



**T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)**

**LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ OLACAK HASTALARA
BROŞÜR DESTEKLİ EĞİTİMİN ANKSİYETE, AĞRI VE YAŞAM
BULGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

MAHMUT DİNÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019

GAZİANTEP

**T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)**

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OLACAK HASTALARA
BROŞÜR DESTEKLİ EĞİTİMİN ANKSİYETE, AĞRI VE YAŞAM
BULGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mahmut DİNÇ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Arzu TUNA

2019

GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------------|------------|
| Öğrencinin Adı Soyadı | Mahmut DİNÇ | Tez Savunma Tarihi | 21.06.2019 |
| Tez adı | LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OLACAK HASTALARA BROŞÜR DESTEKLİ EĞİTİMİN ANKSİYETE, AĞRI VE YAŞAM BULGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ | | |

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

| Sınav Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | Üniversitesi / Anabilim Dalı | İmzası |
|--------------------------|-------------------------------|---|--------|
| Tez Danışmanı Üye | Prof. Dr. Arzu TUNA | SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. | |
| Üye | Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT | SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD. | |
| Üye | Dr. Öğr. Üyesi Serdar SARITAŞ | İNÖNÜ Üniv. Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. | |

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mahmut DİNÇ

21/06/2019

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamda görüş ve önerilerini, bilimsel desteğini ve deneyimlerini sunan ve beni her konuda destekleyen Danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Arzu TUNA' ya,

Tezimin her aşamasında deneyimlerini paylaşan ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Emin ŞANLI' ya, Bu süreç boyunca bana hep destek olan sevgili aileme ve bu çalışmada yer alan bütün hastalarımıza

Sonsuz teşekkürler...

Mahmut DİNÇ

ÖZET

LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİ OLACAK HASTALARA BROŞÜR DESTEKLİ EĞİTİMİN ANKSİYETE, AĞRI VE YAŞAM BULGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada; Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalara verilen broşür destekli eğitiminin ağrı, anksiyete ve yaşam bulgularına etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Yarı deneysel tipteki araştırmanın verileri 01 Ocak 2018 ile 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Mardin Midyat Devlet Hastanesinde cerrahi kliniğine yatışı yapılan ve laparoskopik kolesistektomi yapılan tüm hastalardan toplandı. Evreni bilinen örnekleme güven aralığı %95 alınarak hesaplama yapıldığında araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı 62 bulundu. Hastalar kontrol (n=31) ve deney (n=31) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplara seçilen hastalar rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçildi. Gruplar homojen olarak ayrıldı. Veriler hasta tanıtım formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, Visual Analog Skala ölçeği ve yaşam bulgularını değerlendirme formu ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Deney grubundaki laparoskopik kolesistektomi olan hastalara broşür eğitimi verildi. Formlar ameliyat öncesi ve ameliyattan 24 saat sonra dolduruldu. Bu eğitim 40 dk sürdü. Kontrol grubuna ise kliniğin rutin hemşirelik uygulaması yapılarak ameliyat öncesi ve ameliyattan 24 saat sonra formlar doldurularak her iki gruba da broşür kitapçığı verildi. Veriler bilgisayarda SPSS 22 paket programında sayı, yüzdelik, Ki kare, t testi ve korelasyon bulguları ile değerlendirildi.

Araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi klinik araştırma etik kuruldan ve Mardin İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındı. Hastalara çalışmanın amacı anlatıldı ve gönüllü hastaların katılımı sağlandı. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda hastane anksiyete/depresyon ölçeğinde hastaların anksiyetelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), depresyon düzeyinde ise fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p>0,05$). Bununla beraber ağrı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), yaşam bulgularında ise istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olmasa da hafif düzeyde olumlu sonuçlar gözlemlendi. Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik hastalara ve sağlık çalışanlarına eğitim programlarının planlanması, ağrı düzeylerini azaltmak içinde hastalara nanfarmakolojik yöntemlere yönelik eğitimlerin planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Anksiyete, Yaşam Bulguları, Hemşire, Broşür Eğitimi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF BROCHURE BASED TRAINING ON ANXIETY, PAIN AND LIFE FINDINGS FOR PATIENTS WHO WILL UNDERGO A LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

This study was performed to investigate the effect of the brochure-based training on pain, anxiety and life findings in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. The data of the quasi-experimental study were collected from all patients who underwent laparoscopic cholecystectomy between January 1, 2018 and June 30, 2018 at Mardin Midyat State Hospital.

When the confidence interval was calculated as 95% in the known sample universe, the number of patients to be included in the study was 62. The patients were divided into two groups as control (n = 31) and experiment (n = 31). Patients were selected by random sampling method. The groups were homogenous. The data were collected by face-to-face interview method by the researcher using the patient identification form, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Visual Analog Scale and the evaluation of life findings. Patients who had laparoscopic cholecystectomy in the experimental group were given brochure training. The forms were completed before and 24 hours after surgery. This brochure training lasted 40 minutes. The control group received routine nursing practice, and the both groups were given brochure booklet after making them fill in the forms 24 hours before and after the operation.

Data were analyzed with SPSS 22 software package, number, percentage, Chi square, t test and correlation findings. Necessary permissions were obtained from SANKO University Clinical Research Ethics Committee and Mardin Provincial Health Directorate for the research. According to the findings obtained in the study, there was a statistically significant difference, ($p < 0,05$) in the anxiety levels of the patients in the hospital anxiety / depression scale and there was a statistically insignificant difference in depression ($p > 0,05$), statistically significant difference in pain values ($p < 0.05$) presented slight positive results in life findings, although not statistically significant. We recommend that the training programs be planned for patients and health care workers to reduce the anxiety levels before and after surgery, together with the training on non-pharmacological methods for reducing the pain levels of patients who will have laparoscopic cholecystectomy.

Key Words: Pain, Anxiety, Life Findings, Nurse, Brochure Training.

| | |
|--|------------------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | III |
| ETİK BEYAN | IV |
| TEŞEKKÜR | V |
| ÖZET vi..... | VI |
| ABSTRACT | vii...VII |
| İÇİNDEKİLER DİZİNİ | VIII |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | X |
| TABLolar DİZİNİ | XI |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Laparoskopik Cerrahi | 4 |
| 2.2. Laparoskopik Kolesistektomi | 5 |
| 2.3. Laparoskopik Cerrahi Yapılamayacak Durumlar | 7 |
| 2.3.1. Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları | 7 |
| 2.3.2. Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar | 7 |
| 2.3.3. Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyonlar | 8 |
| 2.3.4. Laparoskopik kolesistektominin açık batın cerrahisine göre avantajları..... | 9 |
| 2.3.5. Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları..... | 9 |
| 2.3.6 Laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye geçiş nedenleri | 10 |
| 2.4. Laparoskopik Kolesistektomide Ağrı ve Anksiyete Etkileri | 10 |
| 2.4.1. Ağrı | 10 |
| 2.4.2. Anksiyete | 13 |
| 2.5. Laparoskopik Kolesistektomide Hemşirelik Bakımı | 15 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 17 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 17 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı | 17 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 17 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 17 |
| 3.4.1. Veri toplama araçları | 17 |
| - Deney ve kontrol grubu için onam formu | 17 |
| - Hasta tanıtım formu | 18 |

| | |
|---|-----------|
| - Hastane anksiyete depresyonu (HAD) ölçeği..... | 18 |
| - Yaşam bulgularını değerlendirme formu..... | 18 |
| - Ağrı değerlendirme formu | 19 |
| - Hastaların ameliyat sonrası klinikte davranışlarını değerlendirme formu | 19 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 19 |
| - Bağımlı değişken | 19 |
| - Bağımsız değişken..... | 19 |
| 3.6. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi | 20 |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği..... | 20 |
| 3.8. Araştırmada Etik Kurallar | 20 |
| 3.9. Araştırma Planı | 21 |
| 4. BULGULAR | 22 |
| 5. TARTIŞMA | 32 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 35 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 37 |
| 8. EKLER..... | 45 |
| EK-1 Hasta Onam Formu | |
| EK-2 Hasta Tanıtım Formu | |
| EK-3 Hasta Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) | |
| EK-4 Visual Analog Skala (VAS) Ağrı Değerlendirme Ölçeği | |
| EK-5 Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu | |
| EK-6 Hastaların Ameliyat Sonrası Klinikte Davranışlarını Değerlendirme Formu | |
| EK-7 Broşür Eğitim Kitapçığı | |
| EK-8 Etik Kurul Karar Formu | |
| EK-9 Kurum İzin Yazısı | |
| EK-10 Tez İntihal Raporu | |
| EK-11 Özgeçmiş | |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-------------|---|
| BMI | : Vücut Kitle İndeksi |
| CO2 | : Karbondioksit |
| HAD | : Hastane Anksiyete ve Depresyon |
| IASP | : Uluslar Arası Ağrı Araştırma Derneği |
| O2 | : Oksijen |
| SPO2 | : Kandaki Oksijen Miktarı |
| SPSS | : Sosyal Bilimler Paket İstatistik Programı |
| VAS | : Visual Analog Skala |



TABLolar DİZİNİ

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Şekil 2.1. Laparoskopik Kolesistektomide Cerrahi Alan..... | 6 |
| Şekil 2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı..... | 6 |
| Tablo 3.1. Visual Analog Skala..... | 19 |
| Tablo 3.2. Araştırmanın Planı..... | 21 |
| Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular..... | 22 |
| Tablo 4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerine İlişkin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 24 |
| Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Ağrı Skorlarının Gruplar Arası Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular..... | 25 |
| Tablo 4.4. Hastaların Yaşam Bulgularının Gruplar Arası Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular..... | 26 |
| Tablo 4.5. Hastalardan Deney Grubunun Ameliyat Sonrası Ameliyata Yönelik Öğrenme Durumlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular..... | 28 |
| Tablo 4.6. Ameliyat Öncesi Fizyolojik Bulguların Gruplar Arası Korelasyon Bulguları..... | 29 |
| Tablo 4.7. Ameliyat Sonrası Vital Bulguların Gruplar Arası Korelasyon Bulguları..... | 30 |

1. GİRİŞ

Safra kesesi ameliyatları hastanelere ekonomik olarak cerrahi yük getiren hastalıklardan biridir (Dunvan ve Riall, 2012). Safra kesesi taşları gelişmekte olan ülkelerde, yetişkin hastalarda %10-40 oranında ve kadınlarda daha sık görülmektedir (Everhart ve diğerleri, 1999). Türkiye de ise bu prevalans ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır ancak yapılan bir çalışmaya göre % 10.3 kolelitiazis oldukça yaygın görülen cerrahi bir hastalıktır. Safra taşları nedeniyle yapılan cerrahi girişimler yakın zamana kadar konvansiyonel yöntemlerle yapılmaktaydı (Aykas ve Karasu, 2018).

Son yıllarda laparoskopik kolesistektomi açık kolesistektomiye göre daha fazla tercih edilmektedir (Gülay, 2005; Durgun, 2002). Laparoskopik kolesistektominin hastalar ve cerrahlar tarafından tercih edilmesinin asıl sebebi açık kolesistektomiye göre daha az vücut bütünlüğünün bozulduğu, ameliyat süresinin daha kısa olduğu, hastanın hastanede kalma süresinin azaldığı, sağlık sektörüne ve hastaya daha az ekonomik maliyet çıkardığı ve de hasta memnuniyetinin daha yüksek olmasından dolayı tercih edilirliliği gittikçe yükselmektedir (Çalık, 2007; Victor ve diğerleri, 2005; Kriwanek ve diğerleri, 1998).

Laparoskopik kolesistektomi sonra hastaların genel anestezi ve ameliyata bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimleri vardır. Hastaların ağrı yönetimi, ateş, enfeksiyon bulguları, beslenme, bağırsak hareketleri, uyku, yorgunluk, dinlenme, hijyen, banyo gibi gereksinimlerini sağlamak hasta ve yakınlarının anksiyete düzeylerini azaltmaktadır (Akgün, 2011; Şen, 2018).

Cerrahi operasyonlardan sonra genellikle hastaların en çok sıkıntı yaşadığı durumlardan biri de ağrıdır. Sağlık personelleri tüm cerrahi işlemlerden sonra hastaların konforunu sağlamak için ağrıyı en aza indirmeyi hedefler. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye göre ameliyat sonrası hastalarda daha az ağrı yaşattığı iletilmektedir (Çatav, 2011). Ağrı aynı zamanda ameliyat sonrası hastaların stres yaşamasına ve bu strese bağlı olarak ağrıyı daha yoğun yaşamasına sebep olmaktadır (Savaş, 2014; Çetinkaya, 2008).

Türkiye’de yapılan araştırmalara göre; sağlık çalışanlarının ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemleri daha çok tercih etmelerinin nedenleri; farmakolojik yöntemlerin non-farmakolojik yöntemlere göre etkili olması, ilaçların verme yollarının kolay olması, bu uygulamaların az zaman alması ve ilaçların daha hızlı etki göstermesidir (Özveren ve Uçar, 2009; Özveren, 2011). Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir. Bunlar; sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, derin solunum ve öksürük egzersizlerin

öğretimi, meditasyon ve müzik dinletme gibi nanfarmokolojik uygulamaları içermektedir (Çankaya, 2018).

Laparoskopik kolesistektomi öncesinde hastalarda stres ve anksiyete düzeyleri yüksek olan hastaların ameliyat sonrasında daha fazla ağrı yaşadığı, beraberinde de tıbbi komplikasyonların (kan basıncında yükselme ve kan şekerinde artış gibi) arttığı ve hastanede yatış süresini uzattığı görülmüştür (Bekaroğlu ve diğerleri, 1991; Akyüz, 2012). Laparoskopik kolesistektomi sonrası genellikle bitkinlik, halsizlik bulantı-kusma ve ağrı başta olmak üzere birçok etken iyileşme sürecini etkilemektedir. Bu etkenler aynı zamanda yaşam bulguları üstünde de etki oluşturmaktadır (Çatav, 2011).

Ameliyat sonrası tedavi edilemeyen ağrı ve kullanılan opioid ilaçlar bulantı-kusmayı tetikleyen sebeplerdir. Bu da kan basıncını artırır, solunum hızını artırır, nabızı artırır, hücrelerin oksijenlenmesini olumsuz yönde etkiler (Gürarlan ve diğerleri, 2016; Çankaya, 2018).

İnsanlar günlük hayatlarını sürdürürken bazen sağlık sorunları yaşamaktadır. Bu sağlık sorunları kişide stres, korku, panik ve anksiyete gibi durumların ortaya çıkmasına yol açabilir. Anksiyete günlük yaşam koşuşturmasında kişinin ruhsal, zihinsel ve bedensel işlevini olumsuz yönde etkileyen günlük aktivitelerinde uygunluk göstermeyen çeşitli kaygı durumlarına verilen genel bir tanımlamadır (Yardakçı, 2001; Cüceloğlu, 1998). Laparoskopik kolesistektomi hastalardan da ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete görülebilir. Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrasında anksiyeteye sebep olabilecek durumların en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması büyük önem taşımaktadır (Menteş, 2009; Çetinkaya, 2008).

Laparoskopik kolesistektomi yöntemiyle ameliyat olan hastalarda taburculuk sonrasında dren olmadığı ve vücut bütünlüğü fazla bozulmadığından dolayı iyileşme süreçleri daha hızlı olup hastanın daha az ağrı ve anksiyete yaşadığı söylenebilir (Çilingir, 2004; Çalık, 2007).

Hastaların ağrı ve yaşam bulgularının kontrolleri verilen eğitim ve danışmanlık ile sağlanmalıdır. Broşür ile eğitimin ve bire bir danışmanlığın ameliyat öncesi 24-48 saatleri arasında verilerek ameliyat sonrası oluşabilecek olumsuz durumları en aza indirmek için hasta ameliyata alınmadan öncesi yapılması gerekir (Erdil ve Özhan, 2001; Akyüz, 2012). Laparoskopik kolesistektomi hakkında hastalara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde önerilen tavsiyeler genel bilgi verilmeli, ağrıyı daha az yaşaması için bilgi sağlanmalı, anksiyete ve stres düzeylerinin düşürülmesi için evde bakım planlanmalı, broşürde de derin solunum egzersizi ve öksürük egzersizleri hakkında genel bilgi içermelidir (Gürses, 2002).

Bu eğitimin erken mobilizasyon ile desteklenmesi hastaların ağrı derecesini azaltabilir, bulantı-kusmaları kontrol edebilir, yorgunluk, halsizlikleri azaltabilir, kan basıncı, solunum hızı ve nabız dengesini düzenleyip yaşam bulguları üzerinde ve oksijen doygunluğu üzerinde olumlu etki yaratabilir. Ek olarak hastaların anksiyeteleri ve stresleri azalabilir, uykuları düzelebilir ve yaşam kaliteleri yükselebilir (Akyüz, 2012). Bu nedenlerden dolayı laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara broşür destekli eğitim ve bire bir danışmanlığın anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisini incelenmek amacıyla bu araştırma yapıldı.

H0: Laparoskopik kolesistektomi öncesi verilecek broşür eğitiminin hastanın ağrısını ve anksiyetesini azaltmaya, yaşam bulgularını iyileştirmeye etkisi yoktur.

H1: Laparoskopik kolesistektomi öncesi verilecek broşür eğitiminin hastanın ağrısını ve anksiyetesini azaltmaya, yaşam bulgularını iyileştirmeye etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Laparoskopik Cerrahi

Dünyada ve Türkiye’de her alanda gelişmekte olan teknoloji şüphesiz son yıllarda tıp alanında da kullanılan teknolojik araç ve gereçlerin de gelişmesine katkı sağlanmıştır. Bu alanlardan biri de cerrahi operasyonlardır. Bu cerrahi operasyonların başında ise laparoskopik kolesistektomi gelmektedir. Laparoskopik kolesistektomi safra kesesinin karında küçük kesikler oluşturularak cerrahi yöntemle çıkarılmasıdır (Akgün, 2011; Tarhan, 2018).

