



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN
HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN ANKSİYETE
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

İrem Nur ÖZCAN

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL**

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Programı

Şubat, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

İrem Nur ÖZCAN tarafından, **Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL** danışmanlığında hazırlanan "**Tez Adı**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **18/01/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL	☒
	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Seçil Erden	☒
	MELİKOĞLU	Kabul
	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ	☒
	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	Kabul
	Florence Nightingale Hastanesi	☐ Ret
	Hemşirelik Anabilim Dalı	

BEYAN

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

İrem Nur ÖZCAN

(İmza)

Melek olan kardeşim Emir Kaan ÖZCAN'a ve aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince yoluma ışık olan ve beni her koşulda desteklediğini hissettirerek emeği geçen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL'e, yüksek lisans eğitimimi kıymetli bilgileriyle donatan ve öğrencileri olmaktan onur duyduğum Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ'a, Dr. Öğr. Üyesi YELİZ ÇULHA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi SEÇİL ERDEN MELİKOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın kliniğinde yapılması adına izin veren Sayın Prof. Dr. Özgür KILIÇKESMEZ'e,

Beni her daim gönülden destekleyen hemşire arkadaşım Fikriye Özgü ATEŞ'e, sorumlu hemşirem Eda AKÇUBUK'a ve birlikte çalışmaktan büyük bir mutluluk duyduğum hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim kitapçığının bilgi kalitesinin artmasında görüşleriyle yol gösteren değerli uzmanlara,

Araştırmamı tamamlamamda işini büyük bir özveriyle yapan ve her zaman birlikte çalışmak istediğim istatistikçi Merve ÇATAL'a,

Her zaman bana sonsuz güvenen ve bugünlere gelmemi sağlayan biricik anneme ve babama, her zorlandığımda beni ayağa kaldıran ve varlıklarıyla güç veren canım ablama ve enişteme,

Yüksek lisans eğitimimi tamamlamam süresince en büyük destekçim, her adımda motivasyon kaynağım olan Alper TOPBİLEK'e sonsuz teşekkür ederim...

Şubat 2024

İrem Nur ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ	4
2.2. NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULAMALARI	5
2.3. ANKSİYETE (KAYGI)	7
2.3.1. Tanımı ve Türleri	7
2.3.2. Türleri.....	8
2.3.3. Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi ve Anksiyete	8
2.4. NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTA BİREYLERİN YAŞAM MODELİ DOĞRULTUSUNDA BAKIMI.....	9
2.4.1. Yaşam Süresi.....	10
2.4.2. Yaşam Aktiviteleri	10
2.4.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler	16
2.4.4. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi	18
2.4.5. Yaşamda Bireysellik	18
2.5. HASTA EĞİTİMİ VE ANKSİYETE.....	20

3. YÖNTEM	23
3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	23
3.1.1. Araştırmanın Hipotezleri	23
3.1.2. Araştırma Değişkenleri	23
3.1.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	23
3.2.1. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.3. ARAŞTIRMA SÜRECİ	25
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	28
3.6. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	29
4. BULGULAR	30
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	31
4.1.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular	31
4.1.2. Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.1.3. Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulgular	35
4.2. HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	38
4.2.1. Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek/Puan Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Ön Test Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	38
4.3. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	39
4.3.1. Bireysel Özelliklere Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	39
4.3.2. Bireysel Özelliklere Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43
4.3.3. Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	45
4.4. HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLERE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	46
4.4.1. Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	46

5. TARTIŞMA.....	48
5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	50
5.1.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	50
5.1.2. Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.1.3. Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması...	52
5.2. HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	54
5.2.1. Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan/Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.3. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI	58
5.3.1. Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Tartışılması.....	58
5.3.2. Bireysel Özelliklerine Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Düzeylerinin Tartışılması.....	59
5.3.3. Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Tartışılması.....	61
5.4. HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYİNİ ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLERE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	61
5.4.1. Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR.....	66
EKLER	82
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	93
ETİK KURUL İZİN YAZISI	94
KURUM İZNİ YAZILARI.....	96
ÖZGEÇMİŞ	97

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırma Tasarımı 27



TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Bireysel Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=144)	33
Tablo 4.2: Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)	35
Tablo 4.3: Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)	37
Tablo 4.4: Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)	39
Tablo 4.5: Kontrol Grubu Hastalarının Yaş ile Durumluk Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması (N=73)	41
Tablo 4.6: Deney Grubu Hastalarının Yaş ile Durumluk Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması (N=71)	42
Tablo 4.7: Kontrol ve Deney Grubunda Bulunan Hastaların Yaş ile Süreklilik Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Puan Ortalamaları Değerleri (N=144)	44
Tablo 4.8: Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması, Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=144)	45
Tablo 4.9: Kontrol Grubu Hastalarının Anksiyetesini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=73)	46
Tablo 4.10: Deney Grubu Hastalarının Anksiyetesini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=71)	47

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kisaltmalar	Açıklama
DGH	: Deney Grubu Hastaları
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
KGH	: Kontrol Grubu Hastaları
NANDA-I	: NANDA International
NIC	: Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi
NOC	: Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi
PN	: Perkütan Nefrostomi
PK	: Perkütan Kolesistostomi
PTBD	: Perkütan Transhepatik Biliyer Drenaj
SFR-FRI	: Fransız Radyoloji Derneği-Girişimsel Radyoloji Federasyonu
STAI-I	: Durumluk Anksiyete Ölçeği
STAI-II	: Süreklilik Anksiyete Ölçeği
TGRD	: Türkiye Girişimsel Radyoloji Derneği
USG	: Ultrasonografi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TDK	: Türk Dil Kurumu Sözlüğü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

İrem Nur ÖZCAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL

Bu araştırma nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen eğitimin hastaların anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla ön test- son test gruplu prospektif ve deneysel türde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, bir Şehir Hastanesi'nde Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde Ekim 2022- Mart 2023 tarihleri arasında nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 144 hasta oluşturdu.

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kullanılarak elde edildi. Randomizasyon yöntemi ile grubu belirlenen hastaya, işlem öncesi Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği uygulandı. İşlem sonrasında hemşire (araştırmacı) tarafından kontrol grubundaki hastalara klinikte uygulanan sözlü eğitim verilirken, deney grubundaki hastalara yapılandırılmış yazılı eğitim (kitapçık doğrultusunda) verildi. Eğitim kitapçığı literatürdeki bilgiler kılavuzluğunda hazırlanarak 11 tane uzman görüşü DISCERN ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Verilerin analizinde lisanslı SPSS 29.0 programı kullanıldı. Araştırmadaki veriler Independent Sample T Testi, One Vay ANOVA, Manova testi ile Repeated Manova Testi ile analiz edildi. Verilerin analizi sonucu hastaların %58,3'ünün erkek ve yaş ortalamalarının $58,35 \pm 14,72$ yıl olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı dağılımı karşılaştırıldığında grupların homojen dağılım gösterdiği ($p > 0,05$); kontrol grubundaki hastaların süreklilik anksiyete düzeyi ön test puanının $43,90 \pm 8,35$ (orta düzey) ve deney grubundaki hastaların ise ön test puanının $42,24 \pm 9,15$ (orta düzey) olduğu; deney ve kontrol grubu ön test süreklilik anksiyete düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$) belirlendi.

Kontrol grubundaki hastaların durumluk anksiyete düzeyi ön test puanının $43,37 \pm 9,65$ (orta düzey) son test puanının $40,73 \pm 10,58$ (orta düzey) olduğu saptandı. Deney grubundaki hastaların ise, durumluk anksiyete düzeyi ön test puanı $42,75 \pm 11,25$ (yüksek düzey) iken son test puanı $33,32 \pm 9,95$ (düşük düzey) olduğu saptandı. Deney grubundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Sonuç olarak “Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan yapılandırılmış eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyi, klinikte uygulanan sözlü eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyine göre daha düşüktür” hipotezi kabul edildi. |

Şubat 2024 , |113| sayfa.

Anahtar kelimeler: |Perkütan nefrostomi, perkütan biliyer drenaj, anksiyete, hasta eğitimi, hemşirelik bakımı|



ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[EFFECT OF EDUCATION GIVEN TO PATIENTS UNDERGOING NONVASCULAR INTERVENTIONAL RADIOLOGY TREATMENT ON PATIENTS' ANXIETY LEVELS]

[İrem Nur ÖZCAN]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Fundamentals

Fundamentals of Nursing Program

[Supervisor : Assist. Prof. Dr. Aylin ÖZAKGÜL]

[This research was conducted in a pre-test-post-test group, prospective, and experimental design to determine the anxiety levels of patients who underwent nonvascular interventional radiology treatment before and after the education provided to them. The sample of the study consisted of 144 patients who met the research criteria and agreed to participate in the study at a City Hospital's Interventional Radiology Clinic between October 2022 and March 2023, where nonvascular interventional radiology treatment was applied. The data of the study were obtained using a Personal Information Form, and State-Trait Anxiety Inventory. Patients, whose group was determined by the randomization method, were administered the State-Trait Anxiety Inventory before the procedure. After the procedure, verbal education was given to the control group patients by the nurse (researcher) in the clinic, while the experimental group patients were provided with structured written education (according to the booklet). The educational booklet was prepared with the guidance of information in the literature and evaluated using the DISCERN scale with opinions from 11 experts. Licensed SPSS 29.0 software was used for data analysis. The data in the study were analyzed with Independent Sample T-Test, One-Way ANOVA, Manova test, and Repeated Manova Test. The analysis of the data revealed that 58.3% of the patients were male, and their mean age was 58.35 ± 14.72 years. When the distribution of gender, education level, occupation, marital status, smoking, and alcohol use of patients in the experimental and control groups were compared, it was found that the groups showed homogeneous distribution ($p > 0.05$).

The trait anxiety level pre-test score of the patients in the control group was determined as 43.90 ± 8.35 (moderate), and the pre-test score of the patients in the experimental group was 42.24 ± 9.15 (moderate). When trait anxiety levels of the experimental and control groups were compared, no significant difference was found ($p > 0.05$).

It was found that the situational anxiety level pre-test score of patients in the control group was 43.37 ± 9.65 (moderate), and the post-test score was 40.73 ± 10.58 (moderate). In the experimental group, the situational anxiety level pre-test score was 42.75 ± 11.25 (high), and the post-test score was 33.32 ± 9.95 (low). The decrease in the experimental group was found to be statistically significant ($p < 0.001$). As a result, the hypothesis "The situational anxiety level of patients who received structured education in nonvascular interventional radiology is lower than the situational anxiety level of patients who received verbal education in the clinic" was accepted.

February 2024, 113 pages.

