



**ACİL CERRAHİ ÖNCESİ VİDEOLU EĞİTİMİN
HASTALARIN YAŞAM BULGULARI, AĞRI VE
CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Pelin TUNCER ÇOBAN

HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serdar SARITAŞ**

Doktora Tezi – 2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL CERRAHİ ÖNCESİ VİDEOLU EĞİTİMİN HASTALARIN
YAŞAM BULGULARI, AĞRI VE CERRAHİ KORKU DÜZEYLERİNE
ETKİSİ

Pelin TUNCER ÇOBAN

Hemşireliği Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serdar SARITAŞ

MALATYA
2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Serdar SARITAŞ danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.
...../...../202

Pelin TUNCER ÇOBAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Acil Cerrahi Girişimler	4
2.2. Cerrahi Korku	4
2.2.1. Cerrahi Korkunun Bireyler Üzerindeki Etkisi	5
2.2.2. Cerrahi Korku ve Hemşirelik	6
2.3. Ağrı	6
2.3.1. Ağrı Sınıflandırılması.....	7
2.3.2. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanma Süreci	8
2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kontrolü	9
2.4. Ameliyat Öncesi Eğitimin Önemi	13
3. MATERYAL-METOT.....	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	15
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK-1).....	16
3.4.2. Cerrahi Korku Ölçeği (EK-2).....	16
3.4.3. Numerik Ağrı Skalası (EK-3)	16
3.4.4. Hasta Verileri kayıt Formu(EK-4)	17
3.5. Verilerin Toplanması.....	17
3.6. Hemşirelik Girişimleri	17
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi	18
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19

4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR	38
EKLER.....	46
EK-1. Özgeçmiş	46
EK-2. Hasta Bilgi Formu	48
EK-3. Cerrahi Korku Ölçeği	49
EK-4. Numerik Ağrı Skalası	50
EK-5. Hasta Verileri Kayıt Formu	51
EK-6. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Deney Grubu İçin).....	52
EK-7 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Kontrol Grubu İçin).....	55
EK-8. Hastane İzin Belgesi	58
EK-9. Etik Kurul İzni.....	60
EK-10. Ölçek İzni.....	61
EK-11. Randomizasyon Tablosu	62

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez hazırlığı döneminde hiç bir desteğini esirgemeyen tüm bilgi beceri ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve tez danıőmanın Doç. Dr. Serdar SARITAŞ ve değerli hocam Prof. Dr. Meral ÖZKAN' a

Araőtırmamın yapılmasına izin veren Tunceli Devlet Hastanesi yöneticilerine,

Tezimin başlangıcından bu güne kadar ilerlemesine yardımcı ve destek olan sevgili iş arkadaşlarıma,

Doktora eğitimim boyunca tüm süreçlerde yan yana olduğum dönem arkadaşım Melek KAYA' a,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen kardeőim Dr. Öğretim Üyesi Sevcan KARATAŐ' a, annem ve babam başta olmak üzere tüm aileme,

Hayat boyu destekçim olan eşim Hüseyin ÇOBAN' a, teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu çalışma, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Materyal-Metot: Araştırma, randomize kontrollü olarak Şubat 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında, Tunceli Devlet Hastanesi'nde yürütüldü. Örneklemi videolu eğitim verilen deney grubu (s:26) ve kontrol grubu(s:26) olarak, acil cerrahi planlanan 52 hasta oluşturdu. Veriler Hasta Bilgi Formu, Cerrahi Korku Ölçeği, Numerik Ağrı Skalası ve Hasta Verileri Formu kullanılarak toplandı. Hastaların bilgileri, cerrahi korku düzeyleri, ağrı düzeyleri ve yaşam bulguları ölçüldükten sonra, deney grubuna video ile eğitim verildi. Eğitimden 10 dakika sonra tekrar cerrahi korku düzeyleri, ağrı düzeyleri ve yaşam bulguları ölçülüp kayıt altına alındı. Ameliyat sonrası dönemde her iki grubun ağrı düzeyleri ve yaşam bulguları ölçülüp kayıt altına alındı. Verilerin analizinde; Tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi, Mann-Whitney U Testi, Friedman ve Wilcoxon Testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubu arasında yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Deney grubunun, grup içi karşılaştırmasında eğitimi öncesi-sonrası ağrı ve cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Sonuç: Acil cerrahi öncesi verilen videolu eğitimin, cerrahi korku düzeyini azalttığı, eğitim sonrası ağrı düzeyini eğitim öncesi döneme göre azalttığı ancak yaşam bulguları ve ameliyat sonrası hissedilen ağrı düzeyi üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil cerrahi, Video destekli eğitimi, Ağrı, Yaşam bulguları Cerrahi korku

ABSTRACT

The Effect of Video Education Before Emergency Surgery on Patients' Vital Signs, Pain and Surgical Fear Levels

Aim: This study was conducted to evaluate the effect of preoperative video education given to patients scheduled for emergency surgery on vital signs, pain and surgical fear levels.

Material and Method: The study was conducted in a randomized controlled manner between February 2023 and February 2024 at Tunceli State Hospital. The sample consisted of 52 patients who were planned for emergency surgery, as the experimental group (n: 26) given video education and the control group (n: 26). Data were collected using the Patient Information Form, Surgical Fear Scale, Numerical Pain Scale and Patient Data Form. After the patients' information, surgical fear levels, pain levels and vital signs were measured, the experimental group was given video training. After the patients' information, surgical fear levels, pain levels and vital signs were measured, the experimental group was given video training. Ten minutes after the training, surgical fear levels, pain levels and vital signs were measured and recorded again. In the postoperative period, pain levels and vital signs of both groups were measured and recorded. In the analysis of data; In addition to descriptive statistical methods, Shapiro-Wilk Test, Mann-Whitney U Test, Friedman and Wilcoxon Test were used to distribute the data. Significance was evaluated at $p < 0.01$ and $p < 0.05$ levels.

Results: Within the scope of the research, it was determined that the difference between vital signs, pain and surgical fear levels between the experimental and control groups was not statistically significant ($p > 0.05$). In the intra-group comparison of the experimental group, it was determined that the difference between pre-post-training pain and surgical fear levels was statistically significant ($p < 0.01$).

Conclusion: It has been determined that video training given before emergency surgery reduces the level of surgical fear, reduces the pain level after training compared to the pre-training period, but has no effect on vital signs and the level of pain felt after surgery.

Keywords: Emergency surgery, Video assisted education, Pain, Vital signs, Surgical fear

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ASA** :Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği (American Society of Anesthesiologists)
- DK** : Dakika
- NCEPOD** : National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Akut Ağrı Şeması	9
Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması	22



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması	20
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	23
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Vücut Isısı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	25
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Nabız Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	26
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Sistolik Kan Basıncı Değişkenine Ölçümlerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Diyastolik Kan Basıncı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	28
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Solunum Sayısı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	29
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Satürasyon Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Ağrı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Cerrahi Korku Uzun-Kısa Dönem Ölçümlerin Karşılaştırılması	32

1.GİRİŞ

Cerrahi, insan yaşamını korumak için organizmada meydana gelen patolojik olayları durdurmak veya hafifletmek amacıyla yapılan planlı ya da plansız girişimlerdir (1,2). Günümüzde hızlı nüfus artışı, yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla daha yüksek olması, konjenital anomalilerin görülme sıklığının artması, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler gibi nedenlere bağlı olarak ülkemiz ve dünyada cerrahi girişim geçiren hasta sayısının arttığı gözlemlenmektedir(3).

Bireyin hayati tehlikesinin olmadığı, tanı konulduktan sonra ameliyat ve hazırlık için süre verilen planlı girişimler elektif cerrahi girişimler; bireyin hayati tehlikesinin söz konusu olduğu durumlarda yapılan plansız girişimler ise acil cerrahi girişimler olarak adlandırılmaktadır (3,4). Amerikan Cerrahlar Akademisi'nin Ulusal Cerrahi Kalite İyileştirme Programı'na göre: "Acil cerrahi, hastaneye yatıştan ya da ameliyat olmadan önce yapılan hazırlıkların başlamasından sonra 12-48 saat içerisinde gerçekleştirilen cerrahi girişim olarak tanımlanır" (5,6).

Elektif cerrahi öncesi hasta birey ve ailesine, yatış ve ameliyat öncesi hazırlık için yeterli süre tanındığından, birey; fiziksel, psikolojik ve yasal açıdan ameliyata hazırlanmaktadır. Ancak acil cerrahi girişimlerde ameliyat kararının ani verilmesi ve hazırlık için ayrılan sürenin yetersiz olmasından dolayı, ameliyat kararı verilen birey ve ailesinin, bireyin hayatı ve iyileşme dönemi konusundaki kaygı ve korkuları nedeniyle anksiyete yaşadıkları bilinmektedir. Acil cerrahiler, tedavisi cerrahi olarak yapılabilen bir durumu düzeltmek, bireyin hayatını ve sağlığını korumak ayrıca hastalıkları önlemek amacıyla yapılmakta ve ameliyatların önemli bir bölümünü temsil etmektedir (5,6). Bundan dolayı acil cerrahi girişim sonrası bireyler normal yaşantılarına dönebilmek için daha çok bilgi ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (3). Fındık ve Topçu'nun (2012), yapmış oldukları çalışmada; acil cerrahi planlanan bireylerin, elektif cerrahi planlanan bireylere göre daha çok anksiyete hissettikleri ve bu nedenle acil cerrahi planlanan durumlarda hazırlığa daha çok önem verilmesi gerektiğini tespit edilmiştir(4).

Cerrahi girişimler öncesi hissedilen anksiyetenin kaynağı bilinmezlik korkusudur (4). Bireylerin hissettiği bu korku, cerrahi korku olarak adlandırılır ve bireyin ameliyat olması gerektiğini öğrendiği andan başlayıp, ameliyat için yapılan hazırlıklar ve yatış işlemi ile artan, iyileşme dönemine kadar devam eden bir süreçtir. Cerrahi korku, bireylerin ameliyat sürecine uyumunu, tedavi sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz

açıdan etkileyen ve bireylerde en fazla görülen fizyolojik ve psikolojik bir tepkidir. Acil cerrahi girişim kararı verilen bireyler, hissedilen ağrıdan ve rahatsızlıktan kurtulma umudu taşımalarının dışında, cerrahi girişim sonrası ağrı ve acılarının daha da artmasından, bedeninin zarar göreceği düşüncesinden, anesteziye bağlı bilinçsizlik durumunda yaşayacağı bilinmezlikten, ölüm korkusundan, ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken başka birine bağımlı kalma düşüncesi gibi nedenlerden dolayı korku yaşamaktadır (7). Ameliyat öncesi hissedilen bu korkular cerrahi işlem geçirmeyi bekleyen birçok bireyde gözlemlenebilen duygusal reaksiyonlardır. Ancak ameliyat öncesi bireylerde yaygın olarak görülen cerrahi korku seviyesinin patolojik seviyelere ulaşması birçok zararlı etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (4,9). Birçok çalışmada, cerrahi korku ve anksiyete artmış postoperatif ağrıya, analjezik kullanımında artışa, iyileşme süresinde uzamaya, enfeksiyon riskine, hastane yatış süresinin uzamasına, hastaların uyku problemi yaşamasına, hastalarda depresyon riskinin artmasına ve hasta memnuniyetsizliğine yol açtığı tespit edilmiştir (3,10,11). Literatür incelendiğinde, hastaları ameliyat öncesi değerlendirirken, endişe ve korkuları açıkça sorulmalı, nedenleri analiz edilip baş etme yöntemleri geliştirilmelidir (4,11). Bireylerin hissettikleri anksiyete düzeylerini azaltmak amacıyla farklı yöntemler kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi süreçte anestezi hekimi tarafından gerçekleştirilen görüşme sonucunda uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır (12). Taşdemir ve arkadaşlarının (2021) yapmış oldukları çalışmada; hasta ile yapılan ilk görüşmede hastanın ameliyat süreci ile ilgili dönemlere ait korku düzeyleri belirlenerek, korkunun hasta üzerinde yarattığı olumsuz etkileri en aza indirmek için hastaların sosyo-demografik özellikleri göz önünde bulundurularak perioperatif sürece yönelik eğitimlerin planlanması gerektiği tespit edilmiştir (13). Özkan'ın (2020) yaptığı çalışmada; bireylere geçirecek oldukları ameliyatın tüm süreçlerinde verilecek bakım ve tedaviye ilişkin bilgilendirme yapılmasının, bireylerin cerrahi korku seviyelerini azalttığı tespit edilmiş olup; hemşirelere, bireylerin yaşayabilecekleri korkuları tespit ederek, ameliyat öncesi dönemde, ameliyathane ortamı ve ekibini tanıtmaları, ameliyat sırasında ve sonrasındaki bakımı hakkında bireylere eğitim planlamaları önerilmektedir (14). Bu çalışma, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Görsel eğitimlerin ameliyat öncesi dönemde yer almasına öncülük etmesi

hedeflenmektedir.

