MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMA İZİNİ.....	172
EK-11. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	174
Ek-12. HASTA GERİ BİLDİRİMLERİ	176
9. ÖZGEÇMİŞ	178
10. ARAŞTIRMA UYGULAMA RESİMLERİ.....	180

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 2. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Daha Önceki Hastalık Deneyimlerine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı	63
Tablo 3. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Kronik Hastalıklarına İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı.....	64
Tablo 4. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Hastalık, Ameliyat ve Hastanede Yatış Sürelerine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı	65
Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Kolelithiazis ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesinde Bilgi Alma Durumuna İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı.....	67
Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı.....	68
Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tedavi ve Bakım Değerlendirmesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı.....	69
Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Konfor Puanlarına Göre Dağılımı.....	70
Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Vital Bulgularına Göre Dağılımı.....	76
Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarına Göre Dağılımı.....	86
Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı	88
Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Konfor Puanlarının Karşılaştırılması.....	93

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Vital Puanlarının Karşılaştırılması.....	96
Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....	100
Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçek Puanlarının Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması	102



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Safra Kesesi Anatomisi	11
Şekil 2. Safra Kesesi Taşları.....	13
Şekil 3. Safra Taşı Oluşmasını Etkileyen Faktörler.....	14
Şekil 4. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı.....	36
Şekil 5. Konfor Kuramının Düzeyleri.....	37
Şekil 6. Ağrının Algılanması.....	41
Şekil 7. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	43



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Araştırma Kapsamına Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Ağrı Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	104
Grafik 2. Araştırma Kapsamına Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Bulantı Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi.....	105
Grafik 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Kusma Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	106
Grafik 4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Oksijen Saturasyonu Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	107
Grafik 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Nabız Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	108
Grafik 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Sistolik Tansiyon Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	110
Grafik 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Diyastolik Tansiyon Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi	111
Grafik 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Spielberg Durumluk Kaygı Puanlarının Zaman İçerisindeki Değişimi	112

RESİMLER LİSTESİ

Resim 1. Yaşam Bulgularının Ölçüldüğü Alet ve Cihazlar	180
Resim 2. Tanıtıcı Bilgilerin Yüz Yüze Görüşme ile Elde Edilmesi	180
Resim 3. Hastanın Kan Basıncının Ölçülmesi	181
Resim 4. Hastanın Oksijen Saturasyonunun Ölçülmesi.....	181
Resim 5. Hastanın Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi	182
Resim 6. Hasta Gereksinimleri Doğrultusunda Eğitime Başlanması	182
Resim 7. Beceri Eğitimlerinin Uygulamalı Olarak Yapılması	183



KISALTMALAR LİSTESİ

ALP	: Alkalen fosfataz
ALT	: Alanin Amino Transferaz
AORN	: Association of peri Operative Registered Nurses/ Amerikan Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği
APS	: The American Pain Society/Amerikan Ağrı Derneği
ASA	: American Society of Anesthesiologists/Amerikan Anesteziyologlar Birliği
ASPAN	: American Society of PeriAnesthesia Nurses/Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği
AST	: Aspartat aminotransferaz
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CAE	: Cerrahi Alan Enfeksiyonları
CCK-PZ	: Kolesistokinin pankreozimin
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention/Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
cm	: Santimetre
CO ₂	: Kanbondioksit Gazı
ÇAA	: Çeyrekler arası aralık
DISCERN	: Quality Criteria for Consumer Health Information
diyastolik TA	: Diyastolik Kan Basıncı
dk.	: Dakika
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DVT	: Derin Ven Trombozu
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
GGT	: Gama-glutamil transferaz
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
HÖGÖ	: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
IASP	: International Association for the Study of Pain /

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı

Maks	: En büyük değer
Min	: En kk değer
ml	: Mililitre
NG	: Nazogastrik Tp
NSAİİ	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar
Ort	: Aritmetik Ortalama
PLNS	: The Patient Learning Needs Scale
PTC	: Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi
sistolik TA	: Sistolik Kan Basıncı
SpO ₂	: Oksijen saturasyonu
SS	: Standart sapma
STAI	: Spielberg State-Trait Anxiety Scale/Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı leği
STAI-I	: Durumluk Kaygı leği
STAI-II	: Sürekli Kaygı leği
STFM	: Society of Teachers of Family Medicine/Amerikan Aile Hekimleri Eğitici Topluluğu
TENS	: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TPN	: Total Parenteral Beslenme
USG	: Ultrasonografi
VAS	: Visual Analog Skala
vb.	: Ve benzeri, ve benzerleri, ve başkaları

Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi

Öğrencinin adı: Hülya KIZIL TOĞAÇ

Danışman: Doç. Dr. Emel YILMAZ

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma, laparoskopik kolesistektomi öncesi hasta gereksinimlerine göre verilen bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve konfora etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma randomize kontrollü tiptedir. Çalışmaya Türkiye'nin batı bölgesindeki bir devlet hastanesinin genel cerrahi kliniğinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan 124 hasta (girişim=62, kontrol=62) alındı. Girişim grubundaki hastalara saptanan eğitim gereksinimleri doğrultusunda klinikte görsel materyaller eşliğinde bilgisayar sunumu ve hasta eğitim kitapçığı ile bireyselleştirilmiş eğitim uygulandı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile kişisel bilgi formu, Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ), Visual Analog Skala (VAS) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Student t, Mann Whitney U, Ki kare, Paired t testi, Wilcoxon işaretlenmiş sıra testi ve Friedman testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 48,72±13,60 yıldır. Eğitim öncesi grupların VAS-ağrı ve VAS-bulantı değerleri benzer iken, girişim grubunun ameliyat sonrası tüm saatlerde VAS-ağrı düzeyleri ve VAS-bulantı düzeyleri (ameliyat sonrası 24. saat hariç) kontrol grubundan daha düşüktür ($p<0,05$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (42,79±4,29) ve sonrası (39,08±3,49) STAI-I düzeylerinin kontrol grubundan (sırasıyla; 50,98±5,45; 44,41±4,77) daha düşük olduğu belirlendi. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre ameliyat sonrası yaşam bulgularının olumlu yönde etkilendiği saptandı ($p<0,05$). Aynı zamanda girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası oksijen saturasyon değerlerinin daha yüksek olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların

eğitim 6ncesinde H6G6 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Ameliyat 6ncesi hasta gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmesinin hastaların konfor d6zeyini arttırdığı, anksiyete d6zeyini d6ş6rd6đ6 ve yaşam bulgularını olumlu y6nde etkilediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, hasta eğitimi, anksiyete ve konfor



Effect of Education Given According to Patient Needs on Postoperative Anxiety and Comfort in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy

Student: Hülya KIZIL TOĞAÇ

Adviser: Assoc. Prof. Emel YILMAZ

Department: Surgical Nursing Department

ABSTRACT

Aim: The study was planned with the aim of determining the effect of education given according to need on postoperative anxiety and comfort in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Materials and Methods: This was a randomized controlled type study. It was conducted in the general surgery clinic of a government hospital in the west of Turkey with 124 patients (intervention=62, control=62) undergoing laparoscopic cholecystectomy. With patients in the intervention group, their education needs were assessed, and individualized education was given accordingly using computer presentations accompanied by visual materials, and a patient education booklet. Data was collected by face to face interview using a personal information form, the Spielberg State-Trait Anxiety Scale (STAI), The Patient Learning Needs Scale (PLNS), and the Visual Analog Scale (VAS). In analyzing the data, descriptive statistics, the Student t test, the Mann Whitney U test, the Chi square test, the Paired t test, the Wilcoxon signed ranks test and the Friedman test were used.

Findings: The mean age of the patients included in the study was 48,72±13,60 years. Before the education, the VAS-pain and VAS-nausea values of the groups were similar, but the VAS-pain levels and the VAS-nausea (except for 24 hours) levels of the intervention groups at all hours after the operation postoperatively were lower than those of the control group ($p<0,05$). Preoperative (42,79±4,29) and postoperative (39,08±3,49) STAI-I levels of the patients in the intervention group were found to be lower than those of the control group (50,98±5.45 and 44,41±4,77 respectively). It was found that postoperative vital sign measurements were positively affected in the patients in the intervention group compared with those in the control group ($p<0,05$). At the same time, it was found that oxygen saturation

values were higher postoperatively in the patients of the intervention group. No statistically significant difference was found between the total mean score rankings of the PLNS of the patients in the two groups before education ($p>0,05$).

Conclusion: Giving education to patients preoperatively according to need increased patients' comfort levels, lowered their anxiety levels, and positively affected their vital findings.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, patient education, anxiety and comfort



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kolelitiazis safra kesesinin en sık görülen hastalıklarından biri olup safra kesesinde taş olması durumudur (Abraham ve ark. 2014; Croghan 2014; Hotineanu ve ark. 2014). Kolesistit ise safra kesesinin iltihaplanmasıdır (Erdil^a 2016). Kolelitiazis sağ üst kadranda ve sağ omuza ya da sırta yayılan ağrı, hassasiyet, epigastrik ağrı, bulantı, kusma, sarılık, idrar ve dışkı renginde değişiklik, vitamin eksikliği, diyare ve retrosternal yanma gibi klinik belirtiler oluşturmaktadır. Oluşumunda bir çok etken rol oynamaktadır (Croghan 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Arslan ve Erdem 2016; Tunçbilek 2016). Yüksek kalorili diyet, ileri yaş, ailede safra kesesi taşı öyküsü, tip 2 diyabet, dislipidemi, hiperinsülinizm, metabolik sendrom, obezite, kadın cinsiyet, gebelik, hormon tedavisi almak ve oral kontraseptif kullanmak taş oluşumunu etkileyen faktörlerdir (Abraham ve ark. 2014; Croghan 2014; EASL 2016). Amerika’da yaklaşık 20 milyondan fazla kişide safra taşı olduğu tahmin edilmektedir (Stinton ve Shaffer 2012; Göral 2015; Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017). Özellikle yerli Amerikan populasyonunda yüksek kalorili beslenmeye bağlı prevelans yüksektir (Tanaja ve Meer 2017). Ülkemizde safra taşı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte safra taşı sıklığı %7,5 olarak bildirilmiştir. Safra taşına sahip olan kişilerin yaklaşık %80’inden fazlası bunun farkında değildir (Çavuş ve Karaca 2013).

Kolesistektomi safra kesesindeki polip ve taşlar nedeniyle laparoskopik (kapalı) ya da laparotomik (açık) yöntemle safra kesesinin cerrahi olarak çıkarılması işlemidir (Arslan ve Erdem 2016). Safra kesesi ameliyatının geçmişi 1800’lü yıllara dayanmaktadır (Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017). Kesin olarak bilinmese de Türkiye’de yılda yaklaşık 40,000-60,000 civarında kolesistektomi yapıldığı tahmin edilmektedir (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013). Günümüzde kolesistektomi ameliyatlarının %93’ünden fazlası laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmektedir (EASL 2016). “Laparoskopi”, küçük bir insizyonla batına girme ve ışıklı bir kamera sayesinde iç organların gözlenmesidir (Erdil^d 2016). Karın duvarına açılan üç ya da dört küçük delik şeklindeki insizyon ile safra kesesinin tek delikten çıkarılması işlemine laparoskopik kolesistektomi denir. Görüntünün daha

net olabilmesi için abdominal alana karbondioksit gazı (CO₂) verilmektedir (Arslan ve Erdem 2016). Laparoskopik işlemler açık ameliyat ile karşılaştırıldığında minimal insizyon, hızlı iyileşme, aktivitehlerin hızlı bir şekilde normale dönmesi, maliyette düşme, ağrı ve ameliyat sonrası kas spazmında azalma, yara ile ilgili hematoma, enfeksiyon gibi komplikasyonlarda azalma, estetik olarak hasta açısından daha çabuk kabullenilme gibi avantajlara sahiptir (Webb 2004; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Arslan ve Erdem 2016). Aynı zamanda bu ameliyat basit bir girişim olarak kabul edilse de kanama kontrolünün zor olması, inflamasyon ve yapışıklıkların işlemleri zorlaştırması ve teknolojik açıdan ileri aletlerin kullanılması gibi dezavantajları vardır (Webb 2004; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Arslan ve Erdem 2016).

Cerrahi işleme karar verme, ameliyat öncesi hazırlık, ameliyathane ortamı, ameliyat sonrası bakım ve tedaviler, gelişebilecek komplikasyonların varlığı hasta fizyolojisinde stres yanıtı oluşturmaktadır. Anksiyete varlığı hastalığa olan uyumu, tedavi ve iyileşme süresini, hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekte, ameliyat sonrası dönemde ise komplikasyon oranında artışa ve hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır (Cimili 2001; Yılmaz 2016; Yavuz 2017). Yapılan çalışmalarda cerrahi işlem geçirecek olan hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Cimili 2001; Oflaz ve Varol 2010; Arslan ve ark. 2017). Hemşire ameliyat öncesi hastanın fizyolojik ve psikolojik hazırlığında önemli rol oynamaktadır. Hastanın duygu durumunun tanımlanması, rahatlatılması ve kendisine yapılacak işlem konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (Tea 2004; Yavuz 2017).

Kolcaba konforu "bireyin gereksinimlerine yönelik yardım etme, huzur sağlama, sorunlar ile baş etmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir sonuç" olarak tanımlamıştır (Kolcaba 2003; Yaşar ve Çınar Yücel 2015; Terzi ve Kaya 2017). Hasta için son derece stresli olan sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, hemşire hastanın rahatlatılması ve konfor düzeyinin artırılması için gerekli hemşirelik girişimlerini uygulayarak hastaların ferahlama ve huzur düzeyini arttırmakta ve sorunlar ile daha kolay baş etmeyi sağlamaktadır (Çınar Yücel 2011). Hemşireler hastanın bakım gereksinimlerindeki rol ve sorumluluklarını bütüncül bakış açısı, empatik yaklaşım

ve dikkatli iş yapma yetenekleri ile karşılayarak hastaların daha rahat ve konforlu bir bakım almasını sağlamalıdır (Aksoy 2012).

Ameliyat öncesi hazırlığın en önemli aşamalarından biri hasta eğitimidir (Tea 2004; Aksoy 2012; Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Yavuz 2017). Hastanede ameliyat öncesi verilen eğitim; hastanın cerrahi işlemin her aşamasında yapılacakları bilmesine, fiziksel ve ruhsal açıdan kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonrası sonuçların olumlu olmasına katkı sağlayacaktır (Yılmaz 2016). Kliniğe yatırılan tüm hastalarda etkin bir eğitim için; hastanın eğitim gereksinimleri ve öncelikleri, daha önceki deneyimleri, çevresel ve kültürel yapısı dikkate alınarak en kısa sürede bireyselleştirilmiş eğitime başlanmalıdır (Aksoy 2012). Hastanın sahip olduğu bilgiler ve gereksinimleri saptandıktan sonra alanında uzman bilgi, beceri ve donanıma sahip olan hemşireler tarafından planlı hasta eğitimi uygulanmalıdır. Bu eğitim bilgi aktarımının yanı sıra kişinin içinde bulunduğu hastalık sürecinin daha kolay yönetimine, sağlığın pozitif yönde geliştirilmesine, yanlış bilgilerin düzeltilmesine, anksiyete düzeyinin azaltılmasına, güven duygusunun geliştirilmesine, hastanın kendi bakımında rol ve sorumluluk almasına, komplikasyonların önlenmesine ve erken taburculuğa da katkı sağlamaktadır (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Aksoy 2012; Bucher ve Kotecki 2014; Yavuz 2017). Eğitim için en uygun zaman hastanın bu bilgileri anlayabileceği ve soru sorabileceği zamandır (Aksoy 2012). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi eğitim alan hastalarda tedaviye uyum ve memnuniyet düzeyinde artış, ameliyat sonrası dönemde fizyolojik ve psikolojik iyileşme, bağımsız rol ve fonksiyonlarda artış, anksiyete, hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası komplikasyonlarda azalma saptanmıştır (Yavuz 2002; Wilhelm ve ark. 2009; Aksoy 2012; Aguilar-Nascimento ve ark. 2014; Sadati ve ark. 2013; Yavuz 2017; O'Donnell 2015; Erkilic ve ark. 2017).

Hasta eğitimi verilirken hastaya konu ile ilgili kitapçık, video, yazılı materyal vb. verilmesi hastanın anlamasını kolaylaştırmakta ve tekrar edilebilirliği arttırmaktadır. Teknolojik aletlerin hasta eğitiminde kullanımının hasta hemşire ilişkisini azalttığı düşünülse de bilgisayar vb. aletlerin etkili kullanımının hastalarda güven duygusunu ve öz bakım girişimlerini desteklediği belirtilmektedir (Aksoy 2012; Erdil^c 2016). Hasta ile iletişimde tıbbi terimlerden uzak, anlayabileceği bir dilde konuşulmalı, hastanın soru sorması için yeterli zaman ayrılmalı ve eğitim daha

kolay anlaşılması için uzun olmamalıdır. Eğitimden sonra hastadan geri bildirim alınarak bilgi ve beceri düzeyi tekrar değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine hasta ailesi ve yakınları da dahil edilmelidir (Erdil^c 2016).

Ülkemizde hasta eğitimi ile ilgili olarak çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çalışma, laparoskopik kolesistektomi öncesi belirlenen hasta gereksinimlerine göre görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı ile bireyselleştirilmiş eğitim verilmesi açısından özgündür. Ayrıca eğitim içeriğinde yer alan uygulamaların (ameliyat öncesi hazırlık, derin solunum, öksürme, spirometre ve ekstremitte egzersizleri, yara bakımı, ilaç kullanımı vb.) görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ile gösterilmesinin yanı sıra her hastaya bireysel olarak yaptırılması, bilgi ve becerilerin artırılması, hatalı uygulamaların düzeltilmesi, hasta sorularının yanıtlanması ve eğitimin kalıcılığını arttırmak için eğitim kitapçığı verilmesini de içerdiğinden daha kapsamlı bir çalışmadır.

Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların sonraki çalışmalara rehber olacağı, hemşirelere yol göstereceği, hasta ve ailesine yararlı olacağı, hastanelerin eğitim konusundaki politikalarını geliştireceği ve kanıta dayalı verilerin elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülerek bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

1. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, laparoskopik kolesistektomi öncesi hasta gereksinimlerine göre verilen bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve konfora etkisini belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada şu sorulara yanıt arandı:

Araştırma ana sorusu; laparoskopik kolesistektomi öncesi hasta gereksinimleri doğrultusunda hastaya görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim

kitapçığı kullanılarak verilen ameliyat öncesi bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve konfor üzerine etkisi nedir?

Araştırmanın alt soruları ise;

1. Hasta gereksinimleri dikkate alınarak yapılan eğitimin etkisi nedir?
2. Hasta eğitiminde görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) kullanımının etkisi nedir?
3. Hasta eğitiminde eğitim kitapçığı kullanımının etkisi nedir?
4. Teknolojik gelişmelerden yararlanılarak yapılan eğitimin anksiyeteye etkisi nedir?
5. Teknolojik gelişmelerden yararlanılarak yapılan eğitimin konfora etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

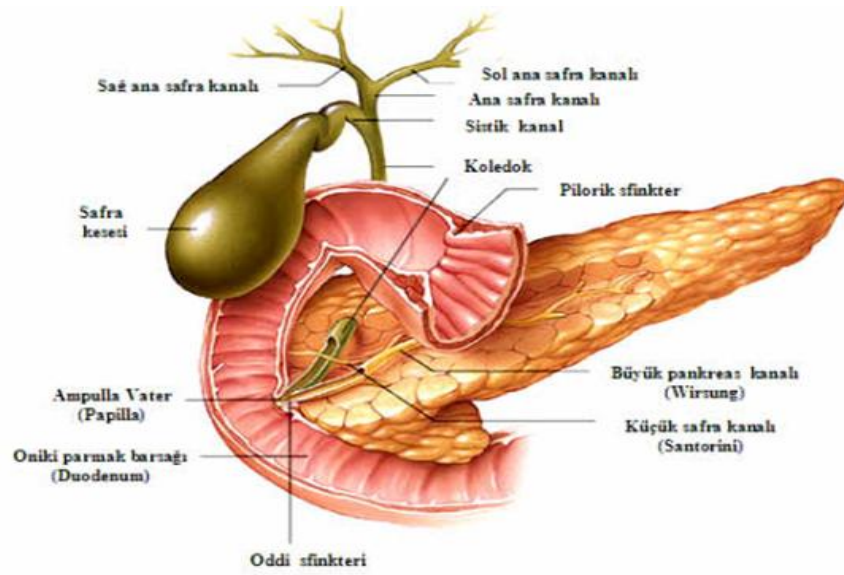
2.1. SAFRA SİSTEMİ

Safra sistemini oluşturan yapılar safra kesesi ve safra yollarıdır (Erdil^a 2016). Safra kesesi anatomik olarak karaciğerin sağ lobunun altında, 7-10 santimetre (cm) uzunluğunda, 30-60 mililitre (ml) hacminde, mükümler yapıda, içi boş kese görünümüne armut şeklinde bir organdır (Cesur 2014; Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Bilik 2017; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Hassler ve Jones 2017; Tanaja ve Meer 2017). Periton uzantısı ile karaciğere bağlanmaktadır (Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Safra kesesi sağ hepatic arterden çıkan sistik arter ile kanlanır ve venöz kanın drenajı sistik ven ile gerçekleşir (Sanaç 2009; Erdil^a 2016).

2.1.1. Safra Kesesinin Fonksiyonu

Safra kesesinin görevi safra sıvısının depolanmasıdır (Fitzpatrick ve Webb 2004; Sanaç 2004; Cesur 2014; Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Bilik 2017; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Bu sıvı karaciğerde hepatositler tarafından salgılanmaktadır (Cesur 2014; Hall 2014). Üretilen safra sıvısı hepatic kanaldan aşağıya ve kistik kanaldan safra kesesine geçmektedir (McPhee ve Hammer 2012). Safra sıvısı içerisinde; safra tuzları, safra pigmentleri, yağ asitleri, kolesterol, lesitin, bilirubin, su ve elektrolitler (sodyum, potasyum, kalsiyum, klor, bikarbonat vb.) bulunmaktadır (Sanaç 2009; Cesur 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Günde 500 ile 1000 ml arasında üretilen bu sıvının pH değeri 5,9-8,6'dır (Sanaç 2009; Barret ve ark. 2015; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Depolama sırasında safradaki suyun büyük bir kısmı safra kesesi duvarından geri emildiği için safra sıvısı daha yoğun hale gelmektedir (Cesur 2014; Hall 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Ayrıca safra kesesi günde 20 ml renksiz mukus salgılayarak safra sıvısının safra kesesi mukozasına zarar vermesini önlemekte ve safra akışını kolaylaştırmaktadır. Safra sıvısı, yaklaşık dört cm uzunluğundaki, iç yüzeyinde spiral valvler bulunan, duktus sistikus aracılığıyla ekstrahepatik kanala açılmaktadır (Sanaç 2004; Erdil^a 2016). Özellikle yağlı yiyecekler yenildikten sonra besinlerin duodenuma girmesiyle koledok çıkışında bulunan oddi sfinkteri kolesistokininin pankreozimin (CCK-PZ) hormonu sayesinde gevşemekte ve safra barsağa geçmektedir (McPhee ve Hammer 2012; Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Safra tuzları ve kolesterol ileumun distal ucunda

yağların sindirimini sağlamaktadır. Daha sonra karaciğere geri dönmek için emilmekte ve portal ven aracılığıyla yeniden safra kesesine gitmektedir. Safra tuzlarının aktif sentezi barsakta yapılmaktadır. Bu tuzların az bir kısmı gaita ile atılmaktadır. İnce barsaklar boş olduğunda koledok çıkışında bulunan oddi sfinkteri kapanmakta ve safra sıvısı geriye akarak safra kesesine dönmektedir (Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Safra sisteminde herhangi bir neden ile safra akımı engellendiğinde bilirubin ve eritrositlerin yıkımı sonucu ortaya çıkan pigmentler barsağa girememektedir. Bu nedenle kanda bilirubin seviyesi ve renal ürobilinojen salınımı artmaktadır (Fitzpatrick ve Webb 2004; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).



Şekil 1. Safra Kesesi Anatomisi

(<https://www.safra.gen.tr/images/safra-kesesi-anatomisi.jpg>, Erişim tarihi: 30 Aralık 2017).

2.1.2. Kolelitiazis (Safra Taşları)

Gastrointestinal sistemle ilgili en sık ortaya çıkan sorunlardan biri safra taşlarıdır. Bu taşlar safra kesesinde meydana gelen akut ve kronik inflamatuvar hastalıkların en önemli nedenidir (Çavuş ve Karaca 2013; Abraham ve ark. 2014; Croghan 2014; Hotineanu ve ark. 2014; Göral 2015; Erdil^d 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Safra taşları safra kanallarının herhangi bir yerinde görülmekle birlikte en çok safra kesesi içinde oluşmaktadır (Croghan 2014; Arslan ve Erdem 2016). Kolesistit çoğu zaman safra çamuru ya da taşlarının neden olduğu tıkanıklık ile

ortaya çıkan inflamasyonla ilişkilidir. Etken genelde vasküler ya da lenfatik yolla safra kesesine ulaşan bakteriler ya da safra kesesindeki kimyasal iritanlardır (Croghan 2014).

2.1.3. Epidemiyoloji

Yapılan arkeolojik incelemelerde safra taşı kaynaklı hastalıkların 4000 yıldır var olduğu saptanmıştır (Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Dünyada ilk kez safra taşı eski Mısırlılarda rapor edilmiştir. Safra taşının ilk tedavisine Çin ve Hindistan kaynaklarında rastlanmıştır (Göral 2015). Safra taşları sıklıkla asemptomatik olarak seyrettiğinden klinik tanıda ya da otopsi çalışmalarında belirlenmektedir. Genel popülasyondaki prevalansı bilinmemektedir (McPhee ve Hammer 2012; Çavuş ve Karaca 2013; Croghan 2014). Ultrasonografi ile prevalans ve insidans belirlemek mümkün olsa da günümüzde her ülke için geçerli bir prevalans ve insidans yoktur (Çavuş ve Karaca 2013). Dünya genelinde insanların %6-20'sinde safra taşı olduğu düşünülmektedir (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013). Safra taşı olan kişilerin yaklaşık %80'inden fazlasının bu durumun farkında olmadığı tahmin edilmektedir (Çavuş ve Karaca 2013). Amerika'da yaklaşık 20 milyondan fazla kişide safra taşı olduğu bildirilmiştir (Stinton ve Shaffer 2012; Göral 2015; Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017). Özellikle yerli Amerikan popülasyonu yüksek kalorili beslenme nedeniyle en yüksek prevalansa sahiptir (Tanaja ve Meer 2017). Ülkemizde safra taşı sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte bir çalışmada safra taşı sıklığı %7,5 olarak saptanmıştır (Çavuş ve Karaca 2013). Safra kesesi ile ilgili hastalıkların mortalite oranı %0,6 düşük olmasına karşın, hastalığın getirdiği yük oldukça fazladır (Stinton ve Shaffer 2012).

2.1.4. Patofizyoloji

Safra taşları genelde pigment ve kolesterol taşlarından oluşmaktadır (Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Batı toplumunda görülen safra taşlarının %90-95'i kolesterol taşlarıdır (EASL 2016). Çoğunlukla kalsiyumlu ya da kalsiyumsuz kolesterol taşları ile daha çok karşılaşılsa da kronik hemolitik hastalığı olan kişilerde bilirubin taşları da görülmektedir (McPhee ve Hammer 2012). Safra sıvısının kolesterol ya da safra tuzları açısından aşırı yoğun olması ya da bir taş çekirdeğinin (safra pigmenti, bakteri, kalsiyum tuzları, mukus, hücre debris, parazit yumurtaları vb.) varlığı taş oluşum riskini arttırmaktadır (Mitchell 2008; MCPhee ve Hammer 2012; Erdil^d 2016;

Shabanzadeh 2018). Taşlar tek büyük taş, birden fazla küçük taş, çamur şeklinde ya da safra konsantrasyonunun artması sonucu oluşmuş kalın koyu jel şeklinde ortaya çıkmaktadır (McPhee ve Hammer 2012).



Şekil 2. Safra Kesesi Taşları

Croghan A. Nursing management liver, pancreas, and biliary tract problems. In: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition, Elsevier Mosby, Canada; 2014, p:1006-1044.

Safra kesesinde taş oluşumunda üç temel fizyolojik mekanizma vardır:

• **Kolesterol Doygunluğu:** Normal şartlarda karaciğerden sentezlenen kolesterol safra sıvısı tarafından çözünmektedir. Karaciğerin normalden fazla kolesterol ürettiği durumlarda aşırı kolesterol kristal olarak çökmektedir. Kristaller safra kesesi mukusuna yapışarak çamurlaşmakta ve zamanla bu kristaller taş oluşturarak safra kanallarını tıkamaktadır (Marschall ve Einarsson 2007; Göral 2015; Di Ciaula ve ark. 2018; Jones ve Ghassemzadeh 2017; Tanaja ve Meer 2017).

• **Fazla Bilirubin:** Kırmızı kan hücrelerinin parçalanması ile üretilen sarı bir pigment olan bilirubin karaciğer hücreleri tarafından safra içerisinde salgılanmaktadır. Bazı hematolojik nedenler ile hemoglobinin aşırı parçalanması sonucu aşırı bilirubin oluşmakta ve bu fazla bilirubin genelde siyah renkli olan safra taşlarının oluşumuna neden olmaktadır (Jones ve Ghassemzadeh 2017; Tanaja ve Meer 2017).

• **Safra Kesesi Hipomobilitesi ve Kontraktilitesinde Bozulma:** Safra kesesinin tam boşalamaması nedeni ile safra konsantre hale gelir ve safra taşı oluşumuna zemin hazırlar (Marschall ve Einarsson 2007; Jones ve Ghassemzadeh 2017; Tanaja ve Meer 2017). Safra sıvısının safra kesesinde uzun süre kalması taş

oluşumuna neden olmaktadır. Safra kesesi kasında çeşitli nedenlere bağlı olarak oluşan motilite kaybı, sfinkterde aşırı kasılma ve boşaltım bozuklukları taş oluşmasında rol oynayan önemli faktörlerdendir (McPhee ve Hammer 2012; Di Ciaula ve ark. 2018).

Prostaglandinler, östrojen, progesteron, safra kesesinde mukus ve glikoprotein üretimi, enfeksiyon oluşumu ve bakteriyel kolonizasyon da taş oluşumunu etkilemektedir (McPhee ve Hammer 2012; Di Ciaula ve ark. 2018). Östrojen safra kolesterolünde artışa, safra kesesinin hareket yeteneğinin azalmasına ve safra sıvısının yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (Jones ve Ghassemzadeh 2017). Progesteron ise safra tuzu salınımını azaltmakta ve safra kesesinin boşalmasını engellemektedir. Bu nedenle kolesterol salgısını arttırmakta ve taş oluşumunu etkilemektedir (Stinton ve Shaffer 2012). Prostaglandinler normalde koruyucu amaçla salgılanan mukus miktarını arttırarak taş oluşumunu tetiklemektedir (McPhee ve Hammer 2012).



Şekil 3. Safra Taşı Oluşmasını Etkileyen Faktörler

McPhee SJ, Hammer GD. Pathophysiology of Disease an Introduction to Clinical Medicine Çeviren: Çoban E, Somyürek Hİ. Hastalıkların Patofizyolojisi Klinik Tıpla Bir Tanışma. 6. basım, Palme Yayıncılık, Ankara; 2012, s:323-371.

2.1.5. Risk Faktörleri

Safra kesesinde taş oluşumunu yaş, cinsiyet, genetik yapı, diyabetes mellitus, metabolik sendrom, hormon tedavisi, oral kontraseptif kullanma, gebelik sayısı, dislipidemi, yüksek kalorili beslenme, kilo artışı, obezite ve hızlı kilo kaybı vb. etkilemektedir (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013; Abraham ve ark. 2014; Göral 2015; Croghan 2014; Özel ve Ertürk 2015; Ateş ve Ünal 2016; EASL 2016; Pak ve Lindseth 2016). Safra taşı görülme sıklığı her iki cinsiyette yaşla artmakta ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Çavuş ve Karaca 2013; Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013; Croghan 2014; Ateş ve Ünal 2016; Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017). Özellikle kırk yaşından sonra safra taşı oluşumunun dört ile 10 kat arasında arttığı belirtilmektedir. Obez kişilerin %25'inde safra taşı olduğu ve obezite cerrahisi sonrasında hızlı kilo kaybına bağlı taş oluşumunun %25-35 oranında arttığı tahmin edilmektedir. Taş oluşumunu genetik yatkınlık %30 oranında etkilemektedir (Stinton ve Shaffer 2012; Ateş ve Ünal 2016). Bunlara ek olarak açık tenli olmak, total parenteral beslenme (TPN), yaşanan coğrafi bölge, etnik köken ve taşın cinsi de taş oluşumunda rol oynamaktadır (Stinton ve Shaffer 2012; Ateş ve Ünal 2016; EASL 2016; Pak ve Lindseth 2016).

Safra kesesine ilişkin hastalıkların tanısında klinik belirtilerin yanı sıra birçok laboratuvar testinden (kan sayımı, AST (Aspartat aminotransferaz), ALT (Alanin Amino Transferaz), GGT (Gama-glutamil transferaz), ALP (Alkalin fosfataz), amilaz, bilirubinler, idrar tetkiki vb.) yararlanılmaktadır (Croghan 2014; Arslan ve Erdem 2016). Tanıda en önemli ve en iyi yöntem ultrasonografidir (USG) (Stinton ve Shaffer 2012; Croghan 2014; Özel ve Ertürk 2015; Arslan ve Erdem 2016; Erdil^d 2016; Jones ve Ghassemzadeh 2017). Genelde sessiz seyirli olan bu hastalık USG sırasında tesadüfen ortaya çıkmaktadır (Stinton ve Shaffer 2012). Ayrıca Bilgisayarlı Tomografi (BT), oral kolesistografi, endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP), perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTC) yöntemleri de tanıda kullanılmaktadır (Croghan 2014; Arslan ve Erdem 2016).

2.1.6. Klinik Belirtiler

Safra taşları belirti vermeden tesadüfen ortaya çıkmaktadır. Genelde safra taşları ile ilgili belirtiler, safra kesesinde meydana gelen hastalık nedeniyle ya da safra yollarının bir taş ile tıkanması sonucu oluşur (Fitzpatrick ve Webb 2004; Stinton ve

Shaffer 2012; Croghan 2014; Pak ve Lindseth 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Jones ve Ghassemzadeh 2017).

Klinik belirtiler genelde sağ üst kadranda ağrı, hassasiyet ya da epigastrik bölgede lokalize ağrı şeklindedir. Bu ağrı sağ omuza ya da sırta yayılabilmektedir. Özellikle yağlı yiyecek alımından sonra bulantı, kusma, sarılık, ateş, idrar ve dışkı renginde değişiklik, vitamin eksikliği, diyare, retrosternal yanma, midede dolgunluk, şişkinlik hissi ve kaşıntı gibi klinik belirtiler de görülebilir. Ayrıca safra taşı olan kişilerde Murphy belirtisi pozitif olabilir (Sanaç 2004; Croghan 2014; Özden 2015; Arslan ve Erdem 2016; Tunçbilek 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Jones ve Ghassemzadeh 2017; Tazuma ve ark. 2017).

2.1.7. Komplikasyonlar

Gangrenöz kolesistit, subfrenik abse, pankreatit, kolanjit, safra sirozu, safra fistülleri ve safra kesesi rüptürü kolelitiazis ve kolesistitin komplikasyonlarıdır (Croghan 2014).

2.1.8. Safra Kesesi Taşlarında Cerrahi Tedavi

Safra kesesi taşı ameliyatı ilk olarak Carl Langenbuch tarafından yapılmıştır (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013). Kolesistektomi safra kesesinin cerrahi yöntemle çıkarılması işlemidir ve safra sisteminin en çok yapılan ameliyatıdır. Bu ameliyat açık ya da kapalı (laparoskopik) yöntemle yapılabilmektedir (Arslan ve Erdem 2016; Erdil^d 2016).

2.1.8.1. Açık Kolesistektomi

Bu yöntemde cerrah genelde sağ subkostal ya da transvers insizyon ile safra kesesine ulaşmaktadır. Koledok kanalı gözlenerek, duktus sistikus, sistik arter, sistik ven bağlanmakta ve safra kesesi çıkartılmaktadır (Arslan ve Erdem 2016; Erdil^d 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Safra sızıntısı olasılığında safra kesesi boşluğuna dren yerleştirilmektedir. Genelde ameliyat sonrası ilk 24 saatte az miktarda serözanginos sıvı boşalması sonrası dren çıkartılmaktadır (Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Koledokta taş varsa, taş çıkarılmakta ve yeterli drenajın sağlanabilmesi için koledok kanalına T-tüp yerleştirilmektedir. Günümüzde komplikasyon görülmeyen vakalarda T-tüp kullanılmamaktadır (Croghan 2014; Erdil^d 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

2.1.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi

2.1.8.2.1. Laparoskopik Kolesistektominin Gelişim Aşamaları

Küçük bir insizyonla batına girerek, ışıklı bir alet yardımı ile iç organların gözlenmesine "Laparoskopi" denir (Erdil^d 2016). Laparoskopik yöntemler 1990'lı yıllarda gelişmeye başlamıştır (Jones ve Deppen 2017). Philipp Bozzini "Lichtleiter" adlı ışık kaynağını geliştirerek laparoskopinin temellerini atmıştır (Bozzini ve ark. 2014). Gastroenterolog olan Georg Kelling ise 1901 yılında canlı köpeklerde lokal anestezi ile karın içerisine yerleştiği bir ponksiyon iğnesi yardımı ile steril pamuktan hava geçirmiş ve karın boşluğunu şişirmiştir. Alman doktorun yaptığı bu uygulama laparoskopik girişimlerin başlangıcı sayılmaktadır (Acar ve Toktaş 2010; Özyürek 2015; Acar ve Aygin 2016). Daha sonra 1920'de Amerikalı Orndoff keskin uçlu trokarlar sayesinde karın içerisine kolay girilebileceğini, 1921'de Goetze ayak pompası ile çalışan manuel insüflatörü, 1924'te R. Zollikofer CO₂ insüflasyonu kullanımının avantajlarını, Macar Janos Veress karın içine gaz üflemede kullanılan Veress iğnelerini ve 1963 yılında Alman Profesör Kurt Semm'in soğuk ışık kaynakları ve otomatik CO₂ insüflatörünü geliştirmiştir (Özyürek 2015).

İlk laparoskopik kolesistektomi 1985 yılında Eric Mühe tarafından yapılmıştır (Reynolds 2001; Özyürek 2015; Emre ve ark. 2016). Video tekniği kullanılarak yapılan ilk laparoskopik kolesistektomi ise 1987 yılında Fransa'da cerrah Philippe Mouret tarafından gerçekleştirilmiştir. Böylece laparoskopik yöntemler genel cerrahi alanında kullanılmaya başlanmıştır (Brandon ve ark. 1991; Özyürek 2015; Acar ve Aygin 2016).

Kolesistektomi günümüzde Amerika'da yaygın olarak yapılan elektif batın cerrahisidir (Stinton ve Shaffer 2012). Amerika'da her yıl 1,2 milyondan fazla kolesistektomi yapıldığı tahmin edilmektedir (Croghan 2014; Jones ve Deppen 2017). Günümüzde kolesistektomilerin %93'ünden fazlası laparoskopik teknikle yapılmaktadır (EASL 2016). Ülkemizde ise ilk kez laparoskopik kolesistektomi 1990 yılında Prof. Dr. E. Göney tarafından yapılmıştır (Özyürek 2015).

2.1.8.2.2. Kullanılan Araç-Gereç ve Cihazlar

Laparoskopik kolesistektomide kullanılan alet ve ekipmanlar cerrahların talepleri ve günümüz teknolojileri doğrultusunda şekillenmiştir. Hasta için daha düşük riskli, daha güvenli olan bu malzeme ve ekipmanlar cerrahi işlemlerin minimal düzeyde yapılmasını sağlamaktadır (Ferreira 2015). Kullanılacak tüm alet ve cihazlar kontrol edilerek, çalışır durumda olduğundan emin olunmalıdır (Ferreira 2015; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

Laparoskopik kolesistektomide kullanılan cihazlar laparoskopik cerrahi ünitesi, monitör, teleskop, ışık kaynağı, kamera kontrol ünitesi, aspiratör, insüflatör ve videoskopik cerrahi setidir. İşlem sırasında kullanılan araç gereçler ise trokarlar, insüflatör iğnesi (veress), grasper, disektör, bipolar, elektro koter ve uçları, makas, aspirasyonda kullanılan araç ve gereçler, endo klipler, endo stapler, süturlar ve manipülasyon araç gereçleridir. Ameliyat sırasında kullanılan aletler ise çamaşır pensi, iplik makası, bistüri, portegü, penset, spekulum, tenekulum, küret, sondalar, forseps, mosquito, taslar vb.dir (Ferreira 2015; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

2.1.8.2.3. Laparoskopik Kolesistektomide Cerrahi Teknik

Hastaya ameliyatın genel anestezi ile yapılacağı ve gerekli durumda açık yönteme geçilebileceği belirtilmelidir. Gerekli hazırlıklardan sonra karın duvarına üç ya da dört tane 1-3 cm genişliğinde delik açılmaktadır. Göbek altından açılan insizyondan veress iğnesi yerleştirilerek karın içerisine CO₂ verilmektedir. Karın içine CO₂ gazı verilmesinin temel amacı; karın boşluğu, karaciğer ve safra kesesini daha iyi görebilmek ve laparoskopun girişini kolaylaştırmaktır. Ayrıca CO₂ gazı renksiz, düşük maliyetli olması, yanıcı özellik taşıması, dokular tarafından kolay emilebilmesi ve daha az gaz retansiyonu oluşturması nedeniyle tercih edilmektedir. Hastanın karın boşluğuna yeterli miktarda gaz verildikten sonra veress iğnesi çıkarılarak trokar yerleştirilmekte ve gazın geri kaçması önlenmektedir. Yerleştirilen diğer trokarlar ile aletlerin kolay giriş çıkışı sağlanmaktadır. Göbekteki trokardan teleskop yerleştirilerek karın içi aydınlatılmaktadır. Bu sistem karın içi görüntüsünü televizyona aktararak ameliyat süresince ekibin işlemi takip etmesini sağlamaktadır. Daha sonra safra kesesi kanalı ve safra kesesi arteri bağlanmaktadır. Safra arteri kontrollü olarak kesildikten sonra safra kesesi karaciğere yapıştığı yerden endoskopik makas, koter gibi aletler ile kesilmektedir. Bu sırada safra sıvısı ve taşlar

aspire edilerek safra kesesi uygun olan delikten (kameranın sokulduğu göbekteki delik veya ksifoidin altındaki delik) çıkartılmaktadır. Ameliyat sırasında taşların tespiti için safra kanalına USG ve kolanjiyografi görüntüleme yapılabilir. Kese çıkarıldıktan sonra CO₂ karın içerisinde boşaltılmakta ve trokarlar çıkarılmaktadır. Genellikle dren yerleştirilmeyen bu ameliyatın ortalama süresi 30-60 dakika (dk.) kadardır (Acar ve Toktaş 2010; Croghan 2014; Ferreire 2015; Arslan ve Erdem 2016; Erdil^d 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; <http://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/laparoskopik-kolesistektomi.pdf>, Erişim tarihi: 17 Nisan 2017).