Keywords: Percutaneous Nephrostomy, percutaneous biliary drainage, anxiety, patient education, nursing care

1. GİRİŞ

Girişimsel radyoloji birimleri, hastalıkların tanı ve tedavisinde geniş yer tutan; vasküler (damarla ilgili) ve nonvasküler (damar dışı organlarla ilgili) uygulamaların yapıldığı birimlerdir (Öztaş ve İyigün, 2019). Faydaları dolayısıyla giderek yaygınlaşan girişimsel radyoloji tedavisi uygulamaları, gününbirlik cerrahi uygulamaları yapılan hasta sayısında artışa yol açmıştır (Mutlu, 2018). Girişimsel radyoloji tedavisi uygulamalarının çoğunluğu lokal anestezi ile yapılırsa bile, hastaların ciddi boyutta anksiyete deneyimledikleri belirtilmektedir (Kulkarni ve diğ., 2012). Nitekim lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi uygulama girişimlerinde, özellikle hasta bireylerin uyanıklık durumunun bozulmaması dolayısıyla bedende yapılan işlemleri görme, hissetme, ağrıyı deneyimleme sonucu anksiyete yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Hudson ve diğ., 2015).

Anksiyete, bireyin kendini güvende hissetmediği durumla karşılaştığı zaman deneyimlediği evrensel bir duygudur (Günay ve diğ., 2017). Anksiyete, gereksinimlerin karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir etmen söz konusu olduğunda da ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2011). Literatür incelendiğinde, hastalarda tedavi ve hastaneye yatış durumunda %10-30 oranında anksiyete görüldüğü öte yandan cerrahi girişim kararı verilen hastalarda ise ameliyat öncesi dönemde bu oranın %80'e kadar yükselebildiği belirtilmektedir (Mingir ve diğ., 2014). Girişimsel radyoloji alanında çalışan hemşirelerin, bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşımla bakımı sunmaları gerektiğinden (Öztaş ve Bulut 2016), girişimsel radyoloji bölümünde çoğunluğu lokal anestezi uygulanarak yapılan girişimsel işlemlerde, hastaların anksiyete düzeylerini tanılamaları önemlidir (Öztaş ve İyigün 2019). Anksiyetenin tanılanarak giderilmesi, hem ameliyat öncesi dönem hem de ameliyat sonrası dönemde bakım/tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Güven, 2009).

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulamaları gibi gününbirlik cerrahi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesinin; anksiyetenin giderilmesine yönelik gerekli girişimlerin uygulanmasına, sağlık ekibi üyelerinin bu konuda olumlu tutum geliştirmelerine, işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine, hasta memnuniyeti ve sağlık bakımı hizmeti kalitesinin artırılmasına yol gösterici olacağı dolayısıyla bakımın kalitesini artıracığı belirtilmektedir (Özşaker ve diğ., 2019).

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların bakım/tedavi süreci ve bireyin hastalığıyla ilgili belirsizlikleri nedeniyle anksiyete düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Şişman ve Yener, 2023). Girişimsel radyoloji uygulanan hastalarda yapılan bir diğer çalışmada da hastaların anksiyete yaşama nedenlerinin; hastane ortamının özellikle de radyoloji bölümünün farklı bir birim olması, bekleme süresinin olması, uygulamalar esnasında daha önce bilinmeyen malzemelerin kullanılması, yaşanan iletişim sorunları ve bilgi eksikliği olduğu belirtilmektedir (Fang ve diğ., 2016).

Girişimsel radyoloji birimlerinde, hasta ve hasta yakınının anksiyetesinin giderilmesi ve gününbirlik cerrahi uygulama sürecinde hastanın bilgilendirilmesi önemli hemşirelik girişimlerdendir (Çilingir ve Bayraktar 2006; Gençel 2019). Hastanın yaşadığı anksiyetenin; bilgi eksikliği ile ilişkili olduğu, eğitim ile anksiyetenin azaldığı, bu nedenle işlem öncesi eğitim ve bilgilendirmenin hastaların taburculuklarına psikolojik olarak hazırlanmasında ilk ve önemli bir adım olduğu belirtilmektedir (Rosén ve diğ., 2008). Ancak girişimsel radyoloji birimlerinde hasta sayısının fazla olması ve uygulanan girişimlerin hazırlık gerektirmesi nedeniyle, bilgi verme ve anksiyeteyi giderme gibi hastalarla etkileşim kurma fırsatının büyük ölçüde azalabileceği belirtilmektedir (Mitchell, 2012). Nitekim Özşaker ve diğ., (2019) çalışmasında, gününbirlik cerrahide işlem öncesi hastaların yalnızca %16,7'sinin hemşire tarafından bilgilendirildiklerini ifade ettiği saptanmış olup hasta eğitiminin daha çok yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Öte yandan Rosén ve diğ., (2010) hastaların anestezi öncesi yaşadıkları anksiyete durumunu ele aldıkları çalışmada ise, hastaların büyük çoğunluğunun hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirilmesine karşın, hastaların evde yaşanacak olası sorunlar konusunda anksiyete yaşadıkları ve taburculuk eğitimine gereksinim duydukları belirtilmektedir. Bu bilgiler, hemşirelerin en önemli rollerinden biri olan eğitici rolü kapsamında, gününbirlik cerrahi uygulama sürecinde taburculuk eğitimine daha fazla zaman ayırmaları gerektiğini göz önüne sermektedir.

Literatürde bireylerin gününbirlik cerrahi uygulamalarında anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve verilen eğitimin etkisini inceleyen çalışmalar bulunmasına karşın girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen eğitimin, anksiyete üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır (McDonald ve diğ., 2014; Mutlu 2018; Lai ve diğ., 2016; Zhang ve diğ., 2019).

Bu doğrultuda bu araştırma; nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hastaların anksiyete düzeylerine olan etkisini karşılaştırmak amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, randomize ve deneysel tasarım tipinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarının nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara ilişkin taburculuk eğitimi hazırlanırken rehberlik edebileceği ve hemşirelik araştırmalarına katkı sağlayabileceği düşünölmektedir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ

Girişimsel radyoloji, radyoloji uzman hekimleri tarafından radyolojik yöntemlerin rehberliğinde invazif (girişimsel) tanı amacıyla (biyopsi, anjiyografi) ve/veya tedavi amacıyla yapılan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Fransız Radyoloji Derneği-Girişimsel Radyoloji Federasyonu - SFR-FRI, <http://gri.radiologie.fr>, Erişim tarihi: 17.12.2023; Rousseau ve diğ., 2019).

Tanı ve tedavide önemli bir konumda olan girişimsel radyoloji uygulamaları, vasküler ve nonvasküler girişimsel radyoloji uygulamaları olarak iki bölüme ayrılmaktadır. Vasküler radyoloji tedavisi uygulamaları, damarlarla ilgili radyoloji tedavisi uygulamalarıdır. Vasküler radyoloji tedavisi uygulamaları; nörovasküler uygulamalar (beyin damarları ile ilgili) ve periferik vasküler uygulamalar (beynin dışında kalan organların damarları ile ilgili) olarak ikiye ayrılmaktadır (Türkiye Girişimsel Radyoloji Derneği-TGRD, <https://www.tgrd.org.tr>, Erişim Tarihi: 17.12.2023).

Vasküler girişimsel radyoloji işlemlerinden sıkça yapılanı ise tanı amaçlı klasik anjiyografi işlemidir. Bununla birlikte anjiyografik teknikleri kullanarak yapılan tedavi edici işlemler uygulanabilmektedir. Bu işlemler genel olarak daralmış veya tıkalı damarların açılması için yapılan perkütan translüminal anjiyoplasti (PTA), stentleme, trombolitik tedavi, tromboembolektomi veya yapısal bozukluğu olan damarların kapatılması (embolizasyon) olarak sıralanabilir (TGRD, <https://www.tgrd.org.tr>, Erişim Tarihi: 17.12.2023). Vasküler girişimsel radyoloji olarak tedavi amacıyla uygulanan işlemler ise dekompresyon, drenaj, dilatasyon, embolizasyon, stent uygulamaları, kateter uygulamaları gibi işlemlerdir. (Chen ve diğ., 2007; Tuncel, 2008).

Girişimsel radyoloji birimlerinde onkolojik, hematolojik, periferik vasküler, nörolojik, böbrek yetmezliği gibi çeşitli hastalıklarla ilgili tanıya ve tedaviye yönelik uygulamalar da yapılmaktadır. Onkolojik hastalıklarda girişimsel radyoloji biriminde kemoterapi (kemoembolizasyon- doğrudan tümörü besleyen damara kemoterapi verilmesi) veya radyoterapi (radyoembolizasyon-doğrudan tümörü besleyen damar içine radyoaktif madde verilmesi) uygulamaları olmak üzere transarteriyel (tümörü besleyen atardamar içine) tedaviler uygulanmaktadır (Arnold ve diğ., 2019).

Damar yoluyla sürekli veya aralıklı ilaç verilmesi gereken durumlarda (kemoterapi gibi) veya yüksek hacimde kan değişimi yapılması gereken durumlarda (diyaliz gibi) hastalara uygun damar yolu da girişimsel radyoloji biriminde açılabilir. Diyaliz fistüllerinde de zaman içinde oluşabilen daralmalar, trombüs oluşumları ve bunlara bağlı tıkanmaların tedavisi girişimsel radyoloji birimlerinde endovasküler (damar içi girişim) uygulamalarla yapılabilir (TGRD, 2023).

Nonvasküler girişimsel radyolojik uygulamalar ise damar dışı organlarla ilgili radyoloji tedavisi uygulamalarıdır. Tanı koyma amaçlı yapılan nonvasküler girişimsel radyolojik işlemler, görüntüleme yöntemleri eşliğinde gerçekleştirilen biyopsi uygulamalarıdır. Biyopsiler; tiroid, prostat, karaciğer, pankreas, akciğer, böbrek gibi organlardan veya bunların dışındaki tümöral oluşumlardan ultrason veya tomografi gibi görüntüleme yöntemleri yardımıyla tanısal olarak doku alınması işlemidir (TGRD, 2023). Parasentez, perkütan abse/ampiyem drenajı, perkütan biliyer stent, perkütan gastrojejunostomi, perkütan nefrostomi uygulamaları vb. ise nonvasküler tedavi amacına yönelik uygulamalardır (Chen ve diğ., 2007; Tuncel 2008).

2.2. NONVASKÜLER GİRİŞİMSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULAMALARI

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisinde; perkütan nefrostomi, perkütan transhepatik biliyer drenaj, perkütan abse drenajı ve perkütan kataterin yerleştirilmesi en sık gerçekleştirilen uygulamalardır.

Perkütan nefrostomi (PN) kateteri, ultrasonografi (USG) veya floroskopi eşliğinde üroloji hekimleri veya girişimsel radyoloji branşında uzmanlaşmış hekimler tarafından takılmaktadır. Perkütan nefrostomi, lokal anestezi eşliğinde ciltten girilerek; karın arka yan duvarından böbrek toplayıcı sistemine, radyolojik görüntüleme kılavuzluğunda ulaşılarak bir kateter yerleştirilmesi ve aracılığıyla idrar akışının sağlanmasıdır (Bozkaya ve Oran, 2015). PN başarı oranının %84 - %99 olduğu belirtilmekle birlikte ağrı, idrarda geçici hematüri, hematüri sonrası kan transfüzyonu gereken durumlar, hematüri sonrası kateterde tıkanıklık gelişmesi, renal ven yaralanması sonucu kanama, komşu organ yaralanması, sepsis ve ölüm gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Bozkaya ve Oran, 2015; Değirmenci ve diğ., 2013; Pabon-Ramos ve diğ., 2016).