Araştırmanın hipotezleri;

H₁: Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların yaşam bulguları üzerinde olumlu/olumsuz etkiler.

H₂: Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların ağrı düzeyleri üzerinde olumlu/olumsuz etkiler.

H₃: Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların cerrahi korku düzeyleri üzerinde olumlu/olumsuz etkiler.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Cerrahi Girişimler

Cerrahi girişimler, bireylerin sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen patolojik durumları ortadan kaldırmak veya hafifletmek, yaşam kalitesini arttırmak, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak için yapılan tedavi yöntemleridir. Bireyin hayati tehlikesinin olmadığı ve tanı konulduktan sonra planlanan girişimler elektif cerrahi girişimler, bireyin hayati tehlikesinin söz konusu olduğu durumlarda yapılan plansız girişimler ise acil cerrahi girişimler olarak tanımlanmaktadır (3-5). Amerikan Cerrahlar Akademisi'nin Ulusal Cerrahi Kalite İyileştirme Programı'na göre: "Acil cerrahi, hastaneye yatıştan ya da ameliyat olmadan önce yapılan hazırlıkların başlamasından sonra 12-48 saat içerisinde gerçekleştirilen cerrahi girişim olarak tanımlanır" (5,6).

NCEPOD (Hasta Sonucu ve Ölümüne İlişkin Ulusal Gizli Soruşturma) tarafından cerrahi girişimler gerçekleştirilme zamanlarına göre 4 grup olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre acil cerrahi girişimler;

1. Acil-akut başlangıçlı veya potansiyel olarak yaşamı tehdit eden koşulların klinik olarak kötüleşmesi,
2. Ekstremitte veya organın hayatta kalmasını tehdit edebilecek durumlar,
3. Çeşitli kırıkların fiksasyonu,
4. Ağrı veya diğer rahatsız edici semptomların hafifletilmesi için saatler içinde yapılan girişimler olarak tanımlanmaktadır (15).

Acil cerrahi girişimler bireylerin hayati tehlikesi söz konusu olduğunda anında planlanıp yapılmaktadırlar. Acil cerrahi girişimler bireylerin sağlıkları üzerinde yaşamsal öneme sahiptir ve ameliyatların büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (5,15).

2.2. Cerrahi Korku

Korku; felsefe, edebiyat, sosyoloji, antropoloji, psikoloji gibi birbirinden ayrı dalların ilgilendikleri ortak konu olup, algılanan tehlike anında bireyin savunmaya yönelik gösterdiği tepkidir (16). Bireyler tarafından algılanan bu tehlikelerden biri de, bireylerin hayatları süresince belli dönemlerde yaşadıkları sağlık sorunlarından dolayı aldıkları tedavi ve bakım uygulamalarıdır. Yaşanan bu sağlık sorunları nedeni ile hastaneye yatmak bireylerde, bağımlılık, günlük yaşam aktivitelerini ve sorumluluklarını gerçekleştirememe ve nasıl bir süreç olacağını bilememe gibi nedenler ile hissettikleri endişe, korku ve anksiyete gibi duygular ile baş etmek zorunda

kalmaktadırlar (17-19). Anksiyete; bireylerde davranışsal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere, sinirlilik, kaygı bozukluğu, huzursuzluk ve korkuya neden olan bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (18). Korku ise, bireyin iyilik durumuna zarar verebilecek tehlike düşüncesinin veya fiziksel bir tehdidin neden olduğu duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır (20). Yapılan çalışmalarda cerrahi operasyon öncesi korku ve anksiyete aynı anda ele alınmış olsa da bu iki kavram arasında farklılıklar vardır. Anksiyete de neden bilinmemekte, korkuda ise neden bilinmektedir. Kısacası birey ameliyat olması gerektiğini bildiği için korkmakta, ameliyat sonrası süreçten kaynaklanan bilinmezlikten dolayı korku ve anksiyete hissedebilmektedir (21). Cerrahi korku, bireyin ameliyat olması gerektiğini öğrendiği andan başlayıp, hastaneye yatmasıyla artan; iyileşme dönemine kadar devam eden bir süreçtir. Bireylerin hastalığa ve tedavi sürecine uyumunu, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen ve bireylerde en yaygın görülen fizyolojik ve psikolojik tepkidir (7). Literatür incelendiğinde bireylerin %50-80'ı, cerrahi girişimleri ağrı, kusma, sakat kalma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımlı olma hissi, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi ve ölüm ile ilişkilendirdikleri için korku hissederler (22,23). Bireylerde hissedilen korku düzeyi, yaş, cinsiyet, hastalık ve ameliyat öyküsü, eğitim düzeyi, sosyal destek, kişisel özellikleri, hastanede kalış süresi gibi nedenlerden etkilenmektedir (20,24).

2.2.1. Cerrahi Korkunun Bireyler Üzerindeki Etkisi

Ameliyat olmayı bekleyen birçok hastanın korku hissetmesi normal kabul edilse de, iyi yönetilemeyen korku düzeyinin artması, hem sempatik sinir sisteminde hem de hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninde stres hormonlarının artmasına neden olmakta ve stres hormonlarının artmasına bağlı olarak bireylerde kalp hızında artma, kan basıncında artma, ağız kuruluğu, bulantı kusma hissi, iştah değişiklikleri, diyare, uykusuzluk, titreme, soğuk ve nemli cilt, ellerde terleme, huzursuzluk ve uyku bozuklukları gibi belirtiler görülebilmektedir (10,25). İyi yönetilemeyen bu süreç ameliyat sonrası morbidite ve mortalitede artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, yara iyileşmesinde gecikmeye, anestezi ilişkili ilaç kullanımının artmasına ve ameliyattan sonrasındaki süreçte analjezik kullanımında artmaya neden olmaktadır (20). Mete ve Işık'ın(2020), yaptıkları çalışmada; ameliyattan önce hissedilen korku düzeyleri fazla olan bireylerin ameliyattan sonra ağrı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (24). Altun ve arkadaşlarının (2017), yaptıkları çalışmada; cerrahi korku düzeyleri artan hastaların uyku düzeylerinin ve kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir (10).

2.2.2. Cerrahi Korku ve Hemşirelik

Ameliyattan önceki süreçte hastalar, duygusal, fizyolojik ve bilişsel bozulmayı tetikleyen stres ve korku hissi ile baş etmek zorunda kalırlar. Bu süreçte korkunun yönetilmesinde hemşirelik girişimlerinin rolü büyüktür. Hemşireler özellikle ameliyat öncesi dönemde hastaların bakım ihtiyaçlarını değerlendirirken cerrahi korkuya yönelik girişimlerde bulunmalı ve korkunun temel nedenini saptayıp uygun bir planlama yaparak hasta ile bu süreci iyi yönetmelidir (26). Ameliyattan önceki dönemde hemşireler tarafından hastalara sunulan bilgi ve eğitimler ameliyat öncesi korkuyu azaltmakta, hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artmasına neden olmaktadır (26,28). Vermişli ve arkadaşlarının (2016), yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi bireylerin bilgi gereksinimleri arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığını ve ameliyat öncesi dönemde planlı hasta eğitimlerinin artırılması gerektiği tespit edilmiştir (29). Jjala ve arkadaşlarının (2010), yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi verilen multimedya bilgilendirmesinin hastaların kaygı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (30). Mete ve Işık'ın (2020), yaptıkları çalışmada; ameliyattan önce bireylerin, cerrahi korku düzeyleri ve korkuya neden olan durumlar tespit edilerek hemşirelik uygulamalarının ve eğitimlerinin bu yönde planlanması önerilmektedir (24). Literatür incelendiğinde ameliyat öncesi yapılan hemşire bilgilendirmelerinin ve ziyaretlerinin stres ve korkuyu azalttığı tespit edilmiştir (8).

2.3. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi'ne (*International Association for the Study of Pain, IASP*) göre ; “Ağrı, potansiyel veya gerçek doku harabiyeti ile ilişkili rahatsız edici duygusal bir deneyimdir” (28). Ağrı, bireylerin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitesini olumsuz açıdan etkileyen, psikolojik, sosyo - kültürel ve bireysel faktörlerden etkilenen duygusal bir durumdur (31). Bireylerin ağrıyı tanımlama ve hissetme yöntemleri farklıdır. Bazıları ağrıya karşı daha dayanıklı bazıları ise daha hassastır. Bu durum bireylerin, kültürel özelliklerine, yaşam şekillerine, yaşadıkları çevreye, eğitim düzeylerine, cinsiyetlerine ve inançlarına bağlı olarak değişmektedir (2). Kısacası ağrı sübjektif bir veri olup, onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilen ve kişinin ifade ettiği durumdur, eğer birey “ağrım var” diyorsa vardır. Bundan dolayıdır ki ağrı, bireyleri profesyonel destek almaya teşvik eden önemli koruyucu bir semptomdur (1,31).

2.3.1. Ağrı Sınıflandırılması

Ağrının etiolojisinin ve tedavisinin belirlenmesi için ağrının sınıflandırılması gerektiği ilk defa 1979 yılında Bonica tarafından ifade edilmiştir. Ağrı; süresine, mekanizmalarına ve kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırılmaktadır (31).

Süresine Göre Ağrılar

Akut Ağrı: Doku harabiyeti ile aniden ortaya çıkan, harabiyete sebep olan durum ile arasında yeri, zamanı ve şiddeti ile ilişkili olan, iyileşme ile birlikte şiddeti kaybolan ve azalan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası hissedilen ağrı, enfeksiyon, çıkık, burkulma, travma ve artrit gibi rahatsızlıkların neden olduğu ağrılar akut ağrılara örnek verilebilir (31,33).

Kronik Ağrı: Altı ay ve üzeri devam eden ve bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen ağrılardır. Rutin ağrı tedavilerine yanıt vermeyen ve yanında psikolojik etkenlerinde eşlik ettiği ağrı tipidir (31,33).

Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrılar

Somatik Ağrı: Somatik liflerle iletilen, lokalize olmuş, ani başlayan ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen batma, zonklama ve sızlama şeklindeki ağrılar somatik ağrılara örnek verilebilir (31).

Visseral Ağrı: Vücudun iç organlarında meydana gelen, lokalizasyonu iyi olmayan, şiddeti az olan, yavaş yavaş başlayan, künt/kramp tarzında başka bölgelere yansıyan ağrılardır. Hastalık ya da travmaya bağlı gelişebilirler. Apandisit ağrısının göbeğe yansması ile göbekte hissedilen ağrı visseral ağrılara örnek verilebilir (31,34).

Sempatik Ağrı: Sinir sisteminin uyarılmasının neden olduğu yanma tarzındaki ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Karda uzun süre kıyafetsiz kalındığında hissedilen ağrı örnek sempatik ağrılara örnek verilebilir (31).

Mekanizmasına Göre Ağrılar

Nosiseptif Ağrı: Vücudun herhangi bir yerinde doku harabiyeti olduğu zaman, sinir sistemi dışındaki organlarda bulunan özel ağrı reseptörleri (nosiseptör) tarafından algılandıktan sonra ağrıyı ileten lifler aracılığı ile santral sinir sistemine ulaşan ve korteks tarafından algılanan ağrı olarak tanımlanmaktadır (33,34).

Nöropatik Ağrı: Sinir sisteminin herhangi bir yerinde herhangi bir nedene bağlı histopatolojik veya fonksiyonel değişim sonucu oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Karpal tünel sendromu diyabetik nöropati, inme, bel ağrısı, postherpetiknevralji, gibi

durumlar nöropatik ağrıya örnek verilebilmektedir (31,33)

Deafferentasyon Ağrısı: Periferik ve santral sinir sisteminin yaralanması sonucunda somata sensoryal uyarıların merkezi sinir sistemine iletilmemesi sonucu oluşan ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Fantom ağrılar örnek verilebilir (31).

