



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PİLONİDAL SİNÜS AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN
EĞİTİMİN HASTALARIN ANKSİYETE DURUMUNA VE
KONFORUNA ETKİSİ**

Merve KARA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Işıl Işık ANDSOY

KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

MERVE KARA'nın hazırladığı “Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi” adlı bu çalışma/...../..... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı SOYADI

Tez Danışmanı

.....

Ünvanı Adı SOYADI

Üye

.....

Ünvanı Adı SOYADI

Üye

.....

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Merve KARA

.././2018

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde her konuda bilgi ve deneyimleri ile desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren ve özveride bulunan, bizlere titiz çalışma tarzını aşıl原因 ve tecrübesi ile ışık tutan, profesyonel kişiliğini örnek aldığım değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY'a

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Sorumlu Hekimi Prof. Dr. Ömer Faik ERSOY'a ve ve diğer hekimlere, Genel Cerrahi Servis Sorumlu Hemşiresi Hacer İNAN ve hemşire Emine KURT'a başta olmak üzere çok değerli hemşire arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her an yanımda olduklarını hissettiğim ve en umutsuz anlarımda, destekleri ile yeniden çalışma azmi bulduğum manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam, kardeşim ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez, Karabük Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından KBÜBAP-17-YL-043 numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Pilonidal Sinüs Hastalığının Tanımı ve Etyolojisi.....	4
2.2. Risk Faktörleri.....	7
2.3. Tanı ve Tedavi	9
2.4. Kronik Pilonidal Sinüs Formunda Kullanılan Tedavi Yöntemleri	10
2.4.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri	10
2.4.2. Cerrahi Yöntemler	11
2.5. Pilonidal Sinüs Hastalığı ve Ayırıcı Tanısı.....	17
2.6. Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Bakım.....	19
2.7. Ameliyat Sırası Bakım	22

2.8. Ameliyat Sonrası Bakım	24
2.9. Taburculuk Eğitimi.....	28
2.10. Cerrahi Hemşireliği Açısından Konunun Önemi.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler	33
3.5. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Kişisel Tanıtım Formu:	34
3.5.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri:	34
3.5.3. Genel Konfor Ölçeği:	34
3.5.4. Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Hasta Eğitim Kitapçığı:	35
3.5.5. Ameliyattan 7-10. Gün Sonrası Kontrol Listesi:.....	35
3.6. Verilerin Toplanması	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	36
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuç.....	60
6.2. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR.....	63

8. EKLER..... 70

9. ÖZGEÇMİŞ..... 88



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	39
Tablo 2. Hastaların Diğer Demografik Bilgileri	40
Tablo 3. Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 5. Çalışma Grubundaki Hastaların Cinsiyeti İle Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 6. Çalışma Grubundaki Hastaların Medeni Durumları İle Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 7. Çalışma Grubundaki Hastaların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması	44
Tablo 8. Çalışma Grubundaki Hastaların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Medeni Durum İle Karşılaştırılması	45
Tablo 9. Grupların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 10. Hastaların Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 11. Hastaların Ameliyattan 7-10 Gün Sonrası Durumda Sağlıklı Davranış Tutumlarının Değerlendirilmesi.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Histopatoloji: Pilonidal sinüse neden olan kıl folikülleri ile ilişkili yabancı cisim dev hücreleri.....	5
Şekil 2. Hastalığın oluşması için kıl ile ilgili faktörler	6
Şekil 3. Marsupalizasyon yöntemi.....	12
Şekil 4. İnsizyon ve Küretaj işlemi.....	13
Şekil 5. Bascom yöntemi	13
Şekil 6. Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama Yöntemi	14
Şekil 7. Oblik eksizyon ve Primer Kapama.....	14
Şekil 8. İnsizyon ve fleple kaydırma işlemi.....	15
Şekil 9. Limberg Flep çizimi	16
Şekil 10. Rhomboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama.....	16
Şekil 11. Z plasti yöntemi	17
Şekil 12. X-Y Plasti Yöntemi	17
Şekil 13. Pilonidal Sinüs Ameliyatında Kullanılan Pozisyon.....	23
Şekil 14. Veri Toplama Şeması	38

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK 1. Pilonidal Sinüs(Kıl Dönmesi) Ameliyatı Olacak Hastalara Yönelik Kişisel Tanıtım Formu.....	70
EK 2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	72
EK 3. Genel Konfor Ölçeği	74
EK 4. Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı.....	76
EK 5. Ameliyattan 7-10. Gün Sonrası Kontrol Listesi.....	82
EK 6. Etik Kurul Onayı	83
EK 7. Kurum İzni	84
EK 8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	85

ÖZET

Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi

Bu çalışma pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini kapalı zarf yöntemi ile seçilen toplam 70 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında kişisel tanıtım formu, durumluk-sürekli kaygı envanteri, genel konfor ölçeği, hasta eğitim kitapçığı ve sağlıklı davranış kontrol listesi kullanıldı. Çalışmada verilerin analizinde yüzde, ortalama, t Test, Mann Whitney U Testi ile ANOVA testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak 0,05 alındı. Çalışmada çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Çalışma grubundaki hastaların konfor ölçeği alt boyutları olan ferahlama ve sorunların üstesinden gelme puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$), grupların konfor ölçeği alt boyutu olan rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ancak çalışma grubunda yer alan hastaların diğer gruba göre daha fazla miktarda sıvı tüketme ve ameliyat bölgesini kuru tutma gibi olumlu davranışlar sergiledikleri görüldü ($p<0,05$). Sonuç olarak pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin anksiyete durumlarına ve konforları üzerinde etkili olmadığı belirlendi. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilmesi planlanan eğitimin etkinliğinin daha geniş popülasyonda taburculuktan 1 ay sonra yapılması ve aynı cerrahi teknikle ameliyat olan hastaların anksiyete ve konforlarının incelenmesi gerektiği önerildi.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Hasta eğitimi, Konfor, Pilonidal Sinüs

ABSTRACT

The Effects of Preoperative Education Before Pilonidal Sinus Surgery on Patient's Anxiety and Comfort

This study was carried out semi-experimentally type to assess the effect of training given before the Pilonidal Sinus surgery on the anxiety and comfort levels of patients. A total of 70 patients selected through sealed envelope method composed the cross-section of the research. Personal identification form, state-trait anxiety inventory, general comfort questionnaire, patient-training leaflet and behavior control scale used for collect data. Percentage, average, t-test, Mann Whitney U test and ANOVA test used in the data analysis for the study. Significance level was accepted as 0,05. A significant distinction didn't found out in the study between the state-trait anxiety inventory score averages of experimental and control group of patients ($p>0,05$). A significant distinction determined between the average scores in the relaxation and dealing with problems, two of the sub-dimension of comfort questionnaire ($p>0,05$), either; but a significant distinction has been found between the relief score averages, which is also a sub-dimension of comfort questionnaire ($p<0,05$). However, the patients in the experimental group were observed to show better attitudes such as consuming more fluid and keeping the operation zone dry when compared to control group ($p<0,05$). In consequence, it deduced that the training given before the pilonidal sinus operation does not have an effect on the anxiety and comfort states. The training to be given before pilonidal sinus surgery has been suggested to be given to the patients having operation through the same technique in a wider population, especially one month after the discharge.

Keywords: Anxiety, Comfort, Patient Training, Pilonidal Sinus

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Halk arasında ‘kıl dönmesi’ olarak bilinen pilonidal sinüs hastalığı toplumumuzda genellikle genç yetişkinler arasında görülen bir hastalıktır (Kaya vd. 2010). Bu hastalık tarihte ilk kez Herbert Mayo tarafından 1833 yılında kuyruk sokumu altında kıl içeren bir kistik oluşum olarak tanımlanmış (Sunkara et al. 2010), 1847 yılında Boston Medical Surgical Journal’da hastalığı bilimsel olarak tanımlayan Andersson olmuş (Gündoğdu ve Ayhan 2015), 1854 yılında Warren hastalardan topladığı ilk seriyi yayınlamış (Kanat ve Girgin 2013) ve 1880 yılında Hodge Latince pilus: kıl ve nidus: yuva anlamına gelen ‘pilonidal’ kelimesinin kullanılmasını önermiştir (Oueidat et al. 2014).

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde çeşitli tıbbi ve cerrahi yöntemler bulunmakta ancak hangi yöntemin diğer yöntemlere göre avantajlı olduğu konusunda ortak bir görüş birliğine ulaşılamamıştır. Bu hastalığın en iyi tedavisinin cerrahi tedavi olduğu vurgulanmaktadır (Tardu vd. 2011). Pilonidal sinüsün tedavisinde kullanılan en iyi cerrahi tedavinin avantajları; hastanede uzun süreli yatış gerektirmemesi, cerrahi işlemin basit ve lokal anestezi ile de yapılabilmesi, cerrahi girişim sonrasında ağrının ve nüks oranının az görülmesi, maliyetinin düşük olması, girişim sonrasında evde bakım yükü gerektirmemesi, hastanın en kısa sürede normal yaşantısına ve çalışma hayatına dönebilmesidir (Mihmanlı 2003, Gülpınar vd. 2009).

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde cerrahi girişim olması bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerden etkilemekte özellikle psikolojik açıdan bireylerin cerrahi girişim sözcüğünü ilk duydukları andan itibaren yoğun anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Özberksoy vd. 2009).

Cerrahi girişim öncesi yaşanan anksiyete hastalarda korkuya benzer bir duygu ve sıkıntılı, kaygılı olma durumudur (Öz 2010, Öz ve Demiralp 2014). Cerrahi öncesi hastalarda yaşanan anksiyete nedenlerinin genellikle: ölüm korkusu, organ kaybı, vücut imajında değişim olasılığı, normal yaşantının kaybı, ailesi ve çevresiyle olan iletişimde bozulma olduğu belirtilmektedir (Fındık ve Topçu 2012).

Anksiyete vücut metabolizması üzerine olumsuz etkilere, ameliyat sonrası dönemde ağrının fazla olmasına, komplikasyonların artışına, hastanede yatış süresinin uzamasına, normal yaşantısına dönüş süresinin uzamasına neden olmaktadır (Kruzik 2009, Özberksoy vd. 2009). Bundan dolayı cerrahi girişim geçirecek olan hastalarda anksiyetenin azalması amacıyla hastaların cerrahi sürece yönelik hazırlığının kaliteli hemşire tarafından yapılması gerekmektedir. Bu hazırlığın içerisinde fiziksel hazırlığın yanı sıra psikolojik hazırlıkta önemlidir. Psikolojik hazırlık hastaları cerrahi girişime hazırlamada ilk basamağı oluşturmaktadır. Bu basamağın sağlıklı bir şekilde olabilmesi için alanında uzman cerrahi hemşireleri tarafından hastalara yönelik eğitim verilmesi gerekmektedir. Hastalara verilecek eğitimin amacı ise bilgi eksiklerinin veya yanlış bilgilerinin giderilmesi ile hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılması ve dolayısıyla hastaların konforlarının artması beklenmektedir (Tardu vd. 2011, Sağır vd. 2012, Yılmaz ve Aydın 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisini belirlemektir.

Araştırmanın yan amaçları ise;

- Hastaların pilonidal sinüs hastalığı ile ilgili bilgi durumlarını belirlemek,
- Ameliyat öncesi verilen eğitimin pilonidal sinüs hastalığına yönelik bilgi durumları üzerine etkisini değerlendirmek,
- Ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumlarına etkisini belirlemek,
- Ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların konforu üzerine etkisini belirlemektir.

Bu amaçlar doğrultusunda araştırmadan yanıtlanması beklenen sorular:

- 1) Pilonidal sinüs ameliyatı olan hastaların tanımlayıcı özellikleri nasıldır?
- 2) Hastaların demografik özelliklerinin verilen eğitim üzerinde etkisi var mı?
- 3) Pilonidal sinüs ameliyatı olan hastaların ameliyat ile ilgili eğitim/bilgi alma durumları nasıldır?
- 4) Verilen eğitim sonucunda hastaların pilonidal sinüs ameliyatı ile ilgili bilgi durumlarında değişiklik oldu mu?
- 5) Ameliyat öncesi verilen eğitim hastaların anksiyete durumlarında değişikliğe neden oldu mu?
- 6) Ameliyat öncesi verilen eğitim hastaların ameliyat sonrasındaki yaşam konforlarını nasıl etkiledi?

2. GENEL BİLGİLER

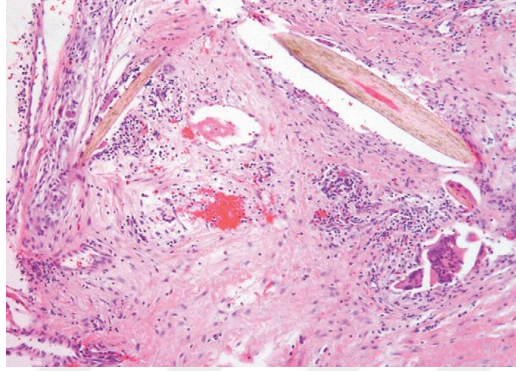
2.1. Pilonidal Sinüs Hastalığının Tanımı ve Etyolojisi

Pilonidal sinüs hastalığı, sakrokoksigeal bölgede interglutealsuklus üzerinde yer alan bir veya daha fazla sinüs kanalı ve kıl demeti içeren, akut alevlenme dönemleriyle seyreden ve sıklıkla 15-25 yaş aralığında genç bireylerde görülen kronik bir hastalıktır (Kaya vd. 2010, Yormaz vd. 2015). Diğer bir tanımla, pilonidal sinüsün sakrokoksigeal bölgede interglutealsulkus'un üst yarısında fasialumbosacralis üzerinde yumuşak dokular içerisine penetre olan, kıl demeti içeren akut veya kronik bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Vural vd. 2002).

Pilonidal sinüs hastalığının en sık orta hatta anatomik olarak regiyosacralis olarak adlandırılan diğer adıyla sakrokoksigeal bölge(kuyruk sokumu)de görülmektedir. Regiyosacralis bölgesi lumbal bölge, yanlarda regiyoglutea, aşağıya ve öne doğru regiyoanalis olarak devam etmekte ve pelvisin arka duvarını oluşturmaktadır. Regiyosacralisin sınırlarını yukarıda sakrum kemiği tabanı ile 5. lumbal vertebra üzerinden çekilen yatay çizgi, aşağıda ise koksiksin ucundan çekilen yatay çizgi, yanlarında ise sakrum ve koksiks kenarlarından indirilen dikey çizgiler eşlik etmektedir (Özer vd. 2012).

Bu hastalığın histolojik yapısı incelendiğinde, pilonidal sinüs hastalığı yabancı cisim hücrelerinin reaksiyonu olduğu ve patolojik incelemelerde kıl yuvalarında yabancı cisim dev hücrelerine rastlanmaktadır. Orta hatlar skuamoz epitelle kaplı olmasına karşın sinüs yolları ve kist boşlukları granülasyon dokusundan oluşmakta ve onları çevreleyen nötrofil, lenfosit, plazma hücre infiltrasyonlarına sahip olmaktadır. Sinüsler orta hatta yerleşen çok katlı yassı epitelyum ile döşeli küçük

açıklardır. Sinüs duvarlarında ise deri ekleri olan kıl folikülleri, ter ve yağ bezleri bulunmamakta, malign değişimler çok nadir görülmesine karşın skuamöz hücreli karsinom ve verrüköz karsinomlar gelişebilmektedir (Tezel vd. 2009, Ford and Bailey 2013, Yormaz vd. 2015, Andelnaby and Downs 2016).



Şekil 1. Histopatoloji: Pilonidal sinüse neden olan kıl folikülleri ile ilişkili yabancı cisim dev hücreleri (Ford and Bailey 2013).

Bu hastalığın nasıl meydana geldiği konusunda günümüze kadar birçok fikir iddia edilmiş ve hastalığın konjenital veya edinsel olduğu konusunda tartışmalar yaşanmıştır. Konjenital teori 19. yy. ikinci yarısından itibaren insan embriyolojisinin önem kazanması ile doğuştan olduğuna ilişkin görüşler öne sürülmüştür. Bu görüşler hastalığın medüller kanal kalıntılarından meydana geldiğini, medyan hattın hatalı birleşmesi sonucu oluşan dermal inklüzyon cisimciklerinden veya kuşlarda anüse yakın cilt altında bulunan preen bezi ile eşdeğer bir embriyolojik artık olduğunu savunmuşlardır (Duman vd. 2016). Konjenital teori, pilonidal sinüs yollarındaki kılların aynı uzunlukta, kalınlıkta, renkte olması ve şekil olarak birbirleriyle aynı pozisyon ve kümelenme şeklinde olmasını, pilonidal sinüs epidermal sinüs yollarının içerisinde kıl olmamasından dolayı sakrokoksigeal sinüslerin bu hastalık olarak değerlendirilememesi, sakrokoksigeal bölge dışındaki başka bölgelerde hastalığın görülmesini desteklemediği için konjenital teori önemini yitirmiş ve yerini edinsel teoriye bırakmıştır (Uçar vd. 2016).

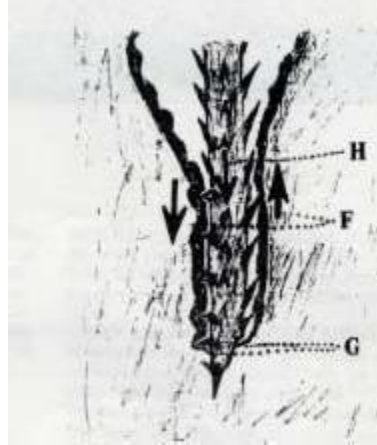
Edinsel teoriye önem kazandıran nedenler, hastalığın sakrokoksigeal bölge dışında aksillada, interdigital alanda, memede, amputasyon güdüğünde ve umblikusta görülmesi, saç derisinden veya vücudun bir bölgesinden dökülen kıllar gluteal

ayrığın içerisine girdikten sonra o bölgedeki yabancı cisme karşı reaksiyon gelişerek kist oluşumuna ve abseye neden olduğunun düşünülmesi, yapılan araştırmalar sonucunda da hastalığın edinsel etyolojiye sahip olduğunun belirtilmesidir (Tardu vd. 2011, Özer vd. 2012, Elalfy et al. 2016). Pilonidal sinüs hastalığının edinsel etyolojiye sahip olduğunu açıklayan iki teori bulunmaktadır. Bu teoriler Bascom teorisi ve Karydakis teorisidir.

Bascom teorisinde sorunun kıl folikülünde olduğunu, kıl foliküllerinin ağız kısmını ergenlik çağı boyunca seks hormonlarının etkisiyle keratin ile dolduğu, enfekte olarak abse oluşturduğunu böylece vücuttan kopan tüylerin deriye yapışarak cildi deldiği ve bir sinüs oluşturmak için gluteal kasların emici etkisiyle daha derin bölgelere doğru çekildikleri ve kronik pilonidal sinüs hastalığına neden olduğu savunulmaktadır. Kronik pilonidal sinüsün emme etkisi sıklıkla uzun süre oturan kişilerde, yatağa bağımlı ve yaşlı kişilerde daha çok görülmekte olduğu bildirilmektedir (Duman vd. 2016).

Karydakis teorisinde ise bu hastalığın oluşumunda, lokal mikrotravmaların ve uzun süreli oturmanın etkisi olduğu savunulmaktadır (Kanat ve Girgin 2013). Karydakis 35 yıl içerisinde 6545 pilonidal sinüs hastası ile çalışmış bu hastalığının oluşması için 3 ana faktör olduğunu savunmuştur. Bu faktörler: H(hair): Gevşek kıllar, F(force): Kılı cilt altına iten emme kuvveti, V(vulnerability): Cilt yapısının kılın girişine karşı dirençsizliğidir.

Pilonidal sinüs hastalığı = Kıl × Emme Kuvveti × Dirençsizlik



Şekil 2. Hastalığın oluşması için kıl ile ilgili faktörler (Karydakis 1992).

Pilonidal sinüs hastalığının oluşması için 3 ana faktör ile birlikte birçok ikincil faktörlerde bulunmaktadır (Lee et al. 2008). Bu faktörler:

Kıl ile ilgili faktörler(h): İnterglutealsulkusta biriken kılların sayısı, kılın kök ucunun az ya da çok sivriliği, kılın cinsi(sert veya ipeksi), kılın şekli(düz kıl dönmeye daha elverişlidir, kıvrımlı kıl da bu özellik yoktur), kılın dallanması(10-22 yaşlarında daha belirgin) olmasıdır.

Kuvvet faktörleri(f): Derinlik, interglutealsulkusun darlığı, sulkusun kenarları arasındaki sürtünme hareketleridir.

Yatkınlık faktörleri(v): Yumuşaklık (cilde ait), ciltte maserasyon, ciltte erozyonlar, ciltte ayrılmalar, geniş aralıklar, yaralar, interglutealsulkustaki skarlardır (Karydakis 1992).