Perkütan Transhepatik Biliyer Drenaj (PTBD), safra yollarındaki bir tıkanıklığa bağlı olarak bağırsaklara akışı bozulan safranin perkütan yolla girilip, kontrast madde verilerek safra yollarının görüntülenmesi ve safranin bağırsağa (internal) ya da kateter ile vücut dışına (eksternal) drenajının tekrar sağlanması işlemidir (Aytekin, 2015; Öztürk, 2016). Perkütan biliyer drenaj, obstrüksiyonun varlığının, nedeninin ve seviyesinin tespiti, safra kaçağı varlığının ve bölgesinin araştırılması, safra taşı varlığının araştırılması, kolanjit nedeninin araştırılması, biliyer obstrüksiyona bağlı sepsis varlığının saptanması amacıyla yapılmaktadır (Aytekin, 2015). PTBD yerleştirilmesinde genişlemiş safra yollarında başarı oranı %90-100 iken daralmış safra yollarında başarı oranı %25-85 arasındadır (Aytekin, 2015). Erken dönemde ortaya çıkan kanama, safra kaçağı, safra peritoniti ve sepsis %5-10 sıklıkta görülür. İşlem sonrası kateter giriş yerinde enfeksiyon, ateş, batın içi kanama, kolanjit (safra yolu iltihabı), hemobilia (safra yollarında oluşan kanama), hemotoraks, pnömotoraks, hipotansiyon, kateter giriş yerinde enfeksiyon ve septik şok gerçekleşebilecek riskler arasındadır (Öztürk, 2016).

Perkütan apse drenaj (PAD) işlemi, radyolojik görüntüleme rehberliği ile periton boşluğu, karaciğer, yüzeysel yapılar, batın ve toraks duvarı ile kas ve iskelet sisteminden kaynaklanan apse odaklarının yeri tam olarak belirlendikten sonra, apsenin boşaltılması sonrası serbest drenajın sağlanması işlemidir (Harclerode ve Gnugnoli, 2022; Özbek ve diğ., 2011). Drenaj günde 10 mililitrenin altına düştüğünde genellikle kateterler çıkarılmaktadır (Artaş ve Eryeşil, 2022; Müller- Wille ve diğ., 2011; Wali ve diğ., 2002). PAD işleminin kateter ile ilişkili komplikasyonlar, komşu organ hasarı, hemoraji, pnömotoraks, sepsis vb. komplikasyonları bulunmaktadır (De Filippo ve diğ., 2021; Harclerode ve Gnugnoli, 2022).

Perkütan Kolesistostomi (PK), görüntüleme yöntemleri ile kılavuz tel üzerinden drenaj kateterinin safra kesesine yerleştirilerek serbest drenaja bırakılması işlemidir (Ballı ve Çakır, 2019; Kaya ve Tahtabaşı, 2023). Safra kesesinin inflamasyonu olan akut kolesistitde kullanılan tedavilerden biridir (Barut ve diğ., 2022; Kaya ve Tahtabaşı, 2023). Literatür incelendiğinde tek merkezde gerçekleştirilen PK işleminin 10 yıllık sonuçlarına göre klinik başarı oranının %86 olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve diğ., 2017). PK'nın erken önemli komplikasyonları; biliyer peritonit, hemobiliyer fistül oluşumu, pnömotoraks, bağırsak perforasyonu ve sepsisi içermektedir (Windblah, 2009). Geç minör komplikasyonları ise kateterin yerinden çıkması gibi katater ile ilişkili komplikasyonları içermektedir (Yıldırım, 2017; Kaya ve Tahtabaşı, 2023).

2.3. ANKSİYETE (KAYGI)

2.3.1. Tanımı ve Türleri

Evrensel olarak her bireyin hayatı boyunca farklı dönemlerde deneyimlediği anksiyete kavramı; Latince “anxietas” kelimesinden türetilmiştir. Fransızca “anxiété”, Almanca “angst” kelimelerine karşılık gelen kaygı kavramı, İngilizcede “anxiety” kelimesine karşılık gelmektedir. Tıp dilinde ise anksiyete, kaygı olarak ifade edilmektedir (Erdem, 2020). Türk Dil Kurumu Sözlüğü’ne (TDK, 2023) göre kaygı “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr>., Erişim Tarihi: 25.12.2023).

Webster Sözlüğü’ne göre anksiyete “genellikle gerginlik, terleme ve artan nabız hızı gibi fiziksel belirtilerle, tehdidin gerçekliği ve doğasıyla ilgili şüpheyile birlikte bireyin baş etme kapasitesi hakkında kendinden şüphe duymasıyla ortaya çıkan anormal ve ezici bir endişe ve korku duygusu” olarak tanımlanmaktadır (<https://www.merriam-webster.com>., Erişim Tarihi: 25.12.2023).

Anksiyete ve korkunun ortaya çıkmasıyla benzer fizyolojik belirtiler oluşur bu nedenle iki duyguyu birbirinden ayırt etmek güç olabilir. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) ‘na göre korku kelimesi “gerçek ya da algılanan yakın bir tehlide karşılık vermek” olarak kaygı kavramından ayrılmaktadır. Korku o an var olan tehlikeye yönelik verilen duygusal bir tepki olarak tanımlanır. Korku şu an ile ilgili iken anksiyete ise beklenene yöneliktir. Korku, bireyin o anki yaşantısında var olan tehlikenin önlenmesi için aldığı bilinçli önlemlerdir. Kaygı ise bireyin içsel tehlikelere yönelik bilinçdışı aldığı önlemler olup, başkaları tarafından olağandışı olarak algılanmaktadır.

Var olan durumla orantısız bir şekilde tehlikede olduğunun hissedildiği anksiyete, bireye göre değişiklik göstermekle birlikte vücutta fizyopatolojik yanıtlara neden olmaktadır. Fizyolojik olarak nefes darlığı, kalp çarpıntısı, hızlı soluk alıp verme, titreme, aşırı terleme, bayılma hissi gibi belirtilerin yanında psikolojik olarak bunaltı, heyecan, aniden başına kötü bir şey gelecekmiş hissi, belirsizlik, tehlikede hissetmek gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bireyin tepki gösterdiği durumun ne kadar belirgin ve olumsuz algılandığına göre anksiyete seviyesi değişmektedir (Pıçakçıefe, 2010).

2.3.2. Türleri

Anksiyete (kaygı) kavramının tarihçesi klasik antik çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ancak anksiyete, ilk kez 1869'da Beard tarafından tanımlanmış olan nevrasteni (sinir sisteminin aşırı çalışması sonucu bitkinlik) içinde ikinci derecede bir belirti olarak yer almıştır (Nemiah, 1985). 1894 yılında Sigmund Freud anksiyete nevrozu içinde, anksiyeteye birinci derecede belirti olarak yer veren ilk bilim insanıdır (Özer, 2006). Freud, anksiyeteyi tehlike durumunda korunmanın, daha sonra ise, egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul etmiştir. Freud anksiyeteyi objektif, nörotik ve moral anksiyete olmak üzere üçe ayırmıştır (Ayoğlu, 2003).

Objektif/Gerçekçi Anksiyete: Bireyde dışardan gelen tehlikeler sonucunda oluşan anksiyetedir.

Nörotik Anksiyete: Sorunun kaynağı bireyin bastırılmış duyguları sonucu id ve süperegoun çatışması olarak ortaya çıkmaktadır.

Ahlak/Moral Anksiyete: Kişinin süperegou ve değerlerine ters düştüğünde vicdan azabı, suçluluk gibi duygular sonucunda oluşan anksiyetedir.

Alman psikiyatrist Emil Kraepelin ise anksiyetenin hem fiziksel hem de zihinsel olduğunu ve bununla birlikte diğer psikolojik hastalıklarda da anksiyete olabileceğini belirtmiştir. Anksiyete kavramı 20. yüzyıldan bu yana ise psikiyatrik sınıflandırmalarda yer almaktadır. Freud, DSM-I ve DSM-II'de çeşitli anksiyete bozuklukları için kullanılan terimlerin çoğunu ortaya koymuş olmakla birlikte; DSM-III panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu olarak tanıtmıştır (Crocq, 2015). DSM-5' e göre ise anksiyete /kaygı, gelecekteki tehdit beklentisi olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2019).

2.3.3. Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi ve Anksiyete

Anksiyetenin hastaneye yatış ve tedavi durumunda hastalarda %10-30 oranında görüldüğü, cerrahi girişim kararı verilen hastalarda ise ameliyat öncesi dönemde bu oranın %80'e kadar yükselebildiği belirtilmektedir (Mingır ve diğ., 2014). Anksiyetenin giderilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası bakım/tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Güven, 2009). Ancak anksiyeteyi azaltıcı yöntemlere rağmen cerrahi girişim yapılacak olan hastaların %63 ile %79'unun anksiyete yaşadıkları da çalışmalarda bildirilmiştir (De Oliveira ve diğ., 2014; Robleda ve diğ., 2014).

Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan hastaların girişim sonrası geçici bir süre kateter ile yaşamaya bağlı uyum sürecinin olması, hareket aktivitesinin kısıtlanması, yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken ağrı hissedileceğine dair endişe yaşanması gibi nedenlerle çevresiyle iletişimi olumsuz etkilenebilir. Viegas ve diğ., (2010) Brezilya’da girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalarda NANDA- International (NANDA-I) hemşirelik tanımlarının analizini inceleyen çalışmalarında da bireylere ilk konulan tanının “anksiyete” olduğu saptanmıştır.

2.4. NONVASKÜLER GİRİŞİMSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTA BİREYLERİN YAŞAM MODELİ DOĞRULTUSUNDA BAKIMI

Hemşirelik araştırmaları, eğitimi ve uygulama alanlarında sıklıkla kullanılan hemşirelik modellerinden biri olan Yaşam Modeli, hemşirelik sürecinin uygulanmasında önemli bir yer tutmaktadır (Kaya, 2008). İlk defa 1970 yılında Nancy Roper tarafından hemşireliğin temelini oluşturacak bir model olarak geliştirilmiştir. Bu modelin hemşirelik sürecine özgü olarak geliştirilmesi amacıyla 1980 yılında Nancy Roper, Winifred Logan ve Alison Tierney tarafından “Elements of Nursing (Hemşirelik Unsurları)” yayınlandı.

2000 yılında ise hemşirelik bakımı için bir çerçeve oluşturması amacıyla düzenlenerek “Roper, Logan, Tierney Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli” olarak son hali verilmiştir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; William, 2015).