Laparoskopik kolesistektominin başlamasından sonra açık yöntem uygulanması azalmıştır. Ancak enfeksiyon, yapışıklık, anatomik varyasyonlar, safra kanalı hasarı, kontrolsüz kanamalar vb. nedenlerle açık kolesistektomiye geçilebilmektedir (Jones ve Deppen 2017). Risk grubundaki hastalarda direkt açık kolesistektomi yapılması önerilmektedir (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013).

2.1.8.2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları

- Ameliyat kesisinin küçük olması
- Oral beslenmeye daha erken başlanması
- Hastada daha hızlı iyileşme sağlanması
- Hastanın daha kısa sürede hastaneden taburcu olması
- Günlük yaşam aktivitelerinin hızla normale dönmesi
- Ağrı düzeyinde ve ameliyat sonrası kas spazmında azalma olması
- Enfeksiyon, kanama gibi komplikasyonlarda azalma olması
- Estetik olarak hasta açısından daha çabuk kabullenilmesi
- Maliyetin düşük olması (Sanaç 2004; Webb 2004; Ferreira 2015; Özyürek 2015; Acar ve Aygin 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

Dezavantajları

- Enfeksiyon ve yapışıklıkların işlemi zorlaştırması
- İleri teknolojik aletlerin kullanım gerekliliği
- Kanama kontrolünün zor olması
- Genel anesteziye bağlı yan etkilerin ortaya çıkması
- Cerrahin hedef organa eli ile dokunamaması

- Laparoskopik cerrahi süreci eğitiminin uzun olması (Özyürek 2015; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

2.1.8.2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları

- Trokarların giriş yerlerine bağlı ağrı ve fitik oluşumu
- İnsizyon bölgesinde kanama
- Anesteziklerin etkisi ve/veya narkotik analjezik kullanımına bağlı bulantı, kusma
- Entübasyona bağlı boğazda yanma, ağrı ve tahriş
- Karbondioksit gazının mediasten ve plevral boşlukta birikmesi ile pnömoperitonyum oluşumu
- Gerektiğinden fazla CO₂ gazı verilmesi nedeniyle ritm bozuklukları, hiperkapni ve solunum asidozu
- Ameliyat sırasında CO₂ gazı verilmesi, hastanın yanlış pozisyonda ya da uzun süreli trandelenburg pozisyonunda kalmasına bağlı omuz ağrısı
- Gastrointestinal sistem perforasyonları, kanama, damar ve organ yaralanmaları, kardiovasküler komplikasyonlar, retroperitoneal hematoma, derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli ve akut miyokard iskemisi
- Safra taşlarının düşmesi, biliyer sızıntıların ve safra yaralanmalarının olması
- Safra kesesi boynu ya da sistik kanala yerleşen taşın koledoha baskı yapması (Mirizzi sendromu)
- Safra reflüsüne bağlı mide ve özofagus mukozasında hasar oluşması (Shamiyeh ve Wayand 2004; Uyanıkoğlu ve Keşkuş 2013; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

2.1.8.2.6. Laparoskopik Kolesistektomide Hemşirelik Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastada ortaya çıkabilecek komplikasyonlar (kanama, ağrı vb.) açısından hasta değerlendirilmeli, konfor seviyesini arttırmak için gerekli girişimler uygulanmalı ve taburculuk için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır (Croghan 2014). Ameliyat sonrası hastaların yaşam bulguları ölçülmeli, pansuman, dren ve kanama kontrolü yapılmalı, distansiyon, gaz çıkışı ve defekasyon durumu kontrol edilmelidir. Batın içerisinde distansiyon olduğunda nazogastrik tüp (NG) uygulanmalıdır. Ameliyat sırasında verilen CO₂ gazı nedeniyle ameliyat sonrası sırt ve omuz ağrısı ve solunum problemleri gelişebilir. Sims pozisyonu gazın diyaframdan uzaklaştırılmasına yardımcı olur. Hastaya derin solunum ve öksürük

egzersizleri yaptırılmalı ve erken mobilizasyona teşvik edilmelidir (Croghan 2014; Erdil^d 2016).

Hastanın barsak sesleri normale döndükten sonra yumuşak diyetle başlanmalıdır. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde analjezikler (NSAİİ, narkotik analjezikler vb) kullanılabilir. T tüp ya da dren varsa drenajı, rengi ve miktarı kontrol edilmelidir. Hastaların çoğu aynı gün taburcu edilmektedir (Croghan 2014).

2. 2. HASTA EĞİTİMİ

Tarihte sağlık sorunlarına ve hastalıklara mevcut şartlar içerisinde çözüm yolları getirilmeye çalışılmıştır. İlk olarak hasta eğitimi hakkında 1414 yılında İtalya'da Palermo Tıp Okulu'nda sağlık kurallarının şiirle anlatıldığı bir kitap yayınlanmıştır (Yıldırım ve Özkahraman 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında görevli ülkelerin tümünde "Sağlık Eğitimi Şubesini" açmıştır. Sağlık eğitiminin önemi ALMA-ATA sözleşmesinde de belirtilmiştir (Orgun 2017).

Hasta ve yakınlarının katılımı ile uygulanan hasta eğitimi, sağlıkla ilişkili bilginin elde edilmesini, gerekli bilginin özümsemekle istendik davranış değişikliği ve alışkanlık kazandırılmasını amaçlayan, hastanın tedaviye uyum sağlaması ve başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesine yardım eden dinamik bir süreçtir (Şenyuva ve Taşocak 2007; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Yıldırım ve Özkahraman 2011; Bucher ve Kotecki 2014; Öz Alkan 2016; Ulupınar 2016; Orgun 2017). Amerikan Aile Hekimleri Eğitici Topluluğu (Society of Teachers of Family Medicine/STFM) hasta eğitimini "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek hastanın bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır (Orgun 2017). Dünya Sağlık Örgütü bakımın etkili ve bütüncül olabilmesi için hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olması gerektiğini belirtmektedir (Yıldırım ve Özkahraman 2011).

Hemşirelik girişimlerinden biri olan hasta eğitimi kişilerin hayatında fark yaratan önemli bir uygulamadır (Bucher ve Kotecki 2014). Hastanın sahip olduğu bilgiler ve gereksinimleri saptandıktan sonra planlı olarak yapılan hasta eğitimi bilgi aktarımının yanı sıra kişinin hastalık süreci yönetimini ve sağlığını pozitif yönde geliştirmeyi sağlamaktadır (Avşar ve Kaşıkçı 2009). Günümüzde kullanılan modern

teknikler ile gelişen sağlık sisteminde hastaların taburculuk süresi de kısalmaktadır. Bu nedenle hasta ve yakınlarına gerekli eğitim verilmeli, eğitim hastanede kalınan süre ile birlikte taburculuk sürecini de kapsamalıdır (Şenyuva ve Taşocak 2007; Yıldırım ve Özkahraman 2011).

2.2.1. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları

- **Tıbbi Yaklaşım:** İkna ve otorite yöntemlerinin kullanıldığı yaklaşımdır.
- **Davranış Değişimi Yaklaşımı:** Kişilerin tutum ve davranışlarını değiştirerek sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazanmalarını amaçlayan yaklaşımdır.
- **Eğitimsel Yaklaşım:** Verilen bilgiler ile hastanın doğru karar vermesi ve eyleme geçmesini amaçlayan yaklaşımdır.
- **Birey Merkezli Yaklaşım:** Birey merkezlidir. Bireyin öğrenmek istediği konular ile karar verme sürecinin desteklendiği yaklaşımdır.
- **Sosyal Değişim Yaklaşımı:** Çevre değişimi ile kişilere daha sağlıklı bir yaşam şekli sunmayı amaçlamaktadır (Orgun 2017).

2.2.2. Hasta Eğitiminin Temel Özellikleri

Barlett tarafından açıklanan hasta eğitimi ile ilgili kurallar:

- Eğitim programı hasta davranışlarını tam olarak belirlemeli, kalıcı davranış değişikliği sağlamaya önem verilmeli ve eğitimi engelleyici nedenler ortadan kaldırılmalıdır.
- Eğitim süreci etkili iletişim yöntemleri kullanılarak yapılmalı ve seçilen öğrenme yönteminin eğitimin kalitesini etkilediği unutulmamalıdır. Kombine yöntemler eğitimin etkinliğini arttırmak için bir arada kullanılmalıdır.
- Eğitim hastaya bilgi verilmesi odaklı planlanmamalı ve uygulamaya yönelik düzenlenmelidir. Yalnızca bilgi verilerek eğitim yapma düşüncesi davranış değişikliği oluşturmada yetersiz kalmaktadır.
- Tıbbi bakım kaynakları dikkate alınarak koordineli şekilde hasta eğitimi yapılmalıdır (Bucher ve Kotecki 2014; Orgun 2017).

2.2.3. Hasta Eğitiminin Amaçları

Hastaya gereksinimleri doğrultusunda verilen bireyselleştirilmiş eğitimin amacı;

- Sağlığın önemi konusunda bilinçli birey ve toplumun oluşmasını sağlamak
- Kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasını ve sağlık konusunda doğru karar verme sürecini desteklemek
- Morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlamak
- Hastanın ulaşabileceği en iyi sağlık durumuna ulaşmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve bağımsızlığını kazanmasında destek olmak
- Sağlık hizmetlerinin tümünden toplumun en etkin şekilde yararlanmasını sağlamak
- Evde bakım hizmetlerini ve maliyetin azaltılmasını gerçekleştirebilmek (Şenyuva ve Taşocak 2007; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Yıldırım ve Özkahraman 2011).

2.2.4. Eğitim Veren Hemşirede Bulunması Gereken Özellikler

Eğitim veren hemşirede bulunması gereken özellikler:

- Hemşire eğitimci rolünü benimsemeli ve istekli olmalıdır
- Eğitim sürecinde tıbbi terminolojiden uzak, basit, anlaşılır ve sade bir dil kullanılmalıdır
- Gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalıdır
- Hasta eğitimini bilimsel kaynaklara dayalı, kapsamlı ve planlı şekilde gerçekleştirmelidir
- Eğitimin sürekliliğini sağlamalı ve kalıcılığını arttırmak için tekrarlar yapmalıdır
- Etkili bir eğitim için az sayıda hastaya yeterli zaman ayrılarak eğitim vermelidir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Bucher ve Kotecki 2014).

2.2.5. Eğitim Sürecini Olumsuz Etkileyen Faktörler

- İş yükünün fazlalığı ve profesyonel sağlık personelinin az olması
- Zaman ve bütçe kısıtlılığı
- Motivasyon eksikliği
- Organizasyon eksikliği ve uygun kurum koşullarının sağlanamaması
- Eğitim yöntemlerinin etkin olarak kullanılmaması
- Eğitimcilerin gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmaması
- Hastaya yeterli psikolojik destek verilmemesi
- Eğitimcilerin tanı ve tedaviye odaklanarak hasta eğitiminin önemsenmemesi

- Eğitim sisteminde farklılıkların yaşanması (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Şenyuva ve Taşocak 2007; Ulupınar 2016).

2.2.6. Temel Öğrenme Becerileri

Öğrenme Motivasyonu: Motivasyon kişinin harekete geçmesini sağlayan içsel dürtüdür ve kişiyi öğrenmeye teşvik etmektedir.

Öğrenme Yeteneği: Bireyin öğrenme yeteneğini gelişimsel kapasite, yaş ve fiziksel fonksiyonlar etkilemektedir.

Öğrenme Çevresi: Eğitim yapılan ortamın fiziksel özellikleri konuya odaklanmayı sağlayacak ve öğrenmeyi arttıracak şekilde olmalıdır (Öz Alkan 2016; Orgun 2017).

2.2.7. Hasta Eğitiminde İlkeler

- Eğitim içeriği hastada önceki bilgi ve bilişsel yetenekleri değerlendirildikten sonra hazırlanmalı, hasta öğrenim gereksinimleri dikkate alınarak hastaya özel planlı bir öğretim yapılmalı ve hasta yakınları da eğitime dahil edilmelidir.
- Eğitimin içeriği bilgi vermekten daha çok davranış ve beceri geliştirmeye odaklı olmalıdır.
- Eğitim hastanın öğrenmeye en açık, dikkatli ve aktif olduğu zamanda yapılmalıdır.
- Eğitimle ilgili cerrahın hastaya hangi düzeyde açıklama yaptığı bilinmeli, hastada endişe ve kuşkuyla neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır.
- Verilecek eğitimin konuları mantık sırasına göre hazırlanmalı ve konular basitten karmaşığa doğru sıralanmalıdır. Eğitimin sonunda önemli konular özetlenerek kısa bir tekrar yapılmalıdır.
- Eğitimde etkin iletişim becerileri, görsel ve işitsel araçlar kullanılmalıdır
- Eğitimin öncesi ve sonrası bilgi ve beceriler değerlendirilmeli, geri bildirim alınmalıdır (Bucher ve Kotecki 2014; Erdil^e 2016; Ulupınar 2016; Orgun 2017).

2.2.8. Öğrenme Yöntemleri

Günümüzde teknolojik gelişmeler sağlığa ilişkin bilgilerin ulaşılabilirliğini arttırmanın yanı sıra bireylere kendi bakım süreçlerinde aktif karar verme fırsatı sağlamaktadır. Ancak sağlık alanındaki tanı ve tedavi çeşitliliği hastaların karar verme sürecini de etkilemektedir (Yıldız 2015). Her bireyin öğrenme yöntemi

farklılık gösterse de eğitimde görsel (okuma, resim), işitsel (dinleme) ve fiziksel (yaparak) öğrenme yöntemleri kullanılmaktadır. Yeni bir bilgi edinmede birden fazla öğrenme stili birlikte kullanılabilir (Bucher ve Kotecki 2014). Bu süreçte hasta gereksinimleri dikkate alınarak uygun eğitim yöntemi kullanılmalıdır (Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Sağık okuryazarlığı kişinin sağlıkla ilgili basılı ve yazılı materyalleri kullanma becerisidir (Bucher ve Kotecki 2014). Sağlık okuryazarlığının hastaların karar verme sürecini olumlu ya da olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır. Hasta eğitiminde sağık okuryazarlığı da dikkate alınarak uygun eğitim yöntemi kullanılmalıdır (Yıldız 2015). Hastalar için özel olarak hazırlanmış basılı ve görsel materyallerin kullanımı yararlıdır (Bucher ve Kotecki 2014). Eğitim sürecinde hastaların sözel olarak anlatılanların %20'sini, okuduklarının %40'ını ve multimedya destekli eğitimin ise %80'ini hatırladıkları bildirilmiştir (Yıldız 2015).

2.2.9. Eğitim Süreci

Eğitim sürecinde birçok model ve yaklaşım olmasına rağmen, en sık hemşirelik sürecine paralel olan yaklaşım kullanılmaktadır (Bucher ve Kotecki 2014). Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ile başlayan hasta eğitimi süreci veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır (Yıldırım ve Özkahraman 2011; Orgun 2017).

• **Veri Toplama:** Veri toplama aşamasında, hemşire hasta ile ilgili tüm verileri sistematik bir yaklaşım ile elde eder ve değerlendirir.

• **Tanılama:** Tanılama aşamasında hemşire elde edilen verilerden hastanın öğrenim gereksinimlerini saptar ve bilgi eksikliğine yönelik gerekli tanıları koyar.

• **Planlama:** Planlama aşamasında eğitim sürecinin tüm yönleri dikkate alınarak öğretim planı oluşturulur.

• **Uygulama:** Uygulama aşamasında hemşire hasta gereksinimleri doğrultusunda bireysel yaklaşım ve uygun teknikler kullanarak planladığı eğitimi gerçekleştirir.

• **Değerlendirme:** Değerlendirme sürecinde hastanın eğitim hedeflerine ulaşmış olup olmadığını saptar.

• **Dökümantasyon (Kayıt Etme):** Kurum politikaları doğrultusunda standartlar oluşturarak eğitim süreci kayıt altına alınır (Şenyuva ve Taşocak 2007; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Bucher ve Kotecki 2014; Yıldız 2015; Öz Alkan 2016; Ulupınar 2016; Orgun 2017).

2.2.10. Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat çoğu hasta için daha önce yaşamadıkları bir deneyim olduğundan korkutucu ve stresli bir durumdur. Ameliyat öncesi dönemde verilen eğitim hastayı bilgilendirmek, destek sağlamak, yanlış anlaşılmalara önlemek ve hastanın kendi bakımında rol ve sorumluluk almasına yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır (Tea 2004; Aksoy 2012; Neil 2014; Erdil^e 2016; Yılmaz 2016; Yavuz 2017). Ameliyat öncesi başlayan eğitim süreci taburculuk sürecine kadar devam etmelidir. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi eğitim verilen hastalarda tedaviye uyum ve memnuniyet düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Ayrıca ameliyat sonrasında fizyolojik ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırdığı, bağımsız rol ve fonksiyonları arttırdığı, anksiyete, hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı görülmüştür (Yavuz 2002; Wilhelm ve ark. 2009; Aksoy 2012; Sadati ve ark. 2013; O'Donnell 2015; Yıldız 2015; Yavuz 2017).

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak hasta eğitiminde bilgisayar destekli eğitim materyalleri kullanılmaktadır. Multimedya destekli ya da video ile yapılan eğitimin sözel eğitime göre daha eğlenceli ve anlaşılır olduğu belirtilmektedir (Aksoy 2012; Bucher ve Kotecki 2014; Yıldız 2015).

2.2.11. Cerrahi Sürece İlişkin Eğitim Planlaması

Ameliyat öncesi hasta eğitimi; anksiyete, korku, cerrahi işlem, ameliyat öncesi yapılan rutin girişimler, yapılacak invaziv işlemler, oral alımı durdurma, lavman, cilt temizliği, dönme, derin solunum öksürme egzersizleri, spirometre kullanımı, alt ekstremitte egzersizleri, erken mobilizasyon ve yardımcı araç gereç kullanımını içermelidir. Ayrıca ameliyathane, ağrı yönetimi, ameliyat sonrası yapılması gerekenler ve taburculuk eğitimi de ele alınmalıdır. Hastanın ailesi ve yakınları da eğitime dahil edilmelidir (Tea 2004; Aksoy 2012; Neil 2014; Yavuz 2017).

2.2.11.1. Beceri Geliştirmeye Yönelik Eğitim

• **Ameliyat Bölgesinin Korunması:** Özellikle göğüs ve batin ameliyatları sonrasında hareket etme, öksürme, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ameliyat bölgesi elle ya da yastıkla desteklenerek hastanın gerginlik ve ağrısı azaltılabilir (Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Eti Aslan^b 2017; Yavuz 2017).

• **Derin Solunum ve Öksürme Egzersizleri:** Derin solunum ve öksürük egzersizleri akciğer kapasitesini arttırmak, kanın oksijenlenmesini sağlamak ve oluşabilecek komplikasyonları (pnömoni, atelektazi vb.) azaltmak amacı ile hastalara öğretilmeli ve uygulanmalıdır (Aksoy 2012; Neil 2014; Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Eti Aslan^b 2017; Yavuz 2017).

• **Spirometre (Triflo) Kullanımı:** Spirometreler zayıflayan solunum kaslarının kuvvetlenmesini ve akciğerlerin genişlemesini sağlamaktadır (Aksoy 2012; Yılmaz 2016; Yavuz 2017). Spirometrenin doğru kullanıldığından emin olunmalıdır (Ulubay ve ark. 2017).

• Hareket, Dönme ve Ekstremitte Egzersizleri

Hareket ve dönme egzersizleri hastanın cilt bütünlüğünün korunmasında, solunum problemlerinin önlenmesinde, venöz dolaşımın artırılmasında ve ağrının azaltılmasında etkilidir. Ameliyat sonrası hasta mümkün olan en kısa sürede mobilize edilmelidir (Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Eti Aslan^b 2017; Yavuz 2017).

2.2.11.2. Ağrı Yönetimine İlişkin Eğitim

Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimi hasta konforunu arttırmakta, solunum ve dolaşım problemlerini önlemekte ve erken mobilizasyonu sağlamaktadır (Yıldız Fındık 2016). Ağrı güvenilir bir skala ile değerlendirilmeli, farmakolojik ya da farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmalıdır (Akyolcu 2012; Hoch 2014; Yıldız Fındık 2016; Eti Aslan^a 2017).

2.2.11.3. Beslenme ve Sıvılara Yönelik Eğitim

Ameliyat öncesi dönemde mide içeriğinin akciğere aspire olmasını önlemek için besin ve sıvı kısıtlaması yapılmaktadır. Son önerilerde ameliyattan altı saat öncesi katı gıdaların, iki saat öncesi de berrak sıvıların alınımının kesilmesi gerektiği belirtilmektedir (Aygün 2012; Yılmaz 2016; Yavuz 2017).

2.2.11.4. Barsak Hazırlığı

Günümüzde mekanik barsak temizliği bazı ameliyatlar dışında önerilmemektedir (Aygin 2012). Gastrointestinal sisteme yönelik bir ameliyat öncesinde bölgenin net görülebilmesini sağlamak amacıyla mekanik barsak temizliği yapılmaktadır (Yavuz 2017).

2.2.11.5. Cilt Hazırlığı

Ameliyat öncesi cilt hazırlığı; duş ya da banyo yapılmasını, kılların temizliğini, yabancı maddelerin ortamdan uzaklaştırılmasını ve ameliyat sırasında insizyon bölgesinin antiseptik ajanla temizlenmesini kapsamaktadır (Kaymakçı 2015). Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention/CDC) ve Amerikan Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of peri Operative Registered Nurses/AORN) ameliyattan önceki gece hastanın antiseptikli bir solüsyon ya da sabun kullanarak duş ya da banyo yapmasını önermektedir (Aksoy 2012; NICE 2013; Kaymakçı 2015; Candan Dönmez 2016; Yılmaz 2016; Berríos-Torres ve ark. 2017). Kontrendike değilse alkol bazlı solüsyonlar ile cilt hazırlığı yapılmalıdır (Berríos-Torres ve ark. 2017). Kullanılacak antiseptik solüsyon Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) onaylı olmalı ve kurumun enfeksiyon kontrol komitesi kontrolünden geçmelidir (Kaymakçı 2015; Candan Dönmez 2016).

Ameliyat bölgesindeki kıllar zorunlu olmadıkça kesilmemelidir. Eğer kıl temizliği gerekiyorsa jilet kullanılmadan, ameliyata en yakın zamanda, ameliyat odası dışında, elektrikli tıraş makinesi veya tüy dökücü kremler (duyarlılık testi yapılarak) kullanılarak yapılması önerilmektedir (NICE 2013; Spruce 2014; Kaymakçı 2015; Candan Dönmez 2016; Yavuz 2017).

2.2.11.6. Ameliyat Sabahı Hazırlıkla İlgili Eğitim

Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce güvenli cerrahi kontrol listesinin ilk bölümü klinik hemşiresi tarafından kontrol edilerek doldurulmalıdır (Yılmaz 2016).

Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce yapılması gereken uygulamalar;

- Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanmalı, açıklık durumu ve cilt temizliği kontrol edilmelidir.
- Onam belgesi kontrol edilmelidir.

- Yaşam bulguları ölçülmeli ve kaydedilmelidir.
- Hastaya ameliyat önlüğü giydirilmeli, metal eşyalar varsa çıkarılmalı ve başına bone takılmalıdır.
- Hastanın cilt renginin değerlendirilebilmesi için makyaj ve oje varsa çıkartılmalıdır. Cerrah tarafından yapılması istenen özel bir hazırlık işlemi (antiembolik çorap giydirilmesi, lavman vb.) varsa uygulanmalı ve hasta için gerekli olan malzeme, ekipman, kan veya kan ürünü gerekli ise temin edilmelidir.
- Hastaya ait olan tüm tetkik sonuçları kontrol edilerek dosyasına konmalıdır.
- Hasta servis hemşiresi tarafından tüm güvenlik önlemleri alınarak sedye ile ameliyathaneye dosyası ile birlikte teslim edilmelidir (Aksoy 2012; Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Yavuz 2017).

Premedikasyon uygulanan hastalarda düşme riski göz önünde bulundurularak yatak kenarlıkları kaldırılmalı ve hasta ilaç reaksiyonları açısından dikkatle gözlenmelidir (Yavuz 2017).

2.2.11.7. Hareket ile İlgili Eğitim

Hastanın erken mobilizasyonu, hareket ve dönme egzersizleri solunum, dolaşım ve gastrointestinal komplikasyonlarının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (Akyolcu 2012; Yıldız Fındık 2016; Eti Aslan^b 017).

2.2.11.8. Yara İyileşmesine Yönelik Eğitim

Cerrahi yara değerlendirilirken süturlar, yara kenarları, ciltteki renk değişiklikleri, ısı, ödem, drenaj miktarı ve hassasiyet dikkatli değerlendirilmelidir. Enfeksiyon gelişimini önlemek için dren ve pansuman bakımı özenli yapılmalıdır. Ameliyat bölgesi temiz ve kuru tutulmalı, idrar ve dışkı ile kirlenmesi engellenmeli ve el yıkamaya özen gösterilmelidir (Yıldız Fındık 2016; Eti Aslan^b 2017). Aynı zamanda derin solunum, öksürme, hareket, dönme ve ekstremitte egzersizlerinin yaptırılması, ameliyat bölgesinin basınç ve travmalara karşı desteklenmesi, yeterli beslenme ve sıvı alımı sağlanmalıdır (Akyolcu 2012; Eti Aslan^b 2014; Erdil^b 2016; Yıldız Fındık 2016).

2.2.11.9. Gastrointestinal ve Üriner Sisteme Yönelik Eğitim

Anestezi sonrası bulantı ve kusma yaygındır. Hastanın oral alımı tolere etmesi ile bulantı kusma azalmaktadır. Ameliyat sonrası oral gıda alımına ameliyatın ve anestezinin türü, hastanın genel durumu ve barsak hareketlerinin başlamasına göre karar verilmektedir (Carpenito-Moyet 2012; Erdil^b 2016; Eti Aslan^b 2017). Cerrahi süreçte hastanın abdominal distansiyon ve barsak sesleri de değerlendirilmelidir (Carpenito-Moyet 2012; Erdil^b 2016; Yıldız Fındık 2016; Eti Aslan^b 2017). Ayrıca hasta idrar miktarı ve mesane distansiyonu açısından da değerlendirilmelidir (Eti Aslan^b 2017).

2.2.11.10. Enfeksiyon Gelişmesini Önleme Eğitimi

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) ameliyat sonrası sık görülen hastane enfeksiyonları arasındadır (Spruce 2014; Webster ve Osborne 2015; Candan Dönmez 2016). Hastalara CAE'yi önlemeye yönelik yara bakımı, hijyen, ziyaretçi kısıtlaması, beslenme ve enfeksiyon belirtileri ve ilaç kullanımı vb. konularında bilgi verilmelidir (Carpenito-Moyet 2012; Eti Aslan^b 2014).

2. 3. ANKSİYETE

2.3.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete kişinin tehdit olarak algıladığı duruma karşı verdiği sağlıklı yanıttır. Kaygı, bunaltı olarakta adlandırılan anksiyete, "Gerçek veya algılanan tehdide bağlı hissedilen endişe, tedirginlik veya korku" ile ilişkili duygu durumu olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete terimi ilk kez Freud tarafından 1985 yılında "anksiyete nevrozu" olarak tanımlanmıştır. Yaşam süresince her insan farklı düzeylerde anksiyete deneyimlemektedir. Stres, anksiyete ve korku kavramları birbirinden farklıdır. Stres, kişinin üstesinden gelebileceği dış baskı iken, anksiyete stres durumunda verilen tepkidir. Korku ise bilinen dış bir tehlikeye karşı gösterilen fizyolojik duygusal tepkidir ve tehdit ortadan kalktığında kaybolmaktadır (Carpenito-Moyet 2012; Engin 2014; Özakkaş 2014; Townsend 2016; Yılmaz 2016).

2.3.2. Anksiyete Durumunda Ortaya Çıkan Bilişsel ve Davranışsal Etkenler

• **Anksiyetenin Fizyolojik Etkileri:** Birey çeşitli nedenler ile tehdit algıladığında (ameliyat, kaza, yaralanma, bilinmeyen korkusu vb.) fizyolojik yanıt oluşmaktadır (Engin 2014; Özakkaş 2014; Erdil ve Özhan Elbaş 2016; Townsend 2016; Memiş ve ark. 2017). Anksiyete kişide huzursuzluk, çarpıntı, göğüste sıkışma, midede boşluk hissi, terleme, baş ağrısı ve tuvalete gitme gereksinimi gibi bazı değişikliklere neden olmaktadır (Yılmaz 2016). Tehdit ile karşılaşıldığında, sinirsel ve hormonal uyarıları kontrol eden hipotalamus otonom sinir sistemini harekete geçirmektedir (Memiş ve ark. 2017).

• **Aksiyetenin Davranışa Etkisi:** Kişi kendine yönelik herhangi bir tehdit algıladığında kaçınma davranışları artmaktadır. Bu davranış şekli kişinin kendine yönelik tehdit olarak algıladığı uyaranlara daha çok odaklanmasına ve anksiyete devamını takip eden süreçte kısır bir döngü oluşmasına neden olmaktadır (Engin 2014).

2.3.3. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete sinir sistemini uyararak bireyin tehdit olarak algıladığı sorunla savaşmasına ya da sorundan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Anksiyete hafif, orta, ağır ve panik olmak üzere dört düzeyde ortaya çıkmaktadır. Hafif anksiyete kişinin motive olmasını, yeni koşullara adaptasyonunu ve ruhsal gelişimini olumlu etkilemektedir. Orta derece anksiyete kişinin düşünme süreçlerinde bozulma, algıda düşme, dikkatsizlik, hızlı konuşma ve hareketlilik oluşturabilir. Ağır anksiyetede kişinin algı ve bilişsel fonksiyonlarında çarpıtmalar, olaylar arasında bağlantı kuramama, konsantrasyon bozuklukları, baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, titreme, uyuşukluk, karıncalanma ve göz bebeklerinde büyüme vb. belirtiler görülebilir. Panik düzeydeki anksiyetede kişi dispne ve göğüs ağrısı yaşayabilir. İletişimde bozulma, kusma, inkontinans, gerçek dışı çarpıtmalar ve ölüm korkusu gibi şikayetler oluşabilir (Engin 2014; Townsend 2016; Yılmaz 2016).

2.3.4. Anksiyete Kuramları

• **Psikodinamik Kuram:** Bu kuram çeşitli nedenler ile benlik (ego), alt benlik (id) ve üst benlik (süperego) arasındaki çatışmaların anksiyete oluşturduğunu savunmaktadır. Anksiyete egoyu tehdit etmekte ve organizma bu durumu kontrol

altına almak için "bastırma" mekanizmasını devreye sokmaktadır. Bu mekanizma yeterli ise psikolojik denge sağlanır ve kişi anksiyetenin üstesinden gelir (Engin 2014; Townsend 2016; Yılmaz 2016).

• **Kişilerarası Kuram:** Bu kurama göre, anksiyete kişilerarası ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Başarısızlık ve beğenilmeme gibi durumlarda benlik saygısı düşmekte ve anksiyete oluşmaktadır (Engin 2014).

• **Davranışçı Kuram:** Bu kurama göre anksiyete acı, ceza veya korkudan kaçma dürtüsü temeline dayanan duygusal yaşantıdır. Çocukluğunda stres ve korku deneyimleyen kişilerin ileri dönemlerde yüksek düzey anksiyeteye eğilimli oldukları savunulmaktadır (Engin 2014; Yılmaz 2016).

• **Bilişsel Kuram:** Bu kurama göre kişinin bozulmuş ya da zarar görmüş düşünceleri nedeniyle bir durumun hatalı ya da disfonksiyonel olarak değerlendirilmesi anksiyete oluşturmaktadır. Kişinin benlik düzeyindeki uyumsuzluğun kaygı, gerginlik ve suçluluk duygusu oluşturacağı belirtilmektedir (Engin 2014; Townsend 2016; Yılmaz 2016).

• **Varoluşçu Kuram:** Bu kurama göre anksiyete, kişinin yaşamın anlamını yitirmesi ile ilişkilidir. Varoluşçu kuramda, kişi kendinin bir "hiç" olduğunun farkına varmaktadır ve anksiyete bireyin varoluşunun geçersizliğine verdiği tepki olarak ortaya çıkmaktadır (Yılmaz 2016).

2.3.5. Spielberg'in Anksiyete Kuramı

Durumluluk ve sürekli kaygı kavramları ilk kez Cattell ve Spielberger tarafından ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Spielberger ve arkadaşları tarafından iki tip anksiyete tanımlanmıştır:

• **Durumluk Anksiyete:** Kişiler yaşadıkları zaman diliminde zaman zaman stres yaşamaktadır. Stres durumunda organizma titreme, terleme, nabız ve kan basıncında artma gibi fizyolojik belirtiler göstermektedir. Yaşanan bu fiziksel değişiklikler, kişinin gergin ve huzursuz olduğunun göstergesidir. Durumluk kaygı düzeyinin yüksek ya da düşük olması kişinin deneyimlediği stres yoğunluğu ile yakından ilişkilidir (Spielberg 1970; Öner ve Le Compte 1983; Spielberger 2010).

• **Sürekli Anksiyete:** Kişinin kendini çevreden gelen tehditle ilişki olmaksızın, sürekli olarak huzursuz, mutsuz hissetmesi ve kendini stresli olarak yorumlamasıdır. Sürekli anksiyete nötr olan durumların bile birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygu durumudur (Spielberg 1970; Öner ve Le Compte 1983; Spielberger 2010).

2.3.6. Cerrahi Süreç ve Anksiyete

Ameliyat süreci hastada fizyolojik stres tepkisinin oluşmasının yanı sıra psikolojik stres oluşumuna da neden olmaktadır. Bu nedenle hasta psikolojik olarak iyi hazırlanmalıdır (Erdil^c 2016; Yılmaz 2016; Yavuz 2017). Hasta ameliyatın kendisine yarar sağlayacağını bilse bile çeşitli duygusal reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Hasta ameliyatı tehdit olarak algılayarak anksiyete yaşayabilir. Anksiyete cerrahi girişime karar verilmesiyle başlamakta ve hastaneye yatış ile artmaktadır. Hastalığa uyumu, tedavi ve iyileşme süresini, hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Yılmaz 2016). Cerrahide anksiyete nedenleri:

- Beden fonksiyonlarının bozulacağı ve ağrı yaşayacağı düşüncesi
- Anestezi uygulanması sonucu kontrol kaybı
- Sorumluluklarını yerine getirememesi (aile içi rollerinde aksama vb.)
- Ölüm korkusu
- Ameliyat sonrası kalıcı sakatlık ya da bağımlılık
- Anestezi ve cerrahi süreç ile ilgili bilinmeyen korkusu (Cimili 2001; Erdil^c 2016; Yavuz 2017).

Ameliyat olacak hastalar anksiyetelerini farklı şekilde yansıtabilmektedir. Hemşire bu süreçte hastaların bireysel özelliklerine göre etkili bir bakım sağlamalı ve iletişimi sürdürmelidir (Erdil^c 2016; Yavuz 2017). Hastanın anksiyete düzeyi ameliyatın zorluğu, riskleri, tutulan organ ve hastanın önyargıları ile ilişkilidir (Cimili 2001). Ameliyatın küçük, basit ya da büyük olması anksiyete oluşumunda önemli değildir (Erdil^c 2016). Cerrahin tutumu da hastanın anksiyete düzeyinde oldukça etkilidir (Cimili 2001).

Hemşireler anksiyeteyi azaltmak için bilişsel davranışsal terapi tekniklerini (gevşeme egzersizleri ve bilgilendirme vb.) kullanmaktadır (Engin 2014). İyi bir hemşirelik bakımı ile hastanın anksiyete düzeyi azaltılabilir. Ameliyat öncesi

psikolojik açıdan iyi hazırlanan hastaların daha az ameliyat travması yaşadığı, iyileşme sürecinin hızlandığı ve komplikasyon oranlarının azaldığı bildirilmiştir (Tea 2004; Erdil^c 2016; Yavuz 2017).

2. 4. KONFOR

Rahatlık kavramı kişinin doğumundan itibaren aradığı ve ulaşmak istediği bir hedeftir (Erdemir ve Çırlak 2013). Hasta bireyin rahatlatılması temel hemşirelik girişimlerinden biridir (Terzi ve Kaya 2017). Konfor kavramı, sistematik süreç içerisinde hasta için gerekli bakım sağlanırken ortaya çıkan kavramlardan biridir ve günümüzde hemşireliğin arzu edilen bakım sonuçlarının ortaya çıkmasında oldukça etkilidir. Konfor kavramının tarihsel kökeni Florence Nightingale'e kadar dayanmaktadır. Daha sonraki dönemlerde birçok kuramcı konfor ile ilgilenmiştir (Kolcaba 1992; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Çınar Yücel 2011; Erdemir ve Çıplak 2013). Rahatlık kavramı üç gruba ayrılmaktadır:

- Organizmanın iç dengesi ve ağrıya yönelik girişimlerin sağlanması
- Bilgi verme, eğitim verme, cesaretlendirme, anksiyeteyi azaltma, iyileşmeye yardım etme konularında kişiye rehberlik etme
- Masaj, müzik gibi uygulamalar ile kişinin iyi hissetmesi sağlanarak ve manevi duyguları beslenerek kişinin rahatlatılması (Kolcaba 1994; Erdemir ve Çırlak 2013).

2.4.1. Konfor Kavramı ve Kuramı

Latince kökenli olan konfor kavramı "güçlendirmek" anlamına gelmektedir (Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017). Konfor kuramı ilk kez 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Terzi ve Kaya 2017). St. Luke's Hospital School of Nursing'den 1965 yılında mezun olan Kolcaba konfor kavramı üzerindeki çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür (Erdemir ve Çırlak 2013). Kolcaba konforu "bireyin gereksinimlerine yönelik yardımcı olma, huzuru sağlama ve sorunlar ile baş edebilmesine ilişkin psikospiritüel, fiziksel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıdan oluşan beklenen bir sonuç" olarak tanımlamıştır (Kolcaba 1991; Çınar Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Hemşirelik mesleği açısından bu kavram, hasta bireyin, ailenin ya da toplumun konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, temel ve sonraki konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Çınar Yücel 2011; Yaşar ve Çınar Yücel 2015; Terzi ve Kaya 2017). Konfor kuramının temel varsayımları şunlardır:

- Kişiler, karmaşık uyarılara bütüncül yanıt vermektedir
- Konfor hemşirelik mesleğinde görülmek istenen bütüncül bir sonuçtur
- Kişiler temel konfor gereksinimlerini karşılayamıyorsa bu gereksinimler başkası/başkaları tarafından karşılanmalıdır
- Geleneksel bütünlük, hasta merkezli değer sistemine temellenen kuralcı ve tanımlayıcı bir yapıya sahiptir (Kolcaba 1992; Kolcaba 1994; Terzi ve Kaya 2017).

2.4.2. Konfor Kuramının Gelişimini Etkileyen Felsefi Bakışlar

- **Holizm (Bütüncülük) Kavramı:** Kolcaba "Holizm" kavramının kişinin fizyolojik yapısı ile ilişkili olarak mental, spiritüel ve duygusal deneyimlerden oluştuğunu, kişinin yaşamını sürdürebilmesi için sosyal ve çevresel sistemler içerisinde yer aldığını belirtmektedir. Holizm kavramında kişinin bu sistemlerde oluşan değişiklikleri eş zamanlı algılayarak içe veya dışa dönük tepki verdiği ve bireyin farklı uyaranlara bir bütün olarak cevap verdiği bilinmektedir (Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011).
- **İnsan Gereksinimleri:** Kişinin temel gereksinimlerinin karşılanmasının ön planda olduğu bu kuramda bireysel ve kültürel özellikler doğrultusunda bütüncül bakımın sürdürülmesi gereklidir. Bireyin temel gereksinimleri (barınma ihtiyaçları, ekonomik durum, sosyal destek, fonksiyonel sağlığı sürdürmek gibi) fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimleri oluşturarak bütüncül konforu oluşturmaktadır (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011).
- **İnsanda Baskı:** Murray'ın insanda baskı kuramı insan gereksinimleri ile ilişkili olduğundan stres düzeyi yüksek hastalara uygulanabilmektedir (Kolcaba 2001). Bu kuramda, uyarıcılar alfa ve beta baskıları olarak değerlendirilmektedir. Pozitif güçler (kolaylaştırıcı), negatif güçler (zorlayıcı) ve etkileyici güçler alfa baskısını oluştururken, alfa baskısındaki güçlerin toplam etkisinin birey tarafından algılanması

beta baskısı olarak açıklanmaktadır (Kolcaba 1994; Kolcaba 2001; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Erdemir ve Çırlak 2013).

Konfor kuramında, Kolcaba anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük gibi duyguları, çevresel tehditleri, sosyal deneyimleri, tedavi sürecini ve hastalığın yan etkileri gibi durumları alfa baskısının negatif güçleri olarak belirtmektedir. Hemşirelik hizmetleri pozitif güç olarak değerlendirilirken, bireyin bakım ve sağlık gereksinimlerini etkileyen yaş, cinsiyet, medeni durum gibi değişkenler etkileşim içerisindeki güçler olarak tanımlanmaktadır. Alfa baskısının hasta tarafından nasıl ve ne şekilde algılandığı beta baskısı olarak bildirilmektedir (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Erdemir ve Çırlak 2013). Konfor seviyesinin yüksek algılanması kişide gerginliğin azalmasına ve fonksiyonlarının güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Ortaya çıkan güç bireyin daha sonra gerçekleştireceği aktiviteleri olumlu yönde etkilemektedir (Karabacak ve Acaroğlu 2011).

2.4.3. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

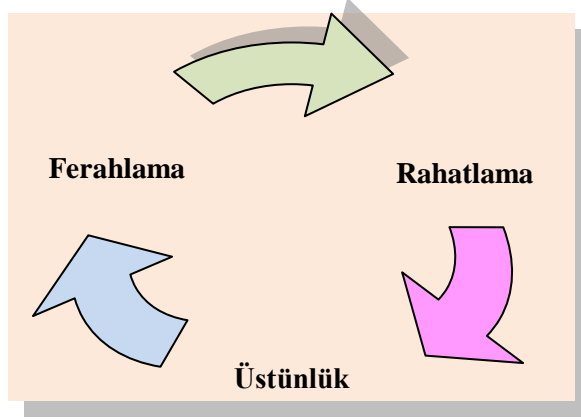
Konfor kuramının taksonomik yapısı üç düzey ve dört boyuttan oluşmuştur. Taksonomik yapı hastaların konfor gereksinimlerini, bu gereksinimlere yönelik alınması gereken tedbirleri ve istedik sonuçların ortaya çıkarılması için uygulanması gereken hemşirelik girişimlerinin yapılmasını kolaylaştırmaktadır Yapıyı rehber olarak kullanma konusunda uzmanlaşan hemşireler hastalarının gereksinimlerine göre konfor tasarımını oluşturabilmektedir (Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

Konfor Boyutları	Konfor Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Şekil 4. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

Kolcaba KY. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nurs Outlook. 2001; 49: 86-92.

Kolcaba konfor kuramının üç düzeyini ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak



belirtmiştir. Kuramsal olarak güç verici bileşenler olan bu üç konfor düzeyi hastanın performansında olumlu etki yaratmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Kolcaba 1994; Kolcaba 2001; Terzi ve Kaya 2017).