2.2. Risk Faktörleri

Yaş

Pilonidal sinüs hastalığının puberte ile birlikte artmaya başladığı, daha sık 16-25 yaş aralığındaki kişilerde görüldüğü, 25 yaşından sonra görülme oranının azaldığı (Yormaz vd. 2015), diğer bir literatürde puberte ile birlikte bu hastalığın arttığı 40 yaş sonrasında nadir görüldüğü bildirilmiştir (Oueidat et al. 2014). ABD’de yapılan bir çalışmada pilonidal sinüs hastalığının toplumda görülme sıklığının 0.07% olduğu belirtilmekte (Oueidat et al. 2014), diğer bir çalışmada ise bu hastalığın toplumda 100.000 kişinin 10 ya da 26’sında görüldüğü belirlenmiştir (Yoldaş vd. 2013).

Cinsiyet

Pilonidal sinüs hastalığının genellikle genç erkekler arasında yaygın olduğu ve bu hastalığın sakrokoksigeal bölgede görülmesinin 2,2 kat daha fazla olduğu (Bradley 2006), başka bir çalışma bu hastalığın 1/3 oranında erkeklerde daha sık

görüldüğü belirtilmiştir. Hastalığın erkeklerde görülmesinin nedenin daha tüylü yapıya sahip olmalarıdır (Oueidat et al. 2014). 2. Dünya savaşında yaklaşık 80.000 askerin pilonidal sinüs hastalığından etkilendiği tahmin edilmekte, Türkiye’de yapılan bir çalışmada da bu hastalığın genç askerler arasında sıklığının %8,8 olduğu bulunmuştur (Timmons 2007, Yılmaz vd. 2008).

Meslek

Pilonidal sinüs hastalığı özellikle bazı meslek gruplarında daha fazla görülmektedir. Bunlar; özellikle şoförler ve öğrenciler gibi uzun süreli oturarak çalışan kişilerde sık görüldüğü belirlenmiştir (Tezel vd. 2009). Yine 2. Dünya savaşı sırasında jeep hastalığı adı verilen bu hastalığın, jeep, tank ve kamyon kullanan askerlerde uzun süreli oturmalarına ve engebeli arazilerde araç kullanmalarının mikotravmalara neden olması sonucunda sakrokoksigeal bölgede görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir (Bradley 2006). Ayrıca geçmiş yıllarda koyun tüyleri kesme işiyle uğraşanlarda ve berberlerin ellerinde parmak aralarına batan kılların müşterilerin kıllarına karşı yabancı cisim reaksiyonu gösterdiği ve enfeksiyona neden olduğu ortaya çıkarılmıştır (Neill et al. 2009, Patel 2017).

İrk

Bu hastalığın Afrika ve Asyalı esmer renkli olan hastalara göre beyaz renkli ırklarda daha sık görüldüğü, ırklara göre kılların büyüme hızı ve kılların tipi arasındaki bağlantı nedeniyle olduğu saptanmıştır (Yıldırım vd. 2008).

Diğer Faktörler

Pilonidal sinüs hastalığının oluşumunda rol oynayan diğer risk faktörlerinin; sedanter yaşam tarzı, obezite, aile öyküsünde hastalığın varlığı, lokal travmalara maruz kalma ve yetersiz kişisel hijyen olarak belirlenmiştir (Harlak vd. 2006, Timmons 2007). Diğer bir çalışmada bu hastalığın obeziteyle %37, sedanter yaşamla

%44, lokal irritasyon ve travma ile %34 oranında ilişkisi olduğu saptanmıştır (Bendewald and Cima 2007).

2.3. Tanı ve Tedavi

Hastalığın tanı ve tedavisi klinik olarak ilerleme sürecine değişiklik göstermektedir. Bunların; asemptomatik pilonidal sinüs formu, pilonidal sinüs apsesi, kronik pilonidal sinüs hastalığı ve kronik tekrarlayan pilonidal sinüs olarak 4 aşamada gerçekleştiği belirtilmektedir (Stephen-Haynes 2008).

Asemptomatik Pilonidal Sinüs Formu

Bu form, anüsün yaklaşık 5 cm arkasında sakrokoksigeal bölgede orta hattaki bir çukur ile karakterize olup, çukurun içerisinde kıl bulunabilmektedir. Hastalar genellikle doktora muayeneye gittiklerinde tesadüfen tespit edilmektedirler. Bu hastaların hastalık öyküsünde akıntı ve abse durumu bulunmamakta ve ağrı hissedilmediği için hastalığın klinik ilerlemesi olmadan tanı konulamadığı belirtilmiştir (Timmons 2007). Bu formda sinüs ağızları ile birlikte ağrısız kistik bir lezyon bulunduğu ve sinüs ağızlarının genellikle orta hattaki çukurda bulunduğu tedavi olarak; kişisel hijyene özen gösterilmesi, bölgenin kıllardan temizlenmesi ve uzun süreli oturmadan kaçınılması gibi öneriler verilmektedir (Tezel vd. 2009).

Akut Pilonidal Apse Formu

Bu formda, hastaların çoğunluğunun birinci basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocaklarına başvuru yaptıkları, apse oluşumun başlıca sebebi olarak ise sinüs ağzının kreatin tıkaçının hijyen yetersizliğine bağlı pisliklerle ve ölü hücrelerle dolmasını ve sinüs içindeki kılların bakteriyel enfeksiyon oluşmasını sağladığını, cilt altında apse oluştuğunu belirtmişlerdir (Öngel vd. 2007, Ford and Bailey 2013). Bu durumda ilk olarak yapılması gereken tedavi apsenin boşaltılması ve ağrı, şişlik gibi semptomlarının giderilmesidir (Bradley 2006). Apse boşaltılması işlemi lokal anestezi ile yapılmakta, apse büyük ise genel anestezi altında orta hattaki çukurun

dışında lateral bir insizyon ile yapılması ve içindeki kıl veya kıl foliküllerinin temizlenmesi gerekmektedir (Öngel vd. 2007).

Apse boşaltım işlemi sonrası hastanın kişisel hijyeni ve evde bakımı önemli olmakta, hastanın pansumanlarını düzenli olarak yaptırması gerektiği, işlem uygulanan bölgedeki kılların düzenli olarak vücuttan uzaklaştırılması gerektiği ve basit bir insizyon sonrası boşaltım işleminin bile iyileşme süresinin 4-10 haftaya kadar uzayabildiği konularında eğitim verilmesi gerekmektedir (Timmons 2007, Ford and Bailey 2013, Andelnaby and Downs 2016).

Kronik Pilonidal Sinüs

Kronik pilonidal sinüs, apsenin kendiliğinden rüptür olarak akması ya da apsenin tam olarak drene edilmemesi nedeniyle 2 yıl içinde nüks etmesi ile oluşan sinüs formudur. Bu sinüs formunda ağrı hissedilmemekte hastalığın bulunduğu bölgede şişlik, geçmeyen bir akıntı varlığı ve inflamasyon bulguları görülebilmektedir (Timmons 2007, Ford and Bailey 2013, Andelnaby and Downs 2016).

Kronik Tekrarlayan Pilonidal Sinüs Formu

Bu formda kronik pilonidal sinüs hastalığı ara ara apseleşmekte ve tekrar tekrar drene edilmesini gerektirmekte, kronik pilonidal sinüs tedavisinde yapılan cerrahi girişim sonrasında yaranın enfeksiyon olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Taylor et al. 2003).

2.4. Kronik Pilonidal Sinüs Formunda Kullanılan Tedavi Yöntemleri

2.4.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri

Fenol uygulanması

Bu yöntemde, pilonidal sinüs yollarına lokal anestezi altında sıvı veya kristalize fenol enjeksiyonu uygulaması yapılmaktadır. Ancak bu uygulama sırasında boşlukta kimyasal yanık oluşabilmektedir (Karaca vd. 2013).

Kriyocerrahi

Bu yöntemde kürete edilmesi ve kanama odaklarının elektrokoagülasyonu işlemi uygulanmakta işlem sonrasında açılan bölgeye 5 dakika boyunca sıvı nitrojen verilerek işlem tamamlanmaktadır (Yıldırım vd. 2008).

Radyoterapi

Bu yöntem yüksek radyasyona maruz kalınmasına ve tümör kökenli hücrelerin oluşumuna neden olması gibi riskleri nedeniyle önerilmemektedir (Yıldırım vd. 2008).

Kollejenaz Uygulaması

Normal bir yaranın iyileşmesinde kollajenin üretimi ve yıkımı önemli görev üstlenmekte ve yara iyileşmesi sürecinde enflamatuvar hücreler, fibroblastlar ve epitel hücreler yer almaktadır. Bu yöntemde kollejenaz uygulamasının pilonidal sinüs ameliyatı sonrasında oluşan yaranın en iyi şekilde iyileşmesi amaçlanmaktadır (Aldemir vd. 2003).

2.4.2. Cerrahi Yöntemler

Cerrahi yöntemler açık ve kapalı yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Açık Yöntemler

Yara iyileşme sürecinde yaranın açık bırakılarak sekonder iyileşmenin beklendiği eksizyon yöntemleri olduğu bu yöntemlerin hastanın iyileşme sürecini ve

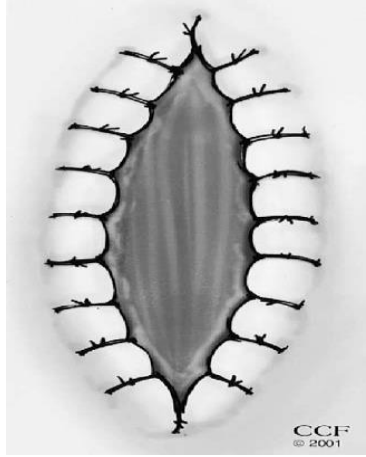
hastanın normal yaşama dönüşünü uzattığı, cerrahi girişim sonrasında pansuman gerektirdiği ve nüks oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Yıldırım vd. 2008).

Açık Bırakma ve Eksizyon

Bu yöntemde sinüs dokusu tamamen çıkarılmakta, yara açık olarak iyileşmeye bırakılmaktadır. Eksizyon işlemi tüm cerrahi yöntemlerin kullanılmasında ilk basamaktır. Eksizyon sonrası yarada gerilmenin olmamasından dolayı nüks oranının az olduğu ve yara iyileşme sürecinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (Bahçe vd. 2011). Diğer yandan bu yöntemde iyileşme süresinin uzun olması ve ameliyat sonrası dönemde bireylerin yaşam konforunu azalması ve bireylere rahatsızlık vermesi nedeniyle bireylerin tercihlerine göre yapılması gerektiği savunulmaktadır (Yıldırım vd. 2008).

Marsupializasyon

Bu yöntemde sinüs yollarının geniş eksizyonu gerçekleştirildikten sonra, yara dudaklarının kısmen açık bırakılarak karşılıklı olarak yaklaştırılması ve küçük bir yaranın açık bırakılarak sekonder iyileşmesi amaçlanmaktadır. Cerrahi girişim sonrası dönemde pansuman gerektirmekte ve yara yeri ayrılması ve enfeksiyon riski oldukça az olmaktadır (Kaya vd. 2014).



Şekil 3. Marsupializasyon yöntemi (Valesco and Dunlap 2009).

İnsizyon ve Küretaj

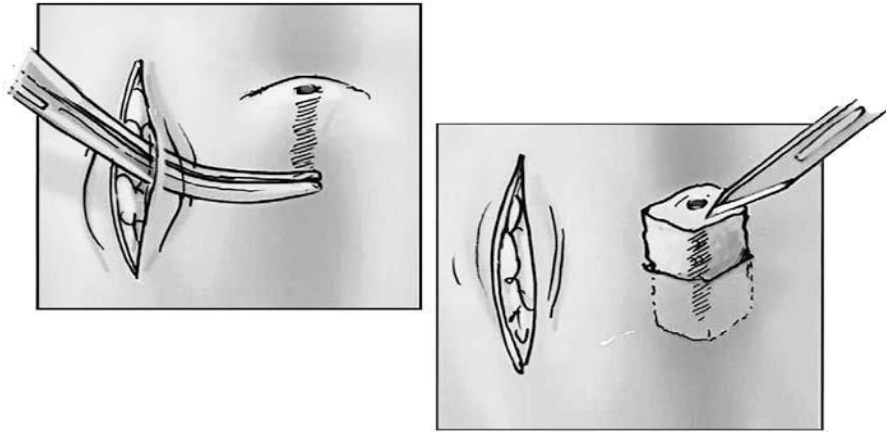
Bu teknikte sinüs yollarının eksizyonu gerçekleştirilmeden sinüsün bulunduğu yerin lateralinden uygulanan kesi ile sinüs kavitesindeki hastalıklı olan bölgenin kazınması işlemidir (Yıldırım vd. 2008).



Şekil 4. İnsizyon ve Küretaj işlemi (Yıldırım vd. 2008).

Bascom Yöntemi

Bu yöntem ile sinüs orta hat çukuru ve kıl foliküllerinin eksizyonu gerçekleştirilerek, orta hattın birkaç cm lateralinden insizyon yapılarak sinüs orta hattın alt bölgesindeki sinüs eksize edilmiş olur böylece orta hattaki yara oluşumu engellenmekte ve bu bölge temizlenmektedir (Smart et al. 2013, Kaya vd. 2014).



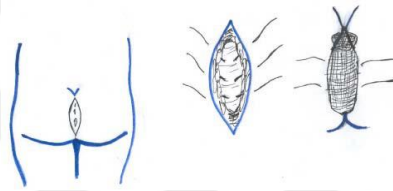
Şekil 5. Bascom yöntemi (Kaya vd. 2014).

Kapalı Yöntemler

Bu yöntem genel anestezi altında yapılmakta açık yöntemlere göre ameliyat sonrası iyileşme süresi daha kısa, nüks oranı az olmakta, daha az evde bakım gerektirmektedir (Yıldırım vd. 2008).

Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama

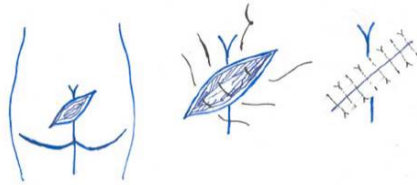
Bu yöntem ile sinüs ağzlarının yaklaşık olarak 1-2 cm dışarısından yapılan bir insizyon ile sinüs dokusunu tamamı çıkarılmakta daha sonrasında sakrokoksigeal ve gluteus maksimus fascialardan geçirilen dikişlerle bu bölgede oluşmuş olan boşluk kapatılmaktadır (Yıldırım vd. 2008).



Şekil 6. Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama Yöntemi (Yıldırım vd. 2008).

Oblik Eksizyon ve Primer Kapama

Bu yöntemde insizyon kesisi fusiform ve natal yarığa oblik olacak şekilde yapılmakta, hastanın oturma ve eğilme hareketleri sırasında kalçadaki sürtünmeyi azaltmak ve yara ayrılması vb. komplikasyonların önlenmesi hedeflenmektedir (Yıldırım vd. 2008).

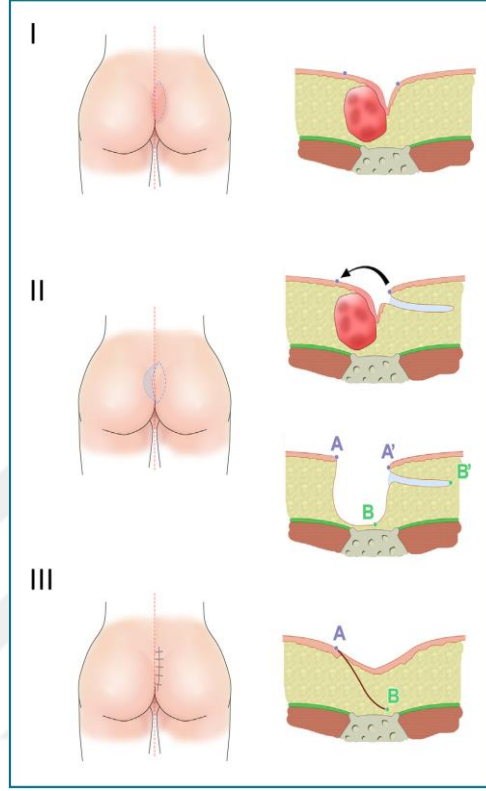


Şekil 7. Oblik eksizyon ve Primer Kapama (Yıldırım vd. 2008).

Asimetrik Eksizyon ve Kaydırılmış Fleple Kapama

Bu yöntemde sinüsün üzerinde ve orta hattın 2 cm lateralinden başlanılarak ve dikey uzunluk mesafesi en az 5 cm olan asimetrik ve eliptik bir insizyon işlemi

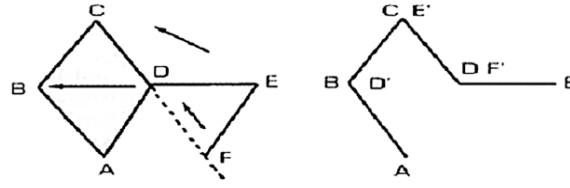
yapılarak sinüs bölgesi tüm sinüs ekleri de dahil olmak üzere eksize edilmekte, insizyonun medial tarafından flep hazırlanmakta ve kaydırma işlemi yapılarak defektin kapatılması işlemi tamamlanmaktadır (Emir vd. 2013).



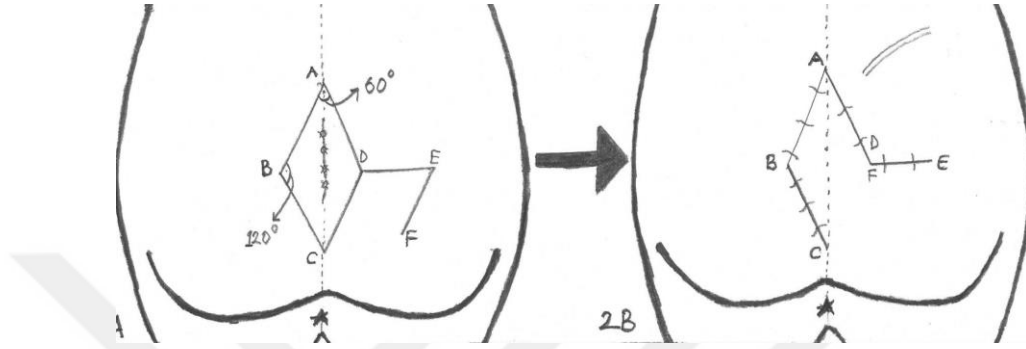
Şekil 8. İnsizyon ve fleple kaydırma işlemi (Borel et al. 2017).

Rhomboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama

Bu yöntemde, tüm sinüsü ve sinüs ağzlarını kapsayacak şekilde rhomboid bir insizyon yapılarak sinüsün tamamıyla eksizyonu gerçekleştirilir ve eksizyon sonrası bölgede hastalıklı doku kalmamasına özen gösterilerek bölge temizlenmekte gluteal bölgede cilt ve ciltaltı yağ dokusunu da kapsayacak biçimde hazırlanan limberg flep defektin üzerinde kaydırılarak defekt kapatılmaktadır. Glutealsuklus'un düzleştirilmesindeki sebebin orta hat üzerinde kıl, debris birikiminin önlenmesi ve sürtünmenin neden olabileceği maserasyonların önlenmesi böylece yara ayrılması ve rekürrens gibi komplikasyonların azaltılması amaçlanmaktadır (Tardu vd. 2011, Buluş ve Coşkun 2011).



Şekil 9. Limberg Flep çizimi (Tardu vd. 2011).



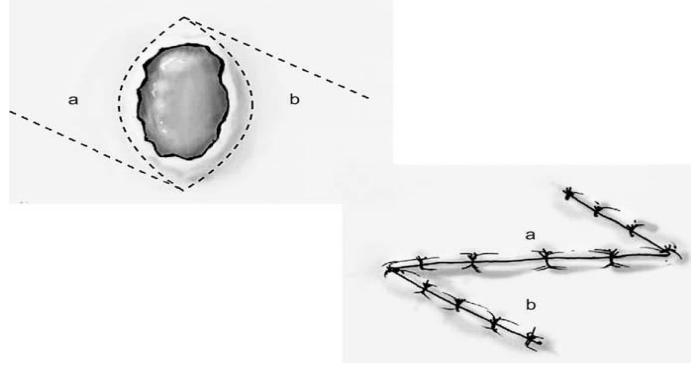
Şekil 10. Rhomboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama (Bali vd. 2015).

Plastik Girişimler

Sinüs kistinin eksizyonun yapıldığı bölgedeki alanın kısmen ve tam olarak cilt yamaları ile örtülmesi veya yaklaştırılması için bazı plastik girişimler yapılmaktadır (Yıldırım vd. 2008).

Z Plasti

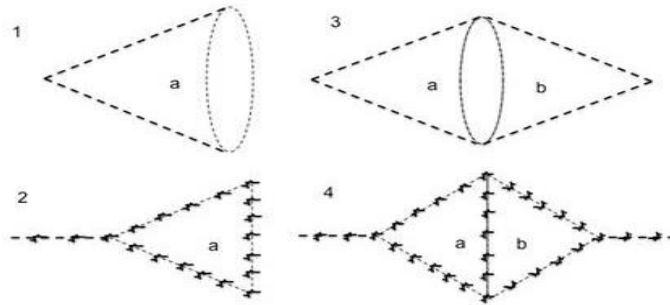
Sinüs dokusunu kapsayacak biçimde dar eliptik bir insizyonla hastalıklı doku çıkarılmakta, insizyonun alt ve üst uçlarından kesi hatlarına 45 derecelik açıyla flebin Z kolları hazırlanmaktadır. Bu flepler yeterli kalınlıkta yara gergin olmayacak şekilde kapatılacak biçimde hazırlanmalı ve fleplerin kaydırılarak kapatılması işlemi yapılmalıdır (Duman vd. 2013).