Reaktif Ağrı: Vücutta meydana gelen hasarlar sonucunda motor ya da sempatik afferentlerin reflekslerinin aktive olması ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu meydana gelen ağrılar olarak tanımlanmaktadır (31,34).

Psikojenik (Psikosomatik) Ağrı: Vücutta doku harabiyeti olmaksızın anksiyete ve depresyon gibi psikolojik nedenlerle ortaya çıkan ve olumsuz bir duygu oluşturan ağrı olarak tanımlanmaktadır (31,34).

2.3.2. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanma Süreci

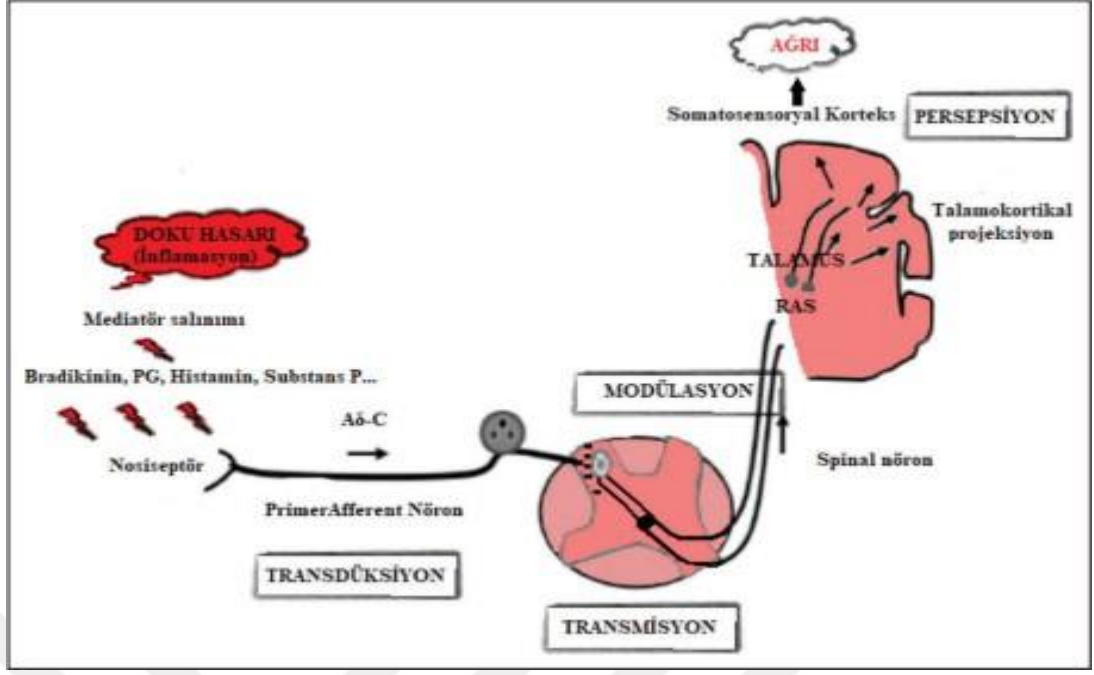
Doku harabiyetine neden olabilecek kadar şiddetli uyarıların neden olduğu ağrı; deri, deri altı, kemik, kas, tendon, böbrek ve iç organlarda bulunan nosiseptör adı verilen özellikli reseptörler ile sinir sistemine iletilmekte, algılanmakta ve hissedilmektedir. Bu durum karşısında önlemlerin harekete geçirilmesine nosisepsiyon denmekte ve dört aşamadan oluşmaktadır (1,32).

Transdüksiyon; Doku harabiyetine neden olacak kadar şiddetli uyarıların sonucunda nosiseptörlerin aktive olması ve bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir. Yani doku harabiyetine neden olan uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir (35,36).

Transmisyon; Nosiseptörler tarafından algılanan ağrının, miyelinli A delta ve miyelinsiz C lifleri ile sinir sistemine iletilmesidir (31,35).

Modülasyon; Transmisyon aşamasında, miyelinli A delta ve miyelinsiz C lifleri ile spinal korda taşınan ağrının burada değişime uğrayıp bir üst merkeze iletilmesidir (1,31).

Presepsiyon; Modülasyon aşamasına değişime uğrayıp spinal korda ulaşan ağrının çeşitli çıkan yollarla üst merkeze iletilmesi ve algılanmasıdır (35).



Kaynak: Reisli R, Akkaya Ö, Arıcan Ş, Can Ö, Çetingök H, Güleç M, Talu G. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu. *Agri* 2021,33(1):1-51.

Şekil 2.1. Akut Ağrı Şeması

2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kontrolü Ameliyat Sonrası Ağrı

Dünyada oldukça fazla rastlanan bir sağlık sorunu olan ağrı, biyo-psikososyal bileşenleri kapsayan bireye özgü bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Ağrının değerlendirilmesi ve yönetilmesinde ağrı sınıflandırılmaları oldukça önemli olup, ameliyat sonrası ağrı akut ve somatik ağrı sınıfına girmektedir (38).

Ameliyat sonrası ağrı, yapılan cerrahi girişimin neden olduğu doku hasarı sonucunda nosiseptörlerin uyarılması ve yara yerinde lokal, nöral ve humoral ve olarak salınan kimyasal mediyatörlerin aktifleşmesi ile başlayan, iyi lokalize olmuş, genellikle kısa süre içinde azalan ve doku iyileşmesi ile son bulan akut ağrı türüdür (39,40). Literatür incelediğinde ameliyat sonrası ağrı yönetiminin etkin yapılamamasında dolayı hastaların yarısından fazlasının orta düzey üstünde ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir (40). Acar ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada; hastaların %77'sinin ameliyattan sonra ağrı hissettikleri tespit edilmiştir (41).

Ameliyat Sonrası Ağrının Süresini ve Şiddetini Etkileyen Faktörler

Bireye özgü bir deneyim olarak tanımlanan ağrı, yaş, cinsiyet, bireysel özellikler, ağrı deneyimleri, ağrı nedenlerinin birey için önemi ve kültür gibi faktörler ağrının birey tarafından algılanmasında önemli bir yere sahiptir. Ameliyat sonrası hissedilen ağrının süresi ve şiddeti, sayılan bu etmenler dışında aşağıda belirtilen faktörlere de bağlıdır (31,41)

- Bireyin fizyolojik ve psikolojik yapısına,
- Bireyin ameliyat öncesi psikolojik hazırlığına,
- Bireyin ameliyat öncesi farmakolojik hazırlığına,
- İnsizyonun yerine, tipine, büyüklüğüne,
- Ameliyat sırasında hastanın pozisyonuna,
- Ameliyat ile ilgili komplikasyonların varlığına,
- Ameliyat sonrası bakımın niteliğine,
- Ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisine,
- Ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesine bağlıdır.

Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Ameliyattan sonra hissedilen ağrı, ilk başlarda normal kabul edilip metabolizma için koruyucu bir faktör olarak görülse de yönetimi iyi yapılamadığı zaman uzayan ağrılar stresör olarak algılanmakta ve patofizyolojik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uzayan ağrının sistemler üzerindeki etkisi aşağıdaki gibidir (31,41).

Solunum sisteminde: Ameliyat sonrası ağrı, derin solunum ve öksürüğü engellediği için akciğerin vital kapasitesinde azalmaya neden olduğu için, atelektazi, hipoksi pnömoni gibi durumlara olmaktadır (41-44).

Kardiyovasküler sistemde: Ameliyat sonrası ağrıya yanıt olarak miyokardın oksijen tüketiminin ve kalbin iş yükünün artması, taşikardi, hipertansiyon, aritmi, miyokart iskemisi, miyokart enfarktüsü gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca ağrı bireylerin hareketini kısıtladığı için tromboembolitik komplikasyonlara neden olmaktadır (41-44).

Üriner sistemde: Ameliyat sonrası ağrı, mesane ve üretrada motiliteyi azalttığı için idrar retansiyonuna neden olmaktadır (41-44).

Gastrointestinal sistemde: Ameliyat sonrası hissedilen ağrının sonucu olarak gelişen sempatik sistem aktivitesinin artması, gastrointestinal sistemde motilite, splenik dolaşımında azalmaya sebep olmakta ve bu duruma bağlı olarak konstipasyon ve paralitik

ileus görülebilmektedir (41-44).

Endokrin sistemde: Ameliyat sonrası ağrının oluşturduğu stres sonucunda açığa çıkan katekolaminler ve katabolik hormonlarda artış, anabolik hormonlar azalma olması nedeniyle, negatif nitrojen dengesi, hiperglisemi, glukoz intoleransı gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (41-44).

Bağışıklık sisteminde: Ameliyat sonrası ağrı immun yanıtın azalmasına neden olmakta ve bu duruma bağlı olarak enfeksiyonlar görülmektedir (41-44).

Bu durumlara ek olarak iyi yönetilemeyen ameliyat sonrası ağrı, bireylerde, anksiyeteye, depresyon ve öfkeye, yara iyileşmesinde uzamaya, yaşam kalitesinin de azalmaya, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımlı olmalarına, iyileşme sürecinde gecikmeye, hastanede kalış süresinde uzamaya, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatmaya neden olmaktadır (41-44).

Ameliyat Sonrası Ağrının Tedavisi

Ameliyat sonrası ağrı, ameliyata hazırlanan hastaların en büyük endişelerinden biridir ve ameliyat sonrası hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Literatür incelendiğinde ameliyat sonrası ağrının cerrahi girişimlerin kaçınılmaz bir sonucu olduğu konusunun altı çizilmiş olup; ağrı yönetiminin etkin olmadığı ve bunun sonucu olarak hastaların yaklaşık %50-80'nin giderek şiddetlenen ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir (44,47). Ameliyat sonrası ağrı kontrolünün yetersiz olması, iyileşmede uzamaya, kronik ağrı riskine ve bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (45). Ameliyat sonrası hissedilen ağrı kontrolünü amacı; hastanın ağrısını en aza indirmek veya gidermek, ağrının sistemler üzerinde neden olduğu yan etkilerin önüne geçmek, iyileşme sürecini hızlandırmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (31).

Ameliyat sonrası süreçte yaygın görülen ağrı, biyo-psikososyal bileşenleri kapsayan bireye özgü bir deneyim olduğundan, ağrı tedavisi planlanırken bireylerin eşlik eden hastalıkları ve psiko-sosyal durumları, ağrı ve ameliyat deneyimleri, inançları, ameliyatın türü gibi etmenler dikkate alınarak bireye özgü bir tedavi ve bakım planı oluşturulmalıdır (46).

Ameliyat sonrası dönemde hissedilen ağrı tedavisinde, ekip çalışmasının, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin bir arada kullanılmasının önemi büyüktür (47).

Farmakolojik Yöntemler

Ameliyat sonrası ağrının tedavisinde farklı yöntemler ile uygulanan analjezikler bilinen farmakolojik uygulamalardır. Günümüz de farmakolojik yöntemlerin daha çok tercih edilme sebebi bireylerin ağrılarını daha hızlı azaltmaları ve uygulama açısından daha kolay olmalarıdır (31,48). Dikmen ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin farmakolojik yöntemleri sıklıkla kullandıkları, farmakolojik olmayan yöntemleri ve ağrı skalalarını ise aktif olarak kullanmadıkları sonucuna varılmıştır (43).

Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde ilaç kullanılmadan ağrı kontrolünün sağlandığı yöntemlerdir. Farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldıklarında ağrı kontrolünde etkin oldukları kadar, tek kullanıldıklarında da vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını sağlayarak ağrı kontrolünde etkin olmaktadır. Analjezik kullanım oranının azalmasına neden olmasından, bireyler tarafından rahat uygulanabilir olmasından, yan etkilerinin olmamasından ve bireylerin yaşam kalitesinin arttırmasından dolayı farmakolojik olmayan yöntemlerin, kullanımı yaygınlaştırılmalıdır (49,50).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde, gevşeme teknikleri, ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme, müzik, masaj, hareketi kısıtlama, pozisyon verme sıcak ya da soğuk uygulama, dikkati başka tarafa yöneltme, terapötik dokunma, deriye mentol uygulamaları arasından bireye en uygun olanı seçilmeli ve hemşireler aracılığı ile uygulanmalıdır (50). Çam ve Uğraş' (2023), yaptıkları çalışmada; kardiyovasküler cerrahi sonrası dönemde hemşireler tarafından uygulanan müzik dinletme, akupresür, aromaterapi ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemlerin ağrı kontrolünde etkili olduğunun altı çizilmiştir (51).