Bireyi tüm boyutları ile bireye özgü ele alan bu model bireyin bütüncül olarak bakıma katılmasını amaçlar. Model, bireyin sağlığının korunması ve sürdürülmesini, sağlık durumunun bozulması/hastalık durumunda ise bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik süreci boyunca sistematik bir yol izleyerek bireyselleştirilmiş bir bakım planı oluşturulmasını sağlamaktadır. Sağlık bakım hizmetinin tüm alanlarında kullanılması ile birlikte yalnızca hastalık varlığında değil sağlığın korunması ve sürdürülmesi sürecinde de yer alması bireyin en üst iyilik halinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Uygulanabilirliğinin kolay olması ile birlikte sağlık bakımı hizmetinin tüm alanlarında ve hemşirelik eğitiminde kullanılabilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Williams, 2015).

Yaşam Modeli’nin beş ana ögesi bulunmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; William, 2015).

2.4.1. Yaşam Süresi

Doğum öncesi dönem olan döllenme ile başlayıp insanın bebeklik, çocukluk, adölesan/ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık ile süregelen yaşam akışını ifade eder. Roper ve diğ., (1996) bu süreci açıklarken bireyin yaşam süresi boyunca ilerlerken süregelen bir değişim içinde olduğunu ve yaşamı boyunca bulunduğu biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik koşullardan etkilendiğini vurgular. Bağımlılık/bağımsızlıktan farklı olarak yaşam süresi akışı, hayatın sadece ileriye doğru tek bir yönde akması ve sonunda ölüm ile sona ermesi ile dikkat çekmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2019 yılı verilerine göre bir insanın ortalama yaşam süresi 73,4 yıl olarak belirlenmiştir (<https://www.who.int>., Erişim Tarihi: 25.12.2023). Nonvasküler girişim ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, hastaların yaş ortalamasının 53-65 yaş arası olduğu belirtilmektedir. Modelde bu yaş aralığının yaşam süresinin yetişkinlik veya yaşlılık dönemlerine karşılık geldiği görülmektedir (Mutlu, 2018; Çakın ve diğ., 2019; Fernández Cacho ve diğ., 2021).

2.4.2. Yaşam Aktiviteleri

Roper, Logan ve Tierney Yaşam Modeli'nin temelini oluşturan 12 yaşam aktivitesi, yaşamın farklı boyutunu ifade etmesi ile birlikte kesin sınırlarla ayrılmadan birbirini tamamlamakta olup, karmaşık olan bakım sürecini değerlendirebilmek için sistematik bir çözüm sunmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya,2021; Roper ve diğ., 1996).

1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi: İnsan, yaşamı boyunca güvenliğinin tehdit edildiği durumlardan kaçınmaktadır. İnsanın hayatta kalma becerisi olan güvenliğin sağlanması ve sürdürülebilmesi için var olan fiziksel, psikolojik, çevresel riskleri bilinmesi gerekmektedir. Bu model kullanılarak yaşamın her evresinde meydana gelebilecek iç veya dış etkenlerin yaratacağı riskler ve temel gereksinimler açıklanarak hemşirelik girişimlerinin destekleyici olması amaçlanmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996).

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan böbrek yetmezliği, kolanjit, dren ve/veya kateter varlığı, deri lezyonları olan hastalar enfeksiyon açısından yüksek risk altındadır. İşlem esnasında uygulanan kateter ve drenaj kateterleri, vücuda zararlı mikroorganizmaların geçişine fırsat verebilecek bir durum olarak enfeksiyon riskine yol açmaktadır (Viegas ve diğ., 2010).

Literatürde, nefrostomi ve perkütan transhepatik biliyer kateterlerin bakımının nasıl yapılacağına ilişkin kanıtların yetersiz olduğu bildirilmektedir (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014). Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalarda evde veya ev dışında meydana gelebilecek düşme, kateterin çıkmasına veya bükülmesine neden olabilecek ani hareketler olası kaza nedenleridir. Wiedemann ve diğerlerinin (2022) çalışmasında perkütan nefrostomi kateteri uygulanan hastalarla suprapubik drenaj kateteri uygulanan hastaların yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve perkütan nefrostomi kateteri uygulanan hastaların yaşam kalitesinde daha fazla azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada perkütan nefrostomi kateteri uygulanan bireyler ağrı yaşayabileceğinden dolayı kateter değişiminden korktuklarını ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirilirken yetersiz olduklarını ve sınırlı hissettiklerini bildirmişlerdir.

2. İletişim: Sosyal bir varlık olan insan binlerce yıldır duygu ve düşüncelerini sözel veya sözel olmayan yollarla birbirine aktarmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). İletişim, insanların çevresi ile ilişkisini güçlendiren bir unsurdur.

Bireyin içinde bulunduğu biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve poliko-ekonomik faktörler kişilerarası duygu ve düşünce aktarımını etkileyebilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya,2021; Roper ve diğ., 1996). Sağlık bakımı hizmetlerinde etkili bir iletişim, yanlış anlaşılmalara önüne geçerek çatışmaları ve iletişim sorunlarını engelleyebilmektedir. Bu model bireyin iletişim biçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelerin bireyin gereksinimlerine göre yapılandırılmış bilgi sağlamalarını desteklemektedir. Anksiyete iletişimi etkileyen faktörlerden birisi olup, yapılan çalışmalarda eğitim verilmesinin anksiyeteyi azalttığı bildirilirken, eğitim sırasında bireysel özelliklerin ve bilgi gereksinimlerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Çelebi ve Kanan, 2023; Karahan ve diğ, 2020; Özşaker ve diğ., 2022)

3. Solunum: İnsan yaşamının sürdürülmesinde hayati öneme sahip bir aktivitedir. Solunum aktivitesi, diğer yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunlardan etkilenmekle birlikte diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi için kilit rol oynamaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya,2021). Roper ve diğ., (2000) tarafından solunum “insanların dikkatini çekecek anormal bir durum olmadığı sürece günlük yaşamda farkında olmadan ve zahmetsizce yerine getirilen bir aktivite” olarak ifade edilmektedir (Roper ve diğ., 2000).

Perkütan nefrostomi kateteri, perkütan transhepatik biliyer drenaj, biyopsi ve perkütan abse drenajı gibi nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulamalarında yaşamı tehdit eden önemli komplikasyonlarından biri pnömotorakstır (Deniz ve diğ., 2020). İşlem esnasında ve işlem sonrasında pnömoni belirtileri olan taşipne, taşikardi, göğüs ağrısı, hipotansiyon, yardımcı solunum kaslarının kullanımı yakından takip edilmelidir (Hsu ve diğ., 2016; Poyraz ve Eren, 2016; Worrell ve DeMeester, 2014). Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminde de bireye, solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerden ve solunumu etkileyebilecek risk faktörlerinden olan sigaradan uzak durması gerektiği belirtilmelidir.

4. Beslenme: Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besinlerin kullanılmasıdır (Aşti ve Karadağ, 2018; Baysal, 2007). Modele göre vücudumuzun dengesini sağlamak için doğru ve dengeli beslenme gerekmektedir ve beslenme alışkanlıklarımız ait olduğumuz sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996).

Beslenme sorunu veya yetersizliği olan hastalarda bağışıklık sisteminde yetersizlik, yara iyileşmesinde gecikme, kas gücünde yetersizlik ve psikolojik bozukluklar sık görülmektedir. Beslenme yetersizliği olan hastaların tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlere yanıtı daha güç olmaktadır (Kabaçam ve Özden, 2009). Bunun yanı sıra yapılan bir çalışmada yatarak tedavi edilen hastaların diyetlerine yeterince uyulmadığı için malnütrisyon prevalansı %59 olarak saptanmış olup mortalite riskinin göz ardı edilmemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Braun ve diğ., 2019; Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Hemşire sağlık ekibi üyeleri içinde haftanın yedi günü 24 saat hastalar ile bir arada bulunan ekip üyesi olduğundan beslenme sorunlarının erken fark edilmesi, yetersiz beslenme belirti/ bulgularının ve beslenmeyi etkileyen faktörlerin tanınması açısından önemli role sahiptir. Ayrıca yeterli ve dengeli bir beslenmenin sürdürülmesi amacıyla, beslenmeye yönelik sorunların tanınması, belirlenen hemşirelik tanılarına ilişkin bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden de sorumludur (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Aşti ve Karadağ, 2018). Nonvasküler girişimsel tedavi uygulamalarını içeren gününbirlik cerrahi girişimleri sonrası hastanın yeterli ve dengeli beslenmesinin, konstipasyonu önlemede ve yara iyileşmesini hızlandırmada önemli rolü bulunmaktadır.

5. Boşaltım: Modele göre boşaltım hem üriner hem de fekal boşaltımı içermektedir. Beslenme aktivitesinde olduğu gibi boşaltım aktivitesi de ait olduğumuz sosyokültürel faktörlerden etkilenebilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Aşti ve Karadağ, 2018). Boşaltım aktivitesi ile ilgili sorunlar uyku, kişisel temizlik ve giyinme, cinselliği ifade etme gibi yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Dolayısıyla hemşirenin bakım verdiği bireyin boşaltım durumunu etkileyen faktörlerini ve değişiklik nedenlerini tanımlayabilmesi, bireyin gizlilik gereksinimlerinin farkında olması önemli bir unsurdur (Aşti ve Karadağ, 2018). Perkütan nefrostomi kateteri uygulanan hastaların idrarı, drenaj torbası yardımıyla dışarı boşaltılmaktadır.

Eksternal biliyer drenaj kateteri uygulanan hastalarda ise, safra sıvısı drenaj torbası ile vücut dışına atılmaktadır. Kateter uygulaması sonrası taburcu edilen hasta, torbanın aşırı dolması, kateter nedeniyle hareketinin kısıtlanması, duş alırken kişisel hijyeni sağlamakta zorlanması gibi sebeplerle günlük aktivitelerini gerçekleştirmede olumsuz etkilenebilir.

6. Kişisel Temizlik ve Giyinme: Kişisel temizlik; el yıkama, perine bakımı, saç bakımı, banyo, ağız ve diş sağlığı gibi uygulamaları içermektedir. Giyinme ve bedensel korunma amacıyla gerçekleştirilen bu aktivite bireyin kültürel alışkanlıklarını da ifade etmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Nonvasküler tedavi girişimi uygulanan bireylere taburculuk eğitiminde, kateter bakımı/drenaj kataterini boşaltmadan önce ve sonra, tuvalete girmeden önce ve sonra ellerin yıkamasının önemi ve gerekliliği vurgulanmalıdır. Bireylere işlemiden bir gün sonra banyo yapılabilecekleri, banyo yaparken küvet yerine duş tercih etmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Banyo sırasında kateteri su geçirmeyen bant ile kapatmak ve banyo sonrasında doğru şekilde pansuman uygulamak katater bölgesinin kuru kalmasını sağlayarak, enfeksiyon gelişimini önleyecektir.