Şekil 5. Konfor Kuramının Düzeyleri

- **Ferahlama:** Kişinin konforunu bozan durumun ortadan kaldırılması ve gereksinimlerinin karşılanması sonucu sıkıntıdan kurtulma ile hissettiği durumdur. Kişinin eski fonksiyonlarına dönmesi ya da huzurlu şekilde hayatın bitmesi için gereklidir (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Terzi ve Kaya 2017).
- **Rahatlama:** Rahatlama kişinin sakin, huzurlu olduğu ve memnuniyetini dile getirdiği durumdur. Çevresel faktörler, fiziksel ve duygusal deneyimler rahatlamaı etkilemektedir (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).
- **Üstünlük:** Kişinin kendi sorunlarının üstesinden gelebilmesidir. Diğer iki kavramdan farklı olarak bireyin sıra dışı potansiyelinin ortaya çıkarılmasıdır. Konfor konusunda tüm gereksinimleri karşılanan birey, sorunlarının üstesinden gelebilmektedir (Kolcaba 1991; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Kolcaba konfor kuramının boyutlarını dört başlıkta değerlendirmiştir. Bunlar:

- **Fiziksel Konfor:** Fiziksel konfor bireyin fizyolojik durumu ile ilişkilidir. Hastalığa verilen yanıt, beslenme, ağrı, dinlenme gibi hemodinamik dengeleri içermektedir. Fiziksel konforun azalmasında en büyük etken ağrıdır. Kişinin fizyolojik dengelerinde (sıvı elektrolit dengesi, yeterli oksijenlenmenin sağlanması, dengeli kan biyokimyası vb.) meydana gelen anormalliklerin konforu etkileyeceği

vurgulanmaktadır (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

• **Psikospritiüel Konfor:** Mantık, duygu ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Kişinin hayatına anlam katan ve önemli olan benlik kavramı, öz saygı, cinsellik ve kendine yönelik farkındalıkla ilgili duyguların oluşturduğu konfor boyutudur. Masaj, cesaretlendirme ve yakınları ile görüşürme gibi girişimler kişinin konforunu arttıracak uygulamalardır. Kişinin cerrahi süreçte yaşadığı anksiyete konfor düzeyini azaltmaktadır. Bu süreçte hastaya eğitim verilmemesi, bilgilendirme yapılmaması, korku ve belirsizlik gibi faktörler psikospitiüel konforu azaltan diğer etkenlerdir (Kolcaba 1994;; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Erdemir ve Çırlak 2013).

• **Çevresel Konfor:** Bireyin maruz kaldığı gürültü, ısı, ışık, güvenli çevre gibi dış etkenler ve durumlar ile bunların kişi üzerinde oluşturduğu etkileri kapsayan konfor boyutudur (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Terzi ve Kaya 2017).

• **Sosyo-Kültürel Konfor:** Kolcaba'ya göre sosyokültürel konfor boyutunda; bireyin, ailenin gereksinimleri ve alışkanlıkları dikkate alınarak bakım verme, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, mali konularda destek sistemlerinden yararlanma, inançlar, etkili iletişimin sağlanması, taburculuk planlaması ve eğitimi, evde bakım hizmetleri yer almaktadır (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

2.4.4. Konfor Kuramında Temel Hemşirelik Kavramları

Konfor kuramında hemşire, hasta kişinin ve ailesinin konfora yönelik gereksinimlerini tanıyarak, gerekli girişimlerde bulunan ve uyguladığı girişimlerin etkinliğini değerlendiren profesyonel sağlık çalışanı olarak tanımlanmaktadır. Bu kuramda temel hemşirelik kavramları insan, çevre ve sağlık olarak ele alınmaktadır.

- İnsan; sağlık ve bakım ihtiyacı olan kişidir.
- Çevre; konfor durumunu etkileyen olumsuz etki yaratma durumunda konforu arttırmaya yönelik olarak değişiklik yapılabilen faktördür.
- Sağlık; sağlık gereksinimlerinin karşılanmasıyla artan konforun birey, aile ve toplumda yarattığı etki olarak tanımlanmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011).

2.4.5. Konfor Kavramının Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi

Tarihsel açıdan oldukça uzun ve köklü bir geçmişe sahip olan hemşirelik mesleğinin, yalnızca fiziksel bakıma yönelik görev yaptığı hiçbir dönem olmamıştır (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Muslu ve Altuğ Özsoy 2017). Endişe, acı, keder, ıstırap gibi durumların yokluğu olarak düşünülen konfor kavramında amaç fizyolojik ve mental rahatlığı sağlamaktır. Hemşirelik girişimleri bu konuda oldukça önemlidir (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994). Sağlık sistemlerinde hemşireler konforu bozan etmenleri ortadan kaldırmayı amaçlayarak, hastanın güç kazanmasına ve iyileşmesine yardımcı olmaktadır (Kolcaba 1994; Çınar Yücel 2011). Hemşireler hastaların tanınmasında, bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimlerinin değerlendirilmesinde etkili görev almaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Kolcaba 1994; Terzi ve Kaya 2017).

Hastanın bütüncül bir bakış açısıyla ele alınarak, ağrı, bulantı, kusma, titreme, kaşınma gibi fiziksel konfor gereksinimlerinin karşılanması, tedavisi konusunda güvence verilmesi, gerekli bilgilendirmenin yapılması ve odasının temizliğinin sağlanması gibi konfor gereksinimi olan durumlar her aşamada değerlendirilerek hemşireler tarafından sağlanmalıdır (Kolcaba 1994; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

Sağlık bakım sisteminde görev yapan hemşireler stresli bir yer olan sağlık kurumlarında kişinin konfor gereksinimlerini belirleyerek konfor düzeyinin artmasını sağlayan hemşirelik girişimlerini uygulamaktadır. Hastanın anksiyete düzeyinin azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması ve ulaşılması hedeflenen konfor düzeyi değerlendirilmelidir (Çınar ve Yücel 2011). Hemşireler konfor kavram ve kuramının kullanılması, değerlendirilmesi ve konfor seviyesinin arttırılmasında rol oynamaktadır (Terzi ve Kaya 2017). Bu şekilde kişinin optimum konfor düzeyi sağlanarak yaşam kalitesi arttırılabilir (Çınar Yücel 2011). Kolcaba sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların konfor üzerine olumlu etkileri olduğunu savunmuştur. Bu davranışlar taburculuk süresinin kısaltılmasında, fiziksel durumun (ağrı, bulantı, kusma vb.) ve tedavi yanıtının iyileştirilmesinde, hızlı iyileşmenin sağlanmasında ve hasta memnuniyetinin arttırılmasında etkilidir (Kolcaba 2001; Çınar Yücel 2011).

2. 5. AĞRI

Yunanca kökenli ve ceza anlamına gelen ağrı her insanın yaşamı boyunca mutlaka deneyimlediği bir durumdur. Sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedeni olan ağrı kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve komplikasyonlara neden olmaktadır (Kumar ve Elavarasi 2016; Eti Aslan^a 2017; Eti Aslan ve Yıldız 2017).

2.5.1. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain/IASP) ağrıyı "varolan veya olası doku hasarına eşlik eden, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim" olarak tanımlamaktadır. Klinik açıdan en çok kabul edilen ağrı tanımı "hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir" şeklindedir (Eti Aslan^a 2017). Dünya Sağlık Örgütü ve IASP ağrının önlenmesini insan hakkı olarak görmektedir (Thamilselvam ve Pandurangan 2017).

2.5.2. Ağrının Algılanması

• **Nosiseptörler:** Beyin dokusu dışındaki tüm dokularda yaygın olarak bulunan özelleşmiş sinir uçlarıdır. Termal (şiddetli sıcak ve soğukta), mekanik (travma, doku hasarında vb.) ve kimyasal (histamin, kinin ve prostaglandin salınımında) olarak üç farklı türdeki reseptörler aracılığıyla ağrılı uyaran algılanmaktadır (Eti Aslan ve Yıldız 2017).

• **Nosisepsiyon:** Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan yaralanmalarda uyarı nosiseptörler tarafından alınarak santral sinir sistemine götürülür. Belli bölgelerde ve nöral yapılarda entegre edilir. Zararlı tehdidin (noksiyus) algılanması sonucu bu tehtide karşı fizyolojik ve psikolojik açıdan tepki verilir (Świeboda ve ark. 2013; Eti Aslan ve Yıldız 2017; Uyar ve Köken 2017). Nosisepsiyon süreci fazları:

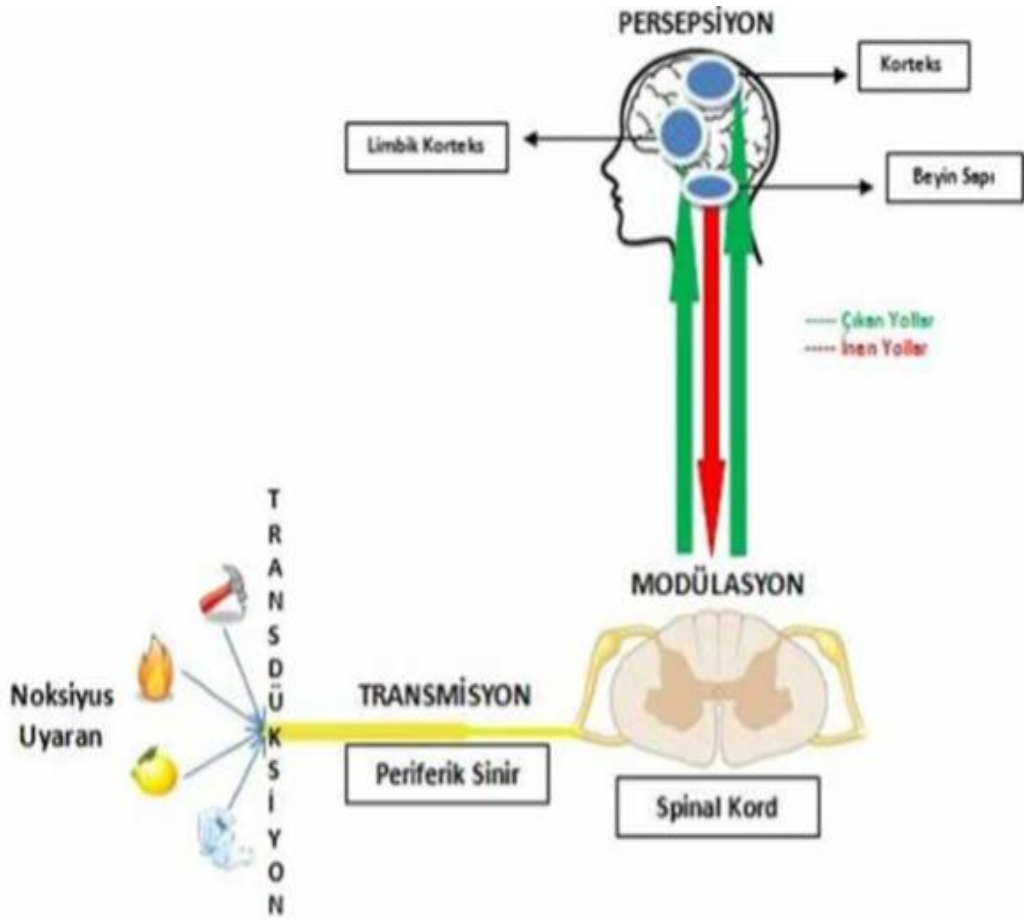
I. Transdüksiyon: Deri, eklem ve organlarda yer alan nosiseptörlerin alınan ağrılı uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesi sürecidir.

II. Transmisyon: Transdüksiyon aşamasında alınan ağrılı uyarının sinir sistemi boyunca iletilerek beyindeki üst merkezlere ulaştırılmasıdır.

III. Modülasyon: Spinal kord seviyesinde ya da üzerinde ortaya çıkan durumdur ve ağrı duyusunun duyuşsal alana iletilmesidir.

IV. Persepsiyon: Ağrının kişi tarafından algılanma aşamasıdır (Casey 1991; Ertekin 1993; Yücel 1997; Eti Aslan ve Yıldız 2017; Uyar ve Köken 2017).

Ağrı duyusu ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C sinir liflerinin serbest sinir sonlanmaları tarafından algılanarak spinal korda taşınır. Ağrı duyusuyla ilişkili olan bu liflere nosiseptör denir. A delta lifleri başlıca termal ve mekanik uyarıyı taşırken, C lifleri mekanik, kimyasal ve termal uyarıyı taşır. C lifleri tüm ağrılı uyarı tiplerini taşıması nedeniyle polimodal nosiseptörler adını almaktadır (Uyar ve Köken 2017; Aydın 2002).



Şekil 6. Ağrının Algılanması

Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. TOTBİD Dergisi. 2017; 16: 70–76.

2.5.3. Ağrı Teorileri

- **Spesifite Teorisi:** Bu teoriye göre spesifik uyarıların beyinde özel reseptörleri bulunmaktadır ve spesifik sinir uçları uyarıldığında ağrının ortaya çıktığı düşünülmektedir (Eti Aslan ve Yıldız 2017).
- **Patern Teorisi:** Bu teoriye göre ağrı duyusunun ortaya çıkabilmesi için uyarının spinal korda girmesi ve birikmesi gerekmektedir. Tekrarlayan uyarılar sonucunda ağrı duyusu başlamaktadır (Eti Aslan ve Yıldız 2017).
- **Kapı-Kontrol Teorisi:** Yaygın olarak kabul gören en önemli ağrı teorisidir. Wall ve Melzack tarafından 1965 yılında daha önceki teorilerin ışığında geliştirilmiştir. Artan ağrı uyarılarının önce omurilik dorsal boynuzundaki bir kapıdan geçmesi gereklidir. Ağrı C lifleri ve A delta lifleri ile ileti göndererek kapının açılmasını sağlamaktadır. Bireyin ağrı yoğunluğu, zararlı uyarı ve A beta lifleri ya da azalan beyin aktivitesi arasında bir denge olarak tanımlanmaktadır. Kapı açılırsa ağrı yoğun olarak hissedilmekte, kapanırsa ağrı hissedilmemektedir. Dokunma veya ısı ile A beta liflerinin daha fazla uyarılması, A delta ve C lifleri aracılığıyla iletilen ağrıyı inhibe edebilmektedir. Bu durum, akupunktur ve transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonunun (TENS) ağrı düzeyini azaltma mekanizmasını açıklamaktadır. İnen ağrı yolundaki aktivite arttığında kapı kapanmaktadır (Ertekin 1993; Erdine 2000; Eti Aslan ve Yıldız 2017).

2.5.4. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler

Ağrı algısı yaş, cinsiyet, kültürel etkenler, kişinin karakter özellikleri, inançlar ve anksiyete vb. durumlardan etkilenmektedir (Eti Aslan ve Yıldız 2017).

2.5.5. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Solunum sistemi	Kardiyovasküler Sistem	İskelet sistemi	Gastrointestinal sistem	Renal sistem
Hipoventilasyon	Taşikardi	Hareketin azalması	Gastrik boşalmanın gecikmesi	Su ve sodyum retansiyonunda artma
Öksürüğün azalması	Hipertansiyon	Kas atrofisi	İntestinal motilite	
Taşipne	Venöz dolunun azalması			
	Koroner vazokontrüksiyon			
Hipoksemi	Kalp iş yükünün artması	Uzun süreli ameliyat sonrası iyileşme	Bulantı ve kusma	Üriner out-put da düşme
Hipoksi	Derin ven trombozu	Derin ven trombozu	Beslenme yetersizliği	
Balgam oluşması	Pulmoner emboli	Pulmoner emboli	Yara iyileşmesinde gecikme	

Şekil 7. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Eti Aslan F, Yıldız T. Ağrı ve Ağrı Yönetimi. İçinde: Eti Aslan F, Olgun N, eds. Fیزیopatoloji. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2017, s: 109-136.

2.5.6. Ağrı Sınıflandırılması

I. Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre

- **Nosiseptif Ağrı:** Zararlı veya ölümcül uyaranlara karşı organizmayı, uyararak için tasarlanmış erken alarm sistemidir.
- **Nöropatik Ağrı:** Periferik veya santral yaralanma sonrası fonksiyonel ya da yapısal sinir sistemi adaptasyonlarının oluşturduğu ağrıdır.
- **Psikojenik Ağrı:** Depresyon ya da anksiyete gibi psikolojik durumlarda doku hasarı varmış gibi ağrı algılanmasıdır (Aydın 2002; Eti Aslan ve Yıldız 2017).

II. Sürelerine Göre Ağrı

- **Geçici Ağrı:** Ağrının süresi kısadır. Tıbbi müdahale yapılmadan ağrı kendiliğinden geçebilir.
- **Akut Ağrı:** Ani başlayan, şiddetli, doku hasarı ile ilişkili ağrıdır. Akut ağrıya yanıt olarak taşikardi, terleme, takipne ve hipotansiyon gelişir.

- **Kronik Ağrı:** İyileşme tamamlandıktan sonra da devam eden ağrıdır. Akut ağrı gibi yoğun olabilir ancak otonomik yanıt yoktur, hastalık ya da yaralanma sona erdikten sonra da devam eder (Aydın 2002; Eti Aslan ve Yıldız 2017).

III. Lokasyonuna Göre Ağrı

- **Yüzeysel Ağrı:** Deri ve mukozadaki nosiseptör stimülasyonu ile meydana gelmektedir. Ağrı kolaylıkla lokalize edilir, keskin ve batıcı tarzdadır.
- **Derin Ağrı:** Uzun süreli ve künt bir ağrıdır. Ağrının yerini lokalize etmek daha zordur. Hem somatik hem de visseral ağrı olarak tanımlanmaktadır (Aydın 2002; Eti Aslan ve Yıldız 2017).

2.5.7. Ağrının Değerlendirmesi

Ağrı değerlendirmesine yönelik yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının hastaların ağrılarını hastalara göre daha düşük tahmin ettiği bildirilmiştir. Ağrı bireye özgü olduğundan değerlendirme yaparken hasta tüm yönleri ile ele alınmalıdır. Ağrı değerlendirmesinde doğru anamnez alınmalı, hastanın ağrılı ve ağrısız dönemlerdeki davranışları izlenmelidir (Eti Aslan^a 2017).

2.5.7.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler

Ağrı değerlendirmesinde ağrının yeri, özelliği, tipi, şiddeti, zamanı, ağrıyı azaltan ve arttıran etkenlerin bilinmesi ve araştırılması gereklidir. Tek veya çok boyutlu ölçekler ağrı değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin amacı; hastanın sayılar veya kelimelerle ifade ettiği ağrının şiddetini objektif olarak göstermek, ağrı değerlendirmesi yapan sağlık çalışanları arasındaki farklılıkları ortadan kaldırmaktır (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008; Akyolcu 2012; Eti Aslan^a 2017; Yavuz 2017).

I. Tek boyutlu ölçekler

- **Sözel Kategori Ölçeği:** Uygulaması kolay ve sınıflaması basittir. Bu ölçek hastanın ağrı ifadesini tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesini sağlar. Ağrının şiddeti hafiften dayanılmaz ağrıya kadar devam eder. Melzack ve Targerson ağrı şiddetini tanımlamak için hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz kelimelerini kullanmıştır. Ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki belli kelime sayısına bağlı kalınması ölçeğin sınırlılığıdır (Eti Aslan^a 2017).

- **Sayısal Ölçekler:** Bireyin ağrısını rakamlarla ifade etmesini sağlar. Sayısal ölçeklerde (0) ağrı yok, (10) dayanılmaz ağrı olarak belirtilmektedir. Uygulanması ve anlaşılması kolaydır (Eti Aslan^a 2017).
- **Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)(VAS):** Bir ucu ağrının olmayışını diğer ucu en şiddetli ağrıyı gösteren ağrı skalasıdır. Hasta 10 cm uzunluğundaki cetvelin üzerinde kendi ağrı düzeyini işaretlemektedir (0=ağrı yok, 10=dayanılmaz ağrı). Tek boyutlu ölçeklere göre GKÖ'nün ağrı şiddeti değerlendirmesi daha güvenilirdir. Bu ölçek kullanılırken hastaya iyi bir şekilde açıklanmalı ve hastanın iki uç arasında kendi seçimini yapmasına olanak sağlanmalıdır (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008; Eti Aslan^a 2017).
- **Burford Ağrı Termometresi:** Ülkemizde yaygın olarak kullanılmayan bu ölçekte, 0-1: ağrı yok, 2-3: hafif ağrı, 4-5: rahatsız edici ağrı, 6-7: şiddetli ağrı, 8-9: çok şiddetli ağrı, 10: dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Hasta bireyin ve hemşirenin ağrı şiddetini saptarken ve uygulanan tedavi etkinliğine dair yorumlama açısından üstünlüğü vardır (Eti Aslan^a 2017).

II. Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçeklerin yeterli olmaması ve ağrının farklı yönlerini belirlemek amacı ile çok boyutlu ölçekler geliştirilmiştir (Eti Aslan^a 2017).

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dartmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Davranış Modelleri
- Ağrı Algılama Profili
- Ağrı Rahatsızlık Skalası (PDS) (Aldemir 2007; Eti Aslan^a 2017).

2.5.8. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ağrı kontrolü multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Hemşireler diğer ekip üyelerine göre hasta ile daha fazla zaman geçirdiği için ağrı kontrolünde önemli bir role sahiptir. Hastanın daha önceki ağrı deneyimleri, başetme yöntemleri, kişilik özellikleri de sorgulanmalıdır. Hemşire ağrı ile başetme stratejilerini hastaya

öğretmeli, rehberlik yapmalı, farmakolojik ve farmakolojik olmayan uygulamaların sonuçlarını takip etmeli ve hastaya empatik yaklaşım göstermelidir (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008; Eti Aslan^a 2017).

2.5.9. Ağrı Tedavisi Yöntemleri

2.5.9.1. Farmakolojik Yöntemler

Ağrı gidermede yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir. Bu amaçla en fazla narkotik ve narkotik olmayan analjezikler kullanılmaktadır. Hızlı etkileri ve kolay uygulanabilir olmaları nedeni ile daha sık tercih edilmektedir (Arslan ve Çelebioğlu 2004). Farmakolojik yöntemler ağrı impulslarının beyne iletilmesini engelleyerek etki göstermektedir (Sabuncu ve Akça 2011).

2.5.9.2. Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri cerrahi, medikal veya farmakolojik tedavilerin yan etkilerini azaltmak için kullanılan girişimlerdir. Hemşireler farmakolojik olmayan yöntemleri farmakolojik yöntemlere yardımcı olarak kullanmaktadır. Bu yöntemler hastaların ağrı ve anksiyetelerinin azaltılmasında, konfor seviyelerinin artırılmasında önemli role sahiptir (Tracy ve Chlan 2011). Yapılan çalışmalarda müzik terapi, aromaterapi, soğuk uygulama, masaj gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin ağrıyı azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Cırık ve Efe 2014).

2.5.10. Ameliyat Sürecinde Ağrı yönetimi

Amerika'da her yıl 50 milyondan fazla ameliyat yapılmaktadır. Ameliyat olan hastaların çok azı, ameliyat sonrası daha az ağrı deneyimlediğini belirtmektedir (Manworren ve ark. 2018). Cerrahi girişim uygulanan hastaların %80'inden fazlası akut ağrı deneyimlemektedir. Yeterli ağrı kontrolü sağlanamadığında hastanın fiziksel fonksiyonları bozulmakta, cerrahi komplikasyonların oluşma riski artmakta, iyileşme süresi uzamakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır (Chou ve ark. 2016; Manworren ve ark. 2018). Etkin ağrı yönetimi hastanın cerrahi süreci daha rahat ve konforlu geçirmesini, egzersizleri daha kolay yapmasını, erken mobilize olmasını, solunum ve dolaşım komplikasyonlarını azaltmaktadır (Yıldız Fındık 2016).

Amerikan Anestezistler Birliği (American Society of Anesthesiologists/ASA) ile Amerikan Ağrı Derneği (The American Pain Society/APS) tarafından güvenli ameliyat sonrası ağrı yönetimini destekleyen kanıta dayalı bir rehber hazırlanmıştır. Bu rehberde ağrı yönetimi için ameliyat öncesi eğitim, ağrı yönetimi planlaması, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler, örgütsel politika ve prosedürler belirtilmiştir (Chou ve ark. 2016; Manworren ve ark. 2018).

2. 6. BULANTI VE KUSMA

Ameliyat sonrası hastaların %70-80'inde bulantı kusma görülmektedir. Bulantı ve kusma, ağrı ile birlikte en sık görülen şikayetlerden biridir. Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği (American Society of PeriAnesthesia Nurses/ASPAN) postoperatif bulantı kusmayı ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ortaya çıkan durum olarak tanımlamıştır (Aygin 2016).

Bulantı kusmaya yönelik hazırlanan güncel rehberlerde bulantı kusma için risk faktörleri tam pozitif, çelişkili, onaylanmamış veya sınırlı klinik önemli olarak üç başlık altında toplanmıştır. Bulantı, kusmada en önemli risk faktörleri kadın cinsiyet, ameliyat sonrası bulantı, kusma hikayesi, sigara içmeme, daha genç yaşa sahip olma, uçucu anesteziklerin kullanımı, ameliyat sonrası opioid uygulanması, anestezi süresi ve ameliyat tipidir (Gan ve ark. 2014).

Ameliyat sonrası oluşan bulantı ve kusma oral sıvı alımında gecikmeye, oral ilaçların kesilmesine, sıvı elektrolit dengesizliğine ve dehidratasyona neden olmaktadır. Öğürme ve kusma, aspirasyon, yara açılması ve hematom riskini arttırmakla birlikte taburculuk süresinin uzamasına, maliyetin yükselmesine ve tekrar hastane yatışlarına yol açmaktadır (Aygin 2016).

Hastanın oral alıma başlaması ile bulantı kusma azalmaktadır. Ameliyat sonrası yapılan ameliyatın ve anestezinin türü, etkisi, hastanın durumu ve barsak hareketlerinin başlama durumuna göre oral alıma başlama zamanı belirlenmelidir (Erdil^b 2016; Eti Aslan^b 2017). Hastalara oral beslenmeye başladığında az ve sık yemesi, soğuk, hafif, fazla tatlı olmayan besinleri tercih etmesi, yemek ve

beraberinde sıvı gıdaları almaması ve aşırı yağlı, baharatlı besinler tüketmememesi gerektiği açıklanmalıdır (Carpenito-Moyet 2012).

2.6.1. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma Yönetimi

- Sağlık profesyonelleri ameliyat sonrası bulantı, kusma ile ilişkili risk faktörlerini bilmeli ve mümkün olduğunca temel riskleri azaltmalıdır.
- Yeterli sıvı dengesi sağlanmalıdır.
- Anestezi indüksiyonu ve devamında propofol kullanılmalıdır.
- Nitroz oksit ve uçucu anestetik kullanımından kaçınılmalıdır.
- Opioidlerin perioperatif kullanımını en aza indirilmelidir.
- Bulantı ve kusma gelişen orta veya yüksek riskli hastalara profilaktik antiemetikler uygulanmalıdır.
- Bulantı ve kusma profilaksisi başarısız olan ilaç, tekrar uygulanmamalı bunun yerine farklı bir antiemetik gruptan ilaç verilmelidir.
- Akupunktur uygulaması ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesi için alternatif veya adjuvan tedavi olarak kullanılabilir (McCracken ve ark. 2008; Gan ve ark. 2014).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; randomize kontrollü, deneysel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ

Araştırma, 15 Eylül 2017 - 01 Mayıs 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Manisa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yapıldı.

3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Manisa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde genel anestezi ile laparoskopik kolesistektomi yapılmasına karar verilen hastalar oluşturdu.

3. 3. 1. Örneklem Yöntemi

Araştırma grubunun büyüklüğü Sadati ve arkadaşlarının (2013) çalışması referans alınarak PASS programında t testi ile hesaplandı. Araştırmanın sonuç değişkenlerinden birisi bireylerin algıladığı ağrı (VAS) düzeyidir. Sadati ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat sonrası VAS-ağrı düzeyi girişim grubunda 5,1, kontrol grubunda 5,7 bulunmuştur. Bu değerler dikkate alınarak yapılan hesaplamada $\alpha=0.001$ yanılma düzeyi, %99 güç ile en küçük örnek büyüklüğü 108 (girişim grubu: 54 ve kontrol grubu: 54) olarak belirlendi. Bu çalışmada 140 hasta ile görüşüldü. Ancak laparoskopik kolesistektomi planlanmasına rağmen açık ameliyata geçilmesi, ekstra cerrahi işlem uygulanması (herni onarımı vb.), ameliyat sonrası hastanın yoğun bakım ünitesine alınması ve veri toplama sürecinin tamamlanamaması nedeni ile 16 hasta araştırmadan dışlandı ve bu araştırmaya 62 girişim ve 62 kontrol olmak üzere 124 hasta dahil edildi.

Hastaların hangi grupta yer alacağını belirlemek için randomizasyon (rastgele yerleştirme) kullanıldı. Randomizasyon yönteminde gruplara eşit bir dağılım yapılabilmesi için blok randomizasyon yöntemi uygulandı. Dörtlü blok halinde numaralandırılmış 6 farklı olasılık rastgele sayı üreten bir bilgisayar programı yardımıyla belirlendi.

3. 3. 2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşın üzerinde olan
- Okur-yazar olan
- Genel anestezi ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatı planlanan
- Bilinci açık ve soruları yanıtlayabilecek durumda olan
- İletişime engel durumu olmayan (konuşma, dil ve işitme sorunu vb.)
- Karar verme durumunu etkileyebilecek bozukluğu/ hastalığı bulunmayan (psikolojik bozukluk ve demans vb.)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- İletişime ve işbirliğine açık olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3. 3. 3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen
- Soru formu ve ölçekleri sağlıklı biçimde doldurmaya engel ruhsal ve fiziksel (hareket kısıtlılığı) durumu bulunan
- 18 yaşın altında olan
- Nörolojik problemi olan
- Psikiyatrik hastalığı olan
- Gebe ve emziren hastalar ve acil vakalar çalışmaya dahil edilmedi.

3. 3. 4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

• **Bağımlı Değişkenleri;** Laparoskopik kolesistektomi öncesi ve sonrası Spielberg Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, VAS ile ölçülen konfor (ağrı, bulantı, kusma) puanları ve hastaların yaşam bulguları [sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu (SpO₂)] ölçüm parametrelerindeki değişim.

- **Bağımsız Değişkenleri;** Hastalara gereksinimlerine yönelik verilecek olan görsel materyal eşliğinde bilgisayar sunumu ve eğitim kitapçığı ile eğitim verilmesi, hastaların yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, hastalık öyküsü ve benzeri değişkenlerdir.

3. 4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

- **Kişisel Bilgi Formu (EK-1):** Bu form hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığına ilişkin soruların bulunduğu bölümlerden oluşmaktadır. İlk bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, meslek ve çalışma durumu gibi sorular bulunmaktadır. İkinci bölüm ise hastaların kronik hastalıkları, şu andaki hastalığı, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi ve hasta konforunu (ağrı, bulantı ve kusma) belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

- **Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulguları Kayıt Formu (EK-2):** Hastaların eğitim öncesi, sonrası, ameliyattan hemen önce ve ameliyattan sonra VAS ile ölçülen konfor (ağrı, bulantı, kusma) puanları ve hastaların yaşam bulguları [sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen saturasyonu (SpO₂)] ölçüm değerlerinin kaydedildiği formdur.

- **Visual Analog Skala (VAS) (EK-3):** Hastaların subjektif rahatsızlık durumlarını değerlendirmek için kullanılan 10 cm uzunluğunda yatay bir çizgiden oluşan ağrı değerlendirme formudur. Bu değerlendirme formunun sol tarafı "rahatsızlık yok" sağ tarafı ise "çok fazla rahatsızlık hissediyorum" şeklindedir. Ağrı değerlendirmesi başlangıç noktası ile işaretlenen nokta arasındaki uzaklığın ölçülmesiyle elde edilmektedir. Uygulaması kolay olan bu skalada yüksek değerler artmış rahatsızlığı belirtmektedir. Formun ağrı ve rahatsızlığa duyarlı olduğu gösterilmiştir (Gift 1989; Eti Aslan^a 2017). Bu araştırmada ağrı, bulantı ve kusma VAS ile ölçüldü.

- **Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAD) (EK-4):** Bu ölçek 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Likert tipteki bu ölçekte durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri 20 soru ile değerlendirilmektedir. Toplam puan her iki ölçek için de 20-80 arasındadır. Ölçeklerden alınan puanların yüksek olması

yüksek kaygıyı göstermektedir. Ölçekte doğru ve ters ifadeler bulunmaktadır. Olumsuz duyguları doğru ifadeler, olumlu duyguları tersine dönmüş ifadeler yansıtmaktadır. Doğru ve tersine döndürülmüş maddeler ayrı ayrı toplanmalı ve doğru ifadelerin puanından ters ifadelerin puanı çıkarılmalıdır. Bu değere önceden belirlenen sabit sayı Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) için: 50, Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) için 35 eklenmelidir. Bulunan değer kişinin kaygı puanıdır. Heyecansal durumlar gibi ani değişiklikleri belirten STAI-I, kişinin genelde yaşadığı kaygının sürekliliğini gösteren STAI-II oldukça duyarlı bir ölçektir (Spielberg 1970; Öner ve Le Compte 1983; Spielberger 2010).

• **Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-5):** Ölçeği Bubela ve arkadaşları hastaların bilgi ihtiyaçlarını saptamak için geliştirmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çatal ve Dicle tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplam 50 sorudur. Ölçeğin alt boyutları; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımından oluşmaktadır. Hastadan gereksinim duyduğu konularda birden beşe kadar puan vermesi istenmektedir. Likert tipi ölçek maddeleri 1= önemli değil ile 5= son derece önemli olarak değişmektedir. Ölçekte toplam ve alt boyutlar ayrı ayrı puanlanmaktadır. Elde edilen puanlar her boyuttaki soru sayısına bölünerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 50-250 arasındadır. Puanın yüksek olması öğrenim gereksiniminin önemli olduğunu belirtmektedir (Bubela ve ark. 1990; Çatal ve Dicle 2008).

➤ **Eğitim Kitapçığı (Ek 6):** Laparoskopik kolesistektomi yapılacak hastalara yönelik hazırlanan eğitim materyalleri literatür doğrultusunda hazırlandı. Hazırlanan eğitim materyalinin okuryazarlık açısından uygun olup olmadığını değerlendirmede Doak ve arkadaşları tarafından (1995) geliştirilen, Türkçe'ye Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından çevrilen "DISCERN- Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" değerlendirme ölçeği kullanıldı. Bu ölçek içerik değerlendirilmesi, okur-yazarlık durumu, resim, grafik, tablo, liste özellikleri, materyalin plan ve tipi, öğrenme ve motivasyon ve kültürel uygunluk durumunu değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Altı bölüm ve toplam 27 sorudan oluşan bu ölçekte maddelerin uygunluğuna evet için 1 puan, hayır için 0 puan verilmektedir. Toplam 1 ile 27 puan arasında değerlendirilen ölçekte elde edilen toplam puanın

yüksek olması materyalin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Eğitim materyalinin bilgi kalitesi ve güvenilirliği değerlendirilirken; Charnock ve arkadaşlarının (1999) geliştirdiği, Türkçe çevirisi Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçüm aracı kullanıldı. Ölçekten alınabilecek puan 15 ile 75 puan arasında değişiklik göstermektedir ve yüksek puanlar eğitim materyalinin bilgi kalitesinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Hazırlanan eğitim kitapçığı alanında uzman yedi öğretim üyesine gönderildi. Alınan geri bildirimlere göre düzeltmeler yapılarak son şekli hazırlandı.

Hazırlanan öğretim materyali okuryazarlık açısından incelendiğinde, uzmanlar tarafından alınan DISCERN değerlendirme sonucunda puan ortalamasının $25,14 \pm 1,57$ olduğu saptandı. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 27 olduğu dikkate alındığında öğretim materyalinin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim kitapçığı DISCERN'e göre genel değerlendirildiğinde ortalama $4,71 \pm 0,48$ (min:4-maks:5) olarak bulundu. Uzman değerlendirmesi sonucunda yazılı öğretim materyalinin (eğitim kitapçığı) güvenilir ve bilgi kalitesinin yüksek olduğu ve genel anlamda kaliteli bir kaynak olduğu açıktır.

Yazılı öğretim materyalinin DISCERN'e göre güvenilirlik puan ortalaması; $36,42 \pm 3,10$, bilgi kalitesi; $30,28 \pm 4,30$ ve genel kalite puan ortalaması; $4,71 \pm 0,48$ ve DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalaması $66,71 \pm 7,22$ olarak belirlendi. Her bir alt grup ve toplam için yazılı eğitim materyalinin puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı.

3. 5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri yasal izinler; T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Karar Formu (Ek 7), T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Karar Formu (Ek 8), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni (Ek 9), T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birliği Kurumu Manisa İli Kamu

Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bilimsel Araştırma alışma İzni (Ek 10), T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 11) alındıktan sonra araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile 15 Eylül 2017- 01 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplandı.

Grup I (Girişim Grubu): Araştırma kriterlerine uyan hastalar ile ameliyattan bir gün önce tanışıldı, çalışmanın amacı anlatıldı ve hastalardan yazılı onamları alındı. Araştırmacı tarafından girişim grubundaki hastalara ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında anksiyetelerini hafifletmek, ameliyat sonrası bulantı, kusma, ağrı şikayetlerini azaltmak, hasta konforunu arttırmak amacıyla görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı ile eğitim verileceği bildirildi. Ölçeklerin uygulanması ve VAS değerlendirmesi hastaya anlatıldı.

Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, anksiyete düzeyini belirleyen STAI, konfor (ağrı, bulantı ve kusma) düzeyini değerlendiren VAS ile araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Hastaların yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız, solunum, ateş ve SpO₂) kayıt edildi. Yaşam bulguları ölçümünde her hastada Micron manuel tansiyon aleti, Wollex temassız ateş ölçer ve Veron parmak tipi pulse oksimetre kullanıldı. Araştırma öncesinde kullanılan cihazların kalibrasyonu yapıldı. Daha sonra HÖGÖ uygulanarak hastaların eğitim gereksinimleri belirlendi. Hastalarda saptanan eğitim gereksinimlerine uygun olarak, klinikte görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı ile bireyselleştirilmiş eğitim yapıldı. Yapılan eğitimdeki uygulamalar (derin solunum egzersizi, öksürme egzersizi, spirometre egzersizi, ekstremitte egzersizi vb.) hastaya bire bir yaptırıldı ve gözlemlendi. Hatalı uygulamalar düzeltildi ve hastanın yapılan eğitim ile ilgili soruları varsa yanıtlandı. Ameliyat öncesi hasta eğitiminde; hastayı ameliyata hazırlamak, ameliyat sabahı yapılacak işlemler, ameliyathane, anestezi, ameliyat sonrası iyileşme süreci (beslenme, ağrı kontrolü, komplikasyonlar, drenlerin uygulanma amacı, kalış süresi, dikişlerinin alınması, egzersizler vb.) ve evde bakım ile ilgili bilgiler yer aldı. Eğitim yaklaşık 45 dakika sürdü. Eğitim sonrasında hasta ve yakınlarına verilen bilgilerin tekrarı ve unutulmaması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verildi.

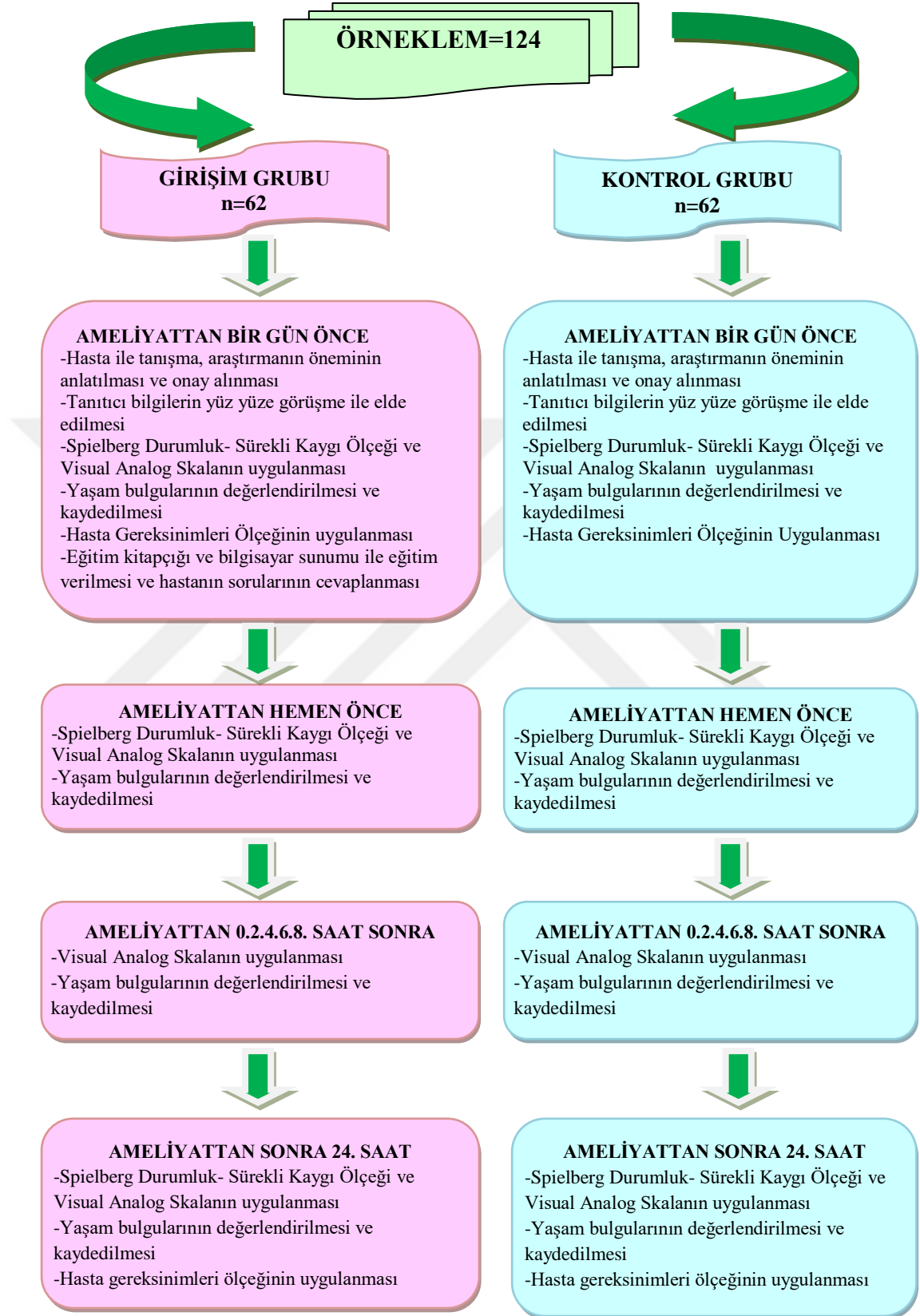
İkinci değerlendirme hasta ameliyathaneye gönderilmeden hemen önce yapıldı. Spielberg Durumluk- Sürekli Kaygı leği ve konfor (ağrı, bulantı, kusma) düzeyi VAS ile değerlendirildi ve hastaların yaşam bulguları ölçülerek kaydedildi. Ameliyattan sonra 0., 2., 4., 6., 8., ve 24. saatlerde konfor (ağrı, bulantı, kusma) düzeyi tekrar değerlendirildi ve aynı saatlerde yaşam bulguları ölçülerek kaydedildi.

Son değerlendirme ameliyattan 24 saat sonra yapıldı. Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı leği ve HGO tekrar uygulanarak hastanın eğitim gereksinimlerinin karşılanma durumu belirlendi.