Ameliyat Sonrası Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Ağrının kontrol altına alınması hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olup, hastalarda meydana gelen akut ağrı dönemlerinin kontrol altına alınmasında hemşirelik uygulamaları en önemli güçtür. Hemşirelerin, hasta ile daha çok zaman geçirmeleri, hasta ile etkili iletişim kurup geçmiş ağrı deneyimlerini saptamaları, hastalara ağrı ile başa çıkma yöntemlerini öğretmeleri ve uygulamaları kısacası hastalara bütüncül yaklaşarak onlara rehberlik etmeleri, ağrı kontrolündeki rollerinin diğer ekip üyelerinden daha çok ve önemli olmasına neden olmaktadır. Hemşireler, hastaların ameliyat sonrası bakımında hastanın ağrısının değerlendirilmesi, hastaya ve ailesine ağrı ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi ve uygulanması, istemi yapılan analjezik tedavisinin uygulanması ve takibi, yapılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerin

sonucunun değerlendirilmesi ve yapılan tüm ağrı tedavilerinin sonuçlarının kayıt altına alınmasından sorumludur (52,53,54).

elik ve arkadaşlarının (2018), yaptıkları çalışmada; “hemşirelerin ağrı tanılması ve yönetiminde yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları, uyguladıkları farmakolojik uygulamalar kadar bağımsız olarak uygulayabilecekleri farmakolojik olmayan yöntemlere de önem vermeleri gerektiği tespit edilmiştir (55). Baş ve arkadaşlarının (2016), yaptıkları çalışmada çoğu hemşirenin ağrı yönetimde sadece doktor istemi doğrultusunda hareket ettiği ve hemşirelik bakım planlarına ağrıyı sınırlı düzeyde dahil ettikleri tespit edilmiştir (56). Akpolat ve arkadaşlarının (2021), yaptıkları çalışmada; hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimi konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu, sıklıkla farmakolojik yöntemlere başvurdukları ve etkili ağrı yönetimi konusunda farkındalıklarının arttırılması gerektiği tespit edilmiştir (57).

2.4. Ameliyat ncesi Eğitimin nemi

Ameliyat ncesi eğitim, sağlık çalışanları tarafından multidisipliner olarak, hastalara ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemler hakkında bilgilendirme yaptıkları süreçtir. Ameliyat ncesi dönemde, yüz yüze, yazılı, resimli veya video destekli eğitim olmak üzere birçok yöntem kullanılmaktadır (53). Eğitim içeriği hastanelere ve hastaların özelliklerine göre değişebilmekte, ameliyat öncesi yapılan hazırlıklar, tahmini ameliyat süresi, ameliyat sırasında oluşabilecek durumlar, sağlık personeline ulaşılabilirlik, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası dönemde oral olarak beslenme zamanı, ağrı, mobilizasyon ve ameliyat sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken durumlar gibi bilgileri içermektedir (58,59).

Ameliyat ncesi dönemde, hastalarda ameliyat sürecine dair hissedilen bilinmezlikten dolayı korku ve kaygı hissedilmekte ve bu durum ameliyat sonrası dönemi de olumsuz etkileyebilmektedir. Bundan dolayıdır ki hastanın ameliyat öncesi dönemde, sözlü, yazılı veya görsel olarak bilgilendirilmesi, kaygı ve korkunun azaltılmasında, iyileşme döneminin hızlanmasında, hastanın hemşirelik bakımına ve tedavi sürecine aktif katılımının sağlanması, hissedilen ağrı ve analjezik kullanımının azaltılmasında, hastanede kalış süresi ve sağlık masraflarının azaltılmasında büyük rol oynamaktadır. Kısacası ameliyat öncesi yapılan hasta eğitimi hastanın tüm sürece yönelik uyumunu arttırmaktadır (59,60). Gündüz ve Keskin’in (2020), yaptıkları çalışmada; ameliyattan önce verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (61). Kahlid ve arkadaşlarının (2022), yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi verilen

eğitimin hastaların memnuniyet d¼zeylerini arttırdığı, ağrı kesici kullanımını ve korku d¼zeylerini azalttığı, sağlık personeli ile etkin iletişim kurarak ağrılarını daha rahat ifade etmelerini sağladığı ve hasta bakımının daha etkin olmasına neden olduğu tespit edilmiştir (62).



3.MATERYAL-METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat 2023 - Şubat 2024 tarihleri arasında Tunceli Devlet Hastanesi'nde yürütüldü. Acil servisin tüm alanlarında 16 adet sedye olup, acil servis triyaj alanı; yeşil, sarı, kırmızı alan ve bayan ve erkek müşahede odalarından oluşmaktadır. Ortopedi ve travmatoloji, servisi 19 yataklıdır. Genel cerrahi, 22 yataklıdır. Genel olarak hastalara ameliyat öncesi dönemde eğitimler sözel olarak yapılmaktadır. Hastaların yaşam bulguları ameliyat sonrası hasta bakımı standartları dahilinde takip edilmekte, ağrı takipleri davranışsal ya da sayısal ağrı skalaları kullanılarak yapılmaktadır. İlgili branşlar da rutin ağrı kesici olarak parasetamol (3x1), desketoprofen trometamol (2x1) ve tramadol hidroklorür (lüzum hali) kullanılmaktadır. Hastaların cerrahi korku düzeylerini ölçmek için ölçek kullanılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Tunceli Devlet Hastanesine başvuran ve acil cerrahi planlanan 18 yaşından büyük hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, acil cerrahi planlanan hastalar arasından araştırmaya alınma kriterlerine sahip basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçil hastalar oluşturdu.

Araştırma için örnekleme büyüklüğü G*POWER 3.1.9.6 bilgisayar programı kullanılarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü yapılan literatür taraması sonucu çalışmaların yüzde ölçüm değerleri baz alınarak büyüklüğü kullanılarak, 0,8 etki büyüklüğü, %80 güç ve 0,05 hata payı ile $s=52$ olarak bulundu(63). Deney (videolu eğitim verilen grup) (s:26) ve kontrol grubu (s:26) olarak toplam 52 hastaya ulaşıldı. Deney ve kontrol gruplarındaki hastalar Research Randomizer programı tarafından oluşturulan düzene göre belirlendi (64). 1'den 52 'e kadar numaralandırılan sayılar randomize edilerek 2 gruba ayrıldı ve hangi grubun videolu eğitim, hangi grubun kontrol grubu olacağı kura yöntemi ile belirlendi. Her iki grup ayrı ayrı kâğıtlara yazıldı ve araştırma ile bağlantısı olmayan birinden seçmesi istendi ve kura sonucuna göre 1. grup deney, 2. grup kontrol grubu olarak belirlendi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Ağrı değeri 3 ve üzeri olan hastalar

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu (EK-2), Cerrahi Korku Ölçeği (EK-3), Numerik Ağrı Skalası (EK-4) ve Hasta Verileri Kayıt Formu (EK-5) kullanıldı.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK-2)

Hasta Bilgi Formu literatür doğrultusunda araştırmacının kendisi tarafından oluşturuldu. Hastaların cinsiyetini, yaşını, medeni durumunu, aile yapısını, eğitim durumunu, mesleğini, refakatçi bilgilerini, daha önce hastanede yatıp yatmadığını, ameliyat öyküsünü, kronik rahatsızlıklarını ve ASA skorunu sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır (19).

3.4.2. Cerrahi Korku Ölçeği (EK-3)

Theunissen ve ark. (2014) tarafından elektif cerrahi geçiren hastalarda ameliyatın kısa ve uzun dönem ameliyat korku düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir (15). Cerrahi korku ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Bağdigen ve Karaman Özlü (2016) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek bireylerin ameliyat olduğu süre zarfındaki korku düzeylerini belirlemektedir. Likert tipte 8 maddeden oluşan bu ölçekte 0 ile 10 puan arasında puanlama yapılmaktadır. Maddeler “hiç korkmuyorum” (0) ve “çok korkuyorum” (10) arasında değişmektedir. Ölçekte ameliyatın kısa ve uzun dönem sonuçları ile korku kaynağıyla ilişkili dört maddeden oluşan iki alt boyuttan oluşmaktadır. 1.- 4. kadar olan maddeler ameliyattan kısa dönemde duyulan korkuyu, 5.- 8. maddeler ise ameliyattan uzun dönemde duyulan korkuyu tespit etmek için kullanılır. Ölçekteki toplam puan iki alt boyutun puanları eklenerek hesaplanır. Her alt boyuttan en az 0, en fazla 40 puan alınmaktadır. En az ölçek puanı 0 ve en çok ölçek puanı 80'dir. Ölçekten alınan puan artması algılanan korku seviyesinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı toplam ölçek için 0.95 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (20).

3.4.3. Numerik Ağrı Skalası (EK-4)

Yatay ve eşit aralıklar ile bölünmüş “Ağrı Yok” ifadesi ile başlayıp “Dayanılmaz Ağrı” ile sonlanan 10 cm olan, üzerinde numaraların bulunduğu hastanın ağrısını ölçmek

için hazırlanmış bir skaladır(24).

3.4.4. Hasta Verileri Kayıt Formu(EK-5)

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş formda, eğitim öncesi ve sonrası, ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam bulguları ve ağrı düzeyinin takibi yer almaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Şubat 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında Tunceli Devlet Hastanesine başvuran ve acil cerrahi planlanan hastalar ile hafta içi günlerde yüz yüze görüşmeler sonucu toplandı. Çalışmayı kabul eden hastalar, araştırmacı tarafından bilgilendirildi ve ardından hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Ameliyattan önce, Hasta Bilgi Formu (EK-2) ile hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öyküleri hakkında bilgiler toplandı.

- Araştırmanın ön test değerlendirmesi için: Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyata öncesi Cerrahi Korku Ölçeği (EK-3) ile korku düzeyleri, Numerik Ağrı Skalası (EK-4) ağrı düzeyleri, yaşam bulguları ölçülüp ve elde edilen veriler Hasta Verileri Kayıt Formu (EK-5) ile kayıt altına alındı.
- Daha sonra deney grubunda yer alan hastalara literatür taraması sonucu oluşturulan 5 dakika 41 saniye süren ameliyat sürecine ilişkin eğitim videosu izlettirildi (58,59). Kontrol grubunda yer alan hastalara ise bir girişim uygulanmadı.
- Araştırmanın son test değerlendirilmesi için; deney gurubunda yer alan hastalara eğitimden yaklaşık 10 dakika sonra Cerrahi Korku Ölçeği (EK-3) ile korku düzeyleri, Numerik Ağrı Skalası (EK-4) ağrı düzeyleri, yaşam bulguları ölçülüp ve elde edilen veriler Hasta Verileri Kayıt Formu (EK-5) ile kayıt altına alındı.
- Ameliyat sonrası kliniğe kabul edilen tüm hastaların 0. dk. 30. dk. 60. dk., 120 dk. ve 180 dakikalar da ağrı seviyeleri ve yaşam bulguları ölçülüp kayıt altına alındı ve takip sonlandırıldı.

3.6. Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik girişimi olarak deney grubundaki hastalara ameliyat öncesi hazırlık aşamasında video ile eğitim verildi. Eğitim videosu literatür taraması sonucu hemşirelik alanında uzman 3 akademisyenden, Tunceli Devlet Hastanesi psikoloğundan ve bir tıp doktorundan görüş alınarak 5 dk. 41 saniye süren bir eğitim videosu hazırlandı (58,59).

Videolu Eğitimin İçeriği;

- Ameliyat öncesi hastanın kısa ameliyat hazırlığı (önlüğünün giyindirilmesi, sedyeye alınması vb.),
- Ameliyat günü ameliyathaneye transferi, ameliyathaneye kabulü ve ameliyathane ortamı hakkında bilgilendirme,
- Ameliyat sonrası servise transferi, servise kabulü ve yatağına yatırılması,
- Ameliyat sonrası ağrı ve yaşam bulgularının kontrolünün nasıl yapılacağı,
- Ameliyat sonrası, ne kadar süre sonra mobilize olacağı, ne kadar süre sonra yemek yiyeceği, oluşabilecek komplikasyonlara yönelik alınacak önlemler,
- Taburculuk aşamasında dikkat etmesi gereken hususlar ve kontrole gelme zamanı gibi parametrelerinden oluşmaktadır(58,59) .