Yüz yıllar boyu açık teknikle yapılan cerrahi ameliyatlar 20. Yüz yılda Kelling tarafından 1987’de ilk defa deneysel olarak uygulanan Laparoskopik ameliyat ile yeni bir boyut kazanmış ve bundan sonra dünyada uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Laparoskopik cerrahi yöntemi son 30 yılda uygun klinik durumlarda tercih edilmekte ve çok farklı alanlarda da kullanımı gittikçe artmaktadır. Genel cerrahide; splenektomi, apendektomi ve kolesistektomi; Jinekolojide tübligasyon ve overian kistektomi; Ürolojide varikoselektomi ve nefrektomi gibi pek çok dalda tanı ve tedavi amaçlı yaygın olarak kullanılmaktadır (Pearlston ve diğerleri, 1999; Aytur, 2001).

Laparoskopinin cerrahide kullanılmasıyla birlikte; safra kesesi hastalıklarında laparoskopik kolesistektomi en önemli cerrahi uygulama olarak benimsenmiştir. Laparoskopik kolesistektomi uygulaması olumlu sonuçları çok hızlı bir şekilde dünya çapında 5-10 yıl gibi kısa bir süre içinde kullanım artmaktadır (Sanaç, 2004; Gülay, 2005).

Laparoskopik tekniği uygulamasından sonra dünya genelinde her yıl milyonlarca insan çeşitli sebeplerle kolesistektomi yapmakta ve bu da laparoskopik kolesistektomilerin arttığını göstermektedir. Klinisyenler ve daha önce ameliyat düşünmeyen hafif şikâyeti olan hastalar dahi kolay laparoskopik kolesistektomi olma kararı verir hale gelmiştir. Minimal invaziv cerrahinin yararları ve safra kesesi taşının toplumdaki yaygınlığı nedeniyle yıllık kolesistektomi sayısında da artış göstermiştir (Çalık, 2007).

Dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Yetişkin yaş grubundaki insanların ortalama %10’unda safra kesesinde taş bulunmaktadır (Çalık, 2007). Kolelitiazis safra kesesi içinde taş olması durumudur. Kolelitiazis dünya çapında oldukça yaygın görülen cerrahi bir hastalıktır. Açık kolesistektomi ve laparoskopik kolesistektomi cerrahi ile tedavi edilmekte olan bu hastalığın, yapılan cerrahi girişimlerde uygulanan yöntem ve tekniklerle ilişkili olarak komplikasyonları değişmektedir (Aykas ve Karasu, 2018).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte tüm dünyada ve Türkiye’de son zamanlarda genel cerrahi uygulamaları yerine gelişmekte olan Laparoskopik cerrahi hızlı bir şekilde almıştır. Eskiden yapımı zor olan ameliyatlara dahi Laparoskopik cerrahi teknikle ameliyatlara daha rahat ve sıkıntısız uygulanmaya başlanmıştır. Daha çok göğüs ve karın bölgesini ilgilendiren ameliyatlarda karın içini aydınlatan açık geniş kesiler yapmadan karında birkaç farklı bölgeden 5-10 mm’lik invaziv işlemlerle ince tüplerin (trokar) kesi yerlerine yerleştirilerek Laparoskopik aletlerle ve bir kamera yardımıyla yapılan ameliyatlardır. Laparoskopik cerrahi jinekoloji ve kolesistektomi başta olmak üzere reflü hastalığı, fitik onarımları, nefrektomi, apendektomi, obezite cerrahisi, hemikolektomi ve rektum, kolon, mide ve diğer karın içi kanser gibi girişimlerde de uygulanmaktadır (Aslan ve Atan, 2010; Schwartz ve Galloway, 1999).

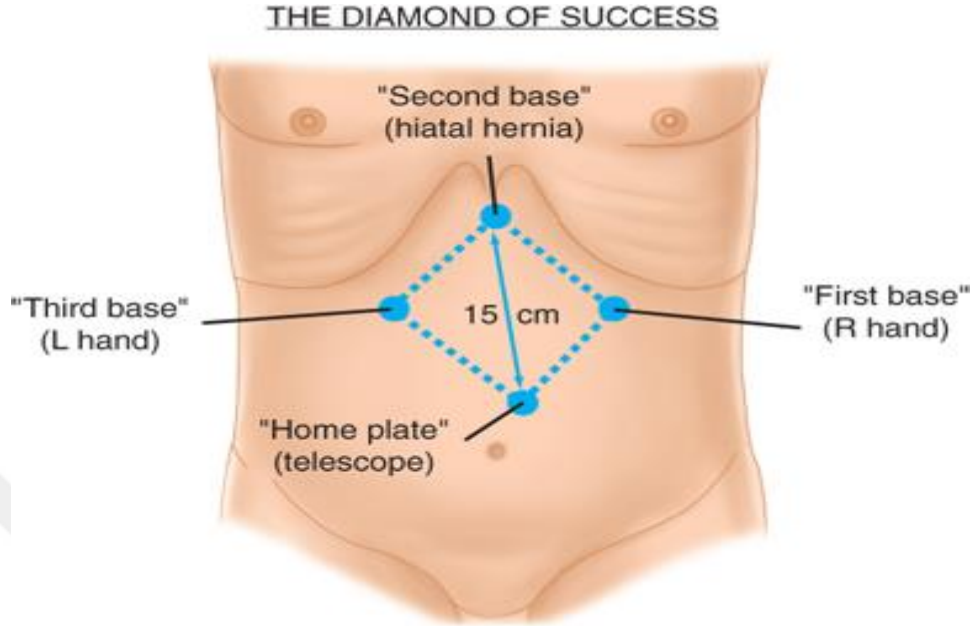
2.2. Laparoskopik Kolesistektomi

Safra kesesi sağ üst karında olup karaciğerin altına gizlenmiş armuda benzeten bir organdır. Safra sindirim esnasında gıdaların eritilmesinde rol almaktadır. Bu sayede yağlı olan gıdaları ayırıp parçalar. Karaciğer tarafından üretilen safra, safra kesesinde depolanmaktadır. Sindirim esnasında safra kesesi uyarılarak safra salınımını oniki bağırsağına boşaltarak yağlı gıdaların sindiriminde kolaylıklar sağlar (Aydemir, 2018).

Safra kesesinin vücuttan laparoskopik cerrahi yöntemle laparoskopik aletlerle karında küçük invaziv işlemlerle çıkarılmasıdır. Laparoskopik kolesistektomi işleminden önce hasta genel anestezi verilip uyutulur. Hasta litotomi veya sırt üstü pozisyonuna alınır. Ameliyat bölgesi steril bir şekilde boyandıktan sonra 3-4 küçük kesi yapılır. Birincisi göbeğin hemen altında yatay ya da dikey ikincisi göbek-ksifoid çıkıntısının altında üçüncüsü sağ ön aksiler ve göbek çizginin birleştiği yere dördüncüsü ise safra kesesinin iz düşümünün olduğu yerden 1-1,5 mm lik kesiler yapılarak linea albaya doğru ilerleyerek varess iğnesiyle intraperitoneal bölgeye ulaşılır. Veress iğnesinin damar veya bağırsak içine gelip gelmediğini kontrol etmek için enjektörle kontrol edilip batın içinde olduğundan emin olduktan sonra veress iğnesinden CO2 batından karın içine verilerek pnömoperitoneum sağlanır (Albayrak, 2008; Hasson, 1999). Gaz ensüflasyonu tarafından karın içi basıncı 12-15 mmHg olduğunda CO2 sonlandırılıp veress iğnesi çıkarılarak kesi yerlerine 10mm’lik trokar denen özel bir boru yerleştirilir. Bu trokarlar den laparoskopik aletler ve bir video kamerayla iki küçük ince enstrüman kullanılıp CO2 gazın geri kaçmasını önleyerek Laparoskopik aletlerin karın içine kolaylıkla girilip çıkarılmasını sağlar. Batına verilen CO2 gazı sayesinde laparoskopide görüş alanı daha büyük, geniş ve

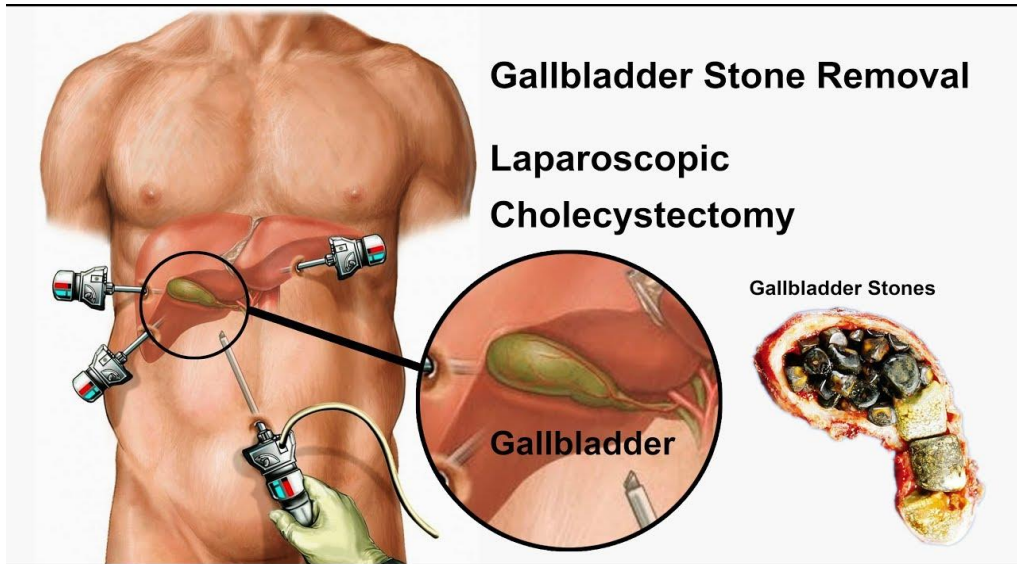
net olarak göstermektedir. Vücuttaki diğer organları da daha kolay gözlenmesini sağlar (Çalık, 2007; Avcı, 2002; Özkan ve diğerleri, 2003).

Şekil 2.1. Laparoskopik Kolesistektomide Cerrahi Alan



(Spight ve diğerleri, 2015)

Şekil 2.2. Laparoskopik Kolesistektomide Ameliyatı



(www.medfreelancers.com, 2017)

Ameliyat sırasında hasta soluna doğru 15-20° çevrilerek fowler pozisyonuna getirilir. Bu manevrayla duodenum ve kolon karaciğerden ayrılmasını sağlar. Böylece safra kesesinin görünümü daha netleşerek ameliyatın daha kolay yapılmasını ve safra kesesinin çıkarılmasını kolaylaştırır. Safra kesesi alındıktan sonra safra kanalının venleri ve arterleri bağlanır. Daha sonra tüm Laparoskopik aletler kontrollü bir şekilde vücuttan çıkarılır.

Son trokar çıkarılmadan önce CO2 gazı karından boşaltılıp invaziv yerlere de suture atılıp ameliyat sonlandırılır (Koraş, 2018).

2.3. Laparoskopik Cerrahi Yapılamayacak Durumlar

Laparoskopik cerrahi yapılamayacak durumlar aşağıdaki gibidir.

- Geçirilmiş abdominal cerrahi
- Safra kesesi adhezyonu
- Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları
- Kardiyovasküler sistemi problemleri
- Akciğer sistemi problemleri
- Kişide ileri derecede zayıflık ve ya obezite
- İleri evre bir gebelik
- Genel anesteziyi tolere edemeyecek derecede genel durum bozukluğu
- Peritonit
- Sepsis
- Karaciğer hastalıkları; Siroz, Portal hipertansiyon
- Kolonjit
- Akut kolesistit
- Koledokolitiyazis
- Aşırı kolon distansiyonu (Gülleroğlu, 2008; Taşkın ve Zengin, 1995; Peters ve Ellison, 1991).

2.3.1. Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları

Küçük invaziv cerrahi işlemlerden biri olan laparoskopik cerrahi yöntemlerinin yararları olduğu kadar, komplikasyonları da vardır. Bu komplikasyonlar laparoskopik cerrahi anı ve laparoskopik cerrahi sonrası olarak incelenebilir (Çatav, 2011).

2.3.2. Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar aşağıda verilmiştir.

- Ciddi safra yolu hasarı
- Safra sızıntısı
- Ana damar hasarları
- Arteriyer hasarı
- Batında safra taşının kalması

- Bağırsak yaralanmaları
- Safra kesesi perforasyonu
- Solid organ yaralanmaları
- Batın duvarı kanamaları
- Kanama
- Karın içine safra taşının düşmesi
- Kalp ve akciğer sistemi komplikasyonları (ritim değişikliği, hipotansiyon, akciğerde atelektazi gibi)
- Gastrointestinal sistem yaralanma riski
- Karaciğer ve dalak yaralanma riskleri (Gülleroğlu, 2008, Barthelsson, 2003; Ercan, 2006).

2.3.3. Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyonlar

Tüm ameliyatların riskleri vardır. Safra kesesi ameliyatının riskleri şunlardır.

- Kanama riski
- Enfeksiyon riski
- Koledok yaralanma riski
- Bacaklarda derin ven trombozu riski
- Safra sızıntıları riski
- Kesi yerlerinde fitik riski
- Pnömoni riski
- Pnömotraks riski
- Akciğerlerde gaz embolisi riski
- Hipotansiyon / hipertansiyon riskleri
- Aritmi riski
- Omentum ve karın duvarından kanama riski
- Hipotermi riski
- Retroperitoneal hematoma riski
- Büyük damar yaralanmaları riski
- Akut miyokard iskemisi riski
- Karın zarı iltihaplanması
- Yara yerleri enfeksiyonu
- Trokar yerlerine bağlı ağrı oluşumu
- Anestezi ilaçları nedeniyle bulantı, kusma

- CO2 gazının fazla verilmesiyle kaynaklı solunum asi dozu (Yeniay, 2004; Çalık, 2007; Avcı, 2002).

2.3.4. Laparoskopik kolesistektominin açık batın cerrahisine göre avantajları

Laparoskopik kolesistektominin açık batın cerrahisine göre avantajları aşağıdaki gibidir

- 24-36 saat içinde taburcu olmak
- Ameliyat süresinin 30 ile 60 dakika olması
- Ameliyat sürenin kısalığından verilen anestezi miktarının azalması
- Hastanede kalma süresinde azalma
- Ülkeye ve hastaya olan maliyetin azalması
- Açık ameliyata göre daha hızlı iyileşmenin sağlanması
- Açık ameliyata göre hastanın daha az ağrı yaşaması
- Hastanın en kısa sürede eski yaşam tarzına ve iş hayatına dönmesi
- Estetik görünüm açısından sadece 3 küçük kesinin olması
- Kişinin hastane enfeksiyonuna yakalanma riskini azalması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre yan etkileri oldukça az olması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre kalp ve akciğer sorunlarının daha az yaşanması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatında hastada dren yoktur (bu da hastanın psikolojik yönden daha iyi hissetmesine yardımcı olması)
- Yara yeri enfeksiyonu, iltihaplı sıvısının gelmesi, fazla ağrı çekmemesi ve estetik açıdan yara yeri izinden kaçınılmış olması
- Karın içindeki organların daha az hasar görmesi
- Hastanın daha erken ayağa kalkmasıdır (Bilen, 2007; Koraş, 2018; Youssef ve Hassan, 2017; Sert ve diğerleri, 2017).

2.3.5. Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları

Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları aşağıdaki gibidir.

- Ameliyat esnasında kamera kontrolünün sağlık çalışanında olması
- Kanama esnasında kanamanın durdurulmasının daha zor olması
- Karbondioksit (CO2) gazına bağlı solunum sistemi komplikasyonlarının gelişmesi
- Safra kanalları yaralanmalarının daha fazla olması

- Safranın karaciğere yapışık olması ve iltihaplı olması ameliyatı zorlaştırmaktadır (Koraş, 2018; Ucuzal ve Kanan, 2014; Ay ve Ecevit, 2010).

2.3.6 Laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye geçiş nedenleri

- Safra yolu ve kanallarının yaralanması
- Büyük damarlar ve arter damarların yaralanması
- Duodenum, kolon ve diğer iç organların yaralanması
- Safra kesesinin yırtılmasıyla safra taşlarının batın içine dökülmesiyle
- Safra kesesinin karaciğere yapışıklığından dolayı tutulamaması
- Aşırı şişman kişilerde safranın çok görünmemesinden dolayı

Cerrahın vaka esnasında laparoskopik kolesistektomi tekniğinin açık kolesistektomiye geçişini zaman olarak bilmesi en önemli noktadır. Buda laparoskopik kolesistektomi tekniğinin hastaya zarar verdiğini fark ettiği anda cerrah hemen açık kolesistektomi uygulamasına geçer. Cerrah ne kadar çok laparoskopik kolesistektomi deneyimi olursa o kadar az açık kolesistektomiye geçişi olur. Yapılan çalışmalara göre laparoskopik kolesistektomi tekniğinin uygulanmasıyla açık kolesistektomiye geçme oranı % 5 civarında olduğu söylenilmektedir (Uğur, 2002; Avcı, 2000).

2.4. Laparoskopik Kolesistektomide Ağrı ve Anksiyete Etkileri

2.4.1. Ağrı

Günümüzde ağrı başlı başına bir hastalık uyarıcısı olarak çıkmaktadır. Buda kişiyi hekime götüren şikâyet olarak tarif edilir. Ağrı tam olarak tanımlanmamakla beraber, ağrı hastalığın en önemli belirtilerinden biridir (Öz, 2013).

Evrensel bir deneyim olan ve yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli tanımını Uluslar Arası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) yapmıştır. Buna göre vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili sensoryal, emosyonel ve nahoş bir duygudur. Ağrı hastanın söylediği şeydir ve öznedir. Hasta söylüyorsa vardır (Öz, 2013).