7. Beden Sıcaklığının Kontrolü: Homeostatik mekanizmaların devamlı olarak sürdürülmesi, bedenin iç ortamının istikrarlı biçimde dengesinin devam etmesini sağlamaktadır (Aşti ve Karadağ, 2018). Modelde insanın beden sıcaklığını sabit bir seviyede tutabildiğini ancak şiddetli soğuk veya sıcak gibi durumların tedavi edilmemesi sonucu hipotermi, sıcak çarpması hatta ölümle sonuçlanabileceği belirtilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021).

Günübirlik cerrahi sonrası dönemde hastalar beden sıcaklığında değişiklik yaşayabilmektedirler. Hastalara, taburculuktan sonra kateterle ilişkili enfeksiyon belirti bulgularından vücut sıcaklığının 38.5 °C (Celcius-Santigart) derece ve üzerine çıkması, üşüme, titreme vb. olması durumunda hekime başvurulması gerektiği hakkında bilgi verilmelidir. Böyle bir durumda takip edildikleri sağlık kurumuna ulaşabilmeleri için taburculuk eğitiminde kurumun iletişim bilgilerine yer verilmesi, süreci olumlu yönde destekleyebilir.

8. Hareket: Bu modele göre çalışmak, oynamak, spor yapmak gibi birçok faaliyet için hareket aktivitesinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ancak hastalık/sakatlık durumlarında hareket yeteneği azalmakta ve bireyin yaşam tarzını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Hareket aktivitesinde yaşanan sorunlar biyofizyolojik, psikolojik, ekonomik pek çok soruna neden olabilmektedir (Ryan, 2003).

Nonvasküler girişimsel uygulamalar sonrası hastalar, hareket esnasında ağrılarının artacağı endişesi ile hareket etmek istememektedirler. Bu nedenle hastalara, günübirlik cerrahi sonrası fiziksel durumlarına bağlı olarak kateterin çıkmasına, bükülmesine neden olacak egzersizler dışında, günlük fiziksel aktivitelerini gerçekleştirebileceği belirtilmelidir. Gerekli durumlarda bağımsız hareket edebilmesi için koltuk değneği gibi yardımcı araçlar kullanması önerilebilir. Özellikle hastanın yaşı ilerlediğinde ve hareket kabiliyeti azaldığında düşme riski artmaktadır. Nitekim girişimsel radyoloji uygulamalarının büyük çoğunluğunun lokal anestezi altında gerçekleştirilmesi ve hastaların işlem sırasında hareketsiz kalması nedeniyle hastalarda düşme riski daha yüksektir. Bu nedenle girişimsel radyoloji hemşiresinin bireyin hareket aktivitesi ve düşme riski konusunda çok dikkatli davranması gerekmektedir (Vieagas, 2010).

9. Çalışma ve Eğlenme: Çalışma, bireyin amaç ve başarısını gösteren anlamlı ve düzenli bir aktivitedir. Eğlenme ise, yaşamın her aşamasında çalışma dışında boş zamanlarda sürdürülen bir aktivitedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Modele göre fiziksel ve zihinsel sağlık, çalışma ve eğlenme aktivitesinden etkilenebilmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulamaları sonrası hastaların ağır yük kaldırma veya yük taşıma gerektiren bir işte çalışıyorsa işe belirli bir süre ara vermesi ve ağır/zorlu ev işlerinden uzak durması gerekir. Hastalara uygulama sonrası verilen eğitimin pek çok yararı bulunmakta olup çalışma yaşamına da olumlu etkileri bulunmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; perkütan nefrostomi kateteri uygulaması sonrası eğitim verilen deney grubu hastaların, kontrol grubu hastalara göre hastaneye başvurma oranlarının daha az olduğu saptanmış olup dolayısıyla eğitimin iş gücü ve ekonomik kayıpları azalttığı belirtilmektedir (Fernández Cacho ve diğ., 2021). Girişimsel uygulamalar sonrası hastalar eğlenme aktivitesine yönelik, günlük yaşamda fazla çaba gerektirmeyen ve zorlayıcı hareketler içermeyen sporlar yapabilmektedir. Ancak hastalar hekimi tarafından kateter çıkartılmasına karar verilene kadar enfeksiyon riski açısından havuza ve denize girmemeleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

10. Cinselliği İfade Etme: Roper ve diğ., (1996), modelde cinselliği ifade etme aktivitesini cinsel ilişkiden ziyade cinselliği ifade etme yolu olarak yetişkinlik ilişkilerinin önemli bir unsuru olarak görmektedir. İnsan cinselliğinin fiziksel görünüm, kişilik, sosyal grup içindeki rol ve davranışlarda da ifade edildiğini savunmaktadırlar (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Cinsellik biyolojik (fiziksel özellikler, üreme organları), psikolojik (beden imajı), sosyal bileşenlerden (ait olunan kültürün cinsiyet rolleri) oluşmaktadır (Aşti ve Karadağ, 2018).

Genellikle girişimsel uygulamalar sonrası cinsel yaşama başlama zamanı hekim tarafından belirtmekle birlikte gününbirlik cerrahi içeren uygulamalar sonrası belirli bir süre kısıtlama yoktur. Nonvasküler girişimsel uygulamalar çoğunlukla gününbirlik cerrahi uygulamalar olup, bireylerin cinselliği ifade etme biçiminde değişikliğe yol açmamaktadır.

11.Uyku: Çevresel uyaranlara karşı cevabın olmadığı ya da minimal olduğu geri dönüşümlü bir durum olarak tanımlanan uyku, beyinin bir fonksiyonudur (Bora ve Bican, 2007). Roper ve diğ., (2000) uykuyu, hareket ve tepkilerin olmadığı geri dönüşümlü durum olarak tanımlamaktadır. Uyku bireyin dinlenmesini sağlayan temel bir yaşam aktivitesidir ve gün içinde diğer aktiviteleri yerine getirebilmesini kolaylaştırması açısından da çok önemlidir (Roper ve diğ., 2000). Uyku ve dinlenmenin sağlanması için bireyi rahatlatacak uygun bir çevre sağlanması (ışık, havalandırma, koku vb.) ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimler uygulanması önemlidir.

Gününbirlik cerrahi uygulamaları sonrası ağrı, kateterin yerinden çıkması veya bükülmesi endişesi gibi nedenlere bağlı olarak uyku aktivitesi ile ilişkili sorunlar yaşanabilmektedir. Uyku esnasında kateterin bükülmesi ve yerinden çıkmasını önlemek için pansuman sırasında kateterin sabitlendiğinden emin olunması ve uyku esnasında uygun pozisyonun sağlanması önemli bir noktadır (<https://www.ruh.nhs.uk.>, Erişim Tarihi:07.09.2023).

12. Ölüm: Roper ve diğerlerine (1996) göre ölüm yaşam aktivitelerinin sonudur. Normal olarak (ani ve beklenmedik olmadıkça) bireylerin aktif katılımını içeren bir süreç (örneğin ölme süreci) öncesidir (Roper ve diğ., 1996). Ölüm belirsizlik, ayrılık ve bilinmeyi yansıtmayla insanlar için anksiyete, korku ve üzüntüye yol açar (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Nonvasküler girişimsel tedavi uygulamalarının başarı oranları yüksek olmasına rağmen kateterde tıkanıklık gelişmesi, renal ven yaralanması sonucu kanama, komşu organ yaralanması, sepsis gibi hayati tehlikeye yol açabilecek komplikasyonlar görülebilmektedir.

2.4.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Modelde yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler beş ana grupta açıklanmaktadır (Roper ve diğ., 1996). Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler bireyi olumlu yönde destekleyebilirken, faktörlerin olumsuz etkileri de olabilir. Hemşirenin bu faktörlerin bireyin yaşam aktivitelerini etkilediğini göz önünde bulundurması, sorunların bireye özgü tanımlanmasına ve bireye özgü bakım verilmesine yardımcı olur (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021).

Biyofizyolojik: Bireyin yaşı, cinsiyeti, daha önce geçirilmiş cerrahi operasyon deneyimi; yaşam aktivitelerini etkileyen biyofizyolojik faktörlerdendir. Modele göre genetik faktörlere göre her insanın fiziksel özellikleri değişiklik göstermektedir ve bu fiziksel performansı etkilemektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Yapılan bazı çalışmalarda yaşam aktivitelerini etkileyebilecek bir faktör olan cinsiyete göre anksiyete karşılaştırıldığında, kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olması biyofizyolojik faktörlere örnek verilebilir (Mutlu, 2018; Monsky ve diğ., 2013; Fernandez-Cacho ve Ayesa-Arriola, 2019).

Psikolojik: Modele göre bireyin duygusal gelişimi, yaşam süresi ve düşünme becerisi ile ilişkilidir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Bu doğrultuda yaşlanma ile birlikte bireyin entelektüel becerisi giderek azalır ve iletişimde sorunlara neden olabilmektedir.

Cerrahi girişim öncesi ve sonrası yaşanan emosyonel değişiklikler ise iletişim, uyku, beden sıcaklığının kontrolü gibi yaşam aktivitelerini etkileyebilir. Katater bakımının ya da değişiminin gerekmesi halinde ortaya çıkan anksiyete, bireylerin psikolojik durumlarını olumsuz etkileyebilir.

Sosyokültürel: Roper ve diğ., (1996)'ne göre içinde bulunduğumuz kültür ve ait olunan toplum ile yakından bağlantılıdır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Dolayısıyla bireyin içinde yaşadığı kültür, inanç, ahlaki değerler, sahip olduğu rol, ilişkiler, ait olduğu sosyal ilişkileri ve desteğin varlığı/yokluğu yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Kateterlerin bakımı ve kateterin yaşam aktivitelerini nasıl etkilediğine ilişkin bireylerin inancı, tutumu ve bilgi eksikliği yaşam aktivitelerini etkileyebilir.

Çevresel: Roper ve diğ., (1996) bireyin içinde bulunduğu atmosfer, ses, ışık, bina ve üzerindeki kıyafet dahil bireyi etkileyebilecek çevresel faktörler olarak açıklamaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). İçinde bulunulan ortamdaki atmosfer, ışık, ses gibi faktörler iletişimi dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi sonrası kateter uygulanan hastalar, kateter takıldıktan itibaren çıkana kadar ki geçen süre boyunca pansuman gereksinimi duymakta ve kateter enfeksiyonundan kaçınmak durumundadırlar. Aynı zamanda drenaj torbası bireyin giysileri ile temas halinde olduğu için kateteri sabitleme konusunda günlük kıyafet alışkanlıklarında zorluk yaşayabilmektedirler.

Politiko-ekonomik: Modelde politiko-ekonomik faktörler, bireyin bulunduğu ülkedeki siyasi durumlar, yasalar ve ekonomik durumları vurgulamaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Bireyin yaşadığı ülkedeki politikalar, yasalar ve ekonomik yeterliliği bireyin yaşam standartlarını ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini önemli ölçüde etkilemektedir (Büyükyılmaz ve Aşti, 2010; Kaya, 2008).

