

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**BATIN AMELİYATI OLACAK YETİŞKİN HASTALARA
AMELİYAT ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN KAYGI VE AĞRI
DÜZEYİNE ETKİSİ**

Funda ÇETİNKAYA

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç.Dr.Neziha KARABULUT**

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM 2008**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	II
TABLO DİZİNİ.....	III
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR.....	56
EKLER	
EK I- Hasta Tanıtım Formu.....	64
EK II- Sürekli kaygı Ölçeği.....	65
EK III- Durumluk Kaygı Ölçeği.....	66
EK IV- Takip Formu.....	67
İZİN YAZILARI	

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde gösterdiği büyük emeğinden ve desteğinden dolayı danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Neziha KARABULUT'a, her zaman desteğini gördüğüm Sayın Hocam Yrd.Doç.Dr. Nadiye ÖZER'e, araştırmanın istatistiksel değerlendirmelerinde, yardımı bulunan Sayın Hocam Doç.Dr. Behice ERCİ'ye, Genel Cerrahi kliniğinde çalışmalarım esnasında yardımlarını esirgemeyen tüm hemşirelere, çalışmaya katılmayı kabul ederek bana çok önemli deneyimler ve paylaşımlar yaşatan hastalara, öz verili desteklerinden dolayı aileme ve değerli eşim Alper ÇETİNKAYA'ya içten teşekkür ederim.

Funda ÇETİNKAYA

Bu araştırma 2008/25 nolu proje olarak Atatürk Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kontrol ve deney grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 2. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ölçek uygulama zamanlarıyla sürekli kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması.....	35
Tablo 3. Kontrol ve deney gruplarında ölçek uygulama zamanına göre sürekli kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ölçek uygulama zamanlarıyla durumluk kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması.....	37
Tablo 5. Kontrol ve deney gruplarında ölçek uygulama zamanına göre durumluk kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. Kontrol ve deney grubundaki hastaların SKÖ değerinin ölçüm zamanına göre karşılaştırılması.....	39
Grafik 1. Kontrol grubu zamana göre SKÖ düzeyi	39
Grafik 2. Deney grubu zamana göre SKÖ düzeyi	39
Tablo 7. Kontrol ve deney grubundaki hastaların GKÖ değerinin ölçüm zamanına göre karşılaştırılması.....	40
Grafik 3. Kontrol grubu zamana göre GKÖ düzeyi	40
Grafik 4. Deney grubu zamana göre GKÖ düzeyi.....	40
Tablo 8. Kontrol ve deney grubundaki hastaların sistolik basınç değerinin ölçüm zamanına göre karşılaştırılması.....	41
Grafik 5. Kontrol grubu zamana göre sistolik basınç düzeyi.....	41
Grafik 6. Deney grubu zamana göre sistolik basınç düzeyi.....	41

Tablo 9 Kontrol ve deney grubundaki hastaların diyastolik basınç değerinin ölçüm zamanına göre karşılaştırılması	42
Grafik 7. Kontrol grubu zamana göre diyastolik basınç düzeyi	42
Grafik 8. Deney grubu zamana göre diyastolik basınç düzeyi.....	42
Tablo 10. . Kontrol ve deney grubundaki hastaların nabız değerinin ölçüm zamanına göre karşılaştırılması.....	43
Grafik 9. Kontrol grubu zamana göre nabız değeri	43
Grafik 10. Deney grubu zamana göre nabız değeri.....	43
Tablo 11. Kontrol grubundaki hastaların SKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki.....	44
Tablo 12. Kontrol grubundaki hastaların GKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki.....	44
Tablo 13. Deney grubundaki hastaların SKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki.....	45
Tablo 14. Deney grubundaki hastaların GKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki.....	45

ÖZET**BATIN AMELİYATI OLACAK YETİŞKİN HASTALARA AMELİYAT ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN KAYGI VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ**

Bu Araştırma Erzurum İli, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde batın ameliyatı sınıfından olan kasık fıtığı (inguinal herni) ameliyatı olmak üzere yatırılan 18-60 yaş grubu yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın verileri Şubat 2007- Mayıs 2008 tarihleri arasında 30'u kontrol, 30'u deney grubu olmak üzere toplam 60 hastadan toplanmıştır. Veri toplamada; hasta tanıtım formu, durumluk- sürekli kaygı ölçeği, takip formu kullanılmıştır.

Hastaların sosyo demografik özellikleri hasta tanıtım formu ile toplanmıştır. Kontrol grubu hastalarına, rutin uygulamalar dışında bir uygulama yapılmamış, ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra araştırmacı tarafından durumluk sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Ameliyat sonrası ilk 24 saat belirli aralarla ağrı düzeyleri ölçülmüştür. Deney grubu hastalarına ameliyattan 48 saat önce hasta tanıtım formu ve durumluk sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Ameliyat öncesi hasta eğitim rehberi ile bilgi verilmiş soruları yanıtlanmıştır. Eğitim tamamlandıktan sonra ameliyattan 24 saat önce ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk sürekli kaygı ölçeği bir kez daha uygulanmıştır. Ameliyat sonrası ilk 24 saat belirli aralarla ağrı düzeyi ölçülmüştür.

Verilerin değerlendirilmesinde t testi, Pearson korelasyon testi, Mauchly's varyans analizi, Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi , Bonferroni düzeltme analizi kullanılmıştır.

Kontrol ve deney grubunda grup içi durumluk sürekli kaygı puan ortalaması her  zaman diliminde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kontrol ve deney grubundaki hastaların, ameliyat sonrası tansiyon değerlerinde, tüm ölçüm zamanlarında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), nabız değerindeki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına bakıldığında, tüm ölçüm zamanlarında, iki grubun Görsel Kıyaslama lği ve Sözel Kategori lğindeki ağrı değerlerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Bu çalışmanın sonucunda verilen eğitimin hastaların kaygı ve ağrı dzeyinde etkin olduğu bulunmuştur.

Anahtar Szckler; İnguinal herni, hasta, kaygı, ağrı,

SUMMARY

**THE IMPACT ON THE LEVEL OF ANXIETY AND PAIN OF THE TRAINING
BEFORE OPERATION GIVEN TO ADULT PATIENTS WHO WILL HAVE
ABDOMINAL OPERATION**

This study was carried out as quasi-experimental with the aim of determining the impact on the pain and anxiety levels of the training given before operation to the patients who are 18-60 years of age group and hospitalized for Inguinal Hernia operation, a class of abdominal operations in General Surgery Clinic of Aziziye Research Hospital Süleyman Demirel Medical Centre in Atatürk University in Erzurum.

The data of the research were collected from total 60 patients, 30 of whom are control group and 30 of them are experimental group between the dates February 2007 and May 2008. In collecting data, patient introduction form and situational constant anxiety inventory, and analysis following form were used.

Socio-demographic features of the patients were collected with patient introduction form.

No application, except routine ones was not applied to the patients in control group, and situational Constant Anxiety Inventory was practised 48 hours before operation and 24 hours before operation and 24 hours after operation by researcher. Pain levels were measured in certain intervals in the first 24 hours after operation. Patient Introduction form and Situational Constant Anxiety Inventory were applied to the patients in experimental group 48 hours before operation. The information about Training Guide of Patient before operation was given, and the questions were answered. After the training was completed, Situational Anxiety Inventory 24 hours before and 24 hours after operation was applied once again. Pain level was measured in certain intervals in the first 24 hours after operation.

VIII

In data assessment, T-test, Pearson correlation test, Mauchly's variance analysis, Anova for repeated measures tests and Bonferroni Correction Analysis were used.

In control and experimental group, In group Situational Constant Anxiety score average was found significant in each three time periods ($p < 0.001$). In blood pressure values after operations of the patients in both control and experimental group, the distinction between two groups in all measurement times was found significant ($p < 0.05$), but the distinction in pulse value was found insignificant ($p > 0.05$).

When the pain situations of the patients after operation was considered, the distinction in Visual Analogue Scale and Verbal Rating Scala values of two groups in all measurement times was found significant ($p < 0.001$).

In the conclusion of the study, it was found out that the given education effective on level of pain and anxiety score for experimental groups of patients.

Keywords; Inguinal hernia, patient, anxiety, pain

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlıklı olmak “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır. İnsan organizmasının iç ortamının devamlılığı, bireyin fizyolojik ve psikolojik dengesine bağlıdır. Hemşirelik bakımının temel amacı iç ortamın devamlılığını koruyarak, sağlık durumunun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır.^{1,2}

İnsanlar sağlığın korunması ve devamlılığı için bazen hastanede yatmak zorunda kalırlar.^{3,4} Hastanede yatma süreci hangi nedenle olursa olsun kişilerde kaygı, korku ve depresyon gibi değişik tepkilere neden olmaktadır. Hasta birey, gerek hastalığın kendisinde oluşturduğu fiziksel etkiler gerekse hastaneye yatışın getirdiği çevre değişimi sonucu kaygı duymaktadır. Fiziksel ağrı veren işlemlerle karşılaşma, aileden uzak kalma, işini kaybetme, yabancı bir ortamda bulunma, bilinmeyen alet ve işlemlerle karşılaşma hastaneye yatan bireyin kaygı duymasına neden olabilecek etmenlerden bazılarıdır. Ameliyat olma da bu etmenlerin arasında bulunmakta ve önemli bir yer tutmaktadır.^{3, 5, 6} Anestezi, ameliyat ve bazı invaziv girişimler gerçek ve gerçek dışı korkulara sebep olur. Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında bozulma anlamlarını içerir ve bu unsurların her biri tehdit olarak algılanır. Birey, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen tehdit karşısında kaygıya kapılır.^{7, 8}

Kaygı, “bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlanır.⁹

Kaygının organizma üzerinde bir çok olumsuz etkisi vardır, bu etkilerinden biri

ağrıdır. Ağrı, bireyin günlük yaşam aktivitesini sürdürmesini engelleyerek yaşamın niteliğini olumsuz yönde etkileyen ve yalnızca onu etkileyen birey tarafından tanımlanabilen soyut bir kavramdır.¹⁰⁻¹³ Ağrı, ameliyat sonrasında da hastaların yakınmalarının başında gelen sorundur.¹⁰ Postoperatif ağrı şiddeti pek çok etmenle ilişkilidir. Ameliyatın tipi bunlardan biridir. Farklı operasyonlardan sonraki ağrı tipi ve şiddeti konusunda çok az şey bilinmektedir. Postoperatif ağrının solunum sistemi, kardiovasküler sistem, koagülasyon sistemi, gastrointestinal sistem, immün sistem ve endokrin sistem üzerine olumsuz etkileri vardır.^{14,15} Bunun yanı sıra hastanın uyku ve konforunu da olumsuz yönde etkilemekte ve kaygıya yol açmaktadır.¹⁶

Ağrı, bireysel ve subjektif bir yaşantı olup ameliyat sonrası ağrıda kaygı en önemli belirleyicidir. Akut ağrı ve kaygı genellikle birlikte görülmekte, azalan kaygı, ağrı yanıtının şiddetini azaltmaktadır.¹⁷

Yapılan araştırmalar kaygının ameliyat sonrası dönemde ağrı ve ağrı kesici gereksinimini artırdığını ve ağrıya dayanıklılığı azalttığını ortaya koymuştur.¹⁸ Özalp ve arkadaşlarının¹⁹ 99 kadın hasta üzerinde yaptıkları araştırmada da, depresyon ve yüksek kaygısı olan hastaların ağrılarının çok olduğu ve daha çok ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının yoğun olması, ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrının yoğunluğunu artırmakta ve kontrolünü zorlaştırmaktadır.²⁰ Ağrı düzeyinin yüksek olması hastanın kaygı ve korku düzeyi ile ilgili olduğundan, eğitim vermek hemşirenin ameliyat sonrası ağrıyı hafifletmek için kullanacağı en önemli stratejilerden biridir.²¹

Yapılan araştırmalarda, hasta ve ailesinin endişe düzeyi ve bilgi gereksinimlerinin benzerlik gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bunlar; ameliyat öncesi işlemler hakkında daha

fazla bilgi, ameliyatın günü, ameliyatın başarısı, süresi, ameliyat sonrası yaşam biçimi değişikliklerini ve ameliyat için beklemenin hasta ve ailesi üzerine etkilerini içermektedir. Ayrıca hasta ve ailesinin ameliyatı bekleme sırasında ve taburculuk sonrasında hastanın fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılama konusunda daha çok endişe yaşadıkları saptanmıştır.^{22,23} Hastaların kaygılarının çoğunlukla bilgi eksikliğine bağlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Eğitim kaygıyı azalttığı için hastaların psikolojik hazırlığında ameliyat öncesi eğitim ve bilgilendirme ilk basamaktır.^{21,24} Ameliyat öncesi hasta eğitimi hastanın kaygısını azaltıp, ağrı kontrolüne yardım eder.¹⁷

Günümüzde çağdaş hemşirenin rolleri arasında eğitici rolü olduğu bilinmektedir. Hasta eğitiminin önemi ve yararları literatürde açık bir şekilde gösterilmektedir.¹⁷ Ameliyat öncesi dönemde bilgisizlik yalnızca psikolojik değil aynı zamanda fizyolojik olarak, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır.³

Genel cerrahi kliniğinde yapılan bir araştırmada hastaların %31' ine ameliyat öncesi % 14' üne ameliyat sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediği buna karşın % 95' inin yapılacak işlemler hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır.²⁵

Koca'nın²⁶ "Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin kaygı düzeyine etkisini incelediği" çalışmasında ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların kaygı düzeyini önemli derecede azalttığı tespit edilmiştir.

Kaygı ve ağrı yönetimi; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı ameliyat öncesi bakım ve ekip hizmeti ile en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakımın amacı, hastayı fiziksel ve ruhsal yönden ameliyata hazırlamaktır.