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyi bu çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişken: Video ile eğitim verme bu çalışmanın bağımsız değişkenidir.

Kontrol Değişkeni: Yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, mesleği, tanısı, kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu bu çalışmanın kontrol değişkenleridir.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Üç ve üzeri dönem nicel veriler arasındaki farklılıkları saptamak amacıyla Friedman testi; iki dönem nicel veriler arasındaki farklılıkları saptamak amacıyla Wilcoxon testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapılacağı Tunceli Devlet Hastanesinden (Ek-8) ve Malatya Turgut Özal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik

Araştırmalar Etik Kurulundan(Tarih:10.01.2023, Karar No:2023/11) yazılı izin alındı (EK-9). Araştırmada kullanılacak ‘‘Cerrahi Korku ˆleđi’’ için kullanım izni alınmıştır (EK-10). Hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilip, kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri her anda araştırmadan vazgeçebilecekleri anlatıldı ve hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı (EK-6,EK-7). Araştırma sonucunda, elde edilen verilerin bilimsel amaçlı olarak ve isim verilmeksizin yayınlanacağı açıklandı.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu araştırmadaki hasta grubunun Tunceli Devlet Hastanesinde acil cerrahi planlanan 18 yaş ˆstˆ hastalar ile sınırlı olması ve eğitim videosunun bir defa izlettirilmesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar bˆtˆn acil cerrahi planlanan hastalar için genellenemez. Ancak diğer çalışma sonuçları ile kıyaslanmak ˆzere kullanılabilir.

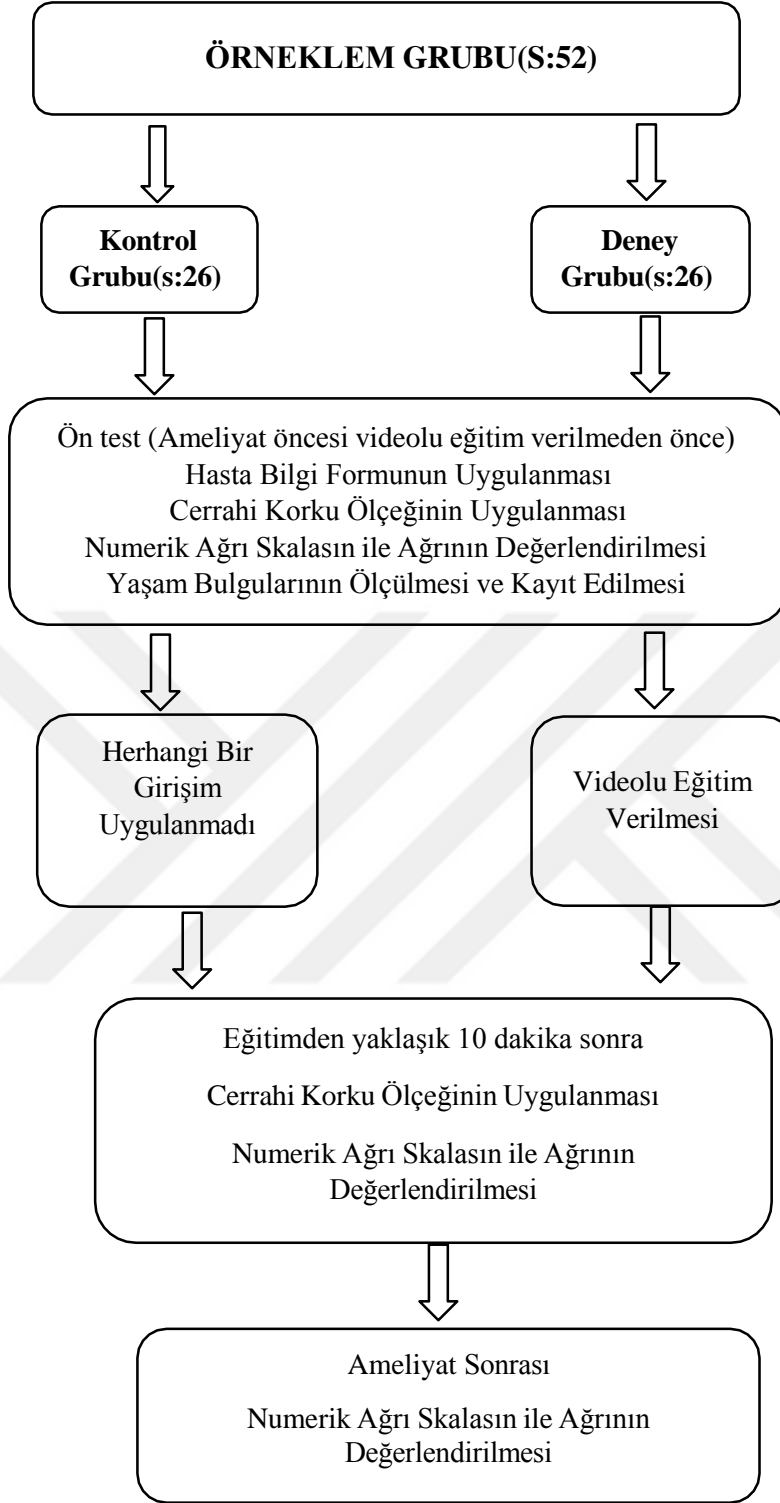
Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

	Deney Grubu (s=26)		Kontrol Grubu (s=26)		p
	Ort±SS		Ort±SS		
Yaş	41.04±19.39		48.46±19.59		0,136
	n	%	n	%	p
Cinsiyet					
Kadın	8	30.7	11	42.3	0.565
Erkek	18	69.2	15	57.6	
Medeni Durum					
Bekar	12	46.1	11	42.3	0.780
Evli	14	53.8	15	57.6	
Aile Yapısı					
Çekirdek Aile	24	92.3	21	80.76	0.209
Geniş Aile	2	7.6	5	19.23	
Eğitim Durumu					
Okuryazar	2	7.6	4	15.3	0.816
İlkokul- Ortaokul	8	30.7	6	23.07	
Lise	8	30.7	8	30.7	
Lisans	6	23.07	4	15.3	
Lisans Üstü	2	7.6	4	15.3	
Meslek Grupları					
Ev Hanımı	5	19.2	9	34.6	0.344
Serbest Meslek	5	19.2	2	7.6	
Öğrenci	4	15.3	1	3.8	
Memur	3	11.5	6	23.07	
Çalışmıyor	3	11.5	2	7.6	
Emekli	1	3.8	2	7.6	
Diğer (Teknisyen, Elektrikçi)	5	19.2	4	15.3	
Tanısı					
Apendisit	16	61.5	11	42.3	0.424
Umblikial Herni	1	3.8	0	0	
Kolesistit	1	3.8	0	0	
İleus	1	3.8	2	7.6	
Tendon Kesisi	0	0	1	3.8	
Fraktürler	7	26.9	12	46.5	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu					
Yatmadım	6	23.07	11	42.3	0.055
1 defa	10	38.46	2	7.6	
2 ve daha fazla	10	36.8	13	50	
Ameliyat Deneyimi					
Evet	15	57.6	13	50	0.578
Hayır	11	42.3	13	50	
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	18	69.2	15	57.6	0.388
Hayır	8	30.7	11	42.3	

Chi-Square Testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların; yaş, eğitim durumu, meslek, aile yapısı, medeni durum, cinsiyet, tanı, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, kronik rahatsızlıkları gibi özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Analiz sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo demografik ve bazı tanıtıcı özelliklerinin birbiri ile benzer olduğunu tespit edilmiştir (Tablo 3.1).





Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması

4.BULGULAR

Bu bölümde, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Deney Grubu (s=26)		Kontrol Grubu (s=26)		p
	Ort±SS		Ort±SS		
Yaş	41.04±19.39		48.46±19.59		0,136
	n	%	n	%	p
Cinsiyet					
Kadın	8	30.7	11	42.3	0.565
Erkek	18	69.2	15	57.6	
Medeni Durum					
Bekar	12	46.1	11	42.3	0.780
Evli	14	53.8	15	57.6	
Aile Yapısı					
Çekirdek Aile	24	92.3	21	80.76	0.209
Geniş Aile	2	7.6	5	19.23	
Eğitim Durumu					
Okuryazar	2	7.6	4	15.3	0.816
İlkokul- Ortaokul	8	30.7	6	23.07	
Lise	8	30.7	8	30.7	
Lisans	6	23.07	4	15.3	
Lisans Üstü	2	7.6	4	15.3	
Meslek Grupları					
Ev Hanımı	5	19.2	9	34.6	0.344
Serbest Meslek	5	19.2	2	7.6	
Öğrenci	4	15.3	1	3.8	
Memur	3	11.5	6	23.07	
Çalışmıyor	3	11.5	2	7.6	
Emekli	1	3.8	2	7.6	
Diğer (Teknisyen, Elektrikçi)	5	19.2	4	15.3	
Tamısı					
Apandisit	16	61.5	11	42.3	0.424
Umblikial Herni	1	3.8	0	0	
Kolesistit	1	3.8	0	0	
İleus	1	3.8	2	7.6	
Tendon Kesisi	0	0	1	3.8	
Fraktürler	7	26.9	12	46.5	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu					
Yatmadım	6	23.07	11	42.3	0.055
1 defa	10	38.46	2	7.6	
2 ve daha fazla	10	36.8	13	50	

Evet	15	57.6	13	50	0.578
Hayır	11	42.3	13	50	
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	18	69.2	15	57.6	0.388
Hayır	8	30.7	11	42.3	
ASA Skoru					
ASA-1	8	30.7	3	11.5	0.142
ASA-2	15	57.6	16	61.5	
ASA-3	3	11.5	7	26.9	

Chi-Square Testi

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo demografik ve tanıtıcı özelliklerinin dağılımları Tablo 4.1 de verildi. Gruplardaki yaş ortalamaları incelendiğinde deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 41.04 ± 19.39 , kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 48.46 ± 19.59 olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların % 69.2 sinin kadın, %53.8 inin evli, % 92.3 ün çekirdek ailede yaşadığı, %30.7 sinin lise mezunu, 19.2 sinin serbest meslek sahibi, %61.5 in tanısının apandisit, %38.46 sının daha önce bir defa hastaneye yattığı, %57.6 sının ameliyat deneyiminin olduğu, %69.2 sinin kronik rahatsızlığının olduğu ve %57.6 sının ASA skorunun 2 olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %57.6 sının erkek, %57.6 sının evli, % 80.76 sının çekirdek ailede yaşadığı, %30.7 sinin lise mezunu , % 36.6 sının ev hanımı, % 42.3 nün tanısının apandisit, % 42.3 ünün daha önce hiç hastaneye yatmadığı,%50 sinin ameliyat deneyiminin olduğu, %57.6 sının kronik rahatsızlığının olduğu ve %61.5 inin ASA skorunun 2 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Vücut Isısı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplararası karşılaştırma	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test ^b /p	
Eğitim Öncesi Vücut Isısı	36.33	±0.3	36.25	±0.2	294.50	0.403
Eğitim Sonrası Vücut Isısı	36.39	±0.28	36.36	±0.2	332.00	0.909
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-2.355	0.001**	-3.760	0.001**	
Ameliyat Sonrası Vücut Isısı						
30 dk	36.25	±0.24	36.25	±0.23	315.50	0.970
60 dk	36.52	±0.27	36.43	±0.28	273.00	0.229
120 dk	36.45	±0.28	36.49	±0.21	312.50	0.636
180 DK	36.37	±0.22	36.44	±0.23	282.50	0.305
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	12.600	0.001**	8,510	0,001**	

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi **p<0.01, \bar{x} :ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası vücut ısısı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.2’de verildi.

Tablo 4.2’e göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası vücut ısısı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk., 60.dk., 120.dk. ve 180. dakikadaki vücut ısısı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Grup içi karşılaştırmada ise; her iki grubun dönemlere göre vücut ısısı değerleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası vücut ısısındaki değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.01). Deney ve kontrol grubundaki hastaların, ameliyat sonrası 30.dk vücut ısısı değerinin 60.dk ve 120 dk. göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.01)

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Nabız Hızı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		Test ^b /p	
Eğitim Öncesi Nabız Hızı	75.73±9.06		73.23±8.93		292.00	0.396
Eğitim Sonrası Nabız Hızı	76.12±7,68		72.46±9.47		259.50	0.150
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-0.116	0.908	-0.889	0.374	
Ameliyat Sonrası Nabız Hızı						
30 dk	71.42±7.74		71.58±6.98		324.50	0.804
60 dk	72.81±5.89		71.5±7.51		299.50	0.479
120 dk	72.73±4.89		73.15±7.03		308.00	0.582
180 dk	73±5,71		72,31±4,6		309.50	0.600
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	1.667	0.644	4.219	0.239	

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi \bar{x} : ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası nabız hızı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.3'te verildi.