Ağrı hastanın acil korunma mekanizmasıdır. Hastanın ameliyat sonrası gelişen ağrı şiddeti cerrahi travma büyüklüğüne, hastanın fizyolojik yapısına, psikolojik ve emosyonel durumuna, anestezik yaklaşımına ve sosyo kültürel yapısının rol aldığı faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Michaloliakou ve diğerleri, 1996). Bunun için ameliyat sonrası oluşan ağrının tedavisinde öncelikler; hastada oluşacak rahatsızlığı ortadan kaldırmak ve ya en aza indirmek ve hastanın ağrısını iyileştirme sürecini kolaylaştırmak olmalıdır.

Laparoskopik cerrahi tekniği cerrahi travmanın yanı sıra intraperitoneal olarak verilen karbondioksit (CO₂) gazının lokal irritasyonu ve intraabdominal basınç artışı ameliyat sonrası dönemde ağrı oluşumunu etkilemektedir (Çatav, 2011; Erdemli ve diğerleri, 2003). Cerrahi ameliyatlar vücudun birçok sistemini etkiler. Cerrahi ameliyatlar sonrası kişide ağrı gelişerek hastanın sempatik sinir sistemini etkileyerek epinefrin, aldesteron, antidiüretik hormon ve kortizol düzeylerini yükseltir. Ameliyat sonrası hastada serotonin, prostoglandin ve bradikinin maddeler salınımı artarak hastanın metabolik aktivitesinde değişikliklere neden olur (Sert ve diğerleri, 2017). Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi sonrası ağrısı kontrol edilemeyen hastada anksiyete, korku ve stres oluşması hastanın kas tonusunda artışa neden olup kasların daha fazla oksijen tüketmesine buda kaslarda laktik asit birikmesine neden olup kaslarda kramp oluşmasını ve hastanın solunum sistemi ve kardiyovasküler sistemi üstünde de olumsuzluklar oluşmasına neden olmaktadır (Vaughn, 2007). Bunların başta gelenleri; Pulmoner işlevlerin gerilemesi, derin solunum alıp vermeyi ve öksürmeyi engellemekle hastanın hızlı ve yüzeysel solunum yapmasına neden olmaktadır (Çöçelli ve diğerleri, 2008; Wang ve Keck, 2004). Bu da hastada akciğer vital kapasitesinin azalmasına, Pulmoner emboli, koroner iskemi, miyokard infarktüsü, atelettazi, pnömoni, uykusuzluk, hipoksi ve akciğer enfeksiyonu gibi komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi sonrası devam eden ağrı hastanın erken mobilizasyonunu engelleyerek hastada derin ven trombozu ve tromboemboli oluşma riskini artırmaktadır(Çalık, 2007; Aslan, 2006; Koraş, 2018; Çankaya, 2018).

Laparoskopik kolesistektomi cerrahi sonrası hastaların çoğu ilk zamanlarda ağrıdan yakındıklarını bildirmektedir. Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi sonrası ağrıdan dolayı hastada kardiyovasküler sistemde katekolaminlerin plazma sayısının olması gerekenin birkaç kat fazla olmasından dolayı kardiyovasküler direnç ve miyokardın oksijen alınımı artışından dolayı hastada infarktüs ve miyokard iskemi oluşmasına neden olabilmektedir (Koraş, 2018; Aslan, 2014; Whiteman ve diğerleri, 2000; Çalık, 2007; Barış ve diğerleri, 1999).

Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi sonrası ağrısı kontrol altına alınan hastanın analjezik alınımını azaltmakta, erken taburcu olmasını sağlamakta ve kısa sürede eski yaşam tarzına dönebilmektedir. Ağrısı kontrol altına alınamayan hastada ise stres, anksiyete oluşmasına, analjezik ilaç alınımını artırmasına ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu da hastanın hastane enfeksiyonuna yakalanma riskini artırmakta, anksiyete düzeyini yükseltmekte, hastaya maddi ve manevi zarar vermekte birlikte ülkenin de maddi zararını

artırmaktadır (Koraş, 2018; Joshi ve diğeri, 2014; Ucuzal ve Kanan, 2014; Büyükyılmaz ve Aştı, 2010).

Laparoskopik kolesistektomi cerrahi tekniğiyle yapılan ameliyatlarda, hastanın ameliyat sonrası 3 nedene bağlı ağrı yaşamaktadır. Bunlar; visseral pariyetal ve omuz ağrılarıdır. Pariyetal ağrı; ameliyat esnasında kullanılan trokarlerin giriş yerlerinden kaynaklı ameliyat sonrasında yaşanan ağrı nedenidir. Visseral ağrı; ağırlıklı olarak ameliyat esnasında organlara temastan dolayı ameliyat sonrasında yaşanan ağrı nedenidir. Omuz ağrısı ise ameliyat esnasında karna verilen karbondioksit (CO₂) gazının ameliyattan sonra genellikle karın boşluğunda kalan karbondioksit (CO₂) gazının oluşturduğu ağrıdır. Ağrı genellikle abdomenin üstünde, altında, sırtta ve omuzlardadır. Ağrı en çok abdomenin üst bölgesinde hissedilir. Hastalar genellikle lokalizasyonu güç ve derin bir ağrıdan yakınır. Buna rağmen Laparoskopik kolesistektomi cerrahi tekniğinin açık kolesistektomi cerrahisine göre hastada ağrı daha az olup daha kısa sürede geçmektedir. Laparoskopik kolesistektomi cerrahi tekniğinde fazla doku hasarı da oluşmamaktadır (Çatav, 2011; Joris ve diğeri, 1996).

Ağrı nedenleri arasında peritonun hızlı bir şekilde gerilmesine bağlı olarak bazı küçük damarların yırtılması, sinirlerin travmatik traksiyonu ve enflamatuvar salgılanması gelir. Bu ağrı gaz drenin koyulması, diyafram altındaki gazın aspirasyonu veya kateter yardımıyla diyafram altında lokal anestezi uygulamasıyla azalabilir (Çatav, 2011; Kazama ve diğeri, 1996).

Yapılan çalışmalara göre batın içine verilen gazın basıncı düşürülürse hastanın ameliyat sonrasında daha az ağrı yaşadığı gösterilmiştir. Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi açık kolesistektomiye göre kesi yerinin küçük olması ve buna göre ağrı ve komplikasyonların daha az olması, hastanın iyileşmesini, eski alışkanlıklarına dönmesini, beslenmesine geri dönmesini, hastaneden taburcu olmasını ve ameliyat sonrası kesi yerlerin daha çabuk iyileşmesini hızlandırması laparoskopik kolesistektomi cerrahinin tercih edilmesinin asıl sebepleridir (Çatav, 2011; Wallace ve diğeri, 1997).

Ameliyat sonrası ağrı genellikle cerrahi operasyonla başlayıp giderek azalmakta ve yara yerlerinin iyileşmesiyle kaybolmakta ve kişiden kişiye farklı ağrı eşik değerleri göstermektedir. Ameliyat sonrası genellikle ilk 48 saat ağrı çok fazladır. Ağrı şiddetlenmeden kontrol altına alınmalıdır. Bunun için ameliyat sonrası hastaya farmakolojik uygulamaların yanında nonfarmakolojik uygulamalar da (sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretimi, meditasyon ve müzik dinletme) yapılarak hastanın ağrısı azaltılabilir. Hastaların ameliyat sonrası hemeostasinin korunması, uygun pozisyon verilmesi, anksiyete düzeyinin

azaltılması, ani hareketlerden kaçınılması, iyi bir uyku ve dinlenmenin sağlanmasıyla hastanın ağrıları azalmaktadır (Çatav, 2011; Aytur, 2001).

Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi sonrası hastalarda en başta karın ağrısı ve son olarak ta omuz ağrıları görülmektedir. Ameliyat esnasında batına verilen karbondioksit (CO₂) gazı iç organlara ve diyaframa basınç uygulayarak ağrı oluşumunu tetikler ve dokuların perfüzyonunu bozar bu da ameliyat sonrası genellikle hastada omuz ağrısı olarak görülür. Batına verilen karbondioksit (CO₂) gazının batının, toraksın ve diyaframın kas hareketleri üzerinde etkili olup kas hareketlerinin sınırlanmasıyla rezidüel kapasiteyi ve vital kapasiteyi azaltmaktadır. Bunun için toraks ve diyaframın kas hareketlerini eski düzeye getirmek için hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini yaparak hastanın rezidüel kapasitesini ve vital kapasitesini artırarak hastanın ağrı algısını azaltmasını sağlar. Hasta ağrısı olduğundan dolayı derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapmaması halinde ileriki zamanlarda; hem ağrı süresinin uzamasına hem de atelektazinin gelişmesine ve solunumun bozulmasına ve böylece hastada hipoksi ve pnömoni olma olasılığını artırmaktadır (Çatav, 2011; Aytur, 2001). Hasta taburcu olduktan sonra ilk 1-2 ay beslenmesine dikkat etmezse beslenmesinden kaynaklı ağrı çekebilir. Bunun için ilk 1-2 ay hasta yağlı yiyecekler ve protein miktarı fazla olan yiyecekler (yumurta, kırmızı et, süt, tavuk eti, baklagiller) yememesi, kızartma türü yiyecekler, baharatlı yiyecekler tüketmemesi, meyve ve sebze tüketiminin ağırlıklı olması ve su tüketiminin artırılması ve de sonraki süreçte beslenmesinde günlük yağ oranı az az artırarak eski normal beslenme alışkanlığınıza dönebilirsiniz (Carol ve Scott-Conner, 2002; Inan ve diğerleri, 2004).

2.4.2. Anksiyete

Ameliyat olacak hastaların çoğunda ameliyat kelimesinin kullanılması hastada anksiyete ve stres oluşturmaktadır. Hastanın değişik ortama girmesi, farklı kişilerle iletişimde olması ve beden imajının değişikliğe uğrama düşüncesi hastada anksiyete ve stres düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Hastanın anksiyete ve stres düzeylerinin azaltılması iyi bir hemşirelik yaklaşımı ve eğitimle azaltılabilir. Hasta servise kabul edildikten sonra hemşirenin hastayla sürekli iletişim halinde olması, hastanın duygularını ve korkularını dile getirmesinin sağlanması anksiyete ve stres düzeyini azaltmaya yardımcı olacaktır. Hastayı laparoskopik kolesistektomi cerrahisi hakkında kısaca bilgilendirerek, laparoskopik kolesistektomi cerrahisinin avantajlarını söyleyerek, varsa serviste aynı ameliyattan dolayı yatan hasta ile onunla tanıştıırıp duygu paylaşımı yapılarak anksiyete ve stres düzeyinin azalması sağlanacaktır (Taşdemir ve diğerleri, 2013; Güz ve Doğanay, 2003; Haugen ve diğerleri, 2009; Öz, 2013).

Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların çoğunda anksiyete ve stres düzeyleri birbirinden farklı görülebilmektedir. Bu hastadan hastaya değişmekle birlikte, hasta daha önce deneyimliyse, ameliyatta verilecek anestezi miktarına ve türüne, ameliyat süresine ve ameliyat sonrası oluşacak ağrı şiddetine göre hastada anksiyete ve stres düzeyleri değişmektedir (Taşdemir ve diğerleri, 2013; Çetinkaya ve Karabulut, 2010; Kindler ve diğerleri, 2000). Yapılan bazı araştırmalara göre anksiyete ve ağrı arasında birbirini etkileyen bir ilişkinin olduğu ve laparoskopik kolesistektomi cerrahi öncesinde anksiyete düzeyi yüksek hastanın ameliyat sonrasında daha fazla ağrı yaşadığı ve hastada öfke, kızgınlık, korku duyguları daha fazla olduğu görülmüştür (Aslan, 2014; Sidar ve diğerleri, 2013; Koraş, 2018).

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre cerrahi ameliyatı olacak hastaların %81'inde anksiyete ve stres belirtileri olduğu bildirilmiştir (Karayağız ve diğerleri, 2011).

Cerrahi ameliyatlar vücudun birçok sistemini etkiler. Laparoskopik kolesistektomi sonrası anksiyete ve stres düzeyleri azaltılamayan hastada daha fazla ağrı oluşmasına ve hastanın kas tonusunun da artışa neden olup kasların daha fazla oksijen tüketmesine bu da kaslarda laktik asit birikmesine neden olup kaslarda kramp oluşmasına ve hastanın solunum sistemi ve kardiyovasküler sistemi üstünde de olumsuzluklar oluşmasına neden olmaktadır. Pulmoner işlevlerin gerilemesi, derin solunum alıp vermeyi ve öksürmeyi engellemekle hastanın hızlı ve yüzeysel solunum yapmasına neden olmaktadır. Bu da hastada akciğer vital kapasitesinin azalmasına, Pulmoner emboli, koroner iskemi, miyokard infarktüsü, atelektazi, pnömoni, uykusuzluk, hipoksi ve akciğer enfeksiyonu gibi komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası devam eden anksiyete ve stres ağrıyla tetiklemeyle hastanın erken mobilizasyonunu engelleyerek hastada derin ven trombozu ve tromboemboli oluşma riskini artırmasına neden olmaktadır (Çalık, 2007; Aslan, 2014; Wang ve Keck, 2004; Koraş, 2018; Çöçelli ve diğerleri, 2008; Sert ve diğerleri, 2017; Çankaya, 2018; Akyüz, 2012).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası anksiyete ve stres düzeyleri düşürülen hastanın ağrısı azalacağından dolayı hastanın analjezik ihtiyacı azalmakta, erken taburcu olmasını sağlamakta ve kısa sürede eski yaşam tarzına dönebilmektedir. Anksiyete ve stres düzeyleri düşürülemeyen hastada ise daha fazla ağrı oluşmasına, analjezik ilaç alımını artırmasına ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu da hastanın hastane enfeksiyonuna yakalanma riskini arttırmakta, anksiyete düzeyini yükseltmekte, hastaya maddi ve manevi zarar vermekle birlikte ülkenin de maddi zararını artırmaktadır. Bunun için hastanın anksiyete ve stres düzeyinin düşürülmesi bu tüm olumsuzlukların önüne

geçilebilecektir (Sidar ve diğeri, 2013; Büyükyılmaz ve Aştı, 2010; Ucuzal ve Kanan, 2014; Joshi ve diğeri, 2014; Akyüz, 2012).

Laparoskopik kolesistektomi cerrahi öncesi hastada ölme korkusu, sakat kalma, aşırı derece ağrı yaşama, beden imajının değişmesi, cinsel hayatının değişmesi ve organ veya doku hasarlarının oluşma korkuları hastada anksiyete oluşmasına ve anksiyete düzeyinde artışa neden olabilmektedir. Bu da hastanın taşikardi, aritmi ve hipertansiyon yaşamasına neden olabilir. Bundan dolayı artan anksiyete düzeyinin ameliyat sonrasında hastanın daha çok kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları yaşamasına sebep olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (Gülleroğlu, 2008; Akyüz, 2012).

Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalar anksiyetesinin olduğunu dile getirmeyebilir. Bundan dolayı Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi olacak hastaların anksiyete düzeyleri açısından sorgulanmalı, anksiyete düzeyleri değerlendirilmeli ve hastaya anksiyete duygusunun ve normal bir duygu belirtisi olduğu ifade edilmeli ve hastanın korkularını ifade etmesi sağlanmalıdır (Akyüz, 2012; Gülleroğlu, 2008).

Sağlık çalışanın Laparoskopik kolesistektomi olacak hastanın eğitim düzeyini ve dili farklı olabileceğinden dolayı hastaya eğitim verilirken sağlıkçının sakin, anlayışlı, sabırlı, esnek, açık ve yaratıcı olmalıdır (Gülleroğlu, 2008; Akyüz, 2012).

Ameliyat öncesi verilen eğitimin hastanın ameliyat sonrasında kendi bakımını üstlenmesini, kısa sürede iyileşmesini, oluşacak stres ve anksiyete düzeyini düşürmesi için hastanın erken mobilizasyonu yapılması, derin solunum ve öksürük egzersizinin önemi; kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemi üzerindeki faydaları vurgulandı. Hasta taburcu olduktan sonrası evde ilk 1 ay nasıl besleneceği hakkında, kullanılacak ağrı kesici ve iltihap sökücü ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirildi. hastada oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilip yapılması gerekenleri açıklayıp hastanın daha az anksiyete yaşamasına ve en yakın sağlık kuruluşuna daha erken gelmesini sağlayacaktır (Erdil ve Erbaş, 2001; Akyüz, 2012).

2.5. Laparoskopik Kolesistektomide Hemşirelik Bakımı

Dünyada ve Türkiye’de artan teknolojik gelişmelerin yanında hasta sayısında da artış gözlenmektedir. Bireylerin eğitim düzeyleri artıkça kendi sağlığı hakkında karar verip kendi sağlık bakımına katılmak, sağlık durumunun ne olduğunu anlamak ve tanıları bilmek istemektedir (Çalık, 2007).

Hemşire, hasta servise geldiğinde karşılamalı, odasına yerleştirmeli ve kliniği tanıtmalıdır. Hemşire aynı zamanda hastanın kalacağı odanın fiziksel çevresine de önem vermelidir. Florance Nightingale’e göre hemşirelik bakımının yalnız hastaya değil aynı zamanda

hastanın çevresini de kapsadığını belirtmektedir. Çünkü fiziksel çevre; hastanın psikolojik durumunu, hastalığını kabullenmesini, bakım ve tedavi memnuniyetini etkilemektedir. Hasta odasına yerleşip sakinleştikten sonra olacağı ameliyat hakkında görsel işitsel broşür eğitimi verilebilir. Eğitime başlamadan önce hasta için rahat ve sessiz bir ortam sağlanarak hastanın dış ortamdan etkilenmemesi için odadaki refakatçi sayısını en aza indirmek gerekir (Gürlek ve Yavuz, 2013).

