



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK HASTALARIN  
CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE ve  
MOBİLİZASYON DURUMLARINA ETKİSİ

Zeynep TURHAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK

(danışman imzalı olacaktır)

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Mayıs, 2024

## TEZ KABUL VE ONAYI

Zeynep TURHAN tarafından, Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK danışmanlığında hazırlanan “LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK HASTALARIN CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE ve MOBİLİZASYON DURUMLARINA ETKİSİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 27/05/2024 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Tez Jürisi	İmza	Sonuç
	Doç. Dr.Ezgi Seyhan Ak İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
DANIŞMAN	Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nuray Akyüz İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aysel Gürkan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Mayıs 2024

Zeynep TURHAN

## İTHAF

Aileme ithaf ediyorum...

## **BÜTÇE DESTEKLERİ**

### **LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK HASTALARIN CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE ve MOBİLİZASYON DURUMLARINA ETKİSİ**

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ders dönemi ve tez sürecinin her aşamasında sabır ve anlayışıyla bana rehberlik eden, yardımcı olan, yol gösteren, bu süreçte büyük emeği olan çok kıymetli ve saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK'a, ders dönemindeki bilgi, deneyim ve destekleri ile akademik gelişimime katkısı olan kıymetli hocalarım, Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ, Doç. Dr. Nuray AKYÜZ, Dr. Öğretim Üyesi Tuluha AYOĞLU' na, hayatımın her aşamasında beni destekleyip, benim yanımda olan, emekleri sayesinde bu günlere gelmeme vesile olan sevgili anne babama, her zaman beni destekleyen ve yanımda olan kardeşlerime, arkadaşlarıma, tez veri toplama sürecinde ve çalışma hayatımda bana destek ve yardımcı olan Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi hemşireleri ve diğer çalışanlarına ve çalışmaya katılmayı kabul eden kıymetli hastalar ve yakınlarına sonsuz teşekkür ederim.

Mayıs 2024

Zeynep TURHAN

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BÜTÇE DESTEKLERİ .....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ .....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET .....	xiv
ABSTRACT .....	1
1. GİRİŞ.....	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....	6
2.1.Safra Kesesi Anatomi ve Fizyolojisi .....	6
2.2.Kolelitiazis .....	8
2.2.1. Etiyoloji.....	8
2.2.2. Risk Faktörleri.....	9
2.2.2.1. Obezite .....	9
2.2.2.2. Hızlı Kilo Kaybı .....	10
2.2.2.3. Yaş.....	10
2.2.2.4. Total Parenteral Beslenme .....	10
2.2.2.5. Cinsiyet ve Oral Kontraseptif Kullanımı .....	10
2.2.2.6. Diyet .....	11
2.2.2.7. Genetik .....	11
2.2.2.8. Diğer Hastalıklar .....	11
2.2.2.9. Fiziksel Aktivite .....	12
2.2.3. Belirtiler .....	12
2.2.4. Komplikasyonlar .....	12
2.2.4.1. Akut Kolesistit.....	12
2.2.4.2. Kolanjit.....	12
2.2.4.3. Akut Pankreatit.....	13
2.2.4.4. Mukosel.....	13
2.2.4.5. Mirizzi Sendromu.....	13

2.2.4.6. Ampiyem.....	13
2.2.4.7. Kolesistoduodenal Fistül.....	13
2.2.4.8. İleus.....	14
2.2.5. Tanı Yöntemleri.....	14
2.2.6. Tedavi.....	14
2.2.6.1. Açık Kolesistektomi.....	14
2.2.6.2. Laparoskopik Kolesistektomi.....	15
2.2.6.2.1. Laparoskopik Kolesistektomi Avantajları.....	15
2.2.6.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Dezavantajları.....	15
2.2.6.2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Endikasyonları.....	15
2.2.6.2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Kontrendikasyonları.....	16
2.2.6.2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları.....	16
2.2.7. Laparoskopik Kolesistektomi ve Hemşirelik Bakımı.....	16
2.2.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	16
2.2.7.1.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Korku ve Hemşirelik Bakımı.....	17
2.2.7.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	19
2.2.7.2.1. Ameliyat Sonrası Anksiyete.....	19
2.2.7.2.2. Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyon ve Önemi.....	20
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	22
3.2. Araştırma Soruları.....	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
3.7. Veri Toplama Araçları.....	23
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1).....	24
3.7.2. Cerrahi Korku Ölçeği (EK-2).....	24
3.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (EK-3).....	24
3.7.4. Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK-4).....	25
3.8. Verilerin Toplanması.....	25
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.10 Araştırmanın Etik Yönü.....	26

3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>28</b>
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular.....	28
4.2. Hastaların Ölçek Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	29
4.2.1. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ).....	29
4.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	30
4.2.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ).....	31
4.2.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	31
4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	32
4.3.1. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların CKÖ Puan Ortalamaları .....	32
4.3.2. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların BAÖ Puan Ortalamaları .....	35
4.3.3. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların HHÖ Puan Ortalamaları .....	37
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması .....	39
5.2. Hastaların Ölçek Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması .....	42
5.3.Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Tartışılması .....	45
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>50</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>67</b>
<b>İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI .....</b>	<b>82</b>
<b>ETİK KURUL İZİN YAZISI .....</b>	<b>83</b>
<b>KURUM İZİNİ YAZILARI.....</b>	<b>84</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>85</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

**Sayfa No**

Şekil 2.1: Safra Kesesi ve Safra Yollarının Anatomik Yapısı.....7



## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 4.1: Hasta Tanıtıcı Özellikleri (N=125) .....	28
Tablo 4.2.1: Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Puan Ortalamaları .....	29
Tablo 4.2.2: Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamaları .....	30
Tablo 4.2.3: Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ) Puan Ortalamaları .....	31
Tablo 4.2.4: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	31
Tablo 4.3.1: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların CKÖ Puan Ortalamaları (N=125).....	33
Tablo 4.3.2: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların BAÖ Puan Ortalamaları (N=125).....	35
Tablo 4.3.3: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların HHÖ Puan Ortalamaları (N=125) .....	37

## SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

### Kısaltmalar

### Açıklama

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)

MmHg: Milimetre Civa

Mm: Milimetre

Dk: Dakika

Cm: Santimetre

ml: Mililitre

DVT: Derin Ven Trombozu

CCK: Kolesistokinin

BKİ: Beden Kitle İndeksi

HDL: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)

ERCP: Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi

CBC: Complete Blood Count (Tam Kan Sayımı)

CMP: Comprehensive Metabolic Panel (Kapsamlı Metabolik Panel)

PT: Protrombin Time (Protrombin Zamanı)

PTT: Partial Thromboplastin Time (Kısmi Tromboplastin Zamanı)

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRI Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)

MRCP: Manyetik Rezonans Kolanjiyopankreatografi

TPN: Total Parenteral Nutrisyon

ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)

CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

HHÖ: Hasta Hareketlilik Ölçeği

CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği-Uzun Dönem

CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği-Kısa Dönem



## ÖZET

# **[YÜKSEK LİSANS TEZİ] LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK HASTALARIN CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE ve MOBİLİZASYON DURUMLARINA ETKİSİ**

**[Zeynep TURHAN]**

**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı**

**[Danışman: Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK]**

[Turhan, Z. (2024). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanacak Hastaların Cerrahi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Mobilizasyon Durumlarına Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin Genel Cerrahi Servisi'nde Ağustos 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanacak, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uyan 125 hasta ile gerçekleştirildi.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalara bilgilendirme yapılarak Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldıktan sonra ameliyat öncesinde araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılarak demografik veriler elde edildi. Ameliyat öncesinde Cerrahi Korku Ölçeği kullanılarak hastanın cerrahi korku düzeyleri ölçüldü ve ameliyat sonrası hastanın anksiyetesi Beck Anksiyete

Ölçeği, hastanın mobilizasyon durumu Hasta Hareketlilik Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 26 programı (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanıldı. Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği puan ortalamalarının  $19,9\pm 17,85$  olduğu belirlendi. Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının  $7,08\pm 8,04$ ; hastaların Hasta Hareketlilik Puanı toplam puan ortalamalarının  $71,86\pm 18,33$  olduğu bulundu. |

Hastaların cerrahi korkusu ile anksiyete ve mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı, güçlük arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu; bu bulgudan hareketle hastaların cerrahi korkusu arttıkça hastaların anksiyete düzeylerinin ve mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlüğü arttığı belirlendi. Hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlüğü arttığı görüldü.

Mayıs 2024 , |100| sayfa.

**Anahtar kelimeler:** |Laparoskopik kolesistektomi, cerrahi korku düzeyi, anksiyete, mobilizasyon, hareketlilik düzeyi |

**ABSTRACT****[M.Sc. THESIS]****[THE EFFECT OF SURGICAL FEAR LEVELS ON POSTOPERATIVE ANXIETY  
AND MOBILIZATION STATUS OF PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC  
CHOLECYSTECTOMY ]****[Zeynep TURHAN]****İstanbul University-Cerrahpaşa****Institute of Graduate Studies****Department of Surgical Nursing****Programme of Surgical Nursing****[Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Ezgi SEYHAN AK ]**

[Turhan, Z. (2024). The Effect Of Surgical Fear Levels On Postoperative Anxiety and Mobilization Status of Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy. Istanbul University-Cerrahpasa Graduate Education Institute, Department of Surgical Diseases Nursing, Master Thesis, Istanbul.

This study was conducted to examine the effect of preoperative surgical fear levels on postoperative anxiety and mobilization status of patients who will undergo laparoscopic cholecystectomy as descriptive study. It was performed 125 patients by who agreed to participate in the study and met the study criteria and would undergo laparoscopic cholecystectomy surgery at the General Surgery Service of a training and research hospital in Istanbul between August 2023 and February 2024.

After informing the patients who met the inclusion criteria for laparoscopic cholecystectomy and signing the Voluntary Informed Consent Form, demographic data were obtained using the Introductory Information Form prepared by the researcher before the surgery. Before the

surgery, the patient's surgical fear levels were measured using the Surgical Fear Scale, and after the surgery, the patient's anxiety was evaluated using the Beck Anxiety Scale, and the patient's mobilization status was evaluated using the Patient Mobility Scale. While evaluating the findings obtained in the study, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 26 program (IBM Corp., Armonk, NY, USA) was used for statistical analysis. The patients' mean Surgical Fear Scale score was determined to be  $19.9 \pm 17.85$ . It was found that the mean score of the patients on the Beck Anxiety Scale was  $7.08 \pm 8.04$  and the total mean score of the patients' Patient Mobility Score was  $71.86 \pm 18.33$ .

There is a statistically significant positive relationship between patients' fear of surgery and anxiety, and the pain and difficulty they experience during mobilization; Based on this finding, it was determined that as the patients' fear of surgery increased, their anxiety levels and the pain and difficulty they experienced during mobilization increased. It was observed that as the patients' anxiety levels increased, the pain and difficulty they experienced during mobilization increased.]

May 2024, [100] pages.

**Keywords:** [Laparoscopic cholecystectomy, surgical fear level, anxiety, mobilization, level of mobility ]

## 1. GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesinin çıkarılması için kullanılan minimal invaziv girişimdir. 1990'ların başından bu yana, laparoskopik kolesistektomi insizyonun küçük olması, analjezik gereksiniminin az olması, estetik görüntüyü daha az etkilemesi, kanama ve enfeksiyon riskinin ve ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların daha az olması, hastanede yatış süresinin kısa olması, maliyetinin düşük olması, günlük yaşama dönüş süresinin kısa olması gibi önemli avantajlarından dolayı açık kolesistektomiye göre daha fazla tercih edilmektedir (Çoban, 2020; Hassler, Collins, Philip & Jones, 2023). Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık uygulanan majör karın cerrahisi olan kolesistektomilerin %80'den fazlası laparoskopik olarak yapılmaktadır (Van de Graaf, Zaïmi, Stassen & Lange, 2018; Abdullayev, 2019). Laparoskopik kolesistektomi günümüzde akut veya kronik kolesistit, taşsız kolesistit, semptomatik kolelitiazis, biliyer diskinezi, safra taşı pankreatiti ve safra kesesi kitleleri veya poliplerinin tedavisinde endikedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 300.000 kolesistektomi yapılmaktadır (Hassler ve ark., 2023).

Minimal invaziv cerrahi girişim olarak uygulanmasına karşın laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalar anksiyete ve korku yaşayabilmektedirler. Korku, bireyin iyilik durumuna zarar verebilecek fiziksel bir tehlike ya da tehdit düşüncesinin neden olduğu endişe ile ortaya çıkan duygusal durumdur (Dursun, 2018). Cerrahi korku ameliyat olacak hastanın ameliyat olacağını öğrenmesiyle başlar, cerrahi sonrası ve taburculuk sonrası dönemi etkileyebilir (Dursun, 2018; Odabaşı, 2021). Hastaların ameliyat öncesi süreçte korku ve anksiyete yaşamalarının başlıca nedenleri arasında; ağrı, ameliyatın hastalar üzerindeki mental ve fiziksel etkileri, beden imajındaki değişim, ameliyat sonrası bakıma muhtaç kalma, doku/organ kaybı yaşama endişesi gibi durumlar yer almaktadır (Kaya ve Karaman Özlü, 2019).

Ameliyat geçirecek hastaların %60-80'inin farklı düzeylerde anksiyete ve korku deneyimledikleri belirtilmiştir. Hastaların deneyimledikleri korku düzeyi; hastaların kişilik özellikleri, daha önceki cerrahi deneyimleri, yapılacak olan ameliyatın büyüklüğü, anestezinin türü ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir (Taşdemir, Yıldırım Tank & Çetinkaya, 2022). Ameliyat öncesinde korku normal kabul edilen bir duygu olmasına karşın, korku düzeyinin yüksek olması ameliyat sırasında daha fazla anestetik madde kullanılmasına, ameliyat sonrasında ağrının artmasına, buna bağlı olarak da analjezik gereksiniminin artmasına, bulantı, kusma, taşikardi, yorgunluk ve solunum sistemi sorunları gibi komplikasyonların gelişme

riskinin artmasına neden olmakta ve hasta memnuniyetini, yaşam kalitesini, hastanın tedavi sürecini ve cerrahi yaranın iyileşmesini olumsuz yönde etkilemektedir (Odabaşı, 2021; Baskın, 2019; Taşdemir ve ark., 2022).

Mobilizasyon, hastanın hazır olduğu zaman yardımcı veya yardımcı olmayan bir şekilde oturma, ayakta durma, adım atma ve yürüme eylemleri olarak tanımlanmaktadır. Erken mobilizasyon ise bilinci açık olan hastanın, hastalığına, geçirdiği ameliyata veya uygulanan girişime bağlı olarak değişebilen, uzun süreli istirahat veya ameliyat sonrası en kısa sürede ayağa kalkıp yürümesi olarak tanımlanmaktadır. Erken mobilizasyon, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokollerinin temel ilkelerinden birisidir. ERAS protokolünde hastaların ameliyattan sonraki ilk 24 saatin iki saatini, taburcu olacağı güne kadar ise günde altı saatini yatak dışında geçirmesi önerilmektedir (Aygın, Kaynar Kalkan & Akbayır, 2022). Erken mobilizasyonun sağlanması ile komplikasyon riski, hastanede yatış süresi ve ameliyat sonrası iyileşme süresi azalmaktadır. Hastayı mümkün olan en kısa sürede mobilize etmek konstipasyon riskini, DVT (derin ven trombozu) riskini azaltır ve hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı dönmesini sağlar (Baş, 2021). Erken mobilizasyon, alveolar ventilasyonu artırır, oksijenasyonu geliştirir, tidal volümü ve rezidüel kapasiteyi geliştirir, solunum yollarındaki mukozun atılmasına yardımcı olur, lenfatik drenajı hızlandırır, kas gücünü, bilinç seviyesini, kendini iyi hissetme duygusunu artırır (Köse, 2018; Aygın ve ark., 2022). Erken mobilizasyonun sağlanması hemşirelerin sorumluluklarından biridir. Hasta ayağa kalkmadan önce sırtüstü pozisyonda, sonrasında oturur pozisyonda kan basıncı kontrol edilir ve hastanın aşamalı olarak mobilize olması sağlanır. Böylece hastanın dolaşım sisteminin pozisyon değişimine uyumu kontrol edilerek ortostatik hipotansiyon önlenmiş olur. Hastada ortostatik hipotansiyon bulguları (pozisyon değişimiyle sistolik kan basıncının 20 mmHg, diyastolik kan basıncının 10 mmHg düşmesi), baş dönmesi, halsizlik belirtileri görüldüğünde hastanın mobilizasyonu ertelenmelidir (Tunç Tuna ve Kurşun, 2018; Yolcu, Akın & Durna, 2016). Ameliyat sonrasında hastaların hareket düzeylerinin ve hareket düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada hastaların eğitim düzeyinin, medeni durumunun, kronik hastalığının bulunma durumunun, hastaneye yatış öyküsünün, daha önce ameliyat olma durumunun ameliyat sonrasında hastaların hareket düzeyini etkilediği belirtilmiştir (Yolcu, Akın & Durna, 2016).

Literatür incelendiğinde ameliyat sonrası mobilizasyonu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalar (Buecking ve ark., 2015; Zhang ve ark., 2024; Said ve ark., 2021; Çınar,

2020; Mahmudova ve Candan Dönmez, 2019; Ahmetoğlu, 2019; Bulut, 2019; Akkaya, 2020; Urcanoğlu, 2017) bulunmakla birlikte ameliyat öncesi cerrahi korkunun hastaların anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisinin genel cerrahi hastalarında incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



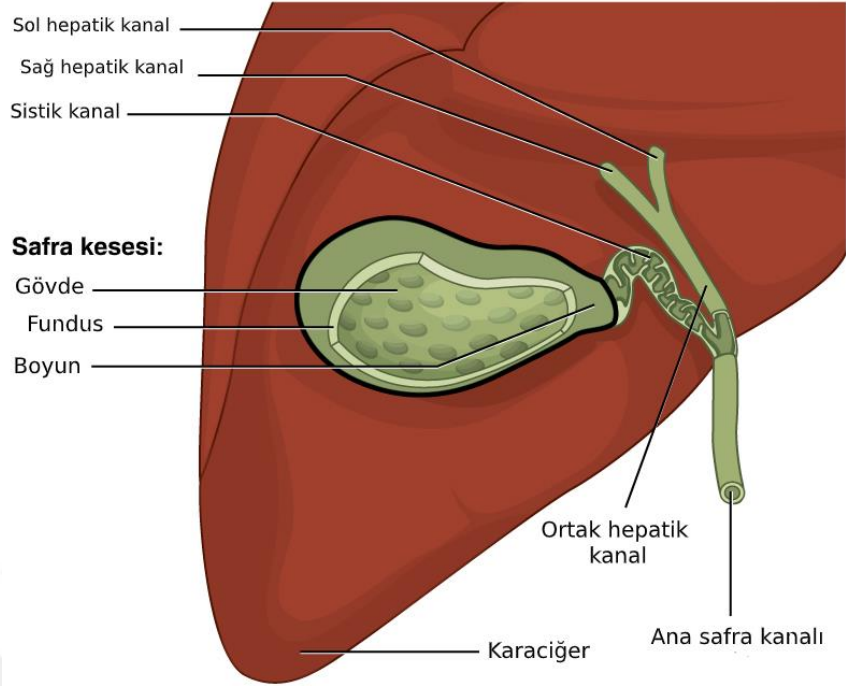
## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1.Safra Kesesi Anatomi ve Fizyolojisi

Safra kesesi yaklaşık 7-10 cm uzunluğa, 3-4 cm genişliğe sahip armut şeklinde aksesuar bir organdır (Housset, Chretien, Debray & Chignard, 2016; Mahadevan, 2014). Anatomik olarak karaciğerin inferior yüzünde IV ve V segmentlerinin birleşim yerinde yer almaktadır (Sadlinger ve Bellorin- Marin, 2019). Safra kesesinin duvar kalınlığı değişkenlik göstermekle beraber yaklaşık 2 mm' dir. Hacmi ise 50 ml'dir (Housset ve ark., 2016). Safra kesesi dört bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; korpus, fundus, boyun ve infundibulumdur (Sadlinger ve Bellorin- Marin, 2019).