Kanada'da yapılan bir çalışmada girişimsel radyoloji biriminde tanı ve tedavide pahalı invazif işlemlerin gerçekleştirildiği ancak ülkenin finansman kısıtlamaları nedeniyle şehir merkezinden uzakta olan hastalara erişimin sınırlı olduğu belirtilmektedir (Kennedy ve diğ., 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde yatarak tedavi gören 10 hastadan yaklaşık birinin hastaneye yatışları sırasında girişimsel radyoloji tarafından tedavi uygulamaları yapılmaktadır. Bu hastaların diğer hastalara göre hastanede yattıkları sürenin 2,5 kat ve ölüm oranının yaklaşık dört kat daha fazla olduğu ayrıca tüm sağlık bakım maliyetleri arasında beşte bir gibi büyük bir bölümü içerdiği saptanmıştır (Shah ve diğ., 2021).

2.4.4. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi

Roper ve diğ., (1996) Yaşam Modeli'nin bu bileşeninin yaşam süresi ve yaşam aktiviteleri ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Roper ve diğ., 1996). Bireyin yaşam süresi boyunca geçici veya kalıcı durumların değişiklik gerektirmesi halinde bağımlılık/bağımsızlık dizgesinin farklı düzeylerinde yer almasına neden olabilir. Modele göre sağlıklı bir yaşamda bağımlı bir bebeklik ve çocukluk döneminden geçtikten sonra yetişkinlik ve yaşlılık döneminde bağımsızlığa doğru geçiş yaparız. Ancak hastalıkta yetişkinlik ve yaşlılık döneminde bile bağımlı hale gelebiliriz. Bu doğrultuda modelde her bir yaşam aktivitesi için bir bağımlılık ya da bağımsızlık dizgesinin farklı düzeyleri bulunmaktadır.

Roper ve diğ. (1996) bu noktada hemşirenin bireyin bağımlılık/bağımsızlık durumlarının kabul edilmesi, destek alması ve karar verebilmesine yardımcı olabileceğini belirtmektedirler (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Wiedemann ve diğ., (2022)'nin yaptıkları çalışmada perkütan nefrostomi kateteri uygulanan hastaların kateterle ilişkili yaşam kalitesinin, suprapubik drenaj kateteri uygulanan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada bireylerin yaşam aktivitelerinde yetersiz ve sınırlı/engelli hissettiklerini bildirdikleri belirtilmiştir.

2.4.5. Yaşamda Bireysellik

Model her bir bireyin eşsiz, benzersiz olduğunu ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken farklı deneyimler yaşadığını kabul etmektedir. Bireyselliğin; yaşam süresi ve bağımlılık/bağımsızlık derecesi ile belirlendiği vurgulanmaktadır. Bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bireyselliği, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, politiko-ekonomik faktörlerden de etkilenmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021; Roper ve diğ., 1996). Bu öge kapsamında hemşirelik bakımının bireyselleştirilmiş olarak verilmesinde Hemşirelik Süreci kullanılmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021). Bu doğrultuda nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalarda Hemşirelik Sürecinin Tanılama aşamasında Yaşam Modeli kullanılarak sorunlar belirlenir.

Girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada NANDA-I tanılarından, ilk konulan hemşirelik tanılardan birinin “anksiyete” olduğu belirlenmiştir (Viegas ve diğ., 2010).

NANDA-I'e göre Anksiyete tanısı "*bireyin belirlenemeyen bir nedenden ötürü tehlike veya tehdit algılanması sonucu baş etmek için önlemler almasını sağlayan endişe/gerginlik/huzursuzluk veya korku duygusu*" olarak tanımlanmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021).

Anksiyete tanısının tanımlayıcı özellikleri; kan basıncında artış, nabız hızında artış, solunum hızında artış, genişlemiş göz bebekleri, terleme, baş dönmesi gibi biyofizyolojik belirtilerinin yanı sıra konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, verimlilikte azalma, huzursuzluk, tehlikede hissetme gibi emosyonel belirtilerdir. Kas gerginliği, sinirlilik ve öfke patlamaları, uyku sorunları, bağırsak düzeninde değişiklik, beslenme düzeninde değişiklik ise anksiyetenin davranışsal belirtileridir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2021).

Günübirlik cerrahi girişimine ilişkin anksiyete tanısının ilişkili faktörleri ise; cerrahi girişimin başarısız olma olasılığı, komplikasyon gelişme riski, cerrahi girişim ile ilgili yeterli bilgilendirilmeme, lokal anestezi altında gerçekleştirilecek işlem sırasında ve sonrasında ağrı riski ve evde ağrıyı kontrol edememe, evde bakıma yardımcı olacak bir kişinin bulunmaması veya evde meydana gelebilecek sorunları kontrol edememe olarak sayılabilmektedir (Gürol ve Binici, 2017; Özşaker ve diğ., 2019).

Hemşirelik sürecinin planlama aşamasında anksiyete hemşirelik tanısına yönelik Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (NOC- Nursing Outcomes Classification) "Anksiyete Düzeyi" ve "Anksiyete Öz Kontrol" olmak üzere iki adet beklenen sonuç (amaç/ hedef) içermektedir (Moorhead, Swanson ve Johnson, 2023). Bu doğrultuda amaç/hedef/ beklenen hasta sonuçları;

- Bireyin anksiyetesi ve başetme örüntülerini tanımlaması,
- Bireyin etkili başetme yöntemleri geliştirerek psikososyal ve günlük yaşam değişimine uyum sağlayabilmesi,
- Bireyin benlik saygısını sağlaması ve sürdürmesi,
- Bireyin hastalık süreci ile ilgili semptom kontrolü yapması olarak belirlenebilir.

Beklenen sonuçlarına yönelik, Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi'ne (NIC- Nursing Interventions Classification) göre "Anksiyetenin Azaltılması" ve "Emosyonel Destek" hemşirelik girişimleri bulunmaktadır (Erdemir, Kav ve Yılmaz, 2017). Bu girişimlere yönelik hemşirelik aktiviteleri aşağıda gösterilmiştir.

- Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasında belirlenen hemşirelik girişimleri uygulanır. Bireyin kendini ifade etmesi ve soru sorması sağlanır.
- Konfor ve güvenliği sağlamak için güvenli çevre oluşturulur.
- Bireyin anksiyete düzeyinin azalması için işlem öncesi ve sonrası verilecek hasta eğitiminin görsel materyallerle (broşür, kitapçık vb.) desteklenir (Ayyadhah Alanazi, 2014; Brodersen ve diğ., 2023; Shlobin ve diğ., 2021).
- Hasta eğitimi verirken bireyin yakınlarının ziyaretini kolaylaştırarak eğitime dahil olmaları sağlanır. Yakınları yanında olan birey daha güvende hissedeceği için sakinleşmesi kolaylaşır.
- Evde bakımı sırasında gereksinimi olduğu zaman sağlık çalışanlarına ulaşabileceği iletişim numaraları verilerek telefonla danışmanlık alması sağlanır.

Değerlendirme aşamasında anksiyete hemşirelik tanısına yönelik beklenen sonuçlar değerlendirilir. Ayrıca bireyin anksiyete düzeyi uygun değerlendirme araçları (Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği vb.) ile değerlendirilir.

2.5. HASTA EĞİTİMİ VE ANKSİYETE

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre taburcu, "hastaneden çıkması kararlaştırılmış hasta", taburculuk ise "taburcu olma durumu" olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 25.12.2023). Taburculuk hastanın hastane/sağlık kurumuna kabulü ile başlayan, hastanın ev ya da başka bir kurum/ uzun süreli bakım kurumuna geçerken yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın arttırılmasını amaçlayan bir süreçtir (Türgay, 2018). Taburculuk planlamasının amacı, bakımın sürekliliğini sağlamaktır (Karadağ, 2011).

Nitekim taburculuk planlamasında hemşireler, hastanın sağlık gereksinimlerini bütüncül ve hümanistik bakış açısıyla belirler, hastanın hastalanmadan önceki yaşamına ulaşmasını sağlayacak girişimleri hasta ve hasta yakını ile planlayarak bakıma katılmasını sağlar.

Hemşireler hasta ve yakınlarının taburcu olacağı ev ya da kurumda gereksinim duyduğu/duyacağı konuları, taburculuğa hazır oluşları, eğitim öncelikleri/gereksinimleri ve bakım/tedaviyi etkileyebilecek çevresel etmenleri tanırlar. Tanılama sonrası belirlediği hemşirelik tanılarına yönelik amaç/hedefler doğrultusunda bakım planını uygular ve değerlendirir. Bu doğrultuda mümkün olan en kısa sürede hasta ve yakınlarına eğitim yapılır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya, 2020; Lawson, 2020; Özhan ve Dursun, 2008).

Hasta eğitimi, hasta ve yakınlarına sağlıkla ilişkili bilgi, davranış ve beceri kazandırarak; sağlık bakımı hizmetlerini iyileştirmeyi ve hasta memnuniyetini artırmayı amaçlayan bir eğitimidir (Tohumat, 2016). Hasta eğitimi, bireyin sağlığının korunmasına, sürdürülmesine ve hastalık halinde iyileşmesine katkı sağlayacak dinamik bir süreçtir. Hastalık halinde bireylerin bakım/tedaviye katılmalarını sağlayarak hastanın iyilik haline katkıda bulunan, hastalıkla baş etmelerini destekleyen, komplikasyonları önleyen ve taburculuk sonrası bakım sürecini olumlu yönde etkileyen önemli bir unsurdur (Avşar ve Kaşıkçı, 2011; Viegas, 2010).

Rosén ve diğ., (2010) gününbirlik cerrahi uygulamalar sonrası devam eden sorun/rahatsızlıkların nedenlerini inceledikleri çalışmalarında, hastaların büyük çoğunluğunun hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirilmesine karşın, hastaların evde yaşanacak olası sorunlar konusunda anksiyete duyduklarını ifade ettikleri saptanmıştır ve yaşanan sorunların giderilmesinde daha fazla bilgilendirme yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Aynı çalışmada hastanın yaşadığı anksiyetenin; bilgi eksikliği ile ilişkili olduğu, eğitim ile anksiyetenin azaldığı, bu nedenle işlem öncesi eğitim ve bilgilendirmenin hastaların taburcu olmaya psikolojik olarak hazırlanmasında ilk adım olduğu belirtilmektedir (Rosén ve diğ., 2008). Cerrahi uygulama ya da ameliyat öncesi verilen eğitimin anksiyete üzerine etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Xu ve diğ., (2020) yaptıkları çalışmada cerrahi girişim öncesi verilen hasta eğitiminin bireyin anksiyete düzeylerini ve ameliyat sonrası komplikasyonlarını azalttığı saptanmıştır. Juyrs ve diğ., (2022) yaptıkları çalışmada da düzenli ve planlı olarak gerçekleştirilen ameliyat öncesi eğitimin, fiziksel ve duygusal refaha yardımcı olarak bireyin öz etkililiğini olumlu yönde destekleyerek anksiyeteyi azalttığını belirtmişlerdir. Lemos ve diğ., (2019) kanser hastalarına ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimin bireylerin anksiyete düzeylerine etkilerini inceledikleri çalışmaları sonucunda eğitim verilen grubun anksiyete düzeyi, kalp atım hızı ve kan basıncı gibi fizyolojik belirtilerinin eğitim almayan gruba göre azaldığı sonucuna ulaşmışlar ve bireye verilen eğitimin yapılandırılmasını önermişlerdir.