Tablo 4.3'e göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası, nabız hızı değerleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk., 60.dk., 120.dk., ve 180. dk. nabız hızı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların dönemlere göre nabız hızı ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.01$).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Sistolik Kan Basıncı Değişkenine Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplararası karşılaştırma		
	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		Test ^b /p		
Eğitim Öncesi Sistolik Kan Basıncı	121.54±14.61		115.85±25.78		300.50	0.482	
Eğitim Sonrası Sistolik Kan Basıncı	120.77±14.12		120±14.97		318.00	0.706	
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-0.541	0.589	-0.540	0.589		
Ameliyat Sonrası Sistolik Kan Basıncı							
30 dk		107.69±11.77		115±10,3		214.50	0.190
60 dk		116.92±11.58		117.31±12.82		323.00	0.775
120 dk		112.69±22.9		117.69±12.1		304.50	0.528
180 dk		116.15±8.98		113.46±21.34		336.50	0.976
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	13.583	0.001**	0.591	0.898		

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi **p<0.01, \bar{x} :ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası sistolik kan basıncı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.4’de verildi.

Tablo 4.4’e göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk.,60.dk.,120.dk. ve 180. dakikadaki sistole kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.01). Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası 30.dk sistolik kan basıncı değerinin 60.dk, 120.dk ve 180.dk ya göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.01). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemlere göre sistolik kan basıncı değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.(p>0.01).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Diyastolik Kan Basıncı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test ^b /p	
Eğitim Öncesi Diyastolik Kan Basıncı	76.92	±9.28	74.62	±9.05	299.50	0.443
Eğitim Sonrası Diyastolik Kan Basıncı	73.85	±8.04	73.46	±11.98	324.50	0.792
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-1.577	0.115	-0.577	0.564	
Ameliyat Sonrası Diyastolik Kan Basıncı						
30 dk	68.46	±8.81	68.85	±11.07	331.50	0.900
60 dk	69.62	±9.58	68.85	±9.52	327.00	0.832
120 dk	70	±9.8	68.46	±9.67	295.00	0.406
180 dk	68.46	±8.34	68.46	±12.87	311.50	0.608
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	0.277	0.964	0.735	0.865	

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi , \bar{x} :ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası diyastolik kan basıncı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.5'te verildi.

Tablo 4.5'e göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk., 60.dk., 120.dk. ve 180dk diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların dönemlere göre diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.01$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Solunum Sayısı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		Test ^b /p	
Eğitim Öncesi Solunum Sayısı	20.15±0.54		22.42±13.8		278.00	0.096
Eğitim Sonrası Solunum Sayısı	19.92±0.89		21.31±7.96		326.50	0.792
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-1.732 0.083	-0.412 0.680			
Ameliyat Sonrası Solunum Sayısı						
30 dk	19.85±0,46		19.92±0.39		313.00	0.322
60 dk	19.77±0,65		20±0.57		300.50	0.179
120 dk	19.96±0,2		19.96±0.2		338.00	0.985
180 DK	20±0.28		25.88±20.79		312.00	0.303
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	4.432 0.218	4.000 0.261			

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi, \bar{x} : ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası solunum sayısı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.6’da verildi.

Tablo 4.6’a göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası solunum sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk. 60.dk., 120.dk. ve 180. dakikadaki solunum sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların dönemlere göre solunum sayısı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.01$).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Satürasyon Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test ^b /p	
Eğitim Öncesi Satürasyon	84.69	±28.15	96.19	±1.58	306.00	0.539
Eğitim Sonrası Satürasyon	96.62	±1.17	96.15	±1.38	269.50	0.197
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-1.552	0.121	-0.322	0.748	
Ameliyat Sonrası Satürasyon						
30 dk	96.38	±1.39	95.65	±1.67	252.00	0.109
60 dk	96.38	±1.63	96.35	±1.23	318.00	0.707
120 dk	96.54	±1.56	95.73	±1.64	227.00	0.360
180 dk	96.38	±1.7	96.08	±1.7	290.50	0.371
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	0.526	0.913	9.709	0.021	

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi, \bar{x} : ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası solunum sayısı değişkenine göre karşılaştırmaları Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7’ye göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası, satürasyon değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grupların ameliyat sonrası dönemde 30.dk., 60.dk., 120.dk., ve 180.dk satürasyon değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların dönemlere göre satürasyon değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.01$).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Ağrı Değişkenine Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		Test ^{b/p}	
Eğitim Öncesi Ağrı	5.15±1.19		4.69±1.85		258.00	0.138
Eğitim Sonrası Ağrı	5.00±1.38		4.65±1.74		276.00	0.251
Grup içi karşılaştırma	Test^{a/p}	-1.265	0.001**	-0.447	0.655	
Ameliyat Sonrası Ağrı						
30. Dk.	1.42±1.77		1±1.98		287.00	0.262
60. Dk.	1.88±1.84		2.15±2.17		611.50	0.610
120. Dk.	3.46±2.1		3.15±2.49		318.00	0.711
180. Dk.	2.69±2.09		3.35±2.17		285.50	0.328
Grup içi karşılaştırma	Test^{a/p}	11.945	0.001**	17.133	0.001**	

Mann Whitney U Testi, Friedman Testi **p<0.01 \bar{x} :ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası ağrı düzeyi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verildi.

Tablo 4.8’e göre gruplar arası karşılaştırmada; eğitim öncesi ve sonrası ağrı düzeyi ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Ameliyat sonrası 30. dk. 60. dk., 120.dk., ve 180.dakikadaki gruplar arası ağrı düzeyleri karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Grup içi karşılaştırmada ise; deney grubundaki hastaların dönemlere göre ağrı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ağrı değerinin eğitim sonrası ağrı değerine göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır ((p=0.001; p<0.01). Ameliyat sonrası 60.dk ağrı düzeylerinin 120.dk ya göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.01). Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası ağrı düzeyleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.01). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 30 dk. Ağrı düzeylerinin 120 dk. ya göre daha düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.01).

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Gruplarının Cerrahi Korku Uzun-Kısa Dönem Ölçümlerin Karşılaştırılması

Cerrahi Korku Kısa Dönem	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Gruplar arası karşılaştırma	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test ^b /p	
Ön test	12.23	7.67	14.77	9.07	309.00	0.594
Son test	10.42	7.21	14.08	9.18	278.50	0.274
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-3.246	0.001**	-2.377	0.001**	
Cerrahi Korku Uzun Dönem						
Ön test	6.69	6.3	11.04	11.62	282.00	0.303
Son test	6.12	5.91	10.77	11.29	270.50	0.214
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-2.565	0.001**	-1.342	0.180	
Cerrahi Korku Toplam Puan						
Ön test	18.92	12.97	25.81	18.24	283.50	0.318
Son test	16.54	12.12	24.85	18.02	261.00	0.158
Grup içi karşılaştırma	Test^a/p	-3.383	0.001**	-2.611	0.001**	

Mann Whitney U Testi, Wilcoxon Testi **p<0.01, \bar{x} :ortalama değer, SD: standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası uzun ve kısa dönem cerrahi korku düzeyi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da verildi.

Tablo 4.9’a göre gruplar arası karşılaştırmada; ön test ve son test; uzun - kısa dönem ve toplam cerrahi korku düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.(p>0.05).

Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların ön ve son test kısa dönem cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0.001; p<0.01). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası kısa dönem cerrahi korku düzeylerindeki azalma istatistiksel açıdan daha fazla anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0.001; p<0.01). Deney grubundaki hastaların ön ve son test uzun dönem cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0.001; p<0.01). Kontrol grubundaki hastaların ön ve son test uzun dönem cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.01). İki grupta ön test ve son test, toplam cerrahi korku düzeyi ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası toplam cerrahi korku düzeylerindeki azalmanın istatistiksel açıdan daha fazla anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0.001; p<0.01).

5.TARTIŞMA

Bireylerin sağlıklarında olumsuz yönde değişimlerin olmasından kaynaklı hastaneye yatmaları ve ameliyat olmaları hayatlarını birçok yönden etkilemekte, anksiyete ve korkularını attırmaktadır. Bu dönemde yeterli bilgilendirme yapılmayan hastaların anksiyete ve korku hissini daha sık yaşadıkları ve baş etme mekanizmalarının yetersiz kaldığı bilinmektedir. Ameliyat öncesi verilen hasta eğitiminin, hastaların ameliyat öncesi dönemde hissettikleri bilinmezlik ve ağrı korkusunun azalmasında, anksiyete düzeylerinin azalmasında, ameliyat sonrası dönemde ise hissedilen ağrının, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde ve iyileşme sürecinde olumlu etkilerinden dolayı önemi gün geçtikçe artmaktadır (65,66). Literatür incelendiğinde ameliyat öncesi eğitimin tedaviye uyumu, hissedilen anksiyete, korku, ağrı ve iyileşme dönemi üzerindeki etkisinin olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir (67-69). Longo ve arkadaşlarının (2023), yaptıkları araştırmada; ameliyat öncesi hasta eğitiminin; hastanın tedaviye aktif katılımını arttırdığının, hastanede kalış süresini kısalttığıının, ameliyat sonrası ağrı kesici ihtiyacını azalttığıının, hasta ve ailesinin memnuniyet düzeylerini arttırdığının önemi vurgulanmıştır (70).

Literatür incelendiğinde acil cerrahi öncesi videolu eğitimin hastaların yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeylerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmayı bu bilgiler doğrultusunda tasarladık ve acil cerrahi öncesi videolu eğitimin hastaların yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeylerine etkisini mevcut literatürler ile tartıştık.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar; yaş, eğitim durumu, meslek, aile yapısı, cinsiyet, ameliyat tanısı, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, kronik rahatsızlıkları ve ASA skoru gibi özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Analiz sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo demografik ve tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 4.2 incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi - sonrası ve ameliyat sonrası dönemlerde vücut ısısı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası vücut ısısı değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve eğitim

öncesi vücut ısısı değerinin eğitim sonrası değere göre minimal düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). İki gruptaki hastaların, ameliyat sonrası dönemlere göre vücut ısısı değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve 30.dk vücut ısısı değerinin 60.dk ve 120 dk. göre minimal düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Vücut ısısındaki değişimler minimal düzeyde gerçekleştiği ve normal değerlerden sapma olmadığı için verilen eğitimin vücut ısısı üzerindeki etkisi olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirilmemiştir (Tablo4.2). Hajbaghery ve arkadaşlarının (2014); yaptıkları çalışmada koroner anjiyografi bekleyen hastalara işlem öncesi verilen sözlü, yazılı ve videolu eğitimin, vücut ısısı üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (71).

Tablo 4.3,Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7 incelendiğinde; dönemlere göre deney ve kontrol grubundaki hastaların, gruplar arası nabız hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, solunum hızı ve saturasyon değerlerinin ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) Grup içi karşılaştırmada ise; kontrol grubundaki hastaların, dönemlere nabız hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, solunum hızı ve saturasyon değerlerinin ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.01$). Deney grubundaki hastaların nabız hızı, diyastolik kan basıncı, solunum hızı saturasyon değerlerinin ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.01$) (Tablo 4.3- Tablo 4.7). Ancak deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde sistolik kan basıncı değerleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş olup 30. dakikadaki sistolik kan basıncı değerinin, 60.dk, 120.dk ve 180.dk değerlerine göre minimal düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4). Ameliyattan sonra sistolik kan basıncındaki bu değişim minimal düzeyde olduğu için, verilen eğitimin sistolik kan basıncı üzerindeki etkisinin kısmen olumlu yönde olduğu söylenebilir. Hajbaghery ve arkadaşlarının (2014); yaptıkları çalışmada koroner anjiyografi bekleyen hastalara işlem öncesi verilen sözlü, yazılı ve videolu eğitimin, işlemden 30 dk. önce ve işlem 30 dk. sonra sistolik ve diyastolik kan basıncında düşüşe sebep olduğu ve kan basıncı üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir(71).