Hastada kaygıyı azaltmada, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan eğitim programlarının hastanın bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına, kaygının azalmasına,

hastanın daha kısa sürede taburcu olmasına ve daha az maliyetle taburcu olduğunu destekleyen çalışmalar vardır.^{22, 26,27}

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, inguinal herni (kasık fitiği) ameliyatı öncesi hastalara verilen kaygıya yönelik eğitimin, kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Bu amaçla planlanan çalışmada aşağıdaki hipotezlere yanıt aranmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Ameliyat öncesi (Preoperatif) dönemde eğitim verilmeyen hastaların durumluk kaygı ve ağrı düzeyleri yüksektir.
2. Ameliyat öncesi (Preoperatif) dönemde planlı eğitim verilen gruptaki hastaların durumluk kaygı ve ağrı düzeyleri eğitim verilmeyene göre daha düşüktür.
3. Kaygıya yönelik verilen eğitim hastaların ağrı düzeyini azaltır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnguinal Herniler (Kasık Fıtığı)

Günümüzde cerrahi kliniklerinde en sık karşılaşılan hastalıklardan biri hernidir. Vücut boşluklarında yer alan organların ya da bir kılıf ile sarılı kasların, bir kesiminin ya da tümünün uygun bir yerden buldukları boşluğun dışına çıkmasına herni denir. Herni en çok karın bölgesinde görüldüğünden genellikle herni denilince karın duvarı hernileri akla gelir. Batın içi organlarından biri veya birkaçı duvarın konjenital veya edinsel zayıf bir yerinden çoğu kez pariyatel peritonuda önüne katarak cilt altına veya komşu boşluklardan (toraks, mediasten, perine) birine geçer.²⁸⁻³¹

İnguinal herni yüzdesi tüm hernilerin %80-83' ünü oluşturur (%50' si indirekt inguinal, %25' i direkt inguinal, %5 femoral).³⁰

İndirekt inguinal herni, inguinal halkadan olur ve inguinal kanal boyunca spermatik kordu izler. Testislerin skrotuma inmesini sağlayan açıklık nedeniyle, erkeklerde daha fazla görülür.⁴

Direkt inguinal herni, abdominal duvarın zayıf olduğu noktadan olur.⁴

Femoral herni, femoral halkadan herniasyon olur. Kadınlarda daha sık görülür. Femoral halkada bir yağ tıkaçı gibi başlar, sonra genişler, peritonu çeker ve mesane, herni kesesi içine girer.⁴

Her iki cinste de en sık indirekt inguinal herni görülür.³⁰ İnguinal herni hastalarının %60' ında sağ, %30' unda sol, %10' unda ise sağ ve sol birlikte bulunur. İnguinal herniler, özellikle indirekt inguinal herniler, 50 yaş ve üzerindeki erkeklerde çok yaygındır.^{30,32} Yetişkin bireylerde, yaşın ilerlemesi ve artan strese bağlı abdominal kaslar, kepenk mekanizması ve fasya transversalis zayıflar. Böylece orta düzeyde bir zorlanma ile inguinal herni gelişebilir.^{30,32}

2.1.1. Herni Oluşumunda Etyolojik Faktörler

Herni oluşumunda etkili faktörler iki ana grupta toplanabilir.

1) Heredite, kollojen sentezinin azalması, yaşlılık veya ileri derecede zayıflama, şişmanlık, ağır kaldırma, sürekli öksürük, kabızlık, idrar güçlüğü, asit, gebelik, karın ırları gibi batın içi basıncı artıran koşullar hazırlayıcı faktörler arasında yer alır.

2) Ani zorlanmalar herninin ortaya çıkmasında etkili faktörlerdir.^{28, 30}

2.1.2. Klinik Belirtiler

İnguinal hernisi olan hastalar genellikle tipik öykü verirler. İnguinal bölgede fizik aktivite ile artan ağrı en sık yakınmadır. Ağrı sabahları yoktur ya da hafiftir. Günlük aktivite ile akşama doğru şiddetlenir. Bazı hastalar ağrı ile birlikte kasıkta giderek belirginleşen kitle fark eder. Bazen ilioinguinal sinir trasesi boyunca testis ve ender olarak lomber bölgede ağrı bulunabilir.^{29, 30}

İnguinal hernide yakınmalar çeşitlilik gösterebilmektedir. Hastalarda en sık başvuru yakınması, inguinal bölgede beliren ve kaybolan şişliktir. Karın içi basıncı artışları ile şişliğin belirlenmesi arasında bir ilişki dikkat çekeilmektedir. Ancak hastaların önemli bir kısmında ilk belirti sıkışma (inkarserasyon) olabilmektedir.^{29, 30}

2.1.3. Tanı

2.1.3.1. Semptomlar

- A. İnguinal bölgede ele gelen kitle
- B. İnguinal bölgede ağrı ile birlikte ele gelen kitle
- C. Kasıkta başlayıp skrotuma doğru yayılan sürekli ve hafif ağrı.³⁰

2.1.3.2. Fizik muayene

İnguinal hernilerde fizik muayene hem sırtüstü, hem de ayakta yapılmalıdır. Her iki pozisyonda da hastaya öksürmesi ve ıkınması söylenir. Skrotumdan işaret parmağı ile anulus inguinalis superficialis rahatlıkla palpe edilebilir. Hastaya yukarı manevralar

yaptırılır. İşaret parmağının uç kısmı ile hissedilen şişlik genelde indirekt inguinal herniyi, işaret parmağının daha proksimal kısmı ile hissedilen şişlik genelde direkt inguinal herniyi işaret eder.³¹

2.1.3.3. Herniografi

Sırt üstü yatan hastaya karın sol alt bölümünden periton içine kateter sokulup 60-80 ml radyopak madde verilir, sonra hasta ters çevrilir ve hasta radyolojik olarak incelenir.³¹

2.1.4. Tıbbi Tedavi

İnguinal herni pratik olarak hiçbir zaman kendiliğinden iyileşmez. İnguinal herni sıklığı, yaşla, destek dokulardaki zayıflamaya bağlı olarak giderek artmaktadır.³³ Tanı konulduktan sonra tedavisi boğulma ve nekroz gelişmeden önce hemen yapılmalıdır. İnguinal herni sık görülmeleri ve zamanında tedavi edilmemeleri halinde yüksek morbitite ve hatta mortalite oranları nedeniyle cerrahinin önemli sorunlarından birini oluşturmaktadır.^{33,34}

Boğulmuş herni tedavisi öncelikle konservatif olmalıdır. Bağırsağı beslemesinin bozulduğunu, gösteren, sistematik (ateş ve lökositoz) ve lokal (kitlenin üzerinde kızarıklık ve ödem) bulgular yoksa boğulmanın üzerinden geçen süreye bakılmaksızın konservatif tedavi uygulanabilir. Sedasyon (0.3 mg diazepam), kitlenin üzerine buz uygulamaları ve trendelenburg pozisyonunda yatırma ile ½ saat içinde spontan redüksiyon sağlanamazsa elle redüksiyon denenir. Redüksiyondan 48-72 saat sonra elektif koşullarda herni cerrahi olarak tedavi edilir.^{30,35}

2.1.5. Herni Komplikasyonları

- a. Redükte edilemeyen herni
- b. Herni peritoniti
- c. Herni boğulması.⁴

2.2. Ameliyat Öncesi Bakım

Cerrahi girişim hasta için psikolojik bir stres kaynağıdır⁷. Hastanın cerrahi kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir. Psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim.^{4,35}

2.2.1. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi dönem hastanın korku ve endişe içinde olduğu sıkıntılı bir dönemdir. Bu nedenle hastanın psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir.

Psikolojik hazırlamada, hastanın emosyonel yaşantısı, endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesi sağlanmalıdır. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır. Ameliyat öncesindeki kaygı nedenlerinin en önemlilerinden birisi bilinmeyen korkusudur.^{4,7, 35, 36}

Ameliyat öncesinde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan ya da psikolojik sorunu olan hastalar ameliyata uyum gösteremezler. Buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir.

Ameliyat öncesinde psikolojik hazırlık;

- Kaygı gidermeye,
- Ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına,
- Ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine,
- Strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşme ve erken taburcu olmaya yardımcı olur.^{4, 35}

Hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak hazırlığı kendisine duygusal bir destek sağlar, ameliyat sonrası dönemde kaygı ve ağrı düzeyini, kullanılan analjezik sayısını ve dozunu azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır ve günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmesini sağlar.^{4, 6, 14}

Yapılan bir çalışmada, psikolojik yönden iyi hazırlanan hastaların ameliyat travmasıyla daha iyi baş edebildikleri, komplikasyonların daha az geliştiği ve hastaların daha kısa sürede iyileştiği belirtilmiştir.²⁷

2.2.2. Fiziksel Hazırlık

Ameliyat öncesinde hastanın sağlık durumu iyi bir fizyolojik değerlendirme ile belirlenebilir. Fizyolojik değerlendirme; yaş, ağrı, beslenme, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon, kardiovasküler fonksiyon, pulmoner fonksiyon, renal fonksiyon, gastro intestinal fonksiyon, karaciğer fonksiyonu, endokrin fonksiyon, hematolojik fonksiyon, nörolojik fonksiyon, kullanılan ilaç konusundaki bilgileri kapsar.^{4, 6, 35}

Cilt Hazırlığı: Vücudun mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattı deridir. Ameliyat deri bütünlüğünü bozarak enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle ameliyat öncesi cilt hazırlığı önemlidir. Hasta mümkünse ameliyattan bir gün önce banyo yaptırılmalıdır. Tüylerin temizlenmesinde traş etme yerine kesiye neden olup enfeksiyon oluşturmamak amacıyla tüy dökücü kremler kullanılır.^{4, 6, 14}

Gastrointestinal Sistem Hazırlığı: Anestezi sırasında kusma olasılığını ve aspirasyonu, aspirasyon pnömonisini önlemek, mide ve bağırsak ameliyatlarında bu sistemin açılmasından kaynaklanacak enfeksiyon olasılığını azaltmak, operasyon alanın daha iyi görülmesini sağlamak amacıyla yapılır. Bu hazırlık sıvı ve besin kısıtlamasını, bazı durumlarda gastrik ya da intestinal bir tüpün yerleştirilmesini, lavman yapılmasını kapsar. Hastaya besin ve sıvıların verilmemiş nedeni açıklanmalı, hastanın ağızdan almaması gerektiğini belirten bir uyarı yazısı görülebilecek uygun bir yere konulmalı ve bu durum diyetisyene bildirilmelidir.^{4, 6, 14}

Uyku ve Dinlenme: Hasta psikolojik ve fizyolojik olarak iyi hazırlanmışsa ameliyattan önceki geceyi rahat geçirir. Sırt masajı ve bir bardak ılık süt hastanın uyumasına yardımcı olabilir. Genellikle anestezi, ameliyattan bir gün önceki gece için

hastaya trankilizan (örnek; meprol, diazem) yazar. Hastalara bu ilaçlar verilerek geceyi rahat geçirmeleri sağlanmalıdır.^{4, 6, 14}

Beslenme Durumu: Hastaların ameliyat önceki dönemdeki beslenme durumu, ameliyat riskinin belirlenmesinde önemlidir. Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme, beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir. Ameliyat öncesinde beslenmesi iyi olan hasta, ameliyat stresiyle daha kolay baş edebilir.^{4, 6, 14}

2.2.3. Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık çalışanı için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hastaya, ameliyat hakkında yeterli açıklama yapılmalıdır. Yetişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izinlerini imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri, aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır. Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir.^{4,6,14}

2.2.4. Ameliyat Öncesi Eğitim

Hasta eğitiminde, her hasta bir birey olarak ele alınmalıdır. Onun endişeleri, korkuları ve gereksinimleri doğrultusunda eğitim planlanmalıdır. Eğitim, hemşirenin önemli bir işlevidir.³⁶ Ameliyat öncesi dönemde hastaya, ameliyat öncesi dönemin her aşaması, tüm testler ve uygulamalar önceden anlayabileceği şekilde açıklanmalıdır. Ameliyat öncesi dönemin sorunsuz geçebilmesi için hastaya ameliyat öncesi hazırlık, ameliyatın süresi ve ameliyat sonrası yapması gereken egzersizler hakkında eğitim yapılmalıdır.^{4, 37}

Ameliyat öncesi hasta eğitiminde uyulması gereken ilkeler şunlardır:

- Ameliyat öncesi eğitim planını kolaylaştırmak için hastanın anlama düzeyi değerlendirilmelidir.

- Cerrahın, hastaya ne kadar açıklama yaptığı öğrenilerek, hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır.
- Gerektiğinden fazla bilgi verilmesi hastada kaygı yaratabileceğinden, hastayla iyi bir görüşme yapılarak ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmeli ve bu doğrultuda açıklama yapılmalıdır.
- Hastanın anlayacağı terimlerle açıklama yapılmalıdır.
- Hastaya bir kerede fazla bilgi verip bunaltmamak için öğretim kısa süreli ve sık aralıklı olmalıdır.
- Hastanın soru sorabilmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır.
- Eğitimde tüm görsel, işitsel araçlar kullanılmalıdır.
- Hastadan, öğretilen yeni beceri ya da tekniği yaparak göstermesi istenmelidir.
- Hasta, ailesi ve yakınları ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine katılmalıdır.⁴

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterirse de, ameliyat olacak hastalara; derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremiteler egzersizleri öğretilmelidir. (Eğitim kitapçığımızın içerisinde ayrıntılı olarak verilmiştir).

2.3. Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler, ekip içinde hasta ile uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, yataklı hasta bölümlerinde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Hemşirelik; kişilerin, ailelerin, sosyal grupların ve toplumun fonksiyonlarının sağlıklı bir biçimde sürdürülmesini ve geliştirilmesini hedefleyen sağlık bakımının tümünü kapsayan bir bilim dalıdır.¹

Cerrahi hemşiresinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası kusursuz, becerili bir bakımı gerçekleştirmesi, güvenilir bir ortamda endişe ve ağrıyı azaltmada etkin olması, hastanın tüm gereksinimlerini yeterli eğitim ve deneyimi ile nitelikli bir biçimde karşılaması, hastanın güvenliğini kazanmasında önemli rol oynar.^{35,38}

Hastanın hastane ve servise kabulünden başlayarak karşılıklı hoşgörü, anlayış, olgun davranışların ön planda ele alınmasının önemli olduğu bilinmektedir.^{35,38}

Bir cerrahi girişim için hastaneye gelen hastanın alışa geldiği çevreden uzak, evinden ayrı, yeni bir çevreye adapte olmaya çalışmasının, kendisini güvende hissetmesine engel bir durum yaratacağı gerçektir. Hastanın hemşiresine güvenmesi kendisini hemşirenin yanında rahat hissetmesi, güvence altında görmesi, rahatlamasını, gevşemesini, hemşiresi ile kolay iletişim ve iş birliği içine girmesini sağlayacak, böylece hemşirenin gerekli eğitim, bakım ve tedavi uygulamalarını kolaylıkla yapabilmesine olanak sağlarken, hastanın kendi bakımına katılımını da destekleyecektir.^{35,38}

2.4. Kaygı (Anksiyete)

Yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir tehlike hissi ile kendini gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen kaygı (anksiyete), herkesin zaman zaman hissettiği bir duygudur. Aynı zamanda kaygı, kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanan kaygı, hafif düzeyde yaşandığında birey sponton dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek kaygı algılama-kavrama ve karar verme yeteneğini azaltabilir.³⁹

Kaygının farklı yönlerini ele alan birçok tanım vardır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

Kaygı, açıklanamayan ve altta yatan duyguların farkında bile olmaksızın belirsiz bir rahatlık duygusu; sinirlilik ve keder hissidir.^{9, 40}

Kaygı, gelecekle bağlantılı ve aşırı tehdit içeren durumlarda görülen bilinmezlik korkusudur.^{9, 40}

Köknel'in⁴¹ belirttiğine göre Spielberger kaygı kavramının bazı özelliklerini tanımlamıştır. Bunlar;

- Kaygı geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygu durumudur.
- Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana elem verir.
- Sinir sisteminde gerginlik yaratır.