Şekil 11. Z plasti yöntemi (Valesco and Dunlap 2009).

X-Y Plasti

Bu plastik yöntem tek taraflı ve çift taraflı yapılabilmekte ve 10 cm çapa kadar olan defektlerde genellikle tek taraflı flep yeterli iken 10 cm ve daha fazla olan defektlerde çift taraflı flep gerekmektedir. Flepler cilt, ciltaltı yağ dokusu ve gluteal fasyadan oluşmakta sinüs dokusu tamamen çıkarıldıktan sonra insizyonun yapıldığı yerin alt ve üst ucundan laterale doğru V harfi şeklinde flep hattı oluşturacak şekilde flep hattı kesilerek tabana kadar inilmekte, V harfinin açık kalan yerleri arasında doku defektini kapatabilecek şekilde yara dudaklarında açık kalan bölgeler kapatılmakta, diğer uç ise primer olarak kapatıldığında Y harfine benzer şekil elde edilmektedir. Bu yöntemlerin komplikasyonları, greft ya da cilt flebinin kaybıdır (Yıldırım vd. 2008, Duman vd. 2013).



Şekil 12. X-Y Plasti Yöntemi (Duman vd. 2013)

2.5. Pilonidal Sinüs Hastalığı ve Ayırıcı Tanısı

Pilonidal sinüs hastalığının histolojik olarak benzeri olan çeşitli iltihabi kitlelerden fark edilebilmesi gerekmektedir. Ancak bu iltihabi kitleler benzer şekilde, epitelyal veya kıl içerebilen yapılar granülasyon dokusu, yabancı cisim dev hücreleri ve granulomadan oluşmaktadır (Gülpınar vd. 2009).

Pilonidal sinüs hastalığı ile karıştırılabilen bazı iltihabi kitleler:

Perianal Fistül: Bu hastalık yapısı anal kanal ile perianal deri arasında oluşan normal olmayan bağlantıdır. Yaygın olarak nüks eden apselerin bir komplikasyonu olarak görülmekte ve hastaların başlıca şikayeti akıntı olmaktadır. Geçmişten bu yana fistül tanısında kullanılan radyolojik inceleme yöntemi fistülografi iken günümüzde invaziv girişim olmayan Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRG) kullanılmaktadır (Sivri vd. 2017).

Perianal ve Perirektal Abseler: Abseler sıklıkla 30-40 yaş aralığında rastlanan ve anorektal bölgedeki enfeksiyonlar olan kolorektal bir hastalıktır. Fizik muayenede tanı deride kızarıklık, şişlik ve palpasyonda hassasiyet görülmesiyle konulmakta, fizik muayene ile tanı konulmasının güç olduğu durumlarda ultrasonografi, BT ve MR gibi radyolojik incelmeler kullanılmaktadır (Koç vd. 2008). Hastaların yaklaşık olarak %50'sinde anal kanal ve perianal deri arasında iyileşme göstermeyen tünel görülmektedir (Steele et al. 2013).

Pyoderma Gangrenosum: Nadir görülen, kıl folikülleri içerebilen, ağrılı nodül veya fistül şeklinde başlayan lezyonlardan, kenarları deriden kabarık, dokunulduğunda hassasiyete neden olan, ilerleyerek genişleyen ülserleşen inflamatuvar bir deri hastalığıdır (Taşdelen-Fışgın vd. 2006).

Konjenital Anomaliler: Sakrokoksigeal bölgedeki sinüsler medullar kanal ile ilişkili iz bırakan kalıntılardır. Bu tür sinüsler sakrum ve koksikse kadar ilerleyebilmekte, spinal kord ile bağlantısı olduğu düşünülüyorsa bu lezyonların doğumsal olduğu ve spina bifida, meningomyelose hastalığı ile ilgisi olmaktadır. Mortalite oranı yüksektir (Keigley and Williams 2008).

Pritus Ani: Anüs veya perianal deride kaşıntı ile hastada rahatsızlık hissi uyandıran sıklıkla iyi huylu, yaygın görülen bir hastalıktır (Leventoğlu vd. 2011).

2.6. Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Bakım

Cerrahi girişim tüm hastalar için stres yaratan bir durumdur. Hastaların ameliyat öncesi hazırlığı, cerrahi girişim ile başedebilmesini sağlamak ve ameliyatı kötü yönde etkilemesi muhtemel olan riskleri cerrahi girişim öncesinde belirleyerek hastanın ameliyat sonrasında kendi bakımına katılmasını sağlamak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve olası komplikasyonları önlemek açısından önem taşımaktadır (Yılmaz 2017, Yavuz 2017). Hastanın cerrahi kliniğe kabulü ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık aşamaları 4 bölümden oluşmaktadır:

Psikolojik hazırlık: Hastalar için hastaneye yatma ve cerrahi girişim uygulanacak olması anksiyete ve korku yaşamalarına neden olmaktadır. Hastaların anksiyete yaşamalarının nedenleri; anestezi sonrası uyanamama, ölüm riski, sakat kalabileceği, cinselliğin kaybı, ameliyat sonrası ağrı ile nasıl başedebileceği, özerklik kaybı gibi endişeleridir. Hastaların cerrahi girişime bağlı olan anksiyete ile başedebilmeleri ve anksiyetenin en az seviyeye düşürülebilmesi için terapötik bir ortam oluşturularak, hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirmenin yapılması ve hastaların sorularına yanıtlar verilmesi ve hastanın kendini ifade etmesine olanak sağlanması gerekmektedir (Yılmaz 2017, Yavuz 2017).

Fizyolojik hazırlık: Bu hazırlık aşamasında hastanın anamnezi alınmalıdır. Hastanın kronik hastalıkları, yaş, obezite, beslenme, sürekli kullandığı ilaçlar ve alerjisi, sigara ve alkol kullanımı, sıvı elektrolit dengesi, sistem fonksiyonları(kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, nörolojik sistem, üriner sistem, endokrin sistem, hepatik sistem, immunolojik sistem, kas ve iskelet sistemi), ağrısı ve enfeksiyon bulgularının varlığının sorgulamasının yapılması gerekmektedir. Pilonidal sinüs hastalığı nedeniyle cerrahi işlem gerçekleştirilecek olan hastalarda enfeksiyon odağının olması, sinüs ve sinüs bölgesinde inflamasyon varlığı, selülit gibi komplikasyonların görülmesi yapılacak cerrahi girişim için kontrendike olmakta ve bu komplikasyonların herhangi birisinin görülmesi durumunda antiinflamatuvar

ilaçlar kullanılmaktadır. Hemşire olarak antiinflamatuvar ilaç kullanan hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar izlenmelidir (İşgör 2011, Yılmaz 2017, Yavuz 2017).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın tedavi amacıyla (reçeteli) ya da kendi isteğine bağlı (reçetesiz) kullandığı ilaçlar pıhtılaşmayı etkileyerek ve anesteziyle istenmeyen etkileşime girerek ameliyat riskini arttırabildiği, hastanın reçeteli olarak aldığı bazı ilaçlara ameliyat gününe kadar devam etmesi bazı ilaçların kesilmesi veya doz ayarlanması yapılması gerekmektedir. Antikoagülanlar kanamaya neden olmakta, antibiyotikler anestezi ilaçları ile istenmeyen etkileşim oluşturmakta, steroidlerin uzun süreli kullanımında adrenal bezlerin korteksi baskılanması sonucu stres durumunda yeterince salgılanmaması ile buna bağlı olarak hastanın anestezi ve ameliyat stresiyle başatmesinin güçleşmektedir. Sigara kullanımı ameliyattan 8 hafta öncesi bırakılmalı, alkol ise karaciğer fonksiyonlarında bozulmaya neden olabileceği için alkol kullanım miktarı azaltılmalı ve bırakılmalıdır (Yılmaz 2017, Yavuz 2017).

Hastanın ameliyat öncesi gece hazırlığında eğer hastanın bağırsak temizliği olması isteniyor ise bağırsak boşaltıcı lavmanlar kullanılmaktadır. Hastanın ameliyat sonrası aspirasyon riskini ortadan kaldırmak için istenilen saatlerde aç kalması sağlanmalıdır (Dolgun vd. 2011).

Hastaların cilt hazırlığında cilt florasındaki mikroorganizma sayısının azaltılması için hastanın ameliyat öncesi gün veya ameliyat günü banyo yapması ve eğer tüylerden arındırma işlemi yapılması isteniyor ise ameliyat günü tek kullanım başlığı bulunan elektrikli kliperler ile temizleme işleminin yapılmasının ve hastanın ameliyat öncesi gecesi uykusunu almasının ve rahatının sağlanmasının önemli olduğu ve ameliyata gitmeden önce hastanın üzerinde takı(saat, küpe, bileklik) benzeri aksesuarlar çıkarttırılmalıdır. Hastanın kişisel eşyaları varsa hemşire eşliğinde teslim alınarak hasta yakınlarına teslimi yapılmaktadır (Yavuz 2017, Yılmaz 2017).

Ameliyat öncesi dönemde verilen hasta eğitimi: Hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgilendirme yapılarak ameliyat sonrasında olabilecek komplikasyonları ve psikolojik sorunları önlemek ve hastalara verilen bilginin

davranışa dönüşmesini sağlamak amaçlanmaktadır (Dolgun ve Dönmez 2010, Yavuz 2017, Yılmaz 2017).

Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verdiğimiz eğitim içeriği;

Pilonidal sinüs hastalığı kuyruk sokumunda yer alan, içinde kıl bulunan halk arasında kıl dönmesi olarak bilinen bir hastalıktır. Bu hastalığın belirtileri genellikle ağrı, şişlik ve akıntıdır. Gençlerde daha sık görülmektedir. Pilonidal sinüs(kıl dönmesi) hastalığının gelişiminde erkek cinsiyet, yaş, şişmanlık, meslek, vücutta kıl oranının fazla olması, aile öyküsünde bu hastalığın varlığı, temizliğe dikkat etmeme, asker olmak, hareketsiz yaşam tarzı ve uzun süre oturarak çalışmak önemli rol oynamaktadır. Bu hastalığın tedavisinde çeşitli ilaçlar kullanılır. İlaçlara rağmen düzelmiyorsa ameliyat yapılarak tedavi edilmektedir (Timmons 2007, Stephen-Haynes 2008, Tezel vd. 2009, Griffin 2015).

Ameliyatın yapılabilmesi için hastanın durumuna göre genel anestezi(uyutma) ya da spinal anestezi(belden uyuşturma) tercih edilmektedir. Ancak ameliyat belinizden uyuşturularak yapılıyor ise baş ağrısı ve idrar boşaltmada sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunların giderilmesi için önerilen uygulama ve ilaçlar hemşire tarafından yapılacaktır. Cerrahi işlemde kuyruk sokumu bölgesindeki kıl dolu cilt altı bu bölgedeki cilt ile beraber çıkarılmakta ve o bölgede eğer iltihap varsa bu bölge açık bırakılarak kendi kendine kapanması beklenmektedir. Eğer iltihabi bir durum yoksa ameliyat bölgesi kapatılmaktadır. Bazı hastalarda yara iyileşmesini sağlamak ve fazla sıvı toplanmasını önlemek için ameliyat bölgesine dren(ince lastik tüp) konulabilmektedir. Ameliyat sonrası görülebilecek istenmeyen durumlar; enfeksiyon, yara yerinin açılması, yara iyileşme sürecinin uzaması ve hastalığın tekrarlama olasılığıdır (Nalbant vd. 2005, Timmons 2007, Çağlayan vd. 2011, Yavuz 2017, Yılmaz 2017).

Ameliyata gitme saatiniz ameliyat listesinde belirlenen ve ameliyathaneden yapılan istemler ile belli olmaktadır. Ameliyathaneye gitmeden önce tüm kıyafetleri çıkartarak(sadece altınızdaki iç çamaşırı kalacak şekilde) ameliyathane önlüğünü giymesi ve hastanın üzerindeki takı(saat, bileklik, küpe) benzeri aksesuarlar

çıkartılmalıdır. Hastanın kişisel eşyaları hemşire eşliğinde teslim alınarak hasta yakınlarına teslim edilmektedir. Hastanın ameliyathaneye gitmeden önce hastane bilekliği takmış olması gerekmekte ve herhangi bir alerji durumu yoksa beyaz bileklik, alerji durumu varsa kırmızı bileklik takılmaktadır. Ameliyata girmeden önce açlık durumu hemşireniz tarafından sorgulanmaktadır. Ameliyathaneye gitmeden önce ameliyatı kabul ettiğine dair 'bilgilendirilmiş onam formunu' imzalaması gerekmektedir. Ameliyata girmeden önce hastanın güvenliğini sağlamak için hemşire tarafından güvenli cerrahi kontrol listesi doldurulacaktır. Hasta ameliyathaneye hemşire tarafından teslim edilecek, ameliyat bittikten sonra hasta aynı hemşire tarafından yatağına uygun pozisyonda yatırılıp yapılacaktır. Ameliyat süresince hasta yakınları ameliyathane bekleme salonunda bekleyerek, hastanın genel durumunu ameliyat bilgilendirme ekranından takip edebilirler (Yavuz 2017, Yılmaz 2017).

Yasal hazırlık: Hastaya ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmalıdır. Onam formunun imzalatılması hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvence olmaktadır. Hastadan onam formu için izin alınmasının sebebi uygulanacak cerrahi girişim ile ilgili bilgi vermek, cerrahi girişim ile ilgili olası komplikasyonlar ve riskler konusunda bireyi bilinçlendirmek ve doğru seçim yapmasını sağlamaktır. Bilinci açık olmayan, 18 yaş altında olan hastalardan ameliyat için izinler aileleri veya yakınların tarafından imzalanmaktadır (Yavuz 2017, Yılmaz 2017).

2.7. Ameliyat Sırası Bakım

Ameliyat sırası bakım, hastanın ameliyathaneye girişi ile başlayan ve anestezi sonrası bakım ünitesine veya yoğun bakıma sevk edilmesine kadar süren dönemdir. Bu dönemde hastanın ameliyathaneye alınması ve cerrahi ekip, hastaya cerrahi girişime uygun pozisyon verilmesi, hastaya ameliyathanede uygulanan girişimler; deri hazırlığı, hastanın boyanması ve örtülmesi, hastaya anestezi verilmesi aşamalarını içermektedir (Kanan 2012, Özbayır 2017).

Hastanın ameliyathaneye alınması ve cerrahi ekip: Hastanın ameliyathaneye alınması ile hastanın tüm bakımının sorumluluğu cerrahi ekibe geçmektedir (Kanan 2012, Özbayır 2017).

Hastaya cerrahi girişime uygun pozisyon verilmesi: Pilonidal sinüs ameliyatlarında kullanılan pozisyon ise 'prone-jacknife' pozisyonudur ve kalçalar laterale doğru çekilerek flasterlerle sabitleştirme yapıldığı bildirilmektedir (Mihmanlı 2003).



Şekil 13. Pilonidal sinüs ameliyatında kullanılan pozisyon (Mihmanlı 2003).

Cerrahi işlem uygulanacak bölgesinin geçici ve kalıcı mikroorganizmalardan arındırılması açısından önem taşımaktadır. Mekanik temizlik, klorheksidin glukonat iyodofor ya da heksaklorofen içeren maddelerle yapılan temizliğin kalıcı mikroorganizmaların sayısını azalttığı, kılların temizliği ise her bölgedeki cerrahi girişimler için gerekli olmamakta ancak kafa derisi ve başka kıllı olan bölgelerin kıllardan arındırılması gerekmekte ancak bunun traş bıçağı ile yapılması önerilmemekte, tek kullanımlık elektrikli traş makinelerinin kullanılmaktadır (Kanan 2012, Özbayır 2017).

Ameliyat masasında deri hazırlığında ise hastada anestezinin etkisi başladıktan ve hastaya pozisyon verilmesinden sonra ameliyat bölgesinin ve etrafının antiseptik solüsyonlarla silinmesi gerekmekte bunun içinde genellikle povidon-iyodin kullanılmaktadır (Kanan 2012, Özbayır 2017).

Hastanın boyanması ve örtülmesi işlemi ise hastada anestezinin etkisi başladıktan ve hastaya pozisyon verilmesinden sonra ameliyat bölgesinin ve

çevresinin mekanik olarak temizlenmesi gerekmekte bunun için kullanılan kullanılan ajanın sıcaklığının 40 °C'i geçmemesi gerektiği ve bu işlem uygulanması esnasında steril eldiven giyilmesi ve kesi yapılacak bölgeden başlanılarak çevresine doğru kuvvetli sürtme ile dairesel hareketler ortalama 5 dk süre ile cerrahi işlem bölgesinin boyanma işleminin yapılması gerekmektedir (Kanan 2012, Özbayır 2017).

Perianal bölgenin ameliyatlarından olan pilonidal sinüs ameliyatında kullanılabilen anestezi türleri 3 gruptur ve bunlar genel, bölgesel ve lokal anestezi. Bölgesel anestezi, selülit ve enfeksiyon odağı bulunan hastalarda kontrendike olmaktadır. Lokal anestezi küçük sinüslerde kullanılabilmekte, büyük sinüslerin eksizyonunda ve flep uygulanacak sinüslerde lokal anestezi yetersiz olmakta ve ameliyatın başarısını azaltmaktadır (Akyıldız vd. 2008, Erdem vd. 2011).

2.8. Ameliyat Sonrası Bakım

Bu dönem ameliyat sonrasında başlayıp hasta normal fonksiyonlarına dönüncüye ve hastanın tıbbi bakımının sonlanmasına kadar olan dönemi kapsamakta ve 2 döneme ayrılmaktadır (Akyolcu 2012).

Ameliyat sonrası erken dönemde: Hastanın ameliyatının bitiminden anestezinin etkisinin geçtiği birkaç saatlik süreyi kapsamaktadır (Akyolcu 2012). Ameliyat sonrası geç dönem ise ameliyat sonrasında birkaç hafta ya da 30 günlük süreyi kapsayan hastanın iyileşmesinin olduğu ve komplikasyonların önlendiği dönemdir (Akyolcu 2012).

Cerrahi girişimden sonraki dönemde bakım aşamaları ayılma ünitesinde bakım ve klinikte bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Ayılma ünitesindeki bakım kriterleri:

Ameliyat sonrası havayolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi gerekmektedir (Akyolcu 2012, Aslan 2017). Hastalarda gelişebilecek hipotansiyon, şok, kanama, hipertansiyon ve disritmileri izlenmeli, bilinç durumu, yaşam bulguları,

kardiak ritmi, vücut ısısı, idrar miktarı ve rengi değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası kanama kontrolü yapılmalıdır (Aslan 2017).

Ameliyat sonrası ağrı ve anksiyetenin giderilmesi için hastaya emosyonel destek verilmeli endişe ve korku seviyesi azaltılmalı, ağrısı için ise HKA(Hasta kontrollü analjezi) veya IV opioid analjezik uygulamaları yapılarak hastanın ağrısının giderilmesi gerekmektedir (Aslan 2017).

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesi için doktor orderine uygun olan antiemetik uygulaması yapılmalıdır (Aslan 2017). Hastanın ayılma ünitesinden cerrahi kliniğe transferi için gerekli olan koşullar; hastanın yaşam bulguları stabil olmalı, hastanın yer, zaman, olay ve kişi oryantasyonu olmalı, solunum fonksiyonları normal, yeterli düzeyde kan oksijen saturasyonu olmalı, bulantı ve kusmasının kontrol altına alınmış olmalı, ağrısının azalmış olmalı, drenlerden anormal/aşırı miktarda drenaj olmamasıdır (Aslan 2017).

Cerrahi klinikte bakım kriterleri:

Hasta ameliyat sonrası cerrahi kliniğe ilk geldiğinde yapılması gerekenler; hemşire tarafından hastanın yaşam bulguları ölçülmeli, cilt rengi ve ısısını kontrol edilmeli, IV sıvı miktarını ve gidiş hızını kontrol edilmeli, hastanın dren izlemi yapılmalı, ameliyat bölgesindeki insizyon yerine göre en uygun pozisyonun verilmesini sağlanmalıdır. Hekim istemine göre hemşire tarafından ilaçları uygulanmalı ve hemşire gözlem formuna kayıt edilmelidir (Aslan 2017).

Bazı anestezi ajanları ve ağrının giderilmesi için kullanılan analjezikler hipovekilasyona ve hipoksiye neden olabilmekte bunun için hastanın solunum sayısı, tipi, derinliği ve solunum seslerinin takip edilmesi ve oksijen verilmesi gerekmektedir. Hastanın derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapmasını engelleyecek türde bir cerrahi girişim uygulanmadı ise bu egzersizlere ameliyat sonrasında cerrahi işlem bölgesi yastık veya katlanmış havlu ile desteklenerek en kısa sürede hastaya öğretilerek başlanmalıdır (Fındık 2017). Pilonidal sinüs ameliyatı olan hastanın insizyon bölgesinin zarar görmesini önlemek ve insizyon bölgesindeki

baskıyı ortadan kaldırmak için en uygun pozisyon verilmesi gerekmekte bunun içinde en uygun pozisyon genellikle yüzüstü ve sol yan yatış pozisyon olmaktadır (Abdul-Ghani et al. 2006).