Safra karaciğerde her gün yaklaşık 1000 ml üretilen alkali bir sıvıdır. Safranın birinci işlevi suda çözünmeyen lipitlerin sindirimini, emilimini ve yağda çözünen vitaminlerin emilimini sağlamaktır (Hundt, Wu & Young, 2023). Safra; kolesterol, bilirubin, su, safra tuzları, fosfolipidler ve iyonlardan oluşmaktadır. Antimikrobiyal özelliğe sahip bir sıvıdır. Vücuttan fazla kolesterolün atılmasını sağlar (Jones, Small, Kashyap & Deppen, 2018). Bilirubin, kırmızı kan hücrelerinde bulunan hemoglobinin parçalanma ürünü olarak üretilen sarı bir pigmenttir (Jones ve ark., 2018). Safranın sarı- yeşil rengini verir (Hundt, Wu & Young, 2023).

Safra kesesi üretilen bu safranın depolanmasında ve gerekli durumda duodenuma geçişini sağlamakta görevlidir (Housset ve ark., 2016). Safra kesesi safradan H<sub>2</sub>O, NaCl ve HCO<sub>3</sub> 'ün emilimini gerçekleştirerek safranın yaklaşık 10 kat konsantre edilmesini sağlar. Aynı zamanda mukus salgılayarak safranın akışkan bir hale gelmesini sağlar (Mahadevan, 2014).



**Şekil 2.1: Safra Kesesi ve Safra Yollarının Anatomik Yapısı**

Kaynak: Wikipedia.org, 22.04.2024, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Safra>.

Karaciğerde üretilen safra sağ ve sol hepatik kanallar yoluyla safra kesesine drene olur. Sağ hepatik ve sol hepatik kanalların birleşmesiyle ortak safra kanalı (ductus hepaticus communis) oluşur (Şekil 2.1). Bu kanal sistik kanalla birleşerek safra kesesine ulaşmasını sağlar (Mahadevan, 2014). Safra kesesi açlık durumunda 1-2 saat aralıklarla kese içeriğinin %20-30'unu duodenuma boşaltır. Yemek alımıyla beraber jejunum ve duodenumda bulunan enteroendokrin I hücreleri mideden gelen yağ asitleri ve aminoasitler tarafından uyarılarak kolesistokinin (CCK) peptid hormonunu salgılar. Kolesistokinin safra kesesinin düz kaslarını uyararak safra kesesinin kasılmasını bu sayede kese içeriğinin %70-80'inin boşalmasını (Chen, Kong & Wu, 2015); ve Oddi sfinkterinin gevşemesini sağlayarak koledok kanalına geçen safra, yağların emilimine yardımcı olur ve daha sonra yaklaşık olarak %95'inin bağırsaklar tarafından karaciğere geri dönmek üzere emilimi gerçekleşir (Housset ve ark., 2016). Böylelikle safra enterohepatik dolaşıma katılmış olur (Turumin, Shanturov & Turumina, 2013).

## 2.2.Kolelitiazis

Kolelitiazis safra taşı oluşumunu ifade eder (Littlefield ve Lenahan, 2019). Sağlık sistemi üzerinde büyük bir ekonomik yükü olan en yaygın görülen gastroenterolojik hastalıklardan biridir (Iordanidis ve ark., 2013). Batı ülkelerinin popülasyonlarının %10' unda ve Asya ülkelerinin popülasyonlarının %3-10'unda görülmektedir (Chen, Lin & Kao, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde popülasyonun %15'inde safra taşı olduğu düşünülmektedir (Littlefield ve Lenahan, 2019).

Safra taşları, kistik kanalı tıkayan sert, çakıl taşı benzeri yapılardır (Afamefuna ve Allen, 2013). Genellikle safra kesesinde, nadir olarak safra kanalında oluşur (Rebholz, Krawczyk & Lammert, 2018). Safra taşlarının boyutları birkaç milimetreden 5cm'ye kadar değişmektedir (Iordanidis ve ark., 2013). Safra taşı oluşumundan önce safra kesesi veya safra kanallarında glikoproteinlerin, kalsiyum birikintilerinin ve kolesterol kristallerinin viskoz bir karışımı olan safra çamuru bulunur (Afamefuna ve Allen, 2013). Safra taşları kolesterol içeriğine göre kolesterol taşı (kolesterol içeriği %70), pigment taşı (kolesterol içeriği %30, kahverengi-siyah safra taşı) ve mixed safra taşı (%30 kolesterol) olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Qiao ve ark., 2013). Kolesterol taşları ve siyah safra taşları safra kesesinde, kahverengi safra taşları ise tıkanmış ve enfekte olmuş safra yollarında oluşmaktadır. Safra taşlarının %80' inden fazlasını kolesterol taşları oluşturmaktadır. Kolesterol taşlarının oluşma nedeni bozulmuş safra kolesterol homeostazisidir (Rebholz ve ark., 2018). Pigment taşları olarak adlandırılan bilirubin taşları kırmızı kan hücrelerinin standart parçalanmasının bir sonucu olarak üretilen bir kimyasal olan bilirubinden oluşur. Genellikle safra yolu enfeksiyonu veya kronik hemolitik hastalıkları (veya kırmızı kan hücreleri hasar görmüş) olan hastalarda görülür (Afamefuna ve Allen, 2013). Safra taşları çoğunlukla asemptomatiktir bu nedenle genellikle farklı bir cerrahi girişim sırasında veya otopsi sırasında keşfedilir (Afamefuna ve Allen, 2013). Asemptomatik safra taşları tedavi gerektirmez (Noble ve Jonhson, 2015).

### 2.2.1. Etiyoloji

Safra taşı oluşumunda üç ana yol vardır:

#### 2.2.1.1. Kolesterol Aşırı Doygunluğu

Normalde safra, karaciğer tarafından üretilen ve safraya atılan kolesterolü çözebilir. Ancak karaciğer, safranın çözebileceğinden daha fazla kolesterol ürettiğinde fazla kolesterol

kristaller halinde çökebilmektedir. Kristaller safra kesesi mukusunda birikir ve safra kesesi çamuru oluşur. Zamanla kristaller taş oluşturacak şekilde büyüyebilir (Tanaja, Lopez & Meer, 2023).

### **2.2.1.2. Bilirubin Fazlalığı**

Kırmızı kan hücrelerinin parçalanmasından elde edilen sarı bir pigment olan bilirubin, karaciğer hücreleri tarafından safraya salgılanır. Bazı hematolojik durumlar, hemoglobinin parçalanması yoluyla karaciğerin çok fazla bilirubin üretmesine ve bu aşırı bilirubin de safra taşı oluşumuna neden olabilir. Siroz, ileal hastalıklar, orak hücreli anemi ve kistik fibrozis hastaları siyah pigment taşları oluşumu açısından risk altındadır (Tanaja ve ark., 2023).

### **2.2.1.3. Safra Kesesi Hipomotilitesi veya Bozulmuş Kontraktilite**

Safra kesesi etkili bir şekilde boşalamadığında safra yoğunlaşabilir ve bu durum safra taşlarının oluşmasına sebep olabilir. (Tanaja ve ark., 2023).

## **2.2.2. Risk Faktörleri**

Safra taşı risk faktörleri arasında; obezite, diyet, total parenteral beslenme (TPN), gebelik, genetik, cinsiyet, diyabet, yaş, hızlı kilo alıp verme, hormon tedavisi, oral kontraseptifler sayılabilir (Littelfield ve Lenahan, 2019; Pak ve Lindseth, 2016; Reshetnyak, 2012).

### **2.2.2.1. Obezite**

Obezite safra taşı hastalığı için bir risk faktörüdür. Morbid obezlerin yaklaşık %25' inde safra taşı olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda obezite ile safra taşı oluşumu riski daha da artar (beden kitle indeksi [BKİ] >32 kg/m<sup>2</sup>). Obezite, karaciğerden daha fazla kolesterol üretilip safraya aktarılmasına neden olduğu için safra taşı oluşum riskini arttırmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). BKİ' nde her beş birimlik artışın safra taşı oluşma riskini %63 oranında arttırdığı belirtilmiştir. (Aune, Norat ve Vatten, 2015). Ayrıca obezite metabolik sendrom ve karaciğer yağlanmasına neden olduğu için safra taşı oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Littlefield ve Lenahan, 2019).

### 2.2.2.2. Hızlı Kilo Kaybı

Literatürde hızlı kilo kaybı ve/veya vücut ağırlığının %25'inden fazlasının kaybının, safra taşı oluşma riskini arttırdığı belirtilmiştir (Pak ve Lindseth, 2016). Kilo kaybı ile ilişkili safra taşları genellikle asemptomatik seyretmektedir. Yalnızca %7-16'sında semptom görülmektedir (Stinton ve Shaffer, 2012). Hızlı kilo kaybının safra taşı oluşma riskini artırma nedeni yağ yakımı sonucu ortaya çıkan kolesterol, bu süreçte karaciğerin fazladan kolesterol salgılaması ve yağsız beslenme sonucu safra kesesindeki safranın durağanlaşmasıdır. Tüm bu süreçler safra taşı oluşum riskini artırır (Abdullayev, 2019).

### 2.2.2.3. Yaş

Yaş, safra taşı oluşmasında rol oynar. Komplike semptomatik kolelitiazis gelişen hastaların yaşları genellikle daha ileridir ve safra taşı olan hastalar ortalama olarak 40'lı yaşlardadırlar (Afamefuna ve Allen, 2013). Bir bireyde 50 yaşın altında safra taşı görülme oranı %7-11, 60-70 yaş arasında safra taşı görülme oranı %11-%30 ve 90 yaş üstünde %33-%50' dir. Bu durum yaşın artması ile sentezlenen safra asidinin azalması, kolesterol miktarının ise artmasından kaynaklanmaktadır. Safra kesesi duvarındaki hemoperfüzyonun, sklerotik değişikliklerin varlığına bağlı olarak yaşla birlikte azaldığı belirtilmektedir. Safra kesesinde meydana gelen bu fonksiyon bozuklukları safra taşı oluşum riskini arttırmaktadır (Reshetnyak, 2012). Yaş ile birlikte oluşan safra taşının türü de değişiklik göstermektedir. Başlangıçta ağırlıklı olarak kolesterolden oluşur, ancak ilerleyen yaşlarda siyah pigment taşları oluşma eğilimi gösterir. Ayrıca semptomlar ve komplikasyonlar yaşla birlikte artmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012).

### 2.2.2.4. Total Parenteral Beslenme

Total parenteral beslenen hastalar uzun süre oral yolla beslenmediği için safra kesesinin enterik stimülasyon kaybı meydana gelir. Safra kesesinin bu hipomotilitesi sonucunda safra çamuru oluşma riski artmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012).

### 2.2.2.5. Cinsiyet ve Oral Kontraseptif Kullanımı

Kadınlarda safra taşı oluşma riski erkeklerde safra taşı oluşma riskinden daha fazladır (Pak ve Lindseth, 2016). Kadınlarda safra taşı görülme sıklığının daha fazla olma nedeni kadın cinsiyet hormonlarıdır. Östrojen safra tuzu salgısını azaltırken, kolesterol sekresyonunu arttırmakta ve progesteron ise safra kesesinin motilitesinin azalmasına neden olarak safra taşı

oluşma riskini arttırmaktadır. Bazı oral kontraseptif ilaçlarda bu etkilerin artmasına neden olmakta ancak bu fark klinik olarak anlamlı olmayacak kadar düşük bir düzeydedir. Hamilelik sırasında östrojen ve progesteron düzeyindeki artışlar safra çamuru oluşumuna yol açmaktadır. Hamilelikte safra taşı oluşumu kadınların yaklaşık %5- 30'unda görülmektedir. Doğum sonrası oluşan safra çamuru ve 1 cm' den küçük safra taşları kaybolabilmekte ancak bu hastaların %5' inde kalıcı safra taşı oluşabilmektedir (Stinton ve Shaffer, 2012).

#### **2.2.2.6. Diyet**

Yüksek kalorili, kolesterolden ve doymuş yağdan zengin beslenme şekli safra taşı oluşma riskini arttırmaktadır. Bunun aksine kahve, lifli besinler, askorbik asit (C vitamini), kalsiyum safra taşı oluşum riskini azaltmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). Orta derecede alkol alımı, safra kolesterol saturasyonunu azaltarak kolesterol safra taşı oluşma riskini azaltmakta ve HDL (High-density lipoprotein) kolesterol düzeylerinin yükseltilmesini sağlamaktadır. Ancak şiddetli alkol kullanımı pigment safra taşı oluşumu riskini artırmaktadır (Pak ve Lindseth, 2016). Düşük lifli bir diyet bağırsak içeriğinin geçişini yavaşlatır ve safranin bağırsaktan geri emilimini artırır. Rafine karbonhidratlar ise safranin kolesterol doygunluğunu arttırmaktadır (Reshetnyak, 2012).

#### **2.2.2.7. Genetik**

Ailesinde safra taşı hastalığı görülen bireylerde safra taşı görülme riski 2-4 kat daha fazladır (Reshetnyak, 2012).

#### **2.2.2.8. Diğer Hastalıklar**

Metabolik sendrom, dislipidemi, diyabet ve insülin direnci/hiperinsülinemi, siroz ve crohn safra taşı oluşma riskini arttırmaktadır (Pak ve Lindseth, 2016). İnsülin direnci, hepatik kolesterol sekresyonunu artırarak, safra tuzu oluşumunu baskılayarak ve/veya safra kesesi hareketliliğini bozarak safra taşı oluşma riskini arttırmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). Diyabet hastalarında görülen yüksek trigliserit düzeyi safra taşı oluşumunu arttırabilmektedir. Diyabetin neden olduğu nöropati safra kesesi fonksiyonunu azaltmakta ve bu durum safra taşı oluşum riskini arttırmaktadır (Abdullayev, 2019).

### **2.2.2.9. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite safra tuzu atılımını artırarak hepatobiliyer fonksiyonun iyileşmesini, bağırsak hareketliğini, HDL değerini artırır ve safra taşı oluşma riskini azaltır. Fiziksel aktivitenin azlığı ise safra taşı oluşma riskini arttırmaktadır (Pak ve Lindseth, 2016).

### **2.2.3. Belirtiler**

Safra taşı hastalığı olan bireylerde genellikle epigastrik bölgede veya sağ üst kadranda ani başlayan ağrı görülmektedir. Bununla birlikte sağ subskapular bölgede, omuzda, sırtta ağrı ve bulantı kusma görülebilir. Tokluk hissi, anoreksi, kronik ishal, yağlı ve kötü kokulu dışkı görülmektedir. Fiziksel muayenede Murphy belirtisi görülebilir (Littlefield ve Lenahan, 2019). Deride ve göz sklerasında sarılık, hazımsızlık, yağlı besinlere karşı intolerans ve şişkinlik oluşabilmektedir (Afamefuna ve Allen, 2013).

### **2.2.4. Komplikasyonlar**

#### **2.2.4.1. Akut Kolesistit**

Akut kolesistit, safra taşlarının safra kesesinin boyun kısmında veya sistik kanalda tıkanmaya neden olması sonucu oluşmaktadır. Sistik kanalın tıkanması sonucu safra kesesinde yavaş yavaş intralüminal basınç oluşur ve safra kesesi içindeki kolesterolden zengin durgun safra, inflamatuvar bir tepkiye neden olur. Safra kesesi duvarındaki inflamasyon sonucunda safra kesesinde iskemi, safra kesesi nekrozu ve safra kesesi duvarında kalınlaşma görülür (Gandhi ve ark., 2019). Kolesistit nedeniyle oluşan biliyer koliğe bağlı olarak ağrı meydana gelir ve bu ağrı 12 saatten uzun sürebilir. Hastada sistemik enfeksiyon belirtileri olan ateş ve lökositöz görülebilir. Ayrıca sağ üst kadranda palpe edilebilen bir inflamatuvar kitle oluşabilir (Noble ve Jonhson, 2015).

#### **2.2.4.2. Kolanjit**

Kolanjit safra kanallarının enfeksiyonudur. Safra kanalının safra taşı nedeniyle tıkanmasıyla oluşan safra stazı bakteri oluşumuna yol açar. Bu durumda Charcot üçlüsü adı verilen semptomlar görülür. Bu üçlü sarılık, ateş ve sağ üst karın ağrısıdır. Eğer bu belirtilere hipotansiyon ve mental durum değişiklikleri eşlik ederse belirtilerin toplamına Reynolds pentad denir (Cox, 2018; Jones ve ark., 2018). Kolanjitin tedavisinde ERCP (Endoskopik Retrogratı Kolanjiyo Pankreatografi) uygulanır. Bu işlem ile safra kanallarındaki tıkanıklık giderilmiş olur ve safranin duodenuma akışı sağlanır (Noble ve Jonhson, 2015).

#### **2.2.4.3. Akut Pankreatit**

Safra kanallarında oluşan tıkanıklık sonucu pankreasın aşırı uyarılmasından kaynaklanmaktadır. %3 ile %20 arasında değişen mortalite oranına sahip bir komplikasyondur (Noble ve Jonhson, 2015). Hastalarda karın ağrısı ve yüksek serum lipaz, amilaz değerleri görülmektedir (Cox, 2018).

#### **2.2.4.4. Mukosel**

Mukosel, fundusta fonksiyonel veya mekanik sorunlardan dolayı yarı akışkan ve hareketsiz mukoid materyalin birikmesi sonucu safra kesesinin genişlemesidir. Bu mukusun kıvamı gün geçtikçe artar ve mukusun safra kanallarına geçmesiyle safrayolu tıkanıklığı oluşabilir (Ercihan, Küçük, Aslan ve Küçük, 2022).

#### **2.2.4.5. Mirizzi Sendromu**

Kolelitiazis hastalarının yaklaşık %1' inde görülen nadir bir komplikasyondur. Mirizzi sendromu infundibulum veya sistik kanalda yer alan taşın hepatik kanala dıştan basınç yaparak obstrüksiyona neden olmasıyla oluşan klinik tablodur. Bu basınç sonucu fistül oluşabilir (Tuna, Önal ve Çalışkan, 2021).

#### **2.2.4.6. Ampiyem**

Safra kanal tıkanıklarının uzun süre devam etmesi halinde safra lümen ve dokusunda bakteriler çoğalarak safra kesesinde püy birikmesine neden olabilir. Enfeksiyona genellikle Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Clostridia ve Bacteroides gibi patojenik organizmalar neden olmaktadır. Belirtileri akut kolesitit belirtileri ile benzerdir, etkilenen bireylerde Murphy pozitif, ateş, titreme ve üşüme gibi belirtiler görülebilir. Ampiyem hızla tedavi edilmezse safra kesesi rüptürüne, peritonite ve şoka yol açabilir (Elkbuli, Sanchez, Kinslow, McKenney & Boneva, 2020).

#### **2.2.4.7. Kolesistoduodenal Fistül**

Kolesistoduodenal fistül nadir rastlanan bir komplikasyondur (Noble ve Jonhson, 2015). Tekrarlayan safra taşları, peptik duodenal ülser mezenter çevresinde enfeksiyona, yapışıklıklara ve fistül oluşumuna neden olmaktadır (Gandhi ve ark., 2019).