Spielberger, kaygıyı durumluk kaygı (state anxiety: acute anxiety) ve sürekli kaygı (trait anxiety: chronic anxiety) olarak tanımlamıştır.^{9, 41}

Durumluk Kaygı : Bireyin içinde bulunduğu stresli, baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif bir korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur⁹. Birey bu duyguları yaşarken bilinci açık, olaylardan haberdar uyanıktır.^{9, 41}

Sürekli Kaygı : Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları, genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir⁹. Kişilik yapısının kaygıya yatkın olması, sürekli kaygı düzeyini etkiler. İnsanların sürekli kaygı düzeyinin birbirinden farklı olması, tehdit eden durumu algılamalarını, anlamalarını, yorumlamalarını ve değerlendirmelerini etkiler. Sürekli kaygı düzeyindeki değişimler durumluk kaygı düzeyini de etkiler.^{9, 41}

Hastalık, hastaneye yatma ve ameliyat olma insan yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır. Ameliyat üzere hastaneye gelen hasta, kendisi için yabancı ve değişik

bir çevre içine girmiştir. Hasta ve ailesini duygusal yönden sarsan bu olaylar, hasta da kaygının önemli bir nedenidir.^{3,42,43}

Kayahan ve Sertbaş'ın⁴⁴ yaptığı çalışmada ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin dahili kliniklerde yatan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ameliyat olmayı bekleyen hastalarda kaygıya yol açan en belirgin etmenler; ağrı, anestezi, ve ölümdür. Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlığında, hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası gidiş konusunda yeterli bilgilendirilmeleri çok önemlidir.⁷

Ameliyat öncesinde hastaya kaygısını artırmayacak bir şekilde, hastalığının ne olduğunun, ameliyatta ne yapılacağına, olası komplikasyonların ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolünün ve katkısının ne olacağına açıklanmasının yararı büyüktür.^{4, 45, 46}

Krohre ve arkadaşlarının⁴⁷ yaptıkları araştırmada, sağlık çalışanlarının hastaya gereksinimi doğrultusunda bilgi vermelerinin; verilen bilgilerin tekrar edilmesinin; sağlık çalışanlarının olumsuz davranışlarından kaçınmasının; hastanın sağlık çalışanlarına olan güvenini artırdığı ve stres düzeyini azalttığı vurgulanmıştır.

2.5. Ağrı

İnsanların ortak deneyimlerinden biri olan ağrı, karmaşık ve hoş olmayan bir duygudur.⁴⁸

Ağrı (pain), Latince “poena” (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelen, tamamen bir duygu deneyimi olan ve tanımı oldukça güç bir kavramdır. Herkes için farklı anlam taşıdığından ağrıyı tanımlamak zordur.⁴⁹

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) Toksonomi Komitesi tarafından 1979 yılında yapılan en geçerli tanımlamaya göre, “Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ve olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir.”⁵⁰⁻⁵⁴

Klinik olarak en yararlı tanım, McCaffery tarafından yapılmıştır. “Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır.” Bu tanım bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadesine dikkati çeken, ondan önemlisi; ağrı yönetiminde çok önemli olan hastayla güven ilişkisini geliştirmek için, ona inanılması gerektiğini gösteren bir tanımdır.⁵⁵

Çok yönlü bir fenomen olarak ağrı “duygusal, davranışsal, kognitif, duysal ve fizyolojik” olarak beş öğeden oluşur ve bu bileşenler ağrının ABC si olarak tanımlanır. Her bileşen ağrının değerlendirilmesinde ve yönetiminde önemlidir. Ağrının algılanması “transdüksiyon, transmisyon, persepsiyon (algı) ve modülasyon” olarak tanımlanan dört majör nöral mekanizmadan oluşur.^{52, 56, 57}

Transdüksiyon: Sinirlerin sensoryal uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.

Transmisyon: İmpulsların sensoryal sinir sistemi boyunca yayıldığı aşamadır.

- a) Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmesi
- b) Uyarının spinal korda, assendon ileti sistemi ile beyin sapı, talamusa iletilmesi
- c) Tala mokartikal projeksiyon

Modülasyon: Nosiseptif transmisyonun nöral etkenlerle modifiye olmasıdır.

Persepsiyon: Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır.^{52,56, 57, 58}

2.5.1. Ağrı teorileri

Kapı- Kontrol Teorisi (KKT): Wall ve Melzack tarafından 1965’te ortaya atılmıştır.

Bu teori ile birlikte ağrı sürecinde merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır.

Ancak KKT'si merkezi sinir sistemindeki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açıklığa kavuşturamamıştır. Kapı kontrol teorisinin üç önemli önermesi vardır.

- Ağrının varlığı ve şiddeti, nörolojik uyarıların geçişini kontrol eder;
- Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder;
- Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, ağrı hissedilir. Eğer kapı kapalı ise, uyarılar bilince ulaşamaz ve ağrı hissedilemez.⁵⁹

Endorfin Teorileri: 1970'lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “Endorfin” adı verilmiştir. Endorfin terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin bileşimi olup, içinde morfin olan demektir.¹¹ Endorfin teorileri, ağrının algılanması ile ilgili kimyasal medyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletilişinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur.¹¹

2.5.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrının başlama süresine göre sınıflaması

Akut Ağrı: Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır.

Kronik Ağrı: Çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur.^{11,48, 51,52}

Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması

Nosiseptif Ağrı: Vücudun bir bölgesinde doku hasarı olduğu zaman bunun nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp santral sinir sistemine iletilmesi belirli bölge ve nöral yapılarda integre edilerek bu zararlı tehdit durumunun algılanması ve buna karşı gereken fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik önlemlerin harekete geçirilmesidir.^{51, 57}

Nöropatik Ağrı: Santral veya periferik yaralanmaya sekonder yapısal veya fonksiyonel sinir sistemi adaptasyonlarının neden olduğu ağrıdır. Önceleri psikolojik olarak değerlendirilen ağrı, son zamanlarda daha iyi tanımlanmış ve santral orijinli nöropatik ağrı olduğu anlaşılmıştır. IASP santral ağrıyı, “santral sinir sisteminde fonksiyon bozukluğu veya primer lezyonun başlattığı ya da neden olduğu ağrı” olarak tanımlamıştır.^{51,57}

Nörojenik Ağrı: herhangi bir nöropati oluşturma şartı aranmaksızın periferik sinir yaralanması ile ortaya çıkan ağrıdır.⁵¹

Deafferantasyon Ağrısı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somatosensoryal uyarın iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkar.⁵¹

Reaktif Ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşan miyofasyal ağrı örnektir.⁵¹

Psikosomatik Ağrı (Psikojenik Ağrı): Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda doku hasarı varmış gibi algılama olarak tanımlanır.⁵¹

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır.⁵¹

Visseral Ağrı: İç organlardan kalkan ağrılı uyarınlar, otonom sisteme ait afferent yollarla taşınırlar. Başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir.⁵¹

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrılardır.⁵¹

Periferik Ağrı: Kaslar, tendonlar veya periferik sinirlerin kendinden köken alabilen ağrıdır.⁵¹

2.5.3. Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrıdır. Ancak nedeni önceden bilinen ve ortaya çıkması beklenen bir ağrı olması nedeniyle diğer akut ağrılardan farklıdır.⁶⁰⁻⁶⁶

Postoperatif ağrının ortaya çıkışını, şiddetini, niteliğini ve süresini etkileyen bir çok etken ortaya konmuştur. Bunlar:

- Hastanın fizyolojik ve psikolojik yapısı
- Hastanın preoperatif dönem hazırlığı
- Postoperatif dönemde hastanın psikolojik ve farmakolojik hazırlığı
- Cerrahinin yeri, niteliği ve süresi
- Postoperatif komplikasyonlar
- Preoperatif ve postoperatif dönemde uygulanan anestezi teknikler.^{54, 63, 64}

Hastanın kaygısı hastaneye gelişiyse artar. Hastada; hastane, ölüm, anestezi, ağrı duyma, sakat kalma korkularından biri veya birkaçı bulunabilir. Özellikle yapılacak operasyona ait gerekli bilgilerin verilmediği durumlarda, korkulara eklenen belirsizlik duygusu kaygıyı artırır. Ameliyatla ilgili bilginin tipi ve derecesi, kültürel sosyoekonomik faktörler, ailesel ve kişisel faktörler ve bunların dışında, cerrahinin süresi postoperatif ağrıyı arttırmaktadır.^{56, 62, 64, 65}

Postoperatif ağrı yönetiminde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirme ya da ortadan kaldırma, yan etkilerden koruma, hastanede kalış süresini azaltma ve ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmamasını sağlamaktır. Ağrı yönetimi multidisipliner bir yaklaşımdır ve ekip çalışmasını gerektirir.⁶⁴⁻⁶⁸ Bugün dünyada birçok sağlık kuruluşunda, multidisipliner yaklaşımla kurulmuş “Akut Ağrı Ekipleri”, postoperatif analjezi uygulamalarını üstlenmiştir. Bu ekibi oluşturan üyeler; başta hasta olmak üzere, hemşire, cerrah ve anestezi uzmanıdır. Ekipte ağrıyı hisseden tek üye, “hasta”dır. Bu nedenle

ekipte en çok söz sahibi olan kişi de, o'dur. Ağrısı olan hastayla en uzun süre birlikte olan üye ise hemşiredir. Hemşire, hastanın ağrısını ilettiği ilk kişidir.⁶⁹ Hemşirenin, ağrının değerlendirilmesinde ve ağrıyı giderme girişimlerinin uygulanmasında sorumluluğu vardır.⁶⁴⁻⁶⁸ Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü, diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan, hemşirelerin hasta ile daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır.⁶⁶ Bu konumu gereği hemşire, ağrı yönetiminin etkili ve başarılı olmasında anahtar bir role sahiptir.⁶⁶

Postoperatif ağrı tedavisinin doğru yönlendirilmesinin en önemli koşulu, hiç kuşkusuz ağrının doğru değerlendirilmesidir. İdeal bir ağrı değerlendirmesi şunları içermelidir;

- Hasta ağrısını gidermeye aktif olarak katılmalı.
- Hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalı.
- Hastanın ağrısı hem dinlenme hem de hareket halinde değerlendirilmeli.
- Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış, yeni bir ağrı nedeni ya da postoperatif bir komplikasyon nedeni olarak ele alınmalı, dikkatlice bir anamnez alınmalı ve hasta operasyonu yapan cerrah tarafından muayene edilmeli.
- Ağrı değerlendirmesinde standart yöntem olarak ağrı ölçekleri kullanılmalıdır.⁵⁶

2.5.4. Postoperatif Ağrı Yönetiminde Kullanılan Yöntemler

Postoperatif ağrı yönetiminde, farmakolojik yöntemler, cerrahi yöntemler ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır.^{64,65,70}

Farmakolojik Yöntemler: Farmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolünde narkotik ve narkotik olmayan analjezikler kullanılmaktadır.

Farmakolojik yöntemlerle ağrı yönetiminde önerilen ilkeler;

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı
- Narkotik korkusundan vazgeçilmeli
- Analjezikler “gerektiğinde” değil “saatinde” uygulanmalı
- İlaç dozu, hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli
- İlacın etkisi değerlendirilmeli
- Doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı
- Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalı
- Hasta kontrollü analjezi uygulanacaksa; cihaz hastaya tanıtılmalı, alarm ve butonlar konusunda bilgi verilmelidir. ^{64,65,70}

Cerrahi Yöntemler: Bu yöntem merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde kesilmesine dayanır. ^{10,70}

Nonfarmakolojik Yöntemler: Bu uygulamalar analjezikler kullanılmadığında ve/veya etkileri yetersiz kaldığında, ilaçların etkisini artırmak için farmakolojik yöntemler ile birlikte ya da tek başlarına kullanılır. Ağrıyla başa çıkmada kullanılan nonfarmakolojik teknikler;

Emosyonel Uygulamalar:

Kaygının kontrolü ve önlenmesi; az miktarda kaygı kas gerginliğine neden olarak ağrı toleransını azaltır. Gevşeme, derin solunum, esneme egzersizi, çene gevşetme egzersizi ve yavaş ritmik solunum kaygıyı kontrol altına almaya veya önlemeye yardımcı olabilir. ^{64,65,70}

Kognitif Uygulamalar: Duyusal faktörlerde oluşturdukları değişiklikler yolu ile etki gösterirler. ^{64,65,70}

Hazırlayıcı Bilgi: Bilgi vererek hastayı hazırlama stres ve kaygıyı azaltıp ağrının da azalmasına neden olması beklenir. Preoperatif eğitim bu tekniğin bir örneğidir. ^{61,62,68}

Hasta Eğitimi: Ağrıyı hafifletmek ya da önlemek için kullanılan eğitim metotlarıdır. Rahatlatıcı, uygun postoperatif pozisyon ve öksürürken insizyon yerinin desteklenmesi örnek olarak verilebilir. ^{64,65,70}

Dikkati başka yöne çekme: Sohbet etme, okuma, televizyon izleme, müzik dinleme ve gevşeme tekniklerini uygulama yoluyla dikkati başka yöne çekerek ağrı azaltılabilir.