Hastanın kan basıncı, ağrı nabız ve solunumu ölçülmeli eğer sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında ve her ölçümde 5 mmHg düşüş gözleniyor ise dikkatli olunması gerekmekte kanama ihtimaline karşı insizyon bölgesi düzenli olarak gözlenmeli, yara yerindeki pansumanın temiz ve kuru olmasına özen gösterilmeli, drenajın miktarı, rengi ve kokusu değerlendirmesi yapılmalı ve ayrıca vücut ısısının takip edilmesi gerekmekte geç dönem komplikasyonlar olan kanama, hipovolemi, şok ve venöz tromboemboliye karşı dikkatli olunması gerekmektedir (Fındık 2017).

Hastanın en erken sürede hareket etmesinin sağlanması komplikasyonların önlenmesi ve yara iyileşmesinin hızlanmasında etkili olduğu için hastanın tolere edebileceği düzeyde hareketi sağlanması gerektiği kadar hastanın etkili bir şekilde dinlenmesi de sağlanmalıdır (Fındık 2017). Pilonidal sinüs ameliyatı olan hastalara uygulanan cerrahi girişimde lokal anestezi kullanıldı ise hemen mobilize olabileceği ancak ameliyat esnasında spinal ya da genel anestezi uygulandı ise genellikle mobilizasyon 8 saat sonra gerçekleştirebileceği, ameliyat sonrası yara açılmasını engel olabilmek için hastanın ilk gün oturmamaya özen göstermesi ve tuvalet ihtiyacı için klozet kullanması gerekmektedir (Tezel vd. 2009).

Hastaların ameliyat sonrası 6-8 saat sonra idrar çıkışının olması beklenmekte bunun için hastanın aldığı-çıkardığı takibi yapılmalı, idrar kateteri bulunan hastalarda aseptik tekniklere uyulması gerekmekte ve üriner sistemde görülebilen komplikasyonlar izlenmelidir (Fındık 2017).

Bağırsak peristaltizminin ameliyattan sonra 24-48 saat içinde geri dönmesi beklenmekte bunun içinde bağırsak seslerinin dinlenmesi gerekmekte ve bu duruma uygun olarak hastaların en kısa sürede oral alıma başlaması sağlanmalı ilk önce sulu gıdalar ile oral alıma başlanmalı ve daha sonrasında katı gıdalara geçiş sağlanmalıdır. Ameliyat sonrasında bulantı-kusma, hıçkırık, abdominal distansiyon, akut mide dilatasyonu ve paralitik ileus gibi komplikasyonlar olabilmektedir (Fındık 2017).

Pilonidal sinüs ameliyatı sonrası anestezi türüne uygun olarak en kısa sürede (genellikle 2-6 saat içerisinde sulu gıdalar ile beslenmeye geçilebilir ve sıvı tüketimi başladığında bol sıvı tüketimi olmalı (en az 1,5 litre) özellikle nescafe, kahve gibi içecekler tüketilmelidir (Aslan 2017).

Yara iyileşmesinin 24-72 saat içerisinde başlaması beklenmekte eğer yara enfekte olursa bu 2-6 güne kadar uzayabilmekte ve temiz cerrahi yaralarında normal gerilme kuvveti 15-20 günleri arasında olduğu bunun için yaranın temiz ve kuru tutulması gerekmekte ve steril bir şekilde kapatılan pansumanda kanama, sızıntı ve ıslaklık olmamalı ve pansumandan gelen drenaj miktarı, içeriği ve kokusu takip edilmeli, yara iyileşmesinin komplikasyonları olan yara ayrılması, evisserasyon ve enfeksiyona karşı dikkatli olunması gerekmektedir (Fındık 2017).

Pilonidal sinüs ameliyatı sonrası hastada dren bulunabilmekte bunun da sebebi ameliyat sonrası cilt altında oluşan veya drene olamayan hematoma ve seroma enfeksiyon riskini artırdığı için bu kan ve sıvı birikimini önlemek amacıyla kullanılmakta ancak drenler bu ameliyat sonrasında ilk 24 saat içerisinde vücuttan çıkarılmaktadır (Nalbant vd. 2005, Tezel vd. 2009). Pansumanlar ise genellikle kanayan, sızıntı veya fazla drenajı olan, idrar ile ya da dışkı ile enfekte olabilecek bölgelerde olan, tespit edilmesi gereken yaralar için kullanıldığı ve ameliyat sonrası erken dönemde pansumanının kirlenmesinin önlenmesi için hastanın defekasyon esnasında temizliğe dikkat etmesi gerekmekte özellikle tuvalet kağıdı kullanması önerilmektedir. Tuvalet ihtiyacı esnasında pansumanın kirlenmesi durumunda pansuman değişimi yapılması gerekmektedir (Gülpınar vd. 2009, Tezel vd. 2009). Pansuman değişimi esnasında hastalarda ağrı arttığı için doktor orderine uygun analjezi uygulamasının yapılması gerektiği belirtilmektedir (Stephen-Haynes 2008). Ameliyat sonrasında hastaların kişisel temizliğine dikkat etmesi gerekmekte özellikle sakrum bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına dikkat edilmelidir (Öngel vd. 2007, Tezel vd. 2009, Griffin 2015).

Hastalarda ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon görülebilmekte bunun önlenmesi için hastalara psikolojik destek verilmeli özellikle hastalar ile iyi bir

iletişim kurulmalı, bilgi ihtiyacı karşılanmalı ve taburculuk eğitimi de buna uygun olarak verilmelidir (Fındık 2017).

2.9. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi hastaların evde ihtiyacı olan bakımın hangi konuları kapsadığının belirlenmesini, hasta ve yakınlarının evde yaşayabilecekleri ya da karşılaşılabilecekleri sorunlar ile nasıl başedebileceklerine yönelik çözüm bulunması gerektiğini de kapsayan bir eğitim olması gerektiği ve bu eğitimin hastaların iyileşme süreçlerinin hızlanmasına, komplikasyonların azalmasına neden olması beklenmektedir. Yine hastaların kendi bakımında özerkliklerinin, kendilerine güvenin artması sağlanarak sağlık bakımı alanında kaliteyi artırarak, hastaneye tekrarlayan yatışlar azaltılmaktadır (Dal vd. 2012, Durhan ve Gürhan 2012). Pilonidal sinüs ameliyatı sonrası taburculuk eğitiminin içeriği: Hastaların ameliyat sonrasında tam olarak iyileşmesi, normal yaşantısına dönüş ve işe dönme süresi ortalama 3-4 hafta kadar sürebildiği, bacakların ilk 3 hafta açılmaması gerektiği, düzenli olarak günlük pansumanları yaptırmaları gerektiği, doktor tarafından verilen ilaçların düzenli kullanılması gerektiği, hastalığın tekrarlaması ve enfeksiyonun önlenmesi için dikişlerin alınmasından sonra ameliyat bölgesindeki kılların vücuttan uzaklaştırılması ve duş alınarak kişisel temizliğin sağlanması önemli olduğu, dikişlerin ortalama 14-21 günde alınabileceği ancak doktorun bunun için randevu vereceği ve eğer ameliyat bölgesinde geçmeyen ağrı, kızarıklık, şişlik, akıntı, aşırı bir kanama, kötü koku, yumuşak bir yara oluşumu mevcut, 38 °C ve üzerinde ateş ve titreme mevcutsa doktoruna başvurması gerekmektedir (Öngel vd. 2007, Tezel vd. 2009, Griffin 2015).

2.10. Cerrahi Hemşireliği Açısından Konunun Önemi

Sağlık kavramı bir bireyde sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel yönlerini de içine alacak biçimde bütüncül bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar yaşamları boyunca sağlıklarını tehdit eden bir durumla karşılaşırlarsa sadece fiziksel olarak bundan etkilenmeyip bir bütün olarak

etkilemekte ve insanlar sağlıklarını d¼zeltmek için bir arayış içerisine girmekte ve holistik bakış açısı çerçevesinde tedavi ve bakım alma gereksinimi hissetmektedirler (Selimen ve Andsoy 2011, Doğu 2013).

Tedavi ve bakım alma gereksinimi bireyleri hasta kavramının içerisine girmeye ve hastaneye yatış gereksinimi doğmasına neden olmakta, bireyleri psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Diğer yandan bireylerin sağlığının optimal d¼zelmesini sağlamak için cerrahi girişim gerektiğinin s¼ylenmesi hastaların cerrahi işlemi ilk duydukları andan itibaren yoğun bir anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Sağır vd. 2012).

Anksiyete kavramı i sıkıntısı, kaygı ve endişe anlamına gelmektedir. Bireyler bu durumu korkuya benzer bir duygu, sanki birşey olacaktış gibi nedeni belli olmayan sıkıntı, endişe olarak algılamakta ve çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusu içerisinden panik derecesine kadar değişik yoğunluklarda yaşayabilmektedirler. Anksiyete sinir sistemini uyarmakta, epinefrin(adrenalin) salgılanmasına neden olarak kalp atım hızı, kan basıncı ve v¼cut ısısı artmaktadır. Yine bireylerde terleme gibi birçok fizyolojik değişimler g¼r¼lmekte, immun sistemi zayıflayarak, yara iyileşme s¼reci geciktirmekte, bireylerin duygu, d¼ř¼nce ve davranışlarını olumsuz y¼nde etkilemektedir (z 2010, Selimen ve Andsoy2011, z ve Demiralp 2014).

Cerrahi girişim uygulanacak hastada anksiyete yaşanmasının nedenleri anestezi kaygısı, kontrol ve yeterliliğin kaybına y¼nelik kaygılar, l¼m riskine ilişkin endişeler, cinsel ve sosyal yaşama y¼nelik endişeler, bedeninin hasar g¼receđi korkusu, ağrı korkusu, özerklik kaybı korkusu, narsistik b¼t¼nl¼đ¼n zedelenmesidir (z 2010, öz ve Demiralp 2014). Cerrahi girişim öncesi anksiyete varlığı ameliyat sonrası ağrının fazla olmasına, komplikasyonların fazla olmasına, hastanede kalış s¼resinin uzamasına ve hastanın normal yaşamına d¼n¼ř s¼resinin uzamasına neden olmaktadır. Bu nedenle hasta ile ameliyat öncesinde en fazla iletişimde bulunan cerrahi hemşireleri hastaya zg¼ farklı öğrenme tekniklerini belirleyerek hastayı ailesi ve çevresiyle bir b¼t¼n olarak ele almalıdır. Hemşire terapötik bir ortam oluşturarak bireye zg¼ bilgilendirme ve eğitim yapmalıdır. Hastaların ve yakınlarının eksik veya yanlış bildiği bilgilerin d¼zeltilmesi sağlanmalı, hasta ve

yakınlarının soru sormasına, duygularını ifade etmesine olanak verilmeli, olabildiğince kısa ve öz ameliyat öncesi rutin hazırlıklar, ameliyat işlemi ve ameliyat sonrası dikkat etmesi gereken konularda eğitim verilerek anksiyete düzeyinin azalması sağlanmalıdır (Kruzik 2009, Özberksoy vd. 2009, Selimen ve Andsoy 2011).

Hasta eğitimi: Hastanın inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışları ile ilgili bilginin verilmesi, bir diğer ifadeyle sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranış şekline dönüşmesinde önemlidir (Öztürk vd. 2011). Hasta eğitimi, hastanın anlayabileceği şekilde basit ve sade bir dili olmalıdır. Cerrahi hemşireleri çalışma koşullarında: bire-bir öğretim, grup öğretimi, işlemlere hazırlayıcı öğretim ve gösteri (demonstrasyon) yöntemlerden uygun olanı seçebilmeli, yöntem seçiminde, hastanın gereksinimleri, eğitimin kapsadığı konular ve sınırları, eğitimin yapılacağı terapötik ortamın ve eğitimin süresinin dikkate alınması gerekmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Günümüzde hastalara eğitim vermek profesyonel hemşireliğin sorumluluğudur. Kaliteli hemşirelik bakımının temel bir parçası olan eğitim cerrahi girişim öncesi dönemde hastanın anksiyetesinin en az olduğu ve en etkin şekilde faydalanabileceği zamanda yapılmalıdır. Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastalarda daha az komplikasyon gelişmesine, hastanede kalış süresinin azalmasına, hastalardaki memnuniyet seviyesinin artmasına, anksiyetenin azalmasına, işe dönüş kısa sürede olmasına ve hastanın ameliyat sonrası durumuna kısa sürede adaptasyonunu sağlayarak hastanın rahatlaması ve hastanın konforunun artması sağlanmaktadır. Konfor hasta bireylerin gereksinimlerine yönelik gerekli yardımı, rahatı sağlamak ve bireylerin sorunlarına çözüm bulabilmek için fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve kültürel çevresi ile bütünlük içerisinde olmasıdır (Yücel 2011, Aygül ve Ulupınar 2011, Şahin vd. 2015).

Pilonidal sinüs hastalığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran ve yaşam konforlarını olumsuz etkileyen, işe dönüş süresini uzatan bir hastalık olduğu ve tedavisinde en optimal sonuç veren tedavi yöntemi konusunda fikir birliğine ulaşamadığı için hastalıkta nüks oranı yükselmektedir. Bu hastalıkta en sık

karşılaşılan sorunlar ağrı, akıntı olmakla birlikte titreme, ateş olabilmekte, ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar da hematoma, seroma, yara yerinin açılması, enfeksiyon, yara iyileşmesinin gecikmesi, hastalığın tekrar nüks etmesi ve nadir olarak kist içerisinde ya da sinüsün bulunduğu yolda skuamöz hücreli kanser gelişmesi görülmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası komplikasyon oranının azalması ve hastaların optimal sağlığa ulaşmaları için sağlık sistemi içerisinde hastalar ve yakınları ile en fazla iletişimde bulunan yeniliklere açık, bilimsel gelişmeleri takip eden ve kendini geliştiren, sorunlara pratik çözümler üretebilen, hasta bakımında bireysel bakıma önem veren profesyonel cerrahi hemşireleri tarafından ameliyat öncesi hasta ve yakınlarına verilen eğitim ile hastanın anksiyetesinin azalması ve cerrahi girişim sonrası hastanın yaşam konforu üzerine olumlu etkileri olması beklenmektedir (Eryılmaz vd. 2003, Öngel vd. 2007, İşgör 2011, Griffin 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisinin incelenmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma 28 yataklı olan Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, Ekim 2016- Eylül 2017 yılları arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ekim 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında pilonidal sinüs hastalığı nedeniyle ameliyat olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemine ise: pilonidal sinüs hastalığı tanısı konulan ve ameliyatı planlanan, araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma-yazma bilen, iletişim sorunu bulunmayan 35 çalışma grubu ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 hasta dâhil edildi.

Çalışma kapsamına alınması planlanan hastaların çalışma ve kontrol grubuna ayrılması kapalı zarf yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma grubuna alınması planlanan hastalar A, kontrol grubuna alınması planlanan hastalar B olarak nitelendirildi. Pilonidal sinus ameliyatı olmak için kliniğe gelen hastaların hangi gruba dâhil edileceği araştırmacı tarafından değil, servis sorumlu hemşiresi tarafından kapalı zarf yöntemi ile seçildi. Hastalar kliniğe yatış zamanına göre A

çıkanlar çalışma grubuna, B çıkanlar kontrol grubuna alınarak toplam 70 hasta oluncaya kadar çalışmaya devam edildi. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastalara ameliyattan 7-10. gün sonra sağlıklı davranış tutumlarını değerlendirmek amacıyla kontrol listesi uygulandı (Ek-5).

Çalışma grubu: Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile eğitim yapıldı (Ek-4). Eğitimin içeriğinde ameliyat öncesi rutin hazırlıklar, ameliyat sabahı kliniğe geldikten sonra yapılacak işlemler, ameliyat sonrası karşılaşılabileceği durumlar (dren, cilt temizliği) ve taburculuk eğitimi ile ilgili bilgiler yer aldı ve hastaların sorduğu sorular yanıtlandı. Eğitim kitapçığı için uzman görüşü alındı.

Kontrol grubu: Bu hasta grubuna klinikte verilen ameliyat öncesi rutin hazırlıklar hakkında bilgi verildi ve kliniğin rutin eğitim programı uygulandı.

3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkeni ameliyat öncesi verilen eğitimidir.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, durumluk-sürekli kaygı ve genel konfor durumlarıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan verilerin elde edilmesinde araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen (Tezel vd. 2009, Yormaz vd. 2015). Hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik Kişisel Tanıtım Formu (Ek-1), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2), Genel Konfor Ölçeği (Ek-3), Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek-4), hastaların ameliyat sonrası sağlıklı davranış tutumlarını belirlemeye yönelik Ameliyattan 7-10. Gün Sonrası Kontrol Listesi (Ek-5) kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Tanıtım Formu: Bu formda hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, meslek, sosyal güvence, sigara ve alkol kullanımı, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumları, düzenli egzersiz yapma, günlük yaşantılarında sürekli oturmak zorunda kalma durumlarını, bireylerin banyo yapma sıklığı, aile öyküsünde kıl dönmesi ameliyatı varlığı ve daha önce kıl dönmesi ameliyatı ile ilgili bilgi alma durumlarını belirlemeye yönelik 16 soru yer aldı (Ek-1).

3.5.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: Bu envanter kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme formu olan bu envanter durumluk, sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı değerlendirmek için 1970 yılında Spielberg ve ark tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmıştır ve 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçek formu bulunmaktadır. İlk 20 soru durumluk kaygı düzeyini, diğer 20 soruda sürekli kaygı düzenini ölçmektedir. Bu envanterden elde edilen puan 20-80 arasında değişmekte ve puanın yüksek olması kaygının yüksek olduğunu göstermektedir. 0-19 puan kaygı olmadığını, 20-39 puan düşük kaygı olduğunu, 40-59 puan orta düzey kaygı olduğunu, 60-80 puan yüksek düzeyde kaygı olduğunu göstermektedir (Öner ve Le Compte 2006, Özberksoy vd. 2009). Türkçe uyarlamasında alfa kolerasyonu ile saptanan güvenilirlik katsayıları durumluk anksiyete için 0,94 ile 0,96 arasında, sürekli anksiyete için 0,83 ile 0,87 arasında değişmektedir. Bu araştırmada ise durumluk anksiyete ölçeği cronbach alfa katsayısı 0,92, sürekli anksiyete ölçeği cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulundu.

3.5.3. Genel Konfor Ölçeği: Kolcaba konfor kavramı üzerine çalışmalarını bitirdikten sonra hastada beklenen konforun sonucu ölçmek için çalışmalarda bulunmuş ve 1992 yılında 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeği(GKÖ) geliştirmiştir. Ölçeğin alt boyutlar; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde), sorunların üstesinden gelme (15 madde) dir. Pozitif ve negatif ifadelerden oluşan ölçekte yanıtlar karışık halde verilmiş, pozitif ifadeler yüksek puan (4p) yüksek konfora, düşük puan (1p) düşük konfora, negatif maddelerde düşük puan (1p) yüksek konforu, yüksek puan (4p) düşük konforu ifade etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanılarak yapılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda çıkan

en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan 48 olmaktadır ve elde edilen bu toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanması yapılmaktadır. Sonuç 1-4 dağılımında belirtilmekte ve düşük konfor 1 puan, yüksek konfor 4 puanı ifade etmektedir. Bu ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,88 olarak belirlenmiştir(Kuguoğlu ve Karabacak 2008). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Kuguoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Bizim çalışmamızda çıkan sonuç 0,81'dir.

3.5.4. Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı: Bu eğitim kitapçığında pilonidal sinüs hastalığının tanımı, risk faktörleri, tedavi yöntemleri, ameliyatı hakkında kısaca bilgi verildi. Ameliyat öncesi rutin hazırlıklar, ameliyat sonrası dönemde yapılması gerekenler ve taburculuk eğitimi ile ilgili bilgiler yer aldı (Ek-4). Eğitim kitapçığı için uzman görüşü alındı.

3.5.5. Ameliyattan 7-10. Gün Sonrası Kontrol Listesi: Bu formda çalışma grubu ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan 7-10. gün sonrası sağlıklı davranış tutumlarının belirlemek için 7 tane soru yer aldı. Hastaların subjektif olarak verdikleri evet, hayır yanıtları ile sağlıklı davranış tutumları değerlendirildi (Ek-5).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmaya Etik Kurul Onayı (Ek-6) ve Kurum İzni (Ek-7) alındıktan sonra başlandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara 'Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' (Ek-8), 'Kişisel Tanıtım Formu' (Ek-1), 'Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri' (Ek-2), 'Genel Konfor Ölçeği' (Ek-3), Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Hastalığı Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek-4), 'Ameliyattan 7-10. Gün Sonrası Kontrol Listesi' (Ek-5) kullanılarak veriler toplandı.