Grup II (Kontrol Grubu): Kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından uygulanan bireysel eğitim dışındaki tüm uygulamalar girişim grubuna benzer olarak yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin işlemler ve bilgilendirmeler haricinde bir eğitim yapılmadı. Bu gruptaki hastalara da etik ilkeler göz önünde bulundurulurak eğitim kitapçı taburculuk sırasında verildi.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyatları aynı anestezi tekniği ile aynı cerrahi ekip tarafından yapıldı. Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesinde premedikasyon uygulanmadı. Ameliyat sonrası 0. saatte tüm hastalara Diklofenak sodyum 75 mg ve Metoklopramid 10 mg uygulandı. Ağrı düzeyi beşin üzerinde olan hastalara ilave analjezik uygulaması yapıldı.

ARAŞTIRMA UYGULAMA AKIŞ PLANI



3. 6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verileri SPSS 22,0 programında değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin analizinde parametrik, normal dağılıma uymayanların analizinde non parametrik testler kullanıldı. Araştırmanın veri çözümlemesinde tanımlayıcı bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ortalama±standart sapma (en küçük ve en büyük değerler), ortanca (%25 ve %75 çeyreklerarası aralık-ÇAA) biçiminde sunuldu. Çözümleyici bulgular için gruplar arası karşılaştırmalarda Student t testi, Mann Whitney U testi, kategorik verilerde ki-kare testi uygulandı. Grupların zaman içerisindeki değişiminde paired t testi, wilcoxon işaretlenmiş sıra testi ve Friedman testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık 0,05 olarak kabul edildi.

3. 7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Manisa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalar alındı. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilir.

Araştırmada 140 hasta ile görüşüldüğü halde laparoskopik kolesistektomi planlanmasına rağmen açık ameliyata geçilmesi, ekstra cerrahi işlem uygulanması (herni onarımı vb.), hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınması gibi nedenlerle örneklem kaybı yaşanması araştırmamızın sınırlılıkları arasında düşünülebilir.

Araştırmada bireyselletirilmiş hasta eğitimini yapan ve diğer anket formlarını uygulayan araştırmacının aynı kişi olması ve farklı bir kişinin gözlemci olarak yer almaması da araştırmanın sınırlılığdır.

Ayrıca anket ve ölçek soruları yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandıktan, sorulara verilen cevaplar hastaların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

3. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Tez konusunun Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmasından sonra (Ek 7), T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Karar Formu (Ek 8), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni (Ek 9), T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birliği Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bilimsel Araştırma Çalışma İzni (Ek 10) alındı. Araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan da araştırmaya başlamadan önce Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 11) elde edildi.

3. 9. SÜRE VE OLANAKLAR

YAPILAN İŞLEMLER	TARİHLER																
	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018
Literatür taraması	X	X	X														
Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar				X	X												
Tez konusu ile ilgili materyallerin geliştirilme süreci				X	X	X	X										
Veri toplama için ön çalışmalar yapılması						X	X										
Veri toplama aşaması								X	X	X	X	X	X	X	X		
İstatistik Programına Verilerin Kaydedilmesi										X	X	X	X	X	X		
Verilerin analizi ve Değerlendirilmesi																X	
Tez Yazımı									X	X	X	X	X	X	X	X	X

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULAR

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (n=124)	
	Ort ±SS(min-maks)		Ort ±SS(min-maks)		Ort ±SS(min-maks)	
Yaş	48,61±13,84 (21,00-74,00)		48,82±13,46 (19,00-81,00)		48,72±13,60 (19,00-81,00)	
Test İstatistiği	t= -0,086, p=0,932*					
BKİ	29,57±5,51 (18,17-40,57)		29,99±5,21 (22,49-44,70)		29,78±5,35 (18,17-44,70)	
Test İstatistiği	t= -0,43, p=0,663*					
	Girişim (n=62)		Kontrol (n=62)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	50	80,6	50	80,6	100	80,6
Erkek	12	19,4	12	19,4	24	19,4
Test İstatistiği	$\chi^2=0,000$, p=1,000**					
BKİ						
Normal Kilolu	14	22,6	11	17,7	25	20,2
Fazla Kilolu	22	35,5	24	38,7	46	37,1
Obez	26	41,9	27	43,5	53	42,7
Test İstatistiği	$\chi^2=0,466$, p=0,792**					
Medeni Durum						
Evli	50	80,6	52	83,9	102	82,3
Bekar	12	19,4	10	16,1	22	17,7
Test İstatistiği	$\chi^2=0,221$, p=0,638**					
Eğitim Düzeyi						
İlköğretim	47	75,8	52	83,9	99	79,8
Lise ve ↑	15	24,2	10	16,1	25	20,2
Test İstatistiği	$\chi^2=1,253$, p=0,263**					
Meslek						
Emekli/ Evhanımı	46	74,2	46	74,2	92	74,2
Memur/İşçi	16	25,8	16	25,8	32	25,8
Test İstatistiği	$\chi^2=0,000$, p=1,000**					

Tablonun Devamı						
Gelir Durumu						
Ortalama ve ↑	45	72,6	42	67,7	87	70,2
Ortalamanın ↓	17	27,4	20	32,3	37	29,8
Test İstatistiği	$\chi^2=0,347, p=0,556^{**}$					
Sigara İçme Durumu						
İçen	15	24,2	13	21,0	28	22,6
İçmeyen	47	75,8	49	79,0	96	77,4
Test İstatistiği	$\chi^2=0,185, p=0,668^{**}$					
Yaşanan Yer						
İl	41	66,1	40	64,5	81	65,3
İlçe/mahalle	21	33,9	22	35,5	43	34,7
Test İstatistiği	$\chi^2=0,036, p=0,850^{**}$					
Toplam	62	100	62	100	124	100

* t testi, **Ki kare Testi

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 48,61±13,84 (min: 21,00-maks: 74,00) iken, kontrol grubunun 48,82±13,45 (min: 19,00-maks: 81,00) olup gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (t=-0,086, p=0,932).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların %80,6’sı kadın, %19,4’ü erkek olup, gruplar arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($\chi^2=0,000, p=1,000$) (Tablo 1).

Girişim grubundaki hastaların %41,9’u, kontrol grubunun %43,5’i obezdir. Girişim grubundaki hastaların BKİ ortalaması 29,57±5,51 (min: 18,17-maks: 40,57) iken, kontrol grubunun 29,99±5,21 (min: 22,49-maks: 44,70)’dir. Gruplar arasında BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (t=-0,43, p=0,663) (Tablo 1).

Girişim grubundaki hastaların %80,6’sı evli, %75,8’i ilköğretim mezunu, %74,2’si emekli ya da ev hanımı, %72,6’sı ortalama ya da ortalamanın üzerinde gelire sahip, %66,1’i il merkezinde yaşamakta ve %24,2’si sigara içmektedir. Kontrol grubundaki hastaların %83,9’u evli ve ilköğretim mezunu, %74,2’si emekli ya da ev hanımı, %67,7’si ortalama ya da ortalamanın üzerinde gelire sahip, %64,5’i il merkezinde yaşamakta ve %21,0’ı sigara içmektedir. Gruplar arasında medeni

durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, yaşanılan yer ve sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Daha Önceki Hastalık Deneyimlerine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu						
Evet	22	35,5	34	54,8	56	45,2
Hayır	40	64,5	28	45,2	68	54,8
Test İstatistiği	$\chi^2=4,689$, $p=0,030^*$					
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu						
Evet	47	75,8	49	79,0	96	77,4
Hayır	15	24,2	13	21,0	28	22,6
Test İstatistiği	$\chi^2=0,185$, $p=0,668^*$					
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu						
Evet	42	67,7	46	74,2	88	71,0
Hayır	20	32,3	16	25,8	36	29,0
Test İstatistiği	$\chi^2=0,626$, $p=0,429^*$					
Sürekli İlaç Kullanma Durumu						
Evet	21	33,9	28	45,2	49	39,5
Hayır	41	66,1	34	60,5	75	60,5
Test İstatistiği	$\chi^2=1,653$, $p=0,199^*$					

*Ki kare Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların daha önceki hastalık deneyimlerine ilişkin özellikleri Tablo 2’de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların %35,5’inin, kontrol grubundakilerin ise %54,8’inin daha önce önemli bir hastalık geçirdiği saptandı. Gruplar arasında daha önce geçirilen hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($\chi^2=4,689$, $p=0,030$). Kontrol grubunda daha önce hastalık geçiren hasta sayısı daha fazladır.

Girişim grubundaki hastaların %75,8’i, kontrol grubundakilerin %79,0’ı daha önce hastaneye yattığını belirtti. Gruplar arasında daha önce hastaneye yatma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,185$, $p=0,668$) (Tablo 2).

Grupların daha önce ameliyat olma durumu incelendiğinde girişim grubundaki hastaların %67,7’si, kontrol grubundakilerin ise %74,2’si daha önce ameliyat

olduğunu belirtti. Gruplar arasında daha önce ameliyat olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=0,626$, $p=0,429$) (Tablo 2).

Girişim grubundaki hastaların %33,9'u, kontrol grubundaki hastaların ise %45,2'si sürekli ilaç kullandığını bildirdi. Gruplar arasında sürekli ilaç kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($\chi^2 =1,653$, $p=0,199$) (Tablo 2).

Tablo 3. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Kronik Hastalıklarına İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Kronik Hastalıklar	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (n=124)	
	n*	%	n*	%	n*	%
Hipertansiyon	13	21	19	30,6	32	25,8
Endokrin Sistem	6	9,7	8	12,9	14	11,3
Diyabet	6	9,7	7	11,3	13	10,5
Kas İskelet	4	6,5	3	4,8	7	5,6
Kalp Hastalığı	2	3,2	2	3,2	4	3,2

*Evet cevabı verenler alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların kronik hastalıklarına ilişkin özellikleri Tablo 3'de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların %21,0'ı, kontrol grubundakilerin %30,6'sı hipertansiyon hastasıdır. Girişim grubundakilerin %9,7'si, kontrol grubundakilerin %12,9'u endokrin sistem hastalığına sahiptir. Girişim grubundaki hastaların %9,7'si, kontrol grubundakilerin %11,3'ü diyabet hastasıdır. Girişim grubundakilerin %6,5'inde, kontrol grubundakilerin %4,8'inde kas iskelet sistemi hastalığı bulunmaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların %3,2'si kalp hastasıdır. Gruplar arasında kronik hastalık bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4. Araştırma Kapsamında Alınan Hastaların Hastalık, Ameliyat ve Hastanede Yatış Sürelerine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)		
Hastalık Süresi (Ay)	63,52	12,00 (2,00-24,00)	61,48	6,00 (2,00-24,00)	-0,320	0,749
Ameliyat Süresi (Dk)	64,05	75,00 (70,00-80,00)	60,95	72,50 (70,00-80,00)	-0,487	0,626
Hastanede Yatış (Gün)	63,88	2,00 (2,00-2,00)	61,12	2,00 (2,00-2,00)	-0,715	0,475

*Mann Whitney U testi ÇAA: Çeyrekler arası aralık

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık süresi, ameliyat süresi ve hastanede yatış süresine ilişkin özellikler Tablo 4’de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların hastalık süresi ortancası 12,00 (ÇAA=2,00-24,00) ay iken, kontrol grubunda 9,0 (ÇAA=6,0-24,0) aydır. Gruplar arasında hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($z=-0,320$, $p=0,749$).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat süresi ortancası 75,00 (ÇAA=70,00-80,00) dakika, kontrol grubunun ise 72,50 (ÇAA=70,00-80,00) dakika olup, gruplar arasında ameliyat süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($z=-0,487$, $p=0,626$) (Tablo 4).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastanede yatış süresi ortancası 2,00 (ÇAA=2,00-2,00) gün olup gruplar arasında hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($z=0,715$, $p=0,475$) (Tablo 4).

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Kolelithiazis ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim (n=62)		Kontrol (n=62)		Toplam (124)	
	n	%	n	%	n	%
Ameliyat Öncesi Şikayet Durumu						
Evet	32	51,6	32	51,6	64	51,6
Hayır	30	48,4	30	48,4	60	48,4
Test İstatistiği	$\chi^2=0,000, p=1,000^*$					
Toplam	62	100	62	100	124	100
Ameliyat Öncesi Görülen Şikayetler						
	n**	%	n**	%	n**	%
Üst kadranda ağrı	18	29,0	16	25,8	34	27,4
Sırt omuz ağrısı	11	17,7	12	19,4	23	18,5
Bulantı	11	17,7	14	22,6	25	20,2
Kusma	4	6,5	6	9,7	10	8,1
Hazımsızlık	0	0,0	3	4,8	2	2,4
Şişlik gerginlik	0	0,0	2	3,2	2	1,6

*Ki kare Testi **Evet cevabı verenler alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların kolelithiazis ile ilgili bulgularının dağılımı Tablo 5’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların %51,6’sında ameliyat öncesinde hastalığa ilişkin şikayetler mevcuttur. Girişim grubundaki hastaların %46,7’sinde, kontrol grubundakilerin %45,2’sinde hastalıkla ilişkili ağrı saptandı. Girişim grubundaki hastaların %17,7’si, kontrol grubundakilerin %22,6’sı bulantısı olduğunu belirtti. Girişim grubundaki hastaların %6,5’i, kontrol grubundakilerin %9,7’si kusma yaşadığını ifade etti. Gruplar arasında ameliyat öncesi görülen şikayetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesinde Bilgi Alma Durumuna İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (124)	
	n	%	n	%	n	%
Ameliyata Yönelik Bilgi Alma Durumu						
Evet	22	35,5	18	29,0	40	32,3
Hayır	40	64,5	44	71,0	84	67,7
Test İstatistiği	$\chi^2=0,590, p=0,442^*$					
Ameliyat Sonrası Uygulamalara Yönelik Bilgi Alma Durumu						
Evet	3	4,8	6	9,7	9	7,3
Hayır	59	95,2	56	90,3	115	92,7
Test İstatistiği	$\chi^2=1,078, p=0,299^*$					
Edinilen Bilginin Hastaya Göre Yeterlilik Durumu						
Yeterli	2	3,2	4	6,5	6	4,8
Kısmen yeterli	11	17,7	10	16,1	21	16,9
Yetersiz	49	79,0	48	77,4	97	78,2
Test İstatistiği	$\chi^2=0,725, p=0,696^*$					
Toplam	62	100	62	100	124	100
Bilgi Edinme Yolu						
	n**	%	n**	%	n**	%
Hekim	7	11,3	11	17,7	18	14,5
Hemşire	2	3,2	2	3,2	23	3,2
Yakın	10	16,1	8	12,9	18	14,5
İnternet	6	9,7	5	8,1	11	8,9

*: Ki kare Testi **: Evet cevabı verenler alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesinde ameliyat ile ilgili bilgi alma durumuna ilişkin bulgular Tablo 6'da gösterildi. Girişim grubundaki hastaların %35,5'i, kontrol grubundaki hastaların %29,0'ı eğitim öncesinde ameliyat ile ilgili bilgi aldığını belirtti. Bilgi aldığını belirten girişim grubundaki hastaların %11,3'ü, hekimden, %3,2'si hemşireden, %16,1'i yakınlarından ve %9,7'si internetten bilgi aldığını ifade etti. Kontrol grubundaki hastaların ise %17,7'sinin hekimden, %3,2'sinin hemşireden, %12,9'unun yakınlarından ve %8,1'inin internetten bilgi aldığı saptandı. Bilgi alma durumu ve bilgi alınan kişi açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların %4,8, kontrol grubundakilerin %9,7'si eğitim öncesinde ameliyat sonrasına yönelik bilgi aldığını

bildirdi. Gruplar arasında ameliyat sonrası bilgilendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($\chi^2=1,078$, $p=0,299$) (Tablo 6).

Girişim grubundaki hastaların %79,0'ı, kontrol grubundaki hastaların %77,4'ü edindikleri bilgilerin yetersiz olduğunu belirtti. Gruplar arasında edinilen bilgiye yönelik kendilerini yeterli hissetme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,078$, $p=0,299$) (Tablo 6).

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (124)	
	n	%	n	%	n	%
Hastanın Kendini Ameliyata Hazır Hissetme Durumu						
Hazır	37	59,7	34	54,8	71	57,3
Kısmen Hazır	24	38,7	23	37,1	47	37,
Hazır değil	1	1,6	5	8,1	6	4,8
Test İstatistiği	$\chi^2=2,815$ $p=0,245^*$					
Ameliyat ile İlgili Duygu Durumu						
Mükemmel/iyi	58	93,5	21	33,9	79	63,7
Orta	4	6,5	41	66,1	45	36,3
Test İstatistiği	$\chi^2=47,751$, $p=0,000^*$					
Ameliyat Sürecinde Stres/Anksiyete Yaşama Durumu						
Evet	31	50,0	57	91,9	88	71,0
Hayır	31	50,0	5	8,1	36	29,0
Test İstatistiği	$\chi^2=26,460$, $p=0,000^*$					
Toplam	62	100	62	100	124	100

*Ki kare Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sürecine ilişkin bulgularının dağılımı Tablo 7'de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların %59,7'si, kontrol grubundakilerin %54,8'i kendini ameliyata hazır hissettiğini belirtti. Gruplar arasında ameliyata hazır hissetme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($\chi^2=2,815$, $p=0,245$).

Ameliyat sonrasında ameliyat sürecine ilişkin duygu durumu incelendiğinde eğitim alan girişim grubundaki hastaların %93,5'i, kontrol grubundakilerin ise sadece %33,9'u bu süreci mükemmel ve iyi olarak geçirdiğini ifade etti. Gruplar arasında ameliyat sürecine ilişkin duygu durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

saptandı ($\chi^2=47,751$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların duygu durumu kontrol grubundaki hastalardan daha iyidir (Tablo 7).

Girişim grubundaki hastaların %50,0'ı, kontrol grubundakilerin %91,9'u ameliyat sırasında anksiyete, stres yaşadığını belirtti. Gruplar arasında ameliyat sürecinde stres, anksiyete yaşama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=26,460$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sırasında kontrol grubundaki hastalara göre daha az anksiyete ve stres yaşadığı belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tedavi ve Bakım Değerlendirmesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=124)

Değişkenler	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)		Toplam (124)	
	n	%	n	%	n	%
Tedavi ve Bakımı Değerlendirme						
Çok iyi	59	95,2	28	45,2	87	70,2
İyi	3	4,8	34	54,8	37	29,8
Test İstatistiği	$\chi^2=37,019$ $p=0,000^*$					
Refakatçi Varlığı						
Evet	53	85,5	60	96,8	113	91,1
Hayır	9	14,5	2	3,2	11	8,9
Test İstatistiği	$\chi^2=4,888$, $p=0,027^*$					
Toplam	62	100	62	100	124	100

*Ki kare Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi ve bakım değerlendirmesine ilişkin bulgulara göre dağılımı Tablo 8'de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların %95,2'si, kontrol grubundakilerin %45,2'si verilen tedavi ve bakımı çok iyi olarak değerlendirdi. Gruplar arasında verilen tedavi ve bakımı değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($\chi^2=37,019$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların verilen tedavi ve bakımı kontrol grubundaki hastalara göre daha iyi olarak değerlendirdiği belirlendi.

Girişim grubundaki hastaların %85,5'inin, kontrol grubundakilerin %96,8'inin ameliyat öncesi ve sonrasında refakatçısı olduğu saptandı. Gruplar arasında refakatçi varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($\chi^2=4,888$, $p=0,027$). Refakatçi sayısı kontrol grubundaki hastalarda daha fazladır (Tablo 8).

4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Konfor Puanlarına Göre Dağılımı

Ölçüm Değerleri	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)	
	Ort.±SS (Min-Maks)	Ortanca (ÇAA)	Ort.±SS (Min-Maks)	Ortanca (ÇAA)
VAS-Ağrı				
Eğitim öncesi	0,58±1,35(0,00-5,00)	0,00(0,00-0,00)	0,90±1,55(0,00-6,00)	0,00(0,00-2,00)
Ameliyat öncesi	0,48,±1,26(0,00-5,00)	0,00(0,00-0,00)	0,89,±1,59(0,00-6,00)	0,00(0,00-2,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	4,37±1,81(0,00-8,00)	4,00(3,75-6,00)	6,70±1,87(0,00-9,00)	7,00(6,00-8,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	2,44±1,48(0,00-7,00)	2,00(2,00-4,00)	4,87±1,87(0,00-8,00)	6,00(4,00-6,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	1,53±1,58(0,00-6,00)	2,00(0,00-2,00)	3,68±1,68(0,00-6,00)	4,00(2,00-5,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	1,03±1,35(0,00-6,00)	0,00(0,00-2,00)	2,95±1,43(0,00-6,00)	3,00(2,00-4,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	0,85±1,35(0,00-6,00)	0,00(0,00-2,00)	2,52±1,62(0,00-6,00)	2,00(2,00-4,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	0,26±0,60(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)	1,89±1,53(0,00-6,00)	2,00(0,00-3,00)
VAS-Bulantı				
Eğitim öncesi	0,52±1,49(0,00-8,00)	0,00(0,00-0,00)	0,71±1,40(0,00-5,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat öncesi	0,44,±1,37(0,00-8,00)	0,00(0,00-0,00)	0,74±1,48(0,00-6,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	0,84±1,62(0,00-9,00)	0,00(0,00-2,00)	2,00±2,59(0,00-9,00)	0,00(0,00-4,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	0,53±1,14(0,00-4,00)	0,00(0,00-0,00)	1,58±2,18(0,00-9,00)	0,00(0,00-3,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	0,39±1,30(0,00-6,00)	0,00(0,00-0,00)	1,48,±2,30(0,00-8,00)	0,00(0,00-2,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	0,19±0,70(0,00-4,00)	0,00(0,00-0,00)	1,24±2,37(0,00-9,00)	0,00(0,00-2,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	0,06,±0,36(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)	0,81±1,99(0,00-9,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	0,00±0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,06±0,36(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)

Tablonun Devamı

VAS- Kusma				
Eğitim öncesi	0,21±0,94(0,00-5,00)	0,00(0,00-0,00)	0,06±0,36(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat öncesi	0,10,±0,56(0,00-4,00)	0,00(0,00-0,00)	0,06±0,36(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	0,26±1,17(0,00-8,00)	0,00(0,00-0,00)	0,29±1,30(0,00-8,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	0,10±0,56(0,00-4,00)	0,00(0,00-0,00)	0,40±1,42(0,00-8,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	0,19±0,70(0,00-4,00)	0,00(0,00-0,00)	0,58,±1,80(0,00-9,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	0,06±0,36(0,00-2,00)	0,00(0,00-0,00)	0,84±2,10(0,00-9,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	0,00,±0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,63±1,65(0,00-7,00)	0,00(0,00-0,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	0,00±0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,00±0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)

Ort: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart sapma, **CAA:** Çeyrekler Arası Aralık, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerde hasta odasında ölçülen konfor puanlarına göre dağılımı Tablo 9’da gösterildi. Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce VAS-ağrı puan ortalaması $0,58 \pm 1,35$ (min:0,00-maks:5,00), kontrol grubundaki hastaların $0,90 \pm 1,55$ (min:0,00-maks:6,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi VAS-ağrı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-2,00)'dir.

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-ağrı puan ortalaması $0,48, \pm 1,26$ (min:0,00-maks:5,00), kontrol grubundaki hastaların $0,89, \pm 1,59$ (min:0,00-maks:6,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-ağrı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-2,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $4,37 \pm 1,81$ (min:0,00-maks:8,00), kontrol grubundaki hastaların $6,70 \pm 1,87$ (min:0,00-maks:9,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 4,00 (ÇAA=3,75-6,00), kontrol grubundaki hastaların 7,00 (ÇAA=6,00-8,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $2,44 \pm 1,48$ (min:0,00-maks:7,00), kontrol grubundaki hastaların $4,87 \pm 1,87$ (min:0,00-maks:8,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 2,00 (ÇAA=2,00-4,00), kontrol grubundaki hastaların 6,00 (ÇAA=4,00-6,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $1,53 \pm 1,58$ (min:0,00-maks:6,00), kontrol grubundaki hastaların $3,68 \pm 1,68$ (min:0,00-maks:6,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 2,00 (ÇAA=0,00-2,00), kontrol grubundaki hastaların 4,00 (ÇAA=2,00-5,00)'dür (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $1,03 \pm 1,35$ (min:0,00-maks:6,00), kontrol grubundaki hastaların $2,95 \pm 1,43$ (min:0,00-maks:6,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-2,00), kontrol grubundaki hastaların 3,00 (ÇAA=2,00-4,00)'dür (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $0,85 \pm 1,35$ (min:0,00-maks:6,00), kontrol grubundaki hastaların $2,52 \pm 1,62$ (min:0,00-maks:6,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-2,00), kontrol grubundaki hastaların 2,00 (ÇAA=2,00-4,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-ağrı puan ortalaması $0,26 \pm 0,60$ (min:0,00-maks:2,00), kontrol grubundaki hastaların $1,89 \pm 1,53$ (min:0,00-maks:6,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-ağrı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 2,00 (ÇAA=0,00-3,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce VAS-bulantı puan ortalaması $0,52 \pm 1,49$ (min:0,00-maks:8,00), kontrol grubundaki hastaların $0,71 \pm 1,40$ (min:0,00-maks:5,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-bulantı puan ortalaması $0,44 \pm 1,37$ (min:0,00-maks:8,00), kontrol grubundaki hastaların $0,74 \pm 1,48$ (min:0,00-maks:6,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması $0,84 \pm 1,62$ (min:0,00-maks:9,00), kontrol grubundaki hastaların $2,00 \pm 2,59$ (min:0,00-maks:9,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-2,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-4,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması $0,53 \pm 1,14$ (min:0,00-maks:4,00), kontrol grubundaki hastaların $1,58 \pm 2,18$ (min:0,00-maks:9,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-3,00)'dir (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması $0,39 \pm 1,30$ (min:0,00-maks:6,00), kontrol grubundaki hastaların

1,48,±2,30 (min:0,00-maks:8,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-2,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması 0,19±0,70 (min:0,00-maks:4,00), kontrol grubundaki hastaların 1,24±2,37 (min:0,00-maks:9,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-2,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması 0,06,±0,36 (min:0,00-maks:2,00), kontrol grubundaki hastaların 0,81±1,99 (min:0,00-maks:9,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-bulantı puan ortalaması 0,00±0,00 (min:0,00-maks:0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,06±0,36 (min:0,00-maks:2,00)'dır. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-bulantı puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce VAS-kusma puan ortalaması 0,21±0,94 (min:0,00-maks:5,00), kontrol grubundaki hastaların 0,06±0,36 (min:0,00-maks:2,00)'dır. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-kusma puan ortalaması 0,10,±0,56 (min:0,00-maks:4,00), kontrol grubundaki hastaların 0,06±0,36 (min:0,00-maks:2,00)'dır. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,26±1,17 (min:0,00-maks:8,00), kontrol grubundaki hastaların 0,29±1,30 (min:0,00-maks:8,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki

VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,10±0,56 (min:0,00-maks:4,00), kontrol grubundaki hastaların 0,40±1,42 (min:0,00-maks:8,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,19±0,70 (min:0,00-maks:4,00), kontrol grubundaki hastaların 0,58,±1,80 (min:0,00-maks:9,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,06±0,36 (min:0,00-maks:2,00), kontrol grubundaki hastaların 0,84±2,10 (min:0,00-maks:9,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,00±0,00 (min:0,00-maks:0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,63±1,65 (min:0,00-maks:7,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-kusma puan ortalaması 0,00±0,00 (min:0,00-maks:0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00±0,00 (min:0,00-maks:0,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki VAS-kusma puan ortancası 0,00 (ÇAA=0,00-0,00), kontrol grubundaki hastaların 0,00 (ÇAA=0,00-0,00)'dır (Tablo 9).

4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Vital Bulgularına Göre Dağılımı

Ölçüm Değerleri	Girişim Grubu (n=62)		Kontrol Grubu (n=62)	
	Ort.±SS (Min-Mak)	Ortanca (ÇAA)	Ort.±SS (Min-Mak)	Ortanca (ÇAA)
Solunum				
Eğitim öncesi	20,47±1,78(16,00-24,00)	20,00(19,00-22,00)	20,61±2,03(14,00-25,00)	20,00(20,00-22,00)
Ameliyat öncesi	20,63±1,91(16,00-26,00)	20,00(20,00-22,00)	21,08±1,73(16,00-25,00)	21,00(20,00-22,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	19,10±2,16(15,00-27,00)	18,00(18,00-20,00)	20,00±2,13(16,00-28,00)	20,00(19,00-20,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	20,13±2,13(16,00-28,00)	20,00(19,00-20,25)	20,77±2,16(18,00-32,00)	20,00(20,00-22,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	20,44±1,64(17,00-26,00)	20,00(20,00-21,00)	21,16±2,19(18,00-32,00)	21,00(20,0-22,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	20,69±1,58(18,00-27,00)	20,00(20,00-22,00)	20,90±2,16(17,00-32,00)	20,00(20,0-22,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	20,66±1,60(17,00-25,00)	20,00(20,00-22,00)	20,52±1,61(18,00-28,00)	20,00(20,0-21,25)
Ameliyat sonrası 24. saat	20,76±1,26(18,00-25,00)	20,00(20,00-22,00)	20,65±1,62(18,00-28,00)	20,00(20,0-22,00)
Oksijen Saturasyonu				
Eğitim öncesi	97,23±1,09(93,00-99,00)	97,50(96,75-98,00)	97,18±1,32(93,00-99,00)	98,00(97,00-98,00)
Ameliyat öncesi	97,24±1,10(94,00-99,00)	98,00(97,00-98,00)	97,42±1,19(94,00-99,00)	98,00(97,00-98,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	95,26±3,10(83,00-98,00)	96,00(95,00-97,00)	93,98±2,77(86,00-98,00)	94,00(92,00-96,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	96,26±2,28(87,00-99,00)	97,00(95,00-98,00)	94,92±2,17(89,00-98,00)	95,00(93,00-97,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	96,71±1,88(90,00-99,00)	97,00(96,00-98,00)	95,44±1,76(90,00-99,00)	96,00(94,00-97,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	96,87±1,50(92,00-99,00)	97,00(96,00-98,00)	95,66±1,50(92,00-98,00)	96,00(95,00-97,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	97,05±1,50(91,00-99,00)	97,50(96,00-98,00)	95,74±1,32(93,00-99,00)	96,00(95,00-97,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	97,24±1,39(91,00-100,00)	97,50(97,00-98,00)	96,04±1,54(92,00-99,00)	96,00(95,00-97,00)
Nabız				
Eğitim öncesi	77,89±12,86(55,00-110,00)	76,00(68,00-85,25)	77,35±8,38(63,00-105,00)	75,00(72,00-82,00)
Ameliyat öncesi	78,08±10,63(58,00-108,00)	78,00(70,00-84,00)	82,48±8,24(60,00-104,00)	82,00(78,00-86,25)
Ameliyat sonrası 0. saat	65,39±8,95(50,00-100,00)	64,00(60,00-71,00)	70,41±5,80(60,00-87,00)	69,00(66,00-73,25)
Ameliyat sonrası 2. saat	68,76±7,94(50,00-90,00)	68,00(63,00-75,00)	72,20±5,68(62,00-88,00)	71,50(68,00-76,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	71,15±8,80(51,00-98,00)	70,00(64,75-78,25)	74,18±9,43(56,00-104,00)	74,00(67,00-79,00)

Tablonun Devamı

Ameliyat sonrası 6. saat	72,65±7,51(53,00-96,00)	72,00(68,00-78,00)	74,66±8,99(54,00-95,00)	74,50(68,00-82,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	74,10±10,16(56,00-110,00)	73,50(67,75-78,25)	74,66±7,67(60,00-92,00)	74,00(70,00-80,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	74,71±9,12(58,00-107,00)	74,00(70,00-78,00)	74,73±7,52(60,00-98,00)	74,00(70,00-79,00)
Sistolik TA				
Eğitim öncesi	127,10±13,60(90,00-160,00)	130,00(120,00-140,00)	124,84±10,67(100,00-150,00)	120,00(120,00-130,00)
Ameliyat öncesi	126,13±11,78(90,00-160,00)	125,00(120,00-130,00)	131,94±9,38(100,00-150,00)	130,00(130,00-140,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	114,03±14,76(80,00-140,00)	110,00(100,00-122,50)	120,81±13,71(100,00-170,00)	120,00(110,00-130,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	115,65±11,68(90,00-140,00)	110,00(110,00-120,00)	122,10±8,90(110,00-140,00)	120,00(117,50-130,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	117,42±9,04(100,00-140,00)	120,00(110,00-120,00)	122,58±9,04(100,00-140,00)	120,00(120,00-130,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	119,68±9,91(100,00-140,00)	120,00(110,00-130,00)	120,48±11,37(100,00-150,00)	120,00(110,00-130,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	123,23±8,64(110,00-150,00)	120,00(120,00-130,00)	120,65±8,07(100,00-140,00)	120,00(120,00-122,50)
Ameliyat sonrası 24. saat	122,10±8,32(100,00-140,00)	120,00(120,00-130,00)	122,10±10,10(100,00-140,00)	120,00(117,50-130,00)
Diastolik TA				
Eğitim öncesi	83,39±10,39(60,00-120,00)	80,00(80,00-90,00)	82,42±7,40(60,00-100,00)	80,00(80,00-90,00)
Ameliyat öncesi	82,58±8,48(60,00-100,00)	80,00(80,00-90,00)	86,45±7,49(60,00-110,00)	90,00(80,00-90,00)
Ameliyat sonrası 0. saat	73,87±11,64(50,00-100,00)	70,00(70,00-80,00)	79,68±11,45(60,00-120,00)	80,00(70,00-90,00)
Ameliyat sonrası 2. saat	74,03±8,58(50,00-90,00)	70,00(70,00-80,00)	77,58±8,81(60,00-90,00)	80,00(70,00-80,00)
Ameliyat sonrası 4. saat	78,39±6,82(70,00-90,00)	80,00(70,00-80,00)	81,61±7,51(70,00-100,00)	80,00(80,00-80,00)
Ameliyat sonrası 6. saat	78,71±7,99(60,00-100,00)	80,00(70,00-80,00)	78,06±8,65(70,00-100,00)	80,00(70,00-90,00)
Ameliyat sonrası 8. saat	81,77±8,00(70,00-110,00)	80,00(80,00-90,00)	79,03±6,94(60,00-90,00)	80,00(80,00-80,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	80,32±7,00(60,00-100,00)	80,00(80,00-80,00)	78,71±9,14(60,00-110,00)	80,00(70,00-80,00)
Ateş				
Eğitim öncesi	36,52±0,23(36,20-37,30)	36,50(36,37-36,60)	36,50±0,18(36,10-36,90)	36,50(36,40-36,60)
Ameliyat öncesi	36,51±0,19(36,20-37,10)	36,50(36,40-36,60)	36,47±0,16(36,10-36,90)	36,50(36,40-36,50)
Ameliyat sonrası 0. saat	36,31±0,28(35,80-36,10)	36,20(36,10-36,50)	36,28±0,21(35,90-36,90)	36,30(36,10-36,40)
Ameliyat sonrası 2. saat	36,50±0,37(36,00-37,60)	36,40(36,30-36,60)	36,48±0,23(36,00-37,00)	36,50(36,30-36,60)
Ameliyat sonrası 4. saat	36,55±0,30(36,00-37,70)	36,50(36,40-36,70)	36,59±0,26(36,20-37,30)	36,60(36,40-36,80)
Ameliyat sonrası 6. saat	36,58±0,23(36,10-37,40)	36,60(36,40-36,70)	36,65±0,26(36,10-37,60)	36,60(36,50-36,80)
Ameliyat sonrası 8. saat	36,56±0,20(36,10-37,10)	36,60(36,40-36,70)	36,61±0,21(36,00-37,40)	36,60(36,50-36,70)
Ameliyat sonrası 24. saat	36,51±0,18(36,10-37,00)	36,50(36,40-36,60)	36,50±0,24(36,00-37,10)	36,50(36,40-36,60)

Ort: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart sapma, **CAA:** Çeyrekler Arası Aralık, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerde hasta odasında ölçülen vital bulgularına göre dağılımı Tablo 10'da gösterildi. Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce solunum ortalaması $20,47 \pm 1,78$ (min:16,00-maks:24,00), kontrol grubundaki hastaların $20,61 \pm 2,03$ (min:14,00-maks:25,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi solunum ortancası 20,00 (ÇAA=19,00-22,00), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dir.

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi solunum ortalaması $20,63 \pm 1,91$ (min:16,00-maks:26,00), kontrol grubundaki hastaların $21,08 \pm 1,73$ (min:16,00-maks:25,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi solunum ortancası 20,00 (ÇAA=20,00-22,00), kontrol grubundaki hastaların 21,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki solunum ortalaması $19,10 \pm 2,16$ (min:15,00-maks:27,00), kontrol grubundaki hastaların $20,00 \pm 2,13$ (min:16,00-maks:28,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki solunum ortancası 18,00 (ÇAA=18,00-20,00), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=19,00-20,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki solunum ortalaması $20,13 \pm 2,13$ (min:16,00-maks:28,00), kontrol grubundaki hastaların $20,77 \pm 2,16$ (min:18,00-maks:32,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki solunum ortancası 20,00 (ÇAA=19,00-20,25), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki solunum ortalaması $20,44 \pm 1,64$ (min:17,00-maks:26,00), kontrol grubundaki hastaların $21,16 \pm 2,19$ (min:18,00-maks:32,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki solunum ortancası 20,00 (ÇAA=20,00-21,00), kontrol grubundaki hastaların 21,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki solunum ortalaması $20,69 \pm 1,58$ (min:18,00-maks:27,00), kontrol grubundaki hastaların $20,90 \pm 2,16$ (min:17,00-maks:32,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki solunum ortancası 20,00 (ÇAA=20,00-22,00), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki solunum ortalaması $20,66 \pm 1,60$ (min:17,00-maks:25,00), kontrol grubundaki hastaların $20,52 \pm 1,61$ (min:18,00-maks:28,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki solunum ortancası 20,00 (ÇAA=20,00-22,00), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki solunum ortalaması $20,76 \pm 1,26$ (min:18,00-maks:25,00), kontrol grubundaki hastaların $20,65 \pm 1,62$ (min:18,00-maks:28,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki solunum ortancası 20,00 (ÇAA=20,00-22,00), kontrol grubundaki hastaların 20,00 (ÇAA=20,00-22,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce SpO_2 ortalaması $97,23 \pm 1,09$ (min:93,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların $97,18 \pm 1,32$ (min:93,00-maks:99,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi SpO_2 ortancası 97,50 (ÇAA=96,75-98,00), kontrol grubundaki hastaların 98,00 (ÇAA=97,00-98,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi SpO_2 ortalaması $97,24 \pm 1,10$ (min:94,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların $97,42 \pm 1,19$ (min:94,00-maks:99,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi SpO_2 ortancası 98,00 (ÇAA=97,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 98,00 (ÇAA=97,00-98,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki SpO_2 ortalaması $95,26 \pm 3,10$ (min:83,00-maks:98,00), kontrol grubundaki hastaların $93,98 \pm 2,77$ (min:86,00-maks:98,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki SpO_2 ortancası 96,00 (ÇAA=95,00-97,00), kontrol grubundaki hastaların 94,00 (ÇAA=92,00-96,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki SpO_2 ortalaması $96,26 \pm 2,28$ (min:87,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların $94,92 \pm 2,17$ (min:89,00-maks:98,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki SpO_2 ortancası 97,00 (ÇAA=95,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 95,00 (ÇAA=93,00-97,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki SpO_2 ortalaması $96,71 \pm 1,88$ (min:90,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların $95,44 \pm 1,76$

(min:90,00-maks:99,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki SpO₂ ortancası 97,00 (ÇAA=96,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 96,00 (ÇAA=94,00-97,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki SpO₂ ortalaması 96,87±1,50 (min:92,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların 95,66±1,50 (min:92,00-maks:98,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki SpO₂ ortancası 97,00 (ÇAA=96,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 96,00 (ÇAA=95,00-97,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki SpO₂ ortalaması 97,05±1,50 (min:91,00-maks:99,00), kontrol grubundaki hastaların 95,74±1,32 (min:93,00-maks:99,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki SpO₂ ortancası 97,50 (ÇAA=96,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 96,00 (ÇAA=95,00-97,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki SpO₂ ortalaması 97,24±1,39 (min:91,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 96,04±1,54 (min:92,00-maks:99,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki SpO₂ ortancası 97,50 (ÇAA=97,00-98,00), kontrol grubundaki hastaların 96,00 (ÇAA=95,00-97,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce nabız ortalaması 77,89±12,86 (min:55,00-maks:110,00), kontrol grubundaki hastaların 77,35±8,38 (min:63,00-maks:105,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi nabız ortancası 76,00 (ÇAA=68,00-85,25), kontrol grubundaki hastaların 75,00 (ÇAA=72,00-82,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi nabız ortalaması 78,08±10,63 (min:58,00-maks:108,00), kontrol grubundaki hastaların 82,48±8,24 (min:60,00-maks:104,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi nabız ortancası 78,00 (ÇAA=70,00-84,00), kontrol grubundaki hastaların 82,00 (ÇAA=78,00-86,25)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki nabız ortalaması 65,39±8,95 (min:50,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 70,41±5,80 (min:60,00-mak:87,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki

nabız ortancası 64,00 (ÇAA=60,00-71,00), kontrol grubundaki hastaların 69,00 (ÇAA=66,00-73,25)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki nabız ortalaması 68,76±7,94 (min:50,00-maks:90,00), kontrol grubundaki hastaların 72,20±5,68 (min:62,00-maks:88,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki nabız ortancası 68,00 (ÇAA=63,00-75,00), kontrol grubundaki hastaların 71,50 (ÇAA=68,00-76,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki nabız ortalaması 71,15±8,80 (min:51,00-maks:98,00), kontrol grubundaki hastaların 74,18±9,43 (min:56,00-maks:104,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki nabız ortancası 70,00 (ÇAA=64,75-78,25), kontrol grubundaki hastaların 74,00 (ÇAA=67,00-79,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki nabız ortalaması 72,65±7,51 (min:53,00-maks:96,00), kontrol grubundaki hastaların 74,66±8,99 (min:54,00-maks:95,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki nabız ortancası 72,00 (ÇAA=68,00-78,00), kontrol grubundaki hastaların 74,50 (ÇAA=68,00-82,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki nabız ortalaması 74,10±10,16 (min:56,00-maks:110,00), kontrol grubundaki hastaların 74,66±7,67 (min:60,00-maks:92,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki nabız ortancası 73,50 (ÇAA=67,75-78,25), kontrol grubundaki hastaların 74,00 (ÇAA=70,00-80,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki nabız ortalaması 74,71±9,12 (min:58,00-maks:107,00), kontrol grubundaki hastaların 74,73±7,52 (min:60,00-maks:98,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki nabız ortancası 74,00 (ÇAA=70,00-78,00), kontrol grubundaki hastaların 74,00 (ÇAA=70,00-79,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce sistolik TA ortalaması 127,10±13,60 (min:90,00-maks:160,00), kontrol grubundaki hastaların 124,84±10,67 (min:100,00-maks:150,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi sistolik TA ortancası 130,00 (ÇAA=120,00-140,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=120,00-130,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi sistolik TA ortalaması 126,13±11,78 (min:90,00-maks:160,00), kontrol grubundaki hastaların 131,94±9,38 (min:100,00-maks:150,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi sistolik TA ortancası 125,00 (ÇAA=120,00-130,00), kontrol grubundaki hastaların 130,00 (ÇAA=130,00-140,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki sistolik TA ortalaması 114,03±14,76 (min:80,00-maks:140,00), kontrol grubundaki hastaların 120,81±13,71 (min:100,00-maks:170,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki sistolik TA ortancası 110,00 (ÇAA=100,00-122,50), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=110,00-130,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki sistolik TA ortalaması 115,65±11,68 (min:90,00-maks:140,00), kontrol grubundaki hastaların 122,10±8,90 (min:110,00-maks:140,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki sistolik TA ortancası 110,00 (ÇAA=110,00-120,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=117,50-130,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki sistolik TA ortalaması 117,42±9,04 (min:100,00-maks:140,00), kontrol grubundaki hastaların 122,58±9,04 (min:100,00-maks:140,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki sistolik TA ortancası 120,00 (ÇAA=110,00-120,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=120,00-130,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki sistolik TA ortalaması 119,68±9,91 (min:100,00-maks:140,00), kontrol grubundaki hastaların 120,48±11,37 (min:100,00-maks:150,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki sistolik TA ortancası 120,00 (ÇAA=110,00-130,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=110,00-130,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki sistolik TA ortalaması 123,23±8,64 (min:110,00-maks:150,00), kontrol grubundaki hastaların 120,65±8,07 (min:100,00-maks:140,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki sistolik TA ortancası 120,00 (ÇAA=120,00-130,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=120,00-122,50)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki sistolik TA ortalaması 122,10±8,32 (min:100,00-maks:140,00), kontrol grubundaki hastaların

122,10±10,1 (min:120,00-maks:130,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki sistolik TA ortancası 120,00 (ÇAA=120,00-130,00), kontrol grubundaki hastaların 120,00 (ÇAA=117,50-130,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce diyastolik TA ortalaması 83,39±10,39 (min:60,00-maks:120,00), kontrol grubundaki hastaların 82,42±7,40 (min:60,00-maks:100,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=80,00-90,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=80,00-90,00)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi diyastolik TA ortalaması 82,58±8,48 (min:60,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 86,45±7,49 (min:60,00-maks:110,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=80,00-90,00), kontrol grubundaki hastaların 90,00 (ÇAA=80,00-90,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki diyastolik TA ortalaması 73,87±11,64 (min:50,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 79,68±11,45 (min:60,00-maks:120,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0.saatteki diyastolik TA ortancası 70,00 (ÇAA=70,00-80,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=70,00-90,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki diyastolik TA ortalaması 74,03±8,58 (min:70,00-maks:80,00), kontrol grubundaki hastaların 77,58±8,81 (min:60,00-maks:90,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki diyastolik TA ortancası 70,00 (ÇAA=70,00-80,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=70,00-80,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki diyastolik TA ortalaması 78,39±6,82 (min:70,00-maks:90,00), kontrol grubundaki hastaların 81,61±7,51 (min:70,00-maks:100,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=70,00-80,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=80,00-80,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki diyastolik TA ortalaması 78,71±7,99 (min:60,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 78,06±8,65 (min:70,00-maks:100,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat

sonrası 6. saatteki diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=70,00-80,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=70,00-90,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki diyastolik TA ortalaması 81,77±8,00 (min:70,00-maks:110,00), kontrol grubundaki hastaların 79,03±6,94 (min:60,00-maks:90,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=80,00-90,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=80,00-80,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki diyastolik TA ortalaması 80,32±7,00 (min:60,00-maks:100,00), kontrol grubundaki hastaların 78,71±9,14 (min:60,00-maks:110,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki diyastolik TA ortancası 80,00 (ÇAA=80,00-80,00), kontrol grubundaki hastaların 80,00 (ÇAA=70,00-80,00)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce ateş ortalaması 36,52±0,23 (min:36,20-maks:37,30), kontrol grubundaki hastaların 36,50±0,18 (min:36,10-maks:36,90)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ateş ortancası 36,50 (ÇAA=36,37-36,60), kontrol grubundaki hastaların 36,50 (ÇAA=36,40-36,60)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi ateş ortalaması 36,51±0,19 (min:36,20-maks:37,10), kontrol grubundaki hastaların 36,47±0,16 (min:36,10-maks:36,90)'dır. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi ateş ortancası 36,50 (ÇAA=36,40-36,60), kontrol grubundaki hastaların 36,50 (ÇAA=36,40-36,50)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki ateş ortalaması 36,31±0,28 (min:35,80-maks:36,10), kontrol grubundaki hastaların 36,28±0,21 (min:35,90-maks:36,90)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki ateş ortancası 36,20 (ÇAA=36,10-36,50), kontrol grubundaki hastaların 36,30 (ÇAA=36,10-36,40)'dur (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki ateş ortalaması 36,50±0,37 (min:36,00-maks:37,60), kontrol grubundaki hastaların 36,48±0,23 (min:36,00-maks:37,00)'dür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. saatteki ateş ortancası 36,40 (ÇAA=36,30-36,60), kontrol grubundaki hastaların 36,50 (ÇAA=36,30-36,60)'dir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki ateş ortalaması $36,55 \pm 0,30$ (min:36,00-maks:37,70), kontrol grubundaki hastaların $36,59 \pm 0,26$ (min:36,20-maks:37,30)'dır. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 4. saatteki ateş ortancası 36,50 (ÇAA=36,40-36,70), kontrol grubundaki hastaların 36,60 (ÇAA=36,40-36,80)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki ateş ortalaması $36,58 \pm 0,23$ (min:36,10-maks:37,40), kontrol grubundaki hastaların $36,65 \pm 0,26$ (min:36,10-maks:37,60)'dır. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. saatteki ateş ortancası 36,60 (ÇAA=36,40-36,70), kontrol grubundaki hastaların 36,60 (ÇAA=36,50-36,80)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki ateş ortalaması $36,56 \pm 0,20$ (min:36,10-maks:37,10), kontrol grubundaki hastaların $36,61 \pm 0,21$ (min:36,00-maks:37,40)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 8. saatteki ateş ortancası 36,60 (ÇAA=36,40-36,70), kontrol grubundaki hastaların 36,60 (ÇAA=36,50-36,70)'dır (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki ateş ortalaması $36,51 \pm 0,18$ (min:36,10-maks:37,00), kontrol grubundaki hastaların $36,50 \pm 0,24$ (min:36,00-maks:37,10)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatteki ateş ortancası 36,50 (ÇAA=36,40-36,60), kontrol grubundaki hastaların 36,50 (ÇAA=36,40-36,60)'dir (Tablo 10).