#### **2.2.4.8. İleus**

Nadir görülen bir komplikasyondur ve safra taşı olan bireylerin %1'inde olduğu belirtilmiştir (Gandhi ve ark., 2019). Safra taşı ileusu tüm mekanik bağırsak tıkanıklığı vakalarının %1-4' ünü oluşturmaktadır. Daha çok yaşlı ve kadın bireyleri etkiler (Noble ve Jonhson, 2015).

#### **2.2.5. Tanı Yöntemleri**

Fiziksel muayenede eğer safra taşı biliyer koliğe sebep olduysa hastanın Murphy işareti pozitifdir. Ayrıca komplike bir safra taşı öyküsü mevcutsa hastada; ateş, taşikardi, sarılık görülebilir (Littlefield ve Lenahan, 2019). Safra taşlarını değerlendirmek için yapılan ilk laboratuvar testleri genellikle CMP (Comprehensive metabolic panel), CBC (Complete blood count), PT (Protrombin time) /PTT (Partial thromboplastin time) lipaz, amilaz, alkalen fosfataz, total bilirubin ve idrar analizidir. Ultrasonografi safra taşlarını tanılamak için ilk seçenek ve en iyi görüntüleme yöntemidir. Ultrasonografinin duyarlılığının %84 ve özgüllüğünün %99 olduğu belirlenmiştir (Tanaja ve ark., 2023). Ultrasonografi ile safra taşlarının konumu, büyüklükleri belirlenebilir. Ultrasonografinin yanı sıra tanının konulmasında bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılmaktadır. Aynı zamanda manyetik rezonans görüntüleme (MRI) kullanılabilir (Gutt, Schläfer & Lammert, 2020). Ek olarak, endoskopik veya manyetik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP/MRCP) gibi testler, sarılık ve dilate koledok veya kolanjit şüphesi olan hastaların incelenmesinde yararlı olabilir, ancak genellikle ultrasondan sonra tercih edilir. ERCP, kontrast boya kullanımını gerektiren invaziv bir testtir, MRCP ise invaziv değildir ve kontrast boya gerektirmez (Tanaja ve ark., 2023).

#### **2.2.6. Tedavi**

##### **2.2.6.1. Açık Kolesistektomi**

Kolesistektomi safra kesesinin çıkarılmasıdır. 1991 yılından önce bu ameliyatlar çoğunlukla açık teknikle yapılmıştır. Ancak 1990'ların başından itibaren laparoskopik teknik avantajlarından dolayı tercih edilmeye başlanmıştır. Günümüzde laparoskopik başlanıp açığa geçilme durumunda bu teknik kullanılmaktadır. Komplike vakalarda açık tekniğe geçildiği için açık teknikte komplikasyon gelişme oranı laparoskopik tekniğe göre daha fazladır (Jones, Guay & Deppen, 2023).

### **2.2.6.2. Laparoskopik Kolesistektomi**

Laparoskopik kolesistektomi, hastalıklı safra kesesinin çıkarılması için uygulanan minimal invaziv cerrahi işlemdir. Laparoskopik teknik, 1990'ların başlarından sonra açık tekniğin yerini almıştır (Hassler ve ark., 2023). Günümüzde kolesistektomilerin %92'si laparoskopik teknik ile yapılmaktadır (Jones ve ark., 2023). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatına anestezi indüksiyonu ve hastanın entübasyonunun yapılması ile başlanır. Batın içine 15 mmHg basınç oluşturacak şekilde karbondioksit gazı verilir. Daha sonra trokarların yerleşmesi için subraumlial subksifoid ve 2 adet sağ subkostal olmak üzere 4 küçük kesi yapılır. Laparoskop ve diğer aletler yardımıyla safra kesesi karaciğerin üzerine çekilir. Safra kesesinin diseksiyonu yapılır. Safra kesesi batın içinde numune torbasına konulur ve çıkarılır. Daha sonra kanama kontrolü yapılır, karın içine verilmiş olan karbondioksitin çıkması sağlanır. Trokarlar batın içinden çıkarılır, fasya ve cilt dikilerek kapatılır (Hassler ve ark., 2023).

#### **2.2.6.2.1. Laparoskopik Kolesistektomi Avantajları**

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi hastalığının tedavisinde altın standart tekniktir. Açık kolesistektomi ile karşılaştırıldığında ameliyat sonrasında daha az ağrı ve komplikasyon oluşmakta, hastalar hastaneden daha kısa sürede taburcu olmaktadır (Di Buono ve ark., 2021; Van De Graaf ve ark., 2018). Ayrıca daha iyi estetik sonuçlar sağlamakta ve daha az ileus gelişme riskine sahiptir (Emre, Topuzlu Tekant ve Şenyüz, 2016).

#### **2.2.6.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Dezavantajları**

Laparoskopik yöntemin pek çok avantajı bulunmasının yanında batın içi yapışıklık olması, pnömoperitonyuma bağlı oluşabilecek komplikasyonlar, safra kanalı yaralanmaları ve ameliyat süresinin daha uzun olması gibi bazı dezavantajları da bulunmaktadır (Ilkaz, Acavut, Gençbaş, Ünal ve Bayrak Aykan, 2023). Ayrıca açık cerrahiye geçiş gereksinimi, koledokolitiazisin tedavisindeki zorluklar ve cerrahların eğitim maliyeti gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Çelik ve ark., 2013).

#### **2.2.6.2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Endikasyonları**

Laparoskopik kolesistektomi kolesistit (akut/kronik), semptomatik safra taşı hastalığı, safra taşı pankreatiti, safra diskinezi, taşsız kolesistit ve safra kesesi kitleleri/poliplerinin tedavisinde uygulanabilmektedir (Hassler ve ark., 2023).

#### **2.2.6.2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Kontrendikasyonları**

Laparoskopik kolesistektominin kontrendikasyonları arasında hastanın genel anesteziyi tolere edemeyecek olması, koagülopati bulunması, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi ek hastalıklar, gebelik, sepsis, pankreatit, kolanjit, peritonit gibi infeksiyonlar, solunum sistemi hastalıkları, hastanın batın ve kolon cerrahi öyküsünün olması, safra kesesi ampiyemi, karsinom şüphesi olan hastalar, hiperbilluribinemi, abdominal hernisi ve diyafragma rüptürü olan hastalar, morbid obezite, yüksek ASA (American Society of Anesthesiologists) skoru yer almaktadır (Açar, 2012; Güler, 2022).

#### **2.2.6.2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları**

Yaygın komplikasyonlar arasında kanama ve enfeksiyon yer almaktadır (Hassler ve ark., 2023). Laparoskopik kolesistektomiye bağlı komplikasyon görülme sıklığı %0,5 ile %6 arasındadır. En ciddi komplikasyonlardan olan ana safra kanalı yaralanması %0,1-0,6 büyük vasküler yapıların yaralanması %0,04-1,22 arasında görülmektedir. Görülme sıklıkları daha az olmasına karşın yüksek mortalite oranları ile ilişkilidir. En sık görülen komplikasyon ise ameliyat sırasında safra kesesinin perforasyonu sonrası safra taşlarının dökülmesidir, insidansı %10-30 arasında değişmektedir (Radunovic ve ark., 2016). Safra kesesinin perforasyonu sonrası dökülen taşların %50'sinin geri alınmadığı ve alınmayan bu taşların morbiditeye neden olacak komplikasyonlara yol açtığı bildirilmiştir (Gavriilidis, Catena, de'Angelis & de'Angelis, 2022).

#### **2.2.7. Laparoskopik Kolesistektomi ve Hemşirelik Bakımı**

##### **2.2.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat öncesinde hemşirelik bakımı hastanın değerlendirilmesi ve öyküsünün alınması ile başlar. Hastanın detaylı sağlık öyküsü alınır, başa çıkma mekanizmaları, ameliyata psikolojik hazırlığı değerlendirilir ve fiziksel değerlendirmesi yapılır (Aksoy, 2020). Ameliyat öncesi süreçte hastaların ameliyat ve ameliyat sonrası süreç konusunda endişeleri olabilmektedir. Hastanın duygularını rahatça ifade edebilmesi sağlanır. Hastaya bu konularda gerekli eğitimler verilerek hastanın endişesinin azaltılması sağlanmalıdır (Aydın ve Bulut, 2014; Saruhan, 2022). Ameliyat öncesi eğitim verirken hemşire hastanın anlayabileceği bir dil kullanmalı ve hastaya soru sorması için fırsat vermelidir. Verilen eğitim yazılı ve görsel ekipmanlarla desteklenmelidir (Güler, 2022). Ameliyat öncesi eğitimlerde; hastaya gevşeme teknikleri öğretilir ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir. Derin solunum egzersizleri,

yatak içi egzersizler, ameliyat sonrası hastada dren ve sondalar olabileceği hakkında bilgi verilir (Saruhan, 2022). Ameliyat öncesi süreçte hastalar yapılacak ameliyat, bu ameliyatın yararları, oluşabilecek komplikasyonlar, alternatif girişimler ve tedaviler, ameliyatın kabul edilmemesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmelidir. Ameliyat öncesi gerekli bilgilendirilmenin ardından hastanın yazılı olarak ameliyatı kabul ettiğine dair bilgilendirilmiş izin formu imzalatılmalıdır. Bu onam belgesi hastanın dosyasına eklenmeli ve ameliyata alınmadan önce kontrol edilmelidir (İnal, 2018).

Hastanın mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. Hipertansiyon, diyabet gibi ek hastalıkları, alkol, sigara kullanıp kullanmadığı, alerji varlığı sorgulanmalıdır (Güçlü, 2017). Eğer sigara kullanımı varsa ameliyattan en az dört hafta önce sigara kullanımını bırakması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir (Solak Kabataş ve Özbayır, 2016). Ameliyat öncesi hekim istemiyle ameliyata hazırlık için elektrokardiyogram, laboratuvar testleri, akciğer filmi gibi tetkikler yapılır. Hastaya ameliyat sonrası ağrı yönetimi, analjeziklerin nasıl uygulanacağı hakkında bilgi verilir (Usta ve Çavdar, 2013).

Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalar bir gece önce hastanede yatırılabilir veya hastaların yatışı ameliyat sabahı yapılabilir. Hasta ameliyattan bir gece önce kliniği yatırılmışsa, klinik için belirlenmiş kurallara uygun olacak şekilde hastanın vücut temizliğini yapması, oral alım kısıtlaması, geceyi dinlenerek geçirmesi sağlanmalıdır. Eğer hasta ameliyat sabahı kliniğe yatırılacaksa evde yapacağı hazırlıklar hakkında bilgilendirilmelidir (Targan, 2019). Ameliyat öncesinde hastanın karbonhidrat yüklemesi alması ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) rehberi tarafından önerilmektedir. Ameliyattan önceki gece 800 ml, ameliyattan 2-3 saat öncesinde 400 ml karbonhidrattan bakımından zengin sıvı gıda alınması önerilmektedir. Ayrıca ERAS rehberi hastaların ameliyattan önceki iki saate kadar sıvı besinler, 6 saate kadar katı besinlerle beslenebileceğini belirtmiştir (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019). Ameliyat günü hasta ameliyathaneye teslim edilmeden önce hazırlıklar kontrol edilir. Hastanın soruları varsa bu sorular yanıtlanır. Hastanın yaşamsal bulguları ölçülür, değerlendirilir ve kaydedilir. Hastanın üzerindeki varsa takı, oje, diş protezi çıkarılır. Hastanın tüm kıyafetleri çıkarılarak ameliyat önlüğü ve bonesini giymesi sağlanır. Yapılan işlemler kaydedilir, hasta dosyası antibiyotik profilaksisi yapılacaksa antibiyotik ile ameliyathaneye teslim edilir (Targan, 2019).

#### **2.2.7.1.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Korku ve Hemşirelik Bakımı**

Korku, bireyin iyilik durumuna zarar verebilecek fiziksel bir tehlike ya da tehdit düşüncesinin neden olduğu endişe ile beraber ortaya çıkan duygusal durumdur (Dursun, 2018).

Cerrahi süreçler hasta için fizyolojik ve psikolojik bir travmadır. Hastanın korku, anksiyete hissetmesine neden olmaktadır (Kaya ve Karaman Özlü, 2019). Cerrahi korku hastanın ameliyat olacağını öğrenmesiyle başlar ve hastanın hastalığa, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini düşürür (Kılınç ve Karaman Özlü, 2023).

Hastanın korku hissetmesiyle salgılanan stres hormonları otonom sinir sisteminin aktive olmasına sebep olur. Hastada terleme, kızarma, ağlama ve solgun görünüm gibi durumlar meydana gelir. Hastanın yüksek düzeylerde korku hissetmesi ameliyat sonrası süreçte daha şiddetli ağrı hissetmesine ve hastanın analjezik gereksiniminin artmasına sebep olur (Kapıkıran, Demir, Bülbüloğlu ve Sarıtaş, 2021).

Ameliyat öncesi hastanın deneyimlediği korku hastanın ameliyat hakkındaki bilgi durumuna, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimlerine, yapılacak olan ameliyatın türüne, ameliyatın risklerine bağlı olarak değişebilmektedir (Çınar ve Bülbüloğlu, 2022). Ayrıca hasta için durumun anlam ve önemi, hastanın kişilik özellikleri, ameliyat öncesi dönemde hastanede kalma süresi ile ilişkili olarak farklılık göstermektedir (Kaya ve Karaman Özlü, 2019).

Cerrahi korku hastalarda psikolojik olarak; korku, anksiyete, irritabilite, gerginlik hissi, kötü şeyler olacakmış korkusu, duygusal olarak dengesizlik ve yetersizlik hissine oluşmasına neden olabilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Çınar ve Bülbüloğlu, 2022). Fiziksel olarak ise; hastanın soluk görünmesi, sallanması, ağlaması, terlemesi ve kızarması gibi durumların görülmesine neden olabilmektedir (Çınar ve Bülbüloğlu, 2022).

Ameliyat öncesi süreçte hastanın korku ve endişelerinin azaltılmasını sağlamak hemşirelerin bakım hedefleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin korku ölçeği kullanılarak ölçülmesi ve korkunun altında yatan nedenlerin belirlenmesi önerilmektedir (Demirci ve Yılmaz Şahin, 2023). Bu süreçte hastalar daha fazla bilgi edinme gereksinimi duymaktadır. Hastalara gerekli eğitimlerin verilmesi, gereken önlemlerin alınması hastanın korku düzeyinin azalmasını ve ameliyat sonrası süreçte daha az komplikasyon gelişmesini sağlamaktadır (Taşdemir ve ark., 2022). Hasta ile korkuları hakkında konuşurken hastayı dikkatli dinlemeli, göz teması kurulmalı, kendini daha rahat açıklayabileceği bir konuşma ortamı hazırlanmalı, hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. Hastanın yaşadığı korkunun normal olduğu hastaya açıklanmalı ve hastanın soruları akıcı ve anlaşılır bir biçimde cevaplanmalıdır (Baskın, 2019).

### **2.2.7.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Hastanın yaşam bulguları ölçülmeli, değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir. Hastanın üzerinde dren olup olmadığı kontrol edilmeli, dren varsa içeriğinin miktarı ve özelliği takip edilmelidir. İnsizyon bölgesi kızarıklık, akıntı ve ödem açısından değerlendirilmelidir (Güler, 2022). Ameliyat sonrası hastanın akciğer kapasitesini etkin kullanabilmesi için semi fowler pozisyonu verilir. Hastaya insizyonu desteklenerek iki saat aralıklarla derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılır. Ameliyat sonrası bağırsak hareketlerinin hızlanması, kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonlarının azalması için hastanın erken mobilizasyonu sağlanır (Candaş Altınbaş ve Gürsoy, 2023). Hastanın ağrı durumu sorgulanır. Ağrı değerlendirme ölçeği yardımıyla ağrının şiddeti belirlenir. Ağrının şekli, yeri, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler, hastanın ağrı yaklaşımı değerlendirilir ve kaydedilir. İnvaziv olmayan ve invaziv yöntemlerle ağrı kontrolü sağlanır, uygulamalardan sonra hastanın ağrı durumu tekrar değerlendirilir (Acar ve Aygin, 2016). Oral alıma erken başlanması bağırsak hareketlerini arttırmakta, yara iyileşmesini hızlandırmakta, gaz ve gaita çıkış süresini azaltmaktadır. Bu nedenle hastanın oral alıma uygun zamanda başlaması sağlanmalı ve takip edilmelidir (Güler, 2022). Taburculuğuna karar verilen hastaya taburculuk sonrası eğitimi verilmeli, bu eğitimde varsa dren ve kataterlerin bakımı, günlük aktivitelere dönüş, ilaçların kullanımı, beslenme konusunda eğitim ve hastaneye başvurmalarını gerektirecek konular hakkında bilgi verilmeli. Hastanın soruları cevaplanmalıdır (Candaş Altınbaş ve Gürsoy, 2023).

#### **2.2.7.2.1. Ameliyat Sonrası Anksiyete**

Anksiyete kişinin kendini güvende hissetmediği durumlarda ortaya çıkmaktadır, bu nedenle cerrahi girişim geçirecek hastalarda anksiyete meydana gelmektedir (Özyürek ve Göktaş, 2021). Ameliyat sürecindeki bilinmezlik, ölüm korkusu, organ veya doku kaybı, ameliyat sonrası süreçte özbakımı gerçekleştirememesi gibi durumlar hastaların anksiyete seviyesinin artmasına sebep olmaktadır (Gök ve Kabu Hergül, 2020). Anksiyete hastanın nabzının, kan kortizol düzeyinin ve kan basıncının artmasına neden olarak hastanın yaşamsal bulgularını etkileyebilmektedir (Okut, Kanat ve Altun Uğraş, 2022). Ameliyat öncesi daha fazla anksiyete yaşayan hastalarda; ameliyat sonrası ağrı düzeyinde artış, yara yeri iyileşmesinde gecikme ve hastanede kalış süresinin arttığı gözlenmiştir (Özyürek ve Göktaş, 2021).

Hastanın anksiyete düzeyi cerrahi süreç boyunca değerlendirilmeli, anksiyetenin nedenleri belirlenmeli ve hastaya uygun girişimler planlanarak, hastanın anksiyete düzeyinin düşürülmesi hedeflenmelidir. Literatürde ameliyat öncesi hastanın bilgilendirmesinin ve hastaya psikolojik desteğin sağlanmasının, hastanın anksiyete düzeyinin ve anksiyeteye bağlı oluşan komplikasyonların azalmasını sağlayacağı belirtilmektedir (Özyürek ve Göktaş, 2021).

#### **2.2.7.2.2. Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyon ve Önemi**

Mobilizasyon, hastanın hazır olduğunda yardımla veya yardım almadan oturma, ayakta durma, adımlama ve yürümeyi gerçekleştirmesidir. Erken mobilizasyon ise ameliyat sonrası bilinci açık olan hastanın, geçirdiği ameliyata bağlı olarak değişmekle birlikte ameliyat sonrası en kısa sürede ayağa kalkıp yürümesidir (Aygin ve ark., 2022). Ameliyat sonrası 6-8 içinde hastanın yatağından kalkıp yatağın yanında birkaç adım atması da erken mobilizasyon olarak tanımlanabilir (Vermişli ve Çam, 2015).

Erken mobilizasyon ameliyat sonrası hasta bakımının önemli bir bileşenidir. ERAS protokolü erken mobilizasyonu düşük kanıt düzeyine rağmen yüksek öneri düzeyi ile önermektedir (Castelino ve ark., 2016). Erken mobilizasyonun süresi ile ilgili belirli bir zaman bildirilmemiştir ancak ERAS protokolü ameliyat sonrasında hastanın ilk 24 saat içinde 2 saati, taburcu olacağı güne kadar her gün 6 saati yatak dışında geçirmesini önermektedir (Aygin ve ark., 2022).