Araştırma kapsamında literatürden farklı olarak, deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi-sonrası ve ameliyattan sonraki yaşam bulguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Veremci'nin (2022), yaptığı çalışmada; anjiyografi öncesi eğitim alan bireylerin, anjiyografi sonrası yaşamsal bulguları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır (72).

Sadati ve arkadaşlarının(2022), yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastaların yaşam bulgularını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (73). Literatür ile bizim çalışmamız arasındaki bu farkın, çalışmaya katılan hastaların yaşam bulgularının genel olarak normal standartlarda olmasından kaynaklı olduğu düşünülmekte ve bundan dolayı: **“Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların yaşam bulguları üzerinde olumlu/olumsuz etkiler”** H₁ hipotezini kabul etmeme durumu oluşmamaktadır.

Tablo 4.8 incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Gencer ve arkadaşlarının(2023), yaptıkları çalışmada; deney ve kontrol gruplarının ameliyat sonrası ağrı düzeyleri incelendiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (74). Bang ve arkadaşlarının (2023), yaptıkları çalışmada; verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve opioid kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. (75). Şimşek ve arkadaşlarının (2018), yaptıkları çalışmada; çalışmaya katılan hastalar arasındaki hissedilen ağrı düzeyleri incelendiği zaman aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ve ameliyattan önce verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı kontrolü üzerinde kaldığı tespit edilmiştir (76). Grup içi karşılaştırmada ise; deney grubundaki hastaların dönemlere göre ağrı düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ağrı değerinin eğitim sonrası ağrı değerine göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). İnal'ın (2018), yaptığı çalışmasında; verilen eğitimin bireylerin ağrı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (77). Çetinkaya ve Karabulut'un (2010), yaptıkları çalışmalarında; eğitimin ağrı üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir (78). Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde 2. ölçümden sonra ağrı düzeylerinin arttığı ve ameliyat sonrası 60.dk ağrı düzeylerinin 120. dk. ya göre düşük olduğu ve verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyi üzerinde etkisiz olduğu tespit edilmiştir. Ancak literatürde ameliyattan önce verilen eğitimin hastaların ameliyattan sonra hissettikleri ağrı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (79). Karaokur'un (2019), yaptığı çalışmada; lomber disk ameliyatı öncesi verilen eğitim deney grubunda hastaların kontrol grubundaki hastalara ameliyat sonrası ağrı düzeyinin düşük olmasında etkili olduğu tespit edilmiştir (80). Sağır ve arkadaşlarının (2012), yaptıkları çalışmada; spinal anestezi uygulanmalarının resimlerini içeren broşürler ile eğitim verilmesinin ameliyat sonrası dönemde analjezik ihtiyacını azalttığı tespit edilmiştir (81) Literatür ve bizim çalışmamız

arasındaki farklılığın, ameliyat sürecinde verilen anestezi etkisine bağlı olarak bireylerin ağrıyı hissetme zamanlarındaki değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda deney grubundaki hastaların dönemlere göre ağrı düzeylerinde değişimlerim istatistiksel açıdan anlamlı olması ancak ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeylerinde değişimin literatür ile farklılık göstermesinden dolayı; “**Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların ağrı düzeyleri üzerinde olumlu/olumsuz etkiler**” H₂ hipotezinin kısmen desteklediği söylenebilir.

Tablo 4.9 incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarının ön ve son test; uzun- kısa dönem ve toplam cerrahi korku düzeyleri ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Grup içi karşılaştırmada ise; deney ve kontrol grubundaki hastaların ön ve son test kısa dönem cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası kısa dönem cerrahi korku düzeylerindeki azalmanın istatistiksel açıdan daha fazla anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Deney grubundaki hastaların ön ve son test uzun dönem cerrahi korku düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). İki grupta ön test ve son test, toplam cerrahi korku düzeyi ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası toplam cerrahi korku düzeylerindeki azalmanın istatistiksel açıdan daha fazla anlamlı olduğu tespit (p<0.01). Deney grubunda dönemlere göre cerrahi korku düzeyindeki azalmanın daha fazla olmasında verilen videolu eğitimin etkili olduğu düşünülmekte ve literatür bunu desteklemektedir. Özkan'ın(2020), yaptığı çalışmasında; deney grubundaki hastaların eğitim öncesi cerrahi korku düzeylerinin eğitim sonrası cerrahi korku düzeylerinden daha yüksek olduğu yani eğitim sonrası cerrahi korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (14). Güney'in (2021), yaptığı çalışmasında; verilen planlı eğitimin sezaryen öncesi kısa ve uzun dönem cerrahi korku düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (82). Çetin ve Yılmaz'ın(2022), isimli çalışmalarında; hastaların bilgi düzeyi arttıkça cerrahi korku düzeylerinin azaldığı ve ameliyat öncesi hissedilen ağrıyı azaltmak için eğitimlere daha çok önem verilmesi gerektiği tespit edilmiştir (83). Bu çalışmanın bulguları literatürde yapılan çalışmaları destekler nitelikte olup: “**Acil cerrahi planlanan hastalarda videolu eğitim uygulaması, hastaların cerrahi korku düzeyleri üzerinde olumlu/olumsuz etkiler**” H₃ hipotezini desteklemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisini incelemek için yapılan bu çalışmada;

Acil cerrahi öncesi verilen videolu eğitimin:

- Bireylerin yaşam bulguları üzerinde genel olarak olumlu ya da olumsuz etkisinin olmadığı,
- Bireylerin eğitim öncesi ve sonrası ağrı düzeylerini olumlu yönde etkilediği ve eğitim sonrası ağrı düzeyinin azaldığı, ancak ameliyat sonrası dönemde literatür ile ters olacak şekilde 2. Ölçümden sonra ağrı düzeylerinin arttığı,
- Bireylerin cerrahi korku düzeylerinin eğitim öncesi döneme göre azaldığı, yani verilen videolu eğitimin cerrahi korku üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil cerrahi öncesi verilen hasta eğitimlerinde farklı tekniklerin kullanılması ve geliştirilmesi gerektiği,
- Ameliyat öncesi yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku bulgularına yönelik farklı gruplarda başka çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çavdar İ, Akyüz N. Ameliyat Sonrası Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Aksoy N, Kanan N, Akyolcu N(editörler). *Cerrahi Hemşireliği* 1, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi,2012:367-385.
2. Kaya M, Özlü KM. Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019,22(4):281-290.
3. Özyürek H, Göktaş S. Acil ve Elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi* 2021, 3(2):8-92.
4. Fındık YÜ, Topçu YS. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012, 22-33.
5. Gökmen V. Acil cerrahi girişim uygulanan hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı ve kaygı düzeyine etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, 2023.
6. Akinbami F, Askari R, Steinberg J, Panizales M, Selwyn O, Rogers Jr. Factors affecting morbidity in emergency general surgery. *The American Journal of Surgery* 2011, 201: 456-462.
7. Cimillin C. Cerrahide anksiyete. *Klin Psikiyatr Derg* 2001, 4:182-86
8. Gürsoy A, Candaş B, Güner Şirin, Yılmaz S. Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *J Perianesthesia Nurs* 2016, 31(6):495-503.
9. Demir A ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Gogus Kalp Dama* 2010, 18(3):177-82.
10. Altun Ş, Karaman Z, Olçun Z, Kaya M. Does the fear of surgery prevent patients from sleeping?. *Anatolia Nurs Heal Sci* 2017, 20(4): 260-66
11. Heilmann C et all. Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery--a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2016, 25: 351-61.
12. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile

karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013, 41: 44-49

13. Taşdemir N. Tank YD, Çetinkaya BE. Hastaların ameliyat öncesi dönemde korku düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Akad. Kastamonu* 2022, 7(1):47-58.
14. Özkan M. Ameliyat dönemine ilişkin bilgilendirmenin cerrahi korkuya etkisi. Sağlık bilimleri enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2020.
15. NCEPOD (National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death) Classification of Intervention <https://www.ncepod.org.uk/classification.html> Erişim tarihi: 15.05.2023
16. Cuşa H. Sabahattin Ali'nin hikâyelerinde kaygı ve korkunun izdüşümü. *Söylem Filol Derg* 2020, 5(1): 106-20.
17. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013, 3(3):10-13.
18. Dursun A. Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi. Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.
19. Arlı KŞ. Cerrahi Kliniklerde yatan hastaların ameliyat öncesi bilgi düzeylerinin ve neler hissettiklerinin değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 2(1):14-22.
20. Bağdigen M. Karaman Z. Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. *J Perianesthesia Nurs* 2018, 33(5): 708-14.
21. Salkım ÖÖ. Kapalı kolesistektomi ameliyatı öncesi hemşire tarafından verilen eğitimin hastaların bilgi düzeylerinin ve ameliyat sonrası kaydı ve ağrı düzeylerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
22. Daştan N. Katarakt cerrahi öncesi uygulanan el masajının anksiyete, cerrahi korku, ağrı ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2022.
23. Çelik F, Edipoğlu İS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res* 2018, 23:41.

24. Mete Z, Işık SA. Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2020,12(3):337-47.
25. Eti Aslan F. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F(editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014:127-148.
26. Suriano MLF et all. Consensual validation of the nursing diagnoses fear and anxiety identified at the immediate preoperative period in patients undergoing elective surgery. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2011,22(3):133-141.
27. Cheng JYJ et all. Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *patient education and counseling*2021, 104:1467–1473.
28. Reneman et al. .Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the world health organization’s family of international classifications. *pain* 2023,164:1240-1244.
29. Vermişli S, Çukurva İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2016,26(2):79-91
30. Jjala HA, French JL, Fxall GL, Hardam JG, Bedrfort NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2010, 104(3):369-74
31. Taşdemir N. Ağrı ve hasta bakımı. İçinde: Çelik S, Taşdemir N (editör). *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1.Baskı, Antalya, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi,2018:183-195.
32. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı fizyopatolojisi.*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019,2(2):209-220.
33. Öngel K. Ağrı tanımı ve sınıflandırılması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 2017, 9(1):12-14.
34. Güneş H. Total diz protezi ameliyatı öncesi sanal gerçeklik uygulamasının ağrı, kaygı ve yaşam bulgularına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021.
35. Akyüz KV. Ameliyat öncesi ağrı eğitiminin ameliyat sonrası ağrıya etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans

- Tezi. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, 2020.
36. Uyar M, Köken İ. Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği* 2017, 16:70–76.
 37. Reıslı R, Akkaya TÖ, Arıcan Ş, Can SÖ, Çetingök H, Güleç SM, Talu KG. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu. *Ağrı* 2021,33(1):1–51.
 38. ŞenyüzYK, Koçşlı S. Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2017, 4(2): 90-95.
 39. Şışman H. Reikinın Abdominal Cerrahi Hastalarının Anksiyete, Korku, Ağrı ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi, 2022.
 40. Değirmen N, Gür S, Kanan N. Ameliyat sonrası ağrıda tamamlayıcı terapiler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2022, 12 (1): 55-66.
 41. Acar K, Acar H, Demir F, Eti Aslan F. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversite Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016,(2):85-91.
 42. Sözen KK. Ayak masajının ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisi. *KSÜ Tıp Fak Der* 2020, 15(2): 110-115.
 43. Dikmen TB, Bağrıaçık E, Çapar A. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamaları: Bir Sistemik Derleme. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022,7(3):105-119.
 44. Kang M, Kwon Y. Nurses' knowledge and attitudes toward patient-controlled analgesia for postoperative pain control in A Tertiary Hospital In South Korea, *Kang and Kwon BMC Nursing* 2022, 21:319.
 45. Coll A, Janes R. Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. *Pain / Evidence & Practice* 2020.
 46. Özkan B. Abdominal Cerrahi girişim sonrası insizyon bölgesine uygulanan soğuk terapinin ameliyat sonrası ağrı ve analjezik kullanımına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2018.
 47. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik

- yaklaşımları: hasta görüşleri. *Ağrı* 2011,23(2):71-79.
48. Arslan B, Özkan M. The effect of bioenergy on postoperative pain in patients experienced abdominal surgery: a nonpharmacological Approach. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2019, 36:158–163.
 49. Özveren H. ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 83-92.
 50. Mert S, Göktaş S. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019,1(2):76-83.
 51. Yanık TÇ, Uğraş GA. Kardiyovasküler cerrahi sonrası ağrı yönetiminde hemşirelerin uyguladığı tamamlayıcı yöntemler: literatür taraması. *Lokman Hekim Dergisi* 2023,13(3): 553-65
 52. Fang L, Chen L, Sun H, Xu Y, Jin J. The effectiveness of using a nurse-led pain relief model for pain management among abdominal surgical patients: a single-center, controlled before-after study in china. *Pain Management Nursing* 2021, 22; 198-204.
 53. Yüceer S. Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2011; 2 (4): 474-478.
 54. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012, 7(21).
 55. Çelik S, Baş B, Korkmaz Z, Karaşahin H, Yıldırım S, Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018, 14:17- 23.
 56. Baş N, Karatay G, Bozoğlu Ö, Akay M, Kunduracı E, Aybek H. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 3(2):40–49.
 57. Akpolat R, Şişman H, Alptekin D, Gökçe E, Gezer D, Arslan S. Ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal* 2021, 46(2):670- 676.
 58. Merino L, Lira M, Liquitay C, Kusjanovic N, Morales S. Preoperative education in patients undergoing foot and ankle surgery: a scoping review. *Vergara-Merino et al. Systematic Reviews* 2023, 12:210
 59. Birlikbaş S ve Bölükbaş N. ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme

- protokolleri 2019, *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2(3):194-205.
60. Aydal P, Uslu Y, Ulus B. The effect of preoperative nursing visit on anxiety and pain level of patients after surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2023, 38; 96–101.
61. Gündüz E, Keskin H. Torakotomi ameliyatı öncesi ağrı eğitiminin postoperatif ağrı düzeylerine etkisi. *GKDA Derg.* 2020, 26(4):213-20.
62. Khalid A, Sadiqa A, Rehman N, Bilal M, Inayat T. Association of preoperative pain-related education with postoperative patient care among in-hospital cardiac patients. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care* 2022, 2(6):1607-8322.
63. Kılıç S. Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders.*2014,4(1):44-6
64. Research Randomizer. <https://www.randomizer.org/>. Erişim tarihi:20.02.2023
65. Uzun Ö. Ameliyat Öncesi Hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000,3(2):36-45
66. Dolgun E, Dönmez CY. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010,3(3):10-15
67. Donald S, Page M, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 5.
68. Jury T, Kupila A, Rajwa P, Bryniarski P, Burzynski B. Role of preoperative patient education among prostate cancer patients treated by radical prostatectomy. *Cent European J Urol* 2022, 75:272-276.
69. Brodersan F, Wagner J, Uzunoğlu GF, Ewert PC. Impact of preoperative patient education on postoperative recorvt in abdominal surgery: a systematic review. *World J Surg* 2023, 47:937-947.
70. Longo GU, Salvatore S, Rasati C, Pisani I, Ceccaroli GR, Marinis GM, Denaro V. The impact of preoperative education on knee and hip replacement: A Systematic Review. *Osteology* 2023,3:94-112.
71. Hajbaghery MA, Moradi T, Mohseni R. Effects of a multimodal preparation package on vital signs of patients waiting for coronary angiography. *Nurs Midwifery Stud.* 2014, 3(1): 17518.
72. Veremci Ş. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara işlem öncesi verilen eğitimin anksiyete düzeyi ve yaşamsal bulgular üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı. Hemşirelik Esasları Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2022.

73. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian C. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Saund J Caring Sci* 2013, 27: 994-998.
74. Gencer A, Öz G, Gunay E, Dumanlı A. Effects of education on pain and anxiety before and after video-assisted thoracoscopic surgery. *Kardiochirurgia Torakochirurgia Polska* 2023, 20(2):94-99.
75. Bang JY, Kim S, Kim KJ, Kim H, Kim S, Chung SC, Yoo YS, Jeong H, Park B, Lee HS. Effect of preoperative patient education and simulated mouth breathing training on opioid requirements in the post-anesthesia care unit after nasal surgery: a randomized controlled study. *Anesthesiology*, 2023,23:348.
76. Şimşek T, Alpar ŞE. Açık kalp ameliyatı olacak hastalara verilen preoperatif eğitimin: postoperatif dönemde anksiyete ve iyileşme süreci üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018,34(3):45-62.
77. İnal Y. Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.
78. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13(2):20-26.
79. Barboza RH, Moosabba MS, Silva DF, Lobo SA. Effectiveness of preoperative education and music intervention on postoperative outcomes among patients undergoing abdominal surgery: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2023, 17(5):7-12
80. Karaokur G, Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2019.

81. Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapsuz m, Kadıoğlu AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim* 2012, 40(5):274-8.
82. Güney D. Sezaryen ameliyatı öncesi dinletilen müziğin ve verilen planlı eğitimin cerrahi korku, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Sivas Cumhuriyet niversitesi, 2021.
83. etin F, Yılmaz E. Cerrahi kliniğinde yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve ameliyat korkusuna etkisi. *İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2022, 7(1):61-67.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş





EK-2. Hasta Bilgi Formu

ACIL CERRAHI ÖNCESİ VIDEOLU EĞİTİMİN HASTALARIN YAŞAM BULGULARI, AĞRI VE CERRAHI KORKU DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yönerge: Değerli katılımcılar, bu anket; Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler konu ile ilgili olarak bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacak ve bu anket formu amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Serdar SARITAŞ

Uzm. Hemşire. Pelin TUNCER ÇOBAN

ANKET NO:.....

UYGULAMA GRUBU ()

KONTROL

GRUBU ()

1) **Cinsiyetiniz:** (1) Kadın

(2) Erkek

2) Yaşınız:.....

3) **Medeni durumunuz:**

(1)Bekar

(2)Evli

4) **Aile yapısı :**

(1) Çekirdek aile

(2) Geniş aile

5) **Eğitim Durumunuz:**

(1) Okur-yazar

(2) İlkokul

(3)Ortaokul

(4) Lise

(5)Lisans

(6)Lisans Üstü

6) **Mesleğiniz nedir?**

7) **Refakatçiniz var mı?** (1)Evet:.....

(2) Hayır

8) Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?

(1) Yatmadım (2) 1 kez (3) 2 kez (4) 2 den fazla

9) **Daha önce hiç cerrahi operasyon geçirdiniz mi ?** (1) Evet (2) Hayır

10) **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?** (1) Var

(2) Yok.....

11) **ASA skoru:**.....

EK-3. Cerrahi Korku Ölçeği

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. 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

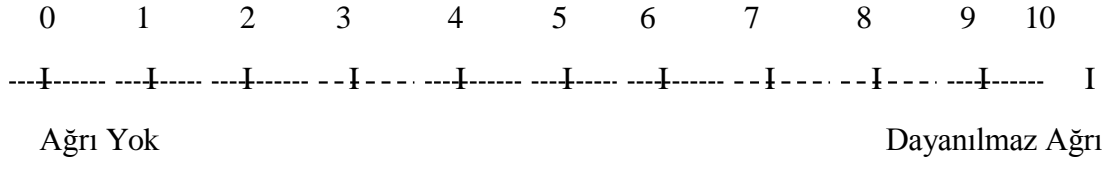
7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

EK-4. Numerik Ağrı Skalası



EK-6. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu(Deney Grubu İçin)

Sizi Doç. Dr. Serdar SARITAŞ tarafından yürütülen “Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını öğrenmek için bu formu okuyup anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sor sorma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. **Araştırma yayımlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir**

1.Araştırmanın Adı: Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi

2.Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3.Araştırmada Gönüllüye Uygulanacak Yöntemler:

- Tüm işlemler hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılacaktır. Araştırmayı kabul eden hastadan izin alındıktan sonra araştırmaya başlanacaktır. Araştırmacı tarafından hasta bilgi formu kullanılarak hasta hakkında bilgi sahibi olunacaktır. Daha sonra hastaların korku düzeyleri(cerrahi korku ölçeği kullanılarak), ağrı düzeyleri, kan basınçları, kalp atım hızları, vücut ısıları ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Elde edilen verilerin kayıt işlemi tamamlandıktan sonra, hastanın odası verilen eğitime odaklanabilmesi için düzenlenecek, araştırmacının kendi bilgisayarından hastaya hazırlanan eğitim videosu izlettirilecek ve izleme süresi zarfından hastalara akıllarına takılan soruları sormalarına olanak tanınacaktır. Video sonrası tekrar hastaların korku düzeyleri(cerrahi korku ölçeği kullanılarak),ağrı düzeyleri, tansiyonları, kalp atım hızları, ateşleri ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Ameliyat sonrası

İlgili klinikte ameliyattan sonra hastaların ağrı düzeyleri, kan basınçları, kalp atım hızları, vücut ısıları ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Tüm takipler bittikten sonra çalışma sonlandırılacaktır.

4.İlgili mevzuat gereğince gerekiyorsa gönüllüye verilecek tazminat (sigorta) ve / veya sağlanacak tedaviler, gereken masraflar Doç. Dr. Serdar SARITAŞ tarafından karşılanacaktır.

5. Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlarda Aranacak Kişi

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma katıldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili sorumlu araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZA
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZA
ADI-SOYADI- GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-7. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu(Kontrol Grubu İçin)

Sizi Doç. Dr. Serdar SARITAŞ tarafından yürütülen “Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmektir.. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını öğrenmek için bu formu okuyup anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sor sorma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahıssa verilmeyecektir**

1.Araştırmanın Adı: Acil Cerrahi Öncesi Videolu Eğitimin Hastaların Yaşam Bulguları, Ağrı ve Cerrahi Korku Düzeylerine Etkisi

2.Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, acil ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen videolu eğitimin yaşam bulguları, ağrı ve cerrahi korku düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3.Araştırmada Gönüllüye Uygulanacak Yöntemler:

- Tüm işlemler hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılacaktır. Araştırmayı kabul eden hastadan izin alındıktan sonra araştırmaya başlanacaktır. Araştırmacı tarafından hasta bilgi formu kullanılarak hasta hakkında bilgi sahibi olunacaktır. Daha sonra hastaların korku düzeyleri(cerrahi korku ölçeği kullanılarak), ağrı düzeyleri, kan basınçları, kalp atım hızları, vücut ısıları ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Hasta ameliyata gitmeden önce tekrar cerrahi korku düzeyleri(cerrahi korku ölçeği kullanılarak),ağrı düzeyleri, tansiyonları, kalp atım hızları, ateşleri ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Ameliyat sonrası ilgili klinikte ameliyat sonrası ağrı düzeyleri, kan basınçları, kalp atım hızları, vücut ısıları ve solunum sayıları ölçülecek ve kayıt altına alınacaktır. Tüm takipler bittikten sonra çalışma sonlandırılacaktır.

4.İlgili mevzuat gereğince gerekiyorsa gönüllüye verilecek tazminat (sigorta) ve /

veya sağlanacak tedaviler, gereken masraflar Doç. Dr. Serdar SARITAŞ tarafından karşılanacaktır.

5. Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlarda Aranacak Kişi

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma katıldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili sorumlu araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZA
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZA
ADI-SOYADI- GREVI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-8. Hastane İzin Belgesi





EK-9. Etik Kurul İzni



EK-10. Ölçek İzni



EK-11. Randomizasyon Tablosu(Örneklem Seçim Süreci)

DENEK	ATAMA	DENEK	ATAMA
1	Grup 2	27	Grup 1
2	Grup 1	28	Grup 2
3	Grup 1	29	Grup 1
4	Grup 1	30	Grup 2
5	Grup 2	31	Grup 1
6	Grup 1	32	Grup 2
7	Grup 1	33	Grup 1
8	Grup 2	34	Grup 1
9	Grup 1	35	Grup 2
10	Grup 1	36	Grup 2
11	Grup 1	37	Grup 2
12	Grup 1	38	Grup 2
13	Grup 2	39	Grup 2
14	Grup 2	40	Grup 1
15	Grup 1	41	Grup 2
16	Grup 2	42	Grup 1
17	Grup 2	43	Grup 1
18	Grup 2	44	Grup 2
19	Grup 1	45	Grup 2
20	Grup 2	46	Grup 2
21	Grup 1	47	Grup 1
22	Grup 1	48	Grup 2
23	Grup 2	49	Grup 2
24	Grup 1	50	Grup 1
25	Grup 2	51	Grup 1
26	Grup 1	52	Grup 2