Mizah-Gülme: Vücudun doğal endorfin salgısını artırdığı gösterilmiştir. İlgiyi başka yöne çekerek stresli hastaya yardımcı olabilir. ^{64,65,70}

Hayal-Düşleme: Bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan dikkati başka yöne çekme yöntemidir. ^{64,65,70}

Biyofeedback (Biyolojik geri bildirim): Kan basıncı gibi fizyolojik fonksiyonlar hakkında verilen bilgi hastadan geri alınır. Böylece hasta beden yanıtını daha sağlıklı bir yolla değiştirir. ^{64,65,70}

Fiziksel ve Deri Stimülasyon Yöntemleri:

Tedavi edici değil ağrıyı gidermek için palyatif amaçlı uygulanır. Stimülasyon sırasında ya da sonrasında ağrı giderilir. ^{64,65,70}

Masaj: Gergin kasları gevşetir ve lokal dolaşımı hızlandırır. Sırt ve ayak masajı özellikle gevşeticidir. ^{64,65,70}

ROM Egzersizleri (Pasif-aktif destekli): Kasları gevşetir, dolaşımı sağlar ve hareketsizliğin ağrıyı hafifletmesini engeller. ^{64,65,70}

Sıcak Uygulama: Sinaptik keselerde depolanmış olan serotoninin salınımını uyarmaktadır. Serotoninin ağrının algılanmasını azaltmakta, ağrı eşiğini yükseltmektedir.

Soğuk Uygulama: Sinir lifleri ve reseptörlerinin ısısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır, o bölgedeki ağrı eşiğini yükseltir. ^{64,65,70}

Transkutan Sinir Simulasyonu (TENS): Ameliyat sonrası insizyon bölgesinin her iki yanına yerleştirilen elektrotlar vasıtası ile zayıf implusları deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınır. Narkotik alınımını ve ağrı şiddetini azaltma etkisi vardır. ^{58,64,65,70}

Vibrasyon: Bir tür elektrik masajıdır. Ağrı gidermek amacıyla kullanımı yaygın değildir, ancak yapılan çalışmalar çok etkili olabildiğini göstermiştir. ⁵²

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yarı deneysel olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde vaka sayısına ulaşıncaya kadar Kasım 2007- Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan genel cerrahi kliniği (erkek- kadın cerrahi) toplam 112 yataklı bir kapasiteye sahiptir.

Genel Cerrahi Kliniğinde 6 Profesör, 1 Doçent, 2 Yardımcı Doçent ve 15 asistan çalışmaktadır. Gündüz vardiyasında 2, diğer vardiyalarda 1'er hemşire olmak üzere toplam 12 hemşire (kadın- erkek cerrahisinde) çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapılacağı tarihler arasında (Kasım 2007- Mayıs 2008) Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim dalına gelen, yetişkin inguinal herni hastaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğine yatan, 18-60 yaş arası, en az ilkokul mezunu, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan, iletişime ve işbirliğine açık olan, psikiyatrik bir hikayesi bulunmayan örneklem özelliği kapsamında veri toplama süresince toplam 69 hastaya ulaşılmış. Bu hastalardan 3'ü kontrol grubunda 6'sı deney grubunda olmak üzere 9 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma 30 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 60 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

3.4.1.1.Hasta Tanıtım Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan hasta tanıtım formunda hastanın tanıtıcı özellikleri ile ilgili 13 soru bulunmaktadır. Bu sorular hastanın “yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, aile tipi, çocuk sayısı, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, ameliyat deneyimi, gelir durumu ve başka sağlık problemini” içeren sorulardır (Ek I).

3.4.1.2. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

Kendini değerlendirme anketi 1970 yılında ABD’de Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe formu geçerlilik güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.⁹ Asıl adı “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” (DSKÖ) olan formun, bireylerin çekinmeden ve içtenlikle soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak amacı ile “kendini değerlendirme anketi” olarak kullanılması yazarlar tarafından önerilmektedir. Kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. İlk yirmi soru hastanın durumluk kaygı düzeyini, diğer yirmi soruda sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir.

Durumluk kaygı ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda, kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir.

Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Hastalar durumluk kaygı ölçeğini okurken o andaki duygularının şiddetine göre, ölçek maddelerinin her birini, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla ifadelerden biriyle yanıtlamışlardır.

Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır.

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reserve) ifadelerdir.

Duruma bağlı kaygı ölçeğinde doğrudan (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18'inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20'inci maddeler) yer almaktadır. Sürekli kaygı ölçeğinde de doğrudan (22,23,24,25,28,29,31,32,34,37,38 ve 40'inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (21,26,27,30,33,36,39'uncu maddeler) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerindekiler ise bire dönüşür. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir (EK II- EK III).⁹

Öner'in belirttiğine göre, Spielberger'in durumuna bağlı sürekli kaygı ölçeğinde;

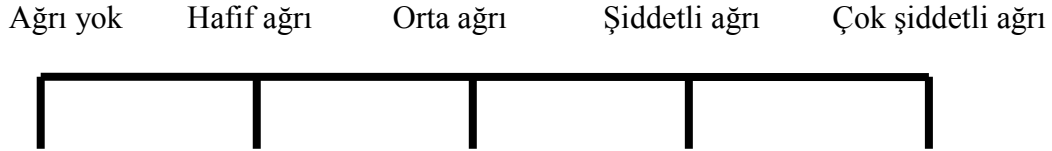
0-19 puan	Kaygı yok
20-39 puan	Hafif kaygı
40-59 puan	Orta düzeyde kaygı
60-79 puan	Ağır düzeyde
80- ve üzeri puan	Panik olarak değerlendirilmektedir. ⁹

Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87 arasında olduğu saptanmış olup, bu çalışmada durumluk kaygı ölçeği iç tutarlılığı alfa; .89, sürekli kaygı ölçeği iç tutarlılığı alfa; .75 tespit edilmiştir.

3.4.1.3. Takip Formu

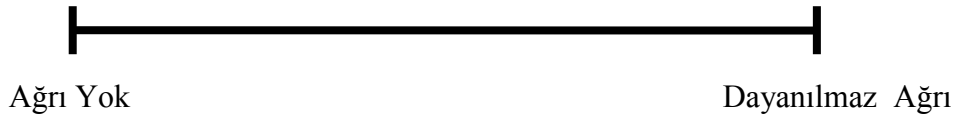
Sözel kategori ölçeği (SKÖ) ve Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) içerir.

Sözel kategori ölçeği; beş puanlı bir ölçektir. Hasta ağrısını beş puan üzerinden değerlendirir. (1) Ağrı Yok, (2) Hafif Ağrı, (3) Orta Ağrı, (4) Şiddetli Ağrı, (5) Çok Şiddetli Ağrı.



Sözel Kategori ölçeğinin avantajları; kolay uygulanması ve sınıflamasının basit olmasıdır. Ağrının çok yönlü değerlendirmesi açısından başarılıdır. Dezavantajları ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım sınırlılıkları vardır.

Görsel Kıyaslama Ölçeği ; sol ucunda ağrısızlık, sağ ucunda oluşabilecek en şiddetli ağrı (dayanılmaz ağrı) yazan on santimetrelik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir.



GKÖ ile değerlendirmelerde düzenli bir dağılım gözlenir. Sözlü ağrı değerlendirmesi ile karşılaştırıldığında, tedavi etkinliklerinin değerlendirilmesinde yeterli hassasiyete sahip olduğu görülür.

GKÖ kullanımının dezavantajları; hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılığa neden olmaktadır. Hastanın yorgun, işbirliği yapamaz olması veya GKÖ cetvelini yeterince anlayamaması, GKÖ'nün yeterli olmasını engelleyebilir. Ağrı değerlendirmesinin yapıldığı zamanlar çok önem taşıdığı için düzenli aralıklarla uygulanması gerekir. Her seferinde aynı cetveli kullanmak hastanın önceki ağrı şiddetini görmek, sonraki ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde etkileyici rol oynayabilir. GKÖ çocuklarda yaşlılara göre daha güvenilir bir ağrı değerlendirme ölçütüdür. Hasta tarafından GKÖ ile yapılan değerlendirmelerde aynı anda sayısal olarak değerlendirilebilmesi amacı ile GKÖ cetvelinin bir tarafı “*Ağrı Yok*” ya da “*Ağrı tümüyle geçti*” ibaresi yer alırken sağ ucunda ise “*Dayanılmaz Ağrı*” ya da “*Ağrıda hiç azalma yok*” ibaresi yer aldığı eşit aralıklarla ayrılmış cetvel olarak işlev görür. Bu ölçeğin üzerinde hareket edebilen kursör ile hasta ölçeğin bir tarafındaki ağrı şiddetini işaret ederken, kursörün arkasındaki kısmı ölçeğin cetveli üzerindeki sayısal değeri göstermektedir.^{50, 53,60,70}

Takip formunda, hastaların tansiyon ve nabız değerleri bulunmaktadır (EK IV).

3.4.2. Veri Toplama Formların Uygulanması

Veriler, hazırlanan veri toplama formu kullanılarak Kasım 2007 ve Mayıs 2008 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

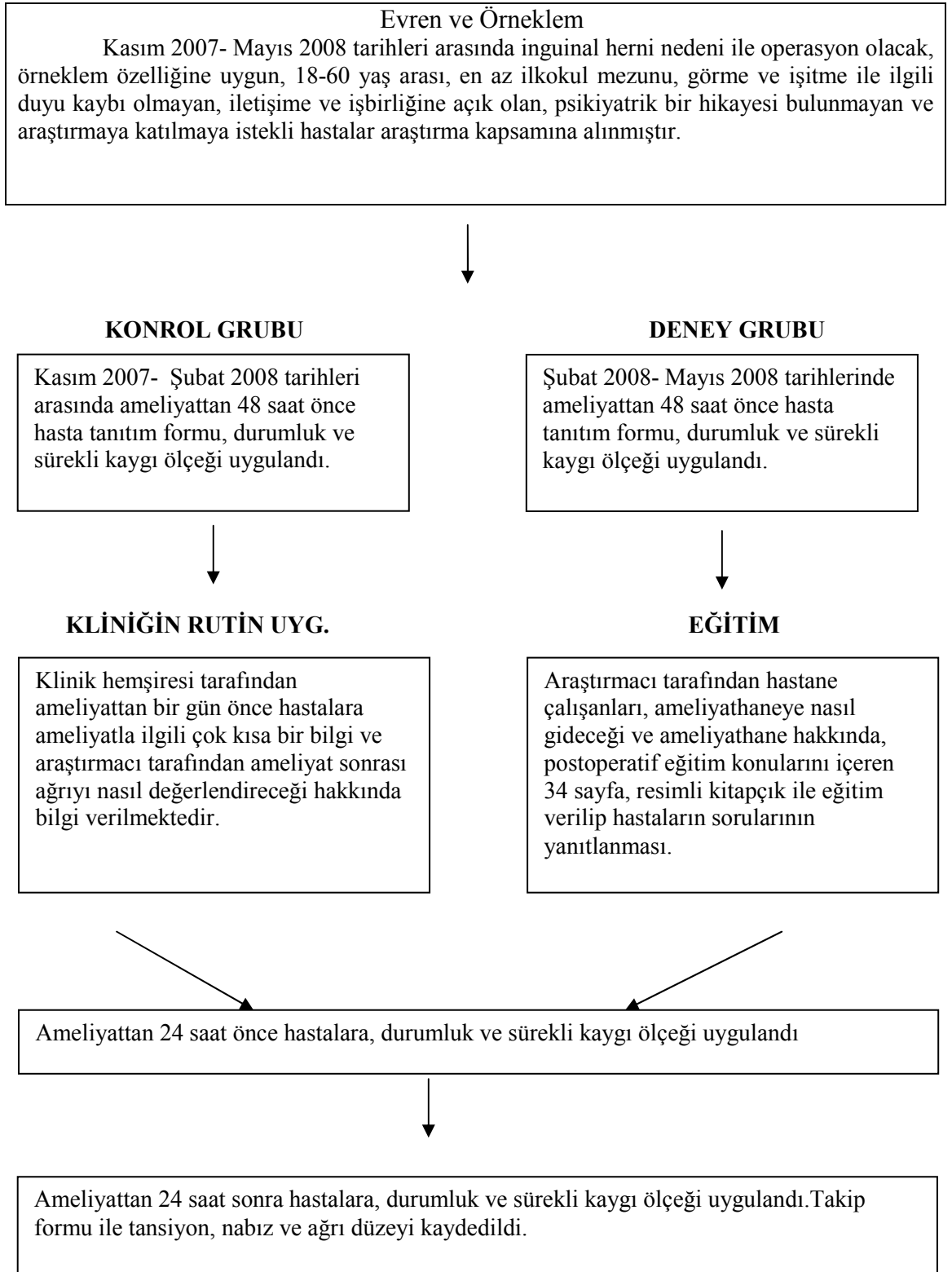
Veri toplama formları kontrol ve deney grubuna şu şekilde uygulanmıştır; hasta tanıtım formu kontrol ve deney grubuna ameliyattan 48 saat önce, durumluk sürekli kaygı ölçeği ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra, takip formu ameliyat sonrası ½., 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 12., 24. saatlerde uygulanmıştır.

3.4.3. Girişim

Kontrol grubundaki hastalara, klinikte verilen rutin hemşirelik bakımının yanı sıra, ameliyat sonrası ağrı ölçümünün nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir ve hasta tanıtım formu uygulanmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, ameliyattan 48 saat önce ve ameliyat öncesi stresin en yoğun olduğu an 24 saat önce uygulanmıştır. Ameliyattan sonra ½., 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 12., 24. saatle de tansiyon, nabız ve ağrı düzeyi kaydedilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra, stresin hafiflediği ya da ortadan kalktığı an, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği bir kez daha uygulanmıştır.

Deney grubundaki hastalara; ameliyattan 48 saat önce hasta tanıtım formu ve durumluluk sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Bu hastalara ameliyattan 24 saat önce ortalama 30 dakika süreyle, ameliyat öncesi hasta eğitim rehberi ve ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesiyle ilgili bilgiler verilip, bilgilendirici el kitabı verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Eğitim boş bir odada, bireysel olarak yapılmıştır. Eğitim tamamlandıktan sonra 24 saat önce ve 24 saat sonra durumluk sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Ameliyattan sonra ½., 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 12., 24. saatler de tansiyon, nabız ve ağrı düzeyi kaydedilmiştir.