Araştırmanın ilk basamağında kapalı zarf yöntemi ile 35'er kişilik gruplara ayrıldıktan sonra her iki gruba da araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Tanıtım Formu (Ek-1), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2), Genel Konfor Ölçeği (Ek-3) uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi rutin hazırlıklar

konusunda eğitim verildi. Çalışma grubunda olan hastalara ise araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile 20 dk sürede hasta odasında eğitim verildi. Eğitim kitapçığı (Ek-4) içeriğinde pilonidal sinüs hastalığı, ameliyatı ve taburculuğa ilişkin bilgiler yer aldı. Eğitime ilginin azalmasını engellemek ve hastalarda merak oluşmasını sağlamak için birebir görüşme yöntemi kullanıldı ve soruları yanıtlandı.

Çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki hastalara taburculuk öncesi gün Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2) ve Genel Konfor Ölçeği (Ek-3) uygulandı. Çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki bireylere verilen eğitimin etkisini değerlendirmek için hekim kontrolüne geldikleri 7-10. günde Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2) ve Genel Konfor Ölçeği (Ek-3), Ameliyattan 7-10. gün sonrası için oluşturulan Kontrol Listesi (Ek-5) uygulandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 20 paket programı ile analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılımları Kolmogorov Smirnov ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemede normal dağılımdan gelen değişkenler Independent Sample T Test, normal dağılımdan gelmeyen değişkenler için ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. İki'den çok bağımlı değişkenlerin analizlerinde normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Friedman's Two-Way ANOVA, anlamlı farklılıkların çıkması durumunda Çoklu Karşılaştırma Testlerinden yararlanılarak birbiriyle farklılık gösteren değişkenler tespit edildi. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

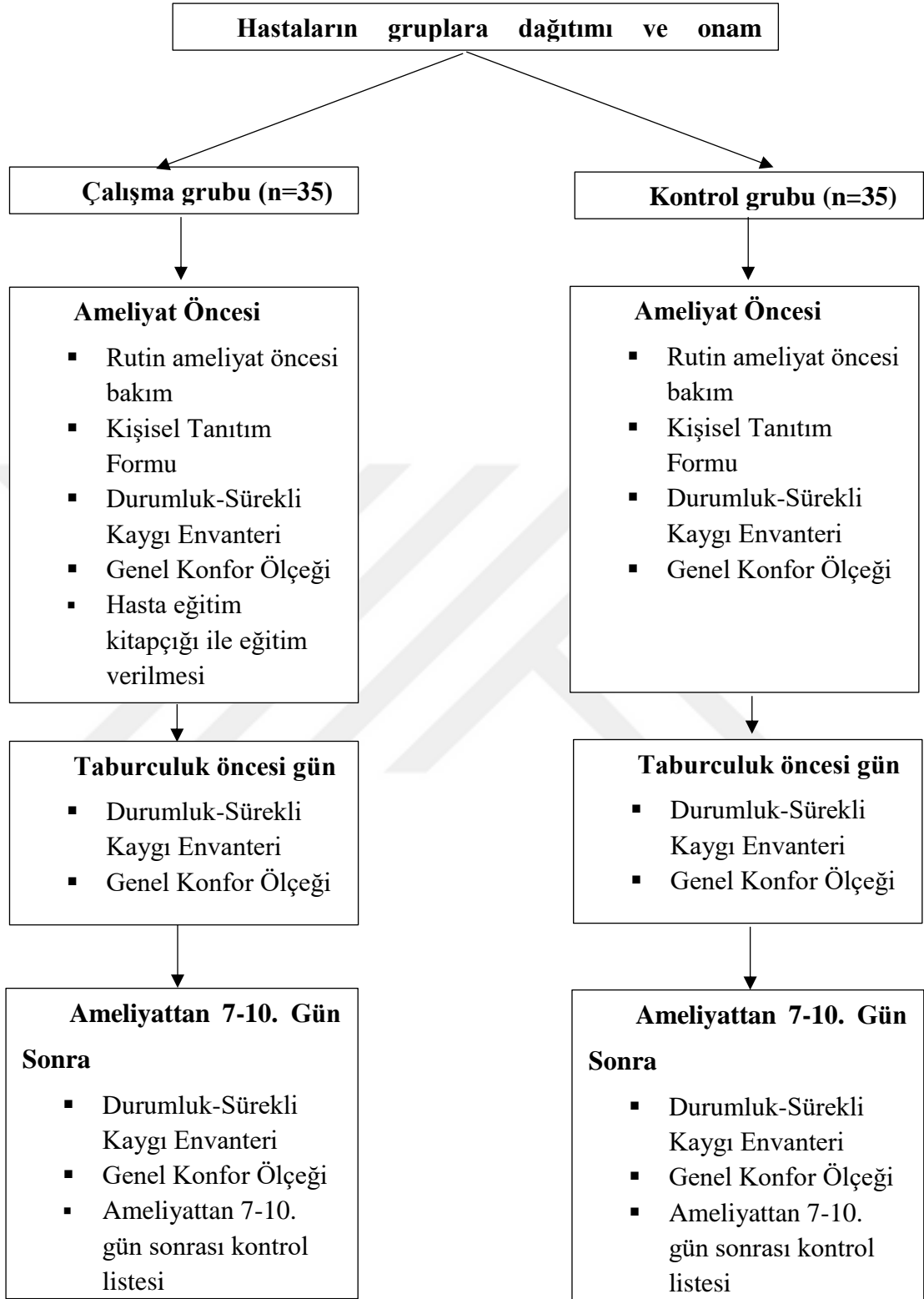
Araştırma yapılmadan önce Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 26.10.2016 tarih ve 2016/03 toplantı no ile etik kurul onayı alındı (Ek-6). Araştırmanın yürütüleceği Karabük Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 34771223-774.99 sayılı karar ile onay alındı (Ek-7). Araştırmaya katılan her hastaya

araştırmanın amacı, önemi, yöntemi ve beklenen yararları ‘‘Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ kullanılarak açıklandı ve yazılı izinleri alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılığı, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Kliniği’nde pilonidal sinüs ameliyatı olan hastalardan oluşması ve planlanan eğitimin hasta odasında verilmesidir.





Şekil 14. Veri Toplama Şema

4. BULGULAR

Bu bölümde; pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen veriler tablolar halinde sunuldu.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

		Çalışma Grubu		Kontrol		İstatistiksel analiz ve p değeri	
		n	%	n	%	x ²	p
	Yaş Ortalaması	24,66±5,62		24,89±7,35			0,654
Cinsiyet	Kadın	5	14,29	7	20	0,101	0,751
	Erkek	30	85,71	28	80		
Beden Kitle İndeksi	18.5 Altında (Zayıf)	1	2,86	0	0	Fisher's exact	0,821
	18.5-24.9 Arasında (Normal)	14	40	14	40		
	25-29.9 Arasında (Fazla Kilolu)	15	42,86	17	48,57		
	30-34.9 Arasında (1. Derece Obez)	4	11,43	2	5,71		
	35-39.9 Arasında (2. Derece Obez)	1	2,86	2	5,71		
Medeni durum	Evli	11	31,43	9	25,71	0,07	0,791
	Bekâr	24	68,57	26	74,29		
Meslek	İşsiz	3	8,57	6	17,14	*	0,771
	Ev Hanımı	1	2,86	1	2,86		
	Serbest Meslek	1	2,86	2	5,71		
	Memur	4	11,43	2	5,71		
	İşçi	11	31,43	7	20		
	Öğrenci	15	42,86	17	48,57		
Sosyal Güvence	Evet	33	94,29	32	91,43	Fisher's exact	1
	Hayır	2	5,71	3	8,57		
Sigara kullanımı	Evet	19	54,29	17	48,57	0,229	0,632
	Hayır	16	45,71	18	51,43		
Alkol kullanımı	Evet	3	8,57	3	8,57	Fisher's exact	1
	Hayır	32	91,43	32	91,43		
Düzenli olarak egzersiz yapma	Hayır	32	91,43	35	100	*	0,242
	30 Dakikaya Kadar	1	2,86	0	0		
	30-60 Dakika Arası	1	2,86	0	0		
	1 Saatten Fazla	1	2,86	0	0		
Banyo yapma sıklığı	Haftada 3 Den Az	14	40	21	60	2,8	0,094
	Haftada 4 Den Fazla	21	60	14	40		
Günlük yaşantınızda sürekli oturmak zorunda kalma	Evet	15	42,86	16	45,71	0,058	0,81
	Hayır	20	57,14	19	54,29		

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Buna göre çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması $24,66 \pm 5,62$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise $24,89 \pm 7,35$, çalışma grubundaki hastaların %85,71’ini erkekler, %14,29’unu kadınlar, kontrol grubundaki hastaların %80’ini erkekler, %20’sini kadınlar oluşturdu. Çalışma grubundaki hastaların %42,86’sının fazla kilolu, kontrol grubundaki %48,57’sinin fazla kilolu, çalışma grubundaki %68,57’sinin bekâr, kontrol grubundaki %74,29’unun bekâr, çalışma grubundaki %42,86’sının öğrenci, kontrol grubundaki %48,57’sinin öğrenci, çalışma grubundaki %94,29’unun sosyal güvencesinin olduğu, kontrol grubundaki %91,43’ünün sosyal güvencesinin olduğu, çalışma grubundaki hastaların %54,29’unun sigara kullandığı, kontrol grubundaki hastaların %51,43’ünün sigara kullanmadığı, çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki hastaların %91,43’ünün alkol kullanmadığı, çalışma grubundaki hastaların %91,43’ünün, kontrol grubundaki hastaların %100’ünün egzersiz yapmadığı, çalışma grubundaki hastaların %57,14’ünün, kontrol grubundaki hastaların %54,29’unun günlük yaşantılarında sürekli oturmak zorunda kalmadıkları, çalışma grubundaki hastaların %60’ının haftada 4 den fazla banyo yaptığı, kontrol grubundaki hastaların %60’ının haftada 3 den az banyo yaptıkları belirlendi. Gruplar ile cinsiyet, BKİ, medeni durum, meslek ve sosyal güvence, sigara ve alkol kullanımı, düzenli olarak egzersiz yapma, banyo yapma sıklığı, günlük yaşantılarında sürekli oturmak zorunda kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 2. Hastaların Diğer Demografik Bilgileri

		Çalışma Grubu		Kontrol		İstatistiksel analiz ve p değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	21	60	14	40	2,8	0,094
	Hayır	14	40	21	60		
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	14	40	14	40	0	1
	Hayır	21	60	21	60		
Ameliyatla ilgili eğitim/bilgi alma durumu	Evet	23	65,71	23	65,71	0	1
	Hayır	12	34,29	12	34,29		
Ailenizde daha önce kıl dönmesi ameliyatı geçiren olması durumu	Evet	6	17,14	7	20	0	1
	Hayır	29	82,86	28	80		

Tablo 2’de hastaların diğer tanıtıcı özellikler gösterildi. Çalışma grubundaki hastaların %60’ının, kontrol grubundaki hastaların %40’ının daha önce hastaneye

yattığı, çalışma ve kontrol grubundaki hastaların %60'ının daha önce ameliyat olmadığı, çalışma grubu ve kontrol grubundaki hastaların daha önce %65,71'inin ameliyat ile ilgili eğitim/bilgi aldığı, çalışma grubundaki hastaların % 82,86'sının, kontrol grubundaki hastaların %80'inin ailesinde daha önce kıl dönmesi ameliyatı geçiren olmadığı belirlendi. Gruplar ile ameliyata ilişkin özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 3. Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar		İstatistiksel analiz ve p değeri			
		n	Ort±SS	z*	p
Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Çalışma	35	40,54±7,79	-0,159	0,874
	Kontrol	35	40,89±5,98		
Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Çalışma	35	41,89±6,78	-0,112	0,911
	Kontrol	35	41,11±6,33		
Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan ortalaması	Çalışma	35	40,80±6,57	-0,094	0,925
	Kontrol	35	41,09±7,01		
Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Çalışma	35	45,49±7,29	-0,694	0,488
	Kontrol	35	46,80±7,12		
Taburculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Çalışma	35	46,57±5,02	-0,141	0,888
	Kontrol	35	47,06±6,61		
Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Çalışma	35	45,77±5,56	-0,224	0,823
	Kontrol	35	46,77±6,37		

z* = Mann Whitney-U Testi Değeri

Tablo 3'de hastaların durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterildi. Ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 7-10 gün sonrasına ait durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$). Ancak kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının deney grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Friedman's Two Way ANOVA				
		n	Ort±SS	Sıra Ort.	χ^2	p
ÇALIŞMA	Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	40,54±7,79	1,96	0,197	0,906
	Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	41,89±6,78	2,06		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	40,80±6,57	1,99		
KONTROL	Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	40,89±5,98	2,09	0,496	0,78
	Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	41,11±6,33	1,93		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	35	41,09±7,01	1,99		
ÇALIŞMA	Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	45,49±7,29	1,93	0,961	0,619
	Taburculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	46,57±5,02	2,11		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	45,77±5,56	1,96		
KONTROL	Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	46,80±7,12	2,11	0,99	0,609
	Taburculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	47,06±6,61	1,91		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	35	46,77±6,37	1,97		

Tablo 4’de grupların durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Çalışma ve kontrol grubunun durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 5. Çalışma Grubundaki Hastaların Cinsiyeti İle Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet		İstatiksel analiz ve p değeri		
		n	Ort±SS	t^*	p	
ÇALIŞMA GRUBU	Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	41,80±8,32	0,385	0,703
		Erkek	30	40,33±7,83		
	Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	39,40±4,34	-0,882	0,384
		Erkek	30	42,30±7,08		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	41,00±8,00	0,072	0,943
		Erkek	30	40,77±6,47		
					z^{**}	p
	Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	52,00±5,66	-2,31	0,020
		Erkek	30	44,40±7,03		
	Taburculuk öncesi sürekli ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	51,80±5,40	-2,24	0,024
		Erkek	30	45,70±4,47		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli ölçeği puan ortalaması	Kadın	5	50,60±5,77	-1,96	0,049
Erkek		30	44,97±5,19			

t^* = Bağımsız T Testi Değeri, z^{**} = Mann Whitney-U Testi Değeri

Tablo 5’de çalışma grubundaki hastaların cinsiyeti ile durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ameliyat öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası durum kaygı ölçeğinde kadınların puan ortalamaları daha yüksek, taburculuk öncesinde ise erkeklerin puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası süreklilik kaygı ölçeğinde kadınların puan ortalamaları, erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 6. Çalışma Grubundaki Hastaların Medeni Durumları İle Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Medeni durum		İstatistiksel analiz ve p değeri			
		n	Ort±SS	z*	p	
ÇALIŞMA GRUBU	Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	40,00±10,07	-0,46	0,642
		Bekâr	24	40,79±6,74		
	Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	40,45±5,70	-0,73	0,464
		Bekâr	24	42,54±7,24		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	39,27±5,29	-1,03	0,301
		Bekâr	24	41,50±7,08		
					t**	p
	Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	41,82±8,53	-0,28	0,784
		Bekâr	24	47,17±6,13		
	Taburculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	46,09±5,96	-0,84	0,406
		Bekâr	24	46,79±4,65		
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Evli	11	43,82±5,36	-0,93	0,359
		Bekâr	24	46,67±5,52		

z* = Mann Whitney-U Testi Değeri, t** = Bağımsız T Testi Değeri

Çalışma grubundaki hastaların medeni durumları ile durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 6’da verildi. Çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının medeni durumları arasında

anamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasına ait durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına göre bekârların puanları evlilere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 7. Çalışma Grubundaki Hastaların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması

		Cinsiyet	n	Ort±ss	İstatiksel analiz ve p değeri		
					t*	p	
ÇALIŞMA GRUBU	FERAHLAMA	Ameliyat öncesi puan	Kadın	5	2,15±0,51	0,769	0,447
			Erkek	30	1,99±0,41		
		Taburculuk sonrası puan	Kadın	5	1,91±0,27	-0,169	0,866
			Erkek	30	1,94±0,39		
		Taburculuktan 7 10 gün sonrası puan	Kadın	5	1,73±0,39	-1,457	0,154
			Erkek	30	1,95±0,31		
	RAHA TLAMA	Ameliyat öncesi puan	Kadın	5	2,34±0,25	0,868	0,391
			Erkek	30	2,19±0,38		
		Taburculuk öncesi puan	Kadın	5	2,24±0,49	0,668	0,508
			Erkek	30	2,11±0,37		
		Taburculuktan 7 10 gün sonrası puan	Kadın	5	1,92±0,47	-1,043	0,304
			Erkek	30	2,09±0,32		
SORUNLARIN ÜSTESİNDEN GELME	Ameliyat öncesi puan	Kadın	5	2,49±0,28	-0,972	0,330	
		Erkek	30	2,40±0,28			
	Taburculuk öncesi puan	Kadın	5	2,52±0,27	-1,138	0,255	
		Erkek	30	2,37±0,28			
	Taburculuktan 7 10 gün sonrası puan	Kadın	5	2,52±0,28	-0,922	0,356	
		Erkek	30	2,38±0,31			

t* = Bağımsız T Testi Değeri, z** = Mann Whitney-U Testi Değeri

Tablo 7’de çalışma grubundaki hastaların konfor ölçeği puan ortalamalarının cinsiyet ile karşılaştırılması verildi. Hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasında konfor ölçeği puan ortalamalarının cinsiyet ile arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kadınların ameliyat öncesine ait ferahlama puan ortalamaları, erkeklerin ise taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası ferahlama puan ortalamaları daha yüksek, rahatlama puan ortalamaları kadınların ameliyat öncesi ve taburculuk öncesi, erkeklerin ise taburculuktan 7-10 gün sonrası daha yüksek, kadınların sorunların üstesinden gelme puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 8. Çalışma Grubundaki Hastaların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Medeni Durum İle Karşılaştırılması

		Medeni Durum		İstatiksel analiz ve p değeri			
			n	Ort±SS	t*	p	
ÇALIŞMA GRUBU	FERAHLAMA	Ameliyat öncesi puan	Evli	11	2,05±0,52	0,290	0,773
			Bekâr	24	2,00±0,38		
		Taburculuk öncesi puan	Evli	11	1,81±0,036	-1,432	0,161
		Bekâr	24	2,00±0,37			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	Evli	11	2,03±0,29	1,419	0,165
		Bekâr	24	1,87±0,34			
	RAHATLAMA	Ameliyat öncesi puan	Evli	11	2,19±0,48	-0,228	0,821
			Bekâr	24	2,22±0,32		
		Taburculuk öncesi puan	Evli	11	2,01±0,32	-1,284	0,208
	Bekâr	24	2,18±0,41				
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	Evli	11	2,22±0,27	1,860	0,071	
	Bekâr	24	2,00±0,35				
SORUNLARIN ÜSTESİNDEN GELME	Ameliyat öncesi puan	Evli	11	2,42±0,41	0,121	0,905	
		Bekâr	24	2,41±0,21			
	Taburculuk öncesi puan	Evli	11	2,31±0,30	-1,161	0,253	
	Bekâr	24	2,43±0,27				
	Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	Evli	11	2,34±0,38	-0,834	0,409	
	Bekâr	24	2,43±0,28				

t* = Bağımsız T Testi Değeri

Tablo 8’de çalışma grubundaki hastaların konfor ölçeği puan ortalamalarının medeni durum ile karşılaştırılması gösterildi. Hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasında konfor ölçeği puan ortalamalarının medeni durum ile arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ferahlama puan ortalamalarına göre evlilerin ameliyat öncesi, taburculuktan 7-10 gün sonrası, bekârların ise taburculuk öncesi puan ortalamaları daha yüksek bulundu. İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte rahatlama puan ortalamalarına göre bekârların ameliyat öncesi ve taburculuk öncesi, evlilerin ise taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası puan ortalamaları daha yüksek saptandı. İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sorunların üstesinden puan ortalamalarına göre evlilerin ameliyat öncesi, bekârların ise taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 9. Grupların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma		
			n	Ort±SS	Sıra Ort.		X ²	p
ÇALIŞMA	FERAHLAMA	Ameliyat öncesi puan	35	2,01±0,42	2,14	2,189	0,355	-
		Taburculuk öncesi puan	35	1,94±0,38	2,04			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	1,92±0,33	1,81			
KONTROL	FERAHLAMA	Ameliyat öncesi puan	35	2,04±0,33	1,86	10,938	0,004	3-2
		Taburculuk öncesi puan	35	2,21±0,43	2,43			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	2,03±0,29	1,71			
ÇALIŞMA	RAHATLAMA	Ameliyat öncesi puan	35	2,21±0,37	2,24	8,221	0,016	3-1
		Taburculuk öncesi puan	35	2,13±0,39	2,14			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	2,07±0,34	1,61			
KONTROL	RAHATLAMA	Ameliyat öncesi puan	35	2,19±0,29	1,93	7,233	0,027	3-2
		Taburculuk öncesi puan	35	2,29±0,36	2,34			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	2,12±0,32	1,73			
ÇALIŞMA	SORUNLARIN ÜSTESİNDEN GELME	Ameliyat öncesi puan	35	2,41±0,28	2,00	0,178	0,915	-
		Taburculuk öncesi puan	35	2,39±0,28	1,96			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	2,40±0,31	2,04			
KONTROL	SORUNLARIN ÜSTESİNDEN GELME	Ameliyat öncesi puan	35	2,48±0,33	1,81	2,623	0,269	-
		Taburculuk öncesi puan	35	2,56±0,22	2,14			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan	35	2,54±0,26	2,04			