Genel olarak ameliyat kelimesi hastalarda korku, stres ve anksiyete düzeylerini arttırmaktadır. Bu da hastanın yaşam bulgularını (nabız sayısında artış, kan basıncında artma, solunum sayısında artış ve kan şekeri düzeyinde artış) etkilemektedir. Bu durumların daha az yaşanması için hastalara eğitim verilmesi önemlidir (Ertem, 2003; Çalık, 2007).

Hastanın ameliyat hakkındaki bilinmezliğini gidermek için hastanın duygularını ifade etmesini sağlayacak ve kafasındaki tüm soru işaretlerine cevap verebilecek hasta eğitimi verilmelidir. Bu eğitim; hastanın ameliyat öncesinde ağrısını azaltarak, stres ve anksiyete düzeyini düşürecek ve hastaların yaşam bulgularının (nabız sayısı, kan basıncını, solunum sayısını ve kan şekeri düzeyinin) normal değerlerde kalmasını sağlayacaktır (Inan ve diğerleri, 2004; Erdil ve Elbaş, 2001; Yavuz, 1999).

Ameliyat öncesi verilen eğitimde; hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyonu, derin solunum alıp verme ve öksürme egzersizinin önemi, bu egzersizlerin kardiyovasküler ve solunum sistemi üzerindeki faydalarını öğretmek gerekir. Hastaların taburculuk sonrası evde kullanılacak ağrı kesici ve antibiyotik enflamasyonu azaltacak ilaçların kullanımı hakkında da bilgilendirme önemlidir (Erdil ve Elbaş, 2001).

Yapılacak hemşirelik bakımı uygulamaları hastanın ameliyat sonrasındaki süreci daha da rahatlatmak içindir. Henderson'a göre verilen hemşirelik eğitiminin amacı; hastanın bakımında başarısız olduğu durumlarda hastayı desteklemek ve kısa sürede hastanın yeterli ve bağımsız hale gelmesini sağlamaktır (Çalık, 2007). Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi dönemden itibaren bilgilendirilmesi ve danışmanlık verilmesi hastaların stresle başetmesini sağlayabilir, anksiyetesini azaltabilir. Tüm bu yanıtlar yaşamsal bulgularını olumlu etkileyebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; deney ve kontrol gruplu ön test, son test düzeyinde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Mardin-Midyat Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde 01 Mayıs 2018 – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmaya laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların deney ve kontrol grubunun sosyo demografik özellikleri homojenite sağlanacak şekilde alındı. Deney düzenlenirken gruplar arasında bir farklılık ortaya çıkarsa, bu farkın uygulanan etkene dayandırılabilmesi için gruplar olabildiğince homojen olarak ayrıldı. Bir kontrol bir deney grubu olacak şekilde hastalar araştırmaya dâhil edildi. Örneklem kriterlerine uygun hastalar örneklemi oluşturdu. Bu hastaneye bir yıl önce bu ameliyat için başvuran hasta sayısı 72'di. Evreni bilinen örneklemde güven aralığı %95 alınarak hesaplama yapıldığında araştırmaya dahil edilecek bir yıllık hasta sayısı 62 bulundu (Bu formüle göre hata payı hesaplandığında güven düzeyi ve yüzdesi %95 alındı, sonuç olarak 2.15 hata payı bulundu). Örnekleme alınan 62 hastanın 31'ini kontrol, 31'ini deney grubu oluşturdu.

Araştırmanın örneklemi arasında T.C. Mardin-Midyat Devlet Hastanesi Cerrahi Servisine yatışı yapılan 18-65 yaş arasında olan, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sözel iletişim sorunu yaşamayan, tanılanmış ruhsal bir problemi ve ek kronik hastalığı olmayan hastalar oluşturdu.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından tüm formlar yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veri toplama formları 20-25 dakika süresinde hasta odasında dolduruldu. Deney grubuna broşür destekli eğitim ortalama 40-45 dk hasta odasında yüz yüze verildi.

3.4.1. Veri toplama araçları

- Deney ve kontrol grubu için onam formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması ile oluşturulan hasta onam formudur (EK- 1)

- Hasta tanıtım formu

Araştırmacılar tarafından uygun literatür taranması yapılarak bu form oluşturuldu. Bu form; hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 7 soru ile (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, yaşadığı yer, çalışma durumu), hastanın tanı ve tedavisine ilişkin 5 soru (kronik hastalığının olup olmadığı, kullandığı ilaçlar, ailede genetik safra taşı varlığı, hastanın beden kitle indeksi, yağlı besin tüketimi gibi) olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktaydı (EK- 2).

- Hastane Anksiyete Depresyonu Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalığı olan hastalara ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan, kişide anksiyete ve depresyon riskini belirlemek ve düzeyini ölçmek amacıyla yapılan bu ölçek 14 sorudan oluşmaktaydı. Tek sayılı sorular anksiyeteyi, çift sayılı sorular ise depresyonu ölçmekteydi. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bu ölçek hasta tarafından uygulanabilirdi. Her maddenin puanlaması farklı olup puanlama 3, 2, 1, 0 biçiminde; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11.ve 13. maddeler giderek azalmakta ve hastalık şiddetini göstermekteydi. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktaydı. Değerlendirmede tek sayılı soruların puanı anksiyete alt ölçeği için çift sayılı soruların puanı depresyon alt ölçeği için toplanmaktaydı.

Ölçeğin Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ömer Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11 (0.8525), depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8 (0.7784) olarak bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilmektedir (Zigmond ve Snaith, 1983; Aydemir ve arkadaşları, 1997) (EK- 3).

- Yaşam bulgularını değerlendirme formu

Bu form araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası, ameliyattan 8 saat sonra, ameliyattan 16 saat sonra, ameliyattan 24 saat sonra yaşam bulgularını belirlemek için kullanılacak formdur (EK- 5).

- Nabız pulse-oksometre cihazıyla bakıldı.
- Kan basıncı ölçümü tansiyon ölçüm aletiyle yapıldı.
- Solunum sayısı sayılarak, derinliği değerlendirildi.
- Ateş ateş ölçer cihazıyla yapıldı.
- Saturasyon pulse-oksometre cihazıyla bakıldı.

- Ağrı değerlendirme formu

Hastanın ağrısını değerlendirmek için araştırmacıların ilgili literatür tarayarak yüz ifadelerinin yer aldığı Visual Analog Skalası (VAS) kullanıldı (Jensen ve diğerleri, 1986). VAS, ağrı derecesinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden bir tanesidir. Ağrının şiddetinin yanında efektif komponentinin de ölçümü (hastanın ağrı dolayısıyla kendisini ne kadar kötü hissettiği) hakkında bilgi verir. Visual Analog Skala (VAS), yatay veya dikey eksende çizilmiş 10 cm (veya 100 mm) uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Bu çizginin bir ucunda “ağrı yok”, diğer ucunda “hayal edilebilen ya da olabilecek en kötü ağrı” kelimesi bulunur. Hastadan bu çizgi üzerinde ağrısının şiddetine uyan yere işaret koyması istenir. En düşük VAS değerinden hastanın işareti kadar olan mesafe cm veya mm cinsinden ölçülerek hastanın ağrı şiddetinin sayısal değeri belirlenir (Cüneyitoğlu, 2011) (EK- 4).

Tablo 3.1. Visual Analog Skala

| Ağrı skoru | Ağrı tanısı |
|------------|---------------------------------------|
| 0 cm | Çok mutluyum. Hiç ağrı yok |
| 1-2 cm | Çok az ağrı var |
| 3-4 cm | Az ağrı var |
| 5-6 cm | Ağrı var |
| 7-8 cm | Çok ağrı var |
| 9-10 cm | Hayal edemeyeceğin kadar çok ağrı var |

- Hastaların ameliyat sonrası klinikte davranışlarını değerlendirme formu

Hastanede ameliyattan sonra hastanın yapması gereken doğru davranışları değerlendiren bir formdur. Ameliyat sonrası hastaların ilk 24 saat hastanede ameliyata yönelik öğrendiklerini doğru uygulayıp uygulamadıklarını değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Derin soluk alıp verme, erken dönemde beslenme, erken mobilizasyon, yataktan doğru kalkma, ilaçlarına yönelik bilgisi, ağrı ile başetme konularını içeren 8 sorudan oluşmaktaydı (EK- 6).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı değişken

Bağımlı değişkenler; broşür ile hasta eğitimi

- Bağımsız değişken

Bağımsız değişkenler; anksiyete, depresyon, ağrı ve yaşam bulgularıdır.

3.6. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum -maksimum) olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Fisher (Ki kare) test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, değişken sayısına göre normal dağılım gösteren parametreler için Student T testi ve gruplar arasındaki ilişkinin düzeyi için korelasyon analizi uygulandı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Ruhsal sıkıntısı olan, sözel iletişim sorunu olan, kronik bir hastalığı olan ve 18 yaş altı-65 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca araştırmanın sadece bir devlet hastanesinde sürdürülmüş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmaya başlamadan önce SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 29.03.2018, Oturum No: 2018/02) ve T.C. Mardin İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler (tarih: 25.05.2018 /sayı: 97039072-713.99) alındı. Hastalara çalışmanın amacı ve süreci anlatıldı ve gönüllü hastaların yazılı onamları alındı.

3.9. Araştırma Planı

Araştırmanın planı aşağıdaki gibiydi.

Tablo 3.2. Araştırmanın Planı

| KONTROL GRUBU (N:31) | DENEY GRUBU (N:31) |
|--|--|
| Hastalara onam formu doldurulması, Sosyo demografik veri toplama formunun uygulanması. | Hastalara onam formu doldurulması, Sosyo demografik veri toplama formunun uygulanması. |
| Hastaya ameliyat öncesi HAD ölçeği formu, VAS ölçeği formu, yaşam bulguları değerlendirme formu (solunum sayısı, nabız sayısı, tansiyon) uygulanması ve pulse oksimetri ile sat O2 ölçümünün değerlendirilmesi | Hastaya ameliyat öncesi HAD ölçeği formu, VAS ölçeği formu, yaşam bulguları değerlendirme formu (solunum sayısı, nabız sayısı, tansiyon) uygulanması ve pulse oksimetri ile sat O2 ölçümünün değerlendirilmesi |
| Rutin klinik uygulamaların yapılması, araştırma verileri toplandıktan sonra evde yapılacaklara yönelik broşürün verilmesi | Ameliyat öncesi rutin klinik uygulamalara ek olarak; broşür destekli eğitimin verilmesi (laparoskopik kolesistektominin nasıl yapıldığı, derin solunum egzersizleri ve öksürük egzersizleri eğitimi, erken mobilizasyonun önemi, beslenme eğitimi, ağrı kontrolü ve ilaçlara yönelik bilgilendirme). |
| Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası ilk saat, 8, 16, 24 saatlerde, Kan basıncı, ateş, nabız, solunum Sat O2 değerlendirildi ve HAD formu, VAS formu uygulanması. | Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası ilk saat, 8, 16, 24 saatlerde, Kan basıncı, ateş, nabız, solunum Sat O2 değerlendirildi. HAD formu ve VAS formu ameliyattan 24 saat sonra uygulandı. |
| Ameliyat sonrası sıfıncı gün ameliyata yönelik hastaların klinikte davranışlarını değerlendirme formu uygulandı. | Ameliyat sonrası sıfıncı gün ameliyata yönelik hastaların klinikte davranışlarını değerlendirme formu uygulandı. |

4. BULGULAR

4.1. Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde kontrol ve deney grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastanın Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

| Sosyo demografik özellikler | Deney Grubu (n: 31) | | Kontrol Grubu (n: 31) | | Toplam Hasta Grubu (n: 62) | | p* | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|-------|-------------------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | | |
| | Yaş (ort±ss)(min-maks) | 39,7±11,0 (21-63) | | 41,9±10,6 (23-61) | | 40,8±10,8 (21-63) | | p=0,423 p>0,05 |
| Cinsiyet | Erkek | 4 | 12,9 | 9 | 29,0 | 13 | 21,0 | p=0,106 |
| | Kadın | 27 | 87,1 | 22 | 71,0 | 49 | 79,0 | p>0,05 |
| Medeni durum | Bekar | 5 | 16,1 | 2 | 6,5 | 7 | 11,3 | p=0,212 |
| | Evli | 26 | 83,9 | 29 | 93,5 | 55 | 88,7 | p>0,05 |
| Eğitim durumu | Okur-yazar | 12 | 38,7 | 12 | 38,7 | 24 | 38,7 | |
| | İlköğretim | 12 | 38,7 | 9 | 29,0 | 21 | 33,9 | p=0,790 |
| | Lise | 6 | 19,4 | 8 | 25,8 | 14 | 22,6 | p>0,05 |
| | Lisans | 1 | 3,2 | 2 | 6,5 | 3 | 4,8 | |
| Ekonomik durumu | Gelir giderden az | 21 | 67,7 | 21 | 67,7 | 42 | 67,7 | |
| | Gelir gidere eşit | 9 | 29,0 | 10 | 32,3 | 19 | 30,6 | p=0,591 |
| | Gelir gelirden fazla | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 | p>0,05 |
| Çalışma durumu | Memur | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 | p=0,095 |
| | Ev hanımı | 25 | 80,6 | 19 | 61,3 | 44 | 71,0 | p>0,05 |
| | Serbest meslek | 5 | 16,1 | 12 | 38,7 | 17 | 27,4 | |
| Yaşadığınız yer | Kentsel alan | 25 | 80,6 | 18 | 58,1 | 43 | 69,4 | p=0,049 |
| | Kırsal alan | 6 | 19,4 | 13 | 41,9 | 19 | 30,6 | p>0,05 |
| Kronik hastalık varlığı | Yok | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 62 | 100,0 | p=1,000 p>0,05 |
| Sürekli ilaç kullanma durumu | Yok | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 62 | 100,0 | p=1,000 p>0,05 |

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular (devamı)

| Ailede | Evet | 11 | 35,5 | 11 | 35,5 | 22 | 35,5 | |
|--|--------------|-------------|-------|------|-------|------|-------|--------------------------|
| genetik safra taşı varlığı | Hayır | 20 | 64,5 | 20 | 64,5 | 40 | 64,5 | p=0,604 p>0,05 |
| | BMI | 18,6 – 24,9 | 11 | 35,5 | 15 | 48,4 | 26 | 41,9 |
| | 25 – 29,9 | 17 | 54,8 | 16 | 51,6 | 33 | 53,2 | |
| | 30 – 34,9 | 3 | 9,7 | 0 | 0,0 | 3 | 4,8 | |
| Yağlı besin tüketimi tanımı | Zeytinyağı | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 | p=0,015 p>0,05 |
| | Tereyağı | 3 | 9,7 | 0 | 0,0 | 3 | 4,8 | |
| | Kuyruk yağı | 23 | 74,2 | 17 | 54,8 | 40 | 64,5 | |
| | Ayçiçek yağı | 4 | 12,9 | 14 | 45,2 | 18 | 29,0 | |
| Toplam | | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 62 | 100,0 | |

* p<0,05

Araştırma kapsamında yer alan hastaların yaş ortalaması $40,8 \pm 10,8$ (min: 21 - maks: 63) olarak saptandı. Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalamaları $39,7 \pm 11,0$ (min: 21 - maks: 63) iken, kontrol grubunun yaş ortalamaları $41,9 \pm 10,6$ (min: 23 - maks: 61) yılı idi. Bağımsız kategorik değişkenlerin kontrol ve deney gruplarındaki dağılımların homojen olduğu gözlemlendi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların % 79,0 (n=49)'u kadındı. Cinsiyet değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği gözlemlendi ($p > 0,05$).

Medeni durum değişkeni bakımından araştırmaya dahil olan hastaların % 88,7 (55)'sinin evli olduğu belirlendi. Medeni durum değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği belirlendi ($p > 0,05$).

Araştırmaya dahil olan hastaların % 38,7 (24)'sinin okur-yazar, % 33,9 (21)'unun ise ilköğretim mezunu oldukları saptandı. Eğitim durum değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği tespit edildi ($p > 0,05$).

Ekonomik durum değişkeni açısından araştırma kapsamında olan hastaların % 67,7 (42)'sinin gelirlerinin giderlerinden az olduğu saptandı. Gelir durumu değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği gözlemlendi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların % 71,0 (44)'inin ev hanımı olduğu belirlendi. Çalışma durumu değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği saptandı ($p > 0,05$).

Hastaların yaşadıkları yer değişkeni bakımından % 69,4 (43)'ünün kentsel alanlarda yaşadıkları gözlemlendi. Gruplar arasındaki dağılımlar incelendiğinde; deney grubunda yer

alanların yüzdelik olarak, kontrol grubunda yer alanlara göre kentsel alanlarda daha fazla yaşadıkları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Araştırmaya dâhil olan hastaların tamamında kronik hastalık mevcut olmadığı, bununla birlikte sürekli kullandıkları herhangi bir ilaçta olmadığı gözlemlendi ($p<0,05$).

Ailede genetik safra taşı varlığı değişkeni açısından hastaların % 64,5 (40)'inde olmadığı gözlemlendi. Ailede genetik safra taşı varlığı değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği gözlemlendi ($p>0,05$).

Araştırmada yer alan hastaların BMI değerleri bakımından % 53,2 (33)'sinin 25 ila 29,9 değer aralığında olduğu tespit edildi. BMI değişkeni açısından deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların dağılımlarının benzerlik gösterdiği gözlemlendi ($p>0,05$).

Yağlı besin tüketimi tanımı değişkeni açısından hastaların % 64,5 (40)'inin kuyruk yağı şeklinde yanıtladıkları anlaşıldı. Gruplar arasındaki dağılımlara bakıldığında; deney grubunda yer alan hastaların yüzdelik olarak, kontrol grubunda yer alanlara göre kuyruk yağı yanıtını daha fazla verdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$).