Kitapçığın içeriğinde şu konulara yer verilmiştir; ameliyat öncesi hazırlık, ameliyathane ortamı, ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizler ve ağrı açıklanmıştır.

ARAŞTIRMA PLANI

3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayarda SPSS Windows 15.0 (Statistical for social sciences for windows) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuş ve tablolaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi , Mauchly's varyans analizi, Bonferroni düzeltme analizi, Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (anova for repeated measures) ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
*Hastaların kaygı ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için	* Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi
*Kontrol ve eğitim grubu karşılaştırmaları	* t testi
*Bağımlı gruplarda, aynı değişken üzerinde yapılan ve ikiden fazla kez yinelenen ölçümleri (repeated test of measures) değerlendirmek için	* Bağımlı gruplarda varyans analizi Mauchly (Mauchly's sphericity) analizi
*Varyans analizi sonucunda anlamlılığın nereden kaynaklandığını saptamak için	*Bonferroni düzeltme analizi
*Tekrarlı ölçümlerde ölçümler arasındaki farkı test etmek için	* Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (Anova for repeated measures)
*Araştırma bulgularının daha iyi anlaşılması ve analiz sonuçlarının daha iyi yorumlanması için	*Grafik (histogram)

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kaygı ve ağrı düzeyi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; verilen eğitim.

Kontrol değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, daha önceki ameliyat deneyimi.

Kontrol Değişkenleri	Kontrol Grubu (n=30)		Deney Grubu (n=30)	
Yaş ortalaması	45.60±11.08		43.80±14.30	
Cinsiyet	%	S	%	S
Kadın	43.3	13	53.3	16
Erkek	56.7	17	46.7	14
Eğitim durumu				
İlk-orta	50.0	15	73.3	22
Lise	50.0	15	26.7	8
Daha önceki ameliyat deneyimi				
Var	50.0	15	56.7	17
Yok	50.0	15	43.3	13

Etik İlkeler

Çalışmaya başlamadan önce hastane ve ilgili anabilim dalı başkanlığından izin alınmıştır.

Genel cerrahi kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi detaylı bir şekilde açıklanarak anlatılmıştır.

Yapılacak tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiğinden araştırmaya alınacak bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır. Ayrıca veri toplamadan önce hastalara çalışmanın amaçları ve izlenecek olan yol anlatılmış, merak ettikleri sorular yanıtlanmış ve daha sonra hasta bireyin onayı sözel olarak alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılıkları küçük örneklem grubunun olması, olasılıksız örneklem yönteminin kullanılması. Bu nedenle araştırmanın sonuçları, araştırmadaki örneklem grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması incelendiğinde kontrol grubunda 45.60 ± 11.08 , deney grubunda 43.80 ± 14.30 olarak belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunun %43.3'ünü (n=13) kadınlar, %56.7'sini (n=17) erkekler, deney grubunun %53.3'ünü (n=16) kadınlar, %46.7'sini (n=14) erkekler oluşturmuştur. Her iki grubun cinsiyete göre dağılımı karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunun %50'si (n=15) ilk-orta, %50'si lise, deney grubunun %73.3'ü (n=22) ilk-orta, %26.7'si (n=8) lise mezunudur. Kontrol ve deney grubundaki hastaların eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların meslek tipine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunun %40'nın (n=12) çalışmadığı, %60'ının (n=18) memur olduğu, deney grubunun %43.3'ünün (n=13) çalışmadığı, %56.7'sinin (n=17) memur olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubundaki hastaların meslek tipleri arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubundaki hastalarda %90'nı (n=27) evli, %10'unu (n=3) bekar, deney grubundaki hastaların %83.3'ü (n=25) evli, %16.7'sinin (n=5) bekar olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında medeni durum açısından fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların aile tipine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunun %93.3'ünün

(n=28) çekirdek aile, %6.7'sinin (n=2) kalabalık aile, deney grubundaki hastaların, %83.3'ünün (n=25) çekirdek aile, %16.7'sinin (n=5) kalabalık aile olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında aile tipi açısından fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Yaşanılan yer incelendiğinde, kontrol grubunun, %66.7'sinin (n=20) il, %33.3'ünün (n=10) ilçede yaşadığı, deney grubundaki hastaların; %53.3'ünün (n=16) il, %46.7'sinin (n=14) ilçede yaşadığı belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımına bakıldığında kontrol grubundaki hastaların, %90'ının (n=27) sağlık güvencesi olduğu, %10'unun (n=3) sağlık güvencesi olmadığı, deney grubundaki hastaların, %93.3'ünün (n=28) sağlık güvencesi olduğu, %6.7'sinin (n=2) sağlık güvencesi olmadığı belirlenmiştir. İki grup arasında sosyal güvence açısından fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların ameliyat deneyimine göre dağılımına bakıldığında kontrol grubundaki hastaların, %50'sinin (n=15) ameliyat deneyimi olduğu, deney grubundaki hastaların, %56.7'sinin (n=17) ameliyat deneyimi olduğu, %43.3'ünün (n=13) ameliyat deneyimi olmadığı belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında kontrol grubundaki hastaların; %63.3'ünün (n=19) asgari ücret, %36.7'sinin (n=11) asgari ücret üzeri, deney grubundaki hastaların; %56.7'sinin (n=17) asgari ücret, %43.3'ünün (n=13) asgari ücret üzeri aldığı belirlenmiştir. İki grup arasında fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Kontrol ve deney grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=30)		Deney Grubu (n=30)	
Yaş ortalaması	45.60±11.08		43.80±14.30	
	t= .545		sd=1 p >0.05	
Cinsiyet	Kontrol Grubu (n=30)		Deney Grubu (n=30)	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	13	43.3	16	53.3
Erkek	17	56.7	14	46.7
	x ² = .601		sd=1 p >0.05	
Eğitim Durumu				
İlk-orta	15	50.0	22	73.3
Lise	15	50.0	8	26.7
	x ² = 3.45		sd=1 p <0.05	
Meslek				
Çalışmıyor	12	40.0	13	43.3
Memur	18	60.0	17	56.7
	x ² = .069		sd=1 p >0.05	
Medeni durum				
Evli	27	90.0	25	83.3
Bekar	3	10.0	5	16.7
	x ² = .577		sd=1 p >0.05	
Aile tipi				
Çekirdek aile	28	93.3	25	83.3
Kalabalık aile	2	6.7	5	16.7
	x ² = 1.45		sd=1 p >0.05	
Yaşadığı yer				
İl	20	66.7	16	53.3
İlçe	10	33.3	14	46.7
	x ² = 1.11		sd=1 p >0.05	
Sağlık güvencesi				
Var	27	90.0	28	93.3
Yok	3	10.0	2	6.7
	x ² = .218		sd=1 p >0.05	
Daha önceki ameliyat deneyimi				
Var	15	50.0	17	56.7
Yok	15	50.0	13	43.3
	x ² = .268		sd=1 p >0.05	
Gelir düzeyi				
Asgari ücret	19	63.3	17	56.7
Asgari ücret üzeri	11	36.7	13	43.3
	x ² = .278		sd=1 p >0.05	

Tablo 2. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ölçek uygulama zamanlarıyla sürekli kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Uygulanma Zamanı	Sürekli Kaygı Puan Ortalaması					
	Kontrol Grubu n=30		Deney Grubu n=30		t	P
	X	SS	X	SS		
Ameliyattan 48 Saat Önce	39.93	9.38	39.56	9.51	t= .511	p>0.05
Ameliyattan 24 Saat Önce	43.60	9.68	37.76	6.33	t= 3.36	p<0.001
Ameliyattan 24 Saat Sonra	38.06	8.11	36.56	5.26	t= 4.49	p<0.001

Gruplar arasında hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ameliyattan 48 saat önce; kontrol grubunda 39.93 (SS= 9.38), deney gurubunda 39.56 (SS=9.51) olarak tespit edilmiş aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2).

Ameliyattan 24 saat önce gruplar arasındaki hastaların sürekli kaygı puan ortalaması kontrol grubunda 43.60 (SS= 9.68), deney grubunda 37.76 (SS= 6.33) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra hastaların sürekli kaygı puan ortalaması kontrol grubunda 38.06 (SS=8.11), deney gurubunda 36.56 (SS=5.26) olarak tespit edilmiştir.

Ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra deney gurubu lehine gruplar arasındaki fark her iki zaman diliminde istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$)(tablo 2).

Tablo 3. Kontrol ve deney gruplarında ölçek uygulama zamanına göre sürekli kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması

Sürekli Kaygı Puan Ortalaması							
Gruplar	48 saat önce			24 saat önce		24 saat sonra	
	N	X	SS	X	SS	X	SS
Kontrol Grubu	30	39.93	9.36	43.60	9.68	38.06	8.11
				Mauchly's W= .791 sd=1 p<0.001			
Deney Grubu	30	39.56	9.51	37.76	6.33	36.56	5.26
				Mauchly's W= .247 sd=1 p<0.001			

Grup içinde hastaların sürekli kaygı puan ortalaması incelendiğinde, kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce 39.93 (SS= 9.36), 24 saat önce 43.60 (SS= 9.68), ameliyattan 24 saat sonra 38.06 (SS= 8.11) olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları ise ameliyattan 48 saat önce 39.56 (SS= 9.51), 24 saat önce 37.76 (SS= 6.33) ve 24 saat sonra 36.56 (SS= 5.26) olarak belirlenmiştir.

Grup içinde zamana göre hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 3).

Tablo 4. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ölçek uygulama zamanlarıyla durumluk kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Uygulanma Zamanı	Durumluk Kaygı Puan Ortalaması					
	Kontrol Grubu n=30		Deney Grubu n=30		t	P
	X	SS	X	SS		
Ameliyattan 48 Saat Önce	37.06	8.00	42.30	7.73	t= .244	p>0.05
Ameliyattan 24 Saat Önce	47.13	10.07	26.80	3.36	t= 26.9	p<0.001
Ameliyattan 24 Saat Sonra	32.96	5.92	24.66	2.26	t= 24.6	p<0.001

Hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının gruplar arasında incelenmesinde, ameliyattan 48 saat önce kontrol grubunda 37.06 (SS= 8.00), deney grubunda 42.30 (SS= 7.73) olarak tespit edilmiş gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Ameliyattan 24 saat önce hastaların durumluk kaygı puan ortalaması kontrol grubunda 47.13 (SS= 10.07), deney grubunda 26.80 (SS= 3.36) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra kontrol grubunda 32.96 (SS= 5.92), deney grubunda 24.66 (SS= 2.26) olarak bulunmuştur. Ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra deney grubu lehine iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4).

Tablo 5. Kontrol ve deney gruplarında ölçek uygulama zamanına göre durumluk kaygı puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı Puan Ortalaması							
Gruplar	48 saat önce			24 saat önce		24 saat sonra	
	N	X	SS	X	SS	X	SS
Kontrol Grubu	30	37.06	8.00	47.13	10.07	32.96	5.92
				Mauchly's W= .704		sd=1	p<0.001
Deney Grubu	30	42.00	7.73	26.80	3.36	24.66	2.26
				Mauchly's W= .287		sd=1	p<0.001

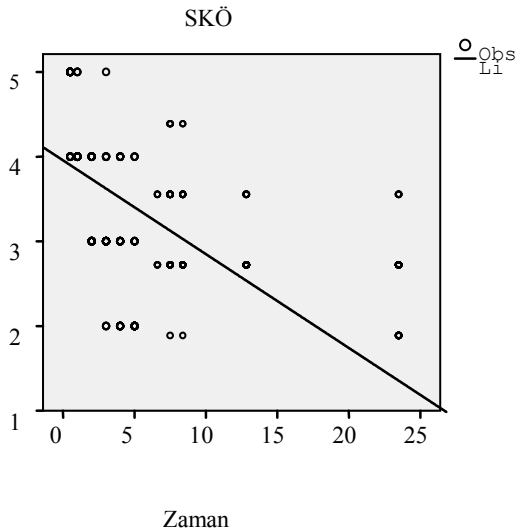
Hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması grup içinde incelendiğinde kontrol grubundaki hastaların kaygı puan ortalamaları ameliyattan 48 saat önce 37.06 (SS= 8.00), 24 saat önce 47.13 (SS=10.07), 24 saat sonra 32.96 (SS= 5.92) olarak saptanmıştır. Deney grubunda ise; ameliyattan 48 saat önce 42.00 (SS= 7.73), 24 saat önce 26.80 (SS= 3.36), 24 saat sonra 24.66 (SS= 2.26) olarak belirlenmiştir. Grup içinde zamana göre hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması, kontrol ve deney grubunda istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5).

Tablo 6. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların SKÖ Değerinin Ölçüm Zamanına Göre Karşılaştırılması

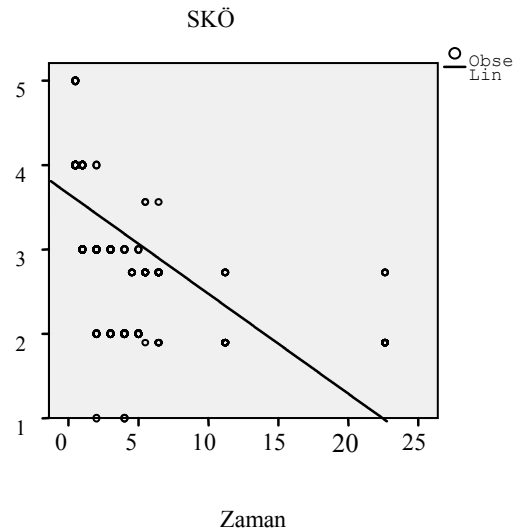
SKÖ	GRUP	X±SS
SKÖ ½. Saat	Kontrol	4.773±0.44
	Deney	4.266±0.44
SKÖ 1. saat	Kontrol	4.100±0.30
	Deney	3.466±0.50
SKÖ 2. saat	Kontrol	3.400±0.49
	Deney	2.733±0.63
SKÖ 3. saat	Kontrol	3.133±0.62
	Deney	2.466±0.50
SKÖ 4. saat	Kontrol	2.900±0.75
	Deney	2.066±0.44
SKÖ 5. saat	Kontrol	2.500±0.68
	Deney	2.100±0.30
SKÖ 6. saat	Kontrol	2.633±0.76
	Deney	2.033±0.31
SKÖ 7. saat	Kontrol	2.366±0.66
	Deney	1.833±0.46
SKÖ 12. saat	Kontrol	2.200±0.40
	Deney	1.200±0.40
SKÖ 24. saat	Kontrol	1.866±0.62
	Deney	1.133±0.34

F= 111.029 p=0.000

Tablo 6’da; tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki SKÖ (Sözel Kategori Ölçeği) düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).