Erken mobilizasyonun gastrointestinal sistem üzerinde etkileri bulunur. Erken mobilizasyon hastanın bağırsak hareketliliğini artırmaktadır. Bu sayede, bağırsakların normal işlevine dönmeye yardımcı olur ve ameliyat sonrası ilk gaita ve gaz çıkışı süresinin azalmasını, ilk oral alım süresinin kısalmasını, bulantı kusma görülme sıklığının azalmasını, abdominal distansiyonun azalmasını ve ileus gelişme riskinin azalmasını sağlamaktadır (Aygin ve ark., 2022; Kırtıl ve Kanan, 2021).

Erken mobilizasyonun solunum sistemi üzerinde de olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Erken mobilizasyon ile hastanın tidal volüm ve fonksiyonel rezidüel kapasitesinin ve doku oksijenasyonunun artması sağlanır. Ayrıca mukosilyer aktiviteyi artırarak, atelaktazi, pnömoni gibi pulmoner komplikasyonların gelişme riskini azaltır (Aygin ve ark., 2022). Erken mobilizasyon ile hastaların Spo<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub> değerlerinin arttığı belirtilmiştir (Juita, Yona ve Maria, 2023). Derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli riskini, immobilizasyona bağlı sırt ağrısını, basınç yarası oluşma riskini azaltır (Aygin ve ark., 2022; Vermişli ve Çam, 2015).

Erken mobilize olmanın hastaya psikolojik olarak olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir. Erken mobilizasyon hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlar ve hastanın kendine güvenini artırır (Mahmudova ve Candan Dönmez, 2019; Vermişli ve Çam, 2015). Deliryum riskinin, morbidite ve mortalite oranlarının, hastanede yatış süresinin, bakım maliyetlerinin azalmasını sağlar (Aygin ve ark., 2022; Yayla ve Özer, 2019).

Gecikmiş mobilizasyon ise sistemler üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Kırtıl ve Kanan, 2021). İmmobilizasyonun uzun sürmesi pulmoner disfonksiyona, derin ven trombozu, pulmoner emboli, atelaktazi ve pnömoni gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Hu, McArthur & Yu, 2019; Berk Özcan, 2022). Ayrıca insülin direncinin artmasına, dokuların oksijenlenmesinin azalmasına ve kas kuvvetinde ve hacminde azalmaya neden olmaktadır (Mahmudova ve Candan Dönmez, 2019). Hastanın konforu ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Tüm bu nedenler ve komplikasyonların sonucunda hastanın hastanede yatış süresinin uzamasına, bakım ve tedavi giderlerinin artmasına, iyileşmenin gecikmesine neden olmaktadır (Büyükyılmaz ve Özsaban, 2017).

Ameliyat sonrası mobilizasyonun sağlanması ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ana öğelerinden biridir. Bu süreçte hemşire hastanın tedavi planındaki analjeziklerin uygulama saatini mobilizasyon öncesi olacak şekilde planlamalı, mobilizasyonun önemi ve faydaları hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir. Hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine olanak sağlamalı ve hastanın sorularını açıklayıcı bir şekilde cevaplamalıdır. Hastanın güvenli bir şekilde mobilize olmasını sağlamalı, mobilizasyon sırasında hastaya destek ve yardımcı olmalıdır (Vermişli ve Çam, 2015).

Ameliyat sonrası hastanın sağlık durumunun mobilizasyona uygunluğu değerlendirilir. Ortostatik hipotansiyonun oluşmasını önlemek amacıyla hasta kademeli olarak mobilize edilir. Önce hastanın baş kısmı kaldırılarak yatak içinde oturtulur, daha sonra yatak kenarlıkları indirilerek ayaklar yatak dışına sarkıtılır ve hasta daha sonra yatak kenarında ayağa kaldırılır. Sürecin her aşamasında hastanın kan basıncı, nabızı, SpO<sub>2</sub> değeri, genel durumu değerlendirilir (Aygin ve ark., 2022). Hastanın diyastolik kan basıncının 10 mmHg, sistolik kan basıncının 20 mmHg düşmesi, baş dönmesi, halsizlik görülmesi durumunda hasta yatağa geri yatırılır ve mobilizasyon ertelenir (Tunç Tuna ve Kurşun, 2018).

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı çalışma olarak yapıldı.

#### 3.2. Araştırma Soruları

1. Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların Cerrahi Korku Ölçeği puan ortalamaları nedir?
2. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları nedir?
3. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları nedir?
4. Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyi ile ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumu arasında ilişki var mıdır?

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın etik kurul izni alındıktan sonra İstanbul’ da bir eğitim ve araştırma hastanesinin 56 yataklı ve 28 hemşirenin çalıştığı Genel Cerrahi Kliniği’nde Ağustos 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar ile yapıldı.

#### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın yapıldığı hastanenin Genel Cerrahi Servisi’nde Ağustos 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar oluşturdu.

Araştırmada, laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla araştırmaya dahil edilecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde yararlanılacak

olan etki büyüklüğünün hesaplanması amacıyla Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d-değeri) yöntemi kullanıldı. Etki büyüklüğün indeksi olan d değerini belirlemek için Dinç ve Yılmaz Güven tarafından 2023 yılında bildirilen, total diz artroplastisi ameliyatı yapılan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmadaki bulgular kullanıldı. Bu çalışmada cerrahi korkusu ile postoperatif mobilizasyon sırasındaki ağrı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ( $r=0,235$ ;  $p<0,05$ ) olduğu bildirilmiştir. Bu bulgudan yararlanılarak araştırmada kullanılacak etki büyüklüğü,  $d=0,245$  olarak hesaplandı. Bu bağlamda sürekli iki değişken arasındaki ilişki testi için  $d=0,245$ , %95 güven düzeyinde ( $1-\alpha$ ), %80 test gücü ( $1-\beta$ ) ile G-power (versiyon 3.1) paket programı kullanılarak toplamda 125 katılımcı örneklem grubu olarak hesaplandı. Örneklemi araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar oluşturdu.

### 3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ On sekiz (18) yaş üstü,
- ✓ Alkol madde bağımlısı olmayan,
- ✓ Psikiyatrik hastalığı bulunmayan,
- ✓ Antipsikotik, anksiyolitik ve antidepresan ilaç kullanımı olmayan,
- ✓ ASA (American Society of Anesthesiologists) sınıflamasına göre ASA 1-2 sınıflamasında yer alan,
- ✓ Konuşma ve işitme engeli olmayan

### 3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- ✓ Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteyen hastalar
- ✓ Acil ameliyata alınan hastalar
- ✓ Laparoskopik kolesistektomi olarak başlanıp açık tekniğe geçilen hastalar

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak ve araştırma dahil edilme kriterlerine uygun hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, yazılı ve sözlü izin alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşme yapılarak veri toplama formları dolduruldu.

Araştırmada veri toplama formları olarak Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Cerrahi Korku Ölçeği (EK-2) Beck Anksiyete Ölçeği (EK-3) Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK-4) kullanıldı.

### 3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Bu form literatür incelenerek araştırmacı tarafından geliştirildi. Form iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcının tanıtıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, beden kitle indeksi, sigara içme durumu), sağlık öyküsü (ameliyat deneyimi, kronik hastalık varlığı, ASA skoru, anestezi süresi, anestezi için kullanılan ilaçlar, hastanede yatış süresi) hakkında bilgi edinmek amacıyla 13 soru yer almaktadır (Ertem ve Savcı, 2023; Ören, 2018). İkinci kısımda ise mobilizasyon durumunu değerlendirmeye yönelik 3 soru yer almaktadır. İlk soruda hastaların ameliyattan sonrasındaki ilk mobilizasyonu ameliyattan çıktıktan kaç saat sonra gerçekleştirdiği, ikinci soruda ameliyat günü ayağa kalkma isteği (0 ile 10 puan arasında) üçüncü soruda ise ameliyat günü gün içerisindeki mobilizasyon sayısı sorularak mobilizasyon durumları değerlendirilmektedir (Dinç ve Yılmaz Güven, 2023).

### 3.7.2. Cerrahi Korku Ölçeği (EK-2)

2014 yılında Theunissen ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2016 yılında Karaman Özlü ve Bağdıgen tarafından yapılmıştır. Ölçek elektif ameliyat öncesi hastaların korku düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 8 soru yer almakta her soru için 0-10 (0, hiç korkmuyorum 10 ise çok korkuyorum) arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması korkunun arttığı anlamına gelmektedir. Ölçekteki 1-4. sorular cerrahinin kısa dönem korkusunu, 5-8. maddeler cerrahinin uzun dönem korkusunu ölçmektedir (Daştan, 2022). Ölçeğin orijinal Cronbach alpha katsayısı 0,89; kısa dönem korku sonuçları (CKÖ-K) alt boyutu için Cronbach alpha katsayısı 0,86; uzun dönem korku sonuçları (CKÖ-U) alt boyutu için Cronbach alpha katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur (Theunissen ve ark., 2014). Araştırmada kullanılan Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) toplam, kısa ve uzun dönem puanı için cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayı değeri sırasıyla, 0,798; 0,760 ve 0,852 olarak hesaplandı. Bu bulgu ile araştırmada kullanılan CKÖ güvenirlığının yüksek derecede olduğu belirlendi.

### 3.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (EK-3)

Ölçek anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla 1988 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 1998 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Soruların cevapları ‘‘0: hiç, 1: hafif, 2: orta, 3: ciddi’’ seçeneklerinden

oluşmaktadır. Ölçekten 8-17 puan alınması hafif seviyede anksiyeteyi, 18-24 puan alınması orta seviyede anksiyeteyi, 25 puan ve üstü alınması ise şiddetli seviyede anksiyeteyi ifade eder. Bu yanıtlar son bir hafta için sorulabilecek seçeneklerdir (Öskan, 2022). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92 olarak belirtilmiştir (Beck ve ark., 1988). Araştırmada kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) toplam puanı için cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayı değeri 0,897 olarak hesaplandı. Bu bulgu ile araştırmada kullanılan BAÖ güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu belirlendi.

#### **3.7.4. Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK-4)**

Ölçek Heye ve arkadaşları tarafından ameliyat sonrası mobilizasyonda hastanın deneyimlediği ağrı ve zorluğu belirlemek amacıyla 2002 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Ayoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçekte hastanın dört aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlediği ağrı ve hareketi gerçekleştirirken yaşadığı güçlük 15 cm uzunluğunda görsel bir analog ile değerlendirilir. Hasta deneyimlediği ağrı ve güçlük düzeyini görsel analogun üzerine işaretler. Ağrı ve güçlüğü derecesi hastanın işaretlediği nokta ile "0" noktasındaki mesafenin kalibre edilmiş bir cetvelle ölçülmesi ile belirlenir. Dört aktiviteden elde edilen puanlar toplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-120 arasındadır. Her bir aktivite için ağrı ve zorluk durumunun ortalama puan değeri hesaplanır. (Heye ve ark., 2002). Bu nedenle her aktiviteden alınacak maksimum puan 15'tir. Puan artışı, aktivite sırasında ağrı ve güçlüğü artışı ifade etmektedir (Ahmetoğlu, 2019). Ölçeğin orijinal Cronbach alfa değerleri; cerrahi girişim sonrası birinci gün için, 0,98 (deney grubu= 0,95; kontrol grubu= 0,94); cerrahi girişim sonrası ikinci gün için 0,98 olarak (deney grubu= 0,96; kontrol grubu= 0,95) bulunmuştur (Heye ve ark, 2002). Araştırmada kullanılan Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ) toplam, yatak içinde dönme, oturma, ayağa kalkma ve yürüme alt boyut puanı için cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayı değeri sırasıyla, 0,867; 0,715, 0,872; 0,907 ve 0,931 olarak hesaplandı. Bu bulgu ile araştırmada kullanılan HHÖ güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu belirlendi.

#### **3.8. Verilerin Toplanması**

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalara bilgilendirme yapılarak Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-10) imzalatıldıktan sonra ameliyat öncesinde Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) kullanılarak hastaların

demografik verileri elde edildi. Ameliyat öncesinde Cerrahi Korku Ölçeği (EK-2) kullanılarak hastanın cerrahi korku düzeyleri ölçüldü ve ameliyat sonrası 0. günde hastanın anksiyetesi Beck Anksiyete Ölçeği (EK-3) ile, hastanın mobilizasyon durumu hasta ilk mobilize olduktan sonra Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK-4) ile değerlendirildi. Ayrıca Tanıtıcı Bilgi Formu'nun (EK-1) ikinci kısmı ile hastanın ameliyat günü ilk kez kaçınıcı saatte mobilize olduğu, ameliyat sonrası 0. günün sonunda kaç kez mobilize olduğu ve mobilize olma isteği değerlendirildi.

### 3.9. Araştırmanın Değişkenleri

*Bağımsız Değişkenler:* Cerrahi korku düzeyi, bireysel özellikler, (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, boyu, kilosu) hastalığa ilişkin değişkenler (geçirilmiş ameliyat, kronik hastalıkları, sigara alışkanlığı, ASA skoru, anestezi düzeyi, hastanede yatış süresi, anestezi için kullanılan ilaçlardır.

*Bağımlı Değişkenler:* Beck Anksiyete ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarıdır.

### 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 26 programı (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normalliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için cronbach alpha güvenilirlik katsayıları hesaplandı. Kategorik değişkenler frekans (n, %) olarak, sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile; ikiden fazla grup karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi Spearman's korelasyon testi ile incelendi. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise  $p < 0,05$  altında değerlendirildi.

### 3.10 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan ve etik kuruldan yazılı izin alındı. Tez çalışmasında veri toplama sürecinde araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul

Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.06.2023 Tarih ve 706602 Sayılı gerekli etik kurul izni (EK- 5) alındı. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 17.08.2023 Tarihli ve 222451439 Sayılı (EK-6) kurum izni alındı. Veri toplama formlarındaki tüm bilgilerin ve yanıtların araştırmacılar tarafından gizli tutulacağı ve toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda araştırmaya katılan hastalar bilgilendirildi. Araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü izin alındı. Cerrahi Korku Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapan Karaman Özlü ve Bağdıgen'den (EK-7), Beck Anksiyete Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Ulusoy'dan (EK-8), Hasta Hareketlilik Ölçeği' nin kullanımı için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Ayoğlu' dan (EK- 9) ölçek kullanımı için izin alındı.

Araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında, araştırmanın yapılacağı klinikteki yöneticilere, klinik sorumlu hekimine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalara açıklama yapıldı.

### **3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Hastaların cerrahi korku ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili bir faktör olan ağrı hastaların mobilizasyon durumunu etkileyebilmektedir. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeyinin değerlendirilmemesi çalışmanın sınırlılığdır.

## 4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular 3 başlık altında ele alındı.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular (Tablo 4.1)
- Hastaların ölçek puan ortalamaları ve ölçekler arasındaki ilişkiye ait bulgular (Tablo 4.2.1, Tablo 4.2.2, Tablo 4.2.3, Tablo 4.2.4)
- Tanıtıcı özelliklere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular (Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2, Tablo 4.3.3)

### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Hasta Tanıtıcı Özellikleri (N=125)**

Değişkenler	Kategori	n (%)
Yaş	Ort.±Ss	52,14±12,02
BKİ	Ort.±Ss	29,46±5,41
BKİ grup	Normal	27(21,6)
	Kilolu	42(33,6)
	Obez	56(44,8)
Cinsiyet	Kadın	87(69,6)
	Erkek	38(30,4)
Medeni durum	Bekar	13(10,4)
	Evli	112(89,6)
Eğitim düzeyi	Eğitim almadı	19(15,2)
	İlköğretim	65(52,0)
	Lise	28(22,4)
	Üniversite	13(10,4)
Geçirilmiş ameliyat	Evet	87(69,6)
	Hayır	38(30,4)
Kronik hastalık	Evet	62(49,6)
	Hayır	63(50,4)
Sigara kullanımı	Evet	43(34,4)
	Hayır	82(65,6)
ASA skoru	I	10(8,0)
	II	115(92,0)

<b>Hastanede yatış süresi</b>	I gün	105(84,0)
	II gün	13(10,4)
	III gün ve üzeri	7(5,6)
<b>Anestezi Süresi(dk)</b>	Ort.±Ss	56,26±21,06
<b>Postoperatif ilk mobilizasyon zamanı (saat)</b>	Ort.±Ss	3,35±2,94
<b>Postoperatif ayağa kalkma isteği (0-10)</b>	Ort.±Ss	5,56±2,69
<b>Günlük mobilizasyon sayısı (kez)</b>	Ort.±Ss	5,17±3,14

Ss: Standart sapma

Araştırmaya yaş ortalaması 52,14±12,02 yıl, %69,6'sı kadın olan toplam 125 laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hasta dahil edildi. Hastaların %44,8'inin obez, %89,6'sının evli, %52'sinin ilköğretim mezunu, %69,6'sının daha önce cerrahi işlem geçirdiği, %49,6'sının tanı konmuş kronik hastalığı olduğu, %34,4'ünün sigara kullanımı olduğu, %92'sinin ASA II sınıflamasında olduğu ve %84'ünün ameliyat sonrası hastanede 1 gün kaldığı belirlendi (**Tablo 4.1**).

Hastaların toplam anestezi süresinin 56,26±21,06 dk olduğu, ortalama 3,35±2,94 saatte hastaların mobilize olduğu ve günlük mobilizasyon sayısının ortalama 5,17±3,14 kez olduğu mevcut verilerden bulunmuştur; hastaların ameliyat sonrası dönemde ayağa kalma istek düzeylerinin 10 puan üzerinden ortalama 5,56±2,69 puan olduğu bulundu (**Tablo 4.1**).

## 4.2. Hastaların Ölçek Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puanlarına ilişkin bulgular ve ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyine ait bulgular yer almaktadır.

### 4.2.1. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)

Bu bölümde çalışmada kullanılan Cerrahi Korku Ölçeği'ne (**Tablo 4.2.1**) ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2.1: Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Puan Ortalamaları**

CKÖ	Madde	Ort.±Ss	Ortanca	En az-En çok
CKÖ-K	4	12,55±10,88	11	0-40
CKÖ-U	4	7,34±8,84	5	0-38
CKÖ-Toplam	8	19,9±17,85	16	0-78

Ss: Standart sapma, CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği-Uzun Dönem, CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği-Kısa Dönem, Ss: Standart sapma

Hastaların ameliyat öncesi CKÖ puan ortalamaları  $19,9 \pm 17,85$ 'tir (en az:0- en çok:78). CKÖ-K (Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem) alt boyut puan ortalamaları  $12,55 \pm 10,88$  (min:0- maks:40), CKÖ-U (Cerrahi Korku Ölçeği- Uzun Dönem) alt boyut puan ortalamaları  $7,34 \pm 8,84$  (min:0- maks:38) olarak belirlendi. CKÖ alt boyut puanlarından CKÖ-K puanlarının CKÖ-U puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 4.2.1**).

#### 4.2.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bu bölümde çalışmada kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği'ne (**Tablo 4.2.2**) ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2.2: Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamaları**

BAÖ	İstatistik
Ort.±Ss	7,08±8,04
Ortanca	5
En az-En çok	0-42
Madde sayısı	21
<b>BAÖ düzeyi, n (%)</b>	
Minimum (0-7)	87(69,6)
Hafif (8-15)	22(17,6)
Orta (16-25)	9(7,2)
Şiddetli (26-63)	7(5,6)

Ss: Standart sapma

Hastaların BAÖ puan ortalamaları  $7,08 \pm 8,04$  (en az:0- en çok:42) olarak bulundu. BAÖ skorlarına göre hastaların 87'sinin (%69,6) anksiyete düzeyinin minimal, 22'sinin (%17,6) hafif, 9'unun (%7,2) orta ve 7'sinin (%5,6) şiddetli olduğu belirlendi (**Tablo 4.2.2**).