4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dahil olan hastaların hastane anksiyete ve depresyon ölçeklerine verdikleri yanıtların gruplar arasındaki dağılımları incelendi.

Tablo 4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerine İlişkin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| Ölçümler | | Deney Grubu (n: 31) | | Kontrol Grubu (n: 31) | | X ² / p* |
|------------------|---------------------------|------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Ameliyat öncesi | 7 ve altı (Hasta olmayan) | 13 | 42,0 | 10 | 32,3 | X ² =10,754 p=0,021 |
| Anksiyete düzeyi | 8 – 10 (Sınırdaki hasta) | 9 | 29,0 | 11 | 35,4 | |
| | 11 ve üzeri (Hasta) | 9 | 29,0 | 10 | 32,3 | |
| Ameliyat sonrası | 7 ve altı (Hasta olmayan) | 17 | 54,8 | 12 | 38,7 | X ² =38,363 p=0,013 |
| Anksiyete düzeyi | 8 – 10 (Sınırdaki hasta) | 9 | 29,0 | 6 | 19,3 | |
| | 11 ve üzeri (Hasta) | 5 | 16,2 | 13 | 42,0 | |
| Ameliyat öncesi | 7 ve altı (Hasta olmayan) | 18 | 58,1 | 17 | 54,8 | X ² =0,087 p=0,957 |
| Depresyon düzeyi | 8 – 10 (Sınırdaki hasta) | 8 | 25,8 | 9 | 29,0 | |
| | 11 ve üzeri (Hasta) | 5 | 16,1 | 5 | 16,1 | |
| Ameliyat sonrası | 7 ve altı (Hasta olmayan) | 18 | 58,1 | 19 | 61,3 | X ² =0,388 p=0,824 |
| Depresyon düzeyi | 8 – 10 (Sınırdaki hasta) | 9 | 29,0 | 7 | 22,6 | |
| | 11 ve üzeri (Hasta) | 4 | 12,9 | 5 | 16,1 | |

* $p<0,05$

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırmaya dahil olan hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin gruplar arasında kontrol grubunda yer alan hastaların anksiyete düzeylerinin, deney grubunda yer alan hastaların anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p=0,021$, $p<0,05$).

Ameliyat sonrası anksiyete düzeyi incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların anksiyete düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastaların anksiyete düzeylerine göre daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p=0,013$, $p<0,05$).

Araştırma kapsamında olan hastaların ameliyat öncesi ($p = 0,957$) ve ameliyat sonrası ($p = 0,824$) depresyon düzeyleri sonuçlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ağrı Skorlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ağrı skorlarına ilişkin bulgular bu bölümde özetlendi.

Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Ağrı Skorlarının Gruplar Arası Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

| Ameliyat öncesi ağrı skorları ölçümleri | | Deney Grubu (n: 31) | | Kontrol Grubu (n: 31) | | Toplam Hasta Grubu (n: 62) | | X^2 / p^* |
|--|---|------------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-------------|
| | | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | |
| | | Ağrı skoru | Çok Mutluyum (0) | 6 | 19,4 | 17 | 54,8 | |
| | Çok az ağrım var (1-2) | 16 | 51,6 | 13 | 41,9 | 29 | 46,8 | |
| | Az ağrım var (3-4) | 9 | 29,0 | 1 | 3,2 | 10 | 16,1 | |
| Toplam | | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 62 | 100,0 | |
| Ameliyat sonrası ağrı skorları ölçümleri | | Deney Grubu (n: 31) | | Kontrol Grubu (n: 31) | | Toplam Hasta Grubu (n: 62) | | X^2 / p^* |
| | | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | |
| | | Ağrı skoru | Ağrım var (5-6) | 21 | 67,7 | 8 | 25,8 | |
| | Çok ağrım var (7-8) | 10 | 32,3 | 18 | 58,1 | 28 | 45,2 | |
| | Hayal edemeyeceğin kadar çok ağrım var (9-10) | 0 | 0,0 | 5 | 16,1 | 5 | 8,1 | |
| Toplam | | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 62 | 100,0 | |

* $p<0,05$

Tablo 4.3 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ağrı skorlarında kontrol grubunda yer alan hastalarda ağrı oranlarının, deney grubunda yer alan hastaların ağrı oranlarına göre daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p=0,003$, $p<0,05$).

Ameliyat sonrası ağrı skorları sonuçlarına bakıldığında; deney grubunda yer alan hastalardan ‘ağrım var (5-6) yanıtını veren hasta yüzdesinin, kontrol grubunda yer alan hastaların oranlarına göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p=0,001$, $p<0,05$) (Tablo 4.3).

4.4. Hastaların Yaşam Bulgularına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaşam bulgularına ilişkin bulgular Tablo 4.4’de özetlendi.

Tablo 4.4. Hastaların Yaşam Bulgularının Gruplar Arası Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

| Ölçümler | | Deney Grubu | Kontrol Grubu | t | p* |
|--|-------------|-------------|---------------|--------|--------------|
| | | (n: 31) | (n: 31) | | |
| | | Ort±ss | Ort±ss | | |
| Ameliyat öncesi yapılan ölçümler | Kan Basıncı | 92,9±10,27 | 94,9±10,56 | -0,780 | 0,438 |
| | Nabız | 85,7±6,23 | 87,0±6,58 | -0,832 | 0,166 |
| | Solunum | 20,3±1,64 | 20,9±1,61 | -1,402 | 0,409 |
| | Ateş | 36,5±0,23 | 36,6±0,14 | -2,416 | 0,019 |
| | Saturasyon | 95,4±0,71 | 96,0±1,03 | -2,857 | 0,006 |
| Ameliyat sonrası yapılan ölçümler | Kan Basıncı | 72,3±4,44 | 76,3±4,99 | -3,386 | 0,001 |
| | Nabız | 71,6±3,87 | 73,4±3,89 | -1,894 | 0,063 |
| | Solunum | 16,3±0,80 | 16,9±1,13 | -2,066 | 0,043 |
| | Ateş | 34,5±0,31 | 34,5±0,39 | -0,143 | 0,887 |
| | Saturasyon | 89,5±2,09 | 90,7±1,24 | -2,727 | 0,008 |
| Ameliyattan 8. Saat sonra yapılan ölçümler | Kan Basıncı | 77,1±4,98 | 80,9±6,61 | -2,537 | 0,014 |
| | Nabız | 74,1±3,72 | 76,3±3,94 | -2,318 | 0,024 |
| | Solunum | 17,0±1,35 | 20,8±18,06 | -1,150 | 0,255 |
| | Ateş | 35,8±0,18 | 35,7±0,32 | 1,907 | 0,061 |
| | Saturasyon | 93,7±1,07 | 93,6±0,98 | 0,370 | 0,713 |
| Ameliyattan 16. Saat sonra yapılan ölçümler | Kan Basıncı | 80,8±5,09 | 85,2±6,88 | -2,873 | 0,006 |
| | Nabız | 76,0±3,55 | 78,0±3,72 | -2,092 | 0,041 |
| | Solunum | 18,3±0,80 | 18,5±0,92 | -0,881 | 0,382 |
| | Ateş | 36,3±0,13 | 36,2±0,17 | 1,739 | 0,087 |
| | Saturasyon | 95,3±0,84 | 94,8±0,96 | 2,376 | 0,021 |
| Ameliyattan 24. Saat sonra yapılan ölçümler | Kan Basıncı | 84,7±5,29 | 89,1±7,94 | -2,576 | 0,012 |
| | Nabız | 77,8±3,32 | 77,0±13,67 | 0,294 | 0,770 |
| | Solunum | 18,9±1,24 | 18,9±1,13 | 0,000 | 1,000 |
| | Ateş | 36,5±0,18 | 36,5±0,13 | -0,389 | 0,699 |
| | Saturasyon | 96,5±0,85 | 95,6±0,90 | 3,897 | 0,001 |

* $p<0,05$

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi yapılan ölçümlerinde; kan basıncı ($p=0,438$), nabız ($p=0,166$) ve solunum ($p=0,409$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastaların ateş ($p=0,019$) ve saturasyon ($p=0,006$) düzeyleri açısından kontrol grubunda yer alan hastaların, deney grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası yapılan ölçümlerinde; nabız ($p=0,063$) ve ateş ($p=0,887$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastaların kan basıncı ($p=0,001$), solunum ($p=0,043$) ve saturasyon ($p=0,008$) düzeyleri açısından kontrol grubunda yer alan hastaların, deney grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Ameliyattan 8. saat sonra yapılan ölçümlerde deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların; solunum ($p=0,255$), ateş ($p=0,061$) ve saturasyon ($p=0,713$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastaların kan basıncı ($p=0,014$) ve nabız ($p=0,024$) düzeyleri açısından kontrol grubunda yer alan hastaların, deney grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyattan 16. saat sonra yapılan ölçümlerinde; solunum ($p=0,382$) ve ateş ($p=0,087$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastaların kan basıncı ($p=0,006$) ve solunum ($p=0,041$) düzeyleri açısından kontrol grubunda yer alan hastaların, deney grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları, saturasyon ($p=0,021$) bulgularında ise deney grubunda yer alan hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Ameliyattan 24 saat sonra yapılan ölçümlerde deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların; nabız ($p=0,770$), solunum ($p=1,000$) ve ateş ($p=0,699$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastaların kan basıncı ($p=0,012$) düzeyleri açısından kontrol grubunda yer alan hastaların, deney grubunda yer alan hastalara göre, saturasyon ($p=0,001$) bulgularında ise deney grubunda yer alan hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

4.5. Deney Grubunda Yer Alan Hastaların Ameliyat Sonrası Ameliyata Yönelik Öğrenme Durumlarının İncelenmesi

Bu bölümde deney grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ameliyata yönelik öğrenme durumları incelendi.

Tablo 4.5. Hastalardan Deney Grubunun Ameliyat Sonrası Ameliyata Yönelik Öğrenme Durumlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular

| Ölçümler | Deney Grubu | | | | Kontrol Grubu | | | |
|--|-------------|------|-------|------|---------------|------|-------|------|
| | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. Ameliyattan sonra öksürük egzersizini doğru yapabiliyor mu? | 23 | 74,2 | 8 | 25,8 | 11 | 35,5 | 20 | 64,5 |
| 2. İlk besin alınımını doğru zamanda aldı mı? | 28 | 90,3 | 3 | 9,7 | 26 | 83,9 | 5 | 16,1 |
| 3. En erken dönemde kalkıp yürüdü mü? | 27 | 87,1 | 4 | 12,9 | 23 | 74,2 | 8 | 25,8 |
| 4. Yataktan doğru kalkarak yürüyor mu? | 26 | 83,9 | 5 | 16,1 | 16 | 51,6 | 15 | 48,4 |
| 5. İlaçlarının ne olduğunu biliyor mu? | 19 | 61,3 | 12 | 38,7 | 18 | 58,1 | 13 | 41,9 |
| 6.R2-R3 diyetine geçtiğinde aldığı besinin ameliyat sonrası alması gereken yağ oranı düşük proteinli bir besin olduğunu sorguluyor mu? | 15 | 48,4 | 16 | 51,6 | 14 | 45,2 | 17 | 54,8 |
| 7. Ağrısıyla ve stresiyle baş etmek için nonfarmakolojik yöntemler deniyor mu? | 19 | 61,3 | 12 | 38,7 | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 8. Ağrısını azaltmak için sürekli ilaç istediğinde bulunuyor mu? | 7 | 22,6 | 24 | 77,4 | 10 | 32,3 | 21 | 67,7 |

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ameliyata yönelik öğrenme düzeylerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde;

- Ameliyattan sonra öksürük egzersizini doğru yapabiliyor mu?” sorusuna deney grubu % 74,2 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 35,5 ‘evet’ yanıtı verdi.
- İlk besin alınımını doğru zamanda aldı mı?” sorusuna deney grubu % 90,3 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 83,9 ‘evet’ yanıtı verdi.
- En erken dönemde kalkıp yürüdü mü?” sorusuna deney grubu % 87,1 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 74,2 ‘evet’ yanıtı verdi.
- Yataktan doğru kalkarak yürüyor mu?” sorusuna deney grubu % 83,9 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 51,6 ‘evet’ yanıtı verdi.
- İlaçlarının ne olduğunu biliyor mu?” sorusuna deney grubu % 61,3 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 58,1 ‘evet’ yanıtı verdi.

- R2-R3 diyeteye geçtiğinde aldığı besinin ameliyat sonrası alması gereken yağ oranı düşük proteinli bir besin olduğunu sorguluyor mu?” sorusuna deney grubu % 48,4 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 45,2 ‘evet’ yanıtı verdi.
- Ağrısıyla ve stresiyle baş etmek için nan-farmakolojik yöntemler deniyor mu?” sorusuna deney grubu % 61,3 ‘evet’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 54,8 ‘evet’ yanıtı verdi.
- Ağrısını azaltmak için sürekli ilaç istediğinde bulunuyor mu?” sorusuna deney grubu % 77,4 ‘hayır’ yanıtını verirken kontrol grubunda % 67,7 ‘hayır’ yanıtını verdi.

4.6. Hastaları Ameliyat Öncesi Fizyolojik Yanıtlarının HAD ve VAS İlişkisinin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmada yer alan hastaların ameliyat öncesi fizyolojik yanıtlarının had ve vas ile ilişki durumları incelendi.

Tablo 4.6. Ameliyat Öncesi Fizyolojik Bulguların Gruplar Arası Korelasyon Bulguları

| Ameliyat Öncesi | Anksiyete | | | | VAS | | | |
|-----------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | |
| | r | p | r | p | r | p | r | p |
| Kan basıncı | 0,725 | 0,000 | 0,620 | 0,000 | 0,725 | 0,000 | 0,620 | 0,000 |
| Nabız | 0,775 | 0,000 | 0,664 | 0,000 | 0,775 | 0,000 | 0,664 | 0,000 |
| Solunum | 0,785 | 0,000 | 0,633 | 0,000 | 0,785 | 0,000 | 0,633 | 0,000 |
| Ateş | 0,367 | 0,043 | 0,354 | 0,051 | 0,367 | 0,043 | 0,354 | 0,051 |
| Saturasyon | 0,240 | 0,194 | 0,285 | 0,120 | 0,240 | 0,194 | 0,285 | 0,120 |

Hastaların ameliyat öncesi kan basıncı, nabız, solunum, ateş, saturasyon, anksiyete, depresyon ve VAS bulguları ile gruplar arasındaki korelasyon dağılımı Tablo 4.6’da özetlendi.

Tablo 4.6’ya göre ameliyat öncesi vital bulgularda deney grubunda yer alan hastaların saturasyon ve depresyon sonuçlarına ait korelasyon bulgularının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p > 0,05$). Kan basıncı ($r = 0,725$), nabız ($r = 0,775$), solunum ($r = 0,785$) değerlerinin Spearman Korelasyon kat sayıları pozitif yönlü orta seviye bir korelasyon varlığı olduğu gözlemlendi ($p < 0,01$). Ateş ($r = 0,367$) ve VAS ameliyat öncesi değerlerinin ise

Spearman Korelasyon kat sayıları pozitif yönlü zayıf seviye bir korelasyon varlığı bulundu ($p<0,05$).

Kontrol grubunun ameliyat öncesi vital bulgularında hastaların ateş, saturasyon ve depresyon sonuçlarına ait korelasyon bulgularının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$). Kan basıncı ($r = 0,620$), nabız ($r = 0,664$), solunum ($r = 0,633$) değerlerinin Spearman Korelasyon kat sayıları pozitif yönlü orta seviye bir korelasyon varlığı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Anksiyete değerinin negatif yönlü zayıf bir korelasyon varlığı belirlendi ($p<0,05$). VAS değerinde ise pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu saptandı ($p<0,05$).

4.7. Hastaları Ameliyattan 24 Saat Sonrası Fizyolojik Yanıtlarının HAD ve VAS İlişkisinin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmada yer alan hastaların ameliyattan 24 saat sonra fizyolojik yanıtlarının had ve vas ile ilişki durumları incelendi

Tablo 4.7. Ameliyat Sonrası Vital Bulguların Gruplar Arası Korelasyon Bulguları

| Ameliyat Sonrası | Anksiyete | | | | VAS | | | |
|------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | |
| | r | p | r | p | r | p | r | p |
| Kan basıncı | 0,635 | 0,000 | 0,552 | 0,000 | 0,635 | 0,000 | 0,552 | 0,000 |
| Nabız | 0,690 | 0,000 | 0,011 | 0,953 | 0,690 | 0,000 | 0,011 | 0,953 |
| Solunum | 0,565 | 0,001 | 0,459 | 0,009 | 0,565 | 0,001 | 0,459 | 0,009 |
| Ateş | -0,006 | 0,973 | 0,174 | 0,350 | -0,006 | 0,973 | 0,174 | 0,350 |
| Saturasyon | 0,325 | 0,074 | 0,227 | 0,218 | 0,325 | 0,074 | 0,227 | 0,218 |

Tablo 4.7’de çalışmada yer alan hastaların ameliyat sonrası kan basıncı, nabız, solunum, ateş, saturasyon, anksiyete, depresyon ve VAS bulguları ile gruplar arasındaki korelasyon dağılımı özetlendi.

Tablo 4.7’ye göre ameliyat sonrası vital bulgularda deney grubunda yer alan hastaların ateş, saturasyon ve depresyon sonuçlarına ait korelasyon bulgularının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$). Kan basıncı ($r = 0,635$), nabız ($r = 0,690$), solunum ($r = 0,565$) değerlerinin Spearman Korelasyon kat sayıları pozitif yönlü orta seviye bir korelasyon varlığı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Anksiyete değerinin negatif yönlü zayıf bir

korelasyon varlığı gözlenirken VAS değerinde pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu saptandı ($p<0,05$).