Günümüzde hasta eğitimi ve danışmanlığa yönelik araştırmalar devam etmekte olup, daha etkili bilgilendirme yapılabilmesi için yapılandırmada çeşitli yöntem ve materyallerin kullanıldığı görülmektedir. Bu yöntemler görsel (kitapçık, broşür), işitsel (radyo, telefon), görsel- işitsel (video kaydı) gibi materyalleri içermektedir (Yıldırım, 2019).

Jamwal ve diğerlerinin (2023), göğüs cerrahi hastalarında yapılandırılmış eğitim girişimlerinin anksiyete ve depresif belirtileri hafifleterek bireyin cerrahi uygulamaları anlamasına ve mevcut durumları ile daha iyi bir şekilde yüzleşmesine yardımcı olacağı sonucuna varmışlardır. Literatürde cerrahi hastalarına ameliyat öncesi dönemde verilen yapılandırılmış eğitimin bireylerin anksiyete düzeylerine etkisini ve memnuniyet düzeylerini inceleyen çalışmalarda işlem öncesi yapılandırılmış hasta eğitiminin bireylerin anksiyete düzeyini azalttığını ve memnuniyet düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Lai ve diğ., 2016; Mcdonald ve diğ., 2014; Zhang ve diğ., 2019).

Kumar ve diğ., (2023) göğüs cerrahisi geçirecek hastalara uygulanan yapılandırılmış eğitimin bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada anksiyetenin iyileşme sürecini uzatacağı ve postoperatif dönemde komplikasyon riskini arttırdığını vurgulayarak, preoperatif yapılandırılmış eğitim müdahalesinin cerrahi girişim uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyonu hafifletmeye yardımcı olabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Literatürde bireylerin gününbirlik cerrahi anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve işlem öncesi verilen eğitimin etkisini inceleyen çalışmalar bulunmasına karşın, girişimsel radyoloji birimlerinde verilen eğitimin anksiyete üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır (Mcdonald ve diğ., 2014; Mutlu, 2018; Lai ve diğ., 2016; Fernández-Cacho ve diğ., 2021; Zhang ve diğ., 2019). Nonvasküler girişimsel radyoloji biriminde yapılan çalışmalara bakıldığında ise sadece sözlü değil eğitimin planlı olarak yazılı hale getirilmesinin hastaların anksiyete düzeylerini azaltacağı, hastanede kalış süresini azaltacağı ve sağlık bakım maliyetlerini düşüreceği vurgulanmaktadır (Mutlu, 2018; Fernández-Cacho ve diğ., 2021).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen eğitimin anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test gruplu randomize, prospektif ve deneysel olarak gerçekleştirildi.

3.1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan yapılandırılmış eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyi, klinikte sözlü eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyine göre daha düşüktür.

3.1.2. Araştırma Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan hastalara verilen eğitimidir. Bağımlı değişkenleri ise; hasta bireylerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleridir.

3.1.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir Şehir Hastanesi'nde Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan hastalarla Ekim 2022- Mart 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini bir Şehir Hastanesi'nde Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde Ekim 2022- Mart 2023 tarihleri arasında araştırmacının birimde bulunduğu süre boyunca nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan 150 hasta oluşturdu.

Örneklem sayısının hesaplanması için G*Power analizi kullanıldı. Gençel'in (2019) güncel işlem uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışma referans alınarak yapılan, iki bağımsız örneklem testinde alfa=0.05, etki büyüklüğü d=0.5 ve %80 güç dikkate alındı. Yapılan hesaplamada toplam örneklem sayısı 128 olarak bulundu. Araştırmada oluşabilecek %10 veri kaybı göz önüne alındığında gerekli örneklem sayısı 140 olarak belirlendi. Oluşabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 150 hasta çalışmaya dahil edildi.

Örneklem grubunda yer alan hastalardan altısı işlem sonrası ağrı ve huzursuzluk deneyimlediğini ifade ederek çalışmadan çıkarılmış olup, araştırma toplam 144 hasta birey [deney grubu (n=71), kontrol grubu (n=73)] ile tamamlandı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük,
- Araştırmanın yapılacağı Şehir Hastanesi'nin Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde nonvasküler tedavi uygulanan,
- Kişisel Bilgi Formu ve ölçeğin uygulanabilmesi için bilinci açık ve iletişim engeli olmayan,
- Psikiyatrik veya psikolojik hastalık tanısı olmayan,
- Görsel ve işitsel iletişim sorunu olmayan bireyler dahil edildi.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişen hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.2.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Etik kurul izni alındıktan sonra verilerin toplanması planlanan kurumdan izin alındı. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI) kullanım izni (Ek-1) Prof. Dr. Necla ÖNER'den e-mail aracılığıyla alındı. Bu araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara Bilgilendirilmiş Onam (Ek- 2) doğrultusunda araştırmanın amacı, veri toplama yöntemi ve kişisel verilerin korunması/gizlilik vb. konularda sözlü bilgilendirme yapıldı ve hastalardan yazılı onam alındı. Hastalara araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılacakları belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Araştırmada uygulanacak olan “Perkütan Nefrostomi Taburculuk Eğitim Kitapçığı” ve “Perkütan Biliyer Drenaj Taburculuk Eğitim Kitapçığı” literatür rehberliğinde hazırlandı. Eğitim kitapçığının içeriğinde; yapılacak girişimlerin hangi durumlarda yapıldığı, katater ile ilişkili komplikasyonların belirti ve bulguları, taburculuk sonrası katater bakımı, yaşam aktivitelerin sürdürülmesine yönelik bilgiler ve komplikasyon varlığında sağlık kuruluşuna başvurmak için gereken iletişim bilgileri yer aldı. Yazılı metin halinde hazırlanan eğitim kitapçığının içeriği, kateter bakımı hakkında görsel materyal ile desteklendi.

Hasta eğitim kitapçıklarının güvenilirlik ve bilgi kalitesini değerlendirmek amacıyla 11 uzman görüşü (Ek-3) alındı. Uzman görüşleri DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçeği kullanılarak değerlendirildi. DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği, Charnock ve diğ., (1999) tarafından geliştirilmiş olup Gökdoğan (2003) tarafından Türkçe diline uyarlanmıştır. Üç bölümden oluşan beşli likert ölçeğinde her soruya verilen puan aralığı 1-*Hayır* ile 5-*Evet* arasında değişmektedir. DISCERN ölçeği, kitapçığın/materyalin güvenilirliği, bilginin kalitesi ve kitapçığın/materyalin genel değerlendirmesini ortaya koymaktadır. Puan değerlendirilmesinde 15 ile 26 puan arası *Çok kötü*, 27 ile 38 puan arası *Kötü*, 39 ile 50 puan arası *Orta*, 51 ile 62 puan arası *İyi*, 63 ile 75 arası *Mükemmel* olarak değerlendirilmektedir (Charnock ve diğ., 1998; Gökdoğan ve diğ., 2003).

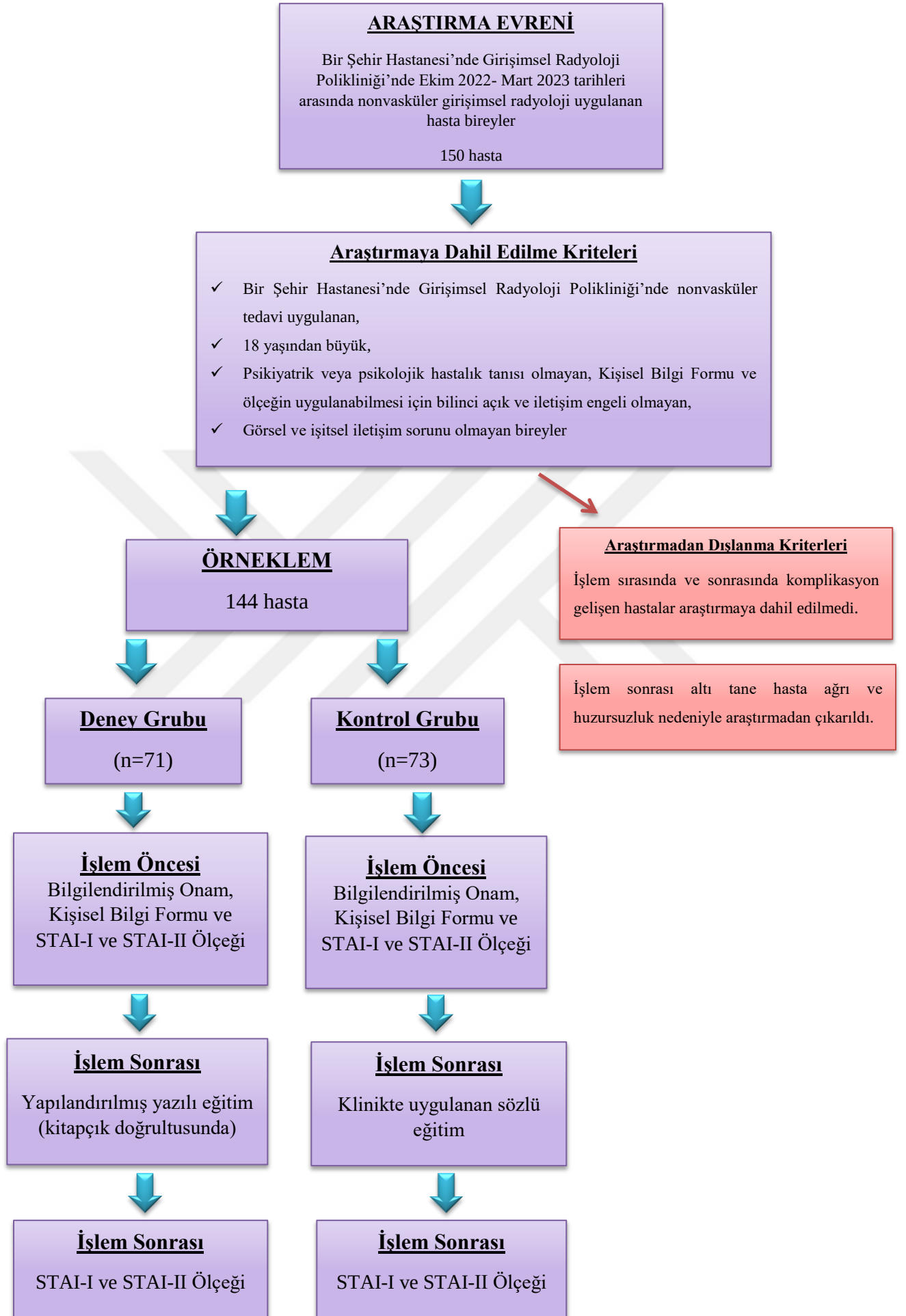
Uzman görüşleri doğrultusunda eğitim kitapçıklarına verilen DISCERN ölçeğinin puan ortalamasının 72,5 olduğu ve bilgi kalitesi ve güvenilirliğinin %96,6 olduğu saptandı. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen eğitim kitapçıklarının her biri toplam 22 sayfadan oluşmaktadır (Ek-4). Eğitim kitapçıkları uygulamaya hazır olduktan sonra araştırmanın uygulama aşamasına geçildi.