#### 4.2.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ)

Bu bölümde çalışmada kullanılan Hasta Hareketlilik Ölçeği'ne (Tablo 4.2.3) ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2.3: Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ) Puan Ortalamaları**

HHÖ	Madde	Ort.±Ss	Ortanca	En az-En çok
HHÖ-Yatak içinde dönme	2	9,34±2,16	9	4-15
HHÖ-Yatak kenarında oturma	2	9,10±2,58	9	2-15
HHÖ-Yatak kenarında ayağa kalkma	2	9,16±2,59	9	2-15
HHÖ-Hasta odasında yürüme	2	8,34±2,89	9	0-15
HHÖ-Toplam	8	71,86±18,33	69	18-120

Ss: Standart sapma

Hastaların HHÖ toplam puan ortalamaları 71,86±18,33 (en az:18- en çok:120) olarak bulundu. HHÖ alt boyut puan ortalamaları ise sırası ile yatak içinde dönme 9,34±2,16 (en az:4- en çok:15), yatak kenarında oturma 9,10±2,58 (en az:2- en çok:15), yatak kenarında ayağa kalkma 9,16±2,59 (en az:2- en çok:15) ve hasta odasında yürüme 8,34±2,89 (en az:0- en çok:15) olarak belirlendi (Tablo 4.2.3).

#### 4.2.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Bu bölümde çalışmada kullanılan ölçeklerin puanları arasındaki ilişki düzeyine (Tablo 4.2.4) ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2.4: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi**

Ölçekler	İstatistik	CKÖ-K	CKÖ-U	CKÖ-Toplam	BAÖ
CKÖ-K	r <sup>s</sup>	UD			
	P-değeri	UD			
CKÖ-U	r <sup>s</sup>	0,590**			
	P-değeri	<0,001*			
CKÖ-Toplam	r <sup>s</sup>	0,934	0,821		
	P-değeri	<0,001*	<0,001*		
BDÖ	r <sup>s</sup>	0,170	0,247	0,206	
	P-değeri	0,058	0,006*	0,021*	
HHÖ	r <sup>s</sup>	0,212	0,272	0,269	0,425
	P-değeri	0,018*	0,002*	0,002*	<0,001*

\*p<0,05; r<sup>s</sup>= Spearman korelasyon testi, UD: Uygun değil

Hastaların cerrahi korkusu ile anksiyete ( $r=0,206$ ;  $p=0,021$ ), HHÖ puanları ( $r=0,269$ ;  $p=0,002$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu. Bu bulgudan hareketle hastaların cerrahi korkusu arttıkça anksiyete ve HHÖ puanının arttığı belirlendi. Ayrıca yapılan analizde, hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça HHÖ puanlarının arttığı belirlendi ( $r=0,425$ ;  $p<0,001$ ) (**Tablo 4.2.4**).

### **4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

#### **4.3.1. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların CKÖ Puan Ortalamaları**

Bu bölümde tanıtıcı özelliklerine göre hastaların CKÖ puan ortalamalarına (**Tablo 4.3.1**) ilişkin bulgular yer almaktadır

Tablo 4.3.1: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların CKÖ Puan Ortalamaları (N=125)

Değişkenler	Kategori	CKÖ-K	CKÖ-U	CKÖ-Toplam
		Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss
Yaş	<b>Test/P-değeri</b>	$r^s = -0,168/p=0,061$	$r^s = -0,220/p=0,014^*$	$r^s = -0,214/p=0,017^*$
BKİ grup	Normal	9,19±9,86	4,85±6,22	14,04±14,53
	Kilolu	12,95±11,27	7,33±8,44	20,29±17,90
	Obez	13,88±10,89	8,55±10,01	22,43±18,87
	<b>Test/P-değeri</b>	$KW_{\chi^2}=3,352/p=0,187$	$KW_{\chi^2}=2,180/p=0,336$	$KW_{\chi^2}=3,819/p=0,148$
Cinsiyet	Kadın	14,90±11,44	9,06±9,78	23,95±19,10
	Erkek	7,18±7,07	3,42±4,11	10,61±9,63
	<b>Test/P-değeri</b>	$Z = -3,601/p < 0,001^*$	$Z = -2,793/p = 0,005^*$	$Z = -3,687/p < 0,001^*$
Medeni durum	Bekar	17,00±11,42	10,85±9,99	27,85±19,84
	Evli	12,04±10,75	6,94±8,66	18,97±17,47
	<b>Test/P-değeri</b>	$Z = -1,645/p = 0,100$	$Z = -1,528/p = 0,127$	$Z = -1,787/p = 0,074$
Eğitim düzeyi	Eğitim almadı	14,32±14,12	7,89±10,52	22,21±23,48
	İlköğretim	12,05±10,35	6,69±8,06	18,74±16,36
	Lise	12,43±10,81	9,07±10,53	21,50±19,21
	Üniversite	12,77±9,11	6,08±5,89	18,85±13,63
	<b>Test/P-değeri</b>	$KW_{\chi^2}=0,184/p=0,980$	$KW_{\chi^2}=0,453/p=0,929$	$KW_{\chi^2}=0,354/p=0,950$
Geçirilmiş ameliyat	Evet	11,90±11,49	7,66±9,57	19,55±19,28
	Hayır	14,05±9,30	6,63±6,94	20,68±14,26
	<b>Test/P-değeri</b>	$Z = -1,401/p = 0,161$	$Z = -0,248/p = 0,804$	$Z = -0,995/p = 0,320$
Kronik hastalık	Evet	11,84±11,67	6,81±9,58	18,65±19,49
	Hayır	13,25±10,08	7,87±8,09	21,13±16,14

	<b>Test/P-değeri</b>	$Z=-0,962/p=0,336$	$Z=-1,546/p=0,122$	$Z=-1,282/p=0,200$
Sigara kullanımı	Evet	11,86±10,68	6,95±8,40	18,81±17,78
	Hayır	12,91±11,03	7,55±9,11	20,46±17,97
	<b>Test/P-değeri</b>	$Z=-0,647/p=0,518$	$Z=-0,109/p=0,913$	$Z=-0,568/p=0,570$
ASA skoru	I	19,70±10,24	9,60±8,34	29,30±14,79
	II	12,21±10,94	7,41±9,07	19,62±18,33
	<b>Test/P-değeri</b>	$KW_{\chi^2}=4,699/p=0,095$	$KW_{\chi^2}=2,126/p=0,345$	$KW_{\chi^2}=5,031/p=0,081$
Hastanede yatış süresi	I gün	12,73±10,68	7,63±9,14	20,36±18,11
	II gün	12,23±12,39	5,46±6,75	17,69±15,41
	III gün ve üzeri	10,43±12,39	6,57±8,16	17,00±20,01
	<b>Test/P-değeri</b>	$KW_{\chi^2}=0,551/p=0,759$	$KW_{\chi^2}=0,835/p=0,659$	$KW_{\chi^2}=0,574/p=0,750$
Anestezi Süresi(dk)	<b>Test/P-değeri</b>	$r^s=-0,019/p=0,836$	$r^s=0,057/p=0,531$	$r^s=0,020/p=0,823$
Ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanı (saat)	<b>Test/P-değeri</b>	$r^s=0,080/p=0,378$	$r^s=0,089/p=0,322$	$r^s=0,081/p=0,368$
Ameliyat sonrası ayağa kalkma isteği (0-10)	<b>Test/P-değeri</b>	$r^s=-0,094/p=0,295$	$r^s=-0,108/p=0,230$	$r^s=-0,110/p=0,221$
Günlük mobilizasyon sayısı	<b>Test/P-değeri</b>	$r^s=0,030/p=0,736$	$r^s=0,066/p=0,465$	$r^s=0,056/p=0,538$

\*p<0,05; r<sup>s</sup>= Spearman korelasyon testi, Z= Mann-Whitney U testi; KW<sub>χ<sup>2</sup></sub>= Kruskal Wallis H testi, Ss=Standart sapma

Hastaların yaşları ile uzun dönem ( $r=-0,220$ ;  $p=0,014$ ) ve genel ( $r=-0,214$ ;  $p=0,017$ ) cerrahi korku düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu bulundu. Yaşları arttıkça hastaların cerrahi korkusunun azaldığı belirlendi (**Tablo 4.3.1**).

Erkek hastalara kıyasla kadınların kısa dönem ( $Z=-3,601$ ;  $p<0,001$ ), uzun dönem ( $Z=-2,793$ ;  $p=0,005$ ) ve genel ( $Z=-3,687$ ;  $p<0,001$ ) korku düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (**Tablo 4.3.1**).

Medeni durumun, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce geçirilmiş bir cerrahi işlem durumu, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, ASA skoru ve ameliyat sonrası hastanede yatış süresine göre hastaların cerrahi korku düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.1**).

Hastaların anestezi işlem süresi, ilk mobilizasyon zamanı, günlük mobilizasyon sayısı ve mobilize olma isteği ile cerrahi korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir ilişki varlığı olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.1**).

#### 4.3.2. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların BAÖ Puan Ortalamaları

Bu bölümde tanıtıcı özelliklerine göre hastaların BAÖ puan ortalamalarına (**Tablo 4.3.2**) ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.3.2: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların BAÖ Puan Ortalamaları (N=125)**

Değişkenler	n	BAÖ		Test değeri	P-değeri
		Ort.±Ss	UD		
<b>Yaş</b>	125	UD		$r^s=-0,193$	$p=0,031^*$
<b>BKİ grup</b>				$KW_{\chi^2}=0,842$	$p=0,656$
Normal	27	5,70±5,78			
Kilolu	42	6,83±7,98			
Obez	56	7,93±8,99			
<b>Cinsiyet</b>				$Z=-3,256$	$p=0,001^*$
Kadın	87	8,08±8,18			
Erkek	38	4,79±7,33			
<b>Medeni durum</b>				$Z=-0,203$	$p=0,839$
Bekar	13	7,00±8,40			
Evli	112	7,09±8,04			
<b>Eğitim düzeyi</b>				$KW_{\chi^2}=5,545$	$p=0,136$
Eğitim almadı	19	8,42±7,45			
İlköğretim	65	7,86±8,94			
Lise	28	4,36±5,33			
Üniversite	13	7,08±8,48			
<b>Geçirilmiş ameliyat</b>				$Z=-0,989$	$p=0,323$

Evet	87	7,44±8,25		
Hayır	38	6,26±7,60		
<b>Kronik hastalık</b>			$Z=-0,989$	$p=0,323$
Evet	62	6,68±8,77		
Hayır	63	7,48±7,31		
<b>Sigara kullanımı</b>			$Z=-0,044$	$p=0,965$
Evet	43	7,47±9,12		
Hayır	82	6,88±7,47		
<b>ASA skoru</b>			$KW_{\chi^2}=5,117$	$p=0,077$
I	10	12,40±10,94		
II	115	6,67±7,65		
<b>Hastanede yatış süresi</b>			$KW_{\chi^2}=0,385$	$p=0,825$
I gün	105	7,05±8,17		
II gün	13	5,92±5,16		
III gün ve üzeri	7	9,71±10,81		
<b>Anestezi süresi</b>	125	UD	$r^s=-0,103$	$p=0,252$
<b>Postoperatif ilk mobilizasyon zamanı</b>	125	UD	$r^s=0,126$	$p=0,161$
<b>Postoperatif ayağa kalkma isteği (0-10)</b>	125	UD	$r^s=-0,158$	$p=0,079$
<b>Günlük mobilizasyon sayısı</b>	125	UD	$r^s=-0,098$	$p=0,278$

\* $p<0,05$ ;  $r^s$ = Spearman korelasyon testi,  $Z$ = Mann-Whitney U testi;  $KW_{\chi^2}$ = Kruskal Wallis H testi, Ss=Standart sapma, UD: Uygun değil

Hastaların yaşları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu ( $r=-0,193$ ;  $p=0,031$ ); yaşları arttıkça hastaların anksiyetelerinin azaldığı belirlendi (**Tablo 4.3.2**).

Erkek hastalara göre kadınların anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ( $Z=-3,256$ ;  $p=0,001$ ) (**Tablo 4.3.2**).

Medeni durumun, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce geçirilmiş bir cerrahi işlem durumu, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, ASA skoru ve postoperatif hastanede yatış süresine göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.2**).

Hastaların anestezi işlem süresi, ilk mobilizasyon zamanı, günlük mobilizasyon sayısı ve mobilize olma isteği ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir ilişki varlığı olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.2**).

#### 4.3.3. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların HHÖ Puan Ortalamaları

Bu bölümde tanıtıcı özelliklerine göre hastaların HHÖ puan ortalamalarına (Tablo 4.3.3) ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.3.3: Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hastaların HHÖ Puan Ortalamaları (N=125)**

Değişkenler (N=125)	n	HHÖ		Test değeri	P-değeri
		Ort.±Ss	UD		
<b>Yaş</b>	125			$r^s=-0,236$	<b>0,008*</b>
<b>BKİ grup</b>				$Z=-1,331$	0,183
Normal	27	75,44±14,99			
Kilolu/Obez	98	70,87±19,10			
<b>Cinsiyet</b>				$Z=-2,315$	<b>0,021*</b>
Kadın	87	74,45±18,07			
Erkek	38	65,92±17,75			
<b>Medeni durum</b>				$Z=-1,021$	0,307
Bekar	13	76,85±16,99			
Evli	112	71,28±18,46			
<b>Eğitim düzeyi</b>				$KW_{\chi^2}=2,356$	0,502
Eğitim almadı	19	67,74±18,58			
İlköğretim	65	73,43±17,36			
Lise	28	69,11±20,84			
Üniversite	13	75,92±17,16			
<b>Geçirilmiş ameliyat</b>				$Z=-1,140$	0,254
Evet	87	72,83±18,96			
Hayır	38	69,63±16,83			
<b>Kronik hastalık</b>				$Z=-2,177$	<b>0,030*</b>
Evet	62	68,42±18,64			
Hayır	63	75,24±17,51			
<b>Sigara kullanımı</b>				$Z=-0,911$	0,362
Evet	43	73,67±18,61			
Hayır	82	70,90±18,22			
<b>ASA skoru</b>				$KW_{\chi^2}=4,869$	0,088
I	10	80,40±20,92			
II	115	71,61±18,07			
<b>Hastanede yatış süresi</b>				$KW_{\chi^2}=1,229$	0,541
I gün	105	71,74±18,16			
II gün	13	69,23±20,62			
III gün ve üzeri	7	78,43±17,61			
<b>Anestezi Süresi(dk)</b>	125	UD		$r^s=0,139$	0,123
<b>Postoperatif ilk mobilizasyon zamanı (saat)</b>	125	UD		$r^s=0,230$	<b>0,010*</b>
<b>Postoperatif ayağa kalkma isteği (0-10)</b>	125	UD		$r^s=-0,189$	<b>0,035*</b>
<b>Günlük mobilizasyon sayısı</b>	125	UD		$r^s=-0,061$	0,501

\* $p<0,05$ ;  $r^s$ = Spearman korelasyon testi,  $Z$ = Mann-Whitney U testi;  $KW_{\chi^2}$ = Kruskal Wallis H testi,

Hastaların yaşları ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu ( $r=-0,236$ ;  $p=0,008$ ); yaşları arttıkça hastaların HHÖ puanlarının azaldığı belirlendi (**Tablo 4.3.3**).

Erkek hastalara göre kadınların HHÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ( $Z=-2,315$ ;  $p=0,021$ ) (**Tablo 4.3.3**).

Kronik bir hastalığı olan hastaların HHÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi ( $Z=-2,177$ ;  $p=0,030$ ) (**Tablo 4.3.3**).

Medeni durumun, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce geçirilmiş bir cerrahi işlem durumu, sigara kullanımı, ASA skoru ve postoperatif hastanede yatış süresine göre hastaların HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.3**).

Hastaların ilk mobilizasyon süresi ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı olduğu belirlendi ( $r=0,230$ ;  $p=0,010$ ). İlk mobilizasyon süresi uzadıkça hastaların HHÖ puanlarının arttığı bulundu (**Tablo 4.3.3**).

Hastaların mobil olma isteği ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu belirlendi ( $r=-0,189$ ;  $p=0,035$ ). Mobil olma isteği arttıkça hastaların HHÖ puanlarının azaldığı belirlendi (**Tablo 4.3.3**).

Hastaların anestezi işlem süresi ve günlük mobilizasyon sayısı ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede herhangi bir ilişki varlığı olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.3.3**).

## 5. TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesinin çıkarılması için kullanılan minimal invaziv girişimdir. 1990'lerden günümüze insizyonun küçük olması, analjezik gereksiniminin az olması, estetik görüntüyü daha az etkilemesi, kanama ve enfeksiyon riskinin ve ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların daha az olması, hastanede yatış süresinin kısa olması, maliyetinin düşük olması, günlük yaşama dönüş süresinin kısa olması gibi önemli avantajlarından dolayı açık kolesistektomiye göre daha fazla tercih edilmektedir (Çoban, 2020; Hassler ve ark., 2023). Laparoskopik kolesistektomi minimal invaziv cerrahi girişim olarak uygulanmasına karşın ameliyat öncesi dönemde hastalar anksiyete ve korku yaşayabilmektedirler (Dursun, 2018). Ameliyat öncesi korku normal bir durum olarak kabul edilmesine karşın komplikasyon gelişme riskini arttırmakta, hasta memnuniyetini ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Odabaşı, 2021; Baskın, 2019; Taşdemir ve ark., 2022).

Erken mobilizasyon ameliyat sonrası hasta bakımının önemli bir bileşenidir (Castelino ve ark., 2016). Hastaların erken mobilize olması ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesini sağlamaktadır (Yolcu ve ark., 2016).

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisinin incelendiği ve örneklem grubunu 125 hastanın oluşturduğu çalışmadan elde edilen bulgular 3 ana başlık altında tartışıldı.

### 5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Yaş, safra taşı oluşmasında rol oynamaktadır, özellikle 40'lı yaşlardan sonra görülme sıklığı 4-10 kat artmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). Urcanoğlu (2017)'nin laparoskopik kolesistektomi olan hastalarda sakız çiğnemenin erken mobilizasyona, bağırsak motilitesine, ameliyat sonrası ağrıya ve hastanın erken taburculuğuna etkisini incelediği çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $50,12 \pm 9,85$  yıl, Targan (2019)'ın laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $51,89 \pm 15,32$  yıl, Dinç (2019)'in laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara verilen broşür destekli eğitimin hastaların anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $40,8 \pm 10,8$  yıl olduğu belirtilmiştir. Pimpale ve ark. (2019)'nın kolelitiazisin nedensel faktörleri, klinik bulguları ve yönetimini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan 92 kolelitiazis

hastasının yaş ortalamasının  $45,03 \pm 13,59$  yıl olduğu belirtilmiştir. Koraş Sözen (2021)'in laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $48,02 \pm 5,33$  yıl, Ergen (2020)'in laparoskopik kolesistektomi sonrası solunum egzersiz uygulamasının ağrı ve anksiyete üzerine etkisini incelediği çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $51,59 \pm 13,39$  yıl, Gustafsson ve ark. (2020)'nin laparoskopik kolesistektomi sonrası erken postoperatif iyileşmeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının 56 yıl olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $52,14 \pm 12,02$  yıl olduğu bulundu. Çalışmadan elde edilen bulgunun literatürdeki çalışma verileriyle benzer olduğu aynı zamanda yaş ile safra taşı oluşumu arasındaki ilişkiyi doğruladığı görüldü.