Kontrol grubunun ameliyat sonrası vital bulgularında hastaların nabız, ateş, saturasyon ve depresyon sonuçlarına ait korelasyon bulgularının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$). Kan basıncı ($r = 0,552$) değerinin Spearman Korelasyon kat sayıları pozitif yönlü orta seviye bir korelasyon varlığı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Solunum ($r = 0,459$) ve VAS ($r = 0,272$) değerlerinin pozitif yönlü orta seviye bir korelasyon varlığı gözlenirken, anksiyete ($r = - 0,362$) değerlerinde negatif yönlü negatif yönlü zayıf bir korelasyon varlığı saptandı ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi cerrahisinde broşür eğitiminin ameliyat sonrası hastaların ağrı, anksiyete ve yaşam bulgularına etkisinin incelendiği bu çalışmada, elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldı. Deney ve kontrol grubu hastaları sosyo-demografik özellikler yönünden benzer özelliklere sahipti. Grupların benzerlik göstermesi çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının açık ameliyatlara göre hastada enfeksiyon riskini azaltma, konforu arttırma, hastanede kalış süresini kısaltma, hasta memnuniyetini arttırma ve maliyeti düşürme etkileri vardır (Çalık, 2007; Çilingir, 2004; Victor ve diğerleri, 2005). Tüm olumlu etkilere rağmen laparoskopik kolesistektomi ameliyatı da cerrahi kesi gerektiren, hastada anksiyete yaratan bir durumdur (Akyüz, 2012). Bu nedenle hastalara ameliyat öncesi verilecek planlı hasta eğitimleri hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini azaltabilir. Diğer yandan hastaların bazı konularda fazla bilgili olmalarının anksiyete düzeylerini artırabileceği unutulmamalıdır (Çetkin, 2017; Taşdemir ve ark. 2013; Demir ve diğerleri, 2010).

Bu nedenle çalışmada laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda ameliyat öncesi verilen planlı broşürlü eğitimin hastalarda yarattığı anksiyete düzeylerine bakıldı. Deney grubu hastalarının ameliyat öncesi anksiyetesi yüzde %29 düzeyinde, kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyi yüzde %32,3 di. Eğitim alan deney grubu hastalarının ameliyat sonrası anksiyete puanları ile kontrol grubu anksiyete puanları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmaktaydı ($p<0,05$). Lakin HAD ölçeğine göre deney ve kontrol grubunun depresyon puanları ameliyat öncesi ve sonrası fazla değişmedi ve depresyon puanları yakın kaldı ($p>0,05$). Çalışmada elde edilen anksiyete puanlarının ameliyat öncesi verilen eğitim ile azaldığı görülmektedir. Akyüz, (2012) laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada eğitim öncesi anksiyete düzeyleri eğitim sonrasında azaldığı saptanmıştır. Bu literatür bilgisiyle çalışmamızdaki anksiyete düzeyindeki azalma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların depresyon puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası benzer olması depresyonun kronik ilaç gerektiren bir rahatsızlık olması ile açıklanabilir (Alper, 2001). Hastaların ameliyat öncesi stres ve anksiyete düzeylerinin artması fizyolojik olarak sempatik sinir sistemini aktif eder ve kan basıncı, nabız ve solunum değerlerini olumsuz etkileyebilir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004).

Araştırmada elde edilen verilere göre deney ve kontrol grubu hastalarının kan basıncı, nabız, solunum, öksürük ve saturasyon değerleri arasında anlamlı bir fark olmasa da fizyolojik değerlerde hafif düzeyde olumlu değerler görülmektedir. Anksiyete puanının gruplar arasındaki fark ile fizyolojik yanıtlar arasında benzerlik olduğu ortadadır. Hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim anksiyete düzeyini azaltarak fizyolojik yanıtları olumlu etkilemiştir Kızıl Toğaç, 2018'in yaptığı araştırmada da anksiyete puanları ile fizyolojik yanıtlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kızıl Toğaç, 2018). Araştırmadaki sonuçlar ile Kızıl Toğaç, (2018) laparoskopik kolesistektomi yapılacak hastalarda gereksinimlere göre verilen eğitimin ameliyat sonrası saturasyonunun artmasına ve kan basıncının normal değerlerde kalmasına olumlu etkisi saptanmıştır. Bu literatür bilgisiyle araştırmadaki saturasyon değerleri artması ve kan basıncı değerlerinin normal değerlerde seyretmesi sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların duygusal emosyonel alanı ile ağrı merkezi talamus birbirine yakın bölgelerdir. Bu nedenle anksiyete düzeyi artıkça ağrı düzeyinde de artma meydana gelebilir (Yıldız ve diğerleri, 2015; Cesur, 2015). Yapılan çalışmalarda cerrahi kesinin az olması ile hastaların daha az ağrı yaşadıklarını ve anksiyete düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir (Carr ve diğerleri, 2005). Hastaların anksiyete puanları deney grubunda eğitimle azaldığını düşünürsek ağrı puanlarının da düşük olması beklenebilir (Sidar ve diğerleri, 2013; Aytur, 2001). Araştırmadaki sonuçlar ile (Koraş, 2018) laparoskopik kolesistektomi cerrahisinde ayak masajının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisinin incelendiği çalışmayla ağrı ve kaygı düzeyinin azalması sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada da ağrı puanları anksiyete puanları gibi deney grubunda kontrol grubuna göre azalmıştı.

Araştırmada verilen broşür destekli eğitimde hastaların beslenme, erken mobilizasyon, ilaçlar, derin soluk alıp verme egzersizlerine yönelik hastaların davranışları incelendiğinde deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre daha erken ayağa kalktığı, daha etkili derin soluk alıp verme ve öksürme egzersizlerini yaptığı, oksijen saturasyonlarının daha iyi olduğu, beslenmelerine daha hızlı başlandığı ve iyileşme süreçlerinin daha hızlı olduğu belirlendi. Broşür destekli eğitimin hastaların hızlı iyileşmesinde ve hızlı taburculuğunda etkili olduğu düşünülmektedir (Elif, 2007; şen, 2018).

Ameliyat ncesi ve ameliyattan 24 saat sonra deney ve kontrol grubu hastaların fizyolojik yanıtları ile HAD leği karşılaştırıldığında deney grubunun kan basıncı, nabız ve solunum sayısı değerleri ameliyat ncesi HAD ile anlamlı pozitif yönlü orta ilişkiye sahipti (r: 0,725, r: 0,775, r: 0,785, p: 0,000). Kontrol grubunun ameliyat ncesi HAD ile kan basıncı, nabız ve solunum yanıtları arasında da anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki bulunmaktaydı (r:

0,620, r: 0,664, r:0,633, p:0,000). Deney grubunun ameliyattan 24 saat sonra kan basıncı, nabız ve solunum değerleri ile HAD puanları arasında anlamlı pozitif yönde orta ilişki çıktı (r: 0,635, r: 0,690, r: 0,565). Kontrol grubunun ameliyattan 24 saat sonra HAD ile kan basıncı değeri arasında pozitif anlamlı orta ilişki bulunmuşken, nabız ile HAD arasında anlamsız pozitif zayıf ilişki bulundu, solunum ile HAD arasında anlamlı pozitif yönlü orta ilişki bulundu (r: 0,552, p: 0,000; r: 0,011, p: 0,953; r: 0,459, p: 0,009). Elde edilen değerlere göre deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi aldığı bire bir broşür destekli eğitim kontrol grubuna göre HAD, kan basıncı, nabız ve solunum değerlerinde etkili olduğu söylenebilir. Deney grubu hastalarında ameliyat öncesi saturasyon değerleri HAD ile anlamsız pozitif ilişkiye sahipti (r: 0,240, p: 0,194). Ameliyattan 24 saat sonra hastaların saturasyon değerleri ile HAD arasında yine anlamsız pozitif zayıf ilişki ortaya çıktı (r:0,325, p: 0,075). Kontrol grubunda ameliyat öncesi saturasyon değerleri HAD ile anlamsız pozitif zayıf ilişki bulunmaktayken ameliyattan 24 saat sonrası yine anlamsız pozitif zayıf ilişki mevcuttur (r: 0,285, p: 0,120; r: 0,227, p: 0,218). Hastaların aldığı eğitimin ameliyat sonrası hem deney hem de kontrol grubunda saturasyon yönünde önemli bir etkisi olmadığı belirlendi. Ancak solunum sayıları deney grubunda daha etkili bulundu. Bunun sonucunda hastalara verilen eğitimin hastalarda soluk alıp verme ve öksürme davranışını daha etkin yapmaları ile açıklanabilir. Hastaların ameliyat öncesi sempatik sinir sistemi, ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek durumları bilmemek ile aktive olabilir (Yılmaz ve diğerleri, 2016). Sinir sisteminin aktivasyonu ile bilinmezlik korkusu (anksiyete) hastaların kan basıncını artırabilir, solunum sayısını ve derinliğini olumsuz etkileyebilir, O₂ saturasyonunu düşürebilir, ağrı düzeyini artırabilir (Cesur, 2015). Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda deney grubuna verilen broşür destekli eğitim anksiyete düzeyini düşürdüğü ameliyattan 24 saat sonra deney grubunun saturasyon düzeyini olumlu etkilediği bu hastaların daha erken mobil olduğu, daha etkili soluk alıp verme egzersiz yaptığı belirlendi. Araştırmadaki sonuçlar ile (Aytur, 2001) laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi konulu çalışmada benzer sonuçları bulmasıyla çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak kan basıncı hem kontrol hem de deney grubunda farklı değildi. Bu da hastalara verilen sıvı ve antihipertansif ilaçlar ile açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara broşür destekli eğitimin anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına yönelik etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Araştırmada ameliyat öncesi deney grubu ve kontrol grubunun VAS ağrı düzeylerinin birbirine yakın olduğu, ancak ameliyat sonrası 24 saatteki VAS ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmada hastaların laparoskopik kolesistektomi hakkındaki bilgileri arasında çok fark olmadığı hastaların ameliyatın sadece kapalı olduğunu ve sadece cerrah tarafından verilen bilgi düzeyinden başka bilgi edinmedikleri belirlendi. Fakat hastalara verilen broşür eğitiminden çok memnun kaldıklarını ve şüphede kaldıkları tüm sorularına yanıt aldıklarını sözel olarak dile getirerek verilen eğitimden çok memnun kaldıklarını söylemişlerdir.
- Hastalara verilen broşür eğitiminin hastanın ameliyat hakkındaki endişelerini ve anksiyete düzeyini azalttığı görülmüştür. Araştırmamızda kontrol grubu hastalarının anksiyete düzeyinin deney grubu hastalarının anksiyete düzeylerinden daha fazla olduğu ve aralarında istatistiksel fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Hastalara verilen broşür eğitiminin deney ve kontrol grupları arasında depresyon açısından gruplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).
- Araştırmada deney grubunun ameliyat öncesi ortalama saturasyon (SpO_2) değerinin ameliyat sonrası 24 saatteki ortalama SpO_2 değerinden daha düşük olduğu, kontrol grubunda ise ameliyat öncesi ortalama SpO_2 değerinin ameliyat sonrası 24 saatteki ortalama SpO_2 değerinden fazla olduğu belirlendi. Eğitimde hastalara verilen derin solunum ve öksürük egzersizlerin SpO_2 üzerinde etkili olduğu görülmektedir.
- Araştırmada Deney grubuna verilen broşür ile birebir eğitimin kontrol grubuna göre bakım sonuçlarını daha olumlu etkilemiştir. Deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha etkili derin soluk alıp verdikleri, daha erken mobilize oldukları ve daha etkin beslenmeleri yönünde olumlu sonuçlar görülmektedir.
- Araştırmada kontrol ve deney grubunun ameliyattan 24 saat sonra kan basıncı değerleri farklı değildir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sunulmuştur;

- Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete/depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerinin planlanması (online eğitim, video, broşür gibi),
- Kliniklerde hastalara verilecek eğitimin kliniklerde çalışan sağlık personelleri tarafından desteklenip hastalara sürekli hatırlatmada bulunmaları ve sabırlı bir şekilde hastaların anlayabileceği süreyi ayırmaları,
- Verilen eğitimin hem hastaya hem de refakatçiyaya verilmesinin gerekliliği,
- Kliniğe yatan tüm hastalara sağlık personelleri tarafından yapılacak ameliyatlara hakkında genel bilgi içeren bir eğitim verilmeli,
- Kliniğe yatan tüm hastalara sağlık personelleri tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası derin solunum ve öksürük egzersizlerini içeren bir eğitim planlanması,
- Cerrahi operasyon geçiren hastaların ağrı düzeyini azaltmak üzere girişimlerin planlanması,
- Kliniklerde hastalara verilen bire bir eğitimden sonra klinikte çalışan sağlık personelleri tarafından uygulamaları yapıp yapmadıklarını kontrol etmesi önerilmekte,

7. KAYNAKLAR

- Akgün, M. (2011).** Laparoskopik cerrahide hasta hazırlığı ve hemşirenin rolü. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 8(2):11-17.
- Akyüz, İ. (2012).** Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.
- Albayrak, D. (2008).** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi genel cerrahi kliniğinde uygulanan açık ve laparoskopik kolesistektomilerin karşılaştırılması.
- Alper, Y. (2001).** Depresyon psikoterapisi, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Aslan, EF. (2014).** Ağrı Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 121-169.
- Aslan, F. (2006).** Ağrı değerlendirilmesi ve ölçümü. Ed: Eti Aslan F, Ağrı Doğası ve Kontrolü.(1. Basım, pp: 68-99) İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.
- Aslan, Y., Atan, A. (2010).** Laparoskopik girifl ve sütün teknikleri. Adım adım laparoskopik cerrahi. Türk Üroloji Seminerleri, 1:134-141.
- Avcı, C. (2000).** Video laparoskopik kolesistektomi genel bilgiler ve ön girişimler Avcı C. Avtan, L. (Eds) Video skopik Cerrahi Avrupa Tıp Kitapçılık. İstanbul.
- Avcı, C. (2002).** Videolaporoskopik kolesistektomi, Kalaycı,G.,(ed) Genel Cerrahi Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul, 763-773,
- Ay, F., Ecevit Alpar, Ş. (2010).** Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. İstanbul.
- Aydemir, M. (2018).** Mekanik barsak hazırlığın vücut sıcaklığı ve hemodinamik parametrelere etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Manisa.
- Aykas, A., Karasu, Z. (2018).** Güncel bilgiler eşliğinde kolelitiazis tedavisinde laparoskopik ve açık kolesistektomi karşılaştırılması. (KSÜ) Kahramanmaraş Tıp Fakültesi Dergisi, 13(2):51-53.
- Aytur, T. (2001).** Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Barış, S., Sarıhasan, B., Tür, A. (1999). Preemptif analjezi postoperatif ağrı tedavisindeki yeri. Sendrom, 11(1):110-113.

Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B., Nordström, G. (2003). Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. Journal of Clinical Nursing, 12(2):253-259.

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

Bilen, A. (2007). Postoperatif ağrı tedavisi. Klinik Gelişim, 20(3):37-45.

Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2):84-93.

Carol, EH., Scott-Conner, MD. (2002). Laparoscopic gastrointestinal surgery, Med Clin. N. America, 1401-1422.

Cesur, S. (2015). Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.

Cüceloğlu, D. (1998). İnsan ve davranışı [Human and behavior]. İstanbul: Remzi Publishing.

Çalık, E. (2007). Laparoskopik kolesistektomi öncesi öğretiminin ameliyat sonrası solunum konforu, ağrı ve memnuniyete etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.

Çankaya, A. (2018). Laparoskopik kolesistektomi sonrası klasik ayak masajının yaşam bulguları, ağrı ve bulantı-kusma üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Malatya.

Çatav, S. (2011). Laparoskopik kolesistektomilerde postoperatif ağrı kontrolünde deksametazon kullanımının analjezik tüketimine etkisi. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilimdalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara.

Çetinkaya, F. (2008). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.

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.

Çetkin, H. (2017). Akciğer kanserli hastalara torakotomi öncesi verilen sağlık eğitiminin ağrı, kaygı düzeyi ve solunum fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi. Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep.

Çilingir D. (2004). Günlük cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların evde yaşadığı güçlükler ve bilgi gereksinimi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi. Ankara.

Çöçelli, LP., Bacaksız, BD., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14(2):53-8.

Demir, A., Akyurt, D., Ergün, B., Haytural, C., Yiğit, T., Taşoğlu, İ., ve diğerleri (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 18(3):177-182.

Duncan, CB., Riall, TS. (2012). Evidence-based current surgical practice: calculous gallbladder disease. Journal of Gastrointestinal Surgery, 16(11):2011-2025.

Durgun, AV. (2002). Safra taşları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 28, 129-140.

Ercan, E. (2006). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Erdemli, Ö., Karadeniz, Ü., Yaşlılı, H., Ünver, S. (2003). Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif ağrı tedavisinde intraperitoneal bupivakain enjeksiyonu ve infüzyonu. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi. Ankara.

Erdil, F., Özhan Elbaş, N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (4. Baskı). Ankara s: 293-296.

Ertem, G. (2003). Standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisi. İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir.