4.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarına Göre Dağılımı

Ölçekler	Girişim Grubu (n=62)	Kontrol Grubu (n=62)
	Ort.±SS (Min-Maks)	Ort.±SS (Min-Maks)
Spielberg Durumluk Kaygı Ölçeği		
Eğitim öncesi	45,56±5,04(36,00-61,00)	46,95±3,61(36,00-55,00)
Ameliyat öncesi	42,79±4,29(33,00-52,00)	50,98±5,45(40,00-61,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	39,08±3,49(33,00-48,00)	44,42±4,77(35,00-57,00)
Spielberg Sürekli Kaygı Ölçeği		
Eğitim öncesi	45,53±5,15(33,00-62,00)	46,37±4,66(35,00-58,00)
Ameliyat öncesi	45,05±4,79(35,00-62,00)	46,34±4,62(35,00-60,00)
Ameliyat sonrası 24. saat	45,47±4,56(36,00-62,00)	46,35±4,74(35,00-60,00)

Ort: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 24. saatte STAI-I ve STAI-II puanlarına göre dağılımı Tablo 11’de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce STAI-I puan ortalaması 45,56±5,04 (min:36,00-maks:61,00), kontrol grubundaki hastaların 46,95±3,61 (min:36,00-maks:55,00)’dir.

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi STAI-I puan ortalaması 42,79±4,29 (min:33,00-maks:52,00), kontrol grubundaki hastaların 50,98±5,45 (min:40,00-maks:61,00)’dir (Tablo 11).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat STAI-I puan ortalaması 39,08±3,49 (min:33,00-maks:48,00), kontrol grubundaki hastaların 44,42±4,77 (min:35,00-maks:57,00)’dir (Tablo 11).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce STAI-II puan ortalaması 45,53±5,15 (min:33,00-maks:62,00), kontrol grubundaki hastaların 46,37±4,66 (min:35,00-maks:58,00)’dir (Tablo 11).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi STAI-II puan ortalaması $45,05 \pm 4,79$ (min:35,00-maks:62,00), kontrol grubundaki hastaların $46,34 \pm 4,62$ (min:35,00-maks:60,00)'dir (Tablo 11).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat STAI-II puan ortalaması $45,47 \pm 4,56$ (min:36,00-maks:62,00), kontrol grubundaki hastaların $46,35 \pm 4,74$ (min:35,00-maks:60,00)'tür (Tablo 11).



4.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	Girişim Grubu (n=62)		Önem Değeri	Kontrol Grubu (n=62)		Önem Değeri
	Ort.±SS (Min-Maks)	Ortanca (ÇAA)		Ort.±SS (Min-Maks)	Ortanca (ÇAA)	
Eğitim Öncesi						
İlaç	29,58±4,30(16,00-40,00)	29,00(27,00-32,00)	3,70	29,27±4,08(9,00-38,00)	29,00(28,00-32,00)	3,66
Yaşam Aktiviteleri	34,42±4,52(23,00-43,00)	35,00(32,00-36,00)	3,82	35,19±4,65(10,0-45,0)	36,00(35,00-36,00)	3,91
Toplum ve İzlem	17,43±3,85(8,00-28,00)	17,00(15,00-19,25)	2,91	15,89±3,49(6,00-29,00)	16,00(14,00-17,00)	2,65
Duruma İlişkin	16,56±3,39(9,00-21,00)	17,50(14,75-19,0)	3,31	17,84±3,10(5,00-25,00)	18,50(16,00-20,00)	3,57
Duygular						
Tedavi ve	33,71±4,10(23,00-44,00)	34,00(31,75-36,0)	3,75	33,50±4,58(9,00-45,00)	34,00(33,00-35,00)	3,72
Komplikasyonlar						
Yaşam Kalitesi	30,37±3,59(19,00-37,00)	31,00(29,00-32,0)	3,80	31,02±4,64(8,00-40,00)	32,00(31,00-33,00)	3,88
Cilt Bakımı	18,66±2,79(11,00-24,00)	19,00(17,00-21,0)	3,73	19,10±2,92(6,00-25,00)	19,50(18,00-21,00)	3,82
Toplam	180,74±21,95(125,00-232,00)	182,00(172,00-190,25)	3,61	181,81±24,97(53,00-238,0)	185,00(178,50-191,00)	3,64

Tablonun Devamı

Ameliyat Sonrası 24. Saat

İlaç	28,82±3,24(18,00-40,00)	29,00(27,00-31,0)	3,60	29,27±3,83(14,00-38,00)	29,00(28,00-32,00)	3,66
Yaşam Aktiviteleri	34,03±4,66(18,00-45,00)	35,00(33,00-36,0)	3,78	35,65±3,85(17,00-44,00)	36,00(35,75-37,00)	3,96
Toplum ve İzlem	16,26±3,78(8,00-26,00)	16,00(13,00-19,0)	2,71	16,18±3,32(7,00-29,00)	16,00(14,00-18,00)	2,70
Duruma İlişkin	16,27±3,25(9,00-22,00)	17,00(13,0-19,0)	3,25	17,71±3,10(5,00-25,00)	19,00(16,00-20,00)	3,54
Duygular						
Tedavi ve	33,06±4,22(20,00-44,00)	34,00(31,0-36,0)	3,67	33,68±4,18(15,00-44,00)	34,00(32,00-36,00)	3,74
Komplikasyonlar						
Yaşam Kalitesi	29,92±3,62(16,00-37,00)	31,00(28,75-32,0)	3,74	31,19±4,05(12,00-39,00)	32,00(31,00-33,00)	3,90
Cilt Bakımı	18,24±2,70(11,00-24,00)	19,00(17,00-20,0)	3,65	19,16±2,69(9,00-25,00)	19,50(18,00-21,00)	3,83
Toplam	176,61±21,65(104,00- 233,00)	180,00(166,75-188,25)	3,53	182,84±22,62(79,00- 240,00)	187,00(179,75-192,00)	3,66

Ort: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart sapma, **CAA:** Çeyrekler Arası Aralık, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi ve ameliyat sonrası 24. saatteki HÖGÖ puanlarına göre dağılımı Tablo 12’de gösterildi. Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ ilaç puan ortalaması $29,58 \pm 4,30$ (min:16,00-maks:40,00), kontrol grubundaki hastaların $29,27 \pm 4,08$ (min:9,00-maks:38,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ ilaç puan ortancası 29,00 (ÇAA=27,00-32,00), kontrol grubundaki hastaların 29,00 (ÇAA=28,00-32,00)'dır.

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ yaşam aktiviteleri puan ortalaması $34,42 \pm 4,52$ (min:23,00-maks:43,00), kontrol grubundaki hastaların $35,19 \pm 4,65$ (min:10,00-maks:45,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ yaşam aktiviteleri puan ortancası 35,00 (ÇAA=32,00-36,00), kontrol grubundaki hastaların 36,00 (ÇAA=35,00-36,00)'dır (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ toplum ve izlem puan ortalaması $17,43 \pm 3,85$ (min:8,00-maks:28,00), kontrol grubundaki hastaların $15,89 \pm 3,49$ (min:6,00-maks:29,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ toplum ve izlem puan ortancası 17,00 (ÇAA=15,00-19,25), kontrol grubundaki hastaların 16,00 (ÇAA=14,00-17,00)'dır (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ duruma ilişkin duygular puan ortalaması $16,56 \pm 3,39$ (min:9,00-maks:21,00), kontrol grubundaki hastaların $17,84 \pm 3,10$ (min:5,00-mak:25,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ duruma ilişkin duygular puan ortancası 17,50 (ÇAA=14,75-19,00), kontrol grubundaki hastaların 18,50 (ÇAA=16,00-20,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar puan ortalaması $33,71 \pm 4,10$ (min:23,00-maks:44,00), kontrol grubundaki hastaların $33,50 \pm 4,58$ (min:9,00-maks:45,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar puan ortancası 34,00 (ÇAA=31,75-36,0), kontrol grubundaki hastaların 34,00 (ÇAA=33,00-35,00)'dır (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ yaşam kalitesi puan ortalaması $30,37 \pm 3,59$ (min:19,00-maks:37,00), kontrol grubundaki hastaların $31,02 \pm 4,64$ (min:8,00-maks:40,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi

HÖGÖ yaşam kalitesi puan ortancası 31,00 (ÇAA=29,00-32,0), kontrol grubundaki hastaların 32,00 (ÇAA=31,00-33,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ cilt bakımı puan ortalaması $18,66 \pm 2,79$ (min:11,00-maks:24,00), kontrol grubundaki hastaların $19,10 \pm 2,92$ (min:6,00-maks:25,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ cilt bakımı puan ortancası 19,00 (ÇAA=17,00-21,0), kontrol grubundaki hastaların 19,50 (ÇAA=18,00-21,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların eğitim verilmeden önce HÖGÖ toplam puan ortalaması $180,74 \pm 21,95$ (min:125,00-maks:232,00), kontrol grubundaki hastaların $181,81 \pm 24,97$ (min:53,00-maks:238,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ toplam puan ortancası 182,00 (ÇAA=172,00-190,25), kontrol grubundaki hastaların 185,00 (ÇAA=178,50-191,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ ilaç puan ortalaması $28,82 \pm 3,24$ (min:18,00-maks:40,00), kontrol grubundaki hastaların $29,27 \pm 3,83$ (min:14,00-maks:38,00)'tür. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ ilaç puan ortancası 29,00 (ÇAA=27,00-31,0), kontrol grubundaki hastaların 29,00 (ÇAA=28,00-32,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ yaşam aktiviteleri puan ortalaması $34,03 \pm 4,66$ (min:18,00-maks:45,00), kontrol grubundaki hastaların $35,65 \pm 3,85$ (min:17,00-maks:44,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ yaşam aktiviteleri puan ortancası 35,00 (ÇAA=33,00-36,0), kontrol grubundaki hastaların 36,00 (ÇAA=35,75-37,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ toplum ve izlem puan ortalaması $16,26 \pm 3,78$ (min:8,00-maks:26,00), kontrol grubundaki hastaların $16,18 \pm 3,32$ (min:7,00-maks:29,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ toplum ve izlem puan ortancası 16,00 (ÇAA=13,00-19,00), kontrol grubundaki hastaların 16,00 (ÇAA=14,00-18,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ duruma ilişkin duygular puan ortalaması $16,27 \pm 3,25$ (min:9,00-maks:22,00), kontrol grubundaki hastaların $17,71 \pm 3,10$ (min:5,00-maks:25,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ duruma ilişkin duygular puan ortancası 17,00

(ÇAA=13,0-19,0), kontrol grubundaki hastaların 19,00 (ÇAA=16,00-20,00)'dur (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar puan ortalaması $33,06 \pm 4,22$ (min:20,00-maks:44,00), kontrol grubundaki hastaların $33,68 \pm 4,18$ (min:15,00-maks:44,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar puan ortancası 34,00 (ÇAA=31,0-36,0), kontrol grubundaki hastaların 34,00 (ÇAA=32,00-36,00)'dır (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ yaşam kalitesi puan ortalaması $29,92 \pm 3,62$ (min:16,00-maks:37,00), kontrol grubundaki hastaların $31,19 \pm 4,05$ (min:12,00-maks:39,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ yaşam kalitesi puan ortancası 31,00 (ÇAA=28,75-32,0), kontrol grubundaki hastaların 32,00 (ÇAA=31,00-33,00)'dır (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ cilt bakımı puan ortalaması $18,24 \pm 2,70$ (min:11,00-maks:24,00), kontrol grubundaki hastaların $19,16 \pm 2,69$ (min:9,00-maks:25,00)'dur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ cilt bakımı puan ortancası 19,00 (ÇAA=17,00-20,0), kontrol grubundaki hastaların 19,50 (ÇAA=18,00-21,00)'dir (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ toplam puan ortalaması $176,61 \pm 21,65$ (min:104,00-maks:233,00), kontrol grubundaki hastaların $182,84 \pm 22,62$ (min:79,00-maks:240,00)'dir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ toplam puan ortancası 180,00 (ÇAA=166,75-188,25), kontrol grubundaki hastaların 187,00 (ÇAA=179,75-192,00)'dir (Tablo 12).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ alt boyutlarından yaşam aktivitelerinin en yüksek, toplum ve izlemin en düşük önem değerine sahip olduğu saptandı. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası HÖGÖ alt boyut önem değerlerinin eğitim öncesine benzer olduğu belirlendi (En yüksek yaşam aktiviteleri, en düşük toplum ve izlem) (Tablo 12).

4. 6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Konfor Puanlarının Karşılaştırılması

Puan Dağılımları	Girişim Grubu(n=62)		Kontrol Grubu n=62)		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)		
VAS-Ağrı						
Eğitim öncesi	59,15	0,00(0,00-0,00)	65,85	0,00(0,00-2,00)	-1,400	0,162
Ameliyat öncesi	58,58	0,00(0,00-0,00)	66,42	0,00(0,00-2,00)	-1,708	0,088
Ameliyat sonrası 0. saat	42,43	4,00(3,75-6,00)	82,57	7,00(6,00-8,00)	-6,298	0,000
Ameliyat sonrası 2. Saat	41,50	2,00(2,00-4,00)	83,50	6,00(4,00-6,00)	-6,630	0,000
Ameliyat sonrası 4. Saat	43,08	2,00(0,00-2,00)	81,92	4,00(2,00-5,00)	-6,173	0,000
Ameliyat sonrası 6. Saat	42,31	0,00(0,00-2,00)	82,69	3,00(2,00-4,00)	-6,489	0,000
Ameliyat sonrası 8. Saat	45,19	0,00(0,00-2,00)	79,81	2,00(2,00-4,00)	-5,660	0,000
Ameliyat sonrası 24. Saat	43,69	0,00(0,00-0,00)	81,31	2,00(0,00-3,00)	-6,493	0,000
VAS-Bulantı						
Eğitim öncesi	59,74	0,00(0,00-0,00)	65,26	0,00(0,00-0,00)	-1,284	0,199
Ameliyat öncesi	59,10	0,00(0,00-0,00)	65,90	0,00(0,00-0,00)	-1,615	0,106
Ameliyat sonrası 0. saat	55,48	0,00(0,00-2,00)	69,52	0,00(0,00-4,00)	-2,516	0,012
Ameliyat sonrası 2. Saat	54,79	0,00(0,00-0,00)	70,21	0,00(0,00-3,00)	-2,907	0,004
Ameliyat sonrası 4. Saat	53,60	0,00(0,00-0,00)	71,40	0,00(0,00-2,00)	-3,675	0,000
Ameliyat sonrası 6. Saat	56,57	0,00(0,00-0,00)	68,43	0,00(0,00-2,00)	-2,812	0,005
Ameliyat sonrası 8. Saat	57,87	0,00(0,00-0,00)	67,13	0,00(0,00-0,00)	-2,698	0,007
Ameliyat sonrası 24. Saat	61,50	0,00(0,00-0,00)	63,50	0,00(0,00-0,00)	-1,420	0,156

Tablonun Devamı

VAS-Kusma

Eğitim öncesi	63,05	0,00(0,00-0,00)	61,95	0,00(0,00-0,00)	-0,499	0,618
Ameliyat öncesi	62,52	0,00(0,00-0,00)	62,48	0,00(0,00-0,00)	-0,016	0,987
Ameliyat sonrası 0. saat	62,49	0,00(0,00-0,00)	62,51	0,00(0,00-0,00)	-0,006	0,995
Ameliyat sonrası 2. Saat	60,48	0,00(0,00-0,00)	64,52	0,00(0,00-0,00)	-1,473	0,141
Ameliyat sonrası 4. Saat	60,85	0,00(0,00-0,00)	64,15	0,00(0,00-0,00)	-0,964	0,335
Ameliyat sonrası 6. Saat	57,87	0,00(0,00-0,00)	67,13	0,00(0,00-0,00)	-2,698	0,007
Ameliyat sonrası 8. Saat	57,50	0,00(0,00-0,00)	67,50	0,00(0,00-0,00)	-3,281	0,001
Ameliyat sonrası 24. Saat	62,50	0,00(0,00-0,00)	62,50	0,00(0,00-0,00)	-0,000	1,00

*Mann Whitney U testi,

CAA: Çeyrekler Arası Aralık

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerde ölçülen konfor puanlarının hasta grupları arasındaki karşılaştırılması Tablo 13'te gösterildi. Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-1,400$, $p=0,162$) ve ameliyat öncesi ($z=-1,708$, $p=0,088$) VAS-ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ameliyat sonrası 0. saat ($z=-6,298$, $p=0,000$), 2. saat ($z=-6,630$, $p=0,000$), 4. saat ($z=-6,173$, $p=0,000$), 6. saat ($z=-6,489$, $p=0,000$), 8. saat ($z=-5,660$, $p=0,000$) ve 24. saat ($z=-6,493$, $p=0,000$) VAS-ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. saat VAS-ağrı puanı sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 13).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-1,284$, $p=0,199$), ameliyat öncesi ($z=-1,615$, $p=0,106$) ve ameliyat sonrası 24. saat ($z=-1,420$, $p=0,156$) VAS-bulantı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, ameliyat sonrası 0. saat ($z=-2,516$, $p=0,012$), 2. saat ($z=-2,907$, $p=0,004$), 4. saat ($z=-3,675$, $p=0,000$), 6. saat ($z=-2,812$, $p=0,005$) ve 8. saat ($z=-2,698$, $p=0,007$) VAS-bulantı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6. ve 8. saat VAS-bulantı puanı sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 13).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,499$, $p=0,618$), ameliyat öncesi ($z=-1,615$, $p=0,106$), ameliyat sonrası 0. saat ($z=-0,006$, $p=0,995$), 2. saat ($z=-1,473$, $p=0,141$), 4. saat ($z=-0,964$, $p=0,335$) ve 24. saat ($z=-0,000$, $p=1,00$) VAS-kusma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmezken, ameliyat sonrası 6. saat ($z=-2,698$, $p=0,007$) ve 8. saat ($z=-3,281$, $p=0,001$) VAS-kusma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 6. ve 8. saatte VAS-kusma puanı sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 13).

4.7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİ VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Ölçülen Vital Puanlarının Karşılaştırılması

Puan Dağılımları	Girişim Grubu(n=62)		Kontrol Grubu n=62)		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)	Sıra Ort.	Ortanca (ÇAA)		
Solunum						
Eğitim öncesi	60,37	20,00(19,00-22,00)	64,63	20,00(20,00-22,00)	-0,680	0,496
Ameliyat öncesi	57,14	20,00(20,00-22,00)	67,86	21,00(20,00-22,00)	-1,702	0,089
Ameliyat sonrası 0. saat	54,08	18,00(18,00-20,00)	70,92	20,00(19,00-20,00)	-2,603	0,007
Ameliyat sonrası 2. saat	56,26	20,00(19,00-20,25)	68,74	20,00(20,00-22,00)	-2,021	0,043
Ameliyat sonrası 4. saat	55,98	20,00(20,00-21,00)	69,02	21,00(20,0-22,00)	-2,132	0,033
Ameliyat sonrası 6. saat	62,02	20,00(20,00-22,00)	62,98	20,00(20,0-22,00)	-0,155	0,877
Ameliyat sonrası 8. saat	64,35	20,00(20,00-22,00)	60,65	20,00(20,0-21,25)	-0,606	0,544
Ameliyat sonrası 24. saat	65,33	20,00(20,00-22,00)	59,67	20,00(20,0-22,00)	-0,943	0,346
Oksijen Saturasyonu						
Eğitim öncesi	61,72	97,50(96,75-98,00)	63,28	98,00(97,00-98,00)	-0,258	0,796
Ameliyat öncesi	58,94	98,00(97,00-98,00)	66,06	98,00(97,00-98,00)	-1,188	0,235
Ameliyat sonrası 0. saat	73,22	96,00(95,00-97,00)	51,78	94,00(92,00-96,00)	-3,358	0,001
Ameliyat sonrası 2. saat	74,84	97,00(95,00-98,00)	50,16	95,00(93,00-97,00)	-3,879	0,000
Ameliyat sonrası 4. saat	77,14	97,00(96,00-98,00)	47,86	96,00(94,00-97,00)	-4,618	0,000
Ameliyat sonrası 6. saat	77,35	97,00(96,00-98,00)	47,65	96,00(95,00-97,00)	-4,697	0,000
Ameliyat sonrası 8. saat	79,02	97,50(96,00-98,00)	45,98	96,00(95,00-97,00)	-5,223	0,000
Ameliyat sonrası 24. saat	77,03	97,50(97,00-98,00)	47,97	96,00(95,00-97,00)	-4,630	0,000
Nabız						
Eğitim öncesi	62,84	76,00(68,00-85,25)	62,16	75,00(72,00-82,00)	-0,105	0,916
Ameliyat öncesi	53,90	78,00(70,00-84,00)	71,10	82,00(78,00-86,25)	-2,673	0,008
Ameliyat sonrası 0. saat	50,94	64,00(60,00-71,00)	74,06	69,00(66,00-73,25)	-3,587	0,000
Ameliyat sonrası 2. saat	53,76	68,00(63,00-75,00)	71,24	71,50(68,00-76,00)	-2,715	0,007

Tablonun Devamı						
Ameliyat sonrası 4. saat	56,87	70,00(64,75-78,25)	68,13	74,00(67,00-79,00)	-1,747	0,081
Ameliyat sonrası 6. saat	58,45	72,00(68,00-78,00)	66,55	74,50(68,00-82,00)	-1,258	0,209
Ameliyat sonrası 8. saat	59,72	73,50(67,75-78,25)	65,28	74,00(70,00-80,00)	-0,864	0,387
Ameliyat sonrası 24. saat	61,26	74,00(70,00-78,00)	63,74	74,00(70,00-79,00)	-0,387	0,699
Sistolik TA						
Eğitim öncesi	66,15	130,00(120,00-140,00)	58,85	120,00(120,00-130,00)	-1,173	0,241
Ameliyat öncesi	52,33	125,00(120,00-130,00)	72,67	130,00(130,00-140,00)	-3,288	0,001
Ameliyat sonrası 0. saat	53,77	110,00(100,00-122,50)	71,23	120,00(110,00-130,00)	-2,789	0,005
Ameliyat sonrası 2. saat	52,15	110,00(110,00-120,00)	72,85	120,00(117,50-130,00)	-3,330	0,001
Ameliyat sonrası 4. saat	53,72	120,00(110,00-120,00)	71,28	120,00(120,00-130,00)	-2,902	0,004
Ameliyat sonrası 6. saat	61,40	120,00(110,00-130,00)	63,60	120,00(110,00-130,00)	-0,357	0,721
Ameliyat sonrası 8. saat	67,57	120,00(120,00-130,00)	57,43	120,00(120,00-122,50)	-1,698	0,089
Ameliyat sonrası 24. saat	61,70	120,00(120,00-130,00)	63,30	120,00(117,50-130,00)	-0,265	0,791
Diastolik TA						
Eğitim öncesi	64,35	80,00(80,00-90,00)	60,65	80,00(80,00-90,00)	-0,615	0,539
Ameliyat öncesi	54,21	80,00(80,00-90,00)	70,79	90,00(80,00-90,00)	-2,804	0,005
Ameliyat sonrası 0. saat	53,63	70,00(70,00-80,00)	71,37	80,00(70,00-90,00)	-2,877	0,004
Ameliyat sonrası 2. saat	55,93	70,00(70,00-80,00)	69,07	80,00(70,00-80,00)	-2,160	0,031
Ameliyat sonrası 4. saat	55,34	80,00(70,00-80,00)	69,66	80,00(80,00-80,00)	-2,407	0,016
Ameliyat sonrası 6. saat	64,46	80,00(70,00-80,00)	60,54	80,00(70,00-90,00)	-0,647	0,518
Ameliyat sonrası 8. saat	67,29	80,00(80,00-90,00)	57,71	80,00(80,00-80,00)	-1,677	0,094
Ameliyat sonrası 24. saat	66,73	80,00(80,00-80,00)	58,27	80,00(70,00-80,00)	-1,464	0,143
Ateş						
Eğitim öncesi	63,79	36,50(36,37-36,60)	61,21	36,50(36,40-36,60)	-0,406	0,685
Ameliyat öncesi	64,93	36,50(36,40-36,60)	60,07	36,50(36,40-36,50)	-0,770	0,441
Ameliyat sonrası 0. saat	63,24	36,20(36,10-36,50)	61,76	36,30(36,10-36,40)	-0,233	0,816
Ameliyat sonrası 2. saat	60,76	36,40(36,30-36,60)	64,24	36,50(36,30-36,60)	-0,544	0,587
Ameliyat sonrası 4. saat	59,02	36,50(36,40-36,70)	65,98	36,60(36,40-36,80)	-1,093	0,274
Ameliyat sonrası 6. saat	57,44	36,60(36,40-36,70)	67,56	36,60(36,50-36,80)	-1,587	0,112
Ameliyat sonrası 8. saat	58,73	36,60(36,40-36,70)	66,27	36,60(36,50-36,70)	-1,186	0,235
Ameliyat sonrası 24. saat	63,81	36,50(36,40-36,60)	61,19	36,50(36,40-36,60)	-0,415	0,678

*Mann Whitney U testi ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerde ölçülen vital puanlarının karşılaştırılması tablo 14’te gösterildi. Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,680$, $p=0,496$), ameliyat öncesi ($z=-1,702$, $p=0,089$), ameliyat sonrası 6. saat ($z=-0,155$, $p=0,877$), 8. saat ($z=-0,606$, $p=0,544$) ve 24. saat ($z=-0,943$, $p=0,346$) solunum değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ameliyat sonrası 0. saat ($z=-2,603$, $p=0,007$), 2. saat ($z=-2,021$, $p=0,043$) ve 4. saat ($z=-2,132$, $p=0,033$) solunum değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0., 2. ve 4. saatlerdeki solunum sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 14).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,258$, $p=0,796$) ve ameliyat öncesi ($z=-1,188$, $p=0,235$) SpO₂ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmezken, ameliyat sonrası 0. saat ($z=-3,358$, $p=0,001$), 2. saat ($z=-3,879$, $p=0,000$), 4. saat ($z=-4,618$, $p=0,000$), 6. saat ($z=-4,697$, $p=0,000$), 8. saat ($z=-5,223$, $p=0,000$) ve 24. saat ($z=-4,630$, $p=0,000$), SpO₂ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası SpO₂ değerleri sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan düşüktür (Tablo 14).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,105$, $p=0,916$), ameliyat sonrası 4. saat ($z=-1,747$, $p=0,081$), 6. saat ($z=-1,258$, $p=0,209$), 8. saat ($z=-0,864$, $p=0,387$) ve 24. saat ($z=-0,387$, $p=0,699$) nabız değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, ameliyat öncesi ($z=-2,673$, $p=0,008$), ameliyat sonrası 0. saat ($z=-3,587$, $p=0,000$) ve 2. saat ($z=-2,715$, $p=0,007$) nabız değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası nabız sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 14).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-1,173$, $p=0,241$), ameliyat sonrası 6. saat ($z=-0,357$, $p=0,721$), 8. saat ($z=-1,698$, $p=0,089$) ve 24. saat ($z=-0,265$, $p=0,791$) sistolik TA değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmezken, ameliyat öncesi ($z=-3,288$, $p=0,001$), ameliyat sonrası 0. saat ($z=-2,789$, $p=0,005$), 2. saat ($z=-3,330$, $p=0,001$), 4. saat ($z=-2,902$, $p=0,004$) sistolik TA değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki hastaların

ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0. saat, 2. saat ve 4. saat sistolik TA sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 14).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,615$, $p=0,539$), ameliyat sonrası 6. Saat ($z=-0,647$, $p=0,518$), 8. saat ($z=-1,677$, $p=0,094$) ve 24. saat ($z=-1,464$, $p=0,143$) diyastolik TA değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ameliyat öncesi ($z=-2,804$, $p=0,005$), ameliyat sonrası 0. saat ($z=-2,877$, $p=0,004$), 2. saat ($z=-2,160$, $p=0,031$) ve 4. saat ($z=-2,407$, $p=0,016$) diyastolik TA değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0. saat, 2. saat ve 4. saat diyastolik TA sıra ortalamaları girişim grubundaki hastalardan yüksektir (Tablo 14).

Gruplar arasında eğitim öncesi ($z=-0,406$, $p=0,685$), ameliyat öncesi ($z=-0,770$, $p=0,441$), ameliyat sonrası 0. saat ($z=-0,233$, $p=0,816$), 2. saat ($z=-0,544$, $p=0,587$), 4. saat ($z=-1,093$, $p=0,274$) 6. saat ($z=-1,587$, $p=0,112$), 8. saat ($z=-1,186$, $p=0,235$) ve 24. saat ($z=-0,415$, $p=0,678$) ateş değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 14).

4.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 24. Saatte Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puan Dağılımları	Girişim Grubu (n=62)	Kontrol Grubu (n=62)	t	p*
	Ort ±SS(min-maks)	Ort ±SS(min-maks)		
Spielberg Durumluk Kaygı Ölçeği				
Eğitim öncesi	45,56±5,03(36,00-61,00)	46,95±3,60(36,00-55,00)	-1,762	0,081
Ameliyat öncesi	42,79±4,28(33,00-52,00)	50,98±5,45(40,00-61,00)	-9,301	0,000
Ameliyat sonrası 24. Saat	39,08±3,49(33,00-48,00)	44,41±4,77(35,00-57,00)	-7,104	0,000
Spielberg Sürekli Kaygı Ölçeği				
Eğitim öncesi	45,53±5,15(33,00-62,00)	46,37±4,66(35,00-58,00)	-0,950	0,344
Ameliyat öncesi	45,04±4,78(35,00-62,00)	46,33±4,62(35,00-60,00)	-1,526	0,130
Ameliyat sonrası 24. Saat	45,46±4,56(36,00-62,00)	46,35±4,73(35,00-62,00)	-1,062	0,290

* Student t testi

Ort: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 24. saatteki STAI puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterildi. Gruplar arasında eğitim öncesi STAI-I puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmadı ($t=-1,762$, $p=0,081$). Ancak grupların ameliyat öncesi ($t=-9,301$, $p=0,000$) ve ameliyat sonrası 24. saat ($t=-7,104$, $p=0,000$) STAI-I puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanları daha yüksektir.

Gruplar arasında eğitim öncesi ($t=-0,950$, $p=0,344$), ameliyat sonrası ($t=-1,526$, $p=0,130$) ve ameliyat sonrası 24. saat ($t=-1,062$, $p=0,290$) STAI-II puanları açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 15).

4.9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçek Puanlarının Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		z	p*
	Sıra Ort.	Ortanca (CAA)	Sıra Ort.	Ortanca (CAA)		
Eğitim Öncesi						
İlaç	62,86	29,00(27,00-32,00)	62,14	29,00(28,00-32,00)	-0,114	0,909
Yaşam aktiviteleri	55,46	35,00(32,00-36,00)	69,54	36,00(35,00-36,00)	-2,244	0,025
Toplum ve İzlem	69,75	17,00(15,00-19,25)	55,25	16,00(14,00-17,00)	-2,259	0,024
Duruma ilişkin duygular	55,85	17,50(14,75-19,00)	69,15	18,50(16,00-20,00)	-2,082	0,037
Tedavi ve komplikasyonlar	61,95	34,00(31,75-36,00)	63,05	34,00(33,00-35,00)	-0,172	0,864
Yaşam kalitesi	55,69	31,00(29,00-32,00)	69,31	32,00(31,00-33,00)	-2,149	0,032
Cilt bakımı	55,19	19,00(17,00-21,00)	65,81	19,50(18,00-21,00)	-1,036	0,300
Toplam	59,00	182,00(172,00-190,25)	66,00	185,00(178,50-191,00)	-1,085	0,278
Ameliyat Sonrası 24. Saat						
İlaç	57,72	29,00(27,00-31,00)	67,28	29,27±3,83 (14,00-38,00)	-1,498	0,134
Yaşam aktiviteleri	52,24	35,00(33,00-36,00)	72,76	35,64±3,85(17,00-44,00)	-3,288	0,001
Toplum ve İzlem	62,77	16,00(13,00-19,00)	62,23	16,17±3,31(7,00-29,00)	-0,085	0,932
Duruma ilişkin duygular	53,54	17,00(13,0-19,00)	71,46	17,70±3,10(5,00-25,00)	-2,804	0,005
Tedavi ve komplikasyonlar	58,07	34,00(31,0-36,00)	66,93	33,67±4,18(15,00-44,00)	-1,382	0,167
Yaşam kalitesi	52,13	31,00(28,75-32,00)	72,87	31,19±4,04(12,00-39,00)	-3,247	0,001
Cilt bakımı	55,72	19,00(17,00-20,00)	69,28	19,16±2,68(9,00-25,00)	-2,121	0,034
Toplam	54,26	180,00(166,75-188,25)	70,74	182±22,61(79,00-240,00)	-2,555	0,011

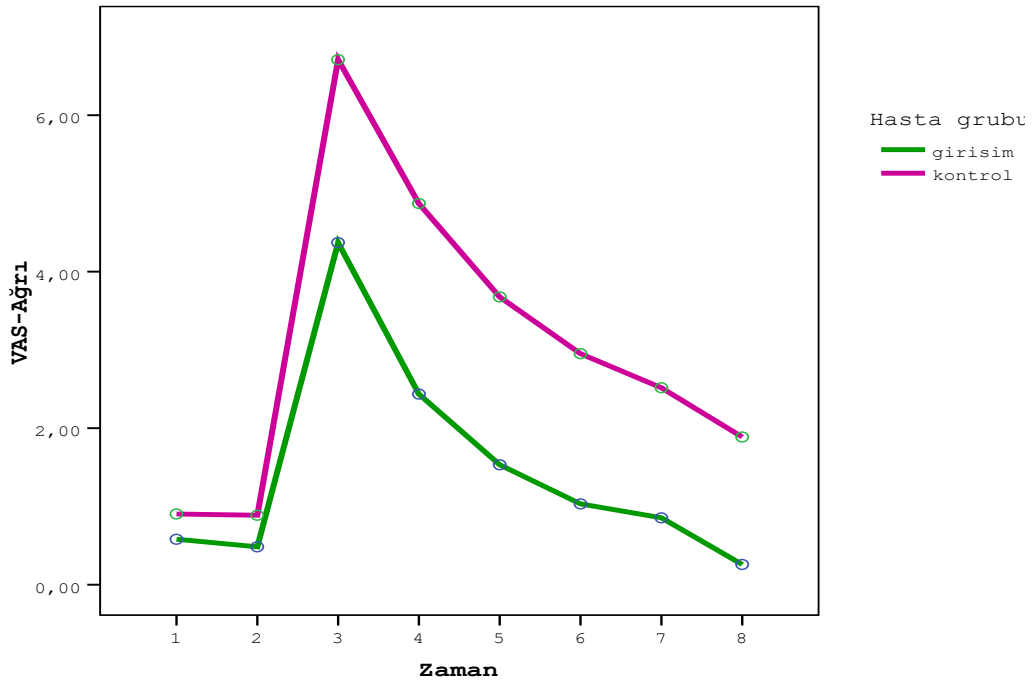
* Mann Whitney U testi CAA: Çeyrekler Arası Aralık

Araştırma kapsamına alınan hastaların HÖGÖ ölçek puanlarının hasta gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 16’da gösterildi. Eğitim öncesi HÖGÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; ilaç ($z=-0,114$, $p=0,909$), tedavi ve komplikasyonlar ($z=-0,172$, $p=0,864$), cilt bakımı ($z=-1,036$, $p=0,300$) ve toplam puan ($z=-1,085$, $p=0,278$) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken yaşam aktiviteleri ($z=-2,244$, $p=0,025$), toplum ve izlem ($z=-0,085$, $p=0,024$), duruma ilişkin duygular ($z=-2,082$, $p=0,037$) ve yaşam kalitesi ($z=-2,149$, $p=0,032$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Eğitim öncesi girişim grubunun yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi alt boyutları sıra ortalamaları kontrol grubundan düşük iken, toplum ve izlem alt boyutunun sıra ortalamasının kontrol grubundan yüksek olduğu görüldü.

Ameliyat sonrası 24. saat HÖGÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; ilaç ($z=-1,498$, $p=0,134$), toplum ve izlem ($z=-0,085$, $p=0,932$), tedavi ve komplikasyonlar ($z=-1,382$, $p=0,167$) ve toplam puan ($z=-2,555$, $p=0,011$) açısından gruplar arasında anlamlı fark yok iken, yaşam aktiviteleri ($z=-3,288$, $p=0,001$), duruma ilişkin duygular ($z=-2,804$, $p=0,005$), yaşam kalitesi ($z=-3,247$, $p=0,001$) ve cilt bakımı ($z=-2,121$, $p=0,034$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Ameliyat sonrası 24. saat girişim grubunun yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutları sıra ortalamalarının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 16).