Kadınlarda safra taşı oluşma riski erkeklerde safra taşı oluşma riskinden daha fazladır (Pak ve Lindseth, 2016). Bu risk özellikle üreme çağındaki kadınlarda 2-3 katına çıkmaktadır (Reshetnyak, 2012). Bu durumun nedeni östrojen ve progesteron gibi cinsiyet hormonlarıdır. Östrojen safra tuzu salgısını azaltırken, kolesterol sekresyonunu arttırmakta, progesteron ise safra kesesinin motilitesinin azalmasına neden olarak safra kesesinde taş oluşma riskini arttırmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). Cinsiyet dağılımı açısından literatüre bakıldığında; Urcanoğlu (2017)'nin yaptığı çalışmada hastaların %71,7'sinin, Targan (2019)'ın yaptığı çalışmada hastaların %64,7'sinin, Dinç (2019)'in yaptığı çalışmada hastaların %79'unun, Gustafsson ve ark. (2020)'in çalışmasında hastaların %61'inin, Ergen (2020)'in yaptığı çalışmada hastaların %79,7'sinin, Koraş Sözen (2021)'in yaptığı çalışmada hastaların %58,8'inin kadın hasta olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya katılan hastaların %69,6'unun kadın hastalardan oluştuğu, elde edilen verilerin literatür ile benzer olduğu, cinsiyet ve safra taşı oluşumu arasındaki ilişkiyi doğruladığı görüldü.

Metabolik sendrom, dislipidemi, diyabet ve insülin direnci/hiperinsülinemi, siroz ve crohn gibi hastalıklar safra taşı oluşma riskini arttırmaktadır (Pak ve Lindseth, 2016). Literatür incelendiğinde Urcanoğlu (2017)'nin çalışmasında hastaların %32,1'inin, Targan (2019)'in çalışmasında hastaların %48,3'ünün, Ergen (2020)'in çalışmasında hastaların %58,1'inin, Menevşe (2022)'nin laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalara uygulanan Duygusal Özgürleşme Tekniği' nin cerrahi korku ve kaygıya etkisini incelediği çalışmada hastaların %23,2'sinin kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların %49,6'sının kronik hastalığı olduğu Targan'ın çalışma sonuçlarını doğruladığı görüldü.

Obezite safra taşı oluşumu için bir risk faktörüdür (Stinton ve Shaffer, 2012). Beden kitle indeksinde her beş birimlik artışın safra taşı oluşma riskini %63 oranında arttırdığı belirtilmektedir (Aune ve ark., 2015). Ayrıca yüksek kalorili, kolesterol ve yağ bakımından zengin besinler tüketmek safra taşı oluşma riskini artırmaktadır (Stinton ve Shaffer, 2012). Literatür incelendiğinde Kahokehr ve ark. (2012)'nin perioperatif psikolojik müdahalenin laparoskopik kolesistektomi sonrası yorgunluğa etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada kontrol grubundaki hastaların BKİ ortalamasının 32,2 kg/m<sup>2</sup>, girişim grubundaki hastaların BKİ ortalamasının 29,4 kg/m<sup>2</sup>, Dinç (2019)'in çalışmasında hastaların %53,2'sinin fazla kilolu, %4,3'ünün ise obez olduğu, Ergen (2020)'in çalışmasında ise hastaların BKİ ortalamasının 29,55±5,62 kg/m<sup>2</sup> olduğu, Yurddaş (2022)'in çalışmasında hastaların %48,3'ünün fazla kilolu, %22,5'inin ise obez olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların BKİ ortalamalarının 29,46±5,41 kg/m<sup>2</sup> olduğu ve hastaların %33,6'sının fazla kilolu (BKİ: 25.0-29.9Kg/m<sup>2</sup>), %44,8'inin ise obez (BKİ>30 Kg/m<sup>2</sup>) olduğu belirlendi. Çalışma verilerinin Ergen (2020), Kahokehr ve ark., (2012)'in çalışma sonuçlarını ve obezite ile safra taşı oluşumu arasındaki ilişkiyi doğruladığı görüldü.

Ameliyat sonrası uzun süreli immobilizasyon pulmoner disfonksiyona, derin ven trombozu, pulmoner emboli, atelaktazi ve pnömoni gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Hu, McArthur & Yu, 2019; Berk Özcan, 2022). Oluşan bu komplikasyonlar hastanın yatış ve iyileşme süresinin uzamasına, bakım ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Büyükyılmaz ve Özsaban, 2017). Bu nedenle erken mobilizasyon postoperatif hasta bakımının önemli bir bileşenidir (Castelino ve ark., 2016). Mahmudova ve Candan Dönmez (2019) kolesistektomi uygulanan hastalar ile ameliyat sonrasında hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma ortalamasının 8,94±3,24 saat olduğu belirtilmiştir. Ertem ve Savcı (2023)'nin cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının hastaların ağrısına ve mobilizasyonuna etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların %21,4'ünün 6 saat ve öncesinde mobilize olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların ilk mobilizasyon saatlerinin ortalama 3,35±2,94 saat olduğu görüldü. Literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmadaki hastaların ilk ayağa kalkma süresinin daha kısa olduğu bulundu. Bu durumun ortaya çıkmasında çalışmanın laparoskopik cerrahi uygulanan hastalarla yapılması ve çalışmanın yapıldığı klinikte hastaların erken mobilizasyonun sağlanması etkili olabilir.

Hastalara ameliyat sonrası erken mobilizasyonun önemi açıklanmalı ve hastalar gün içinde mobilize olmaları için teşvik edilmelidir (Kıvırcık, 2019). Mobilizasyon sayısı açısından literatür incelendiğinde, Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in total diz artroplastisi yapılan hastalarda hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrasında deneyimledikleri anksiyete ve mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların günlük mobilizasyon sayısının  $5,2\pm 2,2$  olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada günlük mobilizasyon sayısının  $5,17\pm 3,14$  olduğu belirlendi. Çalışmadan elde edilen verilerin literatür ile benzer olduğu gözlenmektedir. Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in çalışmasında ameliyattan sonra hastaların ayağa kalkma istek düzeylerinin  $6,6\pm 2,4$  olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde ayağa kalma istek düzeylerinin 10 puan üzerinden ortalama  $5,56\pm 2,69$  puan olduğu ve literatür ile benzer olduğu gözlemlendi.

## **5.2. Hastaların Ölçek Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması**

Cerrahi girişimler hasta üzerinde fiziksel ve psikolojik bir travmaya neden olmaktadır. Hastaların bu travmaya karşı gösterdiği en yaygın duygusal tepki ameliyata ilişkin korkudur (Kaya ve Karaman Özlü, 2019). Cerrahi korku hastanın ameliyat olacağını öğrenmesiyle başlar, hastanın hastalığa ve tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini azaltır (Kılınç ve Karaman Özlü, 2023). Hastaların deneyimledikleri korku hastanın ameliyat hakkındaki bilgi durumuna, daha önceki cerrahi deneyimlerine, yapılacak olan ameliyatın türüne, ameliyatın risklerine bağlı olarak değişebilmektedir (Çınar ve Bülbüloğlu, 2022). Kaya ve Karaman Özlü (2019)'nün elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların CKÖ toplam puan ortalamalarının  $37,55\pm 21,11$  olduğu ve CKÖ-K alt boyutu puan ortalamasının  $(18,03\pm 11,44)$ , CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasından  $(19,52\pm 11,87)$  daha düşük olduğu belirtilmiştir. Mete ve Avcı Işık (2020)'in total diz protezi ameliyatı planlanan hastalarda hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrasındaki ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların CKÖ toplam puan ortalamasının  $33,89\pm 24,04$  olduğu ve CKÖ-K alt boyutu puan ortalamasının  $(15,44\pm 14,38)$  CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasından  $(18,44\pm 11,30)$  daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çetin ve Yılmaz (2022)'in cerrahi kliniğinde yatmakta olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hastaların sağlık algısı ve ameliyat korkusuna etkisini incelemek amacıyla laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların CKÖ toplam puan ortalamasının  $36,76\pm 20,31$  olduğu ve CKÖ-K alt

boyutu puan ortalamasının (20,88±10,71) CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasından (15,88 ±11,33) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Menevşe (2022)'nin çalışmasında girişim grubunun ön test CKÖ toplam puan ortalamasının 40,13±11,72 olduğu, kontrol grubunun ön test CKÖ toplam puan ortalamasının 40,14±10,31 olduğu, girişim grubunun ön test CKÖ-K alt boyutunun puan ortalamasının 21,39± 5,51, kontrol grubunun ön test CKÖ-K alt boyutunun puan ortalamasının 21,50±5,56 olduğu, girişim grubunun ön test CKÖ-U alt boyutunun puan ortalamasının 18,88± 6,64, kontrol grubunun ön test CKÖ-U alt boyutunun puan ortalamasının 18,73±7,39 olduğu, her iki grupta da CKÖ-K alt boyutu puan ortalamalarının CKÖ-U alt boyutu puan ortalamalarından yüksek olduğu belirtilmiştir. Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in çalışmasında hastaların CKÖ toplam puan ortalamalarının 21,2±23,3 olduğu, CKÖ-K alt boyutu puan ortalamasının (12,0±11,9) CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasından (9,2±12,8) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların CKÖ toplam puan ortalamalarının 19,9±17,85 olduğu, CKÖ-K alt boyut puan ortalamasının (12,55±10,88) CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasından (7,34±8,84) daha yüksek olduğu görüldü, Menevşe (2022)'nin, Çetin ve Yılmaz (2022)' in ve Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in çalışmasına katılan hastaların daha fazla cerrahi korku deneyimledikleri ancak bu çalışmadan elde edilen veriler ile benzer olarak CKÖ-K alt boyut puan ortalamalarının CKÖ-U alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek bulunduğu bulundu. Menevşe (2022) ve Çetin Yılmaz (2022)'in kolesistektomi geçiren hastalarla yaptığı çalışmadan farklı olarak bu çalışmada hastaların CKÖ puanlarının daha düşük olduğu bulundu. Bu sonucun ortaya çıkmasında hastaların bireysel özelliklerinin farklılığının etkili olduğu düşünülmektedir.

Anksiyete fiziksel ve duygusal travma yaşayan kişilerde görülen korku, endişe ve gerginlik duygusudur (Özyürek ve Göktaş, 2021). Hastanede yatan hastalarda anksiyete görülme oranı %10-30 arasında değişmektedir (Yılmaz, Durmuş, İnal ve Çiftçi, 2014). Gündöndü (2014)' nün ameliyat sonrasında yoğun bakıma alınan hastalarda ağrı yönetimiyle hastaların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastaların %66'sının şiddetli anksiyete yaşadığı belirtilmiştir. Bahayi (2015)'nin ileostomi ve kolostomi ameliyatı sonrası hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel işlevlerinde bozukluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların %94'ünün orta düzey anksiyete yaşadığı belirtilmiştir. Lu ve ark. (2022)'nin laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarda imgeleme meditasyonunun anksiyeteye etkisini incelediği çalışmada kontrol grubundaki hastaların BAÖ skoru ortalamasının 4,79 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların BAÖ puan ortalaması 7,08±8,04 olarak belirlendi. BAÖ skorlarına göre hastaların 87'sinin (%69,6) anksiyete

düzeyinin minimal olduğu bulundu. Çalışma sonuçlarının Bahayi (2015) ve Gündöndü (2014) ile farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Bu farklılığın cerrahi girişimin türlerinin farklı olması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası hastanın erken mobilize edilmesi kardiyovasküler, pulmoner komplikasyonların önlenmesini ve hastaların bağırsak hareketlerinin daha çabuk normale dönmesini sağlamaktadır. Hastanın ameliyat sonrası bilinci açıldığında hasta yatak içi egzersizleri yapması ve ayağa kalkması için motive edilmelidir (Yolcu ve ark., 2016). Yolcu, Akın ve Durna (2016)'nın ameliyat sonrası hastaların hareket düzeylerini ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların HHÖ puan ortalamasının  $27,64 \pm 7,34$  olduğu ve ölçekten en yüksek puanı "yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme" maddesinin, en düşük puanı ise "hasta odasında yürüme" maddesinin aldığı belirtilmiştir. Koç (2019)'un cerrahi girişim geçiren hastalarda kaygı ile hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların HHÖ puan ortalamasının  $57,45 \pm 20,21$  olduğu belirtilmiştir. Danç (2019)'ın ortopedi servisindeki hastaların ameliyat sonrası hareket düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelemesi amacıyla yaptığı çalışmada ameliyat sonrası 1. günde hastaların HHÖ puan ortalamalarının  $63,83 \pm 13,032$  olduğu belirtilmiştir. Durmuş İskender, Bektaş ve Eren (2020)'in ameliyat öncesi yatak içi egzersiz ve mobilizasyon eğitiminin postoperatif anksiyete ve mobilizasyon düzeyine etkisinin incelemek amacıyla yaptığı çalışmada kontrol grubunun HHÖ ortalama puanının  $15,83 \pm 4,40$  olduğu, ölçekten en yüksek puanı "hasta odası içinde yürüme" maddesi, en düşük puanı ise "yatak içinde dönme" maddesinin aldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların HHÖ toplam puan ortalamalarının  $71,86 \pm 18,33$  olduğu; ölçekten en yüksek puanı "yatak içinde dönme" maddesini, en az puanı ise "hasta odasında yürüme" maddesinin aldığı bulundu. Çalışma sonuçlarının Yolcu Akın ve Durna (2016), Koç (2019), Danç (2019), Durmuş İskender, Bektaş ve Eren (2020)'in çalışmaları ile farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durumun ameliyat türlerinin farklı olması nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi korku, ameliyat sonrası depresyon ve anksiyete gelişimine neden olabilmektedir (Ralph, 2018). Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in çalışmasında ameliyat öncesinde korku düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sonrasında anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da cerrahi korku düzeyleri yüksek olan hastaların daha fazla anksiyete yaşadıkları gözlemlendi. Cerrahi korku düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla anksiyete yaşaması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Cerrahi korku ameliyat sonrası ağrının artmasına, ameliyat sonrası iyileşmenin gecikmesine neden olmakta ve hastanın fiziksel fonksiyonlarını ve mental durumunu olumsuz etkilemektedir (Theunissenve ark., 2018). Strøm ve ark. (2018)'nın omurga cerrahisinde anksiyete ve depresyonu incelemek amacıyla yaptığı sistematik derlemede anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel aktivitelerinin azaldığı ve bu aktiviteleri gerçekleştirirken daha çok zorlandıkları belirtilmiştir. Dinç ve Yılmaz Güven (2023)'in çalışmasında hastaların CKÖ toplam puanları arttıkça HHÖ puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir. Benzer şekilde literatürde ameliyat öncesi korku düzeyi arttıkça ameliyat sonrasında ağrının arttığı belirlendiği çalışmalar bulunmaktadır (Demiratlı, 2023; Demirci ve Yılmaz Şahin, 2023; Kaya ve Karaman Özlü, 2019; Razera ve Braga, 2011). Bu çalışmada literatür ile benzer olarak hastaların CKÖ puanlarının artması ile HHÖ puanlarının arttığı gözlemlendi.

Anksiyete ameliyat sonrasında hastanın deneyimlediği ağrının ve analjezik gereksiniminin artmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve ark., 2014). Koç (2019)'un çalışmasında ilk mobilizasyon öncesi anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların HHÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların anksiyete düzeyi arttıkça HHÖ puan ortalamalarının arttığı bulundu ve elde edilen bulguların Koç (2019)'un çalışmasını doğruladığı görüldü.

### **5.3.Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Tartışılması**

Cerrahi korku hastalarda psikolojik olarak; korku, anksiyete, irritabilite, gerginlik hissi, kötü şeyler olacakmış korkusu, duygusal olarak dengesizlik ve yetersizlik hissine oluşmasına neden olabilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Çınar ve Bülbüloğlu, 2022). Hastanın cerrahi korku düzeyi hastanın kişilik özelliklerine, ameliyat öncesi dönemde hastanede kalma süresine göre farklılık gösterebilmektedir (Kaya ve Karaman Özlü, 2019). Mete ve Avcı Işık (2020)'in çalışmasında ve Karačić ve ark. (2023)'nın elektif cerrahi bekleyen erişkin hastalar ile Cerrahi Korku Ölçeği'nin (Hırvatça Versiyonu) geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadın ve erkek hastaların CKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Kılınç ve Karaman Özlü (2023)'nün elektif cerrahi planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile uyku ve uykusuzluk durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada kadın hastaların CKÖ ortalama puanlarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (Satır, Özbaş ve Taşkın, 2024, Demiratlı, 2023;

Ruhaiyem ve ark., 2016). Bu çalışmada kadın hastaların CKÖ puanının erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Cinsiyet ve CKÖ arasındaki bu ilişkinin erkeklerin korkularını ifade etmekte kadınlara göre daha fazla zorlanmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (Kılınç ve Karaman Özlü, 2023).

Yaş, cerrahi korku düzeyini etkileyen faktörlerden biridir (Çelik ve Edipoğlu, 2018). Kaya ve Karaman Özlü (2019), Sürme ve Çimen (2022), Karačić ve ark. (2023), Demiratlı (2023)'nın çalışmalarında hastaların yaşları ile CKÖ puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Satır, Özbaş ve Taşkın (2024)'ın çalışmasında ise CKÖ ve yaş arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Mete ve Avcı Işık (2020)' in çalışmasında yaş ve CKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların yaşları ile CKÖ puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, hastaların yaşları arttıkça CKÖ puanlarının azaldığı bulunmuştur. Yaş ile cerrahi korku arasındaki bu ilişkinin daha genç olan bireylerin geleceğine yönelik beklentilerinin daha fazla olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Daha önce ameliyat geçirme durumunun cerrahi korku düzeyini etkilediği belirtilmiştir. Daha önce ameliyat öyküsü olan hastaların ameliyat öyküsü olmayan hastalardan daha az korku yaşadığı belirtilmiş ve bu durum daha önce ameliyat geçirmiş hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası sürece karşı bilinmezlik korkularının daha az olması ile ilişkilendirilmiştir (Çağlar ve Karaman Özlü, 2022). Mete ve Avcı Işık (2020)'ın çalışmasında daha önce ameliyat olan hastaların CKÖ-U puan ortalamasının, ameliyat olmayan hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Kılınç ve Karaman Özlü (2023)'nün çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi olmayan hastaların CKÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde bunu doğrulayan farklı çalışmalar da bulunmaktadır (Kaya ve Karaman Özlü, 2019). Satır, Özbaş ve Taşkın (2024)'ın bariatrik cerrahi geçiren hastalarda cerrahi korku ile hastaların sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada geçirilmiş cerrahi öykü ile CKÖ ve CKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Demiratlı (2023)'nın total diz protezi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada ise geçirilmiş cerrahi öyküsü varlığı ile CKÖ-U puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ancak CKÖ-K puanları ile istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada Satır, Özbaş ve Taşkın (2024)'ın çalışmasına benzer olarak daha önce geçirilmiş bir cerrahi işlem durumuna

göre hastaların CKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı görüldü.

Cerrahi korku hastanın tedaviye uyumunu düşürmekte ve ameliyat sonrası daha fazla ağrı hissetmesine neden olabilmektedir (Kılınç ve Karaman Özlü, 2023; Kapıkıran, Demir, Bülbüloğlu ve Sarıtaş, 2021). Dinç ve Yılmaz Güven (2023)' in çalışmasında hastaların korku düzeyi ile gün içindeki mobilizasyon sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma da hastaların CKÖ puanları ile gün içerisindeki mobilizasyon sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü.