Araştırmanın uygulama süreci Şekil-1’de gösterildi. Araştırmanın verilerin toplandığı tarihler arasında dahil edilme kriterlerine uyan ve gönüllü olan 144 hastaya [(deney grubu n=71), (kontrol grubu n=73)] ulaşıldı. Hastalar araştırmadan bağımsız bir hemşire tarafından torbadan rastgele çekilen tek ve çift rakamlara göre gruplara atandı. Çift rakamlar deney grubunu, tek rakamlar kontrol grubunu oluşturdu.

Randomizasyon yöntemi ile grubu belirlenen hastalara bilgilendirilmiş onam formu, Kişisel Bilgi Formu (Ek-5), STAI ölçeği (Ek-6) dolduruldu. İşlem sonrası kontrol grubuna klinikte uygulanan sözlü eğitim verilirken, deney grubundaki hasta bireylere yapılandırılmış eğitim verildi.

Deney grubuna eğitim verildikten sonra, kontrol grubuna ise işlem sonrası STAI uygulandı. Günübirlik cerrahi işlemler/poliklinik ortamında grupların birbirinden etkilenmemesi için, hastaların birbiri ile etkileşimde bulunamayacağı konumdaki yatak numaralarına yerleşmeleri sağlandıktan sonra eğitim verildi. Hasta eğitimi yaklaşık 20 dakika sürede tamamlandı.





Şekil 1: Araştırma Tasarımı

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu (Ek-7) ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI) (Ek-8) kullanıldı. Kişisel Bilgi Formunda hasta bireylere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, cerrahi girişim hakkında bilgi sahibi olma/olmama, işlem hakkında bilgi edinme şeklinin yer aldığı 13 sorudan oluşmaktaydı.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI), bireylerin anksiyete düzeyini belirlemek için Spilberger ve diğ., (1970) tarafından geliştirilmiş olup, Öner ve Le Comte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) 20 soru, Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-II) 20 soru olmak üzere ölçek toplan 40 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler 4'lü likert türünde yanıt verilmektedir, STAI-I'deki ifadeler verilen yanıtlar 1 "hiç" ile 4 "tamamen" arasında değişmekte, STAI-II'deki ifadeler verilen yanıtlar ise 1 "Hemen hemen hiçbir zaman" ile 4 "Her zaman" arasında değişmektedir. Ölçeklerden elde edilen toplam puan değeri 20-80 paun arasındadır. Toplam puan arttıkça anksiyete düzeyinin de artmakta olduğu anlamına gelmektedir (Öner ve Le Comte 1983). Türkçe formunun cronbach alfa katsayıları STAI-I'de 0,94 ile 0,96 olup, STAI-II'de 0,83 ile 0,87 arasında bulunmuştur (Coşkun Akkaş, ve 2009; Öner ve Le Comte, 1983). Bu araştırmada STAI-I'in cronbach alfa katsayısının ön test için 0,92 ve son test için 0,93 olduğu, STAI-II'nin cronbach alfa katsayısının ön test için 0,81 olduğu saptandı.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29.0 paket programı ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk ile Süreklilik Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) testleri, Histogram ve Q-Q Plot grafikleri ile incelendi. Verilerin normal dağılıma uygun olduğu saptandı. Kategorik veriler frekans ve yüzdelik dağılımları ile analiz edildi. Normallik varsayımını sağlayan sayısal veriler ortalama ve standart sapma hesaplamaları ile değerlendirildi. İki bağımsız grup ortalamaları karşılaştırılırken "Independent Sample T Testi" ile ikiden fazla bağımsız grup ortalaması "One Vay ANOVA" Testi ile veri analizi yapıldı.

Bir bağımlı, iki bağımsız değişken arasındaki etkileşim Manova testi ile tekrarlı ölçümlerin analizi ise Repeated Manova Testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için $p < 0,05$ olarak kabul edildi. İki sayısal değişken arasındaki ilişki “Pearson Korelasyon Testi” kullanılarak analiz edildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Araştırmanın Güçlü Yönleri:

- Randomize bir araştırma gerçekleştirilmesi,
- Grupların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara kullanım ve alkol kullanım değişkenleri açısından homojen dağılım göstermesi,
- Yapılandırılmış taburculuk eğitim kitapçıklarının literatürde bulunan bilgiler doğrultusunda hazırlandıktan sonra uzman görüşlerinin DISCERN ölçeğine göre değerlendirilmesi,
- DISCERN ölçeğine göre eğitim kitapçığının bilgi kalitesi ve güvenilirliğinin %96,6 olması,
- Araştırmada STAI-I’in cronbach alfa katsayısının ön test için 0,92 ve son test için 0,93 olması, STAI-II’nin cronbach alfa katsayısının ön test için 0,81 olması,
- Araştırma tamamlandıktan sonra “Perkütan Nefrostomi Taburculuk Eğitimi Kitapçığı” ve “Perkütan Biliyer Drenaj Taburculuk Eğitim Kitapçığı”nın araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda taburculuk eğitiminde kullanılacak olmasıdır.

Araştırmanın Sınırlı Yönleri:

- Yalnızca tek merkezli bir çalışma olması,
- Grupların yaş, çalışma ve gelir durumu açısından homojen dağılım göstermemesi,
- Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastaların, hastane ortamından veya yapılan girişimsel tedaviden kaynaklanabilecek stres nedeniyle çalışmaya katılmayı reddetmeleri veya yarıda bırakmak istemeleridir.

4. BULGULAR

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen eğitimin, hastaların anksiyete düzeylerine etkisini incelemek amacıyla ön test- son test kontrol gruplu, randomize ve deneysel türde gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelendi.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

- Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular (Tablo 4.1)
- Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (Tablo 4.2)
- Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulgular (Tablo 4.3)

4.2. Hastalara Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulgular

- Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan/Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.4)

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

- Bireysel Özelliklere Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.5, Tablo 4.6)
- Bireysel Özelliklere Göre Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.7)
- Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.8)

4.4. Hastaların Anksiyete Düzeylerini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

- Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.9, Tablo 4.10)

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hastaların; bireysel özellikleri (Tablo 4.1), kronik hastalık özellikleri (Tablo 4.2) ve anksiyete düzeyini etkileyebilecek özelliklerine (Tablo 4.3) ilişkin bulgulara yer verildi.

4.1.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1 incelendiğinde, hastaların %58,3'ünün (n=84) cinsiyetinin erkek, yaş ortalamalarının $58,35 \pm 14,72$ (min=23-max=87) yıl ve %48,61'inin (n=70) 61 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu saptandı. Bu araştırma örneklemindeki hastaların %78,5'inin (n=113) evli, %69,4'ünün (n=100) ilköğretim mezunu, %70,8'inin (n=102) çalışmadığı, %38,9'unun (n=56) mesleğinin diğer kategoride (ev hanımı) olduğu ve %62,5'inin (n=90) gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlendi. Hastaların %60,4'ünün (n=87) sigara içmediği ve %95,8'inin (n=138) alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastalar yaş grupları dağılımına göre incelendiğinde; Kontrol grubundaki (KGH) hastaların %64,4'ünün (n=47) yaş grubunun 61 yaş ve üzerinde yaş grubunda iken, deney grubundaki (DGH) hastaların %35,2'sinin (n=25) 46-60 yaş grubunda olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubu hastaların yaş grupları dağılımı karşılaştırıldığında, yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,001$) (Tablo 4.1). Farklılığın saptaması için yapılan ileri analizde deney ve kontrol grupları arasındaki istatistiksel farklılığın, 45 yaş ve altı bireyler ile 61 yaş ve üzeri bireylerin oranından kaynaklandığı görüldü.

45 yaş ve altı bireylerin yaş grupları dağılımı incelendiğinde DGH'de oranın (%32,4, n=23) KGH'ye (%13,7, n=10) göre fazla olduğu belirlenmiş olup, deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$) (Tablo 4.1). Ayrıca KGH'de 61 yaş ve üzeri bireylerin oranın (%64,4, n=47), DGH'ye (%32,4, n=23) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,001$) (Tablo 4.1).

Hastaların bireysel özelliklerinden cinsiyetlerinin dağılımına bakıldığında; KGH'nin %43,8'inin (n=32), DGH'nin %39,4'ünün (n=28) kadın olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).

Hastaların eğitim durumunun gruplara göre dağılımına bakıldığında; KGH'de %69,9'unun (n=51) ve DGH'de %69'unun (n=49) eğitim durumunun ilköğretim olduğu saptandı. Gruplar arasında eğitim durumu açısından anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).

KGH’de olan hastaların çalışma durumu ve DGH’de olan hastaların çalışma durumu karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.1). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan karşılaştırmada farklılığın, çalışmayan hasta grubundan kaynaklandığı saptandı. Hastaların çalışma durumuna bakıldığında, KGH’nin %79,5’ini ($n=58$) çalışmayan hastalar oluşturduğu, DGH’nin ise %62’sini ($n=44$) çalışmayan hastaların oluşturduğu görüldü (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grubu hastaların gelir gider durumunun dağılımı karşılaştırıldığında; gelir gider durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış olup, DGH’de olan bireylerin geliri giderine eşit bulunma durumunun, KGH’de yer alan hastalara göre daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.1). DGH’de gelir durumu eşit olanlarının oranının %74,6 ($n=53$) olduğu ve KGH’de gelir durumuna eşit olanlarının oranının %50,7 ($n=37$) olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı dağılımı karşılaştırıldığında grupların homojen dağılım gösterdiği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireysel Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=144)

		Grup							
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam		χ^2	p
Yaş Ort±SS	(min-max)	63,05±13,37		53,52±14,57		58,35±14,72		t=4,094	<0,001
		(23-87)		(23-87)		(23-87)			
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	32	43,8	28	39,4	60	41,7	0,287	0,592
	Erkek	41	56,2	43	60,6	84	58,3		
Yaş grup	45 yaş ve altı	10 _a	13,7	23 _b	32,4	33	22,91	15,301	<0,001
	46 ve 60 yaş arası	16 _a	21,9	25 _a	35,2	51	35,41		
	61 yaş ve üzeri	47 _a	64,4	23 _b	32,4	70	48,61		
Eğitim Durumu	İlköğretim	51	69,9	49	69,0	100	69,4	0,182	0,913
	Ortaöğretim/ Lise	18	24,7	19	26,8	37	25,69		
	Lisans/ Lisansüstü	4	5,5	3	4,2	7	4,9		
Çalışma Durumu	Evet