4. 10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN ZAMAN İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Grafik 1. Araştırma Kapsamına Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Ağrı Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi

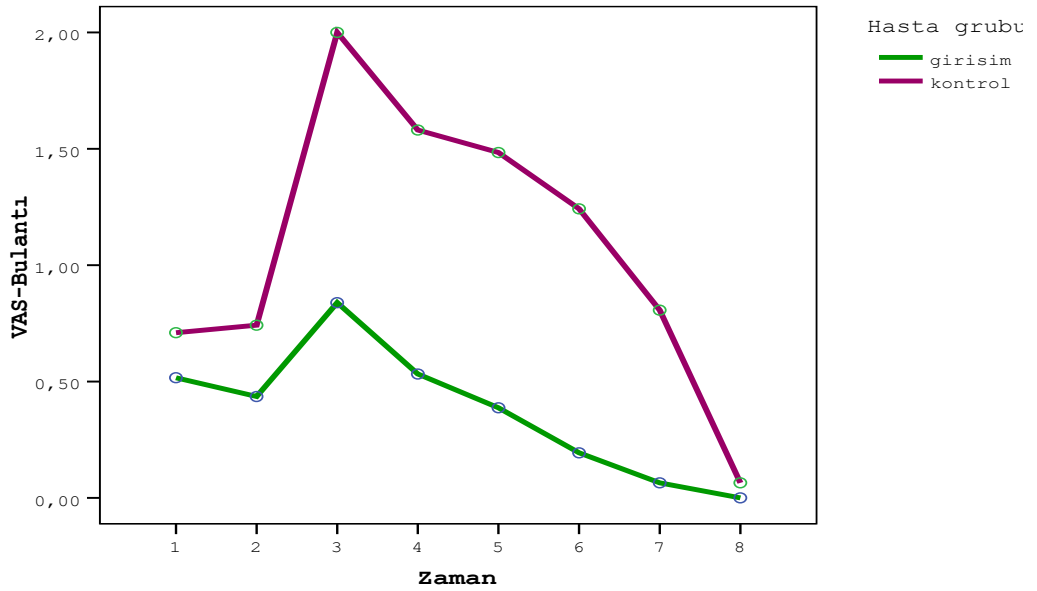


Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-ağrı değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 1’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-ağrı değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($\chi^2=555,514$, $p=0,000$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-ağrı değerleri birbirine benzer iken, girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatten itibaren VAS-ağrı değerlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu görüldü.

Grafik 1’de görüldüğü gibi ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 0. saatte girişim ($z=-6,594$, $p=0,000$) ve kontrol grubunun ($z=-6,841$, $p=0,000$) VAS-ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Girişim grubunun VAS-ağrı puanları ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası 2. saat ($z=-6,335$,

p=0,00), 4. saat (z=-2,295, p=0,022), 6. saat (z=-6,698, p=0,000), 8. saat (z=-6,584, p=0,000), ve 24. saat (z=-6,715, p=0,00) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası 0. saate göre ameliyat sonrası; 2. saat (z=-6,225, p=0,00), 4. saat (z=-6,329, p=0,000), 6. saat (z=-6,643, p=0,000), 8. saat (z=-6,657, p=0,000), ve 24. saat (z=-6,704, p=0,00) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

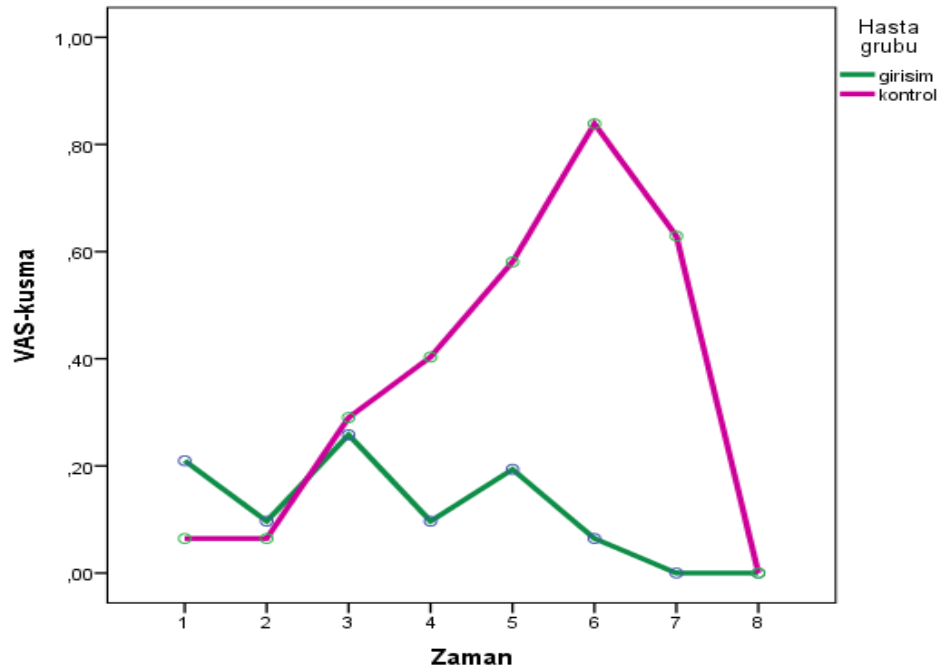
Grafik 2. Araştırma Kapsamına Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Bulantı Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi



Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-bulantı değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 2’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-bulantı değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($\chi^2=302,946$ p=0,000). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-bulantı değerleri birbirine benzer iken, ameliyat sonrası tüm zaman dilimlerinde girişim grubundaki hastaların VAS-bulantı değerleri kontrol grubundan daha düşük olarak belirlendi.

Grafikte 2’de görüldüğü gibi ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatte girişim grubunun VAS-bulantı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($z=-1,331$, $p=0,183$), kontrol grubunun ($z=-2,829$, $p=0,005$) VAS-bulantı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Girişim grubunun ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası; 6. saat ($z=-2,731$, $p=0,006$), 8. saat ($z=-3,515$, $p=0,000$) ve 24. saat ($z=-3,804$, $p=0,000$), arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, ameliyat sonrası 2. saat ve 4. saat arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası; 2. saat ($z=-2,219$, $p=0,027$, 8. saat ($z=-3,454$, $p=0,001$) ve 24. saat ($z=-4,636$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenirken, ameliyat sonrası 4. saat ve 6. saat arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)

Grafik 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde VAS-Kusma Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi



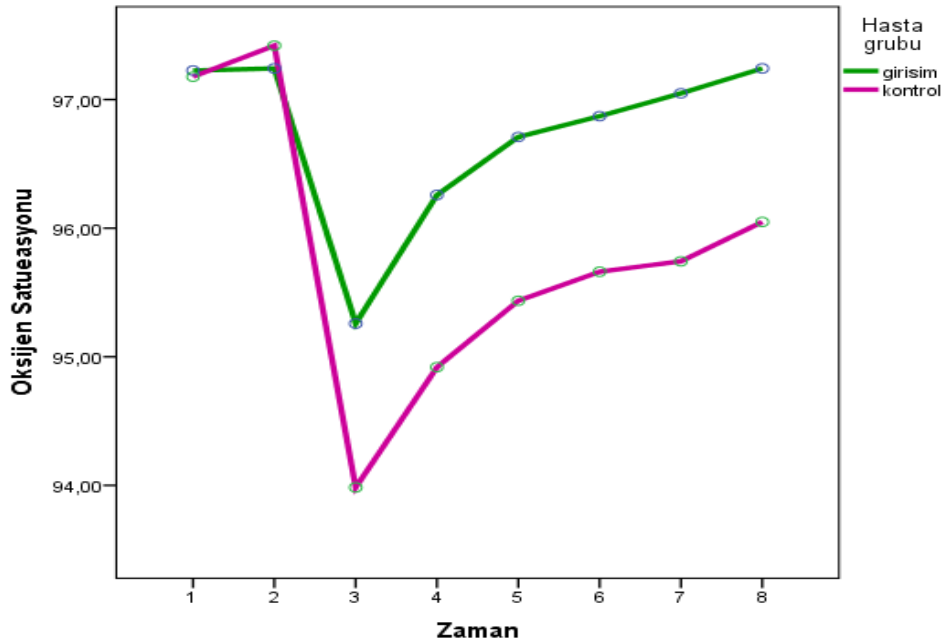
Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-kusma değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 3’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-kusma değerlerinin zaman içerisindeki değişimi

açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($\chi^2=621,516$, $p=0,000$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-kusma değerleri birbirine benzer iken, ameliyat sonrası 24. saat haricindeki tüm zaman dilimlerinde girişim grubundaki hastaların VAS-kusma değerlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu görüldü.

Grafikte 3'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatte girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-kusma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Girişim grubunun ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrasındaki 2., 4., 6., 8. ve 24. zaman dilimindeki VAS-kusma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası 6. saat ($z=-2,060$, $p=0,039$) ve 8. saat ($z=-2,354$, $p=0,019$) VAS-kusma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, ameliyat sonrası 2., 4. ve 24. saat VAS-kusma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

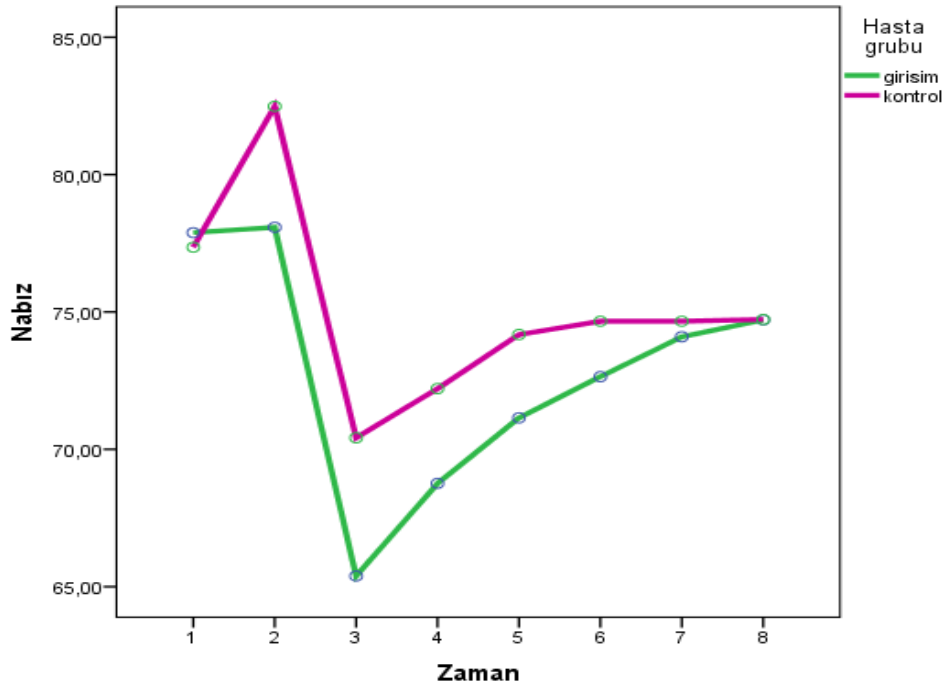
Grafik 4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Oksijen Saturasyonu Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi



Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların SpO₂ değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 4'te gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların SpO₂ değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($\chi^2=516,287$, p= 0,000). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi SpO₂ değerleri birbirine benzer iken, ameliyat sonrası 0. saatte her iki grupta da SpO₂ değerlerinin düştüğü ve diğer tüm ölçüm zamanlarında girişim grubunun SpO₂ değerlerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu görüldü.

Grafikte 4'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatte girişim ve kontrol grubundaki hastaların SpO₂ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların SpO₂ ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası 2., 4., 6., 8. ve 24. saatler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Ameliyat sonrası girişim grubundaki hastaların SpO₂ değerleri kontrol grubundan daha yüksektir.

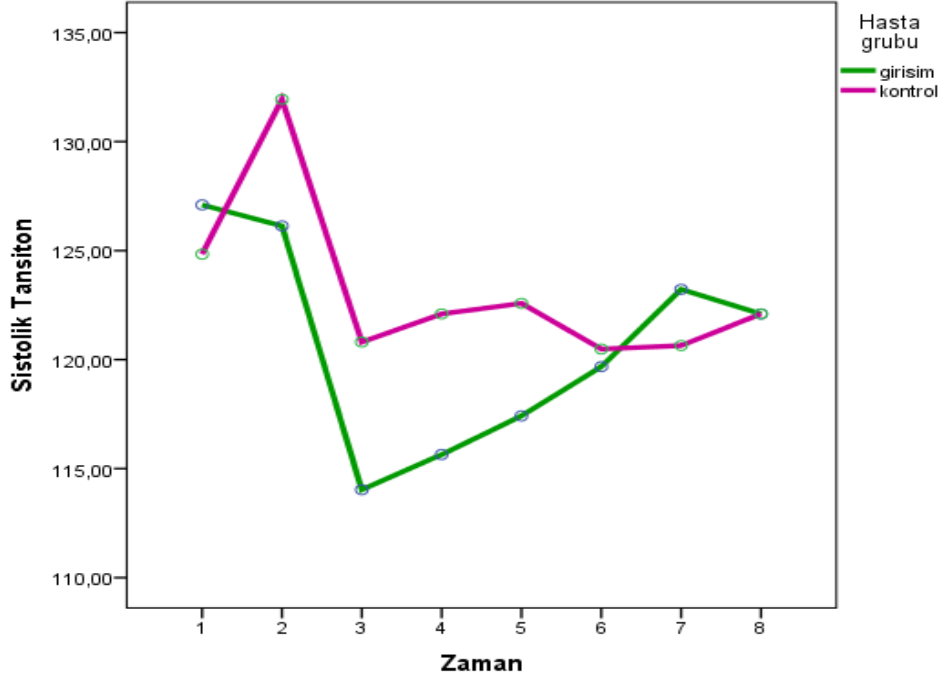
Grafik 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Nabız Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi



Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların nabız değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 5'te gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların nabız değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($\chi^2=497,869$ $p= 0,000$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat haricindeki 0., 2., 4., 6. ve 8. saatlerdeki nabız değerleri kontrol grubundaki hastaların nabız değerlerinden daha düşüktür. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi nabız değerleri girişim grubundaki hastalardan daha yüksektir.

Grafikte 5'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatte girişim ve kontrol grubundaki hastaların nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$). Her iki grubun da nabız değerleri ameliyat öncesine göre daha düşüktür. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların nabız değerleri ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası 2., 4., 6., 8. ve 24. saatler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ameliyat sonrası girişim grubundaki hastaların nabız değerleri kontrol grubundan daha düşüktür.

Grafik 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Sistolik Tansiyon Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi

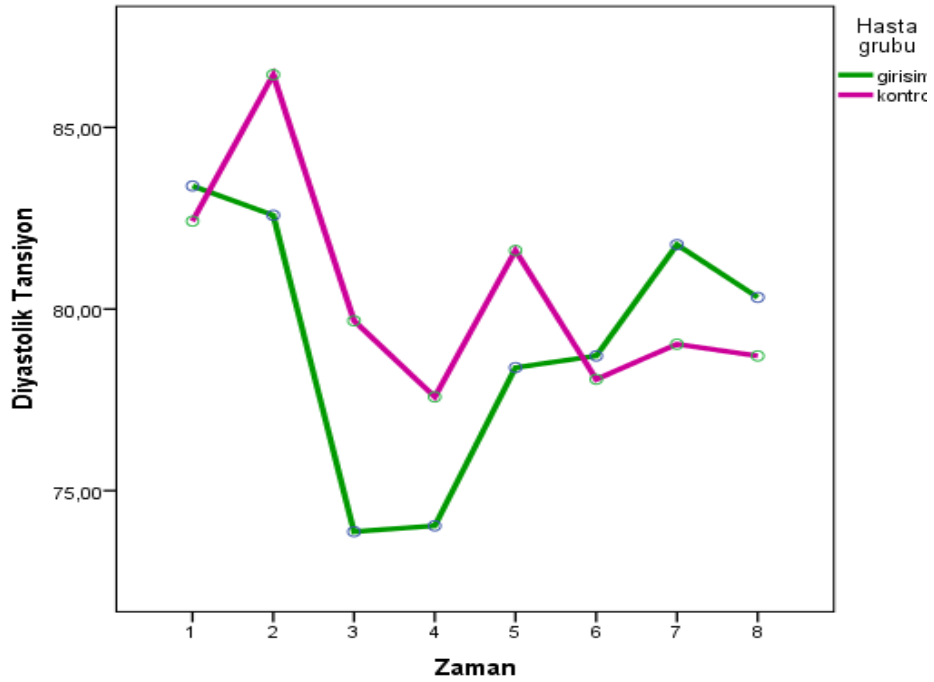


Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların sistolik TA değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 6’da gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sistolik TA değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($\chi^2=451,190$ $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi sistolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($z=0,790$, $p=0,430$), kontrol grubunun sistolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($z=5,317$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi sistolik TA değerleri girişim grubundan daha yüksektir.

Grafikte 6’da görüldüğü gibi ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatte girişim ve kontrol grubundaki hastaların sistolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saat sistolik TA değerleri ile ameliyat sonrası 2. saat hariç 4., 6., 8. ve 24. saatlerdeki sistolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Girişim grubundaki hastaların sistolik TA değerleri ameliyat sonrası 0.

saatten sonra 24. saate kadar aşamalı bir yükseliş göstermektedir. Kontrol grubundaki hastaların 0. saat sistolik TA değerleri ile ameliyat sonrası 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerdeki sistolik TA değerleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastaların sistolik TA değerleri dalgalı bir seyir göstermektedir.

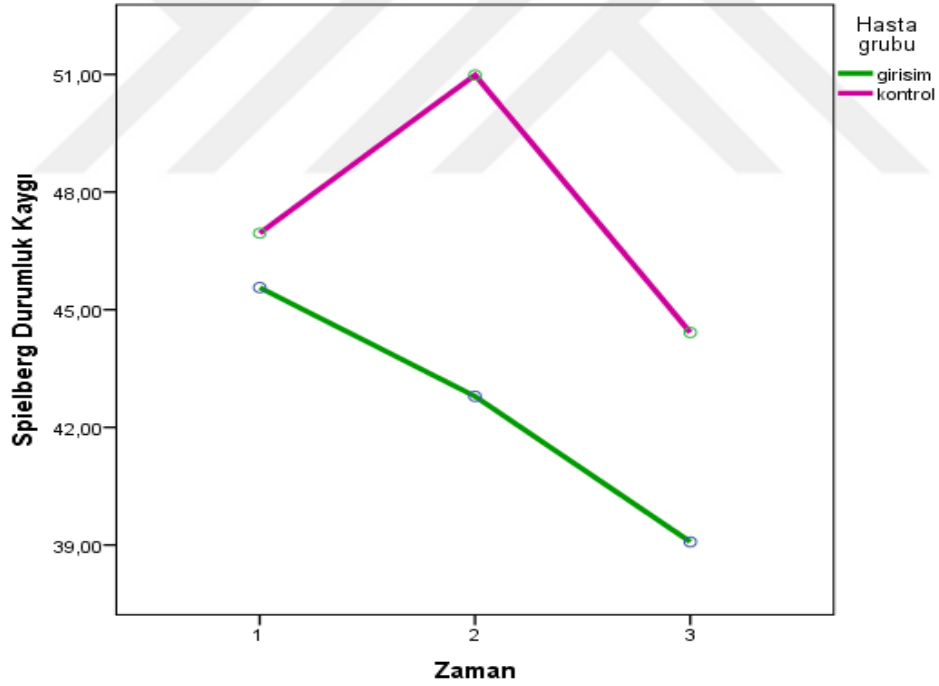
Grafik 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 0., 2., 4., 6., 8. ve 24. Saatlerde Diyastolik Tansiyon Değerlerinin Zaman İçerisindeki Değişimi



Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların diyastolik TA değerlerinin zaman içerisindeki değişimi Grafik 7’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların diyastolik TA değerlerinin zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($\chi^2=452,338$ $p= 0,000$). Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi diyastolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($z=0,560$, $p= 0,575$), kontrol grubunun diyastolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($z=-4,226$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi diyastolik TA değerleri girişim grubuna göre daha yüksektir.

Grafik 7’de görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubunun ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 0. saatteki diyastolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatteki diyastolik TA değerleri ile ameliyat sonrası 2. saat hariç 4., 6., 8. ve 24. saatler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların 0. saatteki diyastolik TA değerleri ile ameliyat sonrası 2., 4., 6., 8. ve 24. saatlerdeki diyastolik TA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların diyastolik TA değerleri dalgalı bir seyir göstermektedir.

Grafik 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Eğitim Öncesi, Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Spielberg Durumluk Kaygı Puanlarının Zaman İçerisindeki Değişimi



Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanlarının zaman içerisindeki değişimi Grafik 8’de gösterildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Spielberg Durumluk Kaygı Puanlarının zaman içerisindeki değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($F=29,194$, $p=0,000$).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi STAI-I puanları birbirine benzerdir. Ameliyat öncesi girişim grubundaki hastaların STAI-I puanı azalırken, kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanı artmaktadır. Ameliyat sonrası süreçte her iki grubun STAI-I puanları azalmakla birlikte, girişim grubunun puanları daha düşüktür (Grafik 8).

Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ile ameliyat öncesi ($t=5,161$, $p=0,000$) ve ameliyat sonrası ($t=14,173$, $p=0,000$) STAI-I puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası STAI-I puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($t=8,744$, $p=0,000$).

Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ile ameliyat öncesi ($t=-5,848$, $p=0,000$) ve ameliyat sonrası ($t=4,438$, $p=0,000$) STAI-I puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası STAI-I puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($t=14,262$, $p=0,000$).

5. TARTIŞMA

5. 1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Gastrointestinal sistemin en önemli sorunlarından biri safra taşlarıdır (Abraham ve ark. 2014; Croghan 2014; Hotineanu ve ark. 2014; Göral 2015; Erdil^a 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Dört bin yıllık bir geçmişe sahip olan bu hastalık asemptomatik seyirli olduğundan genel popülasyondaki insidansı tam olarak bilinmemektedir (McPhee ve Hammer 2012; Çavuş ve Karaca 2013; Croghan 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Geçerli bir prevelans ve insidans olmamasına karşın Amerika'da 20 milyondan fazla kişide safra taşı olduğu tahmin edilmektedir (Stinton ve Shaffer 2012; Göral 2015; Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada safra taşı sıklığı %7,5 olarak saptanmıştır (Çavuş ve Karaca 2013). Günümüzde safra taşlarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem olan laparoskopik kolesistektomi, Amerika'da en yaygın uygulanan elektif batin cerrahisidir (Stinton ve Shaffer 2012; Croghan 2014; Jones ve Deppen 2017). Bu ameliyat ülkemizde de 1990 yılından beri gerçekleştirilmektedir (Özyürek 2015).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması girişim grubunda 48,61±13,84 iken, kontrol grubunda 48,82±13,46'dır. Gruplar arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 1). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş dağılımlarının araştırma planına uygun olarak eşleştiği görülmektedir. Ülkemizde kolesistektomi ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların yaş ortalamasının 45 yaş üzerinde olduğu belirtilmiştir (Çetinküner ve ark. 2011; Amiraslanov ve ark. 2015; Erden ve ark. 2015; Kozanhan ve ark. 2015; Saraç ve ark. 2015; Sevinç ve ark. 2017). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da yaş ortalamasının bu çalışmalara benzer olduğu saptanmıştır (Festi ve ark. 2008; Palermo ve ark. 2013; Sadati ve ark. 2013).

Literatürde safra kesesi taşı oluşumunu etkileyen en önemli risk faktörlerinden birinin artan yaş olduğu ve özellikle 40 yaşından sonra taş görülme olasılığının arttığı bildirilmiştir (Stinton ve Shaffer 2012; Ateş ve Ünal 2016; Hassler ve Jones 2017;

Jones ve Ferguson 2017). Araştırma bulguları ulusal ve uluslararası literatüre benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmadan elde edilen bulgular safra taşı oluşumunun 40 yaşından sonra görülme oranının yüksek olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğu (%80,6) kadındır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 1). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaması çalışmanın güçlü yönüdür ve cinsiyetin araştırma sonuçları üzerindeki muhtemel etkisinin dışlandığı düşünülebilir. Literatürde safra taşı görülme oranının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (Uyanıkoğlu ve Keşküş 2013; Croghan 2014; Ateş ve Ünal 2016; Hassler ve Jones 2017; Jones ve Ferguson 2017).

Kozanhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %81'inin kadın, %19'unun erkek olduğu saptanmıştır (Kozanhan ve ark. 2015). Savaş ve arkadaşlarının kolelitiazisli hastalarda hepatosteatoz risk faktörlerini araştırdığı çalışmada hastaların %80,4'ü kadındır (Savaş ve ark. 2015). Kolesistektomide ameliyat öncesi eğitimin etkisinin incelendiği randomize kontrollü tipteki bir diğer çalışmada girişim grubundaki hastaların %82,4'ünün, kontrol grubundakilerin ise %77,5'inin kadın olduğu belirtilmiştir (Aguilar-Nascimento ve ark. 2014). Günübirlik laparoskopik kolesistektominin güvenliği ve yapılabilirliğinin değerlendirildiği 1140 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların çoğunun kadın (%88) olduğu saptanmıştır (Al-Omani ve ark. 2015). Safra taşları ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da kadın ve erkek oranlarının bu çalışmaya benzer olduğu bulunmuştur (Sarı ve ark. 2007; Psaila ve ark. 2008; Yıldız ve ark. 2010; Kanat ve ark. 2013; Gülleroğlu ve ark. 2015; Gregori ve ark. 2018). Araştırma bulguları önceki çalışmalara benzer olarak kadın cinsiyetin taş oluşumunda daha büyük bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir.

Literatürde hormonların, özellikle de östrojen ve prostaglandinlerin taş oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir (Stinton ve Shaffer 2012; McPhee ve Hammer 2012; Di Ciaula ve ark. 2018; Jones ve Ghassemzadeh 2017). Üreme çağında olma, hormon replasman tedavisi görme, oral kontraseptif kullanma ve hamilelik dönemi kadınlarda safra taşı oluşumunu etkileyen önemli faktörlerdir (Stinton and Shaffer 2012; de Bari ve ark. 2014). Hamilelik ve postpartum

döneminde safra taşı görülme prevalansının incelendiği çalışmada; bu dönemde akut olguların görüldüğü ve kadınların safra taşı oluşumu açısından yakından izlenmesi gerektiği belirtilmiştir (Álvarez-Villaseñor ve ark. 2017). Yapılan bir diğer çalışmada safra taşı oluşan kadın hastaların %90,82'sinin birden fazla doğum yaptığı ve %21,10'unun geçmişinde oral kontraseptif kullandığı saptanmıştır (EISSN 2014). Gebelikte gerekli görüldüğü durumlarda kolesistektomi yapılabileceği ancak veress iğnesinin ya da trokarların fetüse zarar verme ihtimali düşünülerek, açık kolesistektomi yapılması önerilmiştir (Al-Fozan ve Tulandi 2002). Yapılan başka bir çalışmada hamilelik döneminde kolesistektomi uygulanmasının güvenli bir yöntem olduğu, erken doğumun ve fetal morbiditenin azaltılmasında etkili olduğu savunulmuştur (Lu ve ark. 2004). Kadın cinsiyetinde daha fazla safra taşı oluşmasının östrojene bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hastalarda endokrin sistemle ilişkili hastalıkların oranının yüksek olması hormonların safra kesesinin hareket yeteneğini bozması ve safra sıvısının yoğunluğunda değişiklik meydana getirmesi ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunun BKİ'si normalin üstündedir (Tablo 1). Festi ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek BKİ'nin safra taşı oluşumunda risk faktörü olduğu saptanmıştır (Festi ve ark. 2008). Briggs ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı çalışmada hastaların BKİ ortalamasının 28 kg/m^2 olduğu belirtilmiştir (Briggs ve ark. 2009). Yapılan başka bir çalışmada hastaların BKİ ortalamasının $27,1 \pm 3,1 \text{ kg/m}^2$ olduğu bulunmuştur (Sadati ve ark. 2013). Saraç ve arkadaşlarının çalışmasında da safra kesesinde taş olan hastaların BKİ'sinin $25,2 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$ olduğu belirlenmiştir (Saraç ve ark. 2015). Yapılan diğer bir çalışmada ise kolelitiazisli hastaların BKİ'sinin $24,93 \text{ kg/m}^2$ olduğu bildirilmiştir (Kharga ve ark. 2016). Obezite özellikle kolesterol taşı oluşumunda risk faktörüdür ve obez kişilerin %25'inde safra taşı oluştuğu tahmin edilmektedir (Stinton ve Shaffer 2012; Pak ve Lindseth 2016). Araştırma sonuçları da artan kilonun safra taşı oluşma olasılığını arttırdığını göstermektedir. Türkiye'de erişkin nüfustaki kadınların %30,1'inin fazla kilolu, %23,9'unun obez, erkeklerin %38,6'sının fazla kilolu ve %15,2'sinin obez olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2016). Ülkemizdeki veriler değerlendirildiğinde kişilerin yarısından fazlasının normal kilonun üzerinde olması

nedeniyle toplumun safra taşı oluşumu açısından risk altında olduğu düşünülmektedir.

Yüksek kalorili beslenme ve obezitenin yanı sıra hızlı kilo kaybı, bariatrik cerrahi ve TPN ile beslenmede safra taşı oluşumunda risk faktörüdür (Stinton ve Shaffer 2012; Ateş ve Ünal 2016). de Oliveira ve arkadaşlarının bariatrik cerrahi sonrası hızlı kilo kaybının safra taşı oluşumuna etkisini incelediği çalışmada; safra kesesi hastalıkları, hızlı kilo kaybı ve morbid obezite arasında yüksek kolerasyon olduğu saptanmıştır (de Oliveira ve ark. 2003). Literatürde 16 yaşındaki erkek hastada son üç ayda 30 kg.'lık kilo kaybına bağlı safra taşı oluştuğu, kontrolsüz ve hızlı kilo kaybının safra taşı oluşumunda etkili olduğu gösterilmiştir (Bıçılıoğlu ve ark. 2017). Dray ve arkadaşlarının TPN ile beslenen hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların safra taşı ya da çamur oluşma insidansının 6. ayda %6,2, 12. ayda %21,2 ve 24. ayda %38,7 olduğu bulunmuştur (Dray ve ark. 2007). Yapılan bir metaanalizde bariatrik cerrahi geçiren hastalara ursodeoksikolik asit verilmesinin safra taşı oluşumunu önleyeceği belirtilmektedir (Uy ve ark. 2008). Safra taşı oluşumunu önlemeye yönelik yayınlanan uygulama rehberinde risk altında olan hastalara (hızlı kilo kaybı yaşayan ve/veya bariatrik cerrahi ile ilişkili durumlarda) günde en az 500 mg (vücut ağırlığına göre hesaplama) ursodeoksikolik asit verilmesi önerilmektedir (EASL 2016). Hastalarda safra taşı oluşma riskini arttıran faktörleri azaltmaya yönelik gerekli girişimlerin ve uygun eğitim programlarının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğu evlidir (Tablo 1). Müzik terapinin ağrıya etkisinin incelendiği kolesistektomi yapılan hastalarda, girişim grubundaki hastaların %93,3'ünün, kontrol grubundakilerin %80'inin evli olduğu belirtilmiştir (Karaman Özlü ve ark. 2016). Hsueh ve arkadaşlarının laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada hastaların %87,8'inin evli olduğu saptanmıştır (Hsueh ve ark. 2011). Ülkemizde TÜİK 2017 verilerine göre toplumun yarısından fazlası evlidir. Evli olanların %43,3'ü ise çocuk sahibidir (TÜİK 2018). Araştırma bulgularının medeni durum açısından Türk toplumunu temsil ettiği görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunun eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli fark saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim düzeyi açısından girişim ve kontrol grubundaki hastalar araştırma planına uygun olarak eşleşmiştir (Tablo 1). Laparoskopik kolesistektomide taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin incelendiği bir çalışmada hastaların çoğunun lise mezunu (%41,0) olduğu saptanmıştır (Çakır Yılmaz 2018). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerinde nüfusun sadece %38,5'inin lise ve üzeri eğitim aldığı bildirilmiştir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068, Erişim tarihi: 17 Mayıs 2018). Araştırma bulguları yapılan çalışma bulgusundan farklı olsa da eğitim düzeyi olarak Türk toplumunu yansıttığı kanısındayız.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun emekli ya da ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 1). Türkiye'de 2018 yılı verilerine göre istihdam oranının %46,6 olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2018). Araştırma örnekleminin yaş ortalamasının 45 yaş ve üzerinde olması, hastaların çoğunluğunun çalışma süresini tamamlaması ve kadın olmasının da bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunun gelir durumunun ortalama veya ortalamadan üzerinde olduğu belirlendi (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumu 2014 yılı verilerinde toplumun %47,5'inin ortalama gelir düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2015). Araştırma sonucunun bu veri ile paralel olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada gelir algısı yanıtlarının ortalamadan altı ve üstü şeklinde kategorize edilmesi ortalama gelir algısının oranlarını yükseltmiş olabilir. Aynı zamanda araştırma örnekleminin yaşam koşullarının çeşitliliği ve kişilerin kendi gelir algısının farklılığı gelir düzeyinde etkili olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun sigara içmediği saptandı. (Tablo 1). Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %90'ından fazlasının sigara içmediği belirlenmiştir (Sadati ve ark. 2016). Yapılan başka bir çalışmada da safra kesesi hastalarının çoğunluğunun sigara içmediği saptanmıştır (Arık ve ark. 2010). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerine göre nüfusun %56,5'inin hiç tütün mamulü kullanmadığı belirtilmiştir (TÜİK 2017). Araştırma bulguları literatüre uygunluk göstermektedir. Araştırma grubunda sigara içme oranının düşük olması sevindirici olmasına karşın bireylere sigaranın yol açtığı zararlar ve neden olduğu hastalıklar hakkında yapılacak eğitimin sigara içme oranlarını azaltmaya yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma örneklemine alınan hastaların yarısından fazlası il merkezinde yaşamaktadır (Tablo 1). Araştırmada il merkezinde yaşama oranının daha yüksek olması, araştırma yapılan hastanenin şehir merkezinde bulunması ve il merkezindeki hastaların hastaneye ulaşımının kolay olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların %35,5'i, kontrol grubundakilerin %54,8'i daha önce önemli bir hastalık geçirdiğini belirtti. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu daha önce hastaneye yattığını ve ameliyat olduğunu belirtti (Tablo 2). Gruplar arasında daha önce hastalık geçirme, hastaneye yatma ve ameliyat olma açısından anlamlı fark bulunmaması değişkenlerin araştırma sonuçları üzerindeki muhtemel etkisinin dışlandığını göstermektedir. Karaman Özlü ve arkadaşlarının müzikterapinin kolesistektomi olan hastaların ağrılarına etkisini incelediği çalışmada; kronik hastalık bulunma, hastaneye yatma ve ameliyat olma durumları bu araştırmaya benzer bulunmuştur (Karaman Özlü ve ark. 2016). Safra taşı oluşumunda yaş artışının riski yükselttiği ve safra taşı oluşan hastaların çoğunluğunun ileri yaşta olması nedeniyle bu hastaların kronik hastalıklarını tedavi ettirmek için hastaneye yattığı ya da ameliyat olduğu düşünülmektedir.

Araştırma örneklemine alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yarıdan azının sürekli ilaç kullandığı saptandı (Tablo 2). Araştırma grubundaki hastaların kronik hastalıklarının tedavisine yönelik ilaç kullandığı düşünülebilir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunun hipertansiyon, diyabet ve endokrin sistemle ilişkili hastalığı olduğu saptandı (Tablo 3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %30'unun kronik hastalığının olduğu saptanmıştır (Karaman Özlü ve ark. 2016). Safra kesesi ameliyatı olan hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığının incelendiği diğer bir çalışmada hastaların %20'sinin hipertansiyonu, %10'unun diyabeti ve %8'inin birden fazla hastalığı olduğu bildirilmiştir (Arık ve ark. 2010). Sun ve arkadaşlarının çalışmasında safra taşı bulunan hastaların %29,9'unda hipertansiyon, %7,6'sında diyabet, %46,4'ünde hipertrigliseridemi ve %10,7'sinde hiperkolesterolemi olduğu bulunmuştur (Sun ve ark. 2009). Literatürde diyabet ve metabolik sendrom varlığında taş oluşum riskinin arttığı belirtilmektedir. İnsülin direnci olan kişilerde de safra tuzu ve kolesterol metabolizmaları etkileneceğinden, insülin direnci kolesterol taşı oluşumunu

arttırmaktadır (Stinton ve Shaffer 2012; Ateş ve Ünal 2016). Sarı ve arkadaşları elektif kolesistektomi yapılan hastaların %15'inin diyabeti olduğunu belirtmiştir (Sarı ve ark. 2007). Yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda safra taşı oluşumu ile diyabet arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Festi ve ark. 2008; Altaie 2011; Liu ve ark. 2012; Chhabra ve ark. 2013; Chen ve ark. 2015). Türkiye 2016 yılı verilerine göre kişilerin %15,8'inin hipertansiyon, %9,1'inin diyabet hastası olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2017). Araştırma sonuçları literatürü destekler niteliktedir. Ayrıca araştırmada hipertansiyon ve diyabet oranının Türkiye istatistiklerine benzer olduğu belirlenmiştir. Bunlara ek olarak ülkemizdeki kronik hastalıkların durumu dikkate alınarak diyabet ve hipertansiyondan korunma, erken tanı ve tedaviye yönelik farkındalık programlarının yararlı olacağı düşünülmektedir

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık süresi 12 ay ve altı, ameliyat süresi 70 dk. civarında ve hastanede yatış süresi iki gündür (Tablo 4). Akyüz ve Sunamak'ın çalışmasında elektif vakalarda laparoskopik kolesistektomi süresi ortalamasının 77 ± 36 (28-150) dk. olduğu, acil vakalarda ise bu sürenin 89 ± 33 (40-182) dk. olduğu saptanmıştır (Akyüz ve Sunamak 2017). Laparoskopik kolesistektomi süresinin incelendiği bir diğer çalışmada ise ameliyat süresi ortalaması akut kolesistitli hastalarda 58 dk., kronik kolesistitli hastalarda 45 dk. olarak bulunmuştur (Ramzanali Damani ve ark. 2015). Yıldız ve arkadaşlarının laparoskopik kolesistektomi deneyimlerini incelediği çalışmada; ameliyat süresi ortalamasının 48 dk., elektif kolesistektomi sonrası hastanede yatış süresinin 1,7 gün olduğu belirlenmiştir (Yıldız ve ark. 2010). Yapılan başka bir çalışmada laparoskopik kolesistektomide ameliyat süresinin 53,74 dk. olduğu saptanmıştır (Lukovich ve ark. 2014). Biradar ve Mitra'nın çalışmasında laparoskopik kolesistektomi süresinin açık kolesistektomiden daha uzun olduğu ancak laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (Biradar ve Mitra 2015). Yapılan benzer bir çalışmada ameliyat süresi ortalaması laparoskopik kolesistektomide $66,26\pm 9,08$ dk. iken, açık kolesistektomide $41,89\pm 5,75$ dk. olarak bulunmuştur. Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların hastanede $3,12\pm 0,54$ gün, açık kolesistektomi yapılanların ise $3,98\pm 0,52$ gün kaldığı saptanmıştır (Gupta ve ark. 2009). Ameliyat süreleri açısından laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye göre daha uzun olması;

laparoskopik kolesistektomi öncesi laparoskopi aletlerinin hazırlanması ve ameliyat sonrası kullanılan aletlerin hastadan uzaklaştırılması için daha fazla zaman harcanması ile açıklanabilir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat süreleri ve hastanede yatış süreleri benzerdir. Yapılan çalışmalarda laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların daha hızlı iyileştiği ve daha kısa sürede taburcu olduğu belirtilmiştir (Ferreira 2015; Özyürek 2015; Acar ve Aygin 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Literatürde gününbirlik cerrahi ya da bir gece hastanede yatırılarak gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomide hastaların komplikasyon oranları ve yaşam kalitesinde değişiklik olmadığı belirtilmiştir (Vaughan ve ark. 2013). Araştırma bulgularına göre girişim ve kontrol grubunun ameliyat süresi ve hastanede kalış süresinin benzerliği laparoskopik kolesistektominin standart bir ameliyat olması ve ameliyatın aynı ekip tarafından yapılması ile ilişkili olabilir. Ayrıca araştırmada hastanede kalış süresinin iki gün olmasının kurum politikası ile ilgili olduğu düşünülebilir. Literatür incelendiğinde çalışmalardaki ameliyat süreleri arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir. Kurumun fiziki koşulları, enfeksiyon ya da yapışıklık olması ve cerrahın el becerisi gibi durumlar ameliyat süresini etkileyebilir. Laparoskopik kolesistektomi süresi daha uzun olmasına karşın hastaların daha kısa sürede taburcu olmasında laparoskopik kolesistektominin avantajlarının (küçük insizyon, daha az komplikasyon, hızlı iyileşme vb.) etkili olduğu kanısındayız.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlasının ameliyat öncesi hastalığına ilişkin şikayet yaşadığı ve bunların en çok sağ üst kadranda, sırta ve omuza yayılan ağrı, bulantı, kusma az bir kısmının ise hazımsızlık, şişlik ve gerginlik yaşadığı belirlendi (Tablo 5). Literatürde safra taşı bulunan hastalarda ağrı, bulantı, kusma, midede dolgunluk, şişkinlik hissi gibi klinik belirtilerin görülebileceği bildirilmiştir (Croghan 2014; Özden 2015; Tunçbilek 2016; Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017; Jones ve Ghassemzadeh 2017; Tazuma ve ark. 2017). Laparoskopik kolesistektomi yapılan 312 olgunun incelendiği çalışmada hastaların en sık karın ağrısı yaşadığı bulunmuştur (Yıldız ve ark. 2010). Kanat ve arkadaşları akut kolesistit tanısı ile kliniğe yatan ve laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların %92'sinde sağ üst kadranda ağrısı olduğunu belirtmiştir (Kanat ve ark. 2013). Yapılan başka bir çalışmada karnın üst tarafındaki lokalize ağrının safra

kesesi taşı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Shabanzadeh ve ark. 2016). Araştırma bulguları kolelitiazis belirtileri açısından ulusal ve uluslararası literatürü destekler niteliktedir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ameliyata ve ameliyat sonrası uygulamalara yönelik bilgi ve eğitim almadığı saptandı. Hastalar en fazla bilgiyi hekimden, en azını ise hemşireden aldığını ve büyük kısmı edindikleri bilgiyi yeterli bulmadığını belirtti (Tablo 6). Çakır ve Yılmaz'ın laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmada ameliyat öncesi hastaların çoğunun bilgi aldığı ve bu bilgiyi en fazla hekimden, en az hemşireden aldığı saptanmıştır (Zengin Çakır ve Dal Yılmaz 2018). Çelik ve arkadaşlarının laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların bilgi ve algı düzeyini incelediği çalışmada hastaların %55'inin cerrahi eğitim konusunda bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan hastaların yarısından fazlasının yakınlarından bilgi aldığı ve internetten bilgi edinen hastaların bilgi düzeylerinin diğer hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (Çelik ve ark. 2009). Ameliyat sonrası ağrı durumunun değerlendirildiği bir çalışmada, ameliyat öncesi ağrı yönetimine ilişkin hastaların %42'si hemşire, %38'i cerrah, %18'i anestezi uzmanı ve %20'si diğer sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiğini belirtmiştir (Apfelbaum ve ark. 2003). Yılmaz ameliyat öncesi hemşirelerin yaptığı hasta eğitiminin ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığını saptamıştır (Yılmaz 2002). Coşkun ve Albayrak hastaların çoğuna (%70) hemşireler tarafından bilgi verilmediğini ve hastaların taburculuk konusunda daha fazla bilgi almak istediklerini bildirmiştir (Coşkun ve Albayrak 2001). Yapılan başka bir çalışmada hastaların taburcu olduktan sonra evde bakım (%48,7), hastalık ve tedavinin seyri (%6,7) ile ilgili bilgi almak istediği ve çok az sayıda hastanın (%13,8) hemşirelerden aldığı bilgiyi yeterli bulduğunu saptamıştır (Aksakal ve Bilgili 2008). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi eğitimin tedaviye uyumu ve memnuniyeti arttırdığı, ameliyat sonrası dönemde bağımsız rol ve fonksiyonlara dönüşü, fizyolojik ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırdığı, anksiyete, hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı bildirilmiştir (Yavuz 2002; Wilhelm ve ark. 2009; Aksoy 2012; Sadati ve ark. 2013; Yavuz 2017; O'Donnell 2015). Hastalara uygulanan ameliyat öncesi eğitim hasta açısından büyük öneme sahip olmasına