Hastaların anksiyete düzeyi yaş, cinsiyet, daha önce cerrahi girişim öyküsünün varlığı ve yapılacak ameliyatın özelliğine göre değişiklik göstermektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Askari ve ark. (2021)'nin ortopedi hastalarında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete seviyelerini incelediği çalışmada ameliyat sonrası kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete yaşadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada benzer olarak kadın hastaların anksiyete düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde benzer verilerin elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (Dinç ve Yılmaz Güven, 2023; Mavridou ve ark., 2013; Erdem ve ark., 2011; Koç, 2019). Bu durumun kadın hastaların duygularını daha kolay ifade etmeleri, ev, aile ile ilgili sorumluluklarının daha fazla olması ve cerrahi süreçte evden uzak kalmaları nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Erken mobilizasyon ameliyat sonrası hastaların solunum fonksiyonlarının iyileşmesine, bağırsak fonksiyonlarının daha erken normale dönmesine ve oral alıma daha erken geçilmesine yardımcı olmakta ayrıca kardiyovasküler ve pulmoner komplikasyonların azalmasını sağlayarak hastanın daha hızlı iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (Vermişli ve Çam, 2015). Bu yararları nedeniyle ERAS protokolleri erken mobilizasyonu düşük kanıt düzeyine karşın yüksek öneri düzeyi ile önermektedir (Castelino ve ark., 2016). Ayrıca ERAS protokolü ameliyat sonrasında hastaların ilk 24 saatin 2 saatini, taburcu olana kadar her günün 6 saatini yatak dışında geçirmesini önermektedir (Aygin ve ark., 2022). Yolcu, Akın ve Durna (2016)'nın çalışmasında ve Koç (2019)'un çalışmasında kadın hastalarının HHÖ puanlarının erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu verilerden farklı olarak Danç (2019)'ın ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarda hastaların hareket düzeyleri ve ilişkili faktörlerinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada ise cinsiyete göre HHÖ puanları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada erkek hastalara göre kadın hastaların HHÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular Yolcu, Akın ve Durna (2016) ve Koç (2019)'un verilerini doğrulamaktadır. Cinsiyet ve HHÖ puanları arasındaki ilişkinin erkek hastaların zayıflık ve zorlanma durumlarını ifade etmekten çekinmeleri (Mavridou ve ark., 2013) ve bu çalışmadaki kadın hastaların ameliyat öncesi korku ve anksiyete düzeylerinin erkek hastalardan daha fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Artan yaş ile beraber hastaların günlük yaşamlarında gerçekleştirdikleri aktivitelerde azalma ve kısıtlamalar gözlenebilmektedir. Yaş ile artan ek hastalar, kas iskelet sistemindeki değişiklikler hastaların günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmalarına neden olmaktadır (Savaş ve Akçiçek, 2010). Öner Karaveli (2023)'nin beyin tümörü ameliyatı olan hastaların hareket korkusu ile mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada 60 yaşın üzerindeki hastaların HHÖ puanlarının 50-59 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yolcu, Akın ve Durna (2016)'nın çalışmasında yaş ile birlikte hastaların HHÖ puanlarında artma olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise hastaların yaşları HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu gözlemlendi. Literatürde korku ve anksiyetenin ağrı ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir ve anksiyete ve korkusu yüksek olan hastaların ağrı tolerasyonunun daha az olduğu belirtilmiştir (Kaya ve Karaman Özlü, 2019; Demirci ve Yılmaz Şahin, 2023). Bu çalışmada elde edilen verilerin çalışmadaki hastaların yaşları arttıkça anksiyete ve korku düzeylerinin azalmasına bağlı olarak mobilizasyon sırasında daha az ağrı ve zorlanma yaşamaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar hastaların cerrahi sonrası iyileşme sürecinin uzamasına neden olmakta ve bireyin günlük yaşamında gerçekleştirebildiği aktiviteleri bağımsız bir şekilde gerçekleştirememesine neden olmaktadır (Yolcu, Akın ve Durna, 2016). Dañç (2019) 'ın çalışmasında kronik hastalığı olan hastaların HHÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yolcu, Akın ve Durna (2016)'nın çalışmasında kronik hastalığı bulunan hastaların HHÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada kronik hastalığı olan hastaların HHÖ puanlarının daha düşük olduğu bulundu. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve tedavilere karşı baş etme mekanizmaları geliştirmiş ve hastane-tedavi süreçlerine daha uyumlu olabileceğinden kaynaklanmış olabilir.

Hastaların mobilizasyonunun hastanın iyi oluşu üzerinde etkisi olduğu ve sağlık çalışanları tarafından hastanın erken mobilizasyona teşvik edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Juita, Yona ve Marita, 2023). Bu çalışmada hastaların ilk mobilizasyon süresi ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı olduğu belirlendi. İlk

mobilizasyon süresi uzadıkça hastaların HHÖ puanlarının arttığı görüldü. Ayrıca hastaların mobil olma isteği ile HHÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu gözlemlendi. Mobil olma isteği arttıkça hastaların HHÖ puanlarının azaldığı belirlendi.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $52,14 \pm 12,02$  yıl, %69,6'sı kadın, hastaların %44,8'inin obez, %89,6'sının evli, %52'sinin ilköğretim mezunu, %69,6'sının daha önce bir cerrahi işlem geçirdiği, %49,6'sının tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu, %34,4'ünün sigara kullanımı olduğu, %92'sinin ASA II sınıflamasında olduğu ve %84'ünün ameliyat sonrası hastanede 1 gün kaldığı bulundu.
- Hastaların toplam anestezi süresinin  $56,26 \pm 21,06$  dk sürdüğü, ortalama  $3,35 \pm 2,94$  saatte hastaların mobil olduğu ve günlük mobilizasyon sayısının ortalama  $5,17 \pm 3,14$  kez olduğu mevcut verilerden bulurken; hastaların ameliyat sonrası dönemde ayağa kalkma istek düzeylerinin 10 puan üzerinden ortalama  $5,56 \pm 2,69$  puan olduğu görüldü.
- Hastaların CKÖ puan ortalamalarının  $19,9 \pm 17,85$  olduğu (en az:0- en çok:78), CKÖ alt boyut puan ortalamaları ise sırası ile kısa dönem korku (CKÖ-K)  $12,55 \pm 10,88$  (min:0- maks:40), uzun dönem korku (CKÖ-U)  $7,34 \pm 8,84$  (min:0- maks:38) olarak belirlendi. CKÖ alt boyut puanlarından CKÖ-K puanlarının CKÖ-U puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.
- Hastaların BAÖ puan ortalamaları  $7,08 \pm 8,04$  (en az:0- en çok:42) olarak bulundu. BAÖ skorlarına göre hastaların 87'sinin (%69,6), anksiyete düzeyinin minimal, 22'sinin (%17,6) hafif, 9'unun (%7,2) orta ve 7'sinin (%5,6) şiddetli olduğu belirlendi.
- Hastaların HHÖ toplam puan ortalamaları  $71,86 \pm 18,33$  (en az:18- en çok:120) olarak bulundu. HHÖ alt boyut puan ortalamaları ise sırası ile yatak içinde dönme  $9,34 \pm 2,16$  (en az:4- en çok:15), yatak kenarında oturma  $9,10 \pm 2,58$  (en az:2- en çok:15), yatak kenarında ayağa kalkma  $9,16 \pm 2,59$  (en az:2- en çok:15) ve hasta odasında yürüme  $8,34 \pm 2,89$  (en az:0- en çok:15) olarak belirlendi.
- Hastaların cerrahi korkusu ile anksiyete ( $r=0,206$ ;  $p=0,021$ ), mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlük arasında ( $r=0,269$ ;  $p=0,002$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu; hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlüğü arttığı belirlendi ( $r=0,425$ ;  $p<0,001$ ).

- Hastaların yaşları ile uzun dönem ( $r=-0,220$ ;  $p=0,014$ ) ve genel ( $r=-0,214$ ;  $p=0,017$ ) cerrahi korku düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu görüldü. Erkek hastalara kıyasla kadınların kısa ( $Z=-3,601$ ;  $p<0,001$ ), uzun dönem ( $Z=-2,793$ ;  $p=0,005$ ) ve genel ( $Z=-3,687$ ;  $p<0,001$ ) korku düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.
- Hastaların yaşları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu bulundu ( $r=-0,193$ ;  $p=0,031$ ). Erkek hastalara göre kadın hastaların anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ( $Z=-3,256$ ;  $p=0,001$ ).
- Hastaların yaşları ile mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlük arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu görüldü ( $r=-0,236$ ;  $p=0,008$ ).
- Erkek hastalara göre kadın hastaların mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlüğü istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlendi ( $Z=-2,315$ ;  $p=0,021$ ).
- Kronik bir hastalığı olan hastaların mobilizasyon sırasında yaşadıkları ağrı ve güçlüğü istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az olduğu bulundu ( $Z=-2,177$ ;  $p=0,030$ ).

*Bu sonuçlar doğrultusunda,*

- ✓ Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi korkularını ifade edebilmeleri için cesaretlendirilmeleri
- ✓ Hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ve korkuya neden faktörlerin tanımlanması
- ✓ Hastaların korkularını azaltmak ve mobilizasyon sayılarını arttırmak için eğitim verilmesi ve danışmanlık yapılması
- ✓ Hastaların ameliyat sonrası erken mobilize olmaları için teşvik edilmesi
- ✓ Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi
- ✓ Çalışmanın daha geniş örneklem grupları ile yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdullayev, A. (2019). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara yapılan ayak masajının ağrı ve anksiyete düzeyine etkisi* (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Acar, K. Aygin, D. (2016). Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 17-22. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/227514>, 13.09.2023.
- Açar, Z. (2012). *Safra kesesi ameliyatı olan hastalarda hemşirelik bakımından memnuniyeti etkileyen faktörler* (Yükseklisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Afamefuna, S., Allen, S.N. (2013). Gallbladder disease: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterology*, 38(3), 33-41. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323402323001060?via%3Dihub>, 12.09.2023.
- Ahmetoğlu, Y. (2019). *Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların mobilizasyon düzeylerinin ve mobilizasyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yükseklisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Akkaya, H. (2020). *Lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası ilk hareketlilik düzeyine etkisi* (Yükseklisans Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aksoy, G. (2020). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. G. Aksoy, N. Kanan ve N. Akyolcu (Ed.), *Cerrahi hemşireliği-1* içinde (s. 257-297). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Askari, R., Kerawala, A.A., Khan, M.H., Rasheed, N., Khatoon, M.A. (2021). Pre-and postoperative anxiety and depression levels in orthopedic surgery. *RADS J Pharm Pharm Sci*, 9(2), 169-174. <https://doi.org/10.37962/jpps.v9i3.441>, 10.04.2024.
- Aune, D., Norat, T., & Vatten, L. J. (2015). Body mass index, abdominal fatness and the risk of gallbladder disease. *European journal of epidemiology*, 30(9), 1009–1019. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0081-y>, 13.02.2024.

- Aygin, D., Kaynar Kalkan, Ö., Akbayır, N. (2022). Ameliyat sonrası erken dönem mobilizasyonun hızlı iyileşmeye katkısı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3),392-403. doi: 10.54803/sauhsd.1168814, 11.12.2023.
- Ayoğlu, T. (2011). *Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz- etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi* (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bağdıgen, M. (2016). *Cerrahi Korku Ölçeği'nin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ve sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi* (Yükseklisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bahayı, K. (2015). *İleostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastaların, depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması* (Yükseklisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Baskın, B. (2019). *Günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Baş, M. (2021). *Sezaryen ameliyatı sonrası oral sıvı alımına erken başlanılmasının ve erken mobilizasyonun gaz çıkışına etkisi* (Yüksek lisans tezi). Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <https://www.jolietcenter.com/storage/app/media/beck-anxiety-inventory.pdf>, 28.02.2024.
- Berk Özcan, Ç. (2021). Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 69-78. [https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/62035/605735#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/62035/605735#article_cite), 19.03.2024.
- Birlikbaş, S., Bölükbaş, N. (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194-205. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd/issue/51573/649142>, 23.10.2023.

- Buecking, B., Bohl, K., Eschbach, D., Bliemel, C., Aigner, R., Balzer-Geldsetzer, M., Dodel, R., Ruchholtz, S., & Debus, F. (2015). Factors influencing the progress of mobilization in hip fracture patients during the early postsurgical period? - A prospective observational study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 60(3), 457–463. 15.04.2024.
- Bulut, A. (2019). *Diz ve kalça artroplastisi geçirmiş hastaların erken mobilizasyonunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Bulut, H., Aydın, E. (2014). Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Prev Med Bull*, 13 (1), 77-82. [https://www.researchgate.net/profile/Hulya-Bulut/publication/286310742\\_Nursing\\_care\\_in\\_bariatric\\_surgery/links/57036cc708aeade57a2477af/Nursing-care-in-bariatric-surgery.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Hulya-Bulut/publication/286310742_Nursing_care_in_bariatric_surgery/links/57036cc708aeade57a2477af/Nursing-care-in-bariatric-surgery.pdf), 10.01.2024.
- Büyükyılmaz, F., Özşaban, A. (2017). Yoğun bakım ünitelerinde koruyucu hasta pozisyonları, egzersiz ve mobilizasyon: güvenli uygulama rehberi. *F.N. Hem. Derg*, 25(2), 139-144. doi: 10.17672/fnhd.18197, 20.02.2024.
- Candaş Altınbaş, B., Gürsoy, A. (2023). Safra kesesinin cerrahi gerektiren hastalıkları ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları. Ö. Karayurt, (Ed.), *Gastrointestinal Sistem Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar* (1) içinde (56-61). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Castelino, T., Fiore, J.F., Jr, Niculiseanu, P., Landry, T., Augustin, B., & Feldman, L.S. (2016). The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. *Surgery*, 159(4), 991–1003. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.11.029>, 12.01.2024.
- Chen, C. H., Lin, C. L., & Kao, C. H. (2018). Gallbladder stone disease is associated with an increased risk of migraines. *Journal of clinical medicine*, 7(11), 455-477. <https://doi.org/10.3390/jcm7110455>, 12.09.2023.
- Chen, Y., Kong, J. & Wu, S. (2015). Cholesterol gallstone disease: focusing on the role of gallbladder. *Lab Invest* 95, 124–131. <https://doi.org/10.1038/labinvest.2014.140>, 20.02.2024.

- Cox, M.R. (2018). Gallbladder stones and common bile duct stones. *Surgical diseases of the pancreas and biliary tree*, 65-120, [https://doi.org/10.1007/978-981-10-8755-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-981-10-8755-4_4), 12.12.2023.
- Çağlar, S., Karaman Özlü, Z. (2022). X, Y, Z kuşağındaki hastalarda cerrahi korku düzeyinin belirlenmesi. *Karya J Health Sci*, 3(2), 69-77. doi: 10.52831/kjhs1067138, 01.05.2024.
- Çelik, F., Edipoglu, I. S. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European journal of medical research*, 23(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s40001-018-0339-4>, 04.05.2024.
- Çelik, Y., Yener, O., Eren, T. T., Yılmaz, A., Demir, M., Anılır, E., Yiğitbaş, R. (2013). Açık veya laparoskopik kolesistektomide sistemik inflamatuvar yanıt. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28 (3),125-131. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.125, 15.12.2023.
- Çetin, F., & Yılmaz, E. (2022). Cerrahi kliniğinde yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve ameliyat korkusuna etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 61-67. [https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/68428/997716#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/68428/997716#article_cite), 10.01.2024.
- Çınar, F. (2020). The investigation of mobility levels of postoperative patients open heart surgery and influencing factors. *Online Journal of Cardiology Research & Reports*, 3(4), 1-4. <https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/5313>, 01.01.2024.
- Çınar, F., Bülbüloğlu, S. (2022). The effect of spiritual well-being on surgical fear in geriatric patients. *Kocaeli Med J*, 11(1),119-127. DOI:10.5505/ktd.2022.65148, 27.08.23.
- Çoban, C. (2020). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Danç, E. (2019). *Ortopedi servisinde cerrahi girişim geçiren hastaların hareket düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi* (Yükseklisans Tezi), Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Daştan, N. (2022). *Katarakt cerrahisi öncesi uygulanan el masajının anksiyete, cerrahi korku, ağrı ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

- Demiratlı, M. Ç. (2023). *Total diz protezi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi korku düzeylerinin belirlenmesi* (Yükseklisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Demirci, B., Yılmaz Şahin, S. (2023). Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi. *Karya J Health Sci.* 4(1), 19-25. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1182953> 28.09.23.
- Di Buono, G., Romano, G., Galia, M., Amato, G., Maienza, E., Vernuccio, F., Bonventre, G., Gulotta, L., Buscemi, S., & Agrusa, A. (2021). Difficult laparoscopic cholecystectomy and preoperative predictive factors. *Scientific reports*, 11(1), 2559. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81938-6>, 15.15.2023.
- Dinç, G., Yılmaz Güven, D. (2023). Total diz artroplastisi ameliyatı yapılan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 15(2), 299-307. DOI: 10.5336/nurses.2022-94552, 12.02.2024.
- Dinç, M. (2019). *Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara broşür destekli eğitimin anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisinin incelenmesi* (Yükseklisans Tezi), Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep.
- Durmuş Iskender, M., Bektas, O., & Eren, H. (2020). Effect of preoperative in-bed exercises and mobilization training on postoperative anxiety and mobilization level. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(4), e12339. <https://doi.org/10.1111/jjns.12339>, 12.03.2024.
- Dursun, A. (2018). *Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Elkbuli, A., Sanchez, C., Kinslow, K., McKenney, M., Boneva, D. (2020). Uncommon presentation of severe empyema of the gallbladder: Case report and literature review. *The American journal of case reports*, 21, e923040. <https://doi.org/10.12659/AJCR.923040>, 22.10.2023.
- Emre, Ş., Topuzlu Tekant, G., Şenyüz, O.F. (2016). Laparoskopik kolesistektomi. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 30(Ek sayı 3), 197-202. doi:10.5222/JTAPS.2016.197, 29.01.2024.

- Ercihan, E., Küçük, Ş., Arslan, R.S., Küçük, İ.G. (2022). Safra kesesi mukoseli: İki olgu sunumu. *Mevlâna Tıp Bilimleri*, 2(1), 38- 41. <https://app.mevlanamedsci.org/uploads/makale-pdf/safra-kesesi-mukoseli-iki-olgu-sunumu-gallbladder-mucocele-two-case-reports483304973.pdf>, 10.07.2023.
- Erdem, D., Uğış. C., Albayrak, MD., Akan, B., Aksoy, E., Göğüş, N. (2011). Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7(1), 11-16. DOI: 10.5350/BTDMJB201107103,01.05.2024.
- Ergen, Ö. (2020). *Laparoskopik kolesistektomi girişimi sonrası uygulanan solunum egzersizinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi* (Yükseklisans Tezi), Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
- Ertem, M., Savcı, A. (2023). Investigation of the effect of nutritional status on pain and mobilization of patients undergoing surgical intervention. *BAUN Health Sci J*, 12(2), 246-255. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1093063>, 07.10.2023.
- Gandhi, D., Nepal, P., Hernandez-Delima, FJ. et al., (2019). A pictorial review of gall stones and its associated complications, *Clinical Imaging*, 60(2), 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2019.11.015>, 15.12.2023.
- Gavriilidis, P., Catena, F., de'Angelis, G., & de'Angelis, N. (2022). Consequences of the spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *World journal of emergency surgery*, 17(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00456-6>, 12.09.2023.
- Gök, F., Kabu Hergül, F. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206. <https://doi.org/10.26650/JARHS2020-763519>, 09.10.2023.
- Gustafsson, S., Strömqvist, M., Ekelund, J., Engström, Å. (2020). Factors influencing early postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(1), 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.06.002>, 12.04.2024.