Grafik 1. Kontrol grubu zamana göre SKÖ düzeyi



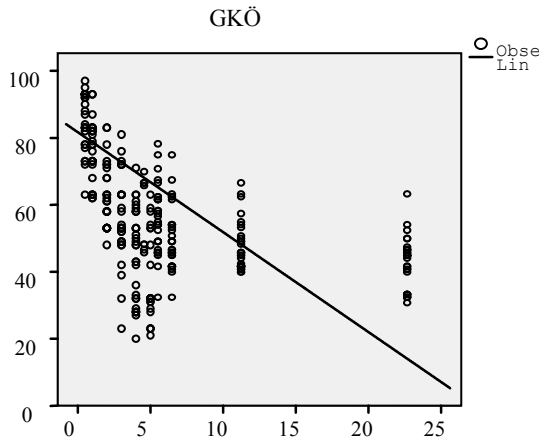
Grafik 2. Deney grubu zamana göre SKÖ düzeyi

Tablo 7. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların GKÖ Değerinin Ölçüm Zamanına Göre Karşılaştırılması

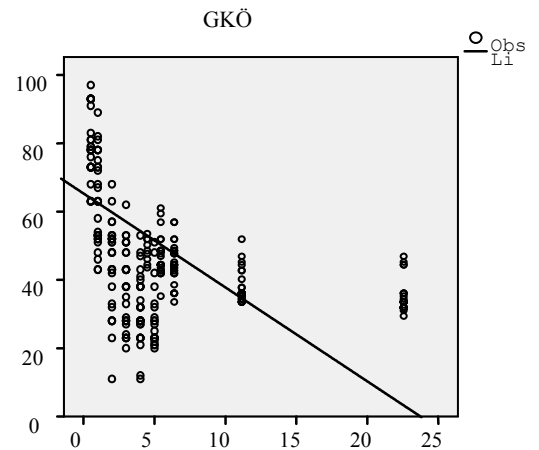
GKÖ	GRUP	X±SS
GKÖ ½. Saat	Kontrol	86.066±8.50
	Deney	79.100±10.24
GKÖ 1. saat	Kontrol	75.833±8.80
	Deney	62.600±12.86
GKÖ 2. saat	Kontrol	61.866±9.50
	Deney	44.833±12.55
GKÖ 3. saat	Kontrol	55.666±12.86
	Deney	38.266±11.16
GKÖ 4. saat	Kontrol	45.900±13.67
	Deney	31.466±9.75
GKÖ 5. saat	Kontrol	39.533±13.32
	Deney	28.533±7.78
GKÖ 6. saat	Kontrol	39.966±12.12
	Deney	25.866±6.50
GKÖ 7. saat	Kontrol	33.066±11.34
	Deney	23.233±7.01
GKÖ 12. saat	Kontrol	30.100±8.90
	Deney	14.733±5.53
GKÖ 24. saat	Kontrol	24.400±9.18
	Deney	11.333±5.39

F= 90.843 p=0.000

Tablo 7’de; tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) düzeylerindeki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).



Grafik 3. Kontrol grubu zamana göre GKÖ düzeyi



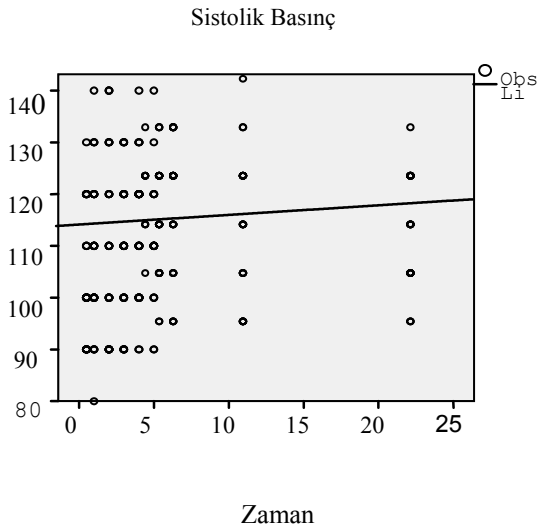
Grafik 4. Deney grubu zamana göre GKÖ düzeyi

Tablo 8. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Sistolik Basınç Değerinin Ölçüm Zamanına Göre Karşılaştırılması

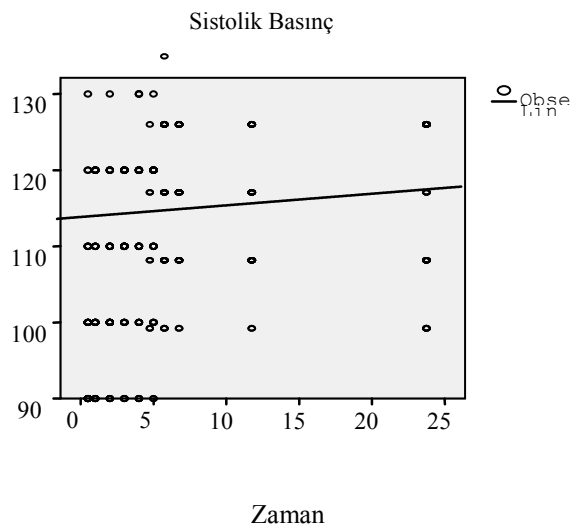
Sistolik Basınç	GRUP	X±SS
Sistolik Basınç ½. saat	Kontrol	104.000±12.20
	Deney	100.000±10.82
Sistolik Basınç 1. saat	Kontrol	108.333±14.40
	Deney	105.666±11.35
Sistolik Basınç 2. saat	Kontrol	109.666±17.11
	Deney	105.666±10.04
Sistolik Basınç 3. saat	Kontrol	109.666±12.99
	Deney	108.333±10.19
Sistolik Basınç 4. saat	Kontrol	113.000±12.35
	Deney	110.333±12.17
Sistolik Basınç 5. saat	Kontrol	113.000±11.18
	Deney	109.333±11.42
Sistolik Basınç 6. saat	Kontrol	112.333±11.04
	Deney	109.333±10.80
Sistolik Basınç 7. saat	Kontrol	112.333±12.07
	Deney	109.333±9.07
Sistolik Basınç 12. saat	Kontrol	111.333±13.82
	Deney	107.333±9.44
Sistolik Basınç 24. saat	Kontrol	109.666±11.59
	Deney	109.000±11.55

F= 4.304 p= 0.042

Tablo 8’de; tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki sistolik basınç değerleri açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$)



Grafik 5. Kontrol grubu zamana göre sistolik basınç düzeyi



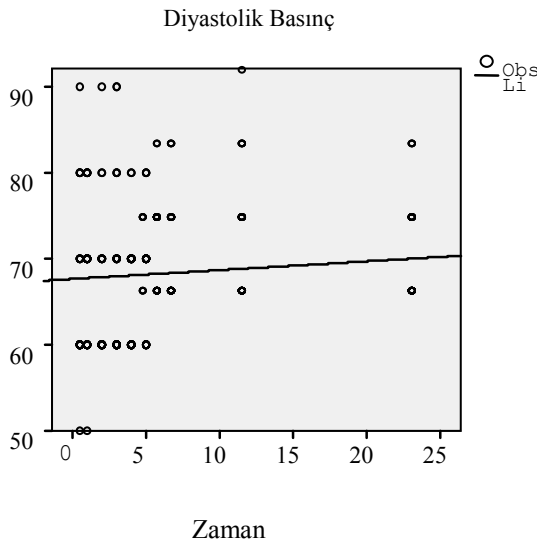
Grafik 6. Deney grubu zamana göre sistolik basınç düzeyi

Tablo 9. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Diyastolik Basınç Değerinin Ölçüm Zamanına Göre Karşılaştırılması

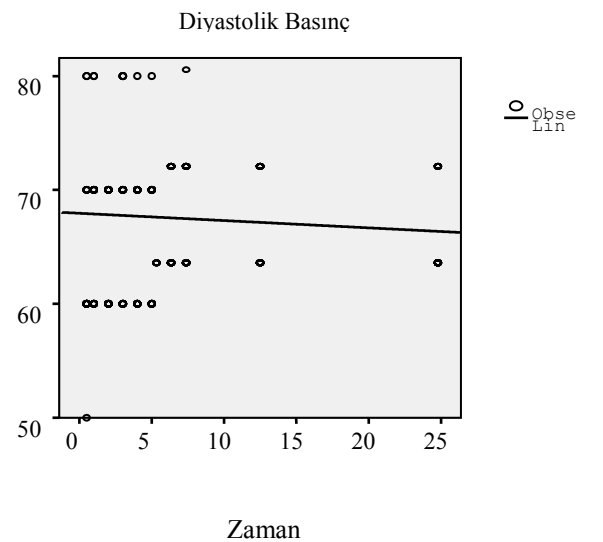
Diyastolik Basınç	GRUP	$\bar{X} \pm SS$
Diyastolik Basınç ½. saat	Kontrol	65.333±8.99
	Deney	62.666±6.39
Diyastolik Basınç 1. saat	Kontrol	68.000±7.61
	Deney	66.000±6.21
Diyastolik Basınç 2. saat	Kontrol	64.666±7.76
	Deney	64.666±5.07
Diyastolik Basınç 3. saat	Kontrol	67.000±9.15
	Deney	66.666±7.11
Diyastolik Basınç 4. saat	Kontrol	66.000±6.21
	Deney	65.000±5.72
Diyastolik Basınç 5. saat	Kontrol	67.333±6.39
	Deney	64.333±5.68
Diyastolik Basınç 6. saat	Kontrol	66.666±6.04
	Deney	64.333±5.04
Diyastolik Basınç 7. saat	Kontrol	65.000±6.82
	Deney	65.333±5.71
Diyastolik Basınç 12. saat	Kontrol	67.666±8.17
	Deney	64.333±5.04
Diyastolik Basınç 24. saat	Kontrol	66.000±6.74
	Deney	63.000±4.66

F= 5.126 p= 0.027

Tablo 9'da; tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney gruplarında diyastolik basınç değerleri açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).



Grafik 7. Kontrol grubu zamana göre diyastolik basınç düzeyi



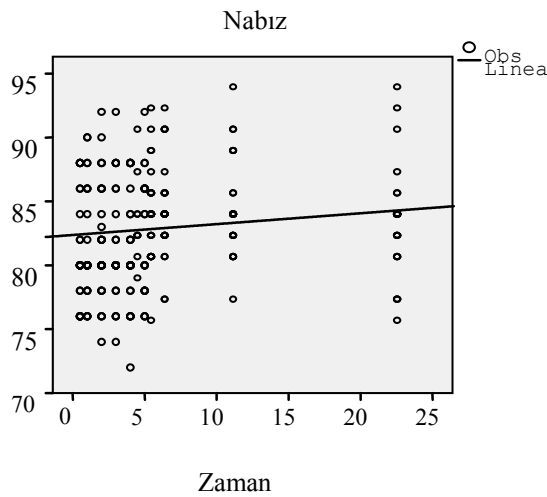
Grafik 8. Deney grubu zamana göre diyastolik basınç düzeyi

Tablo 10. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Nabız Değerinin Ölçüm Zamanına Göre Karşılaştırılması

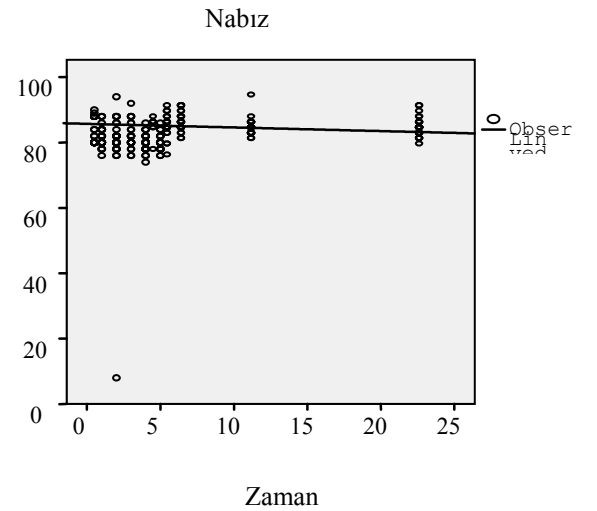
Nabız	GRUP	X±SS
Nabız ½. saat	Kontrol	80.933±4.19
	Deney	83.166±3.86
Nabız 1. saat	Kontrol	81.266±4.08
	Deney	81.666±3.06
Nabız 2. saat	Kontrol	81.833±4.47
	Deney	81.933±4.15
Nabız 3. saat	Kontrol	81.400±4.27
	Deney	82.200±3.83
Nabız 4. saat	Kontrol	81.333±4.34
	Deney	79.800±2.64
Nabız 5. saat	Kontrol	81.400±4.67
	Deney	80.133±2.82
Nabız 6. saat	Kontrol	80.133±4.06
	Deney	80.133±2.82
Nabız 7. saat	Kontrol	80.333±4.17
	Deney	80.400±3.53
Nabız 12. saat	Kontrol	80.533±4.26
	Deney	82.066±3.38
Nabız 24. saat	Kontrol	79.466±4.84
	Deney	80.133±2.92

F=0.509 p=0.478

Tablo 10' da; tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney gruplarında nabız değerleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$)



Grafik 9. Kontrol grubu zamana göre Nabız değeri



Grafik 10. Deney grubu zamana göre Nabız değeri

Tablo 11. Kontrol grubundaki hastaların SKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki (n=30)

SKÖ (Sözel Kategori Ölçeği) Zaman										
	SKÖ ½.saat	SKÖ 1.saat	SKÖ 2.saat	SKÖ 3.saat	SKÖ 4.saat	SKÖ 5.saat	SKÖ 6.saat	SKÖ 7.saat	SKÖ 12.saat	SKÖ 24.saat
Durumluk kaygı 24 saat sonra	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
	.003	.002	.217	.073	.053	.175	.005	.203	.160	.165