karşın, yapılan çalışmalar hemşirelerin eğitici rolü kapsamındaki hasta eğitimini yeterince yapmadıklarını göstermektedir. Ameliyat öncesi yapılan hasta eğitimi, ameliyat sürecini olumlu etkilemesi ve iyileşmeyi hızlandırması açısından oldukça önemlidir. Hasta eğitimine yönelik çalışmalar eğitimin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kliniklerdeki hasta sayısının fazla, hemşire sayısının yetersiz olması hasta eğitimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta eğitiminin etkin olabilmesi için hemşireler bilgili, istekli, eğitici rolünü benimsemiş olmalı, hemşirenin sürekli ve planlı eğitim verebileceği hasta sayısı az olmalıdır. Aynı zamanda eğitimin hastalarda istendik etkiyi yaratması ve sağlık düzeyini yükseltmesi için eğitimin bilimsel bir temele dayandırılarak profesyoneller tarafından uygulanması gereklidir (Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Ameliyat öncesi eğitim hastanın ameliyata hazırlanmasında çok önemlidir. Ameliyattan önce yeteri kadar bilgilendirilmeyen ve eğitilmeyen hastalar ameliyat sürecinde anksiyete, geleceğe ilişkin bilinmezlik ve ağrı korkusu, öfke, ameliyattan sonra kişisel gereksinimlerini karşılayamama ve depresyon gibi problemler ile karşılaşabilir. Hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim; hastaların kendi bakımlarına yönelik sorumluluk almalarını sağlamakta, anksiyetelerini düşürmekte ve verilen eğitimi daha kolay anlamalarına yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalığa uyum ve sağlıklı davranış değişikliği için hasta eğitiminin gerekli olduğu belirtilmiştir. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek, ameliyat ve tedaviye uyumu kolaylaştırmak için hasta eğitiminin önemi büyüktür. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler hastaların ameliyat sürecine ilişkin bilgi gereksinimlerini belirlemeli ve bireyselleştirilmiş eğitim vermelidir (Uzun 2000; Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Araştırma sürecinde ameliyat öncesi hastalara ve yakınlarına verilen bilginin ameliyat için onam alma sırasında hekimler tarafından verildiği, bu bilginin çok yeterli olmadığı ve hastaların ameliyat sonrası bakım uygulamalarına ilişkin daha fazla bilgi almak istedikleri veri toplama sürecinde gözlenmiştir. Araştırmada hemşireler tarafından yeterli hasta eğitiminin yapılamama nedeni zaman kısıtlılığı, kurum koşulları ve iş yükü vb. ile açıklanabilir. Hastaların ameliyat öncesi bireysel eğitim gereksinimleri belirlenerek hasta eğitimi yapılmalıdır. Hastaların yaşı ve

eğitim düzeyi dikkate alındığında hastalara ve yakınlarına anlayabilecekleri Şekilde verilecek hasta eğitiminin büyük öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğu ameliyata hazır olduğunu belirtti. Bu durum hastaların hastalıktan kurtulma umudu ile hemen ameliyat olma düŐüncesine sahip olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmada girişim grubundaki hastaların çoğu (%93,5), kontrol grubundaki hastaların ise sadece üçte biri (%33,9) ameliyat sürecini mükemmelen ya da iyi geçirdiğini belirtti. Girişim grubundaki hastaların yarısı (%50,0), kontrol grubundakilerin çoğu (%91,9) ameliyat sürecinde stress ya da anksiyete yaşadığını ifade etti. Girişim grubundaki hastaların ameliyat ile ilgili duygu durumu daha iyidir ve bu süreçte yaşadıkları stress, anksiyete düzeyi daha düşüktür (Tablo 7). Ali ve arkadaşları laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların neredeyse tümünün ameliyat öncesi anksiyete yaşadığını saptamıştır (Ali ve ark. 2014). Ameliyat ncesi hemşire ziyareti sırasında cerrahi süreçle ilgili bilgilendirilen hastalarda daha az anksiyete ve daha az komplikasyon görüldüğü saptanmıştır (Sadati ve ark. 2013). Ameliyattan bir gün önce eğitim verilen batın ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanlarının eğitim verilmeyen gruba göre daha düşük olduğu belirlenmiŐtır (etinkaya ve Karabulut 2010). Diğer bir çalışmada ise multimedya destekli eğitim alan hastaların eğitim almayanlara göre anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu bildirilmiŐtır (Demircelik ve ark. 2016). Yapılan başka çalışmaların sonuçları da literatürü destekler niteliktedir (Kiyohara ve ark. 2004; Guo ve ark. 2012; Yıldız ve ark. 2015). Bir meta analizde hastalara görsel, işitsel araçlardan (bilgisayar, video, yazılı materyaller vb.) faydalanarak eğitim verilmesi ve bu yöntemlerin hastaların durumlarına göre kombine Şekilde kullanılması önerilmektedir (Friedman ve ark. 2011). Araştırma sonuçları ameliyat öncesi hastaya eğitim gereksinimleri doğrultusunda klinikte görsel materyaller eşliğinde bilgisayar sunumu ve hasta eğitim kitapçı ile bireyselleştirilmiş eğitim verilmesinin hastanın ameliyat sürecini daha iyi geçirmesine, anksiyete ve stres düzeyinin azalmasına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların çoğu (%95,2), kontrol grubundakilerin yarısından daha azı (%45,2) aldıkları tedavi ve bakımı çok iyi olarak değerlendirdi. Girişim grubundaki hastalar aldıkları tedavi ve bakımı kontrol grubuna

göre daha iyi olarak ifade etti (Tablo 8). Ülkemizde yapılan bir çalışmada günümüzdeki yasal düzenlemelerin, hasta memnuniyetini etkileyen hasta beklentilerinin önüne geçtiği saptanmıştır (Bostan ve ark. 2007). Yapılan bir diğer çalışmada ise klinikte yatan hastaların verilen sağlık kalitesi hizmetinden memnun olduğu gösterilmiştir (Şişe ve Altınel 2012). Alasad ve arkadaşlarının çalışmasında hastanedeki tüm hastaların yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu belirlendi (Alasad ve ark. 2015). Ortiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ameliyat öncesi eğitim alan hastaların memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ortiz ve ark. 2015). Literatürde uygun eğitim materyalleri ile desteklenen eğitim sürecinin hasta memnuniyeti arttırdığı bildirilmiştir (Neil 2014; Yıldız 2015; Yılmaz 2016). Araştırma bulguları literatüre paraleldir. Ameliyat öncesi eğitim verilen girişim grubundaki hastaların çok büyük bir kısmının aldıkları tedavi ve bakımı çok iyi olarak değerlendirmesi bireyselleştirilmiş olarak verilen hasta eğitiminin olumlu etkisine bağlanabilir.

5. 2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların eğitim öncesinde VAS-ağrı puan ortalamaları benzerdir. Ameliyat öncesinde yapılan değerlendirmede de girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-ağrı puan ortalamaları eğitim öncesine göre benzerlik göstermektedir (Tablo 9). Eğitim öncesi ve ameliyat öncesi hastaların VAS-ağrı puan ortalamalarının benzerlik göstermesi, hastaların genel durumunda değişiklik olmaması ve herhangi bir girişim yapılmaması ile açıklanabilir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0. saat VAS-ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan düşüktür. Her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatte cerrahi insizyona bağlı olarak ağrı düzeyi yüksek iken, daha sonraki tüm ölçüm zamanlarında (ameliyat sonrası 2., 4., 6., 8. ve 24. saat) ağrı düzeyleri düşmektedir. Ancak girişim grubundaki hastaların VAS-ağrı puanları kontrol grubundan düşüktür (Tablo 9). Yılmaz ve Gürler'in hastaların ameliyat

sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hasta görüşlerinin incelendiği çalışmada ameliyat sonrası hastaların neredeyse tamamının ağrı deneyimlediği saptanmıştır (Yılmaz ve Gürler 2011). Apfelbaum ve arkadaşlarının 250 hastanın ağrı deneyimlerini değerlendirdiği çalışmada, hastaların üçte ikisi ameliyat öncesi sağlık çalışanları tarafından ameliyat sonrası ağrı tedavilerine ilişkin bilgi aldığını belirtmiştir (Apfelbaum ve ark. 2003). Mavridou ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların çoğunun taburculuk öncesinde ameliyat sonrası ağrı konusunda bilgi sahibi olmak istediği belirlenmiştir (Mavridou ve ark. 2017). Literatürde ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin güncel kanıta dayalı rehberlerde de hasta ve ailesine ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Chou ve ark. 2016). Ameliyat öncesi ağrı yönetimi konusunda yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi hastaların eğitim programına alınmasının ameliyat sonrası ağrı düzeyini azalttığı saptanmıştır (O'Donnell 2015). Hasta eğitiminde özellikle multimedya destekli eğitim yapılmasının kişilerde daha kalıcı ve olumlu etki yarattığı belirtilmektedir (Yıldız 2015). Araştırma bulgularında girişim grubundaki hastaların ağrı düzeyinin düşük olması; görsel materyaller eşliğinde bilgisayar sunumu ve hasta eğitim kitapçığı ile bireyselleştirilmiş eğitim verilmesinin olumlu etkisi olarak düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi VAS-bulantı puanları birbirine benzer iken, ameliyat öncesi girişim grubunun VAS-bulantı puanları kontrol grubundan daha düşüktür. Benzer olarak girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası VAS-bulantı puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 9). Yapılan bir çalışmada hastaların taburculuk öncesi (%28) ve taburculuk sonrası (%33) ciddi oranda bulantısı olduğu bulunmuştur (Apfelbaum ve ark. 2003). O'Donnell'in çalışmasında eğitim verilen hasta grubunun ameliyat sonrası daha az bulantı yaşadığı belirlenmiştir (O'Donnell 2015). Yapılan bir diğer çalışmada ise ameliyat öncesi eğitim alan hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma deneyimlemediği saptanmıştır (Sadati ve ark. 2013). Araştırmada eğitim öncesi hastalara herhangi bir girişim ya da ilaç uygulaması yapılmadığı için gruplar arasında fark saptanmaması beklenen bir durumdur. Ancak ameliyat öncesi ve sonrası kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olması VAS-

bulantı puanlarının yükselmesine neden olabilir. Hastalara verilen eğitimin bulantı düzeyini düşürdüğü kanısındayız.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-kusma puanları birbirine benzer iken, ameliyat sonrası eğitim verilen girişim grubunun VAS-kusma puanları kontrol grubundan düşük bulundu (Tablo 9). Girişim grubunda VAS-kusma puanlarının düşmesi ve kontrol grubunda değişiklik olmaması eğitimin etkinliği ile açıklanabilir.

5.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların solunum değerleri eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası saatlerde benzerlik göstermektedir (Tablo 10).

Araştırmada girişim ve kontrol grubunu oluşturan hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi SpO₂ değerleri benzerdir ve normal sınırlara yakındır. Hasta anestezi almadığı ve ameliyat olmadığı için bu beklenen bir durumdur. Ameliyat sonrası saatlerde girişim grubundaki hastaların SpO₂ değerleri kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 10). Girişim grubunda SpO₂ değerlerinin daha yüksek olması ameliyat öncesinde derin solunum, öksürme egzersizleri ve spirometre kullanımının öğretilmesi ve yaptırılması ile açıklanabilir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubunu oluşturan hastaların eğitim öncesi nabız değerleri benzer ve normal sınırlara yakındır. Ameliyat öncesi girişim grubunun nabız değerlerinde değişiklik gözlenmezken, kontrol grubunda artış olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası saatlerde ise her iki grupta da nabız ortalamaları düşerken girişim grubunda kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 10). Kontrol grubundaki hastalarda anksiyete düzeyindeki artışın nabızı arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi sistolik TA değerleri benzerdir ve normal sınırlara yakındır. Kontrol grubundaki hastalarda ameliyat öncesi sistolik TA değerleri artış gösterirken, girişim

grubunun sistolik TA değerleri eğitim öncesi değerlere yakın olduğu görüldü. Ameliyat sonrası saatlerde ise her iki grupta da sistolik TA değerleri ameliyat öncesi döneme göre düşük ve normal değerlere yakın bulundu. Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların diastolik TA değerleri eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası saatlerde normale yakın değerlerde seyretti (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ateş değerleri eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası saatlerde benzerlik göstermektedir (Tablo 10).

5.4. ARAşTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAğILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim ncesi STAI-I puanları benzer iken, ameliyat öncesi ve sonrası STAI-I puanları kontrol grubunda daha yüksektir. Eğitim verilen girişim grubundaki hastaların STAI puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 11). Ameliyat ncesi anksiyetenin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların STAI-I puan ortalamasının $42,4 \pm 10,4$ olduğu belirlenmiştir (Karadağ Arlı 2017). Yardakçı ve Akyolcu'nun ameliyat öncesi hasta ziyaretlerinin anksiyete üzerine etkisini incelediği çalışmada hastaların ziyaret ncesi STAI-I puan ortalamalarının $40,20 \pm 9,20$ olduğu, ziyaret sonrası ise $36,09 \pm 8,99$ olduğu saptanmıştır (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Hasta gereksinimleri dikkate alınarak yapılan eğitimin anksiyeteye etkisinin incelendiği diğer bir çalışmada hastaların eğitim ncesi STAI-I puanlarının eğitim sonrasına göre yüksek olduğu saptanmıştır (Yıldız ve ark. 2015). Taşdemir ve arkadaşları ameliyat öncesi bilgilendirmenin anksiyeteye etkisini incelediği çalışmada; gerekli bilgilendirme yapılmadan önce durumluk kaygı puan ortalaması $40,6 \pm 11,23$ iken, bilgilendirme sonrası $37,5 \pm 10,28$ olduğu bulunmuştur (Taşdemir ve ark. 2013).

Perianal bölge ameliyatında uygulanan anestezi yöntemlerinin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini değerlendiren bir çalışmada ameliyat ncesi STAI-I puan ortalaması erkeklerde $36,33 \pm 9,64$ ve kadınlarda $44,82 \pm 11,00$

olarak saptanmıştır (Erdem ve ark. 2011). Spinal anestezi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi görsel materyal kullanılarak bilgilendirilmenin anksiyeteye etkisinin incelendiği çalışmada; ameliyat öncesi STAI-I puan ortalaması girişim grubunda $33,0\pm 10,0$ iken kontrol grubunda $39,0\pm 10,0$ olarak belirlenmiştir (Sağır ve ark. 2012). Kulak burun boğaz hastaları ile yapılan diğer bir çalışmada ameliyat öncesi STAI-I puan ortalaması erkeklerde $39,1\pm 11,0$ ve kadınlarda $41,4\pm 9,4$ olarak belirtilmiştir (Vermişli ve ark. 2016).

Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Ameliyatın küçük ya da büyük olmasına bakılmaksızın hastaların ameliyat öncesi kaygı yaşadığı görülmektedir. Hastalara görsel materyaller eşliğinde bilgisayar sunumu ve hasta eğitim kitapçığı ile bireyselleştirilmiş eğitim verilmesinin hastaların STAI-I puan ortalamasının düşmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sürecindeki STAI-II puanlarında değişiklik görülmedi. Sürekli kaygı puanları 45 dolaylarında seyretti (Tablo 11). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi STAI-II puanları bu araştırma ile uyumludur (Erdem ve ark. 2011; Vermişli ve ark. 2016). Hastalar ameliyat sürecinde orta düzey kaygı yaşamaktadır.

5.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi HÖGÖ toplam puanları yüksek bulundu. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saatte HÖGÖ toplam puanları kontrol grubundan düşüktür (Tablo 12). Bu sonuç hastalara yapılan eğitimin olumlu etkisi ile açıklanabilir. Genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamasının $208,33\pm 24,78$ olduğu belirtilmiştir (Dayılar ve ark. 2016). Çatal ve Dicle'nin çalışmasında HÖGÖ toplam puan ortalaması $190,81\pm 17,05$ olarak saptanmıştır (Çatal ve Dicle 2008). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması $204,26\pm 23,85$ olarak bulunmuştur (Tan ve

ark. 2013). Orgun ve Şen'in cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini incelediği çalışmada ise HÖGÖ toplam puan ortalamasının 201,73±25,16 olduğu belirlenmiştir (2012). Araştırmadan elde edilen HÖGÖ toplam puanı daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarına benzerdir. Hasta gereksinimleri doğrultusunda görsel ve işitsel materyaller ile verilen eğitimin etkili olduğu görüldü de, ülkemizde hasta gereksinimlerine yönelik bilgilendirme ve eğitim konularının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Eğitim programlarının toplumun her kesimine ulaşacak şekilde çok yönlü, sürekli ve tekrarlayıcı olarak yapılması yararlı olacaktır.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hasta gereksinimleri değerlendirildiğinde eğitim öncesi ve ameliyat sonrası en yüksek önemlilik düzeyinin yaşam aktiviteleri alt boyutuna ait olduğu belirlendi. Bunu sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaç alt boyutlarının takip ettiği saptandı. En düşük önem değerini toplum ve izlem alt boyutunun aldığı görüldü (Tablo 12). Hasta gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların HÖGÖ alt boyut önem değerlerinin en yüksek yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaçlar alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur (Tan ve ark. 2013). Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada da en yüksek önem değerine sahip alt boyutlar sırasıyla tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesi olarak saptanmıştır (Çatal ve Dicle 2008). Araştırma bulguları literatüre paralellik göstermektedir. Hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaçlara yönelik konuları içeren eğitim programlarının sağlık sistemi içerisinde daha etkili uygulanması ve bu konularda hemşireler tarafından hasta eğitimlerinin sürekli yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

5.6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN KONFOR PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-ağrı puanları benzerdir. Ancak ameliyat sonrası 0. saatte her iki grupta da VAS-ağrı puanları ameliyat öncesine göre yükselmiş, daha

sonraki saatlerde ise düşmüştür. Ancak girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası tüm zaman dilimlerinde VAS-ağrı düzeyleri kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 13). Ameliyat sonrası ağrıda hasta deneyimlerinin incelendiği çalışmada; hastaların %96,4'ü öksürme, %81,9'u yataktan kalkma, %53,6'sı pansuman sırasında ve %45,8'i yürürken ağrı yaşadığını ifade etmiştir (Yılmaz ve Gürler 2011). Özkum İzveren ve Dal'ın abdominal cerrahinin erken dönem sorunlarını incelediği çalışmada ameliyat sonrası ilk gün hastaların %73,1'inin ağrı yaşadığı saptanmıştır (Özkum İzveren ve Dal 2011). Literatürde ameliyat sonrası hastaların %80'inden fazlasının ağrı deneyimlediği ancak neredeyse yarısından azında ağrıya yönelik rahatlama sağlandığı belirtilmiştir (Chou ve ark. 2016; Manworren ve ark. 2018). Çetinkaya ve Karabulut'un batin ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmada; eğitim verilen girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu bulunmuştur (Çetinkaya ve Karabulut 2010). Günübirlük cerrahi olarak laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesi ağrı yönetimine ilişkin eğitimin, ameliyat sonrası ilk 24 saatte ağrıyı azalttığı ve normal aktivitelere dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır (O'Donnell 2015). Açık kolesistektomi yapılan ve ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokollerine uygun bakım sağlanan hastalara ameliyat öncesi yazılı ve sözlü materyal kullanılarak yapılan eğitimin hastaların VAS-ağrı düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir (Aguilar-Nascimento ve ark. 2014).

Literatürde stresli ve korkutucu olan cerrahi süreçte hastaya verilen bilgi ve eğitimin ağrı seviyesini düşürdüğü bildirilmiştir (Aksoy 2012; Yıldız 2015; Yılmaz 2016). Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı ve analjezik kullanımına etkisinin değerlendirildiği çalışmada; anksiyete düzeyi yüksek hastaların daha fazla ağrı deneyimlediği ve analjezik kullandığı saptanmıştır (Ali ve ark. 2014). Etkili ağrı yönetiminin komplikasyonları azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, yaşam kalitesi ve konforu arttırdığı gösterilmiştir (Chou ve ark. 2016; Manworren ve ark. 2018). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası VAS-ağrı düzeylerinin kontrol grubundan düşük olması, görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı ile verilen eğitimin etkisi ile açıklanabilir. Hemşirelerin ağrı

yönetimine ilişkin görsel ve işitsel materyaller ile yapacağı hasta eğitiminin hastaların ağrısını azaltarak konfor düzeylerini arttırılabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi VAS-bulantı değerleri benzer iken, girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 24. saat hariç tüm zaman dilimlerinde VAS-bulantı değerleri kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 13). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunlarının incelendiği bir çalışmada ameliyat sonrası ilk gün hastaların %35,8'inde bulantı görüldüğü ancak kusma oranının daha az olduğu saptanmıştır (Özkum İzveren ve Dal 2011). Doubravska ve arkadaşlarının 1942 hastanın ameliyat sonrası bulantı ve kusma durumunu değerlendirdiği çalışmada; bulantı ve kusma insidansının %15,5 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda erkeklere göre 4,6 kez daha fazla bulantı ve kusma görüldüğü belirtilmiştir (Doubravska ve ark. 2010). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ameliyattan bir gün önce hemşire hasta görüşmesi sırasında hastaya eğitim verilmesinin ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azalttığı gösterilmiştir (Sadati ve ark. 2013). Benzer olarak yapılan diğer bir çalışmada ameliyat öncesi eğitim verilen hastaların verilmeyenlere göre daha az bulantı yaşadığı saptanmıştır (Aguilar-Nascimento ve ark. 2014). Araştırma sonuçları literatürü destekler niteliktedir. Girişim grubundaki hastalarda daha az bulantı ve kusma görülmesinde eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

5.7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası 0., 2. ve 4. saat solunum değerleri kontrol grubundaki hastalardan düşüktür (Tablo 14). Her iki gruptaki hastaların solunum değerleri incelendiğinde, normal sınırlarda seyrettiği görüldü. Girişim grubundaki hastaların solunum değerlerinin düşük olması yapılan hasta eğitimi ile açıklanabilir. Eğitim verilen gruptaki hastaların daha derin ve etkili solunum yaptıkları düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası tüm zaman dilimlerinde SpO₂ değerleri kontrol grubundan yüksektir (Tablo 14). Yıldızeli Topçu'nun hastaların solunum egzersizi uygulamalarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hastaların %71,7'sine ameliyat öncesi solunum egzersizine yönelik eğitim verildiği, bu eğitimin %96,7'sinin hemşireler tarafından yapıldığı ve eğitim alan hastaların çoğunun (%83,7) bu egzersizleri uyguladığı belirtilmiştir (Yıldızeli Topçu 2016). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumlarının incelendiği benzer bir çalışmada ameliyat öncesi solunum egzersizlerinin öğretilme oranının düşük olduğu saptanmıştır (Yavuz ve ark. 2015). Karagözoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin solunum egzersizlerini yeterli düzeyde yaptırmadığı ve bu egzersizlerin etkinliğini çok düşük oranda değerlendirdiği belirlenmiştir (Karagözoğlu ve ark. 2013). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise ameliyat sonrası dönemde derin solunum egzersizlerinin yaptırılmasının solunum komplikasyonlarının azaltılmasında güvenli bir yöntem olduğu bulunmuştur (Genç ve ark. 2004). Araştırmada her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrası 0. saatte SpO₂ değerlerinin düşmesi genel anestezinin etkisi ile açıklanabilir. Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası süreçte SpO₂ değerlerinin kontrol grubundan yüksek olmasında girişim grubundaki hastalara eğitim verilmesi sırasında derin solunum, öksürük egzersizleri, spirometre kullanımının öğretilmesi ve uygulamalı olarak tekrarlanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde tüm hastalara bu eğitimin verilmesinin yararı açıktır. Yapılan çalışmalarda solunum egzersizleri ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılması ülkemizde standart bir uygulamanın olmadığını ve kurum politikalarının düzenlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 0. ve 2. saatlerde nabız, sistolik TA, diastolik TA değerleri kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 14). Cerrahi süreci kendine yönelik tehdit olarak algılayan kişide anksiyetenin fizyolojik etkileri (solunum, nabız ve kan basıncında artma, ağız kuruluğu, çarpıntı, kas gerginliği vb.) ortaya çıkmaktadır (Engin 2014; Yılmaz 2016). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi eğitim verilen hastaların aksiyete seviyesinin düştüğü saptanmıştır (Kiyohara ve ark. 2004; Çetinkaya ve Karabulut 2010; Guo ve ark. 2012; Sadati ve ark. 2013; Yıldız ve ark. 2015).

Ameliyattan hemen önce ölçülen parametrelerde, kontrol grubundaki hastaların nabız, sistolik TA, diastolik TA değerlerinin girişim grubundan daha yüksek olması anksiyenin fizyolojik etkileri ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ateş değerleri normal aralıklarda seyretmiştir. Hastalarda enfeksiyon bulgusu olarak ateş görülmemesi sevindiricidir. Cerrahi süreçte asepsi uygulamalarına dikkat edildiğini göstermektedir.

5. 8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi STAI-I puanları birbirine benzer iken, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası eğitim verilen girişim grubundaki hastaların STAI-I puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 15). Sadati ve arkadaşları ameliyat öncesi hemşire tarafından yapılan hasta ziyaretleri ve bilgilendirmenin ameliyattan hemen önce STAI-I puanlarını düşürdüğünü bildirmiştir (Sadati ve ark. 2013). Spinal anestezi ile ameliyat yapılacak hastalara video ile yapılan bilgilendirmenin ameliyat sabahı hastaların kaygı düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir (Tiryaki ve ark. 2015). Demircelik ve arkadaşları koroner yoğun bakım ünitesinde hemşireler tarafından yapılan multimedya tabanlı bilgilendirmenin hastaların kaygı ve depresyon düzeylerini düşürdüğünü saptamıştır (Demircelik ve ark. 2016). Kalp cerrahisi hastalarına ameliyat öncesi hemşireler tarafından yapılan video destekli eğitimin hastaların kaygı düzeyini düşürdüğü ve subjektif sağlık durumlarını iyileştirdiği saptanmıştır (Sørli ve ark. 2007). Koroner bypass greft ameliyatından önce verilen eğitimin anksiyeteye etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası anksiyete seviyesinin eğitim verilmeyenlerden daha düşük olduğu gösterilmiştir (Zhang ve ark. 2012). Luck ve arkadaşları kolonoskopi öncesinde video ile bilgilendirme yapılan hastalarda işlem öncesinde kaygı düzeylerinin azaldığını bildirmiştir (Luck ve ark.1999). Kemoterapi alan hastalara verilen eğitimin anksiyete düzeyini azalttığı belirtilmiştir (Garcia 2014). Yapılan başka bir çalışmada barsak

ameliyatı öncesi bilgilendirme amacıyla izletilen animasyon videosunun hastaların kaygı düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir (Tou ve ark. 2013). Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Ameliyat öncesi görsel ve işitsel materyaller ile verilen bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların STAI-II puanları eğitim öncesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında birbirine benzer olarak saptandı (Tablo 15). Literatürde sürekli kaygı genel duygu durumunu belirttiği için kısa zamanda değişmediği bildirilmiştir (Öner ve Le Compte 1998). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi sürekli kaygı puanları bu araştırma ile uyumludur (Asilioglu ve Celik 2004; Erdem ve ark. 2011; Vermişli ve ark. 2016). Hastalar ameliyat sürecinde orta düzey kaygı yaşamaktadır Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Sürekli kaygı bireyin devamlılık gösteren kaygı durumunu belirttiğinden gruplar arasında fark olmaması olağandır.

5.9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK PUANLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların HÖGÖ toplam puanlarının yüksek olduğu saptandı. En yüksek HÖGÖ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaç alt boyutlarına ait iken, en düşük önem değeri toplum ve izlem alt boyutundadır. Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi alt boyut puanları kontrol grubundan düşük iken, toplum ve izlem alt boyut puanları kontrol grubundan yüksektir. Ameliyat sonrası girişim grubunun yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyut puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 16).

Çetinkaya ve Duru Aşiret dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların öğrenim

gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Çetinkaya ve Duru Aşiret 2017). Güçlü ve Kurşun'un genel cerrahi hastalarının taburculuktaki eğitim gereksinimlerini incelediği çalışmada da öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu ve en yüksek HÖGÖ alt boyut puan ortalamalarının tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam aktiviteleri alt boyutlarında iken en düşük duruma ilişkin duygular ve cilt bakımı alt boyutlarında olduğu bulunmuştur (Güçlü ve Kurşun 2017). Başaran Dursun ve Yılmaz'ın batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada en yüksek alt boyut puanlarının ilaçlar ve yaşam aktiviteleri olduğu belirlenmiştir (Başaran Dursun ve Yılmaz 2015). Hastaların ve hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada en yüksek alt boyut puanlarının ilaçlar ve yaşam aktivitelerine ilişkin olduğu görülmüştür (Yalçın ve ark. 2015). Benzer şekilde Orgun ve Şen'in çalışmasında cerrahi birimlerde yatan hastaların en yüksek öğrenim gereksinimlerinin tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi alt boyutlarında olduğu saptanmıştır (Orgun ve Şen 2012).

Araştırma sonuçları da literatür ile uyumludur ve hastaların eğitim gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki hastaların uygulanan eğitim sayesinde öğrenim gereksinimlerinin olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir. Uygun eğitim programları ile hastaların gereksinim duyduğu konularda hemşireler tarafından bilgilendirilmesinin yararı açıktır.

5. 10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARDA VAS-KONFOR VE VİTAL BULGULARIN ZAMAN İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların VAS-ağrı değerlerinin zaman içerisindeki değişimi incelendiğinde, girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve ameliyat öncesi zaman dilimlerindeki VAS-ağrı değerlerinin benzer olduğu görüldü. Ameliyat sonrası 0. saatte ameliyat öncesine göre girişim ve kontrol grubunun VAS-ağrı değerleri yükseldi. Ameliyat sonrası 0. saat ile ameliyat sonrası diğer zaman dilimleri karşılaştırıldığında VAS-ağrı değerlerinin her iki grup içinde düştüğü saptandı. Ameliyat sonrası tüm zaman dilimlerinde girişim grubundaki

hastaların VAS-ağrı değerlerinin kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu bulundu (Grafik 1; Tablo 13). Yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi rutin işlemler haricinde ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri uygulanan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin daha az olduğu belirtilmiştir (Lin ve Wang 2005). Yapılan benzer çalışmalarda ameliyat öncesi eğitim verilen hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Sjöling ve ark. 2003; Johansson ve ark. 2005; Niemi-Murola ve ark. 2007; Aguilar-Nascimento ve ark. 2014; O'Donnell 2015). Girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası zaman dilimlerinde kontrol grubundaki hastalardan daha az ağrı deneyimlemesi hastaya verilen bireyselleştirilmiş eğitimin etkinliği ile açıklanabilir. Ayrıca ameliyat sonrası 0. saatte her iki gruptaki hastaların ağrı düzeylerinin artması cerrahi insizyona bağlı olağan bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların zaman içerisindeki VAS-bulantı ve VAS-kusma değerleri incelendiğinde; VAS-bulantı değerleri eğitim öncesi ve ameliyat öncesi her iki grup içinde benzerlik gösterirken, ameliyat sonrası 0. saatte ameliyat öncesine göre artış göstermektedir. Ameliyat sonrası 0. saate göre ameliyat sonrası zaman dilimlerinde VAS-bulantı değerlerinde düşme görüldüğü saptandı. Ameliyat sonrası girişim grubundaki hastaların VAS-bulantı değerlerinin (24. saat hariç) kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu belirlendi (Grafik 2; Tablo 13). Hastaların VAS-kusma değerlerinin ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 0. saatte artış gösterdiği bulundu. Ameliyat sonrası 0. saate göre ameliyat sonrası 6. saate kadar kontrol grubundakilerde aşamalı bir artış görülürken, girişim grubundaki hastalarda grafik dalgalı bir seyir gösterdi. (Grafik 3; Tablo 13). Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası VAS-bulantı ve VAS-kusma düzeylerinin kontrol grubundakilerden düşük olması nedeniyle verilen eğitimin amacına ulaştığı düşünülmektedir. Ayrıca VAS-kusma değerlerinin girişim grubunda dalgalı bir seyir göstermesi hastalara uygulanan rutin antiemetik (Metoklopramid 10 mg) ilaç ile açıklanabilir. Bu ilaç ameliyat sonrası 0. saatte tüm hastalara uygulanmasına rağmen kontrol grubundaki hastaların VAS-kusma düzeylerinin ameliyat sonrası 6. saate kadar aşamalı bir artış göstermesi, kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası döneme daha zor uyum göstermesi ile açıklanabilir.

Aguilar-Nascimento ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat öncesi ERAS protokolleri doğrultusunda eğitim verilen hasta grubunun ameliyat sonrası daha az bulantı yaşadığı belirtilmiştir (Aguilar-Nascimento ve ark. 2014). Sadati ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önleyici yönde etkisi olduğu bulunmuştur (Sadati ve ark. 2013). Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Hastalığın fizyolojik etkileri, genel anestezi uygulanması, kadın cinsiyeti, açlık süresi vb. nedenler laparoskopik kolesistektomi olan hastalarda bulantı ve kusmayı tetikleyici etki oluşturacağından görsel ve işitsel materyal ile eğitim yapılmasının ameliyat sonrası bulantı ve kusma riskini azaltacağı kanısındayız.

Araştırma kapsamına alınan hastaların zaman içerisindeki SpO₂ değerleri incelendiğinde, ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 0. saatte SpO₂ değerlerinde düşme olduğu görüldü. Ameliyat sonrası 0. saate göre ameliyat sonrası diğer zaman dilimlerinde her iki grubun SpO₂ değerleri yükselirken, girişim grubunun SpO₂ değerlerinin daha yüksek olduğu saptandı (Grafik 4; Tablo 14). Hastalara verilen görsel açıdan desteklenen eğitim sayesinde derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretildiği ve tekrarlı uygulamalar ile doğru nefes alma tekniğinin kazandırıldığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların zaman içerisindeki nabız değerleri incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi nabız değerleri girişim grubuna göre yüksek bulundu. Ameliyat sonrası 0. saatte ameliyat öncesine göre her iki grubun nabız değerleri düşsede, ameliyat sonrasındaki tüm zaman dilimlerinde nabız değerlerinin normal aralıkta olduğu saptandı (Grafik 5; Tablo 14).

Araştırma kapsamına alınan hastaların zaman içerisindeki kan basıncı değerleri incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi kan basıncı değerleri girişim grubuna göre yüksek bulundu. Ameliyat sonrası 0. saatte ameliyat öncesine göre her iki grubun kan basıncı değerleri düşsede, ameliyat sonrasındaki tüm zaman dilimlerinde kan basıncı değerlerinin normal aralıkta olduğu saptandı (Grafik 6; Grafik 7; Tablo 14).

Anksiyetenin fizyolojik etkileri incelendiğinde kişide nabız ve kan basıncında artma, huzursuzluk, göğüste sıkışma gibi bazı değişikliklere neden olduğu

bilinmektedir (Yılmaz 2016). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi nabız ve kan basıncı değerlerinin artması anksiyetenin fizyolojik etkileri ile açıklanabilir.

5.11. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARDA SPIELBERG DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARININ ZAMAN İÇERESİNDEKİ DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırma grubuna alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanları ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hasta odasında yapılan ölçümler arasında anlamlı düzeyde değişmiştir ($p<0,05$). Girişim ve kontrol grubundaki hastalarda eğitim öncesi STAI-I puanları benzer iken, ameliyat öncesi girişim grubundaki hastalarda düştüğü, kontrol grubundakilerde yükseldiği saptandı. Ameliyat sonrası süreçte her iki grubun hastalarının STAI-I puanları düşüş göstermekte iken, girişim grubunun STAI-I puanlarının daha düşük olduğu bulundu. Her ne kadar kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanları ameliyat sonrası hasta odasında düşmüş olsa da girişim grubundaki hastaların puanlarından yüksektir (Grafik 8; Tablo 15). Guo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyat öncesi broşür kullanılarak verilen sözel eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve depresyonu azalttığı saptanmıştır (Guo ve ark. 2012). Asilıoğlu ve Celik'in hasta eğitim kitapçığı kullanarak ameliyat öncesi gerçekleştirdiği eğitimin ameliyat sonrası hastaların anksiyete seviyesini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Asilıoğlu ve Celik 2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan eğitimlerin hastaların anksiyetelerini azalttığı diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (Sjöling ve ark. 2003; Jlala ve ark. 2010; Wong ve ark. 2010). Araştırma bulguları literatüre paraleldir. Ameliyat sonrası kontrol grubundaki hastaların STAI-I puanlarının düşüş göstermesi ameliyatın tamamlanmış olmasına bağlı rahatlama ile açıklanabilir. Girişim grubundaki hastaların ölçek puanlarının kontrol grubuna göre düşük olması eğitimin olumlu etkisine bağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Laparoskopik kolesistektomi öncesi hasta gereksinimleri doğrultusunda hastaya görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı kullanılarak verilen ameliyat öncesi bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve konfor üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; ameliyat öncesi hasta gereksinimleri doğrultusunda görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) ve eğitim kitapçığı ile eğitim verilmesinin hastaların konfor düzeyini arttırdığı, anksiyete düzeyini düşürdüğü ve yaşam bulgularını olumlu yönde etkilediği saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Cerrahi süreçte hasta öğrenim gereksinimlerine göre bireyselleştirilmiş, planlı, davranış ve beceri geliştirmeye odaklı eğitim verilmesi,
- Hemşirelerin teknolojik gelişmeleri sağlık sistemi içerisinde kullanması ve hasta eğitiminde görsel ve işitsel araçlardan (bilgisayar sunumu, video, kitapçık, broşür vb.) yararlanması,
- Uygun bilgilendirme ve eğitim programları ile hastaların cerrahi süreçte ortaya çıkabilecek anksiyete ve stresinin azaltılması, konfor seviyelerinin artırılması
- Hastaya verilecek eğitime ailesi ve yakınlarının da dahil edilmesi,
- Kurumların eğitim politikalarının geliştirilmesi ve bilimsel verilerin uygulamaya entegre edilmesi
- Bu çalışmanın farklı ameliyat türlerinde ve daha büyük bir örneklem grubu ile tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abraham S, Rivero HG, Erlikh IV, Griffith LF, Kondamudi VK. Surgical and nonsurgical management of gallstones. *Am Fam Physician*. 2014; 89(10): 795-802.

Acar C, Toktaş C. Laparoskopik cerrahinin temel fizyolojik etkileri. *Turk Urol Sem*. 2010; 1: 119-25.

Acar K, Aygin D. Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *OTJHS*. 2016; 1(2): 17-22.

Aguilar-Nascimento J, Leal FS, Dantas DCS, Anabuki NT, Souza AMC, Lima VPS. et al. Preoperative education in cholecystectomy in the context of a multimodal protocol of perioperative care: a randomized, controlled trial. *World J Surg*. 2014; 38(2): 357–362.

Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2008; 30(4): 242-249.

Aksoy G. Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. *Cerrahi Hemşireliği I*. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2012, s: 1-38.

Akyolcu N. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. *Cerrahi Hemşireliği I*. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2012, s: 335-366.

Akyüz C, Sunamak O. Geriatrik Hastalarda Elektif ve Acil Laparoskopik Kolesistektominin Karşılaştırılması. *Clin Exp Health Sci*. 2017; 7: 91-93.

Alasad J, Abu Tabar N, AbuRuz ME. Patient satisfaction with nursing care: measuring outcomes in an international setting. *J Nurs Adm*. 2015; 45(11): 563-568.

Aldemir T. Ağrılı hastalarda ağrı ölçümü. İçinde: Erdine S, ed. *Ağrı*. 3. baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul; 2007, s: 133-149.

Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002; 14(49): 375-379.

Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth*. 2014; 28(2): 222–227.

Al-Omani S, Almodhaiberi H, Ali B, Alballa A, Alsowaina K, Alhasan I. et al. Feasibility and safety of day-surgery laparoscopic cholecystectomy: a single-institution 5-year experience of 1140 cases. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2015; 19(3): 109-112.

Altaie AH. Association between gallstones and diabetics type 2 Iraqi patients. *Iraqi J Pharm Sci.* 2011; 20(2): 38-43.

Álvarez-Villaseñor AS, Mascareño-Franco HL, Agundez-Meza JJ, Cardoza-Macías F, Fuentes-Orozco C, Rendón-Félix J. et al. Cholelithiasis during pregnancy and postpartum: prevalence, presentation and consequences in a Referral Hospital in Baja California Sur. *Gac Med Mex.* 2017; 153(2): 146-152.

Amiraslanov A, Yusif-Zade K, Musayev J. Histopathological profile of the gallbladder in cases who have undergone laparoscopic cholecystectomy. *Marmara Medical Journal.* 2015; 28: 32-37.

Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003; 97(2): 534–540.

Arık MK, Türk N, Süner A. Safra kesesi ameliyatı olan hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığı. *GOZTEPETRH* 2010; 25(4): 158-163.

Arslan S, Erdem S. Hepatopankreatobiliyer sistem cerrahisinde bakım. İçinde: Eti Aslan F, ed. *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte.* 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 513-530.

Arslan S, Taylan S, Deniz S. Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 20(1): 17-21.

Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2004; 53(1): 65–70.

Ateş B, Ünal İ. Kolesistit, safra taşları, risk faktörleri ve beslenme ile ilişkisi. *Türk J Gastroenterolog.* 2016; 20(3): 317-321.

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3): 67-73.

Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fak Derg.* 2002; 3(2): 37-48.

Aygin D. Bulantı ve kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(1): 44-56.

Aygin D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 5(1): 63-67.

Barret KE, Barman SM, Boitano S, Brooks HL. Ganong's Review of Medical Physiology Çeviren: Gökbel H. Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi. 24. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2015, s: 453-495.

Başaran Dursun H, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. CBU-SBED. 2015; 2(3): 65-70.

Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR. et al. Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection. JAMA Surgery. 2017; 152(8): 784-791.

Bıçılıoğlu Y, Karakoyun M, Ataş Berksoy E, Anıl M. Cholelithiasis developing after rapid weight loss in an adolescent. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2017; 4(1): 36-37.

Bikram Kharga B, Kumar Sharma B, Kumar Singh V, Nishant K, Bhutia P, Tamang R. et al. Obesity not necessary, risk of symptomatic cholelithiasis increases as a function of BMI. J Clin Diagn Res. 2016; 10(10): 28-32.

Biradar YG, Mitra N. Laparoscopic and open cholecystectomy: a comparative study done in a small city – Bıdar. JEMDS. 2015; 4(7): 1166-1172.

Brandon JC, Velez MA, Teplick SK, Mueller PR, Rattner DV, Broadwater JR. et al. Laparoscopic cholecystectomy: evolution, early results, and impact on nonsurgical gallstone therapies. AJR. 1991; 157(2): 235-239.