- Gutt, C., Schläfer, S., & Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(9), 148–158. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0148>, 12.10.2023.
- Güçlü, A. (2017). Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3), 209-216. [https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/38319/443721#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/38319/443721#article_cite), 10.12.2023.
- Güler, S. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi cerrahisi uygulanan hastalara ılık su içirmenin gastrointestinal sistem fonksiyonlarına etkisinin incelenmesi* (Yükseklisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep.
- Gündöndü, G. (2014). *Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan hastalarda ağrı yönetimiyle anksiyete düzeyi arasındaki ilişki* (Yükseklisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hassler, K. R., Collins, J. T., Philip, K., Jones, M. W. (2023). Laparoscopic cholecystectomy. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. 17.10.2023.
- Heye, M.L., Foster, L., Bartlett, M.K., Adkins, S. (2002). A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. *Applied Nursing Research*, 16(2), 174-183, doi: 10.1053/apnr.2002.34146.28.02.2024.
- Housset, C., Chretien, Y., Debray, D., Chignard, N. (2016). Functions of the gallbladder. *Comprehensive Physiology*, 6, 1549-1577. 10.1002/cphy.c150050, 15.08.2023.
- Hu, Y., McArthur, A., Yu, Z. (2019). Early postoperative mobilization in patients undergoing abdominal surgery: a best practice implementation project. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 17(12), 2591–2611. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00063>, 02.11.2023.
- Hundt, M., Wu, C.Y., Young, M. (2023). Anatomy, abdomen and pelvis: biliary ducts. StatPearls. *StatPearls Publishing, Treasure Island*, PMID: 29083810.12.10.2023.
- Ilkaz, N., Acavut, G., Gençbaş, D., Ünal, N., Bayrak Aykan, E. (2023). Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen enfeksiyonlar ile ilişkili faktörlerin ve hemşirelik tanımlarının belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 37-44. doi: 10.48071/sbuhemşirelik.1203090, 21.12.2023.

- Iordanidis, A., Garcia-Guinea, J., Giousef, C., Angelopoulos, A., Doulgerakis, M. Papadopoulou, L. (2013). Characterization of gallbladder stones from cholelithiasis patients of northern greece, using complementary techniques, *Spectroscopy Letters: An International Journal for Rapid Communication*, 46(4), 301-306, DOI: 10.1080/00387010.2012.728552, 12.11.2023.
- İnal, Y. (2018). *Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi* (Yükseklisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Jones, M. W., Guay, E., Deppen, J. G. (2023). Open cholecystectomy. In StatPearls. *StatPearls Publishing*, 12.12.2023.
- Jones, M.W., Small, K., Kashyap, S., Deppen, J.G. (2018). Physiology gallbladder. StatPearls. *StatPearls Publishing, Treasure Island* (FL), <https://europepmc.org/article/nbk/nbk482488#free-full-text>, 15.10.2023.
- Juita, J., Yona, S., Maria, R. (2023). The benefits of early mobilization on post-abdominal surgery: A review of literature. *Indonesian Nursing and Scientific Journal*. 13(01), 21-33. doi: 10.33221/jiiki.v13i01.2377, 06.01.2024.
- Kahokehr, A., Broadbent, E., Wheeler, B. R., Sammour, T., Hill, A. G. (2012). The effect of perioperative psychological intervention on fatigue after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*, 26(6), 1730–1736. <https://doi.org/10.1007/s00464-011-2101-7>, 14.04.2024.
- Kapıkıran, G., Demir, B., Bülbüloğlu, S., Sarıtaş, S. (2021). The effect of spiritual well-being on surgical fear in patients scheduled to have abdominal surgery, *IJHSRP*, 6(2), 229–238, doi: 10.33457/ijhsrp.930665. 24.09.2023.
- Karačić, A., Theunissen, M., Sović, S., Sever, M., Bakula, B., Semanjski, K. (2023). Validation of the croatian version of the Surgical Fear Questionnaire (SFQ) in adult patients waiting for elective surgery. *Acta clinica Croatica*, 62(1), 153–161. <https://doi.org/10.20471/acc.2023.62.01.18>, 14.04.2024.
- Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). Cerrahi bakım. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (6. Baskı) içinde (99-111). Ankara: Akademisyen Kitapevi.

- Kaya, M., Karaman Özlü, Z. (2019). Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 281-290. DOI: 10.17049/ataunihem.550029, 12.12.2023.
- Kılınç, T., Karaman Özlü, Z. (2023). Elektif cerrahi planlanan hastalarda cerrahi korku, uyku ve uykusuzluk durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 5(3), 205-212. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1268416, 12.12.2023.
- Kırtıl, İ., Kanan, N. (2021). Abdominal cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyonun gastrointestinal işlevlere etkisi: Sistemik derleme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(3), 166-176. doi:10.17827/aktd.873681,12.01.2024.
- Kıvırcık, S. (2019). *Bariatrik cerrahi sonrası hastaların solunum egzersizi yapma ve mobilizasyon durumlarının belirlenmesi* (Yükseklisans Tezi), Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Koç, D.E. (2019). *Cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yükseklisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Koraş Sözen, K. (2021). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarda ölüm kaygısının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 439–444. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.852098>, 12.02.2024.
- Köse, S. (2018). *Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda erken ve düzenli mobilizasyonun yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Littlefield, A., Lenahan, C. (2019). Cholelithiasis: Presentation and management. *Journal of midwifery & women's health*, 64(3), 289–297. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12959>, 12.10.2023.
- Lu, Y. J., Lee, M. C., Chen, C. Y., Liang, S. Y., Li, Y. P., Chen, H. M. (2022). Effect of guided imagery meditation during laparoscopic cholecystectomy on reducing anxiety: A randomized controlled trial. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(6), 885–892. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.07.003>, 15.04.2024.

- Mahadevan, V. (2014). Anatomy of the gallbladder and bile ducts, *Surgery*, 38(8), 432-436. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2014.10.0037>, 19.02.2024.
- Mahmudova, R., Candan Dönmez, Y. (2019). Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 11(1), 1-6. DOI: 10.5336/nurses.2018-60409, 13.01.2024.
- Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*, 27(1), 104–108. <https://doi.org/10.1007/s00540-012-1460-0>, 01.05.2024.
- Menevşe, Ş. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalara uygulanan duygusal özgürleşme tekniği'nin cerrahi korku ve kaygıya etkisi* (Yükseklisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Mete, Z., Avcı Işık, S. (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3), 337- 347. 10.5336/Nurses.2019-73129, 10.04.2024.
- Noble, F., Johnson, C. (2015). Gallstones. *Medicine*, 43(11), 689-693. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2015.08.006>, 12.01.2024.
- Odabaşı, G. (2021). *Bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda cerrahi korku düzeyinin ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisi* (Yüksek lisans tezi), Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Okut, G., Kanat, C., Altun Uğraş, G. (2022). Ameliyat öncesi anksiyete kontrolünde hemşirelerin kullandıkları tamamlayıcı yöntemler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 363-374. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1027673>, 18.11.2023.
- Öner Karaveli, E. (2023). *Beyin tümörü ameliyatı olan hastaların hareket korkusu ile mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişki* (Yükseklisans Tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Ören, B. (2018). Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 324-332. <https://doi.org/10.17681/hsp.409359>, 02.02.2023.
- Öskan, D.S. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi cerrahi geçirecek hastalara sanal gerçeklik ile verilen eğitimin hastaların yaşam bulgularına ağrı ve anksiyetelerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep.
- Özyürek, H., Göktaş, S. (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 83-92. doi: 10.48071/sbuhemşirelik.936956, 12.12.2023.
- Pak, M., Lindseth, G. (2016). Risk factors for cholelithiasis. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 39(4), 297–309. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000235>, 17.12.2023.
- Pimpale, R., Katakwar, P., Akhtar, M. (2019). Cholelithiasis: causative factors, clinical manifestations and management. *Int Surg J*. 6(6), 2133-2138. <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20192380>, 10.02.2024.
- Qiao, T., Ma, R. H., Luo, X. B., Yang, L. Q., Luo, Z. L., Zheng, P. M. (2013). The systematic classification of gallbladder stones. *PloS one*, 8(10), e74887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074887>, 20.12.2023.
- Radunovic, M., Lazovic, R., Popovic, N., Magdelinic, M., Bulajic, M., Radunovic, L., Vukovic, M., Radunovic, M. (2016). Complications of laparoscopic cholecystectomy: our experience from a retrospective analysis. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 4(4), 641–646. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2016.128>, 10.12.2023.
- Ralph, N. (2018). Current opinion about surgery-related fear and anxiety. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4), 3-6. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1046>, 19.02.2024.
- Razera, A.P.R., Braga. E.M. (2011). The importance of communication during the postoperative recovery period. *Rev da Esc Enferm da USP*, 45(3), 632-637. <https://www.scielo.br/j/reuusp/a/Q9BfJyGPPJ7JrgTd7HWG95q/abstract/?lang=pt>, 01.05.2024.

- Rebholz, C., Krawczyk, M., & Lammert, F. (2018). Genetics of gallstone disease. *European journal of clinical investigation*, 48(7), e12935. <https://doi.org/10.1111/eci.12935>, 08.12.2023.
- Reshetnyak, V.I. (2012). Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World journal of hepatology*, 4(2), 18–34. <https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i2.18>, 15.12.2023.
- Ruhaiyem, M. E., Alshehri, A. A., Saade, M., Shoabi, T. A., Zahoor, H., Tawfeeq, N. A. (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(3), 317–321. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.179094>, 01.05.2024.
- Sadlinger, P.F., Bellorin-Marin, O.E. (2018). Chapter 106. Anatomy, Embryology, Anomalies, and Physiology of the Biliary Tract. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract* (2). İçinde (1249-1266). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323402323001060>, 10.10.2023,
- Said, C. M., Delahunt, M., Ciavarella, V., Al Maliki, D., Boys, A. M., Vogrin, S., Berney, S. (2021). Factors impacting early mobilization following hip fracture: an observational study. *Journal of geriatric physical therapy* (2001), 44(2), 88–93. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000284>, 15.04.2024.
- Saruhan, Ç. (2022). Kolorektal kanserlerin cerrahi tedavi sürecinde hemşirelik bakımı. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 637-656. <https://doi.org/10.47115/jshs.1110048>, 12.12.2023.
- Satır, G., Özbaş, A., Taşkın, H. E. (2024). Bariyatrik cerrahi hastalarında cerrahi korku ile sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1), 11-19. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1258461>, 17.01.2024.
- Savaş, S., Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı geriatric değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), Ek / Supplement: 19-30, [http://egetipdergisi.com.tr/en/pub/issue/31426/910429#article\\_cite](http://egetipdergisi.com.tr/en/pub/issue/31426/910429#article_cite), 04.05.2024.
- Solak Kabataş, M., Özbayır, T. (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: Sistemik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120-132, [https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/23823/253806#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/23823/253806#article_cite), 30.04.2024.

- Stinton, L.M., Shaffer, E.A. (2012). Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut and liver*, 6(2), 172–187. <https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172>, 29.10.2023.
- Strøm, J., Bjerrum, M.B., Nielsen, C.V., Thisted, C.N., Nielsen, T.L., Laursen, M., Jørgensen, LB. (2018). Anxiety and depression in spine surgery-a systematic integrative review. *Spine J.* (7), 1272-1285. doi:10.1016/j.spinee.2018.03.017. Epub 2018 Apr 9. PMID: 29649613, 12.01.2024.
- Sürme, Y., Çimen, Ö. (2022). Preoperative surgical fear and related factors of patients undergoing brain tumor surgery. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(6), 934–938. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.04.006>, 12.03.2024.
- Tanaja, J., Lopez, R.A., Meer, J.M. (2023). Cholelithiasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). PMID: 29262107. 10.12.2023.
- Targan, F. (2019). *Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi* (Yükseklisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Taşdemir, N., Yıldırım Tank, D., Çetinkaya, B.E. (2022). Hastaların ameliyat öncesi dönemde korku düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 7(1), 47-58. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1158107>, 26.09.2023.
- Theunissen, M., Jonker, S., Schepers, J., Nicolson, NA., Nuijts, R., Gramke, H-F., et al. (2018) Validity and time course of surgical fear as measured with the Surgical Fear Questionnaire in patients undergoing cataract surgery. *PLoS ONE*, 13(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201511>, 19.02.2024.
- Theunissen, M., Peters, M. L., Schouten, E. G., Fiddelers, A. A., Willemsen, M. G., Pinto, P. R., Gramke, H. F., & Marcus, M. A. (2014). Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PloS one*, 9(6), e100225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100225>, 18.02.2024.

- Tuna, A., Önal, C., Çalışkan, O. (2021). Tekrarlayan ateş atakları: Mirizzi sendromu olgu sunumu. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(2), 418-421. DOI:10.24938/kutfd.956923, 17.10.2023.
- Tunç Tuna, P., Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 180-188. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752812>, 18.11.2023.
- Turumin, J.L., Shanturov, V.A., & Turumina, H.E. (2013). The role of the gallbladder in humans. *Revista de gastroenterologia de Mexico*, 78(3), 177–187. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.02.003>. 12.12.2023.
- Ulusoy, M., Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172. 11.11.2024.
- Urcanoğlu, Ö.B. (2017). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda sakız çiğnemenin barsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya ve erken taburculuğa etkisi* (Yükseklisans Tezi), Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Usta, E., Çavdar, İ. (2013). Obezite cerrahisinde (bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 71-77. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/tr/download/article-file/48780>, 10.10.2023.
- Van de Graaf, F. W., Zaïmi, I., Stassen, L. P. S., & Lange, J. F. (2018). Safe laparoscopic cholecystectomy: A systematic review of bile duct injury prevention. *International journal of surgery (London, England)*, 60, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2018.11.006>, 17.09.2023.
- Vermişli, S., Çam, K. (2015). Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. *Üroonkoloji Bülteni*, 1(14), 324-326. 10.4274/uob.467, 12.12.2023.
- Wikipedia.org, 22.04.2024, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Safra>.
- Yayla, A., & Özer, N. (2019). Effects of early mobilization protocol performed after cardiac surgery on patient care outcomes. *International journal of nursing practice*, 25(6), e12784. <https://doi.org/10.1111/ijn.12784>, 12.02.2024.

- Yılmaz, Y., Durmuş, K., İnal, F. Y., Çiftçi, T., vd. (2014). Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2), 288-293. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2014.02.0418>, 13.03.2024.
- Yolcu, S., Akın, S., Durna, Z. (2016). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 13(2), 129- 138. doi:10.5222/HEAD.2016.129, 18.03.2024.
- Yurddaş, B. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve uyku üzerine etkisi* (Yükseklisans Tezi), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Zhang, L., Wu, Q., Wang, X., Zhu, X., Shi, Y., Wu, C. J. (2024). Factors impacting early mobilization according to the Enhanced Recovery After Surgery guideline following gastrointestinal surgery: A prospective study. *Geriatrics & gerontology international*, 24(2), 234–239. <https://doi.org/10.1111/ggi.14799>, 15.04.2024.

**EKLER****EK:1-TANITICI BİGİ FORMU****EK:2-CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ****EK:3-BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ****EK:4-HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ****EK:5- ETİK KURUL İZİNİ FORMU****EK:6- KURUM İZİNİ FORMU****EK:7- CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ****EK:8- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ****EK:9- HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ****EK:10-GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

## EK:1

**Tanıtıcı Bilgi Formu**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisi amacıyla planlanmıştır. Araştırma süresince sizden alınan bilgiler saklı tutulacak ve bu bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Anket sorularının doğru cevaplandırılması çalışmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Araştırma katılmak gönüllülük esastır, bilimsel araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Tez Öğrencisi: Zeynep TURHAN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ezgi SEYHAN AK

**1.KISIM**

1. Yaş:
2. Cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni Durumunuz? ( ) Bekar ( ) Evli
4. Eğitim Durumunuz? ( ) Eğitim almadı ( ) İlkokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü
5. Geçirilmiş ameliyatınız? ( ) Geçirdim ( ) Geçirmedim
6. Kronik hastalıklarınızı, süresini ve ilaç kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.
7. Beden kitle indeksi: Boy:..... Kilo:.....
8. Sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
9. Cevabınız evet ise .....Paket/Gün ..... Yıl
10. ASA skoru: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4
11. Anestezi Süresi:
12. Hastanede yatış süresi: ...../gün
13. Anestezi için kullanılan ilaçlar:

**EK:1- Devamı****2.KISIM**

1. Ameliyattan sonra ilk mobilizasyon zamanı: .....

2. Ameliyattan sonra ayağa kalkma isteği (0-10 sayısal oranlama skalası)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Gün içerisindeki mobilizasyon sayınız? .....

## EK:2

**Cerrahi Korku Ölçeği**

Bu ölçek cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. "0" hiç korkmuyorum "10" çok korkuyorum anlamına gelmektedir. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1).Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

2). Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

**EK:2- Devamı**

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmuyorum

Çok korkuyorum

**EK:3****Beck Anksiyete Ölçeği**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklilik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan).	0	1	2	3

## EK:4

**HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ**

Yönerge: Bu form ameliyattan sonra hareket etme konusunda ne kadar zorlandığınızı değerlendirmek için hazırlanmıştır. Bu nedenle hareketin her aşamasını ayrı ayrı değerlendirmeniz istenmektedir. Aşağıdaki hareketleri yerine getirme sırasında yaşadığınız ağrı ve zorluğun derecesini en iyi tanımlayan yere, yatay çizgi üzerinde işaret koyunuz.

**Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:**

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

**Yatak Kenarında Oturma:**

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

**Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

**EK:4-Devamı****Hasta Odasında Yürüme:**

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

**EK:5**



**EK:5-Devamı**



**EK:6**



**EK:7**



**EK:8**



**EK:9**



EK:10

### Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, "Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon durumlarına etkisini" incelemek amacıyla planlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, veri toplama formları kullanılarak size ait veriler elde edilecektir. Elde edilen bilgiler, kişilerin adı saklı tutularak bilimsel olarak kullanılacaktır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan verilerin toplanması için araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan "Tanıtıcı Bilgi Formu" (EK-4) kullanılacaktır. Ameliyat Öncesinde Cerrahi Korku Ölçeği (EK-5) ile cerrahi korku düzeyinizi Beck Anksiyete Ölçeği (EK-6) anksiyete düzeyiniz değerlendirilecektir. Ameliyat sonrasında mobilizasyon durumunuz Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK-7) ve Hasta Mobilizasyon Soru Formu (EK-8) kullanılarak değerlendirilecektir.

Ameliyat öncesi bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde sizden yazılı izin alınmış olması durumunda dahil çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabiliyorsunuz. Araştırmada elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmemek şartıyla bilimsel araştırmalarda kullanılabilir, araştırmanın kalitesini denetleyen yetkililer, etik kurullar ve resmi makamlarca incelenebilir. Araştırmada elde edilen bilgiler bu amaçlar dışında kullanılmayacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Araştırmadan ayrılma durumunuzda tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esastır. Araştırmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Ayrıca bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Yukarıda ayrıntıları verilen çalışma hakkında yeterince bilgilendirildim. Çalışmaya katılmakla hiçbir maddi yükümlülüğe girmeyeceğimi, mahremiyetimin korunacağını, tedavi ya da takibimde olumsuz bir değişiklik olmayacağını ve bedenen bana zararlı olabilecek herhangi bir uygulamaya maruz kalmayacağımı biliyorum. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

İmzası

Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı

İmzası

Tarih

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK HASTALARIN CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE ve MOBİLİZASYON DURUMLARINA ETKİSİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>19</b>	% <b>18</b>	% <b>12</b>	% <b>1</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>5</b>
<b>2</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>3</b>
<b>3</b>	<b>yayin.ieu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>acikerisim.karabuk.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>dspace.trakya.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>www.turkiyeklinikleri.com</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>www.researchgate.net</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>norosirurji.dergisi.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## ETİK KURUL İZİN YAZISI

**Uyarı:** Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Zeynep TURHAN  
(İmza)



## KURUM İZİNİ YAZILARI

**Uyarı:** Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- Kurum izni gerekmektedir.
- Kurum izni gerekmemektedir.

Zeynep TURHAN  
(İmza)



## ÖZGEÇMİŞ