- Everhart, JE., Khare, M., Hill, M., Maurer, KR. (1999).** Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology* 117:632-639.
- Gülay, H. (2005).** Temel ve Sistemik Cerrahi. İzmir Güven Kitapevi. İzmir, 1244-1296.
- Gülleroğlu, A. (2008).** Laparoskopik kolesistektomi operasyonlarında karın içi basınç artışının solunum mekaniği, hemodinami ve metabolizma üzerindeki etkileri. Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Gürarlan Baş, N., Karatay, G., Bozoğlu, Ö., Akay, M., Kunduracı, E., Aybek, H. (2016).** Postoperative pain management: Nursing practices. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 3(2). 27-35.
- Gürlek, Ö., Yavuz, M. (2013).** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1):8-15.
- Gürses, HN. (2002).** Peroperatif rehabilitasyon, kronik solunum yetersizliğinde solunum pompa desteği. *Solunum Dergisi*, 4:332-338.
- Güz, H., Doğanay, Z., (2003).** Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri arşivi*, 40(1-2):36-39.
- Hasson, HM. (1999).** Open laparoscopy as a method of access in laparoscopic surgery. *Gynaecological Endoscopy*, 8(6):353-362.
- Haugen, AS., Eide, GE., Olsen, MV., Haukeland, B., Remme, ÅR., Wahl, AK. (2009).** Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of clinical Nursing*, 18(16):2301-2310.
- Hildrum, B., Romild, U., Holmen, J. (2011).** Anxiety and depression lowers blood pressure: 22-year follow-up of the population based HUNT study, Norway. *BMC Public Health*. 11(1):601.
- Inan, A., Sen, M., Dener, C. (2004).** Local anesthesia use for laparoscopic cholecystectomy. *World Journal Of Surgery*, 28(8):741-744.
- Jensen, MP., Karoly, P. (1986).** Klinik ağrı şiddetinin ölçümü: altı yöntemin karşılaştırılması. *Ağrı*, 27:117-26.

- Joris, J., Thiry, E., Paris, P., Weerts, J., Lamy, M. (1996).** Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. *Survey of Anesthesiology*, 40(4):246.
- Joshi, GP., Beck, DE., Emerson, RH., Halaszynski, TM., Jahr, JS., Lipman, AG., et al., (2014).** Defining new directions for more effective management of surgical pain in the united states: highlights of the inaugural surgical pain congress™. *The American Surgeon*, 80(3):219-228.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, YA., Yılmaz, TT., Öngel, K. (2011).** Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1:22- 25.
- Kazama, T., Ikeda, K., Kato, T., Kikura, M. (1996).** Carbon dioxide output in laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Anaesthesia*, 76(4):530-535.
- Kızıl Toğaç, H. (2018).** Laparoskopik kolesistektomi yapılacak hastalarda gereksinimlere göre verilen eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve konfora etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Manisa.
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000).** The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3):706-712.
- Koraş, K. (2018).** Laparoskopik kolesistektomi cerrahisinde ayak masajının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Erzurum.
- Kriwanek, S., Armbruster, C., Beckerhinn, P., Blauensteier, W., & Gschwantler, M. (1998).** Patients' assessment and recall of surgical information after laparoscopic cholecystectomy. *Digestive Surgery*, 15(6):669-673.
- Menteş, Ö., Harlak, A., Eryılmaz, M., Balkan, M., Kozak, O., Arslan, İ., Tufan, C. T. (2009).** Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrı tedavisinde tramadolün devamlı infüzyon ve hasta kontrollü analjezi ile uygulanmasının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(1):6-10.
- Michaloliakou, C., Chung, F., Sharma, S. (1996).** Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesthesia & Analgesia*, 82(1):44-51.
- Öz, G. (2013).** Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı, Songür Yayıncılık, Ankara.

- Özkan, E., Kaya, Z., Güllen, F. (2003).** Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara, 23-24.
- Özveren, A., Uçar, H. (2009).** Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(3):59-72.
- Özveren, Y. (2011).** Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(1):83-92.
- Pearlstone, DB., Mansfield, PF., Curley, SA., Kumparatana, M., Cook, P., Feig, BW. (1999).** Laparoscopy in 533 patients with abdominal malignancy. Surgery, 125(1):67-72.
- Peters, JH., Ellison, EC., Innes, JT., Liss, JL., Nichols, KE., Lomano, JM., et al., (1991).** Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Annals of surgery, 213(1):3.
- Sanaç, Y. (2004).** Safra kesesi. Sayek İ (editör). Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi, 1372-80.
- Savaş, B. (2014).** Kapalı kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarda lavanta yağının ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Bitirme Projesi. Malatya.
- Schwartz, SS., Galloway, DF. (1999).** Cerrahinin ilkeleri. Minimal invazif cerrahi. 7th ed. Çeviri, A. Yağmurlu. İstanbul: Baran Ofset Matbaacılık, 2171-2175.
- Sert, İ., İpekci, F., Engin, Ö., Karaoğlan, M., Çetindağ, Ö. (2017).** Outcomes of early cholecystectomy (within 7 days of admission) for acute cholecystitis according to diagnosis and severity grading by Tokyo 2013 Guideline. Turkish Journal of Surgery, 33(2):80.
- Sidar, A., Dedeli, Ö., Iskesen, AI. (2013).** Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı dışı tersi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Dâhili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi, 4(1):1-8.
- Spight, DH., Hunter, JG., Jobe, BA. (2014).** Minimally invasive surgery, robotics, natural orifice transluminal endoscopic surgery, and single-incision laparoscopic surgery. In Schwartz's Principles of Surgery (Vol. 10). McGraw-Hill Education New York, NY.

Şen, A. (2018). Cerrahi hastalarında elastik basınçlı çorap kullanım ve eğitimin etkisi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak.

Tarhan, Ö. (2018). www.turkcerrahi.com. Tıbbi makaleler. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları. Erişim tarihi: 26.04.2019.

Taskın, M., Zengin, K. (1995). Laparoskopik cerrahinin tarihçesi. laparoskopik cerrahi. Alemdaroglu K, Taskın M, Apaydın B. İstanbul Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1-5.

Taşdemir, A., Erakgün, A., MN., Ertuğ, D. (2013). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, Turk J Anaesth Reanim 41:44-9.

Ucuzal, M., Kanan, N. (2014). Foot massage: effectiveness on postoperative pain in breast surgery patients. Pain Management Nursing, 15(2), 458-465.

Uğur, M. (2002). Laparoskopik kolesistektomi uygulanmasında erken ve geç dönem komplikasyonlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi. İzmir.

Vaughn, F., Wichowski, H., Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain?. AORN journal, 85(3):589-604.

Victor, S., Enrique, P., Benito, F., Milagros, C., Candel, MF., Aguayo, JL. (2005). Evaluation of the clinical pathway for laparoscopic cholecystectomy. The American Surgeon, 71(1):40-45.

Wallace, DH., Serpell, MG., Baxter, JN., O'dwyer, PJ. (1997). Randomized trial of different insufflation pressures for laparoscopic cholecystectomy. British Journal of Surgery, 84(4):455-458.

Wang, HL., Keck, JF. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. Pain Management Nursing, 5(2):59-65.

Whiteman, B., Grealish, L., Lomasney, A. (2000). Foot massage: a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. Cancer Nursing, 23(3):237-243.

www.medfreelancers.com Gallbladder removal surgery laparoscopic cholecystectomy 2017, Erişim tarihi: 06. 05.2019

Yardakçı, R. (2001). Ameliyat öncesi dönemde hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

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

Yavuz, M., (1999). Laparoskopik günübürlük cerrahi uygulamaları, Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları, İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, 10-11.

Yeniay, L. (2004). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda, ropivakain'in postoperatif ağrı ve stres yanıt üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı. İzmir.

Yıldız, T., Malak, A., Gökteş, S. B., Özen, Y. (2015). Effect of patient education on patient anxiety level using "scale of patient education requirements" in open heart surgery. Kosuyolu Heart Journal, 18(1):1-5.

Youssef, NF., Hassan, ADA. (2017). The Effect of hand and foot massage on alleviating pain and anxiety of abdominal post-operative patientsat a University Hospital: A randomized control trial. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 56-65

8. EKLER



EK-1 Hasta Onam Formu (EK I A-Deney Grubu)

Araştırmanın Adı: Laparoskopik Kolesistektomi olan hastalara broşür ile verilecek eğitimin anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisi. Bu Form laparoskopik kolesistektomi olmak için hastaneye yatan hastaların özelliklerini belirlemek, hastaların anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisi değerlendirmek için elde edilecek olan bilgilerdir. Ameliyat öncesi dönemde size araştırmacı tarafından broşür ile eğitim verilecektir. Herhangi bir gereksiniminiz olduğunda araştırmacıyı 0542 667 21 01 numaralı telefonda arayabilirsiniz. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir. Hastaların araştırmaya katılmama hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilirler. Hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi onların hastanede almış oldukları tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu durumda hasta herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacağı gibi, sorumluluk ve cezalandırma söz konusu değildir. Araştırma ile ilgili soruları araştırmacıya sorabilirsiniz. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü olarak açıklama yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

imzası:

Tarih:

Araştırmacının

imzası:

Tarih:

EK 1 – Hasta Onam Formu (EK 1 B –Kontrol Grubu)

Araştırmanın Adı: Laparoskopik Kolesistektomi olan hastalara broşür ile verilecek eğitimin anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisi.

Bu araştırma SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapan ve Midyat Devlet Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde hemşire olarak çalışan Mahmut DİNÇ tarafından planlanmıştır.

Araştırma Laparoskopik Kolesistektomi olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde verilecek olan broşür eğitiminin ameliyat sonrası dönemde anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır.

Bu araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi Bilimsel Etik Kuruldan ve Mardin-Midyat Devlet Hastanesinin Yönetiminden izin alınacaktır.

Bu Form Laparoskopik Kolesistektomi olmak için hastaneye yatan hastaların özelliklerini belirlemek, hastaların anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisi değerlendirmek için elde edilecek olan bilgilerdir. Ameliyat öncesi dönemde size araştırmacı tarafından video ile eğitim verilecektir. Herhangi bir gereksiniminiz olduğunda araştırmacıyı 0542 667 21 01 numaralı telefondan arayabilirsiniz.

Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir.

Hastaların araştırmaya katılmama hakkınız vardır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilirler.

Hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi onların hastanede almış oldukları tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir.

Bu durumda hasta herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacağı gibi, sorumluluk ve cezalandırma söz konusu değildir.

Araştırma ile ilgili soruları araştırmacıya sorabilirsiniz.

Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü olarak açıklama yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın
imzası:

Araştırmacının
imzası:

EK-2 Hasta Tanıtım Formu

Deney Grubu () Kontrol Grubu ()

Tarih:

Tarih:

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz.

1) Erkek 2) Kadın

3) Medeni durumunuz nedir?

1) Bekar 2) Evli

4) Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur-Yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Lisans 5) lisans üstü

5) Ekonomik durumunuz?

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

6) Çalışma durumunuz?

1) İşçi 2) Memur 3) Ev hanımı 4) Serbest meslek 5) Emekli

7) Uzun süre yaşadığınız yer?

1) Kentsel alan 2) Kırsal alan

8) Kronik bir hastalığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

9) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1) Evet 2) Hayır

10) Ailede genetik safra taşı oluyor mu ?

1) Evet 2) Hayır

11) Beden kitle indeksiniz aşağıdakilerden hangisidir?

1) 15-18,5 2) 18,5-24,9 3) 25-29,9 4) 30-34,9 5) 35-39,9 6) 40-50

12) Yağlı besin tüketimini nasıl açıklarsınız)

1) Zeytin yağı 2) Tere yağı 3) Kuyruk yağı 4) Ayçiçek yağı

EK-3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

EK-3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (devamı)

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-4 Visual Analog Skala (VAS) Ağrı Değerlendirme Ölçeği

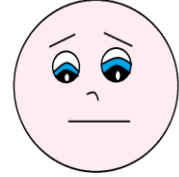
Ağrınızı aşağıdaki resimlere bakarak eşleştireceğiniz ağrı puanı nedir?



0
Çok mutluyum
Hiç ağrım yok



1-2
Çok az ağrım
var



3-4
Az ağrım var



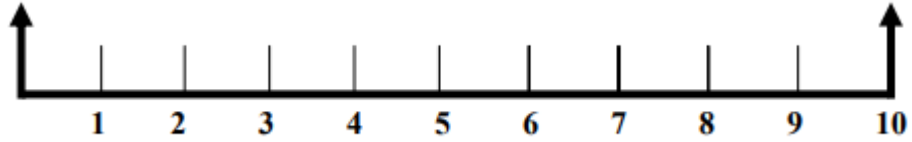
5-6
Ağrım var



7-8
Çok ağrım var



9-10
Hayal edemeyeceğin
kadar çok ağrım var



EK-5 Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu

| | KAN BASINCI | NABIZ | SOLUNUM SAYISI VE DERİNLİĞİ | ATEŞ | SATURASYON |
|------------------------------|----------------|-------|-----------------------------------|------|------------|
| Ameliyat öncesi | | | | | |
| Ameliyat sonrası | | | | | |
| Ameliyattan 8 saat sonra | | | | | |
| Ameliyattan 16 saat sonra | | | | | |
| Ameliyattan 24 saat sonra | | | | | |

EK-6 Hastaların Ameliyat Sonrası Klinikte Davranışlarını Değerlendirme Formu

1) Ameliyattan sonra öksürük egzersizini doğru yapabiliyor mu?

1-EVET

2-HAYIR

2) İlk besin alınımını doğru zamanda aldı mı? (Ameliyattan sonra.....saatte R1 diyet aldı)

1-EVET

2-HAYIR

3) En erken dönemde kalkıp yürüdü mü? (Ameliyattan sonrasaatte yürüdü)

1-EVET

2-HAYIR

4) Yataktan doğru kalkarak yürüyor mu? (Her yataktan kalkışında oturup karşıya bakıp başı dönmüyorsa ayağa kalkıp sosyal desteği ile birlikte karşıya bakarak)

1-EVET

2-HAYIR

5) İlaçlarının ne olduğunu biliyor mu?

1-EVET

2-HAYIR

6) R2 –R3 diyete geçtiğinde aldığı besinin ameliyat sonrası alması gereken yağ oranı düşük proteinli bir besin olduğunu sorguluyor mu?

1-EVET

2-HAYIR

7) Ağrısıyla ve stresiyle başetmek için nonfarmakolojik yöntemler deniyor mu?

1-EVET

2-HAYIR

8) Ağrısını azaltmak için sürekli ilaç isteğinde bulunuyor mu?

1-EVET

2-HAYIR

EK-7 Broşür Eğitim Kitapçığı

Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Hakkında Bilgi

Laparoskopik ameliyatlarda genel anestezi altında, hasta uyutularak yapılır. Hasta sırt üstü pozisyonuna alınır. Ameliyat bölgesi steril bir şekilde boyandıktan sonra ayrı ayrı 4 küçük kesi yapılır. Bunlar 1-1,5 mm'lik olup veress iğnesinden karbondioksit CO₂ gazı batın içine verilerek pnömoperitoneum sağlanır. Karbondioksit (CO₂) gazının batın içindeki basıncı 12-15 mmHg olduğunda karbondioksit (CO₂) gazı sonlandırılıp veress iğnesi çıkarılarak kesi yerlerine 10mm'lik trokar denen özel bir boru yerleştirilir. Bu trokarlar den laparoskopik aletler ve bir video kamerayla iki küçük ince enstrüman kullanılıp karbondioksit (CO₂) gazın geri kaçmasını önleyerek laparoskopik aletlerin batın içine kolaylıkla hareket edilmesini sağlar. Batın içine verilen karbondioksit (CO₂) gazı sayesinde laparoskopide görüş alanı daha büyük, geniş ve net olarak göstermektedir. Vücuttaki diğer organların da daha kolay gözlenmesini sağlar. Daha sonra safra kesesinin vücuttan laparoskopik aletlerle karında küçük kesiklerin birinden çıkarılmaktadır. Laparoskopik cerrahi ameliyatlarda açık cerrahi ameliyatlara göre oluşabilecek yan etki oranı oldukça azdır. Safra kesesi hastaların bazılarında; aşırı yapışıklık olması ya da anatomik yapıların yeterince gözlenememesi durumunda, düşük ihtimal de olsa bu operasyon sırasında direkt açık cerrahiye geçilebilir.

Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatının Avantajları

- ❖ 24-36 saat içinde taburcu olmak
- ❖ Ameliyat süresinin 30 ile 60 dakika olması
- ❖ Ameliyat süresinin kısalığından verilen anestezi miktarının azalması
- ❖ Hastanede kalma süresinde azalma
- ❖ Ülkeye ve hastaya olan maliyetin azalması
- ❖ Açık ameliyata göre daha hızlı iyileşmenin sağlandığı
- ❖ Açık ameliyata göre daha az ağrı yaşamasını sağlar
- ❖ En kısa sürede eski yaşam tarzına ve iş hayatına erken dönmesini sağlar
- ❖ Estetik görünüm açısından sadece 3-4 küçük kesi yeri olacaktır
- ❖ Kişinin hastane enfeksiyonuna yakalanma riskini çok azaltmaktadır
- ❖ Laparoskopik Kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre yan etkileri oldukça azdır
- ❖ Laparoskopik Kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre Kalp ve Akciğer sorunları daha az yaşanmaktadır

- ❖ Laparoskopik Kolesistektomi ameliyatında hastada dren yoktur (buda hastanın psikolojik yönden daha iyi hissedecektir)
- ❖ Laparoskopik Kolesistektomi ameliyatı açık kolesistektomi ameliyatının komplikasyonların dan kaçınılmış olur (Ör: yara yeri enfeksiyonundan, iltihap sıvısının gelmesinden, fazla ağrı çekmede ve estetik açıdan yara yeri izinden kaçınılmış olur)
- ❖ Karın içindeki organlarda daha az hasar görülür
- ❖ Hasta daha erken ayağa kalkar

Ağrı Kontrolü Ve Ağrıyı Azaltan Yöntemler

Cerrahi ameliyattan sonra genellikle hastaların en çok sıkıntı yaşadığı durumlardan biri de ağrıdır. Ameliyat sonrası hastanın daha konforlu ve sağlıklı geçirmesini istiyorsak ağrı etkenini en aza indirmek gerekmektedir. Bundan dolayı son zamanlarda yapılan laparoskopik kolesistektomi açık kolesistektomiye göre hasta ameliyat sonrası daha az ağrı çekmektedir. Hastanın ameliyat sonrası stres yapması ağrısını artıracığından hastanın stres ve anksiyeteden uzak durmalıdır. Ağrıyı daha rahat kontrol etmek için ve daha hızlı etki göstermesinden dolayı farmakolojik yöntemleri daha çok tercih edilmektedir. Ancak ağrı azaltmak için nanfarmakolojik yöntemlerde kullanılabilir. Bunlar; sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, derin solunum ve öksürük egzersizlerin öğretimi, meditasyon ve müzik dinletme gibi uygulamalar yapılabilir.