Kontrol grubunda hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları ile SKÖ düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 12. Kontrol grubundaki hastaların GKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki (n=30)

GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) Zaman										
	GKÖ ½.saat	GKÖ 1.saat	GKÖ 2.saat	GKÖ 3.saat	GKÖ 4.saat	GKÖ 5.saat	GKÖ 6.saat	GKÖ 7.saat	GKÖ 12.saat	GKÖ 24.saat
Durumluk kaygı 24 saat sonra	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
	.080	.180	.201	.268	.025	.054	.049	.232	.001	.040

Kontrol grubunda hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları ile GKÖ düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 13. Deney grubundaki hastaların SKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki (n=30)

		SKÖ (Sözel Kategori Ölçeği) Zaman									
		SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ	SKÖ
		½.saat	1.saat	2.saat	3.saat	4.saat	5.saat	6.saat	7.saat	12.saat	24.saat
Durumluk	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Kaygı 24											
saat sonra	.147	.160	.198	.220	.124	.200	.270	.176	.037	.206	

Deney grubunda hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanı ile SKÖ düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 14. Deney grubundaki hastaların GKÖ ve ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki (n=30)

		GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) Zaman									
		GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ	GKÖ
		½.saat	1.saat	2.saat	3.saat	4.saat	5.saat	6.saat	7.saat	12.saat	24.saat
Durumluk	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
kaygı 24											
saat sonra	.198	.187	.137	.130	.051	.012	.193	.116	.009	.180	

Deney grubunda hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puanı ile GKÖ düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Kişinin sağlığını sürdürme ve yükseltilmesinde, hastalık durumlarında baş etme mekanizmalarının aktif hale dönüştürülmesinde hemşirenin eğitici rolü büyük önem taşımaktadır. Hemşire; hasta ve ailesinin eğitimle ilgili gereksinimlerini saptayarak bireylere kapsamlı bir şekilde bilgi sağlayıp eğitim yapan uzman rolündedir.⁷¹

Çalışma batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastaların durumluk-sürekli kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, yaş ortalamasına bakıldığında, kontrol grubunda 45.60 ± 11.08 , deney grubunda 43.80 ± 14.30 olduğu görülmektedir.

Hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunun %43.3'ünü (n=13) kadınlar, %56.7'sini (n=17) erkekler, deney grubunun %53.3'ünü (n=16) kadınlar, %46.7'sini (n=14) erkekler oluşturmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında, çoğunluğunun ilk-orta mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun %50'si (n=15), deney grubunun %73.3'ü (n= 22) ilk-orta mezunudur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 1). Bunun nedeni deney grubunda ki ilköğretim mezun sayısının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastaların meslek tipine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %60 (n=18) hastanın, deney grubunda %56.7 (n=17) hastanın memur olduğu görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %90 (n=27), deney grubunda %83.3 (n=25) hastanın evli olduğu görülmektedir ($p > 0.05$).

Hastaların aile tipine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %93.3 (n=28), deney grubunda %83.3 (n=25) hastanın çekirdek aile tipine sahip olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 1).

Yaşanılan yer incelendiğinde, kontrol grubunda %66.7 (n=20), deney grubunda %53.3 (n=16) hastanın ilde yaşadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 1).

Hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %90 (n=27), deney grubunda %93.3 (n=28) hastanın sosyal güvencesi olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 1).

Hastaların ameliyat deneyimine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %50 (n=15) deney gurubunda %56.7 (n=17) hastanın ameliyat deneyimi olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 1).

Gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %63.3 (n=19), deney grubunda %56.7 (n=17) hastanın asgari ücret aldığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışmanın sonunda kontrol ve deney grubundaki hastaların medeni durumu dışında, cinsiyet, meslek, aile tipi, çocuk sayısı, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, daha önceki ameliyat deneyimi ve gelir düzeyi bakımından benzer olduğu bulunmuştur. Hastaların özelliklerinin benzer olması gruplarda homojenliği sağlaması açısından istenen bir durumdur. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Dönmez'in⁷² yaptığı çalışmada hastaların yaşadığı yer ile kaygı düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Wiens'in⁷³ yapmış olduğu çalışmada hastaların daha önce ameliyat deneyiminin olması ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmaların sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerdir.

Araştırma kapsamındaki hastaların (kontrol grubu 30, deney grubu 30), ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra kontrol grubunda sürekli kaygı puanı sırası ile, 39.93(SS=9.38), 43.60 (SS=9.68) ve 38.06 (SS=8.11) deney grubunda ise sırası ile, 39.56 (SS=9.51), 37.76 (SS=6.33) ve 36.56 (SS=5.26) olarak bulunmuştur. Ameliyattan 48 saat önce gruplar arasındaki sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra gruplar arasındaki sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 2). Kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce 39.93 olan sürekli kaygı puan ortalaması ameliyattan 24 saat önce 43.60'a yükselmiştir. Deney grubunda ise ameliyattan 48 saat önce 39.56 olan sürekli kaygı puan ortalaması ameliyattan 24 saat önce 37.76'ya inmiştir. Kontrol grubunun ameliyattan 24 saat önce yüksek olan sürekli kaygısının ameliyat sonrasında daha düşük görülmesi hastaların ameliyat olduktan sonraki yaşamlarını daha iyi geçireceklerine olan inançları olarak düşünülmektedir. Burada durumluk kaygı puan ortalaması anlık olaylarla ilgili olduğundan yapılan eğitimle hastanın durumluk kaygı puan ortalaması ameliyattan 24 saat önce düşmüştür ve durumluk kaygısının hastaların sürekli kaygı düzeyine etki ettiğini söyleyebiliriz.

Karabulut'un²³ "Batın ameliyatı öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının çocuğun ve annenin kaygı düzeyine etkisini" incelediği çalışmada ameliyattan 48 saat önce çocuklarda sürekli kaygı puan ortalaması anlamsız çıkarken 24 saat önce ve sonrası hem anneler hem de çocuklarda gruplar arası sürekli kaygı puan ortalaması anlamlı çıkmıştır. Bu sonuçlarda bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Kontrol grubunda sürekli kaygı puanı ameliyattan 48 saat önce 39.93 (SS=9.38) iken ameliyattan 24 saat önce 43.60'a (SS=9.68) yükselmiştir. Deney grubunda ise ameliyattan 48 saat önce 39.56 (SS=9.51) iken yapılan eğitimin etkinliği ile sürekli

kaygı puan ortalaması 37.76 (SS=6.33) düşmüştür. Bundan dolayı grup içi sürekli kaygı puan ortalaması her iki grupta da anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 3).

Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra durumluk kaygı puan ortalaması sırası ile, 37.06 (SS=8.00), 47.13 (SS=10.07) ve 32.96 (SS=5.92) olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların durumluk kaygı puan ortalaması sırası ile; 42.30 (SS=7.73), 26.80 (SS=3.36) ve 24.66 (SS=2.26) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının gruplar arasında incelendiğinde, ameliyattan 48 saat önce gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4).

Ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4). Bu önemlilik kontrol grubunda başlangıçta düşük olan durumluk kaygı puan ortalaması ameliyattan 24 saat önce yükselmiştir. Ameliyattan sonra ameliyat stresinin azalmasına bağlı, durumluk kaygı seviyesi düşmüştür. Durumluk kaygı anlık olaylarla ilgili olduğundan deney grubunda, başlangıçta yüksek olan durumluk kaygı puan ortalaması eğitimin etkinliği ile ameliyattan 24 saat önce azalmıştır. Ameliyat sonrası hasta taburcu olacağını bildiği için durumluk kaygı puan ortalaması daha da düşmüştür. Bu sonuçlarda her iki grupta ki farkın istatistiksel olarak önemli çıkmasını sağlamıştır. Bu sonuçta hipotez biri doğrulamaktadır.

Hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması grup içinde zamana göre incelendiğinde, kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce durumluk kaygı puan ortalaması 37.06 iken ameliyattan 24 saat önce 47.13'e yükselmiştir. Deney grubunda ise ameliyattan 48 saat önce durumluk kaygı puan ortalaması 42.00 iken ameliyattan 24 saat önce 26.80'ne inmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra her iki grupta da durumluk kaygı

puan ortalaması azalmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda grup içinde hastaların zamana göre durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0.001$) (Tablo 5). Bu bulgu kitapçık ile verilen eğitimin, deney grubu hastalarının durumluk kaygı puan ortalama düzeyini azalttığı ve yapılan eğitimin etkinliğini göstermektedir. Sonuçlar, ameliyat öncesi dönemde planlı eğitim verilen deney grubundaki hastaların durumluk kaygı puan ortalaması eğitim verilmeyene göre daha düşüktür. Bu sonuçta, araştırmamızın ikinci hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde zaman sabit tutulmak üzere insanların; okuduklarının %10'unu, işittiklerinin %20'sini, gördüklerinin %30'unu, hem görüp hem işittiklerinin %50'sini hatırladıkları belirtilmektedir.⁷⁴

Akkaş'ın⁷⁵ yaptığı araştırmada ameliyat öncesi dönemde hastaya verilen eğitimin hastanın kaygı düzeyini azalttığı bulunmuştur.

Pıçakçıfe'nin⁷⁶ “İnguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerine verilen eğitimin durumluk kaygı (anksiyete) üzerine etkisini” araştırdığı çalışmasının sonucu bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yorulmaz ve Özbayır'ın⁴² “Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyinin incelendiği” araştırmasında, ameliyattan önce durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ameliyat sonrası durumluk sürekli kaygı puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk-süreklilik kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P<0.05$).

Keskin⁷⁷ “Anorektal cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini” araştırdığı çalışmasında deney grubunun ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları, kontrol grubunun

ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur.

Dallı⁷⁸ “Böbrek transplantasyon alıcı ve vericilerinde, bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine etkisini”, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği kullanarak araştırmıştır. Bilgilendirici hemşirelik yaklaşımı alan hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları, belirgin bir düşüş göstermiştir. Araştırma sonucuna göre; bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, durumluk ve sürekli kaygıyı azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (P<0.05). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulgular ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4).

Hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine bakıldığında, tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki SKÖ düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (P<0.001). Aynı şekilde tüm ölçüm zamanlarında iki grup arasındaki GKÖ düzeylerinde de anlamlı farklılık bulunmuştur (P<0.001).

Ameliyattan yarım saat sonra olan ilk ölçüm zamanında kontrol grubunun ortalaması X: 86.066 ± 8.50 olarak bulunurken, deney grubunun ortalaması X: 79.100 ± 10.24 olarak bulunmuştur. Son ölçüm zamanı olan 24. saatte bu ortalamalar kontrol grubunda X: 24.400 ± 9.18, deney grubunda X: 11.333 ± 5.39 bulunmuştur.

Kontrol grubundaki GKÖ ağrı skorları, ilk ölçüm zamanında daha yüksek olarak başlamış ve daha yüksek skorlarla bitmiştir. Deney grubundaki GKÖ ağrı skoru kontrol grubuna göre daha düşük başlamış ve daha düşük skorla bitmiştir. Yapılan eğitim aynı şekilde ağrı üzerine de olumlu etkisi olduğundan ilk ve son ölçümlerdeki ağrı skoru deney grubunda daha düşüktür.

Özberksoy⁷⁹ “Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisini”

incelediği çalışmasında eğitim grubunda, kontrol grubundan daha küçük skorlarda GKÖ değeri kaydedilmiştir.

Sjöling ve ark⁸⁰ “Total diz artroplasti olan hastalarda ameliyat öncesi bilginin kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve ağrı idaresindeki memnuniyet üzerine etkisini incelemiştir”. Eğitim grubunun tümünde, kontrol grubundan daha küçük skorlu GKÖ değerleri kaydetmişlerdir. Bu farklılık üçüncü günde daha açık bulunmuştur ve daha az ağrı belirten deney grubunda kontrol grubundan daha erken dönemde GKÖ değerleri kesilmiştir. Bilgilendirilen hastaların ameliyat öncesi kaygı değerleri de daha düşük bulunmuştur. Sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tanımlanmıştır ($p<0.05$).

Karayurt’un²⁷ “Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin incelendiği” çalışmada, rutin bakım yapılan gruptaki hastalar en yüksek düzeyde ağrı bildirirken, eğitim verilen grupta ağrı bildirimini en düşük düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Kumral’ın⁸¹ yaptığı araştırmada ameliyattan korkan hastaların, ameliyat sonrası ağrı yoğunluğu ile, ameliyattan korkmayan hastalardaki ağrı yoğunluğu arasındaki fark, önemli derecede anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.

Kontrol ve deney grubunun tansiyon ve nabız değerleri incelendiğinde; iki grup arasında, tüm ölçüm zamanlarında tansiyon değerlerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), nabız değerlerindeki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Literatürde kaygının organizma üzerine etkisi incelendiğinde kan basıncında artış görülmektedir.⁸² Verilen eğitimin etkinliğinden dolayı deney grubundaki hastaların kaygı düzeyleri belirgin bir şekilde düşüş göstermiştir. Bu sonuçlarda deney grubundaki

hastaların tansiyon değerlerine etki ederek deney grubundaki hastaların tansiyon değerinin ortalamaları kontrol grubundaki hastaların tansiyon değeri ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. Bu literatür bilgisi bizim çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı ölçeği puanları ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların durumluk kaygı ölçeği puanları ve ağrı düzeyleri incelendiğinde; hastaların kaygı ölçeği puanları ve ağrı düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 11,12,13,14).

Araştırmanın üçüncü hipotezi hastaların durumluk kaygı ve ağrı düzeylerinin birbirini etkilemediği şeklinde bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde yatan inguinal herni tanısı almış hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin hastanın kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacı ile 30'u kontrol 30'u deney grubu olmak üzere toplam 60 hasta ile yapılan araştırmanın sonuçları şöyle sıralanabilir;

Hastaların yaş ortalamaları kontrol grubunda 45.60 ± 11.08 , deney grubunda 43.80 ± 14.30 'dır.