Tablo 9'da grupların konfor ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Çalışma grubundaki hastaların ferahlama puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastaların ferahlama puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası puan ortalaması taburculuk öncesi puanına göre anlamlı derece düşük olduğu saptandı. Çalışma grubundaki hastaların rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalamalarının ameliyat öncesi puan ortalamasına göre anlamlı derece düşük olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastaların rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalaması, taburculuk öncesi rahatlama puan ortalamasına göre anlamlı derece düşük olduğu görüldü. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sorunların üstesinden gelme puan ortalamalarının da anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10. Hastaların Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ferahlama	Gruplar	İstatistiksel Analiz ve p değeri			
		n	Ort±SS	t*	p
Ameliyat öncesi	Çalışma	35	2,01±0,42	-0,274	0,153
	Kontrol	35	2,04±0,33		
Taburculuk öncesi	Çalışma	35	1,94±0,38	-2,790	0,436
	Kontrol	35	2,21±0,43		
Taburculuktan 7-10 gün sonrası	Çalışma	35	1,92±0,33	-1,464	0,712
	Kontrol	35	2,03±0,29		
Rahatlama					
Ameliyat öncesi	Çalışma	35	2,21±0,37	0,212	0,333
	Kontrol	35	2,19±0,29		
Taburculuk öncesi	Çalışma	35	2,13±0,39	-1,802	0,374
	Kontrol	35	2,29±0,36		
Taburculuktan 7-10 gün sonrası	Çalışma	35	2,07±0,34	-0,657	0,938
	Kontrol	35	2,12±0,32		
Sorunların üstesinden gelme					
Ameliyat öncesi	Çalışma	35	2,41±0,28	-0,960	0,392
	Kontrol	35	2,48±0,33		
Taburculuk öncesi	Çalışma	35	2,39±0,28	-2,872	0,121
	Kontrol	35	2,56±0,22		
Taburculuktan 7-10 gün sonrası	Çalışma	35	2,40±0,31	-2,055	0,305
	Kontrol	35	2,54±0,26		

t* = Bağımsız T Testi Değeri

Tablo 10’da hastaların konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verildi. Hastaların konfor ölçeğinde ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası puan ortalamaları bakımından gruplar arasında bir fark bulunmadı ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası ferahlama ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda daha yüksek, ameliyat öncesi rahatlama ölçeği puan ortalaması deney grubunda, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası rahatlama ölçeği puan ortalamaları ise kontrol grubunda daha yüksek olduğu, ameliyat öncesi taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası sorunların üstesinden gelme ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 11. Hastaların Ameliyattan 7-10 Gün Sonrası Durumda Sağlıklı Davranış Tutumlarının Değerlendirilmesi

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel analiz ve p değeri	
		n	%	n	%	x ²	p
Günlük 1,5 litre sıvı tüketim durumu	Evet	32	91,43	21	60	7,769	0,005
	Hayır	3	8,57	14	40		
Sağlıklı bir şekilde beslenme durumu	Evet	32	91,43	28	80	Fisher's exact	0,306
	Hayır	3	8,57	7	20		
Evinize gittiğiniz de yüzüstü pozisyonda yatma durumu	Evet	31	88,57	33	94,29	Fisher's exact	0,673
	Hayır	4	11,43	2	5,71		
Bacaklarını açarak yürümeye dikkat etme durumu	Evet	32	91,43	29	82,86	Fisher's exact	0,477
	Hayır	3	8,57	6	17,14		
Evinizde ameliyat bölgesinin üzerine oturmamaya dikkat etme durumu	Evet	33	94,29	31	88,57	Fisher's exact	0,673
	Hayır	2	5,71	4	11,43		
Düzenli olarak günlük pansumanı yaptırma durumu	Evet	35	100	34	97,14	Fisher's exact	1
	Hayır	0	0	1	2,86		
Ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterme durumu	Evet	34	97,14	20	57,14	13,692	0,001
	Hayır	1	2,86	15	42,86		

Tablo 11’de hastaların ameliyattan 7-10 gün sonrası durumda sağlıklı davranış tutumlarının değerlendirildi. Çalışma grubundaki hastaların %91,43’ünün, kontrol grubundaki hastaların %60’ının günlük 1,5 litre sıvı tükettikleri, çalışma grubundaki hastaların %91,43’ünün, kontrol grubundaki hastaların %80’inin sağlıklı bir şekilde beslendikleri, çalışma grubundaki hastaların %88,57’sinin, kontrol grubundaki %94,29’unun evlerine gittiklerinde yüzüstü pozisyonda yattıkları, çalışma grubundaki %91,43’ünün, kontrol grubundaki hastaların %82,86’sinin bacaklarını açarak yürümeye dikkat ettikleri, çalışma grubundaki hastaların %94,29’unun, kontrol grubundaki hastaların %88,57’sinin ameliyat bölgesinin üzerine yatmamaya dikkat ettikleri, çalışma grubundaki hastaların %100’ünün, kontrol grubundaki hastaların %97,14’ünün düzenli olarak günlük pansumanlarını yaptırdıkları, çalışma grubundaki hastaların %97,14’ünün, kontrol grubundaki %57,14’ünün ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterdikleri belirlendi.

Gruplar ile günlük 1,5 litre sıvı tüketme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışma grubunun %91,43’ü ve kontrol grubunun %60’ı günlük 1,5 litre sıvı tüketirken; çalışma grubunun %8,57’si ve kontrol grubunun %40’ı günlük 1,5 litre sıvı tüketmediği belirlendi. Gruplar ile ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışma grubunun

%97,14'ü ve kontrol grubunun %57,14'ü ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterirken; çalışma grubunun %2,86'sı ve kontrol grubunun %42,86'sı ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen göstermemektedir.



5. TARTIŞMA

Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisini değerlendirildiği çalışmada bulgular;

- 1) Çalışma grubu ve kontrol grubunda yer alan hastaların demografik özellikleri,
- 2) Çalışma grubu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası dönemlerde anksiyete durumları,
- 3) Çalışma grubu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası dönemde konfor durumları,
- 4) Çalışma grubu ve kontrol grubunun ameliyattan 7-10. gününe ait sağlıklı davranış tutumlarının değerlendirilmesine yönelik dört bölümde tartışılmıştır.

Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması $24,66 \pm 5,62$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının ise $24,89 \pm 7,35$ olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Harlak vd. nin (2006) pilonidal sinüs tanısı konulan 587 kişilik askerler ile yaptığı bir çalışmada genç erkeklerin yaş ortalamasının $22,49 \pm 2,97$ olduğunu (Harlak vd. 2006), Aşkın vd. nin (2015) pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiği bir çalışmada girişim grubundaki hastaların yaş ortalamasının $23,02 \pm 2,51$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $23,74 \pm 2,61$ olduğu (Aşkın vd. 2015), Harlak vd. nin (2010) yaptığı diğer bir çalışmada çalışma grubundaki hastaların yaş ortalamasının $22,49 \pm 2,97$ kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $21,02 \pm 1,73$ olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hasta gruplarının yaş ortalamalarının yapılan diğer çalışmalar ile paralellik gösterdiği, gruplardaki hastaların yaş ortalamalarının 25 yaşın altında olduğu görülmektedir. Literatürde de bu hastalığın sıklıkla 15-25 yaş aralığında görüldüğünü belirtmesi (Kaya vd. 2010, Yormaz vd. 2015) bulgunun beklenen bir sonuç olduğunu

düşündürmektedir. Çalışmamızda çalışma grubundaki %14,29 'u kadın hastaların, %85,71'ini erkek hastalar, kontrol grubundaki%20'sini kadın hastalar, %80'ini erkek hastaların oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 1). Ersoy vd. (2007) 175 kişilik hasta grubu ile yaptığı çalışmasında kadın hastaların %14,3'ünü, erkek hastaların %85,7'sini oluşturduğu (Ersoy vd. 2007), Özer vd. nin (2012) yaptığı diğer bir çalışmada kadın hastaların %17,1'ini, erkek hastaların %82,9'unu oluşturduğu (Özer vd. 2012) belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların kadın ve erkek hasta oranları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir. Yine literatürde (Oueidat et al. 2014) de bu hastalığın sıklıkla erkeklerde görüldüğünden bahsetmesi sonucun literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %40'ının beden kitle indeksinin <25 altında normal kilolu %42,86'sının beden kitle indeksi 25-30 arasında fazla kilolu, kontrol grubundaki hastaların %40'ının beden kitle indeksinin <25 altında normal kilolu, %48,57'sinin beden kitle indeksi 25-30 arasında fazla kilolu olduğu görülmüştür (Tablo 1). Harlak vd. nin (2010) çalışmasında çalışma grubundaki hastaların %70,5'unun beden kitle indeksi <25 altında normal kilolu, %27,4'ünün beden kitle indeksi 25-30 arasında fazla kilolu, kontrol grubundaki hastaların %83,5'inin beden kitle indeksinin <25 altında normal kilolu, %15,2'sinin beden kitle indeksinin 25-30 arasında fazla kilolu olduğu (Harlak vd. 2015), Kayadibi vd. (2015) yılında yaptıkları çalışmasında tüm hastaların % 75,6'sının fazla kilolu ve obez(beden kitle indeksi 25-30 ve 30-40 arasında), %24,4'ünün beden kitle indeksinin <25 altında olduğu (Kayadibi vd. 2015) görülmüştür. Çalışmamız Harlak vd. 2015'in yaptığı çalışma ile paralellik gösterir iken, Kayadibi vd. 2015'in yaptığı çalışma ile benzerlik göstermemektedir. Bunun sebebinin ise Kayadibi vd. (2015) çalışmasındaki hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması ile yaş arttıkça kilonun da artması ile bağdaştırılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %31,43'ü evli, %68,57'si bekâr, kontrol grubundaki hastaların %25,71'u evli, %74,29'u bekârdır (Tablo 1). Aşkın vd. nin (2015) çalışmasında girişim grubundaki hastaların %19,4'ünün evli, %80,6'sının bekâr olduğu, kontrol grubundaki hastaların %25,8'inin evli, %74,2'sinin bekâr olduğu (Aşkın vd. 2015) belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların bekârlık ve evlilik oranları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %8,57'sinin işsiz, %11,43'ünün memur, %31,43'ünün işçi, %42,86'sının öğrenci olduğu, kontrol grubundaki hastaların %5,7'sinin memur, %17,14'ünün işsiz, %20'sinin işçi, %48,57'sinin öğrenci olduğu görülmüştür (Tablo 1). Duman vd. nin (2016) Türkiyedeki sakrokoksigeal pilonidal sinüsün sıklığı konusunda yaptığı çalışmasında %70,1'inin öğrenci, %13,3'ünün işsiz, %11,3'ünün öğretmen, %3,4'ünün muhasebeci, %1,9'unun mühendis olduğunu (Duman vd. 2016), Kayadibi vd. nin (2015) yaptığı bir çalışmada oturarak işini yapana meslek grupları olarak (esnaf, öğretmen, memur, şoför ve öğrenciler)in %42,8'ini, çoğunlukla ayakta olan meslek grupları(ev hanımı, doktor, işçi) %57,2'sini oluşturduğu (Kayadibi vd. 2015) belirlenmiştir. Çalışmamız meslek açısından incelendiğinde diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Literatürlerde (Bradley 2006, Tezel vd. 2009) de uzun süreli oturan meslek grupları ile öğrencilerde bu hastalığın sıklıkla görüldüğünü bulgumuzun literatürü desteklediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %54,29'unun sigara kullandığı, %45,71'inin sigara kullanmadığı, kontrol grubundaki hastaların %48,57'sinin sigara kullandığı, %51,43'ünün sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Ince vd. nin (2014) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki hastaların %84,6'sının sigara kullandığı, kontrol grubundaki hastaların %38,1'inin sigara kullandığı (Ince vd. 2014), Onder vd. (2012) çalışmasında %78,5'inin sigara kullandığı (Onder vd. 2012) belirlenmiştir. Çalışma bulgusu diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubundaki hastaların %91,43'ünün alkol kullanmadığı, çalışma grubundaki hastaların %91,43'ünün, kontrol grubundaki hastaların %100'ünün egzersiz yapmadığı, çalışma grubundaki hastaların %60'ının

haftada 4 den fazla banyo yaptığı, kontrol grubundaki hastaların %60'ının haftada 3 den az banyo yaptıkları saptanmıştır (Tablo 1). Harlak vd. nin (2010) çalışmasında hasta grubunda %71,38'inin, kontrol grubunda %31,2'sinin haftada 2 den az banyo yaptıklarını, hasta grubunda %28,32'sinin, kontrol grubunda %68,8'inin haftada 3 den fazla banyo yaptıklarının (Harlak vd. 2010), Sinan vd. nin (2010) çalışmasında pilonidal sinüs hastalığının haftada 3 den az banyo yapanların %9,4'ünde, %14,5'inin haftada 4 den fazla banyo yapanlarda görüldüğü (Sinan vd. 2010) belirlenmiştir. Çalışmamızda banyo yapma sıklığı ve pilonidal sinüs hastalığı arasındaki ilişki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda yer alan hastaların sık banyo yaptıkları söylenebilir. Bu sonuç hastaların sık banyo yapmalarının hijyene önem verdiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %57,14'ünün günlük yaşantısında oturmak zorunda kalmadıklarını, %42,86'sının oturmak zorunda kaldığını, kontrol grubundaki hastaların %54,29'unun günlük yaşantılarında sürekli oturmak zorunda kalmadıkları, %45,71'inin oturmak zorunda kaldığı görülmüştür (Tablo 1). Fitzpatrick vd. nin (2014) çalışmasında %28,5'inin günlük yaşantısında iş yaşamından dolayı uzun süreli oturduğunu, %10,6'sının iş yaşamından dolayı günlük yaşantısında oturmadığı (Fitzpatrick vd. 2014) saptanmıştır. Çalışma bulguları yapılan çalışmalar ile benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların %60'ının, kontrol grubundaki hastaların %40'ının daha önce hastaneye yattığı, çalışma grubu ve kontrol grubundaki hastaların %60'ının daha önce ameliyat olmadığı, çalışma grubunda ve kontrol grubundaki hastaların daha önce %65,71'inin ameliyat ile ilgili eğitim/bilgi aldığı, %34,29'unun ameliyat ile ilgili eğitim/bilgi almadıklarını, çalışma grubundaki hastaların %82,86'sının, kontrol grubundaki hastaların %80'inin ailesinde daha önce kıl dönmesi ameliyatı geçiren olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Fitzpatrick vd. nin (2014) çalışmasında %6'sının ailesinde kıl dönmesi hastalığı olduğu, %29,1'inin ailesinde kıl dönmesi hastalığı olmadığı (Fitzpatrick vd. 2014), Harlak vd. nin (2010) çalışmasında hasta grubunda %16,7'sinde, kontrol grubunda %14,6'sında aile hikayesinde kıl dönmesi olduğunu, hasta grubunda %83,3'ünün, kontrol grubunda %85,4'ünün aile hikayesinde kıl dönmesi olmadığı (Harlak vd.

2010), Sakr vd. nin (2012) pilonidal sinüs ameliyatında iki farklı tekniği karşılaştırdığı çalışmasında gruplar arasında hastaların aile hikayesinde kıl dönmesinin farklı oranlarda görüldüğü (Sakr vd. 2012) belirlenmiştir. Çalışma bulgusu ile diğer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Daha önce ameliyatı ile ilgili eğitim/bilgi alma oranının yüksek olmasının hasta popülasyonun genç yetişkin bireylerden oluşması nedeniyle internet, kitap gibi iletişim araçlarına ulaşım imkânlarının kolay olması ve hastalıkları ile ilgili araştırma yapma imkânlarının yüksek olması nedeniyle hastaların ameliyat öncesi verilen eğitim/ bilgiyi alma konusunda istekli olmayabileceğini akla getirmiştir.

Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemlerde Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların anksiyetelerini değerlendirmede durumluk sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Durumluk kaygı envanteri: Hastaların içinde bulunduğu durumdan dolayı kaygılarını belirlemeye yönelik, sürekli kaygı envanteri ise, hastaların içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak genellikle nasıl hissettiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasına ait durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3). Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının deney grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Pilonidal sinüs hastalarının anksiyete durumlarını belirlemeye yönelik yeterli sayıda çalışma ile karşılaşmamıza karşın Duman vd. (2014) pilonidal sinüs cerrahisinde primer onarım ve limberg flep tekniklerinin ameliyat sonrası uzun dönemdeki depresyon, anksiyete ve sağlık kalitelerini incelediği çalışmasında bu hastalıkta tedavi yöntemi ne olursa olsun hastalarda yüksek depresyona neden olduğunu belirlemiştir (Duman vd. 2014), Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) çalışmasında ameliyattan 48 saat öncesinde deney ve kontrol grupları arasındaki fark anlamsız bulunurken, grupların ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonrasına ait durumluk kaygı ölçeği puanlarının anlamlı bulunduğu ve başlangıçta yüksek olan

durum kaygının eğitimin verilmesi ile azalma gösterdiğini (Çetinkaya ve Karabulut 2010), Karabulut ve Arıkan'ın (2009) çalışmasında uygulanan farklı eğitim programlarının anksiyete üzerine etkisini araştırdığı çalışmada çocukların ve annelerin anksiyetelerinin video ile eğitim yapılanlarda azalma gösterdiğini (Karabulut ve Arıkan 2009), Sağır vd. nin (2012) çalışmasında görsel olarak bilgi verilen grubun anksiyetelerinde anlamlı derecede azalma gözlendiğini (Sağır vd. 2012), Taşdemir vd. nin (2013) çalışmasında ameliyat öncesi yapılan sözel bilgilendirme ile ameliyat sonrasında anksiyete düzeylerinde azalma görüldüğünü (Taşdemir vd. 2013), Özberksoy vd. nin (2009) çalışmasında deney grubuna verilen eğitimin anksiyetelerini azalttığını, kontrol grubu ile aralarında anlamlı farklılık bulunduğunu (Özberksoy vd. 2009), Demir vd. nin (2010) çalışma grubuna yaptığı bilgilendirme sonrasında durumsal anksiyete düzeyinin düştüğü (Demir vd. 2010), Karaman 2008'in (2008) çalışmasında cerrahi girişim uygulanan adölesanların ve anne/babalarının bilgilendirilme yapılmasının durumluk kaygı puan ortalamalarında farklılık olmadığını (Karaman 2008), Başbakkal vd. nin (2009) çalışmasında eğitim verilen deney grubu ve kontrol grubundaki annelerin durumluk sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında bir farklılık olmadığını saptamışlardır (Başbakkal vd. 2009). Çalışmamızdaki bulgular sonucunda çalışma grubuna ameliyat öncesi verilen eğitim hastaların anksiyetelerinin azaltılması üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Bu duruma hastaların ameliyat olacakları kliniğe gelişlerinin ameliyat günü sabah saatlerinde olması, hastaların önceliğinin eğitim olmadığı ve ameliyat stresinin etkilemiş olabileceğini akla getirmiştir. Yine çalışmamızda kontrol grubunda yer alan hastalara ameliyat öncesi detaylı eğitim verilmediği veya bu gruptaki hastalara uygulanan cerrahi tekniğin sürekli kaygı puan ortalamalarının ameliyat öncesinde ve taburculuk sonrası 7-10. günde yüksek olmasını etkileyebileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ameliyat öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası durum kaygı ölçeğinde kadınların puan ortalamaları daha yüksek, taburculuk öncesi ise erkeklerin puan ortalamaları daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası

sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrası süreklilik kaygı ölçeğinde kadınların puan ortalamaları, erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Erdem vd. nin (2011) çalışmasında ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puanlarının, istatikselsel olarak anlamlı düzeyde erkeklerden yüksek, ameliyat öncesi kadın ve erkeklerin sürekli kaygı ölçeği puanları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı (Erdem vd. 2011), Sağır vd. nin (2012) çalışmasında farklı dönemlerde yaptığı değerlendirmelerin tamamında kadınların erkeklere göre daha fazla yüksek anksiyeteli olduğunu (Sağır vd. 2012), Taşdemir vd. nin (2013) çalışmasında ameliyat öncesi kadınların durumluk kaygı ölçeği puanlarının erkeklerden yüksek olduğu istatikselsel olarak anlamlı fark bulunduğu, ameliyat sonrası kadınların sürekli kaygı ölçeği puanlarının erkeklerden yüksek olması ile birlikte istatikselsel anlamlı fark bulunmadığı (Taşdemir vd. 2013) saptamıştır. Çalışmamız bulgusunun yapılan çalışmalar ile paralellik gösterdiği görülmüştür. Kadınların anksiyetelerinin erkeklerden daha yüksek olmasının toplumumuzda erkeklerin hissettiklerini dışarıya daha az yansıtmaları, kadınların anksiyete ve depresyon sıklığının fazla olması (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011) ile ilişkili olabileceğini akla getirmiştir.