Briggs CD, Irving GB, Mann CD, Cresswell A, Englert L, Peterson M. et al. Introduction of a day-case laparoscopic cholecystectomy service in the UK: a critical analysis of factors influencing same-day discharge and contact with primary care providers. Ann R Coll Surg Engl. 2009; 91(7): 583-590.

Bostan S, Acuner T, Yılmaz G. Patient (customer) expectations in hospitals. Health Policy. 2007; 82(1): 62-70.

Bozzini G, Marenghi C, Maruccia S, Casellato S, Finkelberg E, Picozzi M. et al. Philipp Bozzini (1773-1809) and his instrument: the lichtleiter. Eur Urol Suppl. 2014; 13: 327.

Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle L, Pringle D. et al. The Patient Learning Needs Scale: reliability and validity. *Adv Nurs.* 1990; 15(10): 1181-1187.

Bucher L, Kotecki CN. Patient and caregiver teaching. İçinde: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition*, Elsevier Mosbby, Canada; 2014, p:47-60.

Candan Dönmez Y. Ameliyat öncesi cilt hazırlığı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2016; 2(2): 11-16.

Carpenito-Moyet LJ. Bulantı. Çeviren: Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.. İstanbul* 2012; s: 376-378.

Casey KL. Pain and central nervous system disease: the central pain sendroms. Raven press, Newyork 1991.

Chen L, Peng YT, Chen FL, Tung TH. Epidemiology, management, and economic evaluation of screening of gallstone disease among type 2 diabetics: A systematic review. *World J Clin Cases.* 2015; 3(7): 599-606.

Chhabra A, Grover S, Vij A, Singh AP. Gallbladder disease in type-2 diabetes mellitus patients. *IJMDS.* 2013; 2(1): 7-15.

Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T. et al. Guidelines on the management of postoperative pain management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the american pain society, the american society of regional anesthesia and pain medicine, and the american society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *J Pain.* 2016; 17(1): 131-157.

Cesur G. Sindirim sistemi. İçinde: Yeğen BÇ, ed. *Yüksekokullar İçin Fizyoloji. 2. baskı, Yüce reklam/yayım/dağıtım A.Ş., İstanbul*; 2014, s: 227-258.

Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R . Discern: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Epidemiol Community Health.* 1999; 53(2): 105–111.

Cimili C. Cerrahide anksiyete. *Klin. Psikiyatr. Derg.* 2001; 4: 182-186.

Cırık V, Efe E. Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2014; 18(1): 15-21.

Coşkun H, Albayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5: 63-68.

Croghan A. Nursing management liver, pancreas, and biliary tract problems. In: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition, Elsewier Mosbby, Canada; 2014, p:1006-1044.

Çatal E, Dicle A. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. DEUHYO ED. 2008; 1(1): 19-32.

Çavuş B, Karaca Ç. Safra taşı hastalığı. İç Hastalıkları Dergisi. 2013; 20: 151-160.

Çelik A, Aksu M, Özkan N, Ersoy F, Kayaoğlu HA. Hasta gözü ile laparoskopik kolesistektomi: aydınlatılmış onamı iyileştirmeye yönelik anket çalışması. Cumhuriyet Tıp Derg. 2009; 31: 374-387.

Çetinkaya F, Duru Aşiret G. Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. DEUHFED. 2017; 10(2): 93-99.

Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2): 20-26.

Çetinkünar S, Tokgöz S, Tokaç M, Bilgin BÇ, Bilgen K, Celep B. et al. Asemptomatik safra kesesi taşı olan hastalarda laparoskopik kolesistektominin gastrointestinal hayat kalitesi üzerine etkisi. ADÜ Tıp Fak Derg. 2011; 12(2): 5-10.

Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(2): 79-88.

Dayılar H, Oyur Çelik G, Kamer E. Genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Ege Klin Tıp Derg. 2016; 54(3): 129-133.

de Bari O, Wang TY, Liu M, Paik CN, Portincasa P, Wang DQH. Cholesterol cholelithiasis in pregnant women: pathogenesis, prevention and treatment. Ann Hepatol. 2014; 13(6): 728-745.

Demircelik MB, Cakmak M, Nazli Y, Şentepe E, Yiğit D, Keklik M. et al. Effects of multimedia nursing education on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit. Appl Nurs Res. 2016; 29: 5-8.

de Oliveira CIB, Chaim EA, de Silva BB. Impact of rapid weight reduction on risk of cholelithiasis after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2003; 13(4): 625-628.

Di Ciaula A, Q-H Wang D, Portincasa P. An update on the pathogenesis of cholesterol gallstone disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018; 34(2): 71-80.

Doak C, Doak L, Lorig K. *Selecting, Preparing and Using Materials in Patient Education.* 2nd Edition, Sage Publication. California 1996: 117-129. Çeviren: Gökdoğan F. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni* 2003; 16-17: 2-16.

Doubravska L, Dostalova K, Fritscherova S, Zapletalova J, Adamus M. Incidence of postoperative nausea and vomiting in patients at a university hospital. where are we today?. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2010; 154(1): 69–76.

Dray X, Joly F, Reijasse D, Attar A, Alves A, Panis Y. et al. Incidence, risk factors, and complications of cholelithiasis in patients with home parenteral nutrition. *J Am Coll Surg.* 2007; 4(1): 13-21.

Emre Ş, Topuzlu Tekant G, Şenyüz OF. Laparoskopik kolesistektomi. *Çoc. Cer. Derg.* 2016; 30(3): 197-202.

Engin E. Anksiyete bozuklukları. İçinde: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* 1. baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2014, s: 277-312.

Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2011; 7(1): 11-16.

Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *DEUHYO ED.* 2013; 6(4): 224-230.

Erden V, Yıldız AS, Güler C, Aydın N, Hamzaoğlu N, Delatioğlu H. et al. Laparoskopik kolesistektomi operasyonlarında akupunktur uygulamasının ameliyat sonrası analjeziye etkisi. *Ağrı.* 2015; 27(3): 155–159.

Erdil F^a. Gastrointestinal sistemin yapı ve fonksiyonu. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.* 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 434-456.

Erdil F^b. Ameliyat sonrası (postoperatif) hemşirelik bakımı. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 103-114.

Erdil F^c. Ameliyat öncesi (preoperatif) hemşirelik bakımı. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 123-136.

Erdil F^d. Gastrointestinal sistemin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve bu hastalıkların tedavi ve bakımı. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 456-508.

Erdil F, Özhan Elbaş N. Stres. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 9-12.

Erdil F^e. Temel Kavramlar. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 98-102.

Erdine S. Ağrı mekanizmaları. İçinde: Erdine S, ed. Ağrı. Birinci baskı, Alemdar Ofset, İstanbul; 2000, s: 20.

Erkilic E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. Factors associated with preoperative anxiety levels of turkish surgical patients: from a single center in Ankara. Patient Prefer Adherence. 2017; 11: 291–296.

Ertekin C. Ağrının nöroanatomisi ve nörofizyolojisi. İçinde: Yegül İ, ed. Ağrı ve Tedavisi. Yapım Matbaacılık, İzmir; 1993, s: 1-18.

Eti Aslan^a F. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. baskı, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara; 2017, s: 129-150.

Eti Aslan^b F. Ameliyat sonrası bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. baskı, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara; 2017, s: 281-308.

Eti Aslan F, Bilik Ö. Gastrointestinal sistem ve ilişkili bozukluklar. İçinde: Eti Aslan F, Olgun N, eds. Fiziopatoloji. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2017, s: 383-412.

Eti Aslan F, Yıldız Fındık Ü. Safra kesesi ve pankreas hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. baskı, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara; 2017, s: 743-766.

Eti Aslan F, Yıldız T. Ağrı ve ağrı yönetimi. İçinde: Eti Aslan F, Olgun N, eds. Fیزیopatoloji. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2017, s: 109-136.

European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016; 65(1): 146–181.

Ferreira H, Ferreira C. Equipment in laparoscopic surgery. In: Ferreira H, ed. Equipment in Laparoscopic Surgery. Porto; 2015, s: 3-12.

Festi D, Dormi A, Capodicasa S, Staniscia T, Attili AF, Loria P. et al. Incidence of gallstone disease in Italy: results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project). World J Gastroenterol. 2008; 14(34): 5282-5289.

Fitzpatrick E, Webb J. Assessment and management of patients with biliary disorders. İçinde: Smeltzer SC, Bare BG, eds. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Tenth Edition, A Wolters Kluwer Company, Philadelphia; 2004, p: 1123-1148.

Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. J Canc Educ. 2011; 26(1): 12–21.

Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA. et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2014; 118(1): 85-113.

Garcia S. The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: an integrative review. Clin J Oncol Nurs. 2014; 18(5): 516-521.

Genç A, Yıldırım Y, Günerli A. Postoperatif erken dönemde derin solunum ve insentif spirometrenin etkinliğinin araştırılması. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2004; 15(1): 28-33.

Gift AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. Nurs Res. 1989; 38(5): 286–288.

Göral V. Safra taşı etyopatogenezi, lith ve mucin genleri ve tedavi. Guncel Gastroenterolog Derg. 2015; 19(4): 285-294.

Gökdoğan F, Kır E, Özcan A, Cerit B, Yıldırım Y, Akbal S. Eğitim kitapçıkları güvenilir mi? 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya; 2003.

Gregori M, Miccini M, Biacchi D, de Schoutheete JC, Bonomo L, Manzelli A. Day case laparoscopic cholecystectomy: safety and feasibility in obese. Int J Surg. 2018; 49: 22-26.

Guo P, East L, Arthur A. Preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2012; 49(2): 129–37.

Gupta V, Chowdri N, Wani NA, Naqash S. Lap v/s open cholecystectomy: a prospective study of 800 patients. JK Science. 2009; 11(1): 11-15.

Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(2): 107-113.

Gülleroğlu A, Turgut N, Vatansever Ş, Tekin Aktaş E, Altan A. Laparoskopik kolesistektomi operasyonlarında karın içi basınç artışının solunum mekaniği, hemodinami ve metabolizma üzerindeki etkileri. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2015; 31(3): 134-143.

Hall JE. Pocket Companion to Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology Çeviren: Solakoğlu Z. Guyton & Hall Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı. On ikinci basım, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2014, s:475-505.

Hassler KR, Jones MW. Gallbladder, Cholecystectomy, Laparoscopic. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2017, s: 1-7.

Hoch C. Nursing Management Postoperative Care. In: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition, Elsevier Mosbby, Canada; 2014, p:349-366.

Hotineanu V, Moraru V, Bujor P, Bujor S. Cholelithiasis-epidemiology, risk factors and etiopathogenic aspects: up-to-date. Journal of Surgery. 2014; 10(2): 117-121.

Hsueh LN, Shi HY, Wang TF, Chang CY, Lee KT. Health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 2011; 27(7): 280-288.

Harris B. A cross sectional study on causes and risk factors of gallstone disease among patients with symptomatic Cholelithiasis. *International Journal of Nursing Research and Practice (EISSN)*. 2014; 1(1): 2350-1324.

Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2010; 104(3): 369-374.

Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto, Salanterä S. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *J Adv Nurs.* 2005; 50(2): 212-223.

Jones MW, Deppen JG. Gallbladder, Cholecystectomy, Open. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2017, s: 1-7.

Jones MW, Ferguson T. Gallbladder, Cholecystitis, Chronic. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2017, s: 1-5.

Jones MW, Ghassemzedah S. Gallbladder, Gallstones (Calculi). StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2017, s: 1-5.

Kanat BH, Yur M, Girgin M, Erol F, Bozan MB, Emir S. et al. Akut kolesistitte erken kolesistektomi sonuçlarımız. *Kocaeli Med J.* 2013; 2(1): 21-24.

Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2011; 4(1): 197-202.

Karadağ Arlı S. Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2017; 4(3): 38-47.

Karagözoğlu Ş, Arıkan Dönmez A, Özden D, Tel H. Hemşirelerin göğüs fizyoterapisine yönelik bilgi ve uygulamaları. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi.* 2013; 27(2): 95-104.

Karaman Özlü Z, İnce S, Avşar G. Müzikterapinin kolesistektomi olan hastaların ağrıları üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016; 19(2): 100-105.

Kaymakçı Ş. Ameliyathanede asepsinin sağlanması. İçinde: Van Giersbergen Yavuz M, Kaymakçı Ş, eds. Ameliyathane Hemşireliği. 1. baskı, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir; 2015, s: 423-44.

Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY. Surgery information reduces anxiety in the pre- operative period. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 2004; 59(2): 51–56.

Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. J Nurs Scholarsh. 1991; 23(4): 237-240.

Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. ANS Adv Nurs Sci. 1992; 15(1): 1-10.

Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. J Adv Nurs. 1994; 19(6): 1178-1184.

Kolcaba KY. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nurs Outlook. 2001; 49: 86-92.

Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs 1991;16(11):1301-1310.

Kozanhan B, Eryılmaz MA, Başaran B, Ay S, Özmen S. Hemşire tecrübesinin laparoskopik kolesistektomi süresine etkisi: laparoskopik kolesistektomi süresi. J Clin Anal Med. 2015; 6(5): 562-564.

Kumar KH, Elavarasi P. Definition of pain and classification of pain disorders. JCIR. 2016; 3: 87-90.

Lin LY, Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. J Adv Nurs. 2005; 51(3): 252–260.

Liu CM, Hsu CT, Li CY, Chen CC, Liu ML, Liu JH. A population-based cohort study of symptomatic gallstone disease in diabetic patients. World J Gastroenterol. 2012; 18(14): 1652-1659.

Lu EJ, Curet MJ, El-Sayed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. Am J Surg. 2004; 188(6): 755-759.

Lukovich P, Zsirka A, Harsányi L. Changes in the operating time of laparoscopic cholecystectomy of the surgeons and novices between 1994-2012. Chirurgia. 2014; 109(5): 639-643.

Luck A, Pearson S, Maddem G, Hewett P. Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: A randomised trial. *Lancet*. 1999; 354(9195): 2032-2035.

Manworren RCB, Gordon DB, Montgomery R. Managing postoperative pain. *Am J Nurs*. 2018; 118(1): 36-43.

Marschall HU, Einarsson C. Gallstone disease. *J Intern Med*. 2007; 261(6): 529-542.

Mavridou P, Manataki A, Arnaoutoglou E, Damigos D. A survey of patients' preoperative need for information about postoperative Pain-effect of previous surgery experience. *J Perianesth Nurs*. 2017; 32(5): 438-444.

McCracken G, Houston P, Lefebvre G; society of obstetricians and gynecologists of canada. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008; 30(7): 600-616.

McPhee SJ, Hammer GD. Pathophysiology of Disease an Introduction to Clinical Medicine Çeviren: Çoban E, Somyürek Hİ. Hastalıkların Patofizyolojisi Klinik Tıpla Bir Tanışma. 6. basım, Palme Yayıncılık, Ankara; 2012, s:323-371.

Memiş S, Eti Aslan F, Aygin D. Denge stres ve adaptasyon. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. baskı, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara; 2017, s: 61-76.

Mitchell RN, Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Pocket Companion to Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease Çeviren: Özdamar ŞO. Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli Cep Kitabı. 7. basım, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2008, s:446-475.

Muslu L, Altuğ Özsoy S. Hemşirelik, estetik ve sanat. *HEAD*. 2017; 14(4): 287-291.

National Institute for Health and Care Excellence-NICE. Surgical Site Infection. Evidence Update June 2013. 2013; 43: 1-28.

Neil J. Nursing management preoperative care. In: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition, Elsewier Mosbby, Canada; 2014, p:317-332.

Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkela A, Niemi TT. Patient satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. *Pain Manag Nurs*. 2007; 8(3): 122-129.

O'Donnell KF. Preoperative pain management education: a quality improvement project. *J Perianesth Nurs*. 2015; 30(3): 221-227.

Oflaz F, Varol H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg*. 2010; 17(1): 1-7.

Orgun F. Sağlık eğitimi ve sağlığın iyileştirilmesi. İçinde: Eti Aslan F, Olgun N, eds. *Fizyopatoloji*. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2017, s: 47-57.

Orgun F, Şen G. Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012; 2(4): 52-64.

Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety?. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015; 65 (1): 7-13.

Öner N, Le Compte. A: handbook of state trait anxiety. İstanbul, Bosphorus University Press, 1983.

Özakkaş T. Normal Anksiyete. İçinde: Özakkaş T, ed. *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. 1. baskı, Acar Matbaacılık Prom. ve Yayın. San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2014, s: 9-14.

Öz Alkan H. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016; 7(2): 41-47.

Özden A. Murphy belirtisi (murphy's sign). *Guncel Gastrolog Derg*. 2015; 19(4): 283-284.

Özel A, Ertürk ŞM. Safra kesesi hastalıkları. *Trd Sem* 2015; 3: 483-494.

Özkum İzveren A, Dal Ü. The early period complications in patients who were performed abdominal surgery intervention and the nursing practices for these complications. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011:36-46.

Özyürek P. Minimal İnvaziv Cerrahi. İçinde: Yavuz van Giersbergen M, Kaymakçı Ş, eds. *Ameliyathane Hemşireliği*. 1. baskı, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir; 2015, s: 637-655.

Pak M, Lindseth G. Risk factors for cholelithiasis. *Gastroenterol Nurs*. 2016; 39(4): 297-309.

Palermo M, Berkowski DE, Córdoba JP, Verde JM, Giménez ME. Prevalence of cholelithiasis in Buenos aires, Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2013; 43(2): 98-105.

Pirbudak Çöçelli L, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Med*. 2008; 14: 53-58.

Psaila J, Agrawal S, Fountain U, Whitfield T, Murgatroyd B, Dunsire MF, Gonzalez JG, Patel AG. Day-surgery laparoscopic cholecystectomy: factors influencing same-day discharge. *World J Surg*. 2008; 32(1): 76-81.

Ramzanali Damani SAA, Haider S, Bilal H, Perveen S. Comparison of operative time and length of hospital stay in laparoscopic cholecystectomy in acute verses chronic cholecystitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015; 27(1): 102-104.

Reynolds W. The first laparoscopic cholecystectomy. *JLS*. 2001; 5(1): 89-94.

Saadati K, Razavi MR, Salman DN, Izadi S. Postoperative pain relief after laparoscopic cholecystectomy: intraperitoneal sodium bicarbonate versus normal saline. *HSOA J Gastroenterol Hepatol Res*. 2016; 9(3): 189-196.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (SKS). Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi. 2. baskı, Ankara; 2015, s: 1-31.

Sabuncu N, Akça AF. Ağrı ağrıya yönelik uygulamalar ve hasta bakımı. İçinde: Sabuncu N, Akça AF, eds. *Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi*. 1. baskı. Ankara; 2011, s:54.

Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27(4): 994–998.

Sağır G, Kaya M, Eskiçirak HE, Kapsuz Ö, Kadioğulları AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim*. 2012; 40(5): 274-278.

Sanaç Y. Safra kesesi. İçinde: Sayek İ, ed. *Temel Cerrahi*. 3. baskı, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara; 2004, s: 1372-1380.

Saraç S, Atamer A, Atamer Y, Can AS, Bilici A, Taçyıldız İ. et al. Leptin levels and lipoprotein profiles in patients with cholelithiasis. *J. Int. Med. Res.* 2015; 43(3): 385-392.

Sarı YS, Sarı S, Koç O, Erkan E, Şahin O, Tunalı V. et al. Elektif kolesistektomilerde safra kesesi içeriğinin bakteriyolojik analizi. *Istanbul Tıp Dergisi.* 2007; 1: 15-18.

Shabanzadeh DM. Incidence of gallstone disease and complications. *Curr. Opin. Gastroenterol.* 2018; 34(2): 81-89.

Shabanzadeh DM, Sørensen LT, Jørgensen T. Abdominal symptoms and incident gallstones in a population unaware of gallstone status. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016: 1-6.

Shamiyeh A, Wayand W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. *Langenbecks Arch Surg.* 2004; 389(3): 164–171.

Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns.* 2003; 51(2): 169–176.

Savaş OA, Üçüncü MZ, Bahri Ö, Gürbulak B, Gür HÜ, Tüzün İS. et al. Kolelitiazisli hastalarda hepatosteatoz risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni* 2015: 237-240.

Sevinç H, Demir MS, Mercan C, Yüksel F, Çaylan A. The age and gender presentation in the formations of gallstones. *Turkish Med. Stud. J.* 2017; 4: 11-13.

Spielberg CD. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory.* Consulting Psychologists Press California, 1970.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *State-Trait Anxiety Inventory for Adults Sampler Set Manual, Instrument and Scoring Guide.* Mind Garden, Inc., 2010, s: 1-75.

Sørli T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørli D. Video information combined with individualized information sessions: effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery- a randomized trial. *Patient Educ Couns.* 2007; 65(2): 180-188.

Spruce L. Back to basics: preventing surgical site infections. *AORN* 2014; 99(5): 601-610.

Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. GUT LIVER. 2012; 6(2): 172-187.

Sun H, Tang H, Jiang S, Zeng L, Chen EO, Zhou TY. et al. Gender and metabolic differences of gallstone diseases. World J Gastroenterol. 2009; 15(15): 1886-1891.

Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. Ann Agric Environ Med. 2013; 1:1-7.

Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2007; 15(59): 100-106.

Şişe Ş, Altinel EC. Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. Selçuk Tıp Derg. 2012; 28(4): 213-218.

Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. F.N. Hem. Derg. 2013; 21(1): 1-8.

Tanaja J, Meer JM. Cholelithiasis. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2017, s: 1-9.

Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013; 41: 44-49.

Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, Inui K, Uchiyama K, Kai M. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis. J Gastroenterol. 2017; 52(3): 276-300.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Thamilselvam P, Pandurangan T. Postoperative pain management. Dev Anesthetics Pain Manag. 2017; 1(1): 1-3.

Tiryaki HC, Abdullayev R, Mutlu NM, Küçükebe ÖB, Okay İT, Dikmen B. Preoperatif multimedya bilgilendirmesi rejonel anestezi sırasında perioperatif hasta anksiyetesini azaltır mı? Randomize kontrollü çalışma. JARSS. 2015; 23(2): 86-92.

Tea C. Preoperative nursing management. In: Smeltzer SC, Bare BG, eds. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Tenth Edition, A Wolters Kluwer Company, Philadelphia; 2004, p: 398-414.

Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(1): 67-74.

Tou S, Tou W, Mah D, Karatassas A, Hewett P. Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. *Colorectal Dis.* 2013; 15(5): 256-265.

Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice Çeviren: Tangül Ö, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları.* 6. basım, Akademisyen Kitabevi, Ankara; 2016, s:460-487.

Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse.* 2011; 31(3): 19-28.

Tunçbilek Z. Sindirim sisteminin cerrahi hastalıklarında hemşirelik bakımı. İçinde: Özhan Elbaş N, ed. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları.* 1. baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2016, s: 199-216.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *İstatistiklerle Türkiye 2014.* Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara; 2015, s: 1-100.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *İstatistiklerle Türkiye 2016.* Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara; 2017, s: 13-97.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni. *Türkiye Sağlık Araştırması,* 2016. Sayı: 24573 (Yayın tarihi: 31 Mayıs 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni. *İstatistiklerle Aile,* 2017. Sayı: 27597. (Yayın tarihi: 10 Mayıs 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni. *İşgücü İstatistikleri,* Şubat 2018. Sayı: 27688. (Yayın tarihi: 15 Mayıs 2018).

Ulubay G, Köktürk N, Görek Dilektaşlı A, Şen E, Çiftci F, Demir T. et al. Türk toraks derneği ulusal spirometri ve laboratuvar standartları. *Tuberk Toraks.* 2017; 65(2): 117-130.

Ulupınar S. Bakımda hasta eğitiminin önemi. *Sağlıkla.* 2016; 37-39.

Uy MC, Talingdan-Te MC, Espinosa WZ, Daez MLO, Ong JP. Ursodeoxycholic acid in the prevention of gallstone formation after bariatric surgery: a meta-analysis. *OBES SURG.* 2008; 18(12): 1532–1538.

Uyanıkoğlu A, Keşküş İHH. Kolesistolityazis, kolesistektomi ve kolesistektominin komplikasyonları. *Güncel Gastroenteroloji.* 2013; 17(3): 252-255.

Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. TOTBİD Dergisi. 2017; 16: 70-76.

Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 3(2): 36-45.

Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection (review). Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2: 1-33.

Wilhelm D, Gillen S, Wirnhier H, Kranzfelder M, Schneider A, Schmidt A. et al. Extended preoperative patient education using a multimedia DVD—impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial. Langenbecks Arch Surg. 2009; 394(2): 227–233.

Wong EM, Chan SW, Chair SY. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. J Adv Nurs. 2010; 66(5): 1120-1131.

Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 7: CD006798.

Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg. 2016; 26(2): 79-91.

Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. A comparison of nurses' and patients' opinions about discharge education needs. HEAD 2015; 12(3): 204-209.

Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Derg. 2011; 38(4): 458-465.

Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004; 1(2): 7-14.

Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. baskı, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara; 2017, s: 225-240.

Yavuz M, Şahin Köze B, Alkan D, Özkan Moradi D. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 31(2): 1-7.

Yaşar E, Çınar Yücel Ş. Türkiye’de hemşirelerin 2004-2014 yılları arasında konfor kuramını kullandıkları çalışmaların değerlendirilmesi. UHD. 2015; 5: 113-126.

Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. Sağlık ve Toplum. 2011; 21(1): 7-17.

Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. MÜSBED. 2015; 5(2): 129-133.

Yıldız F, Terzi A, Bardakçı O, Uzunköy A. Laparoskopik kolesistektomi deneyimimiz: 312 olgunun değerlendirilmesi. Harran Univ Tıp Fak Derg. 2010; 7(3): 73-76.

Yıldız T, Malak A, Baltacı Göktaş S, Özen Y. Effect of patient education on patient anxiety level using “scale of patient education requirements” in open heart surgery. Koşuyolu Heart Journal. 2015; 18(1): 1-5.

Yıldızeli Topçu S. Hastaların solunum egzersizi uygulamalarını etkileyen faktörler ve hemşirelerin rolü. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2016; 30(2): 89-96.

Yıldız Fındık Ü. Cerrahi süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. İçinde: Eti Aslan F, ed. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 425-454.

Yılmaz E. Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. İçinde: Eti Aslan F, ed. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 319-341.

Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2002; 4(1): 40-51.

Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. AĞRI. 2011; 23(2): 71-79.

Yılmaz S. Kaygı (anksiyete) bozuklukları. İçinde: Gürhan N, ed. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 349-400.

Yücel A. Akut ağrı nörofizyolojisi. Hasta kontrollü analjezi (PCA). MER Matbaacılık& Yayıncılık, İstanbul; 1997, s: 5-19.

Zengin Çakır KL, Dal Yılmaz Ü. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2018; 10(2): 115-121.

Zhang CY, Jiang Y, Yin QY, Chen FJ, Ma LL, Wang LX. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. J Cardiovasc Nurs. 2012; 27(1): 84-88.

8. EKLER

EK- 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Hasta grubu

Grup I (Girişim) Grup II (Kontrol)

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

4. Boyunuz: Kilonuz:.....BKİ:.....

5. Eğitim Durumunuz:

Okuryazar değil Okur-yazar veya ilkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Yüksekokul / Üniversite mezunu

Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

6. Medeni Durumunuz:

Evli Bekar

7. Mesleğiniz:

8. Emekli Ev hanımı Memur İşçi Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

9. Gelir durumunuz:

Ortalamanın epey üstünde (zengin) Ortalamanın biraz üstünde

Ortalama düzeyde Ortalamanın biraz altında Ortalamanın epey altında (fakir)

10.Sigara kullanma durumunuz:

Halen içiyor İçmiş bırakmış Hiç içmeyen

11.Halen yaşadığınız yer:

İl İlçe Köy/kasaba Diğer (*Lütfen belirtiniz*).....

12. Evde yaşadığınız kişi/kişiler:

Yalnız yaşıyor Eşiyle yaşıyor Çocuklarıyla yaşıyor

Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor Huzurevi ya da barınma evinde yaşıyor

13. Daha önce önemli bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet (*Lütfen hastalığı belirtiniz*) Hayır

14. Daha önce hastaneye yattınız mı?

Evet (*Lütfen nedeninin belirtiniz*) Hayır

15. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

Evet (*Lütfen ameliyatı belirtiniz*) Hayır

16. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

Evet (*Lütfen belirtiniz*) Hayır

17. Aşağıdaki hastalıklardan sizde sürekli olarak, geçmeyen var olan kronik hastalıkları işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Psikolojik hastalıklar Kalp hastalığı Hipertansiyon
 Yüksek kolesterol Periferik damar hastalıkları Diyabet
 Kronik hepatit, siroz Akciğer hastalıkları Obezite
 Fiziksel engellilik Böbrek hastalıkları Osteoporoz
 GİS Hastalıkları (*ülser*) Endokrin hastalıkları Uyku sorunları
 Kas iskelet sistemi hast. Kronik ağrı (Kronik bel ağrısından başka)
 Nörolojik hastalıklar (Parkinson) Serobrovasküler hastalıklar (*inme*)
 Diğer

18. Ne zamandır bu hastalıktan şikayetçisiniz?.....gün

19. Şu anda bir şikayetiniz var mı?

- Evet (*lütfen belirtiniz*)..... Hayır

20. Safra kesesi ameliyatı hakkında bilgi aldınız mı?

- Evet Hayır

21. (19. soruya evet yanıtı verenler için) Safra kesesi ameliyatı hakkında bilgiyi kimden ya da nereden edindiniz?

- Doktor Hemşire Yakınım İnternet Diğer (.....)

22. Ameliyat sonrası yapacaklarınız hakkında bilgi aldınız mı?

- Evet (*Lütfen bilgi alınan konu başlıklarını belirtiniz*)..... Hayır

23. Safra kesesi ameliyatı hakkında edindiğiniz bilgi sizin için yeterli mi?

- Yeterli Kısmen yeterli Yetersiz

24. Kendinizi bu ameliyata ne kadar hazır hissediyorsunuz?

- Hazır Kısmen hazır Hazır değil

25. Ameliyata ilişkin duygularınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Mükemmel İyi Orta Kötü Çok kötü

26. Ameliyat sürecinde anksiyete/stres yaşadınız mı?

- Hayır Biraz Orta Fazla Çok fazla

27. Genel olarak aldığınız tedavi ve bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Mükemmel Çok iyi İyi Vasat (İdare eder) Kötü

28. Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı?

- Evet Hayır

29. Ameliyat sonrası evde bakımınız ile ilgili sorun yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

- Evet (*lütfen sorunun adını belirtiniz*)..... Hayır

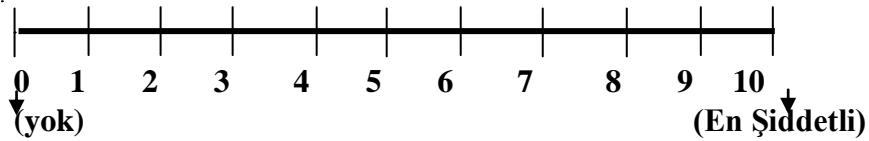
29. Ameliyat süresi:.....

30. Hastanede yatış süresi:.....

EK-2. EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM BULGULARI KAYIT FORMU

ÖLÇÜM DEĞERLERİ		EĞİTİM ÖNCESİ	AMELİYATA GİTMEDEN HEMEN ÖNCE	AMELİYAT SONRASI 0. SAAT	AMELİYAT SONRASI 2. SAAT	AMELİYAT SONRASI 4. SAAT	AMELİYAT SONRASI 6. SAAT	AMELİYAT SONRASI 8. SAAT	AMELİYAT SONRASI 24. SAAT
VAS KONFOR	AĞRI								
	BULANTI								
	KUSMA								
SOLUNUM									
O ₂ SAT									
NABİZ									
SİSTOLİK TA									
DİYASTOLİK TA									
ATEŞ									

EK-3. VISUEL ANALOG SKALA (VAS)-KONFOR (Şu andaki rahatlık düzeyinizi belirtiniz)



EK-4. SPIELBERG DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI)

Spielberg Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I)

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

Spielberg Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)

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

EK-5. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığımanın nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5

26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımin her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımin her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımi nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

EK-6. EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Tezin arkasına eğitim kitapçığı eklenmiştir. Eğitim içeriğinde sunulan görsel ve işitsel materyal (bilgisayar sunumu) DVD şeklinde eğitim kitapçığı ile birlikte sunulmuştur.



**EK-7. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARAR FORMU**

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/06/2017-E.52140



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Hülya Kızıl Toğaç'ın tez konusu hk.

SBE-CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 21.06.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hülya KIZIL TOĞAÇ'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertik
Unvanı: Memur



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

**EK-8. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 07 / 2017 / 20.478.486 -					
ARAŞTIRMANIN ADI	Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Emel YILMAZ - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi\ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Hülya KIZIL TOĞAÇ					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	14 / 06 / 2017 / Tarih ve 25348 sayılı; araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p align="right">Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>						

**EK-9. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ
KURUMU MANİSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ MANİSA DEVLET HASTANESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA
ÇALIŞMA İZİNİ**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Manisa Devlet Hastanesi Yöneticiliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANİSA DEVLET HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİ
09.08.2017 11:44 - 65182228 - 929 - E.4372
00050689995

Sayı : 65182228-929
Konu : Arş. Gör. Hülya KIZIL TOĞAÇ
(Araştırma Başvurusu)

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığına)

İlgi: 08/08/2017 tarihli ve 50667810 barkod sayılı dilekçe.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi Hülya KIZIL TOĞAÇ' ın, sağlık tesisimizde yürütmeyi planladığı "Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin araştırmaya ait ilgi tarihli ve sayılı dilekçeye ekli başvuru dosyası Hastanemiz Yöneticiliğince değerlendirilmiş olup; adı geçen talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hürriyet Abdullah Zafer ULUSAN
Hastane Yöneticisi

EKLER:
Dilekçe (1 Sayfa)
Belge Kontrol Formu (1 Sayfa)
Ön İzin Formu (1 Sayfa)
Ameliyat Öncesi Hasta Eğitim Kitapçığı (39 Sayfa)
Başvuru Formu ve Diğer Evraklar (25 Sayfa)

Şehitler Mah. Akhisar Cad. No:1 Şehzadeler/ MANİSA

Faks No:

e-Posta:gamze.kalender@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0236 238 52 33/235

İçin: Tıbbi Sek. Gamze YILDIRIM

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16eba856-96bb-443a-a39c-ae417e9f618 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Gamze YILDIRIM

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0236 238 5233/ 235

**EK-10. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
KURUMU MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMA İZİNİ**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHEBS EĞİTİM VE AR-GE
BİRİMİ
03-99 7017 11 05 - 72782165 - 772 99 - E.1043
00051895268

Sayı : 72782165-772.99
Konu : Arş. Gör. Hülya KIZIL
TOĞAÇ/Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 09/08/2017 tarihli ve 65182228-929-4372 sayılı yazı

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Hülya KIZIL TOĞAÇ'ın , aynı fakültede öğretim üyesi olan Doç. Dr. Emel YILMAZ danışmanlığında "*Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi*" adlı araştırmayı Birliğimize bağlı Manisa Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

2017 yılı Ağustos ve 2018 yılı Nisan ayları arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı ve 2018 yılı Haziran ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Verilecek olan eğitimin, araştırma dosyasında bulunan Araştırma Materyali'nin dışına çıkmaması,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Genel Sekreterliğimize gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr Int.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16eba856-96bb-443a-a39c-ae4417c9f618 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

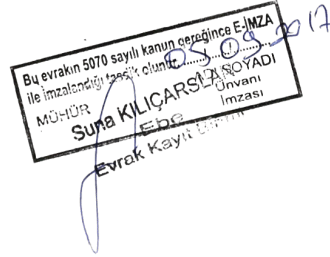
Araştırma sonuçlarının Kurumumuza iletilmemesi ve Kurumumuzdan izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ
Genel Sekreter

Dağıtım:

1-Manisa Devlet Hastanesi Yöneticiliği
2-Arş. Gör. Hülya Kızıl TOĞAÇ (Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Şehirler M. 700 Sok. No:5/1 Şehzadeler/MANİSA



Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16eb4856-96bb-443a-a39c-ae447c9fc18 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-11. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Kapalı Safra Kesesi Ameliyatı Yapılacak Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Kaygı, Korku ve Konfora Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Kapalı safra kesesi (laparoskopik kolesistektomi) ameliyatı ülkemizde çok sık gerçekleştirilen ameliyatlardan biridir. Eski sağlığınıza kavuşmada ameliyatınızın başarısı kadar hasta olarak sizin eğitiminizde çok önemlidir.

Hasta eğitiminin amacı, kapalı safra kesesi ameliyatı öncesi dönemde sizi ve ailenizi ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası süreç ile ilgili bilgilendirerek, yanlış anlaşılmanın önüne geçmek ve sizin kendi bakımınızda rol ve sorumluluklarınızın neler olduğunu anlamanıza yardımcı olmaktır.

Tüm bunlardan yola çıkarak bu araştırma; kapalı safra kesesi ameliyatı öncesi hasta gereksinimleri göz önünde bulundurularak verilen eğitimin ameliyat sonrasında kaygı, korku durumu ve ağrı, bulantı, kusma gibi hasta konforuna etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek bulguların ileride yapılacak olan çalışmalara, bireysel sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırma süresince herhangi bir ilaç uygulaması ya da laboratuvar testi yapılmayacaktır. Ameliyat öncesi ve sonrasında tansiyonunuz, nabzınız, solunumunuz, dokularınıza giden oksijen miktarı ölçülecek ve ağrı, bulantı, kusma düzeyiniz değerlendirilecektir. Size hastalığınızla ilişkili olabilecek kişisel bilgileriniz ve ameliyat öncesi ve sonrasında kaygı, korku durumunuzu belirlemek, gereksinim duyduğunuz eğitim konularını saptamak için bazı anketler (Kişisel Bilgi Formu, Eğitim öncesi ve sonrası yaşam bulguları kayıt formu, Visual Analog Skala, Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği) araştırmacılar tarafından uygulanacaktır. Lütfen ankette yer alan soruları rahat ve herhangi bir endişe hissetmeden cevaplayınız. Anketlerin doldurulma süresi 20-25 dakika arasında sürmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Kapalı Safra Kesesi Ameliyatı olmadan önce gereksinimlere göre verilen ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası kaygı, korku, ağrı, bulantı, kusma gibi konforu etkileyen durumlara etkisinin belirlenmesinin bundan sonra yapılacak olan başka çalışmalara da yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmaya katılmakla, size verilen eğitim sayesinde tedaviye uyum ve memnuniyet düzeyinizde artış, ameliyat sonrası dönemde fiziksel ve psikolojik iyileşme, bağımsız rol ve fonksiyonlarınızda artış görülmesi, kaygı, korku, hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarda azalma görülmesi beklenmektedir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmanın çalışmaya katılanlar açısından herhangi bir zararı yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya vereceğiniz cevaplarınız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Doç. Dr. Emel YILMAZ \ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi
2. Arş. Gör. Hülya KIZIL TOĞAÇ \ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.D. Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi (kzlhulyaa@gmail.com, 05062855867 MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek-12. HASTA GERİ BİLDİRİMLERİ

Sayın Hülya KIZIL TOĞAÇ...

Manisa devlet hastanesinde safra kesesi ameliyatı için yaratmış olduğum dönemde ameliyat önce sunmuşunuz ve güler yüz bilmişliğiniz takdirle payan. Vermiş olduğunuz bilgiler mükemmel.

Tebiki ilk anda şaşırımdım devlet hastahanelerinde böyle bir hizmetin yapılmasına. Geleceğe inancımı Türkiye Cumhuriyeti adına dahada pekiştirdi.

Çizginizden asla ayrılmamanızı, geleceğin sizin için başarılarla dolu olması dileğiyle.

Mehmet Emin ERHAN



Hölya Kızıl Töğüs

Benimle çok ilgilenip rahatlatarak heyecansız

korkusuz bir safra kesesi ameliyatı geçirdim.

İlginç anlayışı sabrı için çok teşekkür ederim

Çok ileri derecede memnun kaldım.

Çok içten duygularıyla bundan sonraki mesleki

hayatında başarılı sağlıklı bir hayat dilerim.

İlk defa böyle bir ilgiyle karşılaştım.

Özge Çevresin
İyi.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hülya	Soyadı	KIZIL TOĞAÇ
Doğum Yeri	Havran	Doğum Tarihi	01.03.1990
Uyruğu	T.C.	Tel	506 285 58 67
E-mail	kzlhulyaa@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi- Hemşirelik	2011
Lise	Edremit Körfez Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ameliyathane Hemşiresi	Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi	2011-2013
Araştırma Görevlisi	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-2015
Araştırma Görevlisi	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2015-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74,40463	75,13779	69,98990
YDS Puanı	76,25000		

Yayınlanan Bildiri ve Makaleler

- 1) Kızıl Toğaç H. Cerrahi Hastalarda Basınç Yarası Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016 (Sözel Bildiri)
- 2) Kızıl Toğaç H. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016 (Sözel Bildiri)
- 3) Kızıl Toğaç H, Yılmaz E. Gamma Knife Radyocerrahisi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33 (Ek 1):148-159. (Ulusal) (Hakemli) (Derleme Makale) (Yayın No: 3881126)
- 4) Yılmaz E, Kızıl Toğaç H. Gonartrozlu Hastalarda Fonksiyonel Yetersizliğin Yaşam Kalitesine Etkisi. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2017 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3884871)
- 5) Yılmaz E, Çeçen D, Kızıl Toğaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat Sürecindeki Hemşirelik Bakımının Hasta Konforuna Etkisi. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2017 (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3885339)
- 6) Yılmaz E, Çeçen D, Temiz C, Mutlu S, Kızıl Toğaç H, Aslan A, Kara H. Lomber Disk Hernisi Olan Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2017 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3885785)
- 7) Yılmaz E, Çeçen D, Aslan A, Kara H, Kızıl Toğaç H, Mutlu S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2017 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3885563)
- 8) Çeçen D, Yılmaz E, Müezzinoğlu T, Kara H, Aslan A, Kızıl Toğaç H, Mutlu S, Erbatu O. Prostat Cerrahisi Geçiren Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2017 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3886046)
- 9) Yılmaz E, Çeçen D, Kızıl Toğaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları. CBU-SBED 2018;5 (Ek 1):3-9.
- 10) Kızıl Toğaç H. Yılmaz E. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Planlanan Hastada Iowa Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. 3. Uluslararası Lisansüstü Eğitim Kongresi 2018 (Sözel Bildiri)

Sertifikalar

- 1) Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası
- 2) Etkili İletişim ve Halkla İlişkiler Sertifikası
- 3) Diksiyon Sertifikası

Üyelikler: Türk Hemşireler Derneği

10. ARAŞTIRMA UYGULAMA RESİMLERİ



Resim 1. Yaşam Bulgularının Ölçüldüğü Alet ve Cihazlar



Resim 2. Tanıtıcı Bilgilerin Yüz Yüze Görüşme ile Elde Edilmesi



Resim 3. Hastanın Kan Basıncının Ölçülmesi



Resim 4. Hastanın Oksijen Saturasyonunun Ölçülmesi



Resim 5. Hastanın Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi



Resim 6. Hasta Gereksinimleri Doğrultusunda Eğitime Başlanması



Resim 7. Beceri Eğitimlerinin Uygulamalı Olarak Yapılması

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: **Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi**

Tezime ilişkin 27/06/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %7'dir.

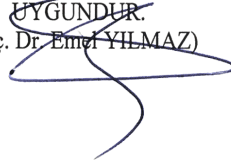
Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

27.06.2018

Adı Soyadı : Hülya KIZIL TOĞAÇ
Öğrenci No : 151359002
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Programı : Tezli Yüksek Lisans



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Doç. Dr. Emel YILMAZ)



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mullaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>