Kontrol grubu hastalarının %56.7'sinin erkek, %50' sinin ilk-orta mezunu, %60'ının memur, %90'ının evli, %50'sinin ameliyat deneyimi olduğu ve %63.3'ünün asgari ücret aldığı belirlenmiştir. Deney grubu hastaların %53.3'ünün kadınlar, %73.3'ünün ilköğretim mezunu, %83.3'ünün evli, %56.7'sinin ameliyat deneyimi olduğu ve asgari ücret aldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Kontrol ve deney grubundaki hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları ameliyattan 48 saat önce benzer olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sürekli kaygı puanı ameliyattan 24 saat önce yükselirken, deney grubunda ameliyattan 24 saat önce azalmıştır. Her iki grubunda ameliyat sonrası dönemde sürekli kaygı puan ortalamaları azalmıştır (Tablo 2).

Kontrol ve deney grubundaki hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce düşük olan durumluk kaygı ameliyattan 24 saat önce yükselmiştir. Deney grubunda ise, ameliyattan 48 saat önce yüksek olan durumluk kaygı seviyesi ameliyattan 24 saat önce düşük olarak bulunmuştur. Her iki grupta da ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı seviyesi azalmıştır. İki grup arasındaki fark ameliyattan 24 saat önce ve sonra istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4).

Hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına bakıldığında deney ve kontrol grupları arasındaki SKÖ (Sözel Kategori Ölçeği) düzeylerindeki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6). Kontrol ve deney grubu hastalarında tüm ölçüm zamanlarındaki GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) düzeyleri arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). İki grup arasında tüm ölçüm zamanların da tansiyon değerleri arasındaki fark önemli bulunmuş ($p<0.05$), nabız değerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 8,9,10). Hastaların ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı puan ortalaması ile ağrı düzeyleri arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11,12,13,14).

Bu araştırmada, bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, hastaların kaygı ve ameliyat sonrası ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olması beklenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, bu uygulamanın hastaların kaygı ve ağrı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaşacakları durumlarla ilgili bilgi eksikliği, kaygı düzeyini arttırır. Ameliyat sonrası emosyonel sıkıntılara ve daha yoğun ağrı hissine sebep olur. Bu nedenle hemşireler ve araştırmacılar için şu önerilerde bulunulabilir;

- Hastanelerin çoğunda bazen hiç yapılmamakla birlikte, bir kısmında plansız şekilde yapılan ameliyat öncesi eğitimin, sistemli planlı olarak hemşirelik uygulamalarının arasında yerini alması,
- Hastaya ameliyat öncesi özel zaman ayırmak, onunla birebir konuşmak, duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat vermek,
- Ameliyat öncesi bilginin ve uyulması gereken talimatların yazılı olarak hastalara verilmesi.

KAYNAKLAR

1. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir, Etki Matbaası 7. Baskı, 2005: 14-15
2. Şanlı T. Hemşirelikte kişilerarası ilişkilerin boyutları. In Geylan R, ed. Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler. Eskişehir, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1991: 20-40
3. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004; 1(2): 7-14
4. Erdil F. Özhan Elbaş N. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. Ankara, Tasarım Ofset Ltd. Şti. 2001;98-136
5. Biley FC. Nurses' perception of stress in preoperative surgical patients. Journal of Advanced Nursing. 1989; 14: 575-581
6. Elkin MK, Perry AG, Potter PA. Nursing Interventions & Clinical Skills. 3rd Edition, St. Louis, Mosby, 2004; 491-507
7. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2001; 4:182-186
8. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. Ameliyat olan ve olmayan kronik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4): 213-221
9. Öner N. Le compt A. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985: 333;1-26
10. Kocaman G. Ağrı hemşirelik yaklaşımları. İzmir, Saray Tıp Kitapevleri, 1994;175-196
11. Christensen BL. Pain Management, Comfort, Rest, and Sleep. In Christensen BL, Kockrow EO ed. Mosby, 2003; 308-324
12. Watt- Watson JH, Donovan MI. Pain. Management- Nursing Perspective, Mosby Year Book, Inc. 1992;401-409

13. Mc Caffery M Nurses Lead The Way To New Priorities. American Journal of Nursing. October 1990; 45-49
14. Timby BK. Fundamental skills and concepts in patient care .6th ed. Lippincott Williams & Wilkins ,Philadelphia. 1996
15. Rahman HM, Beattie J. Managing post-operative pain. The Pharmaceutical Journal. 2005; 275(30): 145-146
16. Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Linnda J, Jeans ME. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. Pain 1992; 50(1): 15-28
17. Carr ECJ. Postoperative pain: patients' expectations and experiences. Journal of Advanced Nursing. 1990;15: 89-100
18. Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(4): 388-397
19. Özalp G, Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K. Kardiogulları N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. Acta Anaesthesiol Scand 2003; 47:26-29
20. Couma W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bendeire D, Ferreire MBC. Risk factors for preoperative anxiety in adults. ACTA Anaesthesiol Scand, 2001; 45: 298-307
21. Lepczyk M. Timing of preoperative patient teaching. Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 300-306
22. Şenses ÖB. Çocuklarına batin ameliyatı endikasyonu konulan annelerin eğitiminin anksiyete üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul ,1997

23. Karabulut N. Batın ameliyatı öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının çocuğun ve annenin kaygı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum 2004
24. Miner D. Preoperative outpatient education in the. Nursing management. 1990; 21(12): 27-29
25. Bölükbaş N. Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. Hemşirelik bülteni. 1991; 20: 81-86
26. Koca A. Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul ,1998
27. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 20-26
28. Christensen BL. Care of the child with a physical disorder. In Christensen BL, Kockrow EO ed. Mosby, 2003; 853-854
29. Hamaloğlu E. Karın Duvarı Fıtıkları. In Gülay H, ed. Temel ve Sistemik Cerrahi. İzmir: Güven Kitapevi, 2005: 1833-1850
30. Tanyel C. Çocuklarda sık karşılaşılan sorunlar. In Sayek İ, ed. Temel Cerrahi 3. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi Ltd Şti. 2004: 1716-1724
31. Dağtekin T. İnguinal hernide gerilimsiz hernioplasti (Lichtenstein freetension mesh onarımı). Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2006
32. Kulaçoğlu İH, Polat A, Moran M, Gök R, Çoşkun F. İleri yaş grubunda elektif inguinal herni onarımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(2): 64-68

33. Kulah B, Kulaçoğlu IH, Oruç MT. et al: Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. Am J surg 2001; 181: 101-104
34. Alimoğlu O, Eryılmaz R, Akçakaya A, Daldal E, Şahin M. İnguino-femoral hernilerde inkarserasyon ve sonuçları. Çağdaş cerrahi dergisi 2003; 17: 96-99
35. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi yayınları, 1992
36. Akça Ay F . Temel Hemşirelik. İstanbul : Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. 2008; 395-404.
37. Long B.C. et al. Medical- Surgical Nursing A Nursing Process Approach. Third Edition Mosby-Year Book. St Louis 1993; 163-181
38. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik Esasları. Eskişehir, 1996: 2-33
39. Gökalp PG. Yaygın anksiyete bozukluğu. In Tükel R, ed. Anksiyete bozuklukları. Ankara, Çizgi tıp yayınevi, 2000: 137-156
40. McFarland GK, McFarlane EA. Nursing diagnosis & intervention Plannig for patient care. Philadelphia, The C.V. Mosby Com. Third Edition, 551-558
41. Köknel Ö. Günlük hayatta ruh sağlığı. Alfa kitabevi, 2000; 158-162
42. Yorulmaz L, Özbayır T. Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Ulusal cerrahi kongresi. Cerrahi hemşireliği seksiyonu panel ve bildirileri kongre kitabı. Antalya, 2002;319-324
43. Kaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict posoperative pain? AORN. 2007; 85(3): 589-604
44. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:113-120

45. Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens R, Degner LF, & Sloan SA. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 134-141
46. Mitchell M. Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery. *Ambulatory Surgery* 2000; 119-127
47. Krohne HN, De Bruin JT, El-Gieman M, Schmukle SC. The assessment of surgery-related coping: The coping with surgical stress scale (COOS). *Psychology & Health* 2000; 15: 135-149
48. Evlice YE. Ağrı. *Galenos Aylık Tıp Dergisi*. 1999;33
49. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(2): 89-99
50. Güzeldemir ME. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom* 1995; 11-21
51. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002; 382): 37-48
52. Dicle A. Cerrahi hastasında ağrı In Albayrak N, Erkol S, Ançel G, Albayrak A. eds. *Hemşirelik bakım planları*. Ankara Alter Yayıncılık, 2007; 613-623
53. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002; 6(1): 9-16
54. Chaturved S, Chaturvedi A. Postoperative pain and its management. *Indian J Crit Care Med*. 2007; 11(4): 204-211
55. McCaffery M. Understanding your patient's pain tolerance. *Nursing* 1999; 29(12):17
56. Bilen A. Postoperatif ağrı tedavisi. *Klinik Gelişim*. 2007; 20(3): 37-45
57. Smeltzer SC, Bare BG. *Medical Surgical Nursing*. New York, Lippincott. 9 th edition; 175-200

58. Eti Aslan F. Travmada ağrı. In Şelimen D, ed. Acil bakım. İstanbul, Yüce Yayım 2004: 387-405
59. Melzack K, Wall PD. Pain mechanism: a new theory. Science 1965; 150:971-979
60. Yücel A. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ağrı ölçümü. In Yücel A, ed. Hasta kontrollü analjezi. İstanbul, Mer Matbacılık 1997;26-30
61. Ertekin C. Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. Yegül İ. ed. Ağrı ve tedavisi. İzmir ;Yapım Matbaacılık, 1993;1-18
62. Uyar M. Postoperatif ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ağrı ölçümü. In Yücel A, ed. Postoperatif analjezi. İstanbul, Mer Matbacılık. 2005: 27-36
63. Şahin A. Postoperatif ağrının değerlendirilmesi ve ağrı kontrol yöntemleri. Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Dergisi 22:31-32
64. Arslan S, Çelebioğlu A. Posoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004; 2-7
65. Özbayır T. Ağrı yönetimi ve hemşirelik bakımı. Ulusal cerrahi kongresi. Cerrahi hemşireliği seksiyonu panel ve bildirileri kongre kitabı. Antalya, 2002; 131-138
66. Eti Aslan F, Badır D. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı, 2005; 17(2):44-51
67. Coll MA, Jemel RM, Mead D. Postoperative pain assessment tolls in day surgery: literature review. Journal Adv Nurs. 2004; 46(2): 124-133
68. Mac Lellan K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. Journal Adv nurs. 2004; 46(2):179-185
69. Ferrell RB, McCaffery M, Grant M. Clinical decision making and pain, Cancer Nursing, 1991; 14(6): 289-297
70. Uyar M. Postoperatif ağrı. Ulusal cerrahi kongresi. Cerrahi hemşireliği seksiyonu panel ve bildirileri kongre kitabı. Antalya, 2002; 115-128

71. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing. 3th Edition, st. Louis, Mosby Year Book, 1995; 3-24
72. Dönmez Z. Cerrahi kliniklerine ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyete ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi İzmir, 1998
73. Wiens AG. Preoperative anxiety in women. AORN Journal 1998; 68(1): 74-88
74. Ergin Ö. Öğretim teknolojisi iletişimi. Ankara. Tegem yayınları 1995; 102
75. Akkaş A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Bilim Uzmanlığı Tezi Ankara,1996
76. Pıçakçıefe Ü. İnguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerine verilen eğitimin durumluk anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi İzmir, 2003
77. Keskin FD. Anorektal cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi İzmir,2005
78. Dallı D. Böbrek transplantasyonu alıcı ve canlı vericilerinde bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının preoperatif ve postoperatif kaygı düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi İzmir, 1991
79. Özberksoy A. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine

etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi İzmir, 2006

80. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* 2003;51: 169-176

81. Kumral A. Durumluk sürekli anksiyete, postoperatif ağrı ve hemşirelik etkileşiminin ilişkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi İzmir, 1979

82. Köknel Ö. Kaygıdan mutluluğa kişilik. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 1985

EK I

HASTA TANITIM FORMU

1. Yaş:
2. Cinsiyet
 Kadın Erkek
3. Öğrenim Durumu
 Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim
 Ortaöğretim Yükseköğretim
4. Meslek
 İşsiz Ev hanımı Memur
 İşçi Serbest meslek
5. Medeni Durum
 Evli Bekar Diğer
6. Aile Tipi
 Çekirdek aile Kalabalık aile
- 7.Çocuk Sayısı:.....
8. Yaşanılan Yer
 İl İlçe Kasaba Köy
- 9.Sağlık Güvencesi
 Var Yok
10. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
 Evet Hayır
11. Ameliyatınızın kaçınıcı günü:.....
12. Gelir Düzeyi
 Asgari ücret (540 YTL) Diğer (540 YTL ve Üzeri)
13. Başka bir sağlık probleminiz var mı?

EK II

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Hiçbirzaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1-Keyfim yerinde	1	2	3	4
2-Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
3-Olur olmaz hallere ağlayacak gibi oluyorum	1	2	3	4
4-Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
5-Çabuk kara verdiğim için fırsatları kaçıyorum	1	2	3	4
6-Kendimi dinç hissedirim	1	2	3	4
7-Sakin,kendime hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
8-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
9-Gerçekten çok önemli olmayan endişelerim var	1	2	3	4
10-Mutluyum	1	2	3	4
11-Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
12-Kendime güvenim yok	1	2	3	4
13-Kendimi güvende hissedirim	1	2	3	4
14-Kendimi hüznü (kederli) hissedirim	1	2	3	4
15-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım	1	2	3	4
16-Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
18-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
19- Tutarlı insanım	1	2	3	4
20-Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4

EK III

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Hemen hiç	Biraz	Oldukça	Tamamen
1-Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2-Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
3-Huzursuzum	1	2	3	4
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5-Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7-İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülmüyorum	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10-Kendimi rahat içinde hissediyorum	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
12-Kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15-Sükunet içindeyim	1	2	3	4
16-Halimden memnunum	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4
19-Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde	1	2	3	4

EK IV
TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı:

Yaş:

Kilo:

Boy:

Postop saat	Tansiyon	Nabız	SKÖ	GKÖ
½				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
12				
24				

GKÖ (Ağrı Skoru)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 Hiç Ağrı Yok

Ağrı 10

Dayanılmaz

SKÖ (Ağrı Skoru)

- 1- Ağrı yok
- 2- Hafif Ağrı
- 3- Orta Ağrı
- 4- Şiddetli Ağrı
- 5- Çok Şiddetli Ağrı