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatikselsel olarak anlamlı olmamakla birlikte ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasına ait durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına göre bekârların puanları evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Demir vd. nin (2010) çalışmasında medeni durum ile ameliyat öncesi arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte bekârların, dul ve evli olanlara göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma bulgumuz çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemlerde Çalışma Grubu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Konfor Düzeylerinin İncelenmesi

Çalışmamızda çalışma grubundaki hastaların ferahlama puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastaların ferahlama puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası puan ortalaması taburculuk öncesi puanına göre anlamlı derece düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki hastaların rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalamalarının ameliyat öncesi puan ortalamasına göre anlamlı derece düşük olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalaması, taburculuk öncesi rahatlama puan ortalamasına göre anlamlı derece olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sorunların üstesinden gelme puan ortalamalarının da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9). Çalışma bulgusunun karşılaştırılabileceği benzer çalışma ile karşılaşılmamasına karşın (Gürçayır 2011) kalça protezi olacak hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası konfor düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelediği çalışmasında eğitim verilen grubun taburculuk öncesinde genel konfor puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı olduğunu bulmuştur. Hastaların konforlarının yükseltilmesinde hemşirelerin hastaların anksiyete düzeylerini belirlemesi, planlı olarak düzenli aralıklarla holistik bakış açısı içerisinde kısa ve net ifadeler ile bilgi verilmesi, sosyal destek verilmesi gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastaların anksiyetelerinin azaltılması ve sağlıklı davranışlarda bulunmalarına neden olarak, hasta konforunun sağlanması ile hastaların taburculuk sonrası yaşam kaliteleri artmaktadır (Köçkar ve Uzun 2007, Üstündağ ve Aslan 2011). Yine hastaların konforlarının sağlanması üzerinde durulmakta hastalara düzenli eğitim verilmesi, verilen hemşirelik bakım kalitesinin iyi olması, beklentilerinin karşılanabilir olması, sağlık bakım sistemlerinde kalitenin artırılması ile hastaların memnuniyet düzeylerinin artması ve hastaların yaşam kalitelerinin, konforlarının artmasının gerektiği vurgulanmaktadır (Pınar vd. 2009). Yapılan çalışmada pilonidal sinüs ameliyatı sonrası hastaların iyileşme sürecinin uzun olması, ağrısının olması günlük yaşam aktivitelerini (yürüme, yatma, oturma) sınırlandırması gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitelerini ve konforlarını olumsuz

yönde etkileyebileceğini düşündürmüştür. Yine hekimlerin ameliyatta kullandığı cerrahi tekniklerin farklı olması iyileşme sürecini etkilemekte, her hastanın sinüs büyüklüğünün farklı boyutlarda olması ve yara iyileşme sürecinin yaranın büyüklüğüne göre değişmesi ile ilişkili olduğu için hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilebilmesinin hastanın taburculuktan bir ay sonra yapılması gerektiğini akla getirmiştir.

Taburculuktan 7-10 Gün Sonrası Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sağlıklı Davranış Tutumlarının Değerlendirilmesi

Pilonidal sinüs ameliyatı olan hastalara taburculuk öncesi kısa ve anlaşılır bir şekilde ameliyat sonrasında tam olarak iyileşmesinin ve normal yaşantısına dönüş ile işe dönme süresinin ortalama 3-4 hafta kadar sürebildiği, bacakların ilk 3 hafta açılmaması ve düzenli olarak günlük pansumanları yaptırmaları gerektiği, doktor tarafından verilen ilaçların düzenli kullanılması gerektiği, hastalığın tekrarlaması ve enfeksiyonun önlenmesi için dikişlerin alınmasından sonra ameliyat bölgesindeki kılların vücuttan uzaklaştırılması ve duş alınarak kişisel temizliğin sağlanmasının önemli olduğu, dikişlerin ortalama 14-21 günde alınabileceği konularında (Öngel vd. 2007, Tezel vd. 2009, Griffin 2015) eğitim verilmesi önemlidir. Hastaların evde bakımında üstlenecekleri rolleri benimsemelerinde verilen bu eğitimin yararı bulunmakta ve bireylerin sağlıklı davranış tutumları kazanmalarına neden olmaktadır.

Çalışmamızda taburculuktan 7-10 gün sonrasına ait sağlıklı davranış tutumlarını incelediğimizde, çalışma grubundaki hastaların %91,43'ünün, kontrol grubundaki hastaların %60'ının günlük 1,5 litre sıvı tükettikleri, çalışma grubundaki hastaların %91,43'ünün, kontrol grubundaki hastaların %80'inin sağlıklı bir şekilde beslendikleri, çalışma grubundaki %91,43'ünün, kontrol grubundaki hastaların %82,86'sının bacaklarını açarak yürümeye dikkat ettikleri, çalışma grubundaki hastaların %94,29'unun, kontrol grubundaki hastaların %88,57'sinin ameliyat bölgesinin üzerine yatmamaya dikkat ettikleri, çalışma grubundaki hastaların %100'ünün, kontrol grubundaki hastaların %97,14'ünün düzenli olarak günlük pansumanlarını yaptırdıkları, çalışma grubundaki hastaların %97,14'ünün, kontrol

grubundaki %57,14'ünün ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 11). Yine çalışmamızda gruplar ile günlük 1,5 litre sıvı tüketme durumu ve ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yine çalışma grubunun %91,43'ü ve kontrol grubunun %60'ı günlük 1,5 litre sıvı tüketirken, çalışma grubunun %8,57'si ve kontrol grubunun %40'ı günlük 1,5 litre sıvı tüketmedikleri, çalışma grubunun %97,14'ü ve kontrol grubunun %57,14'ü ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterirken; çalışma grubunun %2,86'sı ve kontrol grubunun %42,86'sı ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen göstermedikleri bulunmuştur (Tablo 11). Çalışma grubundaki hastaların ameliyat bölgesini kuru ve temiz tuttuğu, günlük 1,5 litre sıvı tüketmelerine dikkat etmeleri sevindirici bir bulgudur. Yine çalışma grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun, sağlıklı beslendikleri, bacaklarını açarak yürümeye ve ameliyat bölgesi üzerine oturmamaya dikkat ettikleri, pansumanları düzenli yaptırdıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Çalışma kapsamına alınan hastaların genel anlamda ameliyat sonrasında sağlıklı davranışlarda bulunmalarının nedeninin, hastaların büyük bir oranının ameliyat öncesinde ameliyat hakkında bilgi edinmeleri ile taburculuk öncesinde doktor tarafından evde neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirilmeleri ile ilişkili olabileceğini akla getirmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Araştırmaya katılan çalışma grubundaki hastaların yaş ortalamasının $24,66 \pm 5,62$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının ise $24,89 \pm 7,35$ olduğu,
- Çalışma grubundaki hastaların %85,71'ini erkekler, %14,29'unu kadınlar, kontrol grubundaki hastaların %80'ini erkekler, %20'sini kadınların oluşturduğu,
- Çalışma grubundaki hastaların %68,57'sinin, kontrol grubundaki hastaların %74,29'unun bekâr olduğu,
- Çalışma grubundaki hastaların %42,86'sının, kontrol grubundaki hastaların %48,57'sinin öğrenci olduğu,
- Çalışma grubundaki hastaların %57,14'ünün, kontrol grubundaki hastaların %54,29'unun günlük yaşantılarında sürekli oturmak zorunda kalmadıkları,
- Çalışma grubundaki hastaların %60'ının haftada 4 den fazla banyo yaptığı, kontrol grubundaki hastaların %60'ının haftada 3 den az banyo yaptıkları,
- Çalışma ve kontrol grubunun durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p > 0,05$),
- Çalışma grubundaki hastaların konfor ölçeği alt boyutları olan ferahlama ve sorunların üstesinden gelme puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0,05$),
- Grupların konfor ölçeği alt boyutu olan rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğu ($p < 0,05$),
- Gruplar ile günlük 1,5 litre sıvı tüketme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p < 0,05$), Gruplar ile ameliyat bölgesinin kuru ve temiz

tutulmasına özen gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p<0,05$) bulundu.



6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda; pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilmesi planlanan eğitimin etkinliğinin daha geniş popülasyonda taburculuktan 1 ay sonra yapılması ve aynı cerrahi teknikle ameliyat olan hastaların anksiyete ve konforlarının incelenmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Abdul-Ghani AKM, Abdul-Ghani AN, Clark CI. (2006). Day-care surgery for pilonidal sinüs. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88(7):656-658.
- Akyolcu N. (2012). Ameliyat Sonras Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi Hemşireliği I. Eds: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, Nobel Tıp Kitabevleri, s.335-366.
- Akyıldız HY, Çatal B, Aslan M, Yiğit G, Biri İ, Gündüz M, Güleç B. (2008). Pilonidal sinüs cerrahisinde kaudal anestezi kullanılabilir mi? *Kolon Rektum Hast Derg*, 18(3):128-132.
- Aldemir M, Kara İH, Erten G, Taçyıldız İ. (2003). Effectiveness of collagenase in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Surg Today*, 33:106-109.
- Andelnaby A, Downs JM. (2016). Diseases of anorectum. In: Sleisenger and fordtran's gastrointestinal and liver disease. Eds: Feldman, Mark, Friedman, Lawrence S, Brandt, Lawrence J, 7nd ed, *Elsevier Health Sciences*, p.2333-2334.
- Aslan FE. (2017). Ameliyat Sonrası Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. 4. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara. s.281-308.
- Aşkın T, Yılmaz E, Buydur H. (2015). Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. *Kolon Rektum Hast Derg*, 25 :47-57.
- Avşar G, Kaşıkçı M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3):67-73.
- Aygül S, Ulupınar S. (2011). Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1):1-9.
- Bahçe ZŞ, Haşlak A, Özçınar B. (2011). Pilonidal sinüs cerrahisinde tek merkez, tek cerrah deneyimi ve sonuçları. *İst Tıp Fak Derg*, 74(2):29-31.
- Bali İ, Aziret M, Sözen S, Emir S, Erdem H, Çetinküner S, İrkörücü O. (2015). Effectiveness of limberg and karydakıs flap in recurrent pilonidal sinus disease. *Clinics*, 70(5):350-355
- Başbakkal Z, Sönmez S, Şen N, Esenay FI. (2009). 3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(4):59-65.
- Bendewald FP, Cima RR. Pilonidal disease. *Clin Colon Rectal Surg*, 20:86-95.

- Borel F, Gaudin C, Duchalais E, Lehur PA, Meurette G. (2017). Wound closure with karydakis flap is decreasing the perioperative costs after pilonidal sinus excision as compared to lay-open approach. *Journal of Visceral Surgery*, 1-6.
- Bradley L. (2006). Pilonidal sinus disease: a misunderstood problem. *Wounds* , 2(1):3-11.
- Buluş H, Coşkun A. (2011). Pilonidal sinüs tedavisinde rhomboid eksizyon ve limberg flep onarımı: Erken dönem sonuçları. *Dicle Medical Journal*, 38(3):335-338.
- Çağlayan K, Güngör B, Topgül K, Polat C, Çınar H, Ulusoy A.N. (2011). Pilonidal sinüs hastalığında komplikasyon ve nüks açısından hastaya ait faktörlerin incelenmesi. *Kolon Rektum Hast Derg*, 21(3):103-108.
- Çetinkaya F, Karabulut N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):20-26.
- Dal Ü, Bulut H, Demir SG. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1):34-40.
- Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3): 177-182.
- Doğu Ö. (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3):10-13.
- Dolgun E, Dönmez Y.C. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3):1-6.
- Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 25(1):11-15.
- Duman K, Özdemir Y, Sücüllü İ, Akın M.L. (2013). Sakrokoksigeal pilonidal sinüsün cerrahi tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):486-489.
- Duman K, Ozdemir Y, Yucel E, Akin ML. (2014). Comparison of depression, anxiety and long-term quality of health in patients with a history of either primary closure or limberg flap reconstruction for pilonidal sinüs. *Clinics*, 69(6):384-387.
- Duman K, Ozdemir Y, Dandın O. (2016). Pilonidal sinus disease-etiological factors, pathogenesis and clinical features. *Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES)*,5:228-232.
- Duman K, Gırgın M, Harlak A. (2016). Prevalence of sacrococcygeal pilonidal disease in Turkey. *Asian Journal of Surgery*, 1-4.
- Durhan S, Gürhan N. (2012). Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *FÜ Sağ. Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(1):39 – 44.

- Elalfy K, Emile S, Lotfy A, Youssef M, Elfeki H. (2016). Bilateral gluteal advancement flap for treatment of recurrent sacrococcygeal pilonidal disease: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 29:1-8.
- Emir S, Kanat BH, Yazar FM, Gürdal SÖ. (2013). Sakrokoksigeal pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde karydakis flep ameliyatının kısa ve uzun dönem sonuçları. *Int J Basic Clin Med*, 1(1):15-18.
- Erdem D, Uğış C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. (2011). Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7(1):11-16.
- Ersoy OF, Karaca S, Kayaoglu HA, Ozkan N, Celik A, Ozum T. (2007). Comparison of different surgical options in the treatment of pilonidal disease: Retrospective analysis of 175 patients. *Kaohsiung J Med Sci*, 23:67-70.
- Eryılmaz R, Şahin M, Alimoğlu O, Kaya B. (2003). Akut pilonidal apse tedavisinde insizyon ve drenajın cilt eksizyonu ve küretajla karşılaştırılması. *Ulus Travma Derg*, 9(2):120-123.
- Fındık ÜY, Topçu SC. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.
- Fındık ÜY. (2017). Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, s.425-454.
- Fitzpatrick EB, Chesley PM, Oguntoye MO, Maykel JA, Johnson EK, Steele SR. (2014). Pilonidal disease in a military population: How far have we really come? *The American Journal of Surgery*, 207(6):907-914.
- Ford DH, Bailey HR. (2013). Pilonidal disease. In: Shackelford's surgery of the alimentary tract. Eds: Yeo, Charlefs J, 7nd ed, *Elsevier Health Sciences*, p.1833-1840.
- Griffin J. (2015). Nursing management of pilonidal sinus in the community. *JCN*, 29(5):52-55.
- Gülpınar K, Özdemir S, Öziş SE, Uslu HY, Korkmaz A, (2009). Pilonidal disease: Review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(4):959-67.
- Gündoğdu R, Ayhan E. (2015). İntersfinkterik pilonidal sinüs: Olgu sunumu, *CausePedia* 4:1-4.
- Gürçayır D. (2011). Kalça Protezi Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Karabulut).
- Harlak A, Menteş Ö, Özer M.T, Ersöz N, Coşkun A.K. (2006). Sakrokoksigeal pilonidal sinüslü 587 hastanın anamnez ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi. *The Eurasian Journal of Medicine The Eurasian Journal of Medicine*, 38:103-106.
- Harlak A, Menten O, Kilic S, Coskun K, Duman K, Yılmaz F. (2010). Sacrococcygeal pilonidal disease: Analysis of previously proposed risk factors. *Clinics*, 65(2):125-131.

- Ince M, Atilgan H, Ozcelik F, Arslan E. (2014). Smoking and lipid profile in pilonidal sinus patients. *European Journal of General Medicine*, 11(2): 90-93.
- İşgör A. (2011). Pilonidal hastalık. *Ankem Derg*, 25(2):117-120.
- Kanan N. (2012). Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi Hemşireliği I. Eds: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, Nobel Tıp Kitabevleri, s.301-333.
- Kanat BH, Girgin M. (2013). Pilonidal hastalıkta sıklığı artan etiyolojik faktör: Bilgisayar. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1):59-61.
- Karabulut N, Arıkan D. (2009). The effect of different training programs applied prior to surgical operation on anxiety levels. *New Symposium Journal*, 47(2):97-102.
- Karaca T, Bilgin BÇ, Yoldaş Ö, Özer S, Demirci Ç, Çelebi B, Yastı AÇ. (2013). Pilonidal sinüs hastalığında kristalize fenol uygulaması medikal tedavide ilk seçenek olabilir mi?. *S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 46(1):30-36.
- Karaman N. (2008). Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. R. Acaroğlu).
- Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2):65-74.
- Karydakı GE.(1992). Easy and succesful treatment of pilonidal sinüs after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg*, 62:385-389.
- Kaya B, Uçtum Y, Şimşek A, Kutaniş R. (2010). Pilonidal sinüs tedavisinde primer kapama. Basit ve etkili bir yöntem. *Kolon Rektum Hast Derg*, 20(2):59-65.
- Kaya B, Ulukent SC, Bat O, Akça Ö, Mete F. (2014). Pilonidal sinüs hastalığı. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 54 (1):57-62.
- Kayadibi A, Hasanoğlu A, Akkuş A. (2015). Pilonidal sinüs hastalığının meslek, yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi ile ilişkisi. *Turkish Medical Journal*, 1:123-127.
- Keigley RBM, Willams SN. (2008). Pilonidal sinus. In: Surgery of The Anus, Rektum and Colon. 3nd ed, Elsevier Ltd, p.517-538.
- Koç O, Sarı YS, Tunalı V, Şahin O, Haşlak A, Erkan E, Üzüm G. (2008). Perianal apse sonrası perianal fistül gelişimi ve sonuçları. *İstanbul Tıp Dergisi*, 4:174-177.
- Köçkar Ç, Uzun Ö. (2007). Lomber disk hernisi olan hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4):30-41.
- Kruzik N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3):381-387.
- Lee PJ, Raniga S, Biyani DK, Watson AJM, Faragher IG, Frizella F. (2008). Sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Disease*, 10(7):639-650.

- Leventoğlu S, Ege B, Menteş BB. (2011). Pruritus ani(anal kaşıntı). *Kolon Rektum Hast Derg*, 21:87-93.
- Mihmanlı M. (2003).Pilonidal hastalık. İçinde: Kolon rektum ve anal bölge hastalıkları. Eds: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Ajans Plaza, İstanbul, s.185-189.
- Nalbant E, Başpınar İ, Erdoğan G, Öziş SE. (2005). Pilonidal sinüs cerrahisinde aspiratif dren kullanımı. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 21(2):85-87.
- Neill ACO, Purcell EM, Regan PJ. (2009). Interdigital pilonidal sinus of the foot. *The Foot* 19:227–228.
- Onder A, Girgin S, Kaplan M, Toker M, Arikanoglu Z, Palanci Y, Bac B. (2012). Pilonidal sinüs disease: Risk factors for postoperative complications and recurrence. *Int Surg*, 97:224-229.
- Öner N, Le Compte A. (2006). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri(STAI). İçinde: Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Eds: Aydemir Ö, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, s.153-163.
- Öngel K, Katırcı E, Ak C, Sarıkan İ. (2007). Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 14(3):48-51.
- Oueidat D, Rizkallah A, Dirani M, Assi TB, Shams A, Jurjus A. (2014). 25 years' experience in the management of pilonidal sinus disease. *Open Journal of Gastroenterology*, 4:1-5.
- Öz F. (2010). Sağlık alanında temel kavramlar, Mattek Matbaacılık, s.130-148.
- Öz F, Demiralp M. (2014). Psikososyal hemşirelik, Akademisyen Tıp Kitabevi, s.57-72.
- Özbayır T. (2017). Ameliyat Sırası Bakım ve Ameliyathane Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, s. 347-404.
- Özberksoy A, Özbayır T, Taşdemir N. (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(6):1605-1611.
- Özer S, Karaca T, Bilgin BÇ, Demir A, Özer H, Ertaş E. (2012). Pilonidal sinüs hastalığında marsupiyalizasyon, primer onarım, limberg flep yöntemlerinin rekürrens yönünden karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast. Derg*, 22(1):10-16.
- Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. (2011). Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4):153-158.
- Patel MR. (2017). Chronic infections. In: Green's operative hand surgery. Eds: Wolfe SW, Pederson WC, Hotchkiss RN, Kozin SC, Cohen MS, 7nd ed, Elsevier Health Sciences, p.118.
- Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg*, 36(3):184-190.

- Sağır G, Kaya M, Eskiçirak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. (2012). Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim*, 40(5):274-278.
- Sakr MF, Elserafy ME, Hamed HM, Ramadan MA, Kantoush HE, El-Torky HM. (2012). Management of 634 Consecutive patients with chronic pilonidal sinus: A nine-year experience of a single institute. *Surgical Science*, 3:145-154.
- Selimen D, Andsoy II. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal*, 93(4):482-490.
- Sinan H, Sücüllü İ, Filiz Aİ, Turnadere E, Şansal M, Akyol M, Demirbaş S. (2010). Pilonidal sinüs hastalığı ile banyo yapma sıklığı arasındaki ilişki. *Kolon Rektum Hast Derg*, 20:162-165.
- Sivri M, Koplay M, Nayman A, Cebeci H, Güler İ, Uysal E, Paksoy Y. (2017). Perianal fistülün tanısında, sınıflandırmasında ve değerlendirmesinde manyetik rezonans görüntüleme'nin önemi. *Arch Clin Exp Med*, 2(1):1-5.
- Smart PJ, Dungenwalla M, Heriot AG. (2013). Bascom's simple pilonidal sinus surgery: simpler with ultrasound guidance. *Journal of Medical Ultrasound*, 21:97-99.
- Steele SR, Perry WB, Mills S, Buie WD. (2013). Practice parameters for the management of pilonidal disease. *Diseases of the Colon & Rectum*, 56(9):1021-1027.
- Stephen-Haynes J. (2008). Pilonidal sinuses: Aetiology and nursing management. *Wound Essentials*, 3:128-133.
- Sunkara A, Wagh DD, Harode S. (2010). Intermammary pilonidal sinus. *International Journal of Trichology*, 2(2):116-118.
- Şahin A, Ayhan F, Öcal HS, Çayır A. (2015). An assessment of the preoperative information given to patients in the province of Karaman. *International Journal of Human Sciences*, 12(2):1111-1119.
- Tardu A, Haşlak A, Özçınar B, Başak F. (2011). Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde limberg flep ile dufourmentel flep yöntemlerinin karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(1):35-40.
- Taşdelen-Fışgın N, Aydın F, Tanyel E, Çandır N, Sünbül M, Bektaş A, Tülek N, Leblebicioğlu H. (2006). Pyoderma gangrenosum. *Klinik Dergisi*, 19(2):82-84.
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41:44-49.
- Taylor SA, Halligan S, Bartram CI. (2003). Pilonidal sinus disease: MR imaging distinction from fistulo in ano. *Radiology*, 226: 662-667.
- Tezel E, Bostancı H, Azılı C, Kurukahvecioğlu O, Anadol Z. (2009). Pilonidal sinüs hastalığı ve tedavisine yeni bir bakış. *Marmara Medical Journal*, 22(1):085-089.
- Timmons J. (2007). Diagnosis, treatment and nursing management of patients with pilonidal sinus disease. *Nursing Stand*, 21(52):48-56.