Ameliyat sonrası ağrıyı daha az yaşanmasını sağlayan püf noktalar

- ✓ Ağrıkesici doğru dozda ve vaktinde yapılarak
- ✓ Hastanın ağrısı artmadan ağrıkesicinin yapılması
- ✓ Hastanın psikolojisinin iyi olmasını sağlama
- ✓ Hastanın yeterli ve düzenli uyumasını sağlama
- ✓ Hastanın yeterli dinlenmesini sağlama
- ✓ Hastayı anlamak ve ona karşı anlayışlı olmak
- ✓ Hastanın stresli ve sinirli olmamasını sağlayarak gevşemesini ve rahat olmasını sağlamak
- ✓ Hastayı ameliyatı hakkında bilgilendirerek ağrısını azaltmak

Anksiyete ve Stresle Baş Etme

Laparoskopik kolesistektomi öncesinde hastalarda stres ve anksiyete düzeyleri yüksekse ameliyat sonrasında hastaların daha fazla ağrı yaşamalarına, beraberinde de tıbbi komplikasyonların (kan basıncında yükselme ve kan şekerinde artış gibi) artmasına ve

hastane de yatış süresini uzatmaktadır. Bundan dolayı hasta mümkün olduğu kadar anksiyete ve stresten uzak durmalıdır.

Ameliyat sonrası anksiyete ve stresi daha az yaşanmasını sağlayan püf noktalar

- Hastanede kalış süresini azaltarak
- Ağrı kontrolünü sağlayarak
- Düzenli ilaçlarını almasını sağlayarak
- Düzenli olarak kontrollere gelerek
- İyi ve doğru beslenmeyle çabuk iyileşerek
- İyi ve düzenli bir uyku alarak
- Hasta taburcu olduğunda drenin çıkarılmasıyla
- Hastanın düşünce olarak rahatlaması ve gevşemesi sağlanarak
- Hastanın dikkatini başka yönlere çekerek
- Can sıkıcı olumsuz düşüncelerden uzaklaşarak ve onları kontrol ederek

Gevşemede:

- Düzenli egzersiz yaparak
- Sevdiğiniz ve sizi rahatlatan müzikleri dinleyerek
- Elinizi ve yüzünüzü yıkayarak
- Derin nefes alıp verme egzersizi yaparak

Dikkati Başka Yere Çekmek

- ❖ Olumsuz şeyleri düşünmemeyi ve zihninizi başka bir şeyle meşgul ederek ÖR:
Çektiğiniz ağrıların ameliyat sonrasında biteceğini
- ❖ Televizyonda ilginç bir film veya bir program izleyerek
- ❖ Kitap okuyarak
- ❖ Bulmaca çözerek
- ❖ Örgü veya nakış yaparak

Can Sıkıcı Düşüncelerden Kurtulma

Ağrınız olduğundan dolayı sitem etme yerine ameliyatla bu ağrıdan kurtula bileceğinizi düşünerek



Erken Mobilizasyonun Avantajları

Ameliyat sonrası duysal ve mental durum, fiziksel ve fonksiyonel performans düzeyi göz önüne alınarak mümkün olduğunca en kısa zamanda hastanın ayağa kalkması ve hareket etmesi sağlanmalıdır.

Kendine geldiği andan itibaren hastayı yatak içi egzersizleri uygulatılmalı derin solunum, öksürme ve ayağa erken kaldırılmalıdır. Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında 2 saatte bir 10-15 dakikalık kısa yürüyüşler yapılmalıdır. Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun oksijen transportunun arttırdığını, solunum egzersizleriyle birlikte uygulanması zorlu vital kapasiteyi artırıp ve arterlerde oksijenlenmeyi arttırmaktadır.

- ✓ Hastanın erken mobilizasyonu ameliyatla ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonlarını azaltır.
- ✓ Hastanın erken mobilizasyonu hareketsizlikle ilgili komplikasyonların önlenmesi, hemeostatik dengenin sürdürülmesi ve iyileşmeyi hızlandırmasından ameliyat sonrası önemlidir.
- ✓ Yara iyileşmesini ve bağırsak hareketlerini hızlandırır.
- ✓ Tromboflebit (toplardamarlarda pıhtı oluşumu) gelişimini önler.
- ✓ Hasta kısa bir süre içinde kendi bakım sorumluluğunu alır.

Sürekli Kullandığı İlaç Varsa Ve Ameliyat Sonrası Kullanacağı İlaçlar Hakkında Bilgilendirilmesi

Cerrahi hastasının ağrısının giderilmesinde farmakolojik tedavi en yaygın olarak kullanılan tedavi şeklidir. İlaçlar doğru kullanıldığında insan sağlığı ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklar önlenebilirken, hatalı kullanıldıklarında yaşamın sonlanmasına kadar varabilen istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Bundan dolayı ağrının değerlendirilmesi, analjezik gereksiniminin saptanması, hastaya verilen ilaçların doktor istemi doğrultusunda

uygulanmalı ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Cerrahi hastalarında ağrının etkin tedavisi önemli olup, giderilmediğinde hastayı hem psikolojik hem de fiziksel olarak olumsuz etkiler. Ağrısı olan hastalarda metabolizma hızında artış görülür ve kalp hızı, atım hacmi, miyokardiyal oksijen tüketimi ve periferik damar direnci artar. Şiddetli ağrı ameliyat sonrasında hastalarda erken mobilizasyonu engeller. Hareketliliğin azalması özellikle alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozuna (DVT) ve trombo emboli riskinin artmasına neden olur. Bu nedenle doktorun yazdığı ilaçları doğru miktarda, yolda ve zamanda verilmesi sağlanmalıdır. İlaçlar yeterli süre kullanılmalıdır. Analjezik tedavisinde ağrı önleyici yaklaşım benimsenip ağrı başlamadan ya da şiddetlenmeden verilmelidir. Analjezikler etki süresi saptandıktan sonra, etki süresinin sona ermesinden 1 saat kadar öncesinden başlanarak düzenli olarak verilmelidir. Bu yaklaşımla gereksinim duyulan analjezik dozu düşer ve istenmeyen etkiler azalır. Antiinflamatuar ilaçlar ise doktorun yazdığı miktarda, doğru yol ve zamanda verilmesi ve de ilaçların taburculuk sonrası doktorun söylediği süre boyunca aksatılmadan doğru dozda ve doğru zamanda tüketilmesi sağlanmalıdır. Hasta ağrısını fazla olmasından dolayı Plasebodan kaçınılmalıdır. Analjezik tedavisi farmakolojik olmayan tekniklerle desteklenmelidir. Bunun için ağrı yönetiminde nan-farmakolojik yöntemler kullanılabilir.

Bunlar; sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, derin solunum ve öksürük egzersizlerin öğretimi, meditasyon ve müzik dinletme gibi nan farmokolojik uygulamaları içermektedir. Cerrahi girişime ilişkin hastanın herhangi bir ilaca karşı alerjisi var mı, bitkisel ürün kullanma durumu var mı, oral ilaç kullanımına engel olabilecek durumlar var mı, sürekli kullandığı ilaç var mı, Ör: kan sulandırıcı, depresyon, tansiyon ve şeker ilaçları gibi. Bu ilaçların analjeziklerle birlikte kullanımı ilaç etkileşimi açısından dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Ör; hasta kan sulandırıcı kullanıyorsa ve ağrı kesiciyle birlikte kullanımı hastanın kanama eğilimini artıracaktır. Cerrahi hastalarında kanama eğiliminin olması ameliyat sırasında kan kaybının artmasına ya da ameliyatın ertelenmesine sebep olabilir.



Ameliyat Sonrası İlk Bir Ay İçin Beslenmenize Dikkat Etmeniz Gereken Durumlar

- ✓ Yağlı yiyeceklerden uzak durulacak
- ✓ Protein miktarı fazla olan yiyeceklerden uzak durmalı, Ör: Yumurta, tavuk eti, kırmızı et, peynir, süt ve baklagiller gibi
- ✓ Ameliyattan sonraki ilk besin alınımı proteinsiz veya çok az miktarda protein olmasına dikkat edilmesi
- ✓ Baharatlı yiyeceklerden uzak durulacak
- ✓ Ameliyat bitiminden 4 saat sonra R2-R3 rejim beslenmesi sağlanacak
- ✓ Kızartma türü yiyeceklerden uzak durulacak
- ✓ Meyve ve sebze tüketimi ağırlıklı olacak
- ✓ Su tüketimi fazla olacak
- ✓ İlk hazımsızlık ve ishal durumu olması normal bir durumdur
- ✓ Beslenmenizde günlük yağ oranı az az artırarak beslenebilirsiniz

Ameliyat Sonrası Sağlık Kuruluşuna Başvurman Gereken Durumlar

- Durdurulamayan kanlı kusmalar
- Karın bölgesinde ağrı, şişlik veya ağrı olduğunda
- Kollarda ve bacaklarda sıcaklık, kızarıklık, şişlik ve de ağrı olduğunda
- Nefes darlığı veya Göğüs ağrısı hissi olduğunda
- Deride ve Gözlerde sarılık olduğunda
- Bağırsak hareketlerinde azalma olduğunda
- Uzun süreli ishal olduğunda
- Rektum bölgesinde kan geldiğinde
- 38 C ve 38 C üstü ateş olduğunda
- Büyük abdestin kahverengi olması gerekirken kil ve ya daha açık bir renkte olduğunda



Derin Solunum Ve Öksürme Egzersizin Faydaları

Akciğerde gelişebilecek komplikasyonları önlemek, cerrahi operasyon sonrasında fonksiyonları düzenlemek ve hücrelere daha fazla oksijen alınmasına yardımcı olmak için yapılmaktadır.

Ameliyat sonrası derin solunum ve öksürme egzersizlerini yapılmasının faydaları

- ✓ Solunumu düzenler
- ✓ Anksiyiteyi ve stresi azaltır
- ✓ Pulmoner kasları güçlendirir
- ✓ Fazla mukozayı temizler
- ✓ Hücrelerin oksijeni daha fazla almasını sağlar
- ✓ Oluşabilecek akciğer komplikasyonlarını (Pnömoni=Zatürre (Akciğer alveollerinin iltihaplanmasıdır) ve Atektazi (Akciğerin bir kısmının ya da akciğerlerden birinin tamamen büzüşmesi sonucu işlevinin yerine getirememesidir) azaltır. Egzersiz esnasında omuzlarınızı ve boynunuzu rahat kullanabileceğiniz bir pozisyona alın buda yarı oturur pozisyonda dizler çekili olmalıdır. Burnunuzdan derin nefes alın ve nefesinizi 3 saniye tuttuktan sonra ağızınızdan yavaşça verin. Bunu her saatte 5'er kez tekrarlayın. Bu egzersizi yaparken mideniz boş olmalıdır.



Kontrollü Öksürme Tekniği

Öksürme Pulmoner sistemin temel savunma mekanizmasıdır. Bu hava yollarındaki sekresyonu ve yabancı cisimlerin atılmasında etkili bir yöntemdir. Etkili bir öksürük için; akciğerlerin hava ile dolmasıyla havanın dışarı verilmesinde mukoza yukarı hareket eder ve nefes iki saniye tutularak havanın akciğerlerin uç kısımlarına doğru gitmesini sağlar daha sonra ilk öksürükle mukoza çözülür ve ikinci öksürük ise mukozayı ileri doğru hareket ettirerek atılımı sağlar. Ağız yolu ile alınan hava mukozayı tekrar hava yollarından aşağıya doğru hareket ettirir bunun için burundan nefes alınması sağlanır.

NOT: Fazla öksürük aşırı oksijen ve enerji kullanımına neden olur bunun için fazla öksürmekten kaçınılmalıdır bronkospazmdan (Bronşların(akciğer alt solunum yolları) geçici olarak daralması veya bronşların duvarındaki kasların kasılması) kaçınılmış olur.

EK-8 Etik Kurul Karar Formu

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | Araştırmanın Başlığı | Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalara Broşür Destekli Eğitimin Anksiyete, Ağrı ve Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi |
| | Sorumlu Araştırmacı | Prof. Dr. Arzu TUNA |
| | Kurumu | SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü |
| | Başvuru Tarihi | 12.03.2018 |
| | Araştırmanın Türü | Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma |
| | Katılan Merkezler | Tek Merkez |
| | Varsa Protokol No | - |

| | | |
|-----------------------|---------|--|
| İLETİŞİM BİLGİLERİ | Adres | SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP |
| | Telefon | 0 342 211 65 63 |
| | Fax | 0 342 211 65 66 |
| | E-posta | etikkurul@sanko.edu.tr |

| | | | |
|-------|--|--------------|-------------------|
| KARAR | Oturum No: 2018/02 | Karar No: 21 | Tarih: 29.03.2018 |
| | Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | | |


| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyeti | | Araştırma İle İlişkisi | | Oturuma Katılım | | İmza |
|--|------------------------------|---|-----------|---|------------------------|-----|-----------------|-----|-----------|
| | | | E | K | Var | Yok | Var | Yok | |
| Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan | Biyoistatistik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı | Endokrinoloji ve Metabolizma | SANKO Üniversitesi SB Fakültesi | X | | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye | Farmakoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | | X | Katılmadı |
| Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye | Biyofizik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye | Tıbbi Biyoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye | Halk Sağlığı | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Av. M. Murat GÜNERİ Üye | Hukuk | Serbest Avukat | X | | | X | X | | |
| Naci BORAN Üye | | Sani Konukoğlu Vakfı | X | | | X | X | | |

EK-9 Kurum İzin Yazısı



T.C.
MARDİN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MARDİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MARDİN İSM
ÖZELLİKLI BİRİMLER KOORDİNATÖRLÜĞÜ
25/05/2018 14:14 - 97039072 - 713 99 - E.181



00069789043

Sayı : 97039072-713.99
Konu : Bilimsel Çalışma (Mahmut DİNÇ)

DAĞITIM YERLERİNE

Mardin Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapıp Sanko Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Mahmut DİNÇ; Müdürlüğümüze bağlı Mardin Devlet Hastanesi ile Midyat Devlet Hastanesinde "**Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalara Broşür Destekli Eğitimin Anksiyete, Ağrı ve Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi**" isimli çalışmalarını yapmak için tarafımıza başvuruda bulunmuştur. Adı geçen çalışmayla ilgili belgeler (araştırma detay formu, etik kurul kararı, başvuru dilekçesi, çalışma anketinin bir örneği...) komisyonumuzca değerlendirilmiştir. Araştırmaya konu olacak kişilerin bilgilerinin üçüncü özel veya tüzel kişilerle paylaşılmaması konusunda hassasiyet gösterilmesi kaydıyla çalışmanın yapılabileceği hususu uygun görülmüş olup ilgili birim/kişilere tebliği hususunda;

Gereğini rica ederim.


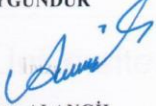
e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Saffet YAVUZ
İl Sağlık Müdürü

Genel sekreterlik
Faks No:04822902720
e-Posta:mesut.buyuk@saglik.gov.tr İnt.Adresi: TIG Birimi

Bilgi için:Mesut BÜYÜK
Unvan:Uzman
Telefon No:4822902700

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8b0f8ed2-3bed-480e-a8f9-f9a51208d75b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10 Tez İntihal Raporu

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
|  | <p>T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ</p> <p>NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p> | <p>TEZ FORM 2b</p> | |
| I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ | | | |
| Adı | : Mahmut | Anabilim Dalı | : Hemşirelik |
| Soyadı | : DİNÇ | Programı | : Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) |
| Öğrenci No | : 161101010 | Statüsü | : <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora |
| II- TEZ BİLGİLERİ | | | |
| Tez Danışman Adı Soyadı | : Prof. Dr. Arzu TUNA | | |
| Tez Adı | : Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalara Broşür Destekli Eğitimin Anksiyete, Ağrı ve Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi | | |
| III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ | | | |
| | Benzerlik Oranı (%) | Tarih | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi | 8 | 29/05/2019 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası | 10 | 16/07/2019 | |
| <p>Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 36 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil 10'dır.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,<input checked="" type="checkbox"/> Kaynaklar hariç,<input checked="" type="checkbox"/> Ekler hariç,<input checked="" type="checkbox"/> Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç. | | | |
| ENSTİTÜ ONAYI | | | |
| UYGUNDUR | | | |
|  | | | |
| Duygu ALANGİL Enstitü Sekreteri | | | |
| ACIKLAMA | | | |
| *Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir. | | | |
| *Raporadaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilme üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir. | | | |

EK-11 Özgeçmiş

- 1. Adı Soyadı** : Mahmut DİNÇ
- 2. Doğum Tarihi** : 04/05/1984
- 3. Unvanı** : Hemşire
- 4. Öğrenim Durumu** : Yüksek Lisans
- 5. Çalıştığı Kurum** : Sağlık Bakanlığı
- 6. İletişim Bilgileri** : smmahmut47@gmail.com.

| Derece | Alan | Üniversite | Yıl |
|-----------|---|------------------------|------|
| Lisans | Sağlık Memurluğu | Balıkesir Üniversitesi | 2009 |
| Y. Lisans | Hemşirelik Tezli (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) | SANKO Üniversitesi | 2019 |
| Doktora | | | |

İş Deneyimi:

Lisans mezuniyetim sonrası 2010'da Şanlıurfa/Viranşehir 2 nolu sağlık ocağında çalıştı. 2012 yılından itibaren Mardin/Midyat Devlet Hastanesin de hemşire olarak görev yapmaktayım.