

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA

KOLONOSKOPİ ÖNCESİ UYGULANAN HEMŞİRELİK
GİRİŞİMLERİNİN AĞRI, ANKSİYETE VE UTANMA
DUYGUSUNA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Uzm. Sağ.Yzb. Gülbahar KÖROĞLU

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2013

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA

**KOLONSOKOPİ ÖNCESİ UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
AĞRI, ANKSİYETE VE UTANMA DUYGUSUNA ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Uzm. Sağ.Yzb. Gülbahar KÖROĞLU

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü EĞitim-ÖĞretim Yönetmeliği'nin
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak HazırlanmıŐtır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Sağ. Alb. Nalan AKBAYRAK

**Ankara
2013**

GATA Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

“Kolonoskopi Öncesi Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Ağrı, Anksiyete ve Utanma Duygusuna Etkisinin Belirlenmesi” konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı’nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Sağ.Alb.Nalan AKBAYRAK

Üye : Prof.Tbp.Tuğg.Sait BAĞCI

Üye: : Prof.Dr.Tülin BEDÜK

Üye : Doç.Dr.Sağ.Alb.Nuran TOSUN

Üye: : Doç.Dr.Sağ.Yb.Belgüzar KARA

ONAY:

Sağ.Yzb.Gülbahar KÖROĞLU’nun 26/12/2013 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Ufuk DEMİRKILIÇ
Prof.Tbp.Tuğgeneral
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu'nun 26 Aralık 2011 gün ve 209 sayılı kararı gereği İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı'nda yürütülmüştür.

Doktora eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdür Yardımcısı Sayın Doç.Dr.Sağ.Alb. Nuran TOSUN ve doktora tez çalışmam sırasında değerli desteklerini esirgemeyen tez izleme jurim GATA Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Tbp.Tuğg. Sait BAĞCI'ya, GATA Endoskopi merkezi çalışanlarına saygı ve şükranlarımı sunarım. Çalışmamın, istatistiksel olarak değerlendirme aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen Sayın Doç. Tbp. Alb. Cengizhan AÇIKEL ve Sayın Dr. Gülcan BAĞCIVAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince, bilgi ve deneyimleriyle beni her zaman destekleyen ve yol gösteren, tez danışmanım olarak tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü değerli hocam Sayın Prof. Sağ. Alb. Nalan AKBAYRAK ve üyesi olmaktan mutluluk duyduğum GATA HYO İç Hastalıkları Hemşireliği BD. ekibine saygı ve şükranlarımı sunarım.

Gülbahar KÖROĞLU

Ankara 2013

ÖZET

Sağ.Yzb. Gülbahar KÖROĞLU, Kolonoskopi Öncesi Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Ağrı, Anksiyete ve Utanma Duygusuna Etkisinin Belirlenmesi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2013

Bu çalışma, Mitchell ve diğ. tarafından geliştirilen kolonoskopi utanma ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik ve kolonoskopi öncesinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Çalışma Eylül 2012-Kasım 2013 tarihleri arasında GATA Endoskopi Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, belirlenen kriterleri sağlayan gönüllü hastalar oluşturmuştur. Çalışmada ilk olarak 91 hasta üzerinde utanma ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Daha sonra 71 (35 müdahale, 36 kontrol) hasta ile hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisi araştırılmıştır. Müdahale grubundaki hastalara kolonoskopi randevusu almak üzere geldiklerinde bireysel olarak kolonoskopi hakkında sözlü ve yazılı (eğitim kitapçığı) eğitim verilmiştir. Sonrasında yüz yüze ve telefonla danışmanlık sağlanmıştır. Kontrol grubu hastalara ünitenin standart prosedürü uygulanmıştır. Verilerin toplanması amacıyla Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu, Kolonoskopi Utanma Ölçeği, Speilberg's Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I), Görsel Kıyaslama Skalası (VAS), Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarda kolonoskopi öncesi utanma ve anksiyete ölçeği, işlem sonrası 16-24 saatte VAS uygulanmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik testlerden; ikili grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında One-Way Anova testi kullanılmıştır. İkiden fazla grupların karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olması durumunda Post Hoc testlerden Tukey Testi ile farkın hangi gruptan kaynaklandığı değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, kolonoskopi utanma ölçeğinin

Türkçe versiyonunun, ülkemizdeki kolonoskopi yapılacak bireylerde kolonoskopiye bağılı utanma düzeyini belirlemede geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği bulunmuştur (Cronbach alfa kat sayısı 0.943). Müdahale grubuna uygulanan kolonoskopi öncesi hemşirelik girişimlerinin hastaların utanma ($p=0,004$; $t=2.962$) ve ağrı düzeyini ($p<0.001$; $t=3.751$) kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşürdüğü fakat anksiyete düzeyine ($p=0.617$; $t=0.502$) etki etmediği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler : Kolorektal kanser, Kolonoskopi, Utanma

Danışman : Prof.Sağ.Alb. Nalan AKBAYRAK

ABSTRACT

Captain Gülbahar KÖROĞLU, The Determination of the Effect of Nursing Interventions Applied Before Colonoscopy on Pain, Anxiety and Embarrassment, GMMA Institute of Health Sciences, Medical Nursing Program, PhD Thesis, Ankara, 2013

This study was planned and conducted experimentally in order to determine the effect of nursing interventions applied methodologically and before colonoscopy on pain, anxiety and embarrassment for the purpose of performing the Turkish validity-reliability study of the colonoscopy embarrassment scale developed by Mitchell et al. The study was conducted at the GATA Endoscopy Center between September 2012 and November 2013. The volunteering patients who met the determined criteria constituted the sample of the study. The validity and reliability study of the embarrassment scale was first conducted on 91 patients in the study. Then, the effect of nursing interventions on pain, anxiety and embarrassment was investigated on 71 patients (35 intervention, 36 control subjects). The intervention group patients were provided verbal information on colonoscopy and colonoscopy training manuals when they came to get a colonoscopy appointment and telephone and face-to-face counseling later on. The standard procedure of the unit was used for the control group patients. The Data Collection Form regarding Descriptive Characteristics of the Individuals, the Colonoscopy Embarrassment Scale, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory-I (STAI-I), the Visual Analog Scale (VAS), and the Self-Efficacy Scale were used for the purpose of data collection. The embarrassment and anxiety scale was administered before the colonoscopy and VAS 16-24 hours after the procedure in both the intervention and control group patients. The data was analyzed by using the related tests in SPSS 15.00 statistical program. We found that it was possible to use the Turkish version of the colonoscopy embarrassment scale in a valid and reliable manner for the determination of the colonoscopy-related embarrassment level in individuals about to undergo colonoscopy in our country (Cronbach alpha 0.943). The

nursing interventions administered to the intervention patients before colonoscopy were found to significantly decrease the embarrassment ($p=0,004$; $t=2.962$) and pain level ($p<0.001$; $t=3.751$) of the patients compared to the control group, but did not affect the anxiety level ($p=0.617$; $t=0.502$).

Key words : Colorectal cancer, Colonoscopy, Embarrassment

Counselor : Nalan AKBAYRAK, RN, MSc, PhD, Prof.

İÇİNDEKİLER	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kolorektal Kanser	4
2.2. Kolonoskopinin Tanımı	6
2.2.1. Kolonoskopi Endikasyon ve Kontrendikasyonları	6
2.2.2. Kolonoskopi Komplikasyonları	8
2.3. Kolonoskopi ve Utanma	9
2.4. Kolonoskopi ve Anksiyete	10
2.5. Kolonoskopi ve Ağrı	11
2.6. Kolonoskopide Hemşirenin Sorumlulukları	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.3.1. Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Örneklemi	16
3.3.2. Müdahale Çalışması Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması	17
3.5. Uygulama	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR	25
4.1. “Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” geçerlik-güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular	25

4.1.1.“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Güvenirliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	25
4.1.1.1. İç tutarlılık analizi sonuçları	25
4.1.1.2. Test-tekrar test güvenirliliği analizi sonuçları	26
4.1.1.3. Madde analizi sonuçları	26
4.1.2.“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Geçerliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	27
4.1.2.1. Ölçüt/uyum geçerliğine ilişkin bulgular	28
4.1.2.2. Yapı geçerliğine ilişkin bulgular	28
4.2. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular	30
4.3. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular	33
4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	35
5. TARTIŞMA	39
5.1. Kolonoskopi utanma ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bulguların tartışılması	39
5.2. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulguların tartışılması	42
5.3. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma, anksiyete ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
6.2. Öneriler	51
KAYNAKLAR	52
EKLER	65
EK 1: Etik Kurul Onayı	65

EK 2: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu	66
EK 3: Kolonoskopi Utanma Ölçeği	67
EK 4: Spielberg's Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I)	70
EK 5: Görsel Kıyaslama Skalası (VAS)	71
EK 6: Öz-yeterlilik Ölçeği	72
EK 7: Kolonoskopi Hasta Eğitim Kitapçığı	73

SİMGELER VE KISALTMALAR

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
IV	: İntravenöz
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
O ₂	: Oksijen
STAI-1	: Speilberg's State-Trait Anxiety Inventory-I
VAS	: Visual Analog Scale
$\bar{X}$	: Aritmetik Ortalama
Ss	: Standart Sapma
α	: Alfa değeri

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması

23

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
4.1.1.2.	Test-tekrar test sonuçlarının karşılaştırılması	26
4.1.1.3.	“Kolonoskopi utanma ölçeğinin” düzeltilmiş madde- toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları	27
4.1.2.1.	“Kolonoskopi Utanma Ölçeği” ile “Öz-yeterlilik ölçeği” puanları arasındaki uyum analizi sonuçları	28
4.1.2.2.	“Kolonoskopi utanma ölçeği” döndürülmüş (Varimax) temel bileşenler faktör analizi sonuçları	29
4.2.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
4.2.2.	Katılımcıların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	31
4.2.3.	Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin müdahale ve kontrol grubunda karşılaştırılması	32
4.3.	Müdahale ve kontrol grubunda ağrı, utanma ve anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
4.4.1.	Hastaların sosyodemografik özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılması	35
4.4.2.	Hastaların tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılması	38

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır [1] Kolorektal kanserler, dünya genelindeki toplam kanser vakalarının yaklaşık % 9.4'ünü oluşturmaktadır. Her yıl dünya genelinde kolorektal kanserlerin insidansı, 1 milyonun üzerinde yeni vakaya ulaşmıştır. Tüm kanserler içinde erkekler arasında dördüncü ve kadınlar arasında üçüncü sırada yer almaktadır [2]. Türkiye'de kolorektal kanserler kadınlarda % 13.5 ile 3. sırada, erkeklerde % 20.8 ile 4. sırada yer almaktadır [3].

Ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olan kolorektal kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testlerine gereksinim vardır. Kolorektal kanser tarama yöntemleri kanser morbiditesi ve mortalitesini azaltan ve etkinliği kanıtlanmış tarama yöntemleridir. Kalın barsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüyene kadar belirti vermemektedirler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (premalig) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkün olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kolorektal kanserler için önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu söylenmektedir. Yapılan birçok çalışma ile çeşitli tarama stratejilerinin ve tarama testlerinin kolorektal kanser mortalitesini azalttığı kanıtlanmıştır [4-5].

Kolorektal kanserlerin erken tanınması ve mevcut riskin belirlenmesi kolonoskopi ile yapılmaktadır [6]. Kolon kanserinin taraması ve tanılmasında altın standart olan kolonoskopi, erken tanılamanın yanı sıra mevcut adenomatöz poliplerin alınması yoluyla kanserin önlenmesinde de önemli bir yeri olan en güvenilir araçtır [2, 7]. Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı verilerine göre, ülkemizde kolorektal kanser taraması, 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlara her yıl gaitada gizli kan testi (GGK), her on yılda bir kolonoskopi yapılması şeklinde uygulanmaktadır [4, 8].

Kolonoskopi, yaklaşık 1.2 metre uzunluğundaki kolon lümeninin, kolonoskop adı verilen bu iş için yapılmış olan özel cihazla, anüsten

başlanarak, rektum, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon ve çekuma kadar olan yapıların ve gerektiğinde terminal ileum mukozasının görsel incelenmesi işlemidir. İşlem sırasında biyopsi alınabilmekte veya varsa polipler çıkarılabilmektedir [9].

Kolonoskopi, hastalarda utanma, fiziksel rahatsızlık, ağrı ve anksiyeteye neden olabilmektedir. İşlem sırasında barsak hava ile genişletildiği için ağrılı bir muayene olarak algılanmaktadır. Kolonun sabit bir şeklinin olmayışı, keskin dönüşlerin olması ve mezenterin gerilmesi ağrıya neden olmaktadır [9-11]. Kolonokopi işleminin uygulandığı bölgenin anal bölge olması ve birey tarafından bölgenin mahrem olarak algılanması utanma duygusuna yol açmaktadır. Bunun yanı sıra kolonoskopi; endişe verici beklentiler, utanma ve ağrı duyma korkusu nedeniyle sıklıkla anksiyeteye de yol açmaktadır. Ersöz ve diğ. [12] yaptıkları çalışmada tanısal gastroskopi ve kolonoskopi işlemlerinin, endoskopi türünden bağımsız olarak, hastalarda anlamlı anksiyete artışına yol açtığını belirtmişlerdir. Anksiyete ise ağrının daha fazla algılanmasına neden olmaktadır. Anksiyete, hem bireyde oluşturduğu rahatsızlık nedeniyle hem de kolonoskopi sırasında prosedürün uzamasına ve komplikasyonlara neden olduğu için bireylerin işleme yönelik anksiyetesinin önlenmesi veya hafifletilmesi önemlidir. Ağrı korkusu, utanma ve anksiyete bireylerin kolonoskopi yaptırmasını engelleyen faktörler arasında yer almaktadır [13-16].

Kolonoskopi işlemine ilişkin hastaların yaşadığı ağrı, utanma ve anksiyete gibi fiziksel ve duygusal rahatsızlıkların işlem öncesi, sırası ve sonrasında uygun hemşirelik girişimleri ile azaltılabileceği çalışmalarda vurgulanmaktadır [10, 17-20]. Kolonoskopi öncesi ve sonrası dönemde hasta-hemşire ilişkisinin istenen biçimde ve düzeyde olmaması hastanın anksiyete ve korkusunu arttıran en önemli neden olarak kabul edilmektedir [21]. Hemşirelerin kolonkopiye ilişkin hasta eğitiminde önemli bir yeri vardır. Palma, barsak hazırlığına ilişkin hasta eğitiminde hemşirelerin anahtar rol oynadığını belirtmektedir [22]. Spiegel ve diğ. [19] tarafından yapılan bir çalışmada, hastalara barsak hazırlığı ile ilgili eğitim kitapçığı verilmesinin hazırlık kalitesini arttırdığı bulunmuştur.

Hemşireler, bireylerin kolonoskopi öncesinde utanma duygularını tanılayarak uygun hemşirelik girişimlerini kullanma yolu ile ağrı ve anksiyetenin önlenmesi konusunda başarılı sonuçlara ulaşmışlardır. Çalışmalar kolonoskopi gibi işlemlerde utanmanın tanılanmasını ve hastaların bu konuda cesaretlendirilmesini önermektedir [14]. Ancak lkemizde kolonoskopiye ilişkin utanma duygusunu saptamak için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç bulunmamaktadır. Bu alışma ile 2008 yılında Mitchell ve diğ. [14] tarafından geliştirilen kolonoskopi utanma lğinin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmasını yapmak ve hastaya kolonoskopi öncesinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı;

- Kolonoskopi utanma lğinin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmasını yapmak,
- Hastaya kolonoskopi öncesinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanser

Beslenme alışkanlıkları da dâhil olmak üzere hayat tarzındaki değişiklikler, hareketsiz bir yaşam tarzının yaygınlaşması, kilo alma ve obezite ile sosyolojik değişimler kolorektal kanserlerin görülmesinde büyük artışlara neden olmaktadır.[2]. Buna rağmen kolorektal kanserlerde, erken evrelerde tanı konduğunda 5 yıllık hayatta kalım süresi %90'lara ulaşmaktadır [1]. Kolorektal kanserlerin moleküler ve biyolojik özellikleri ile ilgili gelişmeler, neoplazilerin patogenezeine yeni bakış açıları getirmektedir. Ayrıca genetik yatkınlık ve çevresel faktörler arasındaki etkileşim sonucu uzun sürelerde kanser geliştiği için lezyonların preneoplastik veya erken neoplastik aşamadayken tespit edilmesi hayatta kalım süresi açısından önemlidir. Yapılan çalışmalarda her iki cinsiyette de sağ kolonda (çekum, assenden kolon) ve sigmoid kolonda kanser sıklığı artarken, rektumda azaldığı gösterilmektedir. Bu bilgiler, kolorektal kanser taramasında kullanılan rektosigmoidoskopi işleminin yeterli olmayabileceğini akla getirmektedir [23].

Kolorektal kanserler herhangi bir yaşta ortaya çıksa bile hastaların %90'ından fazlası 40 yaşın üzerinde olan kişilerdir. Bu yaştan sonra risk, her 10 yılda ikiye katlanır. Bu bilgiden yola çıkarak risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- * 50 yaş üzerindeki bireyler
- * Yüksek yağlı, düşük lifli beslenme
- * Aşırı kalori alımı
- * Ailede (birinci ve ikinci derecede akrabalar) ve /veya kendisinde
 - Kolorektal kanser hikayesi
 - Kolorektal adenomatoz polipi öyküsü olanlar
- * Ülseratif Kolit ve Crohn hastalığı öyküsü olanlar (8-10 yıldan fazla süre ile hasta olanlarda risk artar)
- * Kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendromlar (Lynch, Gardner, Turcot, Peutz-Jegher Sendromları, Ailesel juvenil ve adenomatöz polipozis) [4].

Ülkemizde kolon kanserinin giderek artması beklenmektedir. Kolon kanseri riskinin azaltılmasına yönelik çalışmaların yanı sıra erken tanı için

risk altındaki popülasyonun eğitimi ve tarama çalışmaları da büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle riskin azaltılması ve erken tanıya yönelik önlemler biran önce alınmalı ve toplum bu konuda bilgilendirilmelidir. Böylece artması beklenen bir hastalığın sınırlandırılması hatta insidansının düşürülmesi mümkün olabilir [24].

Kolorektal kanser riskinin azaltılması için uygulanabilecek bireysel önlemler şunlardır [24]:

1. Kalori alımı kısıtlanmalıdır. Özellikle kırmızı et ve hayvansal yağ tüketimi azaltılmalı, beyaz et tercih edilmelidir.
2. Sebze ve meyve alımı artırılmalıdır. Belli oranda lifli besinler tüketilmelidir. Bisküvi ve çikolata gibi ürünlerle yapılacak ara öğün veya atıştırmaların yerine elma, portakal, muz gibi çeşitli meyveler veya sebzeler tercih edilmelidir.
3. Düzenli egzersiz programları uygulanmalıdır.
4. Sigara bırakılmalı, alkol alımı kısıtlanmalıdır.
5. Yeni başlayan barsak hareketlerinde değişiklik, defekasyon problemleri, kilo kaybı, gaitada kan, karında daha önce olmayan ağrı ve hassasiyet durumlarında hekime başvurulmalıdır.
6. Yüksek risk altındaki popülasyon profilaktik ilaç kullanımı için değerlendirilmelidir
7. Elli yaşın üzerindeki bireyler veya ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlar toplum tarama programlarına katılmalı veya düzenli kontrollere gitmelidir.

Taramanın önemli olduğunu gösteren kanıtlara rağmen gelişmiş ülke vatandaşlarının çoğu herhangi bir kolorektal kanser taramasına tabi tutulmamışlardır. Birincil önlemede başarısız olunması halinde meme, serviks ve kolorektal kansere yönelik tarama bu yaygın hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarını azaltma yönünde önemli bir etki yapabilir [2].

2.2. Kolonoskopinin Tanımı

Kalın barsak ile ilişkili semptomların araştırılmasında en etkili yöntem endoskopik incelemedir. Kolonoskopi, yaklaşık 1.2 metre uzunluğundaki kolon lümeninin, kolonoskop adı verilen özel cihazla, anüsten başlanarak,

rektum, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon ve çekuma kadar olan yapıların ve gerektiğinde terminal ileum mukozasının görsel incelenmesi işlemidir [9]. Kolonoskop fiber optik demetlerin veya video kablolarının görüntüleme amaçlı içinden geçtiği yarı elastik-elastik bir borudur. Kolonoskopide amaç çekuma kadar kolonun görüntülenmesidir. Yaklaşık 40 yıl önce total kolonoskopi ilk defa tariflenmiştir. Geçen yıllarda önemli teknik gelişmelerle cihazın kullanışlılığı ve görüntü kalitesi iyileştirilmiştir. Deneyimli bir kolonoskopist bugün çekuma %98 oranında ulaşabilmektedir. Birçok vakada da terminal ileum değerlendirilebilmektedir. İşlemin üstünlüğü, aynı anda histopatolojik inceleme için biyopsi alınabilmesi ve polipektomi veya hemostaza yönelik girişimlere olanak sağlamasıdır [9, 25-26].

2.2.1.Kolonoskopi Endikasyon ve Kontrendikasyonları

Kolon kanseri için orta riske sahip olan 50 yaş üzerindeki her 10 yılda bir tarama kolonoskopisi yapmak 1998'den itibaren gündeme gelmiş bir yaklaşımdır [27]. Alt gastrointestinal sistem kanamaları, demir eksikliği anemisi etyolojisinin araştırılması, kronik ishal, inflamatuvar barsak hastalıkları, tanısal kolonoskopinin başlıca diğer endikasyonları arasındadır.

Tanısal ve girişimsel kolonoskopi endikasyonları [28]

Tanısal kolonoskopi endikasyonları

- Baryum enema veya sanal kolonoskopide dolma defekti veya darlık gözlemlenmesi
- Açıklanamayan gastrointestinal kanama değerlendirilmesi
 - o Anorektal kaynağın saptanamadığı hematokezya
 - o Üst gastrointestinal kaynağın dışlandığı melena
 - o Dışkıda gizli kan saptanması
 - o Açıklanamayan demir eksikliği anemisi
- Adenomların çıkarılması sonrası takip kolonoskopisi
- Kolonorektal kanser rezeksiyonu sonrası takip kolonoskopisi
- Sigmoidoskopide adenom saptanması veya kolorektal kanser saptanmış hastada senkron neoplazi taraması

- ☐ ☐ Ülseratif pankolitli veya Crohn Hastalığı bulunanlarda 8 hastalık yılından sonra, sol kolitli hastalarda 15 hastalık yılı sonrası
- ☐ ☐ Kolorektal kanser taraması
- ☐ ☐ Kronik inflamatuvar barsak hastalığının ayırımını yapmak
- ☐ ☐ Klinik olarak anlamlı açıklanamayan kronik ishal
- ☐ ☐ Cerrahi sırasında belirlenemeyen lezyonun intraoperatif değerlendirilmesi

Tedavi edici kolonoskopi endikasyonları

- ☐ ☐ Vasküler malformasyon, ülser, neoplazi, polipektomi bölgesinden kaynaklanan kanama tedavisi
- ☐ ☐ Yabancı cisim çıkarılması
- ☐ ☐ Akut nontoksik megakolon ve sigmoid volvulus dekompresyonu
- ☐ ☐ Kolon polipi çıkarılması
- ☐ ☐ Stenotik lezyonlara balon dilatasyonu uygulanması
- ☐ ☐ Darlık yaratan veya kanayan lezyonların palyatif tedavisi
- ☐ ☐ Neoplazm lokalizasyonu için işaretleme yapılması

Kolonoskopi işleminin kontrendikasyonlarının başında hastanın işlemi kabul etmemesi yer alır. Toksik megakolon ve fulminan kolit de işlem kontrendikasyonları arasındadır.

Kolonoskopi kontrendikasyonları [28]

Kesin kontrendikasyonlar

- ☐ ☐ İşlemi yaptırmak istemeyen hasta
- ☐ ☐ Koopere olamayacak ve uygun sedasyon uygulanamayacak olan hasta
- ☐ ☐ Periton boşluğu ile temas halinde bulunan bilinen organ perforasyonunun bulunması
- ☐ ☐ Toksik megakolon
- ☐ ☐ Fulminan kolit

Relatif kontrendikasyonlar

- ☐ ☐ Akut divertikülit
- ☐ ☐ Hemodinamik instabilite
- ☐ ☐ Yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü veya pulmoner emboli

- ☐ Erken postoperatif dönem
- ☐ Çok büyük ve veya semptomatik abdominal aort anevrizması
- ☐ Gebelik

2.2.2. Kolonoskopi Komplikasyonları

Tanısal kolonoskopinin ortalama komplikasyon oranı % 0.3'dür. Risk polipektomi yapıldığı zaman artar (%2). İşlemin ana komplikasyonları perforasyon, kanama ve postpolipektomi sendromudur [29-30].

Kanama: Kolonoskopi sırasında veya sonrasındaki en sık kanama sebebi polipektomidir. Polipektomi yapılan hastaların %1.5-3' de kanama görülür [31]. İşlem sonrası 2 haftaya kadar gecikmiş kanama görülebilir. İşlem sırasında olan kanamalar polip sapının 5 dakika boyunca snare ile sıkılması, sulandırılmış epinefrin enjeksiyonu ve kanayan damara hemoklip yerleştirilmesi ile durdurulabilir. Gecikmiş kanama en iyi tekrar kolonoskopi yapılarak saptanır ve tedavi edilir. Anjiyodisplazi lezyonlarının argon plazma ile koagülasyonu sonrasında da gecikmiş kanama meydana gelebilir [32].

Perforasyon: En korkulan komplikasyondur ve işlemlerin %0.1-0,9'unda görülür [33]. Polipektomi perforasyon riskini 2 kat artırır. Aşırı hava verilmesi sonucu gelişen barotravma ile kolon lümenine aşırı basınç uygulanması sonucu ve elektrocerrahi girişimler sonrasında perforasyon meydana gelebilir [32]. Barsak çapının en fazla olduğu dolayısıyla yüzey geriliminin en fazla olduğu çekum barotravmanın en sık görüldüğü yerdir.

Lupların en fazla görüldüğü sigmoid kolonda ise kolon yırtılmalarına en sık rastlanır. Geniş yırtıklar kolonoskopi esnasında saptanırsa girişimsel tekniklerle veya cerrahi ile onarılabilir. Polipektomi bölgelerinde, argon plazma ve termal probe uygulamaları yapılan bölgelerde de perforasyon meydana gelebilir. Malign darlıklara stent yerleştirilmesi %5 oranında ve Crohn Hastalığına bağlı gelişmiş darlıklara uygulanan balon dilatasyonu %10 oranında perforasyon riski taşır.

Postpolipektomi Koagülasyon Sendromu: Polipektomi sonrası tüm kolon duvarında elektrocerrahi koterizasyona bağlı yanık gelişmesi karın

ağrısı, ateş ve lökositoya neden olabilir. İşlemden 1-5 gün sonra semptomlar meydana gelir ve 2-5 gün içinde hastalar düzelir, nadiren perforasyona ilerleyebilir. Tedavisinde antibiyotikler ve oral alımın kapatılması kullanılır [32].

İşlem öncesi kolononun temizlenmesi için kullanılan sodyum fosfat ve polietilen glikol solüsyonları da yaşlı, böbrek yetmezlikli, anjiyotensin konverte edici enzim blokeri kullanan hastalarda sıvı elektrolit dengesizliğine yol açabilir [32].

Kolonoskopi işlemi sonrası ölüm meydana gelmesi 1/16.000 oranından daha az görülmektedir [34].

2.3. Kolonoskopi ve Utanma

Utanma kavramsal olarak, ani ve yoğun ama geçici huzursuzluk veren, garip, bilinçli, özerkliğini kaybetme hissi yaratan ve belirsizlik ile ilişkili kızarma ve kaçmak arzusu uyandıran bir duygu olarak tanımlanmaktadır [35].

Kolonoskopi işleminin invaziv bir girişim olması, işlem bölgesinin anal bölge olmasından dolayı mahremiyetlerine özen gösterilmeyeceği endişesinden dolayı hastalar kolonoskopi yaptırmaktan utanmaktadırlar. Araştırmalar bir takım engellerin endoskopik kolorektal taramasını olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu engeller arasında utanma önemli bir yer tutmaktadır [36]. Çalışmalar, bireylerin yaklaşık 3/4'ünün utandıkları için kolonoskopi yaptırmadıklarını belirtmektedir [14].

Yapılan bir çalışmada; 50-79 arası bireylerin %35 oranında kolonoskopi yaptırmaktan utandıkları bulunmuştur ve utanmanın kolonoskopi yaptırmamaktaki ikinci en yaygın neden olduğu belirtilmektedir [14]. Harewood ve diğ. [13] alt gastrointestinal şikayetler dışındaki nedenlerle başvuran gastroenteroloji hastaları ile yaptığı çalışmada, utanmayı kolonoskopi yaptırmamak için üçüncü ana neden olarak saptadıklarını belirtmektedirler. Farraye ve diğ. [37] yaptığı çalışmada kadınların fleksibil sigmoidoskopiden erkelere göre daha çok utandıkları ve korktukları belirtilmektedir. Kolonoskopiye ilişkin hasta deneyimleri ve bariyerlerin incelendiği bir sistematik derlemede hastaların en çok laksatif barsak hazırlığından, anksiyete, ağrı korkusu ve utanmadan şikayet ettikleri

belirlenmektedir [38]. Fiziksel rahatsızlık, anksiyete, utanma ve hasta deneyimleri kolon görüntüleme testlerinde hasta uyumu üzerinde etkilidir [39].

2.4.Kolonoskopi ve Anksiyete

Latince boğulmak, tıkanmak anlamına gelen "angere" kelimesinden türetilmiş olan anksiyete, nedeni bilinmeyen korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalı duyusudur. Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkisidir [40].

Anksiyete invaziv tıbbi prosedür uygulanan hastalarda yaygın olarak görülmektedir [41]. İşlem öncesi yüksek stres düzeyi işlem sırasında işlem toleransı ve fizyolojik durum üzerinde olumsuz etkilere, işlem sonrası nispeten uzun ve daha zor iyileşme ve ilaç kullanımında artmaya, sonraki tıbbi işlem ve tedavi programlarına uyumda azalmaya neden olabilmektedir [42]. Özafagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi sağlık camiası için rutin bir uygulama olmasına rağmen hasta için rutin olmayan utanma, rahatsızlık ve endişe verici invaziv bir uygulamadır. Özafagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi hastalarda utanma ve fiziksel rahatsızlıkla ilgili olarak anksiyeteye yol açmaktadır ve bu da işlemin tolerasyonunu etkilemektedir [42-43].

Hastayı bilgilendirmek anksiyeteyi azaltmak için yaygın kullanılan bir tekniktir. İşlem hakkında bilgi vermek hastanın anksiyetesini azaltmaktadır. Stresli durumlarda kişilerin gerginlik, huzursuzluk ve rahatsızlık duygularını azaltmak için baş etme mekanizmaları oluşturması gerekmektedir. İşlem öncesi bilgilendirme hastanın baş etmesinde yararlı olmaktadır [17].

Yapılan çalışmalarda endoskopik işlemler öncesinde hastaya işlemlerle ilgili bilgi verilmesinin anksiyeteyi azaltacağı ve hasta memnuniyetini arttıracığı belirtilmektedir [41, 43]. Shaikh ve diğ. [18] yaptığı çalışmada kolonoskopi öncesi eğitim broşürü verilen hastaların anksiyetesinin ve sedatif kullanımının azaldığı, barsak hazırlığının daha iyi olduğu, işlem randevularına geldikleri belirtilmektedir.

Yapılan çalışmalar, üst gastrointestinal endoskopinin aksine kolonoskopi yapılan hastalarda özellikle yüksek anksiyete düzeyinin yaygın

olduğunu göstermiştir. Kolonoskopi öncesi bilgilendirme hastanın anksiyetisini azaltmakta ve işleme toleransı arttırmaktadır. Kolonoskopi uygulanan 379 hasta ile yapılan anksiyete üzerine bilgi kitapçığının etkisi değerlendiren randomize bir çalışmada, anksiyetede genel bir azalma gözlemlendiği belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada kolonoskopi öncesi hastaya uygun bilgi verilmesinin anksiyete, iyileşme süresi ve ağrıyı azalttığı, gerekli sedasyon dozu ve hastanın ağrı algısını değiştirmede bulunmuştur [17].

2.5. Kolonoskopi ve Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı “mevcut veya potansiyel doku harabiyetine bağlı olan nahoş, duyuşsal (sensoriyal) ve emosyonel (duygusal) bir yaşantıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım ile duygusal ve kognitif faktörler fiziksel faktörler ile eş değer olarak sıralanmıştır [44].

Genellikle iyi tolere edilebilen bir işlem olmasına rağmen hastalar kolonoskopiyi ağrılı ve zor bir prosedür olarak kabul etmektedirler [45]. Her kolonoskopistin amacı işlemi mümkün olan en kısa zamanda ve hasta için en az ağrılı olacak şekilde yapmaktır. Ancak kolonoskopi sırasında kolon duvarlarını açmak ve daha iyi bir görüntü elde etmek amacı ile hava verilmesi hastalarda işlem sırasında ve sonrasında ağrılı abdominal distansiyona neden olabilmektedir. Hava genellikle çıkmasına ya da absorbe olmasına rağmen, bazı hastalarda ağrı işlem sonrasında 24 saatten daha uzun bir süre devam edebilmektedir. Kolonik distansiyon genellikle kabul edilebilir bir durum olmasına rağmen sadece hasta rahatsızlığını arttırmakla kalmayıp beraberinde ağrı nedeni ile yaşlı hastalarda kolonik iskemi ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda solunum sıkıntısı gibi bazı istenmeyen etkilere de neden olabilmektedir. Bunun yanında hastaların işlem sonrasında gözlem altında tutulması gerekebilmekte, bu da eleman ihtiyacı yanında iş gücü kaybına neden olmaktadır. Tekrarlayan kolonoskopi gereken hastalarda ilk yapılan işlemdeki memnuniyet hasta uyumunu etkilemektedir [46].

Kolonoskopi ağrılı bir işlem olması nedeniyle sıklıkla bilinçli sedasyon uygulanmaktadır. Anksiyete ve ağrı, işlem süresinin uzamasına; işlemin uzun sürmesi ise yüksek komplikasyon hızına neden olabilmektedir. Bu nedenle

yapılacak sedasyon anksiyete ve ağrıyı azaltmaktadır. Endoskopi sırasında sedasyonda önemli olan hasta memnuniyetidir [47].

Kolonoskopi sırasında hastaların çoğu ağrı hissetmekte ama bunu tolere edebilmektedir. Kadınların erkeklerden daha fazla endişeli ve daha fazla ağrı ve rahatsızlık yaşadıkları tespit edilmiştir. Önceki ağrı deneyimleri ve yüksek kaygı düzeyi hastanın ağrıyı algılamasını etkiler. Bu nedenle farkındalık ve önceki ağrı deneyimleri ile hastalarda anksiyete düzeylerinin anlaşılması ve dikkate alınması önemlidir. Hasta ile rahatlatıcı konuşma ve bilgi verme gibi ilaç dışı müdahaleler, hem endişeli hem de endişeli olmayan hastalarda ağrıyı hafifletmede yardımcı olmuştur. Hastalara verilecek klinik eğitimin bireysel olarak verilmesi önemlidir [10].

Uygun hemşirelik müdahaleleri ile hastanın utanma, anksiyete, ağrısını azaltarak hastanın işleme uyumunu, işlem kalitesini ve işlem sonrası komplikasyonları engellemek mümkün olabilmektedir.

2.6. Kolonoskopide Hemşirenin Sorumlulukları

Endoskopi ünitesi; yatan veya ayaktan gelen hastanın gece, gündüz, hem rutin, hem de acil işleri için hizmet verebilmelidir. Bunu sağlamak için üniteye iyi bir ekip çalışması olmalıdır. Bir endoskopi ekibi; endoskopi uzmanı, asistanı, hemşiresi, laborant veya teknisyen olmak üzere en az 4 kişiden oluşur. Hemşire ekibin koordinatörüdür ve üniteye hemşireye önemli görevler düşmektedir [21]. Kolonoskopide, hemşirenin hasta bakımındaki işlevleri; işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında hemşirelik yaklaşımları olarak ayrılabilir [48].

İşlem öncesi, hemşirelik yaklaşımının en önemli yönü; hastanın işleme hazırlığıdır. İşlem endikasyonu konduğu andan itibaren, hemşirenin hastayı fiziksel ve psikolojik olarak hazırlaması gerekmektedir. İşlem öncesi fiziksel hazırlıkta,

- Hastanın 2-3 gün önceden sıvı diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması,
- İşlem öncesi gece veya konstüpsiyon durumlarında 1-2 gün önceden, özel laksatiflerle barsak temizliğinin yapılması,
- Hastanın işlem öncesi gece saat 22:00'den sonra hiç bir şey yememesi,

- Hastanın eğer kullanıyorsa antikoagölan özellikte ilaçlara ve demir preparatlarına işlemden 7-10 gün önce ara vermesi konusunda eğitim verilmelidir.

Psikolojik hazırlıkta ise, hastanın işleme karşı olan korku ve anksiyetesini gidermek amacıyla; hastanın anlayabileceği bir dille işlem anlatılmalı ve sonrasında nelere dikkat etmesi gerektiği açıklanmalıdır.

Kolonoskopiden önce, hemşirenin, hastanın işlem hakkındaki bilgi düzeyini ve işlemin neden yapıldığını anlayıp anlamadığını belirlemek için öykü alması gerekmektedir. Bu öykü; hastanın barsak hazırlığını yapma durumu, diyetine uyumu, kullandığı ilaçlar, kronik hastalıkları, ilaç ya da lateks alerjileri, daha önce sedatif ya da narkotiklerle yan etki reaksiyonlarını içermelidir. Ayrıca hastanın sabah işlem için üniteye geldiğinde bekleme süresini mümkün olduğunca kısaltmak önemlidir [49].

İşlem sırası; işlem odasında,

- Hastanın alt giysilerini çıkarması ve özel pijama (arkası delik) verilmesi,
- Protezlerin çıkarılması,
- İşlem için pozisyon verilmesi,
- Gerektiğinde premedikasyon uygulanması,
- Vital bulguların alınması
- Kolonoskop yerleştirilirken derin nefes alıp vermesi gerektiği, abdomeni gevşek tutması kendini sıkmaması ve alet yerleştirilirken acil defekasyon hissini yaşabilecekleri açıklanmalıdır.
- Hastanın yanında bulunulması, güven verilmesi, ilginin başka yöne çekilmesi sağlanmalıdır [21, 49].

Hemşire, hastaya işlem için sol yan pozisyon verir. İşlem sırasında, kolonoskopun çekuma ilerlemesine yardımcı olmak için sırt üstü ve sağa olmak üzere pozisyon değiştirilir. Ayrıca işlem sırasında IV yolla sedasyon yapılabileceği hastaya açıklanmalıdır [21, 49]. İşlem öncesinde, sırasında ve sonrasında nabız, tansiyon ve O₂ satürasyonu takip edilmelidir. Ayrıca işlem sırasında O₂ satürasyonu düşen hastalara, nazal kanülle O₂ verilmelidir [48].

İşlem sonrası; hastanın yaşayabileceği abdominal kramplara karşı dikkatli olunmalıdır. Bu kramplar, işlem süresince kolona hava verildiği için gelişmektedir. Rektal kanama, abdominal distansiyon, tenesmus ve perforasyon bulguları gözlenmelidir. Eğer işlem sırasında polipektomi yapıldıysa veya biyopsi alındıysa kanama kontrolü dikkatle yapılmalıdır [49].

Bütün endoskopik işlemler bilgilendirilmiş ve yazılı izin gerektirmektedir. İşlemi yapan hekim, hastaya işlemin olası komplikasyonlarını anlatarak, yazılı bir izin formu imzalatmalıdır [49].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu tez çalışması 2008 yılında Mitchell ve diğ. tarafından geliştirilen Kolonoskopi Utanma Ölçeği'nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik ve hastaya kolonoskopi öncesinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisini belirlemek amacıyla deneysel çalışma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Gastroenteroloji B.D. Endoskopi Merkezi'nde yapılmıştır. Endoskopi Merkezi, GATA Gastroenteroloji B.D. Başkanlığı'na bağlı bir bölüm olup, ERCP, gastroskopi, fleksibl sigmoidoskopi, kolonoskopi ve ultrasonografi işlemlerinin yapıldığı 6 ayrı oda, 3 yataklı gözlem odası ve bekleme salonundan oluşmaktadır.

Endoskopi Merkezi'nde 14 endoskopi uzmanı, 1 anestezi uzmanı, 1 hemşire, 5 endoskopi teknisyeni, 1 anestezi teknisyeni görev yapmaktadır. Merkez 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. İşleme kabul, poliklinikte işlem endikasyonu konulan hastaların randevu listesine alınmasıyla yapılmaktadır. Hastalara 4-6 hafta sonrasına randevu verilmektedir. Kolonoskopi işleminde rutin sedasyon uygulanmamaktadır.

GATA Gastroenteroloji Polikliniği'nde, kolonoskopi endikasyonu konulan hastalara işlem için randevu verilmektedir. Rutin uygulamada hastalara X-M Solüsyon 250 ml laksatif ve Fleet Enema lavman reçete edilmekte ve işlem hazırlığı için standart yazılı ve sözel bilgi verilmektedir. İşlem hazırlığı şu şekilde olmaktadır;

- Hastalara işlemden 3 gün öncesinden başlanmak üzere sıvı özellikle diyet önerilmektedir.
- İşlem öncesi akşam saat 17.00 ve 18.00'de X-M Solüsyonları su veya meyve suyuyla karıştırılarak içilmesi ve işlem sabahı saat 07.00'de lavman yapılması konusunda tüm hastalara standart bilgi verilmektedir. Yatan hastaların işlem hazırlığı aynı yöntemle klinikte yapılmaktadır.

İşlem için üniteye gelen hastalar, randevu sırasına göre işlem odasına alınmakta, endoskopi teknisyeni tarafından hastanın özel pijama (arkası delik) giymesi sağlanıp, sol yan pozisyon verilmekte ve pulsoksimetre takılmaktadır. Eğer işlem anestezi eşliğinde gerçekleştirilecekse hastaya damar yolu açılmaktadır. İşlem hazırlığı tamamlandığında doktor işleme başlamaktadır. İşlem sırasında kolonu genişletmek için barsak içine hava verilmektedir. İşlem tamamlandığında anestezi alan hastaların tamamı, anestezi almayan hastalardan doktorun gerekli gördükleri gözlem odasına alınmakta ve takip edilmektedir. Çalışmada tüm işlemler Olympus C150 ve Olympus C165 marka kolonoskop kullanılarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

GATA Endoskopi Merkezi'nde Eylül 2012-Kasım 2013 tarihleri arasında ilk kez kolonoskopi yaptıran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma iki aşamadan oluştuğu için iki farklı örneklemle çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.1.1. Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Örneklemi

Örneklem büyüklüğü belirlemede literatürde farklı bilgiler bulunmaktadır. Sönmez [50] ölçekteki madde sayısının üç katı olması gerektiğini belirtirken, madde sayısının 5-10 katı olması gerektiğini belirten kaynaklar da vardır [51]. Bu bilgilere dayanarak; araştırma kapsamında geçerlik ve güvenirliği test edilecek olan ölçekte katılımcılara sorulacak 15 madde ve her maddenin 4 noktalı likert tipi skaladan oluşan seçenekleri bulunduğundan, her seçeneğe en az bir katılımcı düşmesini sağlayacak şekilde örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve araştırma için örneklem büyüklüğü en az (15 soru x 4 seçenek = 60) 60 hasta olarak belirlenmiştir. Örneklem genişletilerek rastgele seçilen 92 hastaya uygulama yapılmıştır.

Kolonoskopi Utanma Ölçeği'nin güvenirliğini belirleyebilmek amacıyla yapılan test-tekrar test analizinin örneklem büyüklüğünü hesaplama konusunda, literatürde birinci ölçüme katılanların tümünün tekrar yapılacak olan ölçüme katılması gerekli görülmemektedir. İlk teste katılanların %25-50'sini ikinci ölçüme (tekrar test) yeterli olduğu belirtilmektedir [52]. Bu

nedenle, 92 hasta arasından rastgele seçilen 26 hastaya retest için ölçek tekrar uygulanmıştır.

3.1.2. Müdahale Çalışması Örnekleme

Kolonoskopi öncesi verilen hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için; örneklem büyüklüğü G-power 3.1.3 ile %5 α hata %80 güç için etki büyüklüğü 1 alındığında kontrol grubunda ort.: 2 ± 1 , çalışma grubunda ort.: 3 ± 1.5 değişme olması öngörülerek müdahale ve kontrol grupları için 21'er kişi hesaplanmıştır.

Araştırmanın sonunda 35 müdahale grubu, 36 kontrol grubu hastaya ulaşılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının belirlenmesinde çalışma başladıktan sonra işleme gelen hastalar kontrol grubunu, randevu almak için başvuran hastalar müdahale grubunu oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınma kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Daha önce kolonoskopi yaptırmamış olmak,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe iletişim kurabilmek,
- İletişime engel olabilecek mental yetersizliği olmamak.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla,

- Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu,
- Kolonoskopi Utanma Ölçeği,
- Speilberg's Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I),
- Görsel Kıyaslama Skalası (VAS),
- Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır.

1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu:

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan form 9 kapalı uçlu, 5 açık uçlu soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır. EK-2'de örneği sunulan form, müdahale ve kontrol grupları için ortak kullanılmıştır. Veri toplama formunda; hastanın demografik özellikleri, işlemi yaptıрма nedeni, ailede barsak rahatsızlığı öyküsü, aile ve yakın çevresinde kolonoskopi

yaptırma durumu, kolonoskopi yaptırmaya karar vermedeki en önemli neden, işlemi yaptırmamayı düşündü mü, düşündüyse nedenlerini sorgulayan sorular yer almaktadır.

2. Kolonoskopi Utanma Ölçeği: “Kolonoskopi Utanma Ölçeği” Mitchell ve diğ. [14] tarafından geliştirilmiştir. EK-3’te sunulan ölçek hastaların kolonoskopiden utanma nedenlerini inceleyen 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler için katılımcılar, kendi düşüncelerine en uygun cevabı 1–4 arasındaki skala üzerinde işaretlemektedir (hiç katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, katılıyorum=3, tamamen katılıyorum=4). Toplam puan 15-60 arasında olabilmektedir. Puanın yüksek olması utanmanın daha fazla olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach’s $\alpha = 0.96$ ’dır.

Bu çalışmada Kolonoskopi Utanma Ölçeğini kullanmak için, ölçeği geliştiren Kimberly Ann Mitchell ile internet ortamında görüşülmüş ve onay alınmıştır. Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin ülkemiz için dil eş değerliğini saptamak amacıyla, ölçeğin orijinali dört İngilizce dil uzmanı tarafından Türkçeye daha sonra farklı iki İngilizce dil uzmanı tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Türkçeden İngilizceye çevrilen ölçek ile orijinal ölçek; bir İngilizce dil uzmanı, bir İç Hastalıkları Hemşireliği BD. öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından karşılaştırılmış ve iki ölçek metni arasında anlam bakımından farklılık olmadığı belirlenmiştir. Daha sonra Türkçeye çevrilen ölçek, uzman görüşü almak amacıyla bir gastroenteroloji uzmanı, iki İç Hastalıkları Hemşireliği BD. öğretim üyesi ve bir Türk Dili uzmanı tarafından konuya uygunluk, anlam ve içerik bakımından incelenmiş ve ölçeğin uygulanabilir olduğuna karar verilmiştir.

Bu ölçek çalışmada kolonoskopi öncesi hastaların utanma düzeylerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3. Spielberg’s State-Trait Anxiety Inventory-1 (STAI-1)- Spilberger’in Durumluk Anksiyete Ölçeği: STAI, Spielberger ve diğ. [53] tarafından bireylerin sürekli ve durumluluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen, Öner ve Le Compte [54] tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. STAI ölçeği STAI-1 ve

STAI-2 olarak iki bölümden oluşmaktadır. STAI-1 bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Buna durumluluk anksiyete denilmektedir. STAI-2 ise bireyin sürekli anksiyete düzeyini belirlemektedir. Hastaların işlem öncesi ve sonrasında, durumluluk anksiyete düzeylerini değerlendirmek için uzman görüşü alınarak STAI-1 ölçeği kullanılmıştır (EK-4). STAI-1 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 20 (düşük anksiyete), en yüksek puan ise 80 (yüksek anksiyete)'dir.

STAI-1'de hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamen (4) olmak üzere dörtlik likert tipi bir değerlendirme vardır. Ölçekte iki türlü ifade bulunmaktadır. Bunlar, doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi gösterir. STAI-1'de on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Puanlama iki şekilde yapılabilir. İlk yöntemde tersine dönmüş ifadeler puanlanırken; (1) ağırlık değerinde olanlar (4)'e, (2) puan (3)'e, (3) puan (4)'e ve (4) ağırlık değerinde olanlar ise (1)'e dönüştürülür ve doğrudan ifadelerin puanlarıyla tersine ifadelerin puanları toplanarak anksiyete puanı bulunur. İkinci yöntemde ise, puanlarda herhangi bir dönüştürme yapılmaz. Doğrudan ifadelerin puanlarından tersine ifadelerin puanları çıkarıldıktan sonra, sabit olan 50 sayısı eklenerek anksiyete puanı bulunur. Ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder. Ölçeklerde 20-39 arası puan hafif derecede anksiyete, 40-59 arası puan orta derecede anksiyete, 60-79 arası puan ağır anksiyete, 80 puan panik olarak derecelendirilmektedir [53-56].

Bu ölçek çalışmada kolonoskopi öncesi hastaların durumluluk anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

4. Visual Analog Scale (VAS)- Görsel Kıyaslama Skalası: Hastaların kolonoskopi sonrası ağrılarını değerlendirmek için kullanılmıştır. "0-10" arası çizgiyle puanlama yapılarak değerlendirilen ve hastanın görsel-sözel ifadesine dayalı olarak kullanılan bir skaladır. "0" ağrısızlığı "10" ise

olabilecek en yüksek ağrıyı tanımlamaktadır (EK-5). Skala kullanılmadan önce, hastalara skalanın uç noktalarının neyi ifade ettiği standart olarak anlatılmış ve “Şu anda ağrınıza kaç puan veriyorsunuz?” şeklinde soru yöneltilmiştir [57-58].

Bu skala hastaların işlem sonrası 16-24 saat içinde oluşan ağrının şiddetini belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır.

5. Öz-yeterlilik ölçeği: Öz-yeterlilik; "bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı" ya da bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı" olarak tanımlanmaktadır [59]. "Başka bir anlatımla, öz-yeterlilik bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır.

“Sağlığı Geliştirme Modeli”nde bireyin öz-yeterlilik algısının, sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır [60-61].

Davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere Sherer ve diğ.[62] tarafından geliştirilen öz-yeterlilik ölçeği (EK-6) likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. 23 maddelik ölçekte her bir madde için; 1-"beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"karasızım", 4-"beni iyi tanımlıyor", 5-"beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22 maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme, bireyin öz- yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğu anlamına gelmektedir.

Bu ölçek çalışmada kolonoskopi utanma ölçeğinin ölçüt geçerliğini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.5. Uygulama

Çalışma, GATA Etik Kurulu’nun 05 Eylül 2012 gün 7 sayılı oturumunda görüşülerek 10 Eylül 2012 gün ve EĞT.ÖĞT.: 1491-61-12/1648.3-4665 sayılı izni ile onaylanmıştır (EK-1).

Araştırmaya başlamadan önce kolonoskopi yaptıran hastalarla birebir görüşmeler yapılarak hastaların karşılaştıkları sorunlar ve engeller sorularak veri toplama formu oluşturulmuştur. Araştırmanın ön uygulaması 10 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş ve veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Uygulamaya Eylül 2012 tarihinde başlanmış ve Kasım 2013 tarihinde sonlandırılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Geçerlik güvenirlik çalışması kapsamında; doktor istemi ile kolonoskopi randevusu almak için ve kolonoskopi işlemi için üniteye gelen hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onamları alınmıştır. Araştırmayı kabul eden hastalara bekleme salonunda hasta tanıtım formu, kolonoskopi utanma ölçeği ve öz-yeterlilik ölçeği uygulanmıştır. Tekrar-test uygulaması için kolonoskopi randevusu almak için gelen hastalara hasta tanıtım formu ve kolonoskopi utanma ölçeği uygulanmış ve 4-6 hafta sonra hastalar işleme geldiklerinde kolonoskopi utanma ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Çalışmamızda müdahale grubuna alınan hastalar için ünitenin rutin uygulamaları dışında araştırmacı tarafından yapılan uygulamalar şunlardır:

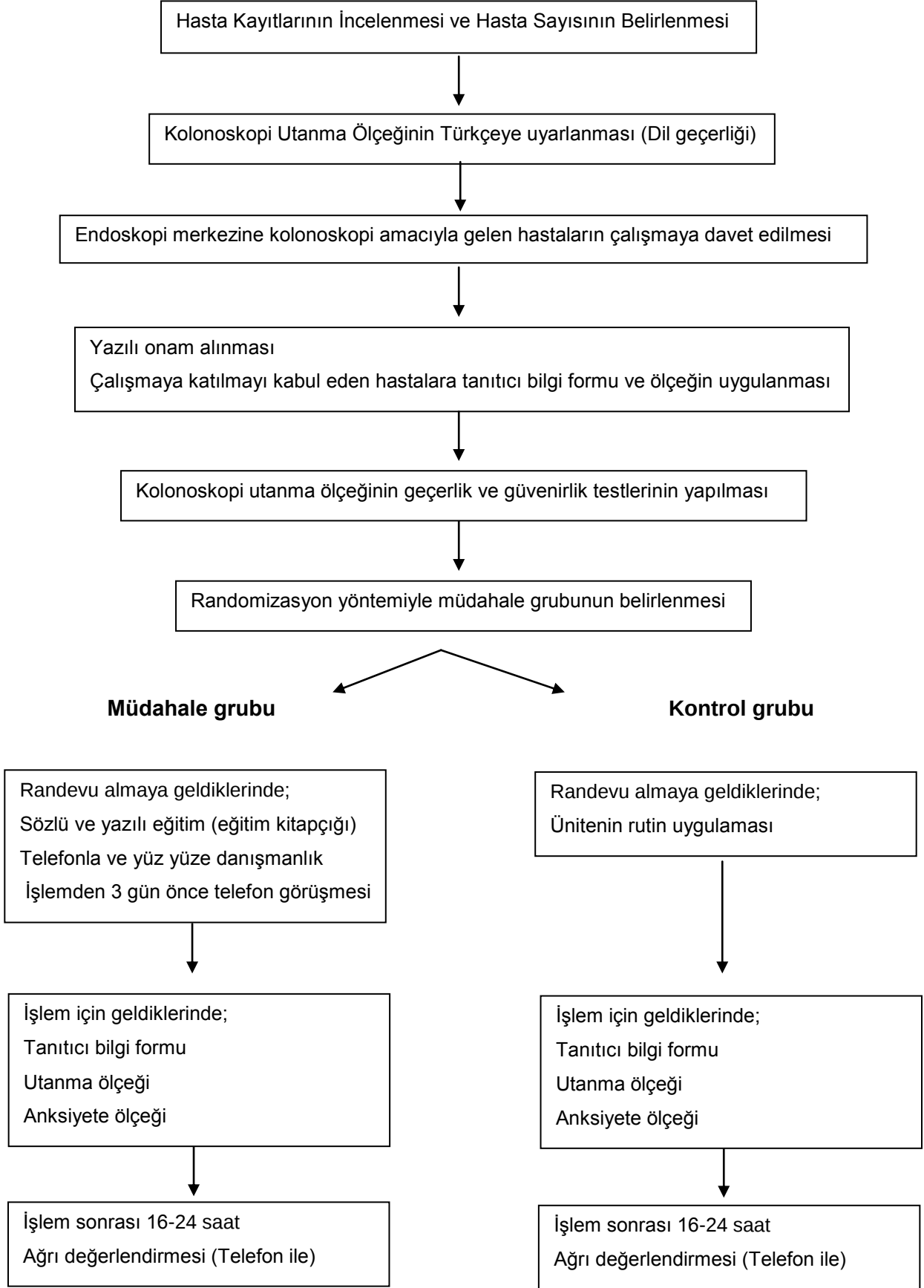
Kolonoskopi randevusu ve işlem için üniteye gelen tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamları alınmıştır. Müdahale grubundaki hastalara doktor istemi ile randevu almak üzere Endoskopi Merkezi'ne başvurdıklarında araştırma kriterlerine uyan hastalar araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara bekleme salonunda hasta tanıtım formu doldurulmuş ve birebir kolonoskopiye ilişkin eğitim araştırmacı tarafından verilmiştir. Varsa hastanın soruları cevaplanmıştır. Daha sonra hastaya eğitim kitapçığı verilerek soruları için arayabileceği söylenmiştir. Eğitim yaklaşık 30 dk. sürmüştür.

Kolonoskopi Hasta Eğitim Kitapçığı: Kolonoskopi eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuştur (EK-7). Oluşturma aşamasında 2 Gastroenteroloji Öğretim Üyesi, 2 İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi, 1 Endoskopi Teknisyeni ve 1 Türk Dil Uzmanının

görüşleri alınmıştır. Kitapçıkta kolonoskopinin tanımı, endikasyonları, işlem öncesi doktora verilmesi gereken bilgiler, işlem öncesi hazırlık, işlemin nasıl yapıldığı, işlem sonrası dikkat edilmesi gerekenler ve kolon kanserinden korunma konularında bilgiler yer almaktadır. Hastaların işlemi anlamasını kolaylaştırmak için kitapçık işlemle ilgili fotoğrafları da içermektedir.

Hasta evine döndükten sonra hastanın sıvı diyetle başlayacağı günden bir gün önce hasta aranarak yapması gerekenler hatırlatılmıştır. Hasta işlem için üniteye geldiğinde işlemden önce anksiyete ve utanma ölçeği doldurulmuştur. Hastalara işlem odasına kadar eşlik edilmiştir. İşlemden 16-24 saat sonra hasta telefonla aranarak ağrısı olup olmadığı ve ağrısının şiddeti sorgulanmıştır.

Kontrol grubu hastalar işlem için üniteye geldiğinde işlemden önce hasta tanıtım formu, anksiyete ve utanma ölçeği doldurulmuştur. İşlemden 16-24 saat sonra hasta telefonla aranarak ağrısı olup olmadığı ve ağrısının şiddeti sorgulanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik analizleri için, Cronbach alfa hesaplanmış ve test- tekrar test analizlerinde, test ile tekrar-test toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı “Paired Sample Test” ile değerlendirilmiş ve test ile tekrar-test toplam puanları arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için, ölçek ile Özyeterlilik ölçeği toplam puanları arasında Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde, faktör analizi kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde hangi testin kullanılacağına karar vermek için verilerin normal dağılıma uygunluğu One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiği için gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik testlerden; ikili grupların (müdahale-kontrol grubu, kadın- erkek gibi) ortalamalarının karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi (Independent- Samples T Test) ve ikiden fazla grupların (eğitim düzeyi, yaşadığı yer gibi) ortalamalarının karşılaştırılmasında One-Way Anova testi kullanılmıştır. İki den fazla grupların karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olması durumunda Post Hoc testlerden Tukey Testi ile farkın hangi gruptan kaynaklandığı değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Veriler SPSS.15 paket programında değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, ölçek geçerlik-güvenirlik çalışması için 92 hastadan elde edilen veriler ile müdahale çalışması için 71 hastadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular şu başlıklar altında verilmiştir:

4.1. Kolonoskopi utanma ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular

4.2. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular

4.3. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular

4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1.“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” geçerlik-güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular

4.1.1.“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Güvenirliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Ölçeğin güvenirlik analizi için;

- 1) İç tutarlılık analizi
- 2) Test-tekrar test güvenirliği ve
- 3) Madde analizi yapılmıştır.

4.1.1.1. İç tutarlılık analizi sonuçları

Ölçeğin iç tutarlılık analizi için “Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanması” kullanılmıştır.

15 madde için hesaplanan Cronbach alfa kat sayısı 0.943’dür. Bu sonuca göre ölçek için hesaplanan Cronbach alfa değerinin 0.70’in üzerinde olması, ölçeğin güvenirliği için kabul edilebilir bulgular olarak değerlendirilmiştir.

4.1.1.2. Test-tekrar test güvenilirliği analizi sonuçları

Ölçeğin, test-tekrar test güvenilirliğinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere, ölçek ilk uygulamadan 4-6 hafta sonrasında 26 hastaya tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4.1.1.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.2. Test-tekrar test sonuçlarının karşılaştırılması

Uygulama	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p	r
İlk Test	26	32.96±10.98	0.789	0.438	0.643 p<0.001
Tekrar test	26	37.38±11.12			

Tablo 4.1.1.2.'de göre tekrar test uygulanan 26 katılımcının ilk uygulamadaki toplam ölçek puan ortalamaları 32.96±10.98 ve tekrar test ölçek puan ortalamaları 37.38±11.12 olup bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0.789; p=0.438).

Test-tekrar test güvenilirliği için yapılan korelasyon analizinde, katılımcıların ilk uygulama ve tekrar uygulama sonucunda aldıkları ölçek puanları arasında orta derecede anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur (r=0.643; p<0.001).

Bu sonuçlara göre, ölçeğin zamana göre tutarlı sonuçlar verdiği ve test-tekrar test güvenilirliğinin sağlandığı kabul edilmiştir.

4.1.1.3. Madde analizi sonuçları

Kolonoskopi utanma ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla ölçeğin standart sapması, Cronbach alfa katsayısı ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanarak madde analizi yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler için, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısının negatif ve 0.20'den küçük olması ve maddenin ölçekten

çıkarılması durumunda Cronbach alfa katsayısının yükselmesi, ilgili maddelerin ölçekten çıkarılması için belirleyici olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.1.1.3. “Kolonoskopi utanma ölçeğinin” düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları

	Ölçek maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puan ortalamaları	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçek Cronbach alfa
N=92 Madde sayısı= 15 Cronbach alfa= 0.943 $\bar{x} \pm ss =$ 32.54±10.98 Varyans= 120.669	Madde 1	29.1957	95.082	0.712	0.939
	Madde 2	29.3913	101.208	0.475	0.944
	Madde 3	29.0978	93.320	0.746	0.938
	Madde 4	28.6304	93.950	0.678	0.940
	Madde 5	28.7935	93.704	0.759	0.937
	Madde 6	28.8152	96.724	0.575	0.942
	Madde 7	28.9783	95.516	0.662	0.940
	Madde 8	29.0435	96.174	0.637	0.940
	Madde 9	28.9130	94.124	0.763	0.937
	Madde 10	29.3804	96.568	0.682	0.939
	Madde 11	29.1848	94.328	0.785	0.937
	Madde 12	29.0978	92.990	0.840	0.935
	Madde 13	29.0652	95.512	0.674	0.940
	Madde 14	28.8043	92.709	0.788	0.937
	Madde 15	29.1304	94.708	0.742	0.938

Tablo 4.1.1.3. incelendiğinde düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonu 0.20'nin altında olan herhangi bir madde olmadığı görülmektedir.

4.1.2.“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Geçerliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan;

- 1) Ölçüt geçerliği
- 2) Yapı geçerliği analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1.2.1. Ölçüt/uyum geçerliğine ilişkin bulgular

“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” ölçüt geçerliğinin test edilmesinde “Öz-Yeterlilik Ölçeği” ile ölçüt geçerliğine bakılmıştır. Bu çalışmada “Öz-Yeterlilik Ölçeği” için Cronbach alfa kat sayısı 0.726 olarak hesaplanmıştır. Ölçüt geçerliğinin test edilmesinde, yeni geliştirilen ölçme aracından alınan puanlar ile diğer ölçekten (Öz-Yeterlilik Ölçeği) alınan puanlar arasında korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Katılımcıların, “Kolonoskopi utanma ölçeğinden” aldıkları puanlar ile Öz-Yeterlilik Ölçeği’nden aldıkları puanlar arasında hesaplanan korelasyon katsayıları Tablo 4.2.2.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1. “Kolonoskopi Utanma Ölçeği” ile “Öz-yeterlilik ölçeği” puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (n=41)

	Öz yeterlilik puanı (87.78 ± 11.36)
Ölçek puanı (32.54 ±10.98)	(n=41) r= -413* P< 0.001

* Pearson korelasyon katsayısı, p= 0.001 seviyesinde anlamlı

Tablo 4.1.2.1.’deki sonuçlara göre, “Kolonoskopi Utanma Ölçeği” ve “Öz-Yeterlilik Ölçeği” puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.413$; $p<0.001$). Bu sonuçlara göre, ölçeğin ölçüt geçerliğinin sağlandığı ve ölçeğin geçerliği için kabul edilebilir olduğu değerlendirilmiştir.

4.1.2.2. Yapı geçerliğine ilişkin bulgular

“Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde kullanılan faktör analizi için, faktör yapısının incelenmesi öncesinde, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. Bu testin sonucunda KMO değeri 0.903 ve Bartlett testi sonucu ($\chi^2 = 971.848$, $df=105$, $p < 0.01$) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, KMO değerinin 0.60’ın üzerinde olması ve Barlett testinin anlamlı olması

nedeni ile bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğu kararı verilmiştir.

Faktör analizinde ölçeğin orijinaline uygun şekilde toplam varyansın % 56.09'unu açıklayan tek faktör bulunmuştur (Tablo 4.1.2.2.)

Tablo 4.1.2.2.“Kolonoskopi Utanma Ölçeği” döndürülmüş (Varimax) temel bileşenler faktör analizi sonuçları

Faktör	Maddeler	Faktör yükü	Açıklanan varyans %	Özdeğer	Cronbach alfa
Faktör 1	Madde 1	0.755	56.096	8.414	0.943
	Madde 2	0.520			
	Madde 3	0.784			
	Madde 4	0.725			
	Madde 5	0.800			
	Madde 6	0.617			
	Madde 7	0.705			
	Madde 8	0.679			
	Madde 9	0.806			
	Madde 10	0.735			
	Madde 11	0.828			
	Madde 12	0.871			
	Madde 13	0.719			
	Madde 14	0.826			
	Madde 15	0.787			

Yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde; “Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Türk toplumunda kolonoskopi yaptıracak hastalarda kolonoskopiye bağlı utanmayı saptamakta kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 4.2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=71)

Özellikler	Sayı	%
Yaş (en az=21, en çok=80, ort= 48.64 ± 14.70)		
18-49	35	49.3
50 ve üzeri	36	50.7
Cinsiyet		
Kadın	30	42.3
Erkek	41	57.7
Medeni durum		
Evli	55	77.5
Bekar / Dul	16	22.5
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	22	31.0
Lise	21	29.6
Üniversite ve üzeri	28	39.4
Yaşadığı yer		
Şehir merkezi	56	78.9
İlçe	11	15.5
Kasaba/Köy	4	5.6
Kendini yakın bulduğu kültür		
Şehir merkezi	57	80.3
İlçe	7	9.9
Kasaba/Köy	7	9.9
Meslek		
Memur	22	31.0
Ev hanımı	22	31.0
Diğer	27	38.0
Aylık gelir		
0-500TL	10	14.1
501-1000 TL	20	28.2
1001-2000 TL	19	26.8
2001-3000 TL	11	15.5
3001 TL ve üzeri	11	15.5
Toplam	71	100

Araştırmanın örneklemini oluşturan 71 katılımcının yaş ortalaması 48.64 ± 14.70 olup, %50.7'si (n=36) 50 ve üzeri yaş grubundadır.

Katılımcıların %57.7'si (n=41) erkek,%77.5'i (n=55) evli, %39.4'ü(n=28) üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde ve %38'i (n=27) diğer (emekli, işçi, çiftçi, serbest meslek) grubunda yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (%78.9, n=56) şehir merkezinde yaşamakta ve (%80.3, n=57) kendini şehir kültürüne yakın hissetmektedir. %42.3'ünün (n=30) aylık geliri 2000 TL ve altındadır (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=71)

Özellikler	Sayı	%
Kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedeni (n=71)		
Hastalığın verdiği rahatsızlık	49	69.0
Doktor isteği	15	21.1
Ailede kanser	7	9.9
Kolonoskopi yaptırma nedeni (Şikayeti ya da hastalığı) (n=71)		
Kansızlık	17	23.9
Kanama	8	11.3
Karın ağrısı	14	19.7
İshal/kabızlık	25	35.2
Kanser Taraması	7	9.9
Ailede barsak rahatsızlığı geçiren var mı? (n=71)		
Yok	47	66.2
Var	24	33.8
Ailede ya da yakın çevrede kolonoskopi yaptıran var mı? (n=71)		
Yok	52	73.2
Var	19	26.8
Kolonoskopi yaptırmak istememe nedeni (n=22)*		
Utanma	5	22.7
Korku	9	40.9
İşlem öncesi hazırlığın zor olması	2	9.0
İşlem sonrasında komplikasyon riski	6	27.2
Toplam		100

*22 kişi neden belirtmiştir.

Katılımcıların %35.2'si (n=25) ishal/kabızlık nedeniyle kolonoskopi yaptırmakta ve %66.2'sinin (n=47) ailesinde barsak rahatsızlığı geçiren, %73.2'sinin (n=52) aile ve yakın çevresinde kolonoskopi yaptıran yoktur.

Hastaların kolonoskopi yaptırmaya karar vermelerindeki en önemli neden (%69; n=49) hastalığın verdiği rahatsızlıktır. Hastalara, doktor kolonoskopi isteği yaptıktan sonra işlemi yaptırmamayı hiç düşündünüz mü? Düşündüyseniz bunun nedeni nedir? diye sorulduğunda; hastaların %69'u (n=49) kolonoskopi yaptırmamayı hiç düşünmediklerini ifade etmişleridir. İşlemi yaptırmamayı düşünenlerin %40.9'u (n=9) korktuğu için kolonoskopi yaptırmak istemediğini ifade etmiştir (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin müdahale ve kontrol grubunda karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	χ^2	p
Yaş				
18-49	17 (48.6)	18 (51.4)	0.014	0.904
50 ve üzeri	18 (50.0)	18 (50.0)		
Cinsiyet				
Kadın	15 (50.0)	15 (50.0)	0.010	0.919
Erkek	20 (48.8)	21 (51.2)		
Medeni durum				
Evli	27 (49.1)	28 (50.9)	0.004	0.949
Bekar	8 (50.0)	8 (50.0)		
Eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	9 (40.9)	13 (59.1)	1.333	0.514
Lise	10 (47.6)	11 (52.4)		
Üniversite ve üzeri	16 (57.1)	12 (42.9)		
Yaşadığı yer				
Şehir merkezi	27 (48.2)	29 (51.8)	1.148	0.563
İlçe	5 (45.5)	5 (54.5)		
Köy/kasaba	3 (75.0)	1 (25.0)		
Kendini yakın bulduğu kültür				
Şehir merkezi	29 (50.9)	28 (49.1)	1.432	0.489
İlçe	4 (57.1)	3 (42.9)		
Köy/kasaba	2 (28.6)	5 (71.4)		
Meslek				
Memur	10 (45.5)	12 (54.5)	3.620	0.164
Ev hanımı	8 (36.4)	14 (63.6)		
Diğer	17 (63.0)	10 (37.0)		
Kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedeni				
Hastalığın verdiği rahatsızlık	26 (53.1)	23 (46.9)	1.980	0.372

Doktor isteği	5 (33.3)	10 (66.7)		
Ailede kanser	4 (57.1)	3 (42.9)		
Kolonoskopi yaptıрма nedeni (Şikayeti ya da hastalığı)				
Kansızlık	6 (35.3)	11 (64.7)	3.926	0.416
Kanama	6 (75.0)	2 (25.0)		
Karın ağrısı	6 (42.9)	12 (57.1)		
İshal-kabızlık	13 (52.0)	12 (48.0)		
Kanser Taraması	4 (57.1)	3 (42.9)		
Ailede bağırsak rahatsızlığı geçiren var mı?				
Var	23 (65.7)	24 (66.7)	0.007	0.932
Yok	12 (34.3)	12 (33.3)		
Aile ya da yakın çevrede kolonoskopi yaptıran var mı?				
Var	25 (71.4)	27 (75.0)	0.115	0.734
Yok	10 (28.6)	9 (25.0)		
Kolonoskopi yaptırmak istememe nedeni				
Neden belirtmeyen	26 (53.1)	23 (46.9)	36.81	0.596
Utanma	2 (40.0)	3 (60.0)		
Korku	4 (44.4)	5 (55.6)		
İşlem öncesi hazırlığın zor olması	-	2 (100.0)		
İşlem sonrasında komplikasyon riski	3 (50.0)	3 (50.0)		

Hastaların sosyodemeografik özellikleri müdahale ve kontrol grubunda farklı değildir, gruplar benzerdir ($p>0.05$).

4.3. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular

Tablo 4.3.'te çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ağrı, anksiyete ve utanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılma sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubunda ağrı, utanma ve anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Müdahale grubu (n=35) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol grubu (n=36) $\bar{x} \pm SS$	İstatistik t	p
Utanma	29.22 ± 9.65	36.55 ± 11.11	2.962	0.004
Anksiyete	38.91 ± 14.71	44.58 ± 13.16	1.712	0.091
Ağrı	2.48 ± 1.96	4.38 ± 2.29	3.751	<0.001

Müdahale grubundaki hastaların utanma ölçek puan ortalaması 29.22±9.65 ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması 36.55±11.11 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.004; t=2.962). Müdahale grubundaki hastaların utanma düzeyi kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Müdahale grubundaki hastaların anksiyete ölçek puanları 48.65±5.90 ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete puan ortalaması 47.86±7.34 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.617; t=0.502). Anksiyete düzeyi müdahale ve kontrol grubunda farklı değildir.

Müdahale grubundaki hastaların ağrı ortalaması 2.48±1.96 ve kontrol grubundaki hastaların ağrı ortalaması 4.38±2.29 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001; t=3.751). Müdahale grubundaki hastaların ağrı düzeyi kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Müdahale grubuna uygulanan kolonoskopi öncesi hemşirelik girişimlerinin hastaların utanma ve ağrı düzeyini kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşürdüğü fakat anksiyete düzeyine anlamlı bir etki yapmadığı görülmüştür.

4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılması (n=71)

Özellikler	Utanma ölçeği $\bar{x} \pm ss$	Anksiyete ölçeği $\bar{x} \pm ss$	Ağrı $\bar{x} \pm ss$
Yaş			
18-49	33.91 $\pm$ 9.03	45.85 $\pm$ 13.64	3.71 $\pm$ 2.46
50 ve üzeri	32.00 $\pm$ 12.65	37.83 $\pm$ 13.66	3.19 $\pm$ 2.18
p	0.467	0.016	0.351
t	0.732	2.476	0.940
Cinsiyet			
Kadın	36.53 $\pm$ 11.55	46.16 $\pm$ 15.13	3.86 $\pm$ 2.17
Erkek	30.31 $\pm$ 9.88	38.58 $\pm$ 12.60	3.14 $\pm$ 2.41
p	0.017	0.025	0.200
t	2.437	2.298	1.294
Medeni durum			
Evli	33.30 $\pm$ 11.44	42.65 $\pm$ 14.14	3.52 $\pm$ 2.34
Bekar	31.68 $\pm$ 9.47	38.81 $\pm$ 14.18	3.18 $\pm$ 2.31
p	0.607	0.343	0.611
t	0.517	0.956	0.511
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	36.81 $\pm$ 13.18	42.18 $\pm$ 14.81	3.68 $\pm$ 2.16
Lise	30.33 $\pm$ 10.93	41.38 $\pm$ 12.61	2.52 $\pm$ 2.04
Üniversite ve üzeri	31.85 $\pm$ 8.39	41.78 $\pm$ 15.15	3.96 $\pm$ 2.51
p	0.122	0.903	0.085
F	2.168	1.017	2.562
Yaşadığı yer			
Şehir merkezi	32.92 $\pm$ 10,60	42.14 $\pm$ 14.38	3.69 $\pm$ 2.34
İlçe	32.45 $\pm$ 13,06	44.36 $\pm$ 13.93	2.72 $\pm$ 2.41
Köy/kasaba	34.50 $\pm$ 13,47	29.75 $\pm$ 2.87	2.00 $\pm$ 0.81
p	0.952	0.194	0.200
F	0.050	1.681	1.649
Kendini yakın bulduğu kültür			
Şehir merkezi	32.05 $\pm$ 10.49	40.92 $\pm$ 14.34	3.47 $\pm$ 2.41
İlçe	31.71 $\pm$ 6.18	49.85 $\pm$ 12.72	2.71 $\pm$ 1.79

Köy/kasaba	41.42 ± 15.76	40.71 ± 12.95	4.00 ± 2.16
P	0.097	0.286	0.585
F	2.13	1.274	0.540
Meslek			
Memur	32.59 ± 7.59	45.68 ± 14.55	3.72 ± 2.27
Ev hanımı	38.00 ± 12.01	44.45 ± 14.22	3.77 ± 1.99
Diğer	29.11 ± 11.16	36.44 ± 12.46	2.96 ± 2.60
p	0.016	0.040	0.388
F	4.368	3.365	0.957
Aylık gelir			
0-500TL	30.10 ± 15.83	34.70 ± 10.22	2.30 ± 2.49
501-1000 TL	32.00 ± 12.61	43.60 ± 17.69	4.15 ± 2.15
1001-2000 TL	36.31 ± 10.21	42.89 ± 9.98	2.78 ± 1.75
2001-3000 TL	31.00 ± 6.41	40.09 ± 13.08	3.90 ± 2.98
3001 TL ve üzeri	33.36 ± 7.44	44.72 ± 16.98	3.90 ± 2.34
P	0.574	0.474	0.155
F	0.731	0.892	1.726
Puan ortalaması	32.94±10.98	41.78 ±14.14	3.45 ± 2.32

Araştırmaya katılan bireylerin utanma ölçeği puan ortalaması 32.94±10.98 ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları 41.78 ±14.14 ve ağrı ortalaması 3.45 ± 2.32 'dir.

Tablo 4.4.1.'deki veriler incelendiğinde utanma ölçeği puan ortalamalarının cinsiyet ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0.05$). Kadın hastaların utanma ölçeği puan ortalaması 36.53±11.55 ve erkek hastaların puan ortalaması 30.31±9.88 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadınların utanma ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0.017$; $r=2.437$).

Meslek gruplarının utanma ölçeği puan ortalamaları memurlarda 32.59±7.59, ev hanımlarında 38.00±12.01 ve diğer meslek grubundakilerde 29.11±11.16 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.016$; $F=4.368$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde farkın ev hanımları ile diğer grubundakilerden kaynaklandığı görülmüştür. Ev hanımı olanların ölçek puan ortalaması diğer meslek grubunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($p=0.012$).

Hastaların anksiyete ölçek puan ortalamaları yaş, cinsiyet ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. 18-49 yaş grubundaki hastaların anksiyete ölçeği puan ortalaması 45.85 ± 13.64 ve 50 ve üzeri yaş grubundaki hastaların ölçek puan ortalaması 37.83 ± 13.66 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 18-49 yaş grubundaki hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması 50 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0.016$; $t=2.476$). Kadınların anksiyete puan ortalaması 46.16 ± 15.13 , erkeklerin anksiyete puan ortalaması 38.58 ± 12.60 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadın hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması erkek hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0.025$; $t=2.298$). Meslek gruplarında memurların anksiyete puan ortalaması 45.68 ± 14.55 , ev hanımlarının anksiyete puan ortalaması 44.45 ± 14.22 ve diğer grubundaki meslek sahiplerinin anksiyete puan ortalaması 36.44 ± 12.46 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.040$; $t=3.368$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde ikili gruplar arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların ağrı ortalaması sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p> 0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4.2. Hastaların tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılması (n=71)

Özellikler	Utanma ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Anksiyete ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Ağrı $\bar{x} \pm SS$
Kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedeni			
Hastalığın verdiği rahatsızlık	33.55 ± 10.58	44.55 ± 15.03	3.32 ± 1.96
Doktor isteği	33.46 ± 13.31	36.00 ± 9.55	3.26 ± 2.76
Ailede kanser	27.57 ± 7.80	34.85 ± 10.47	4.71 ± 3.54
p	0.401	0.046	0.322
F	0.927	3.224	1.152
Kolonoskopi yaptırma nedeni (Şikayeti ya da hastalığı)			
Kansızlık	36.23 ± 10.78	40.35 ± 9.61	3.52 ± 2.78
Kanama	29.87 ± 7.86	38.12 ± 11.66	3.50 ± 2.82
Karın ağrısı	34.64 ± 13.20	46.42 ± 15.47	3.00 ± 2.38
İshal-kabızlık	32.08 ± 11.30	43.12 ± 17.06	3.56 ± 1.63
Tarama	28.14 ± 7.53	35.42 ± 10.79	3.71 ± 3.09
p	0.414	0.434	0.955
F	0.994	0.962	0.165
Ailede barsak rahatsızlığı geçiren var mı?			
Var	31.45 ± 10.27	39.62 ± 14.03	4.00 ± 2.04
Yok	33.70 ± 11.36	42.89 ± 14.22	3.17 ± 2.76
p	0.420	0.361	0.157
t	0.812	0.920	1.431
Ailede ya da yakın çevrede kolonoskopi yaptıran var mı?			
Var	34.42 ± 10.57	40.00 ± 15.17	3.25 ± 2.09
Yok	32.40 ± 11.18	42.44 ± 13.84	4.00 ± 2.86
p	0.497	0.523	0.232
t	0.682	0.641	1.205

Tablo 4.4.2.'deki veriler incelendiğinde kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedenine göre anksiyete puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($p=0.046$; $F=3.224$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde ikili gruplar arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların utanma ve ağrı puan ortalaması tıbbi özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada; kolonoskopi utanma ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak ve hastaya kolonoskopi öncesinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda;

5.1. Kolonoskopi utanma ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular,

5.2. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular,

5.3. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma ölçeği, anksiyete ölçeği ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1. Kolonoskopi utanma ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bulguların tartışması

Bir ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için “güvenirlik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekmektedir [63-64]. Kolonoskopi yapılacak hastalarda utanma düzeyinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen Kolonoskopi Utanma Ölçeği, Türkiye’de ilk kez bu tez çalışmasında kullanılmıştır. Bu nedenle çalışmada “Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” Türk toplumu için uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile Türkçe “güvenirlik” ve geçerliği” test edilmiştir.

Bu çalışmada ölçeğin güvenirliğinin değerlendirilmesi için iç tutarlılık ve test-retest analizleri yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde; “Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanması yöntemi” kullanılmıştır. Cronbach alfa ve diğer güvenirlik katsayılarının alt düzeyi 0.70 olarak kabul edilmektedir [65-66]. Mitchell ve diğ. [14] tarafından geliştirilen ölçek için Cronbach’s $\alpha=0.96$ ’dır. Bizim çalışmamızda Türkçe’ye uyarlanan Kolonoskopi utanma ölçeği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.94 bulunmuştur (Tablo 4.1.2.2.). Sonucumuz orjinal çalışmaya benzer şekilde yüksektir. “Kolonoskopi utanma ölçeğinin” Türkçe versiyonu

için hesaplanan Cronbach's α değeri ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlı olduğunu ve ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

“Kolonoskopi utanma ölçeğinin” uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü için test-tekrar test güvenilirliği incelenmiştir. Bu amaçla, ölçek ilk uygulamadan 4-6 hafta sonrasında 26 hastaya tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test yönteminde, ölçümler arasındaki zaman aralığının iki ile altı hafta arasında olması gerektiği belirtilmektedir [66]. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada test-tekrar test güvenilirliği için tercih edilen 4-6 haftalık zaman aralığının bilimsel olarak da kabul edilebilir bir süre olduğu görülmektedir. Test-tekrar test güvenilirliği için yapılan korelasyon analizinde, katılımcıların ilk uygulama ve tekrar uygulama sonucunda aldıkları ölçek puanları arasında orta derecede anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.643$; $p<0.001$). Bu sonuçlara göre, ölçeğin zamana göre tutarlı sonuçlar verdiği ve test-tekrar test güvenilirliğinin sağlandığı kabul edilmiştir (Tablo 4.1.1.2).

Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde, “ölçüt geçerliliği” ve “yapı geçerliliği” analizleri yapılmıştır. Geçerlik, bir test veya ölçeğin ölçülmek istenen özelliği ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır [67-68]. Geçerliğin değerlendirilmesi ile bir ölçeğin geliştirildiği amaca hizmet derecesi; yani, ölçeğin ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığı belirlenmektedir [64-65, 67].

Ölçüt geçerliği, geliştirilen test veya ölçek ile elde edilen sonuçların standart olarak tespit edilen bir ölçüm kriterine ait puanlarla karşılaştırılması ve bu karşılaştırma sonucunda elde edilen korelasyon katsayısının yüksek çıkmasıdır. Bunun için, iki ölçek aynı gruba uygulanır ve iki puan dizisi arasında korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise iki ölçek o kadar benzer ölçme yapıyor demektir. Ölçüt geçerliliği, geliştirilen ölçekle aynı kavramsal yapıyı ölçen aynı nitelikte bir başka ölçekle yapılabilmektedir. Karşılaştırma yapmak için aynı nitelikte bir dış kriter ölçek bulunmadığı durumlarda, ölçülmek istenen kavramsal yapıya benzer “*ilgili*” ölçeklerden de yararlanılmaktadır [65].

Bu çalışmada, ölçüt geçerliği için, ülkemizde, hastaların kolonoskopiye bağlı utanma duygusunun değerlendirilmesine yönelik eşdeğer bir ölçek bulunmadığı için alternatif bir ölçek kullanılmıştır. Bu amaçla, davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere 1982 yılında Sherer ve diğ. [62] tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Gözüm ve Aksayan [69] tarafından 1999 yılında yapılmış olan öz-yeterlilik ölçeği geçerlilik ve güvenirliğini test ettiğimiz “Kolonoskopi Utanma Ölçeği” ile “ilgili” bir ölçek olarak kabul edilmiştir.

Ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde, geçerlilik katsayısının 0.30 ve daha yüksek olması ölçeğin geçerli olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir [65, 70]. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için yapılan analizlerde, ölçek puanları ve öz yeterlilik puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -0.413$; $p < 0.001$) (Tablo 4.2.2.1). Sonuç olarak, bu çalışmada ölçüt geçerliliği katsayısının literatürde belirtildiği üzere 0.30’un üzerinde olması, ölçeğin ölçüt geçerliliğinin sağlandığı ve ölçeğin geçerliliği için kabul edilebilir olduğu değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmalar; öz-yeterliliği yüksek olanların daha fazla kolorektal kanser taraması yaptırdığını göstermektedir [71-73]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kolonoskopi utanma ölçeği ile öz-yeterlilik ölçeği arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur.

Yapı geçerliliği, bir ölçeğin/testin ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçekleme derecesini göstermektedir [65, 70]. Bu çalışmada ölçeğin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde faktör analizi yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmada, “Kolonoskopi Utanma Ölçeğinin” yapı geçerliliğinin değerlendirmesi amacı ile yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin orjinaline uygun şekilde özdeğeri 1’in üzerinde olan toplam varyansın % 56.09’unu açıklayan tek faktör bulunmuştur (Tablo 4.1.2.2.).

Bu sonuçlar, kolonoskopi yapılacak hastalarda utanma düzeyinin belirlenmesi amacıyla Mitchell ve diğ. [14] tarafından geliştirilen kolonoskopi utanma ölçeğinin Türkçe versiyonunun, ülkemizdeki kolonoskopi yapılacak

bireylerde kolonoskopiye bağılı utanma düzeyini belirlemede geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.

Ancak teknolojik, sosyal ve kültürel gelişmeler sonucunda oluşabilecek değişimler göz önüne alınarak, ölçeğin her kullanımında temel geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının tekrarlanması, toplanan bilgilerin bilimselliği açısından gerekli olacağı düşünülmektedir. Bizim örneklemimizi oluşturan hasta grubunun genel olarak sosyoekonomik düzeylerinin daha iyi ve tamamının sağlık güvencesinin bulunması göz önünde alındığında, bundan sonra yapılacak çalışmalarda kolonoskopi utanma ölçeğinin, özellikle farklı kurumlarda ve farklı sosyoekonomik seviyedeki hasta grupları üzerinde uygulanmasının, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin utanma, anksiyete ve ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulguların tartışılması

Janz ve diğ. [74] tarafından yapılan çalışmada gaitada gizli kan, sigmoidoskopi ve kolonoskopi için en yaygın engelin bireyin probleminin/ihtiyacının olmadığını düşünmesi, ikinci engelin utanma olduğu bulunmuştur. Taramada en önemli motive edici faktörün ise doktor tavsiyesi olduğu vurgulanmıştır. Benzer şekilde; Stockwell ve diğ. [75] tarafından engellerin araştırıldığı çalışmada kadınlarda en yaygın endoskopik kolorektal kanser taraması yaptırmama nedenin doktor tavsiyesinin olmaması (%36) olduğu tespit edilmiştir. Diğer nedenler rahatsızlık/ağrı korkusu (%25), utanma (%14), sıkıntı (%11), masraf (%3), sonuçtan korkma (%2) olarak bulunmuştur.

Kelly ve Shank [76] tarafından yapılan çalışmada, erken teşhis için kolorektal kanser taraması hakkında broşür ve bir hafta içinde hatırlatıcı telefon görüşmesi yapılan müdahale grubunda işleme uyumun daha fazla olduğu bulunmuştur. Ailede barsak problemi ve kanserinin olması, doktor ziyaretinin sayısı, düşük gelir düzeyi, işleme yönelik ağrı algısı ve işlem hakkında açıklayıcı bilgi verilmesinin uyumu etkilediği bulunmuştur. Wardle ve diğ.nin [77] yaptığı çalışmada da psikoeğitim (eğitim kitapçığı) verilen

müdahale grubu bireylerde fleksibil sigmoidoskopiye ilişkin negatif tutumlarının (utanma ve ağrı endişesi) azaldığı ve taramaya katılımın arttığı bulunmuştur.

Çalışmamızda; işlem öncesi bireysel olarak sözlü ve eğitim kitapçığı ile eğitim, telefonla ve yüz yüze danışmanlık verilen müdahale grubundaki hastaların utanma düzeyi kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu bulgu hemşirelik girişimlerinin utanmayı azaltarak işlemi yaptırma ve uyumu arttıracaklarını düşündürmekte olup literatürle uyumlu olarak yorumlanmaktadır.

Hemşireler hasta eğitimi ve danışmanlık gibi deneysel girişimlerle hastaların utanmasını azaltarak kolonoskopi yaptırmalarını sağlayabilmekte ve böylece kolorektal kansere bağlı morbidite ve mortalitenin azalmasına neden olabilmektedir [14].

Anksiyete invaziv medikal girişimlere maruz kalan hastalarda yaygın bir problemdir. Kolonoskopi sırasında anksiyete gelişmesi taşikardi ve sedasyon kullanımının artmasına neden olmaktadır [78]. Sedasyon yüksek dozlarda uygulandığında, hipotansiyon, solunum depresyonu ve koruyucu reflekslerin kaybı gibi komplikasyonlara neden olmaktadır [79]. Kolonoskopi öncesi anksiyete seviyesi işlemin zor ve ağrılı olmasını etkiler. Vaughn ve diğ. [80] yaptıkları çalışmada preoperatif anksiyete ile postoperatif ağrı arasında pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. Bu yüzden işlem öncesi hastanın anksiyete düzeyinin belirlenerek uygun hemşirelik girişimleri ile anksiyetenin azaltılması veya önlenmesi önemlidir. Arabul ve diğ. [41] ile Luck ve diğ. [81] tarafından yapılan çalışmada kolonoskopi öncesinde yapılan video bilgilendirmenin işlem başarısını ve anksiyeteyi olumlu etkilediğini bulunmuştur. Ayrıca kadınların erkeklere göre daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduklarını, daha önce kolonoskopi yaptıranların anksiyete düzeyinin ilk kez kolonoskopi yaptıranlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [81]. Lanius ve diğ. [82] ve van Zuuren ve diğ. [83] tarafından yapılan çalışmalarda hastaya bilgi kitapçığı verilmesinin kolonoskopi ve gastroskopi öncesi anksiyete düzeyini azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur [82, 84].

Bytzer ve Lindeberg [85] tarafından yapılan ise çalışmada video bilgilendirmenin kolonoskopi öncesi durumsal anksiyete düzeyi, ağrı düzeyi, işlem toleransı ve gelecekte tekrar kolonoskopi yaptırma isteği üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur [17, 85]. Ancak diğer çalışmalara benzer şekilde, kadınlarda anksiyete ve ağrı düzeyi daha yüksek, memnuniyet daha az bulunmuştur [85]

Çalışmamızda, Bytzer ve Lindeberg'in [85] çalışmasında olduğu gibi işlem öncesi bireysel olarak sözlü ve eğitim kitapçığı ile eğitim, telefonla ve yüz yüze danışmanlık verilen müdahale grubundaki hastaların anksiyete düzeyi ile kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.617$; $t=0.502$) (Tablo 4.). Bunun nedeninin hastaların işlem hakkında bilgilendiğinde işlemin ne amaçla, nasıl yapıldığı ve komplikasyonlarını öğrendiği için anksiyetelerinde azalma olmadığı düşünülmektedir.

Şiddetli anksiyete ve korku hipotalamusu etkileyerek kortizol ve katekolaminlerin salgılanmasına yol açar.[86]. Gerginlik, korku ve stres ağrı algısı üzerinde etkilidir, gevşeme ise ağrı hissinde azalmaya neden olur. Bu yüzden hastaya ağrı kontrolü konusunda bilgi verilmesi ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılmasında etkilidir [87].

Ağrının ortadan kaldırılması için yapılacak uygulamalar, ağrı etyolojisi ile doğrudan ilişkilidir. Ancak, etyoloji ortadan kalkar ise, ağrı ortadan kalkar [87]. Kolonoskopiden sonra ağrının engellenmesi ve azaltılması için abdominal distansiyonun önlenmesi gerekmektedir.

Hemşireler özellikle ilaç-dışı müdahaleler ile kolonoskopi hastaların ağrı yönetiminde önemli bir role sahiptir. Hemşireler kolonoskopi öncesinde yüksek anksiyete seviyesi olan hastalar tespit ederek, önleyici tedbirleri almalı ve ağrı yönetimi konusunda hastanın endoskopisti ile konuşarak hastaları kolonoskopi işlemine hazırlamalıdır. Rahatlatıcı konuşma, ağrının nedenini açıklama ve rehberlik etme gibi ilaç dışı müdahalelerin anksiyetesi yüksek olan ve olmayan her iki gruptaki hastaların ağrısını hafifletmede yardımcı olduğu tespit edilmiştir [10, 88-90]. Karadağ ve Taşçı [91] yaptıkları

araştırmada, hemşirelerin %96.1'inin ağrı konusunda hasta eğitimi yaptığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak yazılı ve sözlü bireysel eğitim ve danışmanlık verilerek işlemin açıklandığı müdahale grubundaki hastaların ağrı ortalaması, kontrol grubundaki hastaların ağrı ortalamasından düşük bulunmuştur ($p<0.001$; $t=3.751$)

Bireysel olarak hastaya eğitim ve danışmanlık vermek kolonoskopi öncesinde hastanın utanmasını, sonrasında ağrısını azaltmaktadır. Bu da hastanın işleme uyumunu arttırmaktadır.

Eğitim sonrası utanmanın azalmış olmasının hastalara verilen eğitim kapsamında, kolonoskopi ünitesi, işlem sırasında giyilecek kıyafet ve işlem odasında kimlerin bulunacağı gibi bilgilerin resimli olarak anlatılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte hastanın mahremiyetinin korunacağını anlaması da önemli bir ayrıntı olabilir.

Eğitimin ağrıyı azaltmadaki etkisinin ise hastanın işlem sonrası ağrısı olup olmayacağı ve ağrısının nedenini anlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalara işlem sonrasında ağrısı olabileceği, bunun normal bir durum olduğu, ağrının nedeni ve ağrıyı önlemek için yapması gerekenlerin açıklanmasının, ağrıya ilişkin anksiyeteyi, ağrı algısını azalttığı ve ağrıyla baş etmeyi kolaylaştırdığı söylenebilir.

Eğitimin anksiyete üzerinde değişiklik yapmamasının nedeni olarak da işlem hakkında bilgisi olmayan hastaların işlemleri öğrendiklerinde daha fazla endişelenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin utanma, anksiyete ve ağrı puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; işlem hakkında anksiyete [74], endoskopik testten korkma [37], kanserden korkma [92], randevu planlamasının zorluğu ve bilgi eksikliği [13, 93-95] kolonoskopi yaptırmaya engel olan bariyerler arasında belirtilmektedir. Ayrıca testin maliyeti [13, 96], ağrı endişesi [13, 74, 93, 97], barsak hazırlığını reddetme de [13, 96, 98] kolonoskopi yaptırmak istememe nedenleri olarak belirtilmiştir. Buna ek

olarak, kadınlar için kadın endoskopist olmayışı bir engel olarak bildirilmiştir [99].

Kolonoskopiye ilişkin hasta deneyimleri ve bariyerlerin incelendiği bir sistematik derlemede hastaların en çok laksatif barsak hazırlığından, anksiyete, ağrı korkusu ve utanmadan şikayet ettikleri belirtilmektedir [38]. Yapılan çalışmalarda; bireylerin %7-75 arasında değişen oranlarda kolonoskopi yaptırmaktan utandıkları bulunmuştur [76, 93, 100-102]. Utanmanın kolonoskopi yaptırmayı istememekteki temel nedenler arasında olduğu belirtilmektedir. [13-14, 38, 74, 76]. Utanma, özellikle endoskopik tarama testleri olmak üzere [13, 15-16, 74, 77, 97-98, 100] kolorektal kanser taraması (gaitada gizli kan, sigmoidoskopi ya da kolonoskopi) yaptırmaya ile negatif ilişkilidir [74, 93, 95-96, 103-105].

Çalışmamızda kolonoskopi işlemi doktor tarafından öngörüldüğü için katılımcıların %69'u (n=49) kolonoskopi yaptırmak istememe nedeni olmadığını, neden belirtenlerin (n=22) %40.9'u (n=9) korktuğu için, %22.7'si (n=5) utandığı için, %27.2'si (n=6) işlem sonrası komplikasyon riskinden dolayı, %9'u (n=2) işlem öncesi hazırlığın zor olmasından dolayı kolonoskopi yaptırmak istemediğini belirtmiştir (Tablo 4.2.2.). Hastalığın verdiği rahatsızlık katılımcıların %69'unda (n=49) kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedeni olarak belirtilmiştir (Tablo 4.2.2.). Çalışmamızda bütün katılımcılar kolonoskopi yaptırmayı doktor tarafından önerilen ve gastrointestinal hastalığın verdiği rahatsızlıktan dolayı kolonoskopi yaptıran bireylerdir. Çalışmamızda kolonoskopi yaptırmamak için neden belirtmeyenlerin sayısının yüksek çıkmasının buna bağlı olduğu düşünülmektedir. Literatürde kolonoskopi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda; bizim çalışmamızdan farklı olarak, katılımcılar sağlıklı ve doktor istemi olmadan kolorektal kanser taraması yaptırmayı gereken 50 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. .

Kolonoskopiye engel olarak utanmayı belirleyen çalışmalar olmasına rağmen demografik veriler ile utanma arasındaki ilişkiye değinen çalışma çok azdır. Yaş ve utanma arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çok fazla hemşirelik ve tıbbi araştırma yoktur. Ancak Honda and Gorin [104] yaptıkları çalışmada kolorektal kanser taramasında ileri yaş ve daha az utanma arasında ilişki

bulmuşlardır ($p<0.01$). Ancak çalışmamızda 50 yaş altı ve üstü bireylerin utanma ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.4.1.).

Sağlık literatüründeki araştırma bulguları kadınların erkeklere göre daha fazla utandıklarını göstermektedir [14, 37, 106-107]. Menees ve diğ. [99] tarafından yapılan bir çalışmada; kadınların %43'ü kadın endoskopist tercih etmiştir ve cinsiyet tercih etmenin en yaygın nedeni utanma (%75) olarak bulunmuştur. Aynı cinsiyette endoskopist olmasının erkeklere göre kadınlar için daha önemli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %87'si aynı cinsiyette endoskopist için 30 gün beklemeyi, %14'ü daha fazla ödemeyi istediğini, %5'i ise kadın endoskopist olmadan kolonoskopi yaptırmayacağını ifade etmiştir [99].

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, kadın hastaların utanma ölçeği puan ortalaması erkek hastaların puan ortalamasından yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1.). Aynı şekilde meslek gruplarının utanma ölçeği puan ortalamalarına baktığımızda ev hanımlarının utanma ölçeği puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.012$) (Tablo 4.4.1.). Bunun da literatürle uyumlu olarak kadınların daha fazla utanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık, kültür ve dini inanç ilişkisi kadının sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde önemlidir [108-109]. Özellikle kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesine engel olan ve kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda kadınların, taramalara katılımlarını engelleyen durumlar içinde en sık bahsedilen konunun kültürel faktörler olduğu görülmektedir [110]. Yapılan çalışmalar Birleşmiş Milletler ve İsrail'de kanser erken tanı davranışlarında kültürel tutumların etkili olduğu belirtilmektedir [111-112]. Bu ülkelerde kültürün dinamik bir özelliğe sahip olduğu ifade edilmektedir [113]. Türk toplumunda devam eden kültürel değişimlere rağmen kadınların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı olabileceği düşünüldüğünde kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Yapılan çalışmalarda Türk toplumunda kadınlar geleneksel yapı ve

dini inançları nedeniyle utanma duygusu yaşamakta, aile sağlığı merkezindeki doktorun erkek olması nedeniyle doktora gitmediklerini belirtmektedirler [110]. Ancak farklı kültür ve gruplarda yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi kültürel farklılıklar ve nedeni ne olursa olsun, utanmanın anlamı her toplumda benzerlik göstermektedir

Aylık gelir, eğitim seviyesi, medeni durum ve utanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Gelir düzeyi ve utanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma yoktur. Eğitim düzeyi ve endoskopik kolorektal kanser taraması yaptırmaya ilişkin veriler de belirsiz olup aralarında net bir ilişki olmadığı bildirilmektedir [72-73, 114-119]. Honda ve Gorin [104] tarafından yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesinin utanmayı arttırdığı bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durumla ilgili olarak ise bir çalışmada intestinal ostomisi olan bireylerde partneri olmayanların olanlara göre daha fazla utandıkları bulunmuştur ($p<0.001$) [120]

Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde aylık gelir, eğitim seviyesi, medeni durum ve utanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.1.).

Trevisani ve diğ. [121] ile Luck ve diğ. [81] tarafından yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşadığı [81] ve gastroskopi ve kolonoskopi işlemlerinin endoskopi türünden bağımsız olarak hastalarda anlamlı anksiyete artışına yol açtığını bulmuşlardır [42, 121].

Çalışmamızda hastaların anksiyete ölçek puan ortalamaları yaş, cinsiyet ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Literatür ile uyumlu olarak 18-49 yaş grubundaki hastaların ve kadınların anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1.).

Ağrı algısı, bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenen, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanılması zor olan karmaşık bir durumdur [122-123].

Ylinen ve diğ. [10] yaptıkları çalışmada hastaların çoğunun ağrı yaşadığını ama bunu tolere edilebilir bulduklarını, kadınların anksiyetesinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu, daha çok ağrı ve rahatsızlık

yaşadığını, önceki ağrı deneyimleri ve yüksek kaygı düzeyinin hastaların algılarını etkilediğini bulmuşlardır. Kolonoskopi yaptıran hastalarda yapılan bir çalışmada anksiyete ve ilk kez kolonoskopi yaptırma ağrısı arttıran faktörler olarak bulunmuştur [124]. Eckardt ve diğ. [125] tarafından yapılan çalışmada yüksek ağrı skoru ve yüksek anksiyete düzeyi, kadın cinsiyet ile ilişkili olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda hastaların ağrı ortalaması sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.4.1.).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Kolonoskopi utanma ölçeğinin Türkçe versiyonunun ülkemizdeki kolonoskopi yapılacak bireylerde kolonoskopiye bağlı utanma düzeyini belirlemede geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği,
2. Müdahale grubuna uygulanan kolonoskopi öncesi hemşirelik girişimlerinin hastaların utanma ($p=0,004$; $t=2.962$) ve ağrı düzeyini ($p<0.001$; $t=3.751$) kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşürdüğü fakat anksiyete düzeyine ($p=0.617$; $t=0.502$) etki etmediği (Tablo 4.3.)
3. Kolonoskopi utanma ölçeği puan ortalamalarının cinsiyet ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1.),
4. Kadın hastaların kolonoskopi utanma ölçeği puan ortalamasının erkek hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0.017$; $r=2.437$) (Tablo 4.4.1.),
5. Ev hanımlarının kolonoskopi utanma ölçeği puan ortalamasının diğer meslek grubunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0.012$) (Tablo 4.4.1.),
6. Kolonoskopi yaptırmayı utandığı için istemeyen hastaların utanma ölçeği puan ortalamasının neden belirtmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p= 0.012$) (Tablo 4.4.2.),
7. Kolonoskopi yaptırmayı korktuğu için istemeyen hastaların utanma ölçeği puan ortalamasının neden belirtmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p= 0.033$) (Tablo 4.4.2.),
8. Hastaların anksiyete ölçek puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1.),
9. 18-49 yaş grubundaki hastaların anksiyete ölçeği puan ortalamasının 50 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0.016$; $t=2.476$) (Tablo 4.4.1.),

10. Kadın hastaların anksiyete ölçeği puan ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0.025$; $t=2.298$) (Tablo 4.4.1.),
11. Meslek gruplarının anksiyete ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu ($p=0.040$; $t=3.368$) (Tablo 4.4.1.),
12. Kolonoskopi yaptırmaya karar verme nedenine göre anksiyete ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu ($p=0.046$; $F=3.224$) (Tablo 4.4.2.).
13. Hastaların ağrı ortalamasının sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p> 0.05$) (Tablo 4.4.1.) bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Kolonoskopi planlanan hastalarda işlem öncesi utanma durumlarının tespit edilmesi için kolonoskopi utanma ölçeğinin kullanılması,
2. Kolonoskopi öncesi hastalara işlem hakkında kapsamlı bilgi verilmesi,
3. Kolonoskopi yapılacak hastaların rahatça ulaşabileceği ve danışmanlık alabileceği bir birimin olması ve bu birimde hemşirenin yer alması,
4. Hemşire tarafından kolonoskopi öncesi hastaların utanma ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve bireysel olarak değerlendirilmesi,
5. Endoskopi personeli tarafından cinsiyet farklılıklarının göz önüne alınması ve buna bağlı olarak kadın hastalara daha etkin danışmanlık verilmesi,
6. Hemşirenin de yer aldığı sağlık ekibi tarafından; kolorektal kanser taramasına katılımın artırılması amacıyla, sağlıklı bireylere de kolorektal kanser ve tarama yöntemleri hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bretthauer, M., Evidence for colorectal cancer screening. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2010. 24(4): p. 417-425.
2. Boyle, P., Levin, B., (Ed.) Dünya Kanseri Raporu 2008. 2008, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanseri Araştırma Kurumu: Lyon.
3. Bora Başara, B., Güler, C., Eryılmaz, Z., Yentur, G.K., Pulgat, E., (Ed.) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Vol. 2. 2012, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı: Ankara.
4. Tuncer, M., Kanserde Tarama ve Erken Tanı. Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2009(777): p. 211-231.
5. Mandel, J.S., Bond, J.H., Church, T.R., ve diğ., Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. The New England Journal of Medicine, 1993. 328: p. 1365-1371.
6. Anderson, E., Baker, J.D., Bowel Preparation Effectiveness Inpatients and Outpatients. Gastroenterology Nursing, 2007. 3(6): p. 400-404.
7. Bittler R.D., Splenic Injury Due to Colonoscopy. Gastroenterology Nursing, 2011. 34(5): p. 357-364.
8. Tuncer, M., (Ed.) Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009, TC Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı: Ankara.
9. Ylinen, E.R., Julkunen, K.V., Pietilä, A.M., The Colorado Behavioral Numerical Pain Scale in Assessing Medication-Free Colonoscopy Patients’ Pain. Gastroenterology Nursing, 2011. 34(2): p. 136-143.
10. Ylinen, E.R., Julkunen, K.V., Pietilä, A.M., Effects of patients’ anxiety, previous pain experience and non drug interventions on the pain experience during colonoscopy. Journal of Clinical Nursing, 2009. 18(13): p. 1937-1944.
11. Ylinen, E.R., Julkunen, K.V., Pietilä, A.M., Hannila, M.L., Heikkinen, M., Medication free colonoscopy–factors related to pain and its assessment. Journal of Advanced Nursing, 2009. 65(12): p. 2597-2607.

12. Ersöz, F., Toros, A.B., Aydoğan, G., Bektaş, H., Özcan, Ö., Arıkan, S., Elektif yapılan gastroskopi ve kolonoskopi işlemlerinin hasta kaygı düzeyi üzerine olan etkisi. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 2010. 21(1): p. 29-33.
13. Harewood, G.C., Wiersema, M.J., Melton, L.J., A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*, 2002. 97(12): p. 3186-3194.
14. Mitchell, K.A., Rawl, S.M., Champion, V.L., Jeffries, P.R., Welch, J.L., Development and Psychometric Testing of the Colonoscopy Embarrassment Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 2012. 34(4): p. 548-564.
15. Nelson, R.L., Schwartz, A., A survey of individual preference for colorectal cancer screening technique. *BMC Cancer*, 2004. 4(1): p. 76.
16. Denberg, T.D., Melhado, T.V., Coombes, J.M., Beaty, B.L., Berman, K., Byers, T.E., Marcus, A.C., Steiner, J.F., Ahnen, D.J., Predictors of nonadherence to screening colonoscopy. *Journal of General Internal Medicine*, 2005. 20(11): p. 989-995.
17. Morgan, J., Roufeil, L., Kaushik, S., Bassett, M., Influence of coping style and precolonoscopy information on pain and anxiety of colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1998. 48(2): p. 119-127.
18. Shaikh, A.A., Hussain, S.M., Rahn, S., Desilets, D.J., Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2010. 22(4): p. 444-449.
19. Spiegel B.M., T.J., Shekelle P., Agarwal N., Snyder B., Bolus R., Kurzbard N., Chan M., Ho A., Kaneshiro M., Cordasco K., Cohen H., Development and validation of a novel patient educational booklet to enhance colonoscopy preparation,. *Am J Gastroenterol*, 2011. 106(5): p. 875-83.
20. Taşçıkan Ö, Kolonoskopi sonrası abdominal distansiyonun giderilmesinde rektal tüp uygulamasının etkisi, T.C. Genelkurmay

Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2004: Ankara.

21. Gökdoğan (Özkasap) F, Endoskopi öncesi hastalarda oluşan anksiyeteye eğitimin etkilerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi in İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 1989: İstanbul.
22. Palma J.D., R., D., Advances in Bowel Preparations. Gastroenterology Nursing, Supplement, 2011. 34(5): p. S2-S8.
23. Gürsoy, Ş., Er, Ö., Canöz, Ö., Güven, M., Başkol, M., Güven, K., Özbakır, Ö., Yücesoy, M., Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2003. 2(2): p. 60-63.
24. Kadayıfçı, A., Uzman Görüşü Kolorektal kanserlerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2003. 2(2): p. 43-45.
25. Köşüş, A., Ateş, M., Köşüş, N., Alt Gastrointestinal Sistem Belirtileri ile Başvuran Kadınlarda Endoskopi Bulguları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2008. 28(5): p. 635.
26. Yetkin, G., Akgün, İ., Uludağ, M., Karakoç, S., Çitgez, B., Kartal, A., Hematokezya Şikayeti ile Başvuran Hastaların Kolonoskopik İnceleme Sonuçları. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, 2009. 19(4): p. 163.
27. Messmann, H., Atlas of Colonoscopy, Techniques, Diagnosis, Interventional Procedures. 2006, New York: Georg Thieme Verlag. 2-14.
28. Way JD., R.D., Williams CB., Colonoscopy Principles and Practice. 2003: Balckwell Publishing. 318-500.
29. Kimmey, M.B., İn Feldman: Sleisenger & Firdtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th ed. Complications of Gastrointestinal Endoscopy. 2006: Saunders. 832-34.
30. Ginsberg, G.G., Risks of colonoscopy and polypectomy. Techniques in Gastrointestinal Endoscopy, 2008. 10(1): p. 7-13.

31. Les Rosen, M., et al., Hemorrhage following colonoscopic polypectomy. *Diseases of the colon & rectum*, 1993. 36(12): p. 1126-1131.
32. Kimmey MB., In Feldman: Sleisenger & Firdtran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th ed. *Complications of Gastrointestinal Endoscopy*. 2006: Saunders. 832-34.
33. Dominitz, J.A., Eisen, G.M., Baron, T.H., Goldstein, J.L., Hirota, W.K., Jacobson, B.C., Johanson, J.F., Leighton, J.A., Mallery, J.S., Raddawi, H.M., *Complications of colonoscopy*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2003. 57(4): p. 441-445.
34. Waye, J.D., Kahn, O., Auerbach, M.E., *Complications of colonoscopy and flexible sigmoidoscopy*. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 1996. 6(2): p. 343.
35. Miller, R.S., *The nature and severity of self-reported embarrassing circumstances*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1992. 18(2): p. 190-198.
36. Consedine, N.S., Ladwig, I., Reddig, M.K., Broadbent, E.A., *The many faeces of colorectal cancer screening embarrassment: Preliminary psychometric development and links to screening outcome*. *British Journal of Health Psychology*, 2011. 16(3): p. 559-579.
37. Farraye, F.A., Wong, M., Hurwitz, S., Puleo, E., Emmons, K., Wallace, M.B., Fletcher, R.H., *Barriers to Endoscopic Colorectal Cancer Screening: Are Women Different from Men*. *The American Journal of Gastroenterology*, 2004. 99(2): p. 341-349.
38. McLachlan, S.A., Clements, A., Austoker, J., *Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context-A systematic review of the literature*. *Patient Education and Counseling*, 2012. 86(2): p. 137-146.
39. Kim, L.S., Koch, J., Yee, J., Halvorsen, R., Cello, J.P., Rockey, D.C., *Comparison of patients' experiences during imaging tests of the colon*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2001. 54(1): p. 67-74.

40. Öz, F., Sağlık Alanında Temel Kavramlar: Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. 2004, Ankara: İmaj iç ve Dış Ticaret Anonim Sirketi.
41. Arabul, M., Kandemir, A., Çelik, M., Alper, E., Akpınar, Z., Aslan, F., Vatansever, S., Ünsal, B., Kolonoskopi öncesinde video ile bilgilendirmenin hasta tatmini ve anksiyete üzerine etkisi. The Turkish Journal of Gastroenterology, 2012. 23(5): p. 523-529.
42. Ersöz F., T.A., Aydoğan G., Bektaş H., Özcan Ö., Arıkan S., Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. Turk J Gastroenterol, 2010. 21(1): p. 29-33.
43. Jones, M.P., Ebert, C.C., Sloan, T., Spanier, J., Bansal, A., Howden, C.W., Vanagunas, A.D., Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. Journal of Clinical Gastroenterology, 2004. 38(1): p. 35-40.
44. Güleç, G., Güleç, S., Ağrı ve ağrı davranışı. 2006, Ağrı.
45. Yörük, G., Aksöz, K., Ünsal, B., Buyraç, Z., Buran, T., Yazıcıoğlu, N., Yıldız, C., Yalçın, H.C., Sedasyonsuz kolonoskopi. Turkish Journal of Gastroenterology, 2003. 14(1): p. 59-63.
46. Özkan, N., Kayaoğlu, H.A., Ersoy, Ö.F., Çelik, A., Desüflasyon Noktalarının Kolonoskopi Sırasında Verilen Havaya Bağlı Ağrı Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2007. 27(5): p. 672.
47. Çınar, K., Yakut, M., Özden, A., Kolonoskopi işlemi sedasyonunda midazolam ve midazolam/meperidin tedavilerinin kontrollü prospektif randomize karşılaştırılması. Turkish Journal of Gastroenterology, 2009. 20(4): p. 271-275.
48. Brunner, L.S., Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing: Suzanne C. Smeltzer...[et Al.]. Vol. 1. 2010: Wolters Kluwer Health.
49. Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. Sixth Edition ed. 2004: Mosby Publishing.

50. Sönmez, V., Bilimsel araştırmalarda yapılan yanlışlıklar. Eğitim Araştırmaları Dergisi, 2005. 18: p. 150-170.
51. Brink, P.J., Wood, M.J. , Advanced design in nursing research. Second Edition ed. 1998, Thousand Oaks: SAGE Publication.
52. Alpar, R., Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 2. Baskı ed. 2012, Ankara: Detay Yayıncılık.
53. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Manual for the State-Trait Anxiety Inventory 1970, Palo Alto, California: Consulting Psychologist's Press.
54. Öner, N., Le Compte, A., Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1983, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
55. Öner, N., Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği, in Hacettepe Üniversitesi Doçentlik Tezi. 1977: Ankara.
56. Oflaz, F., Günaydın, N., Hatipoğlu, S., MRG istenen hastalarda işlem öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelik Bülteni, 1999. Cilt:XI, Sayı:43-44.
57. Erdine S., Ağrı. 2000, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
58. Kocaman, G., Ağrı, hemşirelik yaklaşımları. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, 1994: p. 31-89.
59. Bandura, A., Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 1982. 37(2): p. 122-147.
60. Jhonson, J.L., ve diğ., An exploration of Pender' s Health Promotion Model using Lisrel. Nursing Research, 1993. 42(3): p. 132-137.
61. Palank, C.L., Determinants of health promotive behavior. The Nursing Clinics North America, 1991. 26(4): p. 815-831.
62. Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B. ve diğ., The Self-Efficacy Scale: construction and validation. Psychological Reports, 1982. 51: p. 663-671.
63. Ercan, İ., Kan, İ., Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004. 30(3): p. 211-216.
64. Çam, O.M., Arabacı, B.L., Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2010(2): p. 59-71.

65. Şencan, H., Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 2005, Ankara: Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ.
66. Tavşancıl, E., Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 3. Baskı. 2006, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
67. Büyüköztürk, Ş., Veri analizi el kitabı (13. Baskı). 2011, Ankara: Pegema Yayınevi.
68. Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaoğlu, S., Yıldırım, E., Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SSPS uygulamaları, 6. baskı. 2010, İstanbul: Sakarya yayıncılık.
69. Gözüm, S., Aksayan, S., Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1999. 2(1): p. 21-34.
70. Büyüköztürk, S., Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, (Gel.3.Baskı). 2002, Ankara: Pegem A yayıncılık.
71. Menon, U., Belue, R., Skinner, C.S., Rothwell, B.E., Champion, V.L., Perceptions of colon cancer screening by stage of screening test adoption. Cancer Nursing Research, 2007. 30: p. 178-185.
72. Hay, J.L., Ford, J.S., Klein, D., Primavera, L.H., Buckley, T.R., Stein, T.R., ve diğ., Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women. Journal of Behavioral Medicine, 2003. 26: p. 553-576.
73. Menon, U., Champion, V. L., Larkin, G. N., Zollinger, T., Gerde, P., Vernon, S., Beliefs associated with fecal occult blood test and colonoscopy use at a worksite colon cancer screening program. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2003. 45: p. 891-898.
74. Janz, N.K., Wren, P.A., Schottenfield, D., Guire, K.E., Colorectal cancer screening attitudes and behavior: A population-based study. Preventive Medicine, 2003. 37: p. 627-634.
75. Stockwell, D.H., Woo, P., Jacobson, B.C., Remily, R., Syngal, S., Wolf, J. ve diğ., Determinants of colorectal cancer screening in women

- undergoing mammography. The American Journal of Gastroenterology, 2003. 98: p. 1877-1880.
76. Kelly, R.B., Shank, J.C., Adherence to screening flexible sigmoidoscopy in asymptomatic patients. Medical Care, 1992. 30: p. 1029-1042.
77. Wardle, J., Williamson, S., McCaffery, K., Sutton, S., Taylor, T. Edwards, R. ve diğ., Increasing attendance at colorectal cancer screening: Testing efficacy of a mailed, psychoeducational intervention in a community sample of older adults. Health Psychology, 2003. 22(1): p. 99-105.
78. Yılmaz, M., Aydın, A., Karasu, Z., Günşar, F., Özütemiz, Ö., Kolonoskopi sırasında oksijenasyon ve kalp hızı değişiklikleri ile ilişkili risk faktörleri. Turkish Journal of Gastroenterology, 2002. 13(4): p. 203-208.
79. Dal, H., İzdeş, S., Kesimci, E., Kanbak, O., Kolonoskopide Sedasyon İçin Propofolün Aralıklı Bolus veya Hedef Kontrollü İnfüzyon Yöntemiyle Uygulanmasının Karşılaştırılması. Türk Anest Rean Der Dergisi, 2011. 39(3): p. 134-142.
80. Vaughn, F., Wichowski, H., Bosworth, G., Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? AORN Journal 2007. 85: p. 589-604.
81. Luck, A., Pearson, S., Maddem, G., Hewett, P., Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. The Lancet, 1999. 354(9195): p. 2032-2035.
82. Lanius, M., Zimmermann, P., Heegewaldt, H., Hohn, M., Fischer, M., Rohde, H., Does an information booklet on gastrointestinal endoscopy reduce anxiety for these examinations? Results of a randomized study with 379 patients. Zeitschrift für Gastroenterologie, 1990. 28(12): p. 651.
83. van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., Walle, C.V., Defloor, T., The effect of an information brochure on patients undergoing

- gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, 2006. 64(1): p. 173-182.
84. Kutlutürkan, S., Görgülü, Ü., Fesci, H., Karavelioglu, A., The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2010. 47(9): p. 1066-1073.
 85. Bytzer, P., Lindeberg, B., Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety-a randomized trial. *Endoscopy*, 2007. 39(08): p. 710-714.
 86. Aldemir, T., Akut ağrı fizyopatolojisi. 2000, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 43-57.
 87. Ay, F., Alpar, Ş.E., Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*., 2010. 22(1): p. 21-29.
 88. Smolen, D., Topp, R., Singer, L., The effect of self-selected music during colonoscopy on anxiety, heart rate and blood pressure. *Applied Nursing Research*, 2002. 15: p. 126-136.
 89. McCaffrey, R., Taylor, N., Effective anxiety treatment prior to diagnostic cardiac catheterization. *Holistic Nursing Practice*, 2005. 19: p. 70-73.
 90. Nilsson, U., Unosson, M., Rawal, N., Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music postoperatively: a randomized controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology*, 2005. 22: p. 96-110.
 91. Karadağ, S., Taşçı, S., Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005. (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)(14): p. 13-21.
 92. Gorin, S.S., Correlates of colorectal cancer screening compliance among urban Hispanics. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005. 28: p. 125-137.

93. Green, P.M., Kelly, B.A., Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. *Cancer Nursing Research*, 2004. 27: p. 206-215.
94. Klabunde, C.N., Schenck, A.P., Davis, W.W., Barriers to colorectal cancer screening among Medicare consumers. *American Journal of Prevention*, 2006. 30(313-319).
95. Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I., Pawar, V., Knowledge, barriers, and predictors of colorectal cancer screening in an Appalachian church population. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, 2006. 3(4): p. 1-11.
96. Greisinger, A., Hawley, S.T., Bettencourt, J.L., Perz, C.A., Vernon, S.W., Primary care patients' understanding of colorectal cancer screening. *Cancer Detection and Prevention*, 2006. 30: p. 67-74.
97. Rawl, S.M., Menon, U., Champion, V. L., May, F. E., Loehrer Sr, P., Hunter, C., ve ark., Do benefits and barriers differ by stage of adoption for colorectal cancer screening? *Health Education Research*, 2004. 20(2): p. 137-148.
98. Gipsh, K., Sullivan, J.M., Dietz, E.O., Health belief assessment regarding screening colonoscopy. *Gastroenterology Nursing*, 2004. 27(6): p. 262-267.
99. Menees, S.B., Inadomi, J.M., Korsnes, S., Elta, G.H., Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2005. 62(2): p. 219-223.
100. Nicholson, F.B., Korman, M.G., Acceptance of flexible sigmoidoscopy and colonoscopy for screening and surveillance in colorectal cancer prevention. *Journal of Medical Screening*, 2005. 12(2): p. 89-95.
101. Busch, S., Elderly African American women's knowledge and belief about colorectal cancer. *ABNF Journal* 2003 Sep-Oct, 2003. 14(5): p. 99-103.
102. Yakut, M., Uysal, E., Beşik, G., Özkan, Y., Kırbaş, G., Özden, A., Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor? *Kolonoskopi hazırlık*

- rejimine uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi: Klinik prospektif çalışma. *Endoscopy*, 2009. 17(2): p. 69-71.
103. Rawl, S.M., Menon, U., Champion, V.L., Foster, J.L., Skinner, C.S., Colorectal cancer screening beliefs. Focus groups with first-degree relatives. *Cancer Practice*, 2000. 8(1): p. 32-37.
 104. Honda, K., Gorin, S.S., Modeling pathways to affective barriers on colorectal cancer screening among Japanese Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005. 28(2): p. 115-124.
 105. Frank, D., Swedmark, J., Grubs, L., Colon cancer screening among African American Women. *ABNF Journal* 2004. 15(4): p. 67-79.
 106. Shah, D.K., Karasek, V., Gerkin, R.D., Ramirez, F.C., Young, M.A., Sex preferences for colonoscopists and GI physicians among patients and health care professionals. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2011. 74(1): p. 122-127.
 107. Denberg, T.D., Kraus, H., Soenksen, A., Mizrahi, T., Shields, L., Lin, C.T., Rates of screening colonoscopy are not increased when women are offered a female endoscopist in a health promotion outreach program. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2010. 72(5): p. 1014-1019.
 108. Bahar, Z., Din Kültür ve Sağlık İlişkisi, in *Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu*, Çanakkale, Nisan 2009. 2009.
 109. Ersin, F., Bahar, Z., Odak Grup Görüşmeleri ve Kültürel Bakım Farklılık-Evrensellik Teorisi İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu E Dergisi*, 2013. 6(3): p. 172-175.
 110. Ersin, F., Bahar, Z., Inhibiting and Facilitating Factors Concerning Breast Cancer Early Diagnosis Behavior in Turkish Women: A Qualitative Study According to the Health Belief and Health Development Models. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2011. 12: p. 1849-1854.
 111. Elnekave, E., Gross, R., The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. *Health Policy*, 2004. 69: p. 101-116.

112. Lawrence, P., Rozmus, C., Culturally sensitive care of Muslim patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 2001. 12: p. 228-233.
113. Rajaram, S.S., Rashidi, A., Asian-Islamic women and breast cancer screening: a socio-cultural analysis. *Women Health Education Research*, 1999. 28: p. 45-58.
114. Hsia, J., Kemper, E., Kiefe, C., Zapka, J., Sofaer, S., Pettinger, M., ve diğ., The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: Evidence from the Women's Health Initiative. *Preventive Medicine*, 2000. 31: p. 261-270.
115. Lemon, S., Zapka, J., Puleo, E., Luckmann, R., Chasa-Tabor, L., Colorectal cancer screening participation: Comparisons with mammography and prostatespecific antigen screening. *American Journal of Public Health*, 2001. 91(8): p. 1264-1272.
116. Manne, S., Markowitz, A., Winawer, S., Maropol, N.J., Haller, D., Rakowski, W., ve diğ., Correlates of colorectal cancer screening compliance and stage of adoption among sibling of individuals with early onset colorectal cancer. *Health Psychology*, 2002. 21(1): p. 3-15.
117. McCarthy, B.D., Moskowitz, M.A., Screening flexible sigmoidoscopy: Patient attitudes and compliance. *Journal of General Internal Medicine*, 1993. 8: p. 120-125.
118. Slattery, M.L., Kinney, A.Y., Levin, T.R., Factors associated with colorectal cancer screening in a population-based study: The impact of gender, health care source, and time. *Preventive Medicine*, 2004. 38: p. 276-283.
119. Seeff, L.C., Nadel, M.R., Klabunde, C.N., Thompson, T., Shapiro, J.A., Vernon, S.W. ve diğ., Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. *Cancer Detection and Prevention*, 2004. 100: p. 2093-2103.
120. Mitchell, K.A., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C., Baldwin, C. M., Wendel, C. ve diğ., Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal

- stoma. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 2007. 34: p. 524-532.
121. Trevisani, L., Sartori, S., Putinati, S., Gaudenzi, P., Chiamenti, C.M., Gilli, G., Grassi, L., Abbasciano, V., Assessment of anxiety levels in patients during diagnostic endoscopy]. *Recenti Progressi in Medicina*, 2002. 93(4): p. 240.
 122. Richards, J., Hubbert, A.O., Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Managament Nursing*, 2007. 8(1): p. 17-24.
 123. Erdine, S., Ağrı. 2000, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
 124. Chung, Y.W., Han, D.S., Yoo, K.S., Park, C.K., Patient factors predictive of pain and difficulty during sedation-free colonoscopy: a prospective study in Korea. *Digestive and Liver Disease*, 2007. 39(9): p. 872-876.
 125. Eckardt, A.J., Swales, C., Bhattacharya, K., Wassef, W.Y., Phelan, N.P., Zubair, S., Martins, N., Patel, S., Moquin, B., Anwar, N., Open access colonoscopy in the training setting: which factors affect patient satisfaction and pain? *Endoscopy*, 2008. 40(02): p. 98-105.

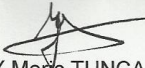
T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 07
OTURUM TARİHİ : 05 Eylül 2012
OTURUM BAŞKANI : Prof. Diş Tbp.Alb.Y.Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

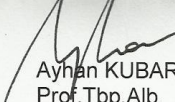
GATA Hemşirelik Yüksekokul Müdürlüğünde görevli Uzm.Sağ.Yzb. Gülbahar KÖROĞLU'nun sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisinin belirlenmesi." başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

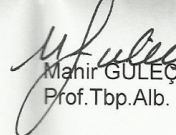
BAŞKAN


Y.Meriç TUNCA
Prof.Diş Tbp.Alb.

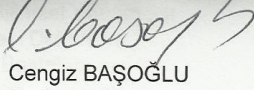
ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

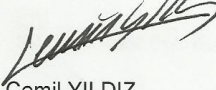
ÜYE


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof.Tbp.Alb.

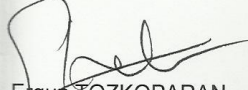
ÜYE


Cemil YILDIZ
Prof.Tbp.Alb.

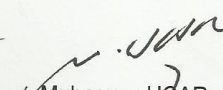
ÜYE

(Katılmadı)
Semih GÖRGÜLÜ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Doç.Tbp.Alb.

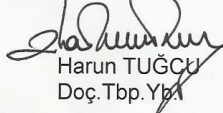
ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç.Tbp.Alb.

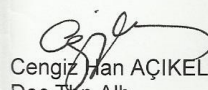
ÜYE

(Katılmadı)
Aygül AKYÜZ
Doç.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Yzb.

ÜYE


Cengiz Han AÇIKEL
Doç.Tbp.Alb.

BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU

Adınız-Soyadınız:

Telefon No:

1. Doğum Tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz:

☐ Bayan ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekar

4. Eğitim durumunuz:

☐ Okur-yazar değil

☐ Okur-yazar

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek lisans ve üzeri

5. Yaşadığınız yer:

☐ Şehir merkezi

☐ İlçe

☐ Kasaba/Köy

6. Hangi kültüre kendinizi daha yakın hissediyorsunuz?

☐ Şehir merkezi

☐ İlçe

☐ Kasaba/Köy

7. Mesleğiniz:

☐ Memur ☐ Öğrenci ☐ İşçi

☐ Çiftçi ☐ Serbest meslek ☐ Ev hanımı ☐ Diğer

8. Aylık geliriniz:

☐ 0-1000 TL

☐ 1001-2000 TL

☐ 2001-3000 TL

☐ 3001 TL ve üzeri

9. Kolonoskopi yaptıрма nedeniniz (şikayetiniz ya da hastalığınız) :

10. Ailenizde bağırsakla ilgili rahatsızlık geçiren var mı?

11. Ailenizde ya da yakın çevrenizde kolonoskopi yaptıran var mı?

12. Kolonoskopi yaptırmaya karar vermenizi sağlayan en önemli neden nedir?

13. Kolonoskopi yaptırmama gibi bir düşünceniz olduysa, nedenini yazınız.

KOLONOSKOPİ UTANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler kolonoskopi hakkındadır. Lütfen, ifadelerin size uygunluğuna göre, her soru karşısındaki kutucuğa küçük bir X işareti koyunuz.

1. Kolonoskopi'yi erkek/kadın doktor yaparsa utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
 Katılmıyorum..... †
 Katılıyorum..... †
 Kesinlikle katılıyorum †

2. Kolonoskopi'yi tanımadığım bir doktor yaparsa utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
 Katılmıyorum..... †
 Katılıyorum..... †
 Kesinlikle katılıyorum.... †

3. Kolonoskopi sırasında, bir tıp veya hemşirelik öğrencisi işlemi izlemek için odada bulunursa utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
 Katılmıyorum..... †
 Katılıyorum..... †
 Kesinlikle katılıyorum.... †

4. Kolonoskopi sırasında gaz çıkarırsam, utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
 Katılmıyorum..... †
 Katılıyorum..... †
 Kesinlikle katılıyorum.... †

5. Kolonoskopi sırasında uyanık olmak zorunda kalırsam utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
 Katılmıyorum..... †
 Katılıyorum..... †
 Kesinlikle katılıyorum.... †

6. Kolonoskopi sırasında doktor bana test ile ilgili şaka yaparsa utanırım.

Hiç katılmıyorum...†

Katılmıyorum..... †

Katılıyorum..... †

Kesinlikle katılıyorum.... †

7. Kolonoskopi sırasında doktor veya hemşire ile dışkıım hakkında konuşmak zorunda kalırsam utanırım.

Hiç katılmıyorum...†

Katılmıyorum..... †

Katılıyorum..... †

Kesinlikle katılıyorum.... †

8. Eğer kalçalarım (arkam) ile ilgili sorunlar hakkında doktor veya hemşire ile konuşmak zorunda kalırsam kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

Hiç katılmıyorum...†

Katılmıyorum..... †

Katılıyorum..... †

Kesinlikle katılıyorum.... †

9. Kolonoskopi yaptırmaktan utanırım çünkü barsak hazırlığı (temizliği) yapmama rağmen barsaklarım temiz olmayabilir.

Hiç katılmıyorum...†

Katılmıyorum..... †

Katılıyorum..... †

Kesinlikle katılıyorum.... †

10. Kalçalarımın görünüşü veya büyüklüğü nedeniyle kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

Hiç katılmıyorum...†

Katılmıyorum..... †

Katılıyorum..... †

Kesinlikle katılıyorum.... †

11. Birisi kalçalarımı dokunacağı için kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
Katılmıyorum..... †
Katılıyorum..... †
Kesinlikle katılıyorum.... †

12. Rektumuma tüp yerleştirileceği için kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
Katılmıyorum..... †
Katılıyorum..... †
Kesinlikle katılıyorum.... †

13. Kokabileceğimden dolayı kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

- Hiç katılmıyorum.....†
Katılmıyorum..... †
Katılıyorum..... †
Kesinlikle katılıyorum.... †

14. Kolonoskopi işlemi sırasında cinsel organımın örtülmeyeceği endişesinden dolayı kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
Katılmıyorum..... †
Katılıyorum..... †
Kesinlikle katılıyorum.... †

15. Doktor veya hemşire kalçalarımı göreceği için kolonoskopi yaptırmaktan utanırım.

- Hiç katılmıyorum...†
Katılmıyorum..... †
Katılıyorum..... †
Kesinlikle katılıyorum.... †

SPIELBERGER DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

VISUAL ANALOG SCALE (VAS)



ÖZ ETKİLİLİK -YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

1. Beni hiç tanımlamıyor.
2. Beni biraz tanımlıyor.
3. Kararsızım.
4. Beni iyi tanımlıyor.
5. Beni çok iyi tanımlıyor.

1- Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3- Bir işi bir seferde yapamıyorsa yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım	1	2	3	4	5
5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4	5
7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim	1	2	3	4	5
10- Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12- Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15- Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16- Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19- Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20- Arkadaşlık kurması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21- Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23- Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

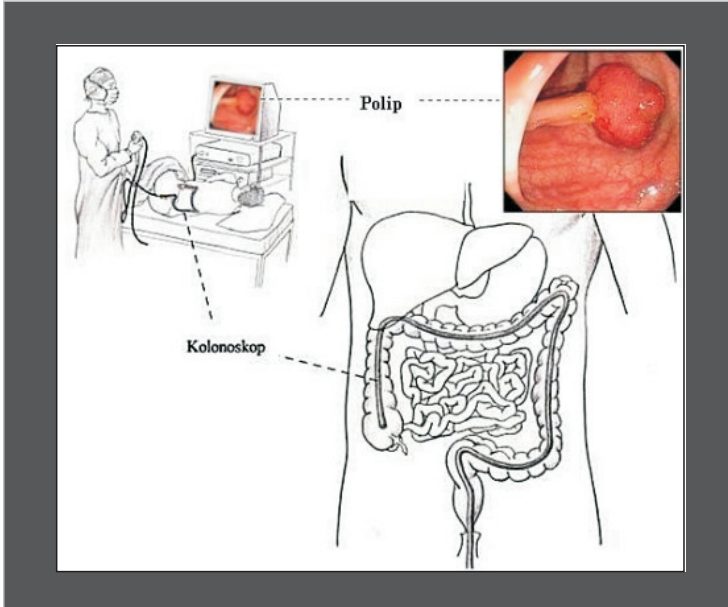
KOLONOSKOPİ



EĞİTİM KİTAPÇIĞI

KOLONOSKOPİ NEDİR?