- Uçar AD, Cartı EB, Oymacı E, Sarı E, Yakan S, Yıldırım M, Erkan N. (2016). Recurrent pilonidal disease surgery: Is it second primary or reoperative surgery?. *Ulus Cerrahi Derg*, 32: 162-167.
- Üstündağ H, Aslan FE. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1):22-28.
- Valesco AL, Dunlap WW. (2009). Pilonidal disease and hidradenitis. *Surg Clin N Am*, 89:689-701.
- Vural S, Erdemir A, Dalkılıç G, Gezen F.C, Çinçin G, Olcay E. (2002). Pilonidal sinüs cerrahisinde primer parsiyel kapama konusunda klinik tecrübemiz ve literatür ile karşılaştırma. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 18(2):118-122.
- Yavuz M. (2017). Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. 4. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara. s.225-240.
- Yıldırım B, Özkahraman Ş. (2011). Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum*. 21(1):7-14.
- Yıldırım O, Turan Ü, Ünal B, Kırmılioğlu V. (2008). Sakrokoksigeal pilonidal sinüs. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4):299-305.
- Yılmaz E, Aydın E. (2013). Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8(23):79-93.
- Yılmaz E. (2017). Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, s.319-345.
- Yılmaz M, Can MF, Sevinç MM, Yiğit G, Keskin Ö. (2008). Sakrokoksigeal pilonidal sinüs genç erkeklerde kilo fazlalığı, yüksek vücut kitle indeksi ve ten rengi ile ilişkilidir. *Kolon Rektum Hast. Derg*, 18(1):14-20.
- Yoldaş T, Karaca C, Ünalp Ö, Uğuz A, Çalışkan C, Akgün E, Korkut M. (2013). Recurrent pilonidal sinus: Lay open or flap closure , does it differ?. *Int Surg*, 98:319-323.
- Yormaz S, Yılmaz H, Alptekin H, Ece İ, Şahin M. (2015). Pilonidal sinus of the glans penis: An unusual case. *International Journal Of Advances In Case Reports*, 2(3):136-138.
- Yücel ŞÇ. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2):79-88.

8. EKLER

EK-1. Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Ameliyatı Olacak Hastalara Yönelik

Kişisel Tanıtım Formu

HASTA GRUBU

() I. GRUP

() II.GRUP

HASTANIN ADI SOYADI

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

1) Kadın 2)Erkek

3) Boyunuz..... Kilonuz.....

4) Medeni durumunuz:

1) Evli 2) Bekar 3) Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor

5) Mesleğiniz Nedir?

1) İşsiz 2) Ev Hanımı 3) Serbest Meslek 4) Memur 5) İşçi 6) Diğer

6) Sosyal Güvenceniz var mı?

1) Evet 2) Hayır

7) Sigara kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

8) Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

9) Daha önce hastaneye yattınız mı?

1) Evet 2) Hayır

10) Daha önce ameliyat oldunuz mu?

1) Evet(Lütfen ameliyatın adını belirtiniz) 2) Hayır

11) Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1) Evet(Lütfen süresini belirtiniz)..... 2) Hayır

12) Günlük yaşantınızda sürekli oturmak zorunda kalıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

13) Vücudunuzdaki kıl oranı fazla mı?

**EK-1 (devam). Pilonidal Sinüs (Kıl Dönmesi) Ameliyatı Olacak Hastalara
Yönelik Kişisel Tanıtım Formu**

1) Evet

2) Hayır

14) Ailenizde daha önce kıl dönmesi ameliyatı geçiren var mı?

1) Evet

2) Hayır

15) Banyo yapma sıklığınız?

1) Haftada 3 den az

2) Haftada 4 den fazla

16) Ameliyatınızla ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?

1) Evet

2) Hayır



EK-2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Kaygı kavramı ile ilgili çalışmamızda duygularınız bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz.

YÖNERGE: Aşağıdaki tabloda kişilerin kendi duygularını anlatan ifadelere yer verilmiştir. Her ifadeyi okuyun ve siz o anda nasıl hissediyorsanız ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden sizin için uygun olanını işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Anında hissettiğiniz ifadeyi işaretleyiniz.

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

EK-2 (devam). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

		Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21)	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22)	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23)	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24)	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25)	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26)	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27)	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28)	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29)	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30)	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31)	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32)	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33)	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34)	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35)	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36)	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37)	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38)	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39)	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40)	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3. Genel Konfor Ölçeği

Rahatlık kavramı ile ilgili çalışmamızda görüşleriniz bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz.

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği X işareti ile belirtiniz.

		Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1	Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum				
2	Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum				
3	Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum				
4	Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var				
5	Egzersiz yapmak istemiyorum				
6	Durumum beni bunaltıyor				
7	Kendimi güvende hissediyorum				
8	Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum				
9	Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum				
10	Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor				
11	Bulduğum ortamdaki memnunum				
12	Gürültü dinlenmemi engelliyor				
13	Kimse beni anlamıyor				
14	Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum				
15	Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim				
16	Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum				
17	İnancım korkusuz olmama yardım ediyor				
18	Burada olmaktan hoşlanmıyorum				
19	Şu anda kabızım				
20	Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum				
21	Bu oda beni ürkütüyor				
22	Bundan sonra olacaktan korkuyorum				
23	Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var				
24	Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum				

EK-3 (devam). Genel Konfor Ölçeği

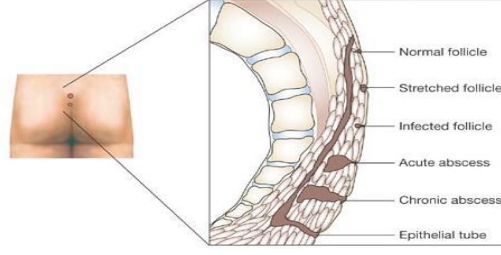
		Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
25	Açım				
26	Doktorumu daha sık görmek istiyorum				
27	Bu odanın ısısı iyi				
28	Çok yorgunum				
29	Ağrıyla başa çıkabiliyorum				
30	Bulduğum ortam beni rahatlatıyor				
31	Memnunum				
32	Bu sandalye/yatak rahatsız				
33	Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor				
34	Özel eşyalarım burada değil				
35	Kendimi buraya ait hissetmiyorum				
36	Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum				
37	Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor				
38	İnançlarım bana huzur veriyor				
39	Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum				
40	Kendimi kontrol edemiyorum				
41	Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum				
42	Bu oda berbat kokuyor				
43	Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum				
44	Kendimi huzurlu hissediyorum				
45	Kederliyim				
46	Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim				
47	Burada yaşamak kolay				
48	Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum				

**EK-4. PİLONİDAL SİNÜS (KIL DÖNMESİ) HASTALIĞI HASTA EĞİTİM
KİTAPÇIĞI**



HAZIRLAYAN: HEMŞİRE MERVE KARA

1) PİLONİDAL SİNÜS (KIL DÖNMESİ) HASTALIĞI



(Şekil 1: Pilonidal Sinus Excision Using Carbon Dioxide Laser 10600 nm (Iraqi Journal Of Laser 2015)).

- Pilonidal sinüs hastalığı kuyruk sokumunda yer alan, içinde kıl bulunan halk arasında kıl dönmesi olarak bilinen bir hastalıktır. Bu hastalığın belirtileri genellikle ağrı, şişlik ve akıntıdır. Gençlerde daha sık görülmektedir.
- Pilonidal sinüs (kıl dönmesi) hastalığının gelişiminde erkek cinsiyet, yaş, şişmanlık, meslek, vücutta kıl oranının fazla olması, aile öyküsünde bu hastalığın varlığı, temizliğe dikkat etmeme, asker olmak, hareketsiz yaşam tarzı ve uzun süre oturarak çalışmak önemli rol oynamaktadır.
- Bu hastalığın tedavisinde çeşitli ilaçlar kullanılır. İlaçlara rağmen düzelmiyorsa ameliyat yapılarak tedavi edilir.

2) PİLONİDAL SİNÜS (KIL DÖNMESİ) AMELİYATI

- Ameliyatın yapılabilmesi için hastanın durumuna göre genel anestezi (uyutma) ya da spinal anestezi (belden uyuşturma) tercih edilmektedir. Eğer ameliyatınız belinizden uyuşturularak yapılıyor ise baş ağrısı ve idrar boşaltmada sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunların giderilmesi için önerilen uygulama ve ilaçlar hemşire tarafından yapılacaktır.
- Kuyruk sokumu bölgesindeki kıl dolu cilt altı bu bölgedeki cilt ile beraber çıkarılır. Eğer iltihap varsa bu bölge açık bırakılarak kendi kendine kapanması beklenir. Eğer iltihabi bir durum yoksa ameliyat bölgesi kapatılır. Bazı hastalarda yara iyileşmesini sağlamak ve fazla sıvı toplanmasını önlemek için ameliyat bölgesine dren(ince lastik tüp) konulabilir.

➤ Ameliyat sonrası görülebilecek istenmeyen durumlar; enfeksiyon, yara yerinin açılması, yara iyileşme sürecinin uzaması ve hastalığın tekrarlama olasılığıdır.

3) AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE YAPILAN RUTİN HAZIRLIKLAR

➤ Ameliyata gitme sıranız ameliyat listesinde belirlenen ve ameliyathaneden yapılan istemler ile belli olur.

➤ Ameliyathaneye gitmeden önce tüm kıyafetleri çıkartarak (sadece altınızdaki iç çamaşırı kalacak şekilde), hastanın ameliyathane önlüğünü giymesi gerekir.

➤ Ameliyathaneye gitmeden önce hastanın üzerindeki takı (saat, bileklik, küpe) benzeri aksesuarlar çıkartılır.

➤ Hastanın kişisel eşyaları hemşire eşliğinde teslim alınarak hasta yakınlarına teslim edilir.

➤ Ameliyathaneye gitmeden önce hastane bilekliğini takmış olması gerekmektedir. Alerjiniz yoksa beyaz bileklik, alerjiniz varsa kırmızı bileklik takılır.

➤ Ameliyata girmeden önce açlık durumunuz hemşireniz tarafından kontrol edilir.

➤ Ameliyathaneye gitmeden önce ameliyatı kabul ettiğinize dair 'bilgilendirilmiş onam formunu' imzalamanız gerekir.

➤ Ameliyata girmeden önce hastanın güvenliğini sağlamak için hemşire tarafından güvenli cerrahi kontrol listesi doldurulacaktır.

➤ Hasta ameliyathaneye hemşire tarafından teslim edilecek, ameliyat bittikten sonra aynı hemşire tarafından yatağınıza uygun pozisyonda yatış sağlanacaktır.

➤ Ameliyat süresince hasta yakınları ameliyathane bekleme salonunda bekleyerek hastanın genel durumunu ameliyat bilgilendirme ekranından takip edebilir.

4) AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE YAPILMASI GEREKENLER

➤ Ameliyat sonrasında sizin için uygun olan en kısa sürede (genellikle 2-6 saat içerisinde) sulu gıdalar ile beslenmeye geçmeniz sağlanır.

➤ Ameliyat belden uyuşturularak yapılmış ise görülebilecek baş ağrısının geçmesi için ağızdan beslenmeniz başladığında bol sıvı tüketmeniz (en az 1,5 litre) gereklidir, nescafe, kahve gibi içecekler tüketilebilir.

➤ Kuyruk sokumu bölgesinde hissizlik, uyuşma ve ağrı görülebilir.

- Ameliyat bölgesindeki baskıyı ortadan kaldırmak ve ameliyat bölgesinin zarar görmesini önlemek için sol yan yatış veya yüzüstü pozisyonda yatmanız gereklidir.
- Ameliyat sonrası takılan serum herhangi bir sorun yaşanmazsa ağızdan beslenmeye geçildikten sonra hemşire tarafından çıkartılacaktır.
- Ameliyat sonrası görülebilecek ağrı için doktor tarafından yazılan ilaçlar hemşire tarafından uygulanacaktır.
- Hastaların tuvalet ihtiyacı için klozet kullanması tercih edilmektedir.
- Hastada ameliyat sırasında dren(ince tüp) kullanılmış ise hareket ederken dikkat edilmesi önemlidir. Genellikle dren(ince tüp) 24 saat içinde vücudunuzdan çıkarılır ve hastanın sağlık durumunda herhangi bir sorun yaşanmazsa aynı gün taburcu edilebilir.
- Ameliyat olan bölgenin kuru ve temiz olması gerekmektedir. Bu nedenle tuvalet kâğıdı kullanması veya ıslak bebek mendillerinin kullanılması önerilir.
- Tuvalet ihtiyacı sırasında ameliyat bölgesi ve pansuman dışkı ile kirlenebilir bu nedenle enfeksiyon gelişimini önlemek için pansuman değişimi hemşire veya doktor tarafından yapılır.

5) TABURCULUK EĞİTİMİ

- Ameliyat sonrasında tam olarak iyileşme, normal yaşantınıza dönüş ve işe dönme süreniz ortalama 3-4 hafta kadar sürmektedir.
- Bacakların ilk 3 hafta açılmaması gerekir.
- İlk gün oturmamaya dikkat etmeniz gerekir.
- Dikişlerinizin alınması için doktor randevunuza gelmeniz önemlidir. Dikişleriniz ameliyat sonrasında ortalama 14-21 günde alınacaktır.
- Ameliyat sonrasında hastalığın tekrarlaması ve enfeksiyonun önlenmesi için dikişleriniz alınmasından sonra ameliyat bölgesindeki kılların vücuttan uzaklaştırılması ve duş alınarak kişisel temizliğin sağlanması önemlidir.
- Düzenli olarak günlük pansumanları yaptırmanız gerekmektedir.
- Doktor tarafından verilen ilaçların düzenli kullanılması önerilir.
- Ameliyat bölgesinde geçmeyen ağrı, kızarıklık, şişlik, akıntı, aşırı bir kanama, kötü koku, yumuşak bir yara oluşumu ve 38 °C ve üzerinde ateş ve titreme mevcutsa doktorunuza başvurmanız önerilir.

KAYNAKLAR

Abdul-Ghani A, Abdul-Ghani A, Ingham Clark C. (2006). Day-care surgery for pilonidal sinus. *Ann R Coll Surg Engl*, 88:656-658.

Akan K, Tihan D, Duman U, Özgün Y, Erol F, Polat M. (2013). Pilonidal sinüs tedavisinde cerrahi Limberg Flep yöntemi ile kristalize fenol uygulamasının retrospektif karşılaştırılması. *Ulusal Cer Derg*, 29: 162-166.

Akyıldız HY, Çatal B, Aslan M, Yiğit G, Biri İ, Gündüz M, Güleç B. (2008). Pilonidal sinüs cerrahisinde kaudal anestezi kullanılabilir mi ?. *Kolon Rektum Hast Derg*, 18(3):128-132.

Çağlayan K, Güngör B, Topgül K, Polat C, Çınar H, Ulusoy AN. (2011). Pilonidal sinüs hastalığında komplikasyon ve nüks açısından hastaya ait faktörlerin incelenmesi. *Kolon Rektum Hast Derg*, 21(3):103-108.

Griffin J. (2015). Nursing management of pilonidal sinus in the community. *JCN*, 29(5):52-55.

Karadakovan A, Aslan FE. (Eds), (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı, Nobel Kitabevi, Adana, s.259-338.

Nalbant E, Başpınar İ, Erdoğan G, Erpulat Öziş S. (2005). Pilonidal sinüs cerrahisinde aspiratif dren kullanımı. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 21(2):85-87.

Öngel K, Katırcı E, Ak C, Sarıkan İ. (2007). Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 14(3):48-51.

Özer S, Karaca T, Çağlar Bilgin B, Demir A, Özer H, Ertaş E. (2012). Pilonidal sinüs hastalığında marsupiyalizasyon, primer onarım, Limberg Flep yöntemlerinin rekürrens yönünden karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast Derg*, 22(1):10-16

Stephen-Haynes J. (2008). Pilonidal Sinuses: Aetiology and nursing management. *Wound Essentials*, 3:128-133.

Tezel E, Bostancı H, Azılı C, Kurukahvecioğlu O, Anadol Z. (2009). Pilonidal sinüs hastalığı ve tedavisine yeni bir bakış. *Marmara Medical Journal*, 22(1):085-089.

Timmons J. (2007). Diagnosis, treatment and nursing management of patients with pilonidal sinus disease. *Nursing Stand*, 21(52):48-56.

Yıldırım O, Turan Ü, Ünal B, Kırmıloğlu V. (2008). Sakrokoksigeal pilonidal sinüs. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4):299-305.

EK-5. AMELİYATTAN 7-10. GÜN SONRASI KONTROL LİSTESİ

	EVET	HAYIR
1) Günlük 1,5 litre sıvı tükettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Sağlıklı bir şekilde beslendiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Evinize gittiğiniz de yüzüstü pozisyonda yattınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Bacaklarınızı açarak yürümemeye dikkat ettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Evinizde ameliyat bölgesinin üzerine oturmamaya dikkat ettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Düzenli olarak günlük pansumanınızı yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6. Etik Kurul Onayı

	T.C KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI	Toplantı No: 3
---	---	---------------------------

Toplantı Tarihi	: 26.10.2016
Toplantı Yeri	: Tıp Fakültesi Dekanlığı Toplantı Salonu
Toplantı Başlama Saati	: 17:00

Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL başkanlığında 26.10.2016 Çarşamba günü aşağıdaki gündemi görüşmek üzere toplandı.

KARARLAR

Karar 7 :

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY'un danışmanı bulunduğu, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinden Merve KARA'nın yüksek lisans tez çalışması kapsamında yapacağı "Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi" konulu araştırması incelenmiş olup gerekli iznin sağlanmasının uygun olacağına,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
(Başkan)
(İmza)

Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ
(Üye)
(İmza)

Doç. Dr. Didem SUNAY
(Üye)
(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Bilge ÖZCAN
(Raportör)
(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN
(Üye)
(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN
(Üye)
(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN
(Üye)
(İmza)

Avukat Hüseyin ŞAHİN
(Üye)
(İmza)


Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı
ASLI GİBİDİR
24.11.2016

EK-7. Kurum İzni



KARABÜK SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK
ÜNİVERSİTESİ KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - KARABÜK SAĞLIK BAKANLIĞI
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ KARABÜK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
27/12/2016 12:01 - 34771223 - 774.99 - E.3032

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Karabük İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Karabük Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Sayı : 34771223-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma
Uygunluğu(Yrd.Doç.Dr.İşıl IŞIK
ANDSOY)

Sayın Merve KARA

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. İşıl IŞIK ANDSOY danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve KARA' nın "Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi " konulu anket çalışmasını bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Erkan DOĞAN
Hastane Yöneticisi

şirinevler Mah Alparslan Cad no:1 merkez karabük
Faks No:03704125658
e-Posta:elif.ayardere@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: Elif.ayardere

Bilgi için:Elif AYAR DERELİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:03704158000

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c6f8f04d-18eb-4b6b-a2c3-c3af4a4c35b5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB- F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/ 2
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sizi Yrd. Doç. Dr. Işıl Işık ANDSOY tarafından yürütülen “Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi” başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 16 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 10 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Yrd. Doç. Dr. Işıl Işık ANDSOY

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisini belirlemektir.

EK-8 (devam). Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB- F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/ 2
		Onaylayan: Daire Başkanı

Araştırmanın Süresi: 01.10.2016-01.09.2017

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 70 kişi

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Yrd. Doç. Dr. Işıl Işık ANDSOY

Merve KARA

Ben.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

EK-8 (devam). Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB- F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 3/ 2
		Onaylayan: Daire Başkanı

- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı: İmzası: Adresi: Varsa Telefon No: Tarih (gün/ay/yıl):/..../....
--

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile) Adı Soyadı: İmzası: Adresi: Varsa Telefon No: Tarih (gün/ay/yıl): .../..../....
--

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı-Soyadı: Merve KARA İmzası: Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Merve KARA 1991'de Bergama'da doğdu; ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Kozak Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2009 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na girdi; 2014'de mezun olduktan sonra Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı. 2015'den beri Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Karabük Karabük Üniversitesi Toki Konutları C3-5 Daire:6

Tel 05318590436

Faks :..... ..

e-posta: merve_agirkaya@hotmail.com