Kolonoskopi, Resim 1'de görüldüğü gibi kolonoskop adı verilen parmak kalınlığında ışıklı ve kıvrılabilen bir tüple anüs (makat) bölümünden girilerek, kalın bağırsağınızın tamamının video monitörde incelenmesi işlemidir. Bu sayede bağırsak içinde polipler, tümörler, iltihabi değişiklikler, kanamaya yol açabilen damarsal genişlemeler veya başka patolojik değişiklikler varsa görülür. Kolonoskopi sırasında, dokuların mikroskopik incelenmesinin yapılabilmesi (patoloji tetkiki) için küçük örnekler alınabilir (biopsi) veya polip (kalın bağırsak içindeki kabarık iyi huylu oluşumlar) adını verdiğimiz yapılar tamamen çıkartılabilir.



Resim 1: Kolonoskopi İşlemi

KİMLERE KOLONOSKOPİ YAPILMALIDIR?

Dışkılama alışkanlığında değişiklik, kanama gibi problemler kalın bağırsakta muhtemel sorunlara işaret eder vedoktorunuz kolonoskopi yapılmasını önerebilir. Aynı zamanda;

- Açıklanamayan karın ağrı ve belirtilerini kontrol etmede,
- İltihabi bağırsak hastalıklarının kontrolünde (Kolit, Crohn Hastalığı, Ülseratif Kolit),
- Kalın bağırsağın ilaçlı filmlerinde polip ya da tümör şüphesi olduğunda,
- Dışkıda kan tespit edilenlerde,
- İzah edilemeyen ishal ve dışkılama alışkanlığı değişikliklerinde,
- Daha önceden kalın bağırsak (kolon) polipi veya kanseri geçiren hastalarda,
- Ailesinde polip veya kalın bağırsak (kolon) kanseri hikâyesi olanlarda kolonoskopi yapılmalıdır.

- Kalın bağırsak kanserinin erken tanısı ve önlenmesi için eğer yaşıınız 50'nin üzerindeyse, şikâyetiniz olmasa bile her 5 senede bir kolonoskopi yaptırmalısınız. Kolonoskopiyle polipler çıkarılabilir ve kalın bağırsak kanseri gelişimi önenebilir. Özellikle birinci derecede akrabalarında kalın bağırsak kanseri öyküsü olan kişilere 40 yaşından itibaren kolonoskopi yapılması tavsiye edilmektedir.

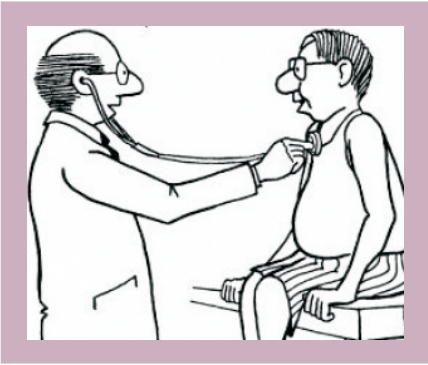


KOLONOSKOPİ ALETİNDEN (KOLONOSKOP) HASTALIK BULAŞIR MI?

Kolonoskop infeksiyon bulaşmasını engellemek için her kullanımdan sonra ayrıntılı bir mekanik temizlik işleminden geçirilmektedir. Daha sonra da bakteri ve virüslere etkili özel bir sıvı ile aletin dezenfeksiyonu yapılmaktadır. Kolonoskopi sırasında kullanılan yardımcı cihazların bir kısmı her hasta için yenisi kullanılıp işlem sonrası atılmaktadır.

KOLONOSKOPİ ÖNCESİ DOKTORUNUZA VERMENİZ GEREKEN BİLGİLER:

- a) Aşağıda belirtilen ilaçlar kolonoskopiden bir hafta önce kesilmelidir.
- Aspirin ve türevleri (Coraspin, Ecopirin vb.),
 - Nonsteroidal antiinflatuar (NSAID) olarak adlandırılan romatizma ve ağrı kesici ilaçlar (Voltaren, Apranax, Advil, Tilcotil vb.),
 - Trombosit fonksiyonlarını bozan ve kanama arttırıcı ilaçlar (Plavix, Pingel, Drisentin vb.),
 - Kan sulandırıcılar (Coumadin).



Bu ilaçları kullanıyorsanız hem kolonoskopiyi yapacak doktorunuzu haberdar etmeniz, hem de size bu ilaçları yazan doktorunuzu bilgilendirmeniz gerekmektedir. Doktorunuz ilaç kullanmadığınız bu dönem için alternatif bir reçete hazırlayabilir. Parasetamol içeren ağrı kesiciler (Panadol, Minoset, Thylanol vb.) sorun teşkil etmezler.

Şeker hastalığı ilaçları (antidiabetik hap, insulin), tansiyon düzenleyici ve idrar söktürücü ilaçlar kolonoskopi hazırlığının değiştirilmesini veya başka tedbirler alınmasını gerektirebilir. Kolonoskopi öncesi doktorunuzu bilgilendirmelisiniz.

b) Kalp kapakçık hastalığı, kalp kapak protezi, kalp pili (pacemaker), eklem protezi olan kişilerin kolonoskopi öncesi antibiyotik kullanması gerekebilir.

Kortizon, demir hapi, bitkisel ilaçlar veya herhangi sürekli kullanılan bir ilaç kolonoskopi isteği yapıldığında mutlaka belirtilmelidir.

Alerji yaptığı bilinen ilaçlar mutlaka doktora iletilmelidir. Alerji yaptığını düşündüğünüz ilaçların tam adını eski tıbbi kayıtlardan veya yakınlarınızdan lütfen öğrenin. Sadece 'Pek çok şeye alerjik' olduğunuzu belirtmek çözüm olmayacaktır.

Göz tansiyonunuz varsa doktorunuzu lütfen bilgilendirin.

İŞLEM ÖNCESİ BİR HAZIRLIK GEREKİR Mİ?



Kolonoskopi'nin ideal bir sonuç vermesi için bağırsakların tam olarak temizlenmiş olması gerekmektedir. Yoksa kolonoskopik değerlendirme fayda vermez, emekler boşa gider. Kirli bağırsakta inceleme yapılamaz.

Bağırsak temizliği için kolonoskopi randevusundan 3 gün önce et, eklemek, sebze, meyve gibi katı gıdaları kesmeniz ve randevu saatine kadar toplam 8–10 litre kadar berrak sıvılar almanız gerekir.



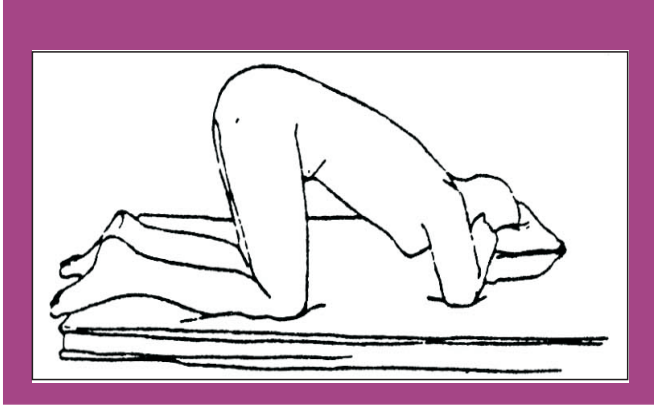
Süzülmüş tanesiz çorba, kaygan olan sıvılar (et suyu, tavuk suyu), komposto suyu (tanesiz), hazır meyve sularından elma ve ananas suları alabilirsiniz. Eğer şeker hastalığınız yoksa veya bol sıvı almanıza engel başka bir hastalığınız yoksa (böbrek yetmezliği gibi) meyve suyu içmeniz diyetle uyumunuzu kolaylaştıracaktır. Vişne, portakal, şeftali, kayısı suyu gibi posalı meyve suları; kahve, süt, yoğurt ve ayran tüketimi yasaktır. Bunlar bağırsakta görüntü kirliliğine sebep olurlar. Açık çay ve ıhlamur, bol miktarda su alabilirsiniz. Bu diyetin yanında doktorunuzun reçete ettiği bazı ilaçları kullanmanız gerekmektedir. Bu ilaçlar ve kullanılma şekilleri aşağıda açıklanmıştır.



X-M Solüsyon (150ml) dan **2** adet alınmalı ve bunlardan ilki inceleme gününden önceki akşam 17:00'de diğeri 18:00'de tamamen içilmelidir. Bu ilaçlar bol su ile içilmelidir. Eğer mideniz hassas ise bulantıyı önlemek için bu ilacı almadan yarım saat önce 1 adet Metpamid tablet veya Emedur draje alınabilir. İçimini kolaylaştırmak için meyve suyuna katıp içebilirsiniz.

Azar azar da içseniz iki şişenin tamamını bitirmeniz gerekmektedir. İçtiğiniz ilacı kusmanız durumunda aynı miktarda ilacı yeniden içmeniz gerekmektedir. İlaç içmeye başladıktan sonra yaklaşık 45 dakika içinde bağırsak hareketleriniz başlar ve tuvalete gitme ihtiyacı hissedersiniz. Sık sık tuvalete gitme ihtiyacı hissedeceğiniz için geceyi evde geçirmeniz tavsiye edilir. Gecenin sonunda dışkınızın saydam yani su kıvamında olması gerekmektedir. Eğer aksi bir durum olursa kolonoskopiye hazır olamadığınız anlamına gelir ve doktorunuz kolonoskopiye yapamayabilir.

Tuvalete çıkmaya başlamadan eczaneden alacağınız pişik önleyici kremi makat çevresine sürerseniz makat çevrenizin tahriş olmasını önlersiniz. Her tuvalet sonrası iyice kuruladıktan sonra kreminizi yenileyebilirsiniz.



Resim 2: Diz-göğüs pozisyonu

İşlem sabahı saat 07:00'de **Fleet Enema lavman** uygulamanız gerekmektedir. Sol yan ya da Resim 2'de görüldüğü şekilde diz göğüs pozisyonuna geliniz. Lavmanı uygulamadan önce şişenin ucundaki (kanül) koruyucu kapağı hafifçe çekip çıkarınız. Kanülün ucunu hafif bir basınçla makata yerleştiriniz. Sıvının hemen hemen tamamı boşalıncaya kadar şişeyi sıkınız ve daha sonra uygulamayı durdurup kanülün ucunu makattan çıkarınız. En iyi sonucu almak için, bağırsak hareketlerinizin son noktaya kadar gelip sıkıştığınızı hissettiğiniz ana kadar yatar halde bekleyiniz. Bağırsakların boşalması genellikle 2 ila 5 dakika içerisinde gerçekleşir. Eğer lavmanı uygularken bir dirençle karşılaşırsanız zedelenmelere sebep olmamak için kanülü zorlamayınız. Lavmanı uygulamayı bırakınız.

UNUTMAYIN Kİ !!!!! İyi bir bağırsak temizliği ile kolonoskopi işlemi ideal seviyede olur. İyi temizliğin göstergesi, işlem öncesi tuvalete gittiğinizde temiz beyaz su geliyor olmasıdır.

KOLONOSKOPİ NASIL UYGULANIR?

Kolonoskopi işlemi için kolonoskopi ünitemize geldiğinizde sizden kolonoskopi istek kâğıdını vermeniz istenir. Daha sonrasında işlemi kabul ettiğinize dair bir form imzalamanız gerekir.

Eğer işleminiz anestezi eşliğinde yapılacaksa hemşire tarafından damar yolu açılır.



Resim 3: Kolonoskopi işlem odası-1



Resim 4: Kolonoskopi işlem odası-2

İşlem için Resim 3 ve 4'te görülen odaya alındığınızda, Kolonoskopi esnasında uygulamayı kolaylaştıracak şekilde tasarlanmış Resim 5'de görülen şort giydirilir. Üzeriniz mahremiyetinizi sağlayacak şekilde örtülür. Odada görevli personel dışında kimse bulunmaz.

Kolonoskopi sırasında kan oksijen seviyes ve gerekirse diğer temel yaşam fonksiyonları (kalp atım hızı ve ritmi, kan basıncı gibi) “hasta başı monitörü adı” verilen bir cihazla takip edilir. Kan oksijen seviyesi ölçümü el parmağınızın tırnağına tutulan bir ışık ile yapılacağı için en az bir tırnaktaki oje (varsa) temizlenmiş olmalıdır.

Kolonoskopi işleminin yapılabilmesi için sedye üzerine sol yan pozisyonda yatırılır ve ayaklar karına doğru çekilir. Doktor önce makat bölgesini muayene eder. Bunu takiben kolonoskopi cihazını makattan ilerleterek kalın bağırsağı incelemeye başlar. Bu incelemeyi yapabilmesi için bağırsak içine hava vererek şişirmesi gerekir. İşlem genellikle ağrısız olup rahat seyreder. İşlem sırasında hava verilmesine bağlı olarak, hafif baskı hissi ve karın krampları hissedebilirsiniz. Bu şikâyetlerin hepsi işlem bittiğinde geçer. İnceleme, kalın bağırsağın ince bağırsak ile birleştiği yere kadar devam eder. Böylece tüm kalın bağırsak(kolon ve rektum) incelenir.



Resim 5:
Tek kullanımlık
kolonoskopi şortu

Kolonoskopi aletinde bulunan kameradan görüntüler ekrana yansıtılır. Zaman zaman doktor daha iyi görüntü alabilmek için pozisyonunuzu değiştirmenizi isteyebilir. İşlem sırasında gerekli yerlerden biyopsiler alınabilir (doku parçaları) ve varsa polipler çıkarılabilir.

Kolonoskopi işlemi 15 ile 60 dakika arasında sürmektedir. Ayrıca işlem sonrasında 1-2 saatlik bekleme süresi uygulanmaktadır. Bazı durumlarda kalın bağırsağın yapısı (aşırı kıvrımlı veya uzun olması gibi) itibari ile kolonoskopi aletini arzulanan noktaya kadar ilerletmek mümkün olmayabilir. Bu durumda bazen işlemin tekrarı önerilebilir.

Kolonoskopi işlemi sırasında biyopsi alınmamışsa aynı gün normal diyeteye geri dönülebilir. İşlem sonrası 12 saat dikkat gerektiren iş, araba kullanımı ve egzersiz yapılmamalıdır. Kanı sulandıran ilaç veya aspirin kullanmak gerekiyorsa ilaçlara aynı gün başlanabilir.

İŞLEM SONRASI NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR?

İşlem sırasında hava verilmesine bağlı olarak, kolonoskopi süresince ve sonrasında karında kramplar ve şişkinlik hissedebilirsiniz, gaz çıkartma gereksinimi duyabilirsiniz.

Eğer anestezi eşliğinde kolonoskopi yapıldıysa işlem sonrasında refleksleriniz etkileneceğinden o gün araba kullanmamanız veya işlem sonrası yalnız olmamanız gerekir. İşlem sonrası iyice uyanana kadar, ünitelerde gözlem altında bir süre daha kalmanız gerekir. Tam olarak iyileşme bir sonraki gün gerçekleşir. Günün geri kalan kısmında işe gitmemeniz, önemli kararlar almamanız, küçük çocukların sorumluluğunu almamanız, alkol kullanmamanız ve dinlenmeniz gerekir.



Kolonoskopi sırasında biyopsi yapıldıysa veya polip alındıysa doktor aksini söylemedikçe aynı gün normal diyete dönülebilir. Kuruyemiş ve mısır gibi gıdaları 72 saatten önce yememek gerekir. İşlem sonrası 12 saat dikkat gerektiren iş, araba kullanımı ve egzersiz yapılmaması gerekir. Aspirin ve benzeri ilaçlar 7 gün boyunca kullanılmaz. Kanı sulandıran ilaçlar için doktor ile görüşmek gerekir

Kolonoskopi sırasında verilen hava nedeniyle hissedilen şişkinlik makat yoluyla çıkartılan gaz ile giderek azalır. Kolonoskopi sonrası özellikle polip alınan durumlarda makattan çok az miktarda kan gelebilir. Ancak karında şişkinlik ve ağrı hissinin 24 saatten sonra da devam etmesi, kusma, titreme ve ateş yükselmesi, nefes darlığı, makattan sürekli veya bol miktarda kan gelmesi, baş dönmesi, halsizlik gibi olağan dışı durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurmanız ve doktorunuzu hemen aramanız gerekmektedir.

BAĞIRSAK KANSERİNDEN KORUNMA

Yüksek lifli gıdalarla beslenme bağırsak kanserine karşı koruyucudur. Yapılan deneylerle bu durum ispatlanmıştır. İnsanlarda bol miktarda lifli besinlerin tercih edilmesi kolon kanseri görülme sıklığını azaltmaktadır. Çünkü bu maddeler kansere neden olan maddelerin yoğunluğunu azaltmaktadır.



Yağlı besinler tüketme ile bağırsak kanseri arasında doğrudan ilişki vardır. Yağ oranı az besinlerin tüketilmesi gerekir.Kırmızı et ve yağlı besinler bağırsak kanseri ihtimalini arttırmaktadır. Bu nedenle bu besinlerin az miktarlardatüketilmesinde fayda vardır.

Bağırsak kanserinden korunmanın bir diğer yolu ise düzenli sağlık kontrollerini yaptırmaktır. Yapılan muayene ve bağırsak görüntüleme yöntemleri hastalığı önlemek veya erken tanı koymak için gereklidir. Özellikle ailesinde bağırsak kanseri olanların ve risk altındaki kişilerin yaptırması gerekir.



Bunların dışında egzersiz yapmak da bağırsak kanserine karşı koruyucudur.



Sorularınız için İletişim:

KAYNAKLAR:

1. Colonoscopy, <http://digestive.niddk.nih.gov/ddisease4s/pubs/colonoscopy/>, Erişim tarihi: 04.03.2013
2. Colonoscopy, [http://www.betterhea4lth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Colonoscopy/\\$File/Colonoscopy.pdf](http://www.betterhea4lth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Colonoscopy/$File/Colonoscopy.pdf), Erişim tarihi: 04.03.2013
3. Frequently asked questions about colonoscopy and sigmoidoscopy, <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/examandtestdescriptions/faq-colonoscopy-and-sigmoidoscopy>, Erişim tarihi: 04.03.2013
4. Preparing for a colonoscopy, <http://www.health.harvard.edu/fhg/updates/preparing-for-a-colonoscopy.shtml>, Erişim tarihi: 04.03.2013
5. Understanding colonoscopy, <http://www.asge.org/patients/patients.aspx?id=382>, Erişim tarihi: 04.03.2013
6. Colonoscopy, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003886.htm>, Erişim tarihi: 04.03.2013
7. Colonoscopy, http://www.fascrs.org/patients/treatments_and_screenings/colonoscopy/, Erişim tarihi: 04.03.2013
8. Colonoscopy, <http://www.med.umich.edu/1libr/mpu/colonoscopy.pdf>, Erişim tarihi: 04.03.2013
9. Patient Information for Colonoscopy from SAGES, <http://www.sages.org/publication/id/Pi04/>, Erişim tarihi: 04.03.2013

10. Information about Colonoscopy,

[http://www.gesa.org.au/files/editor_upload/File/Consumer
%20Brochures/31603%20A4_Colonoscopy_KJ.pdf](http://www.gesa.org.au/files/editor_upload/File/Consumer%20Brochures/31603%20A4_Colonoscopy_KJ.pdf),

Erişim tarihi: 04.03.2013

11. Kolonoskopi, <http://www.ibhd.org.tr/sub/pdf/kolonoskopi.pdf>,

Erişim tarihi: 04.03.2013

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It then presents a literature review of the existing research on the topic. The second part of the paper describes the methodology used in the study, including the data collection and analysis techniques. The third part of the paper presents the results of the study, and the fourth part discusses the conclusions and implications of the findings.

The research was conducted using a quantitative approach, and the data was collected from a sample of participants. The results of the study indicate that there is a significant relationship between the variables being studied. The findings suggest that the research has important implications for the field, and further research is needed to explore the topic in more detail.

In conclusion, the study has provided valuable insights into the research topic, and the findings have important implications for the field. The research was conducted using a rigorous methodology, and the results are reliable and valid. The study has identified a significant relationship between the variables being studied, and the findings suggest that there are important implications for the field. Further research is needed to explore the topic in more detail, and the study has provided a foundation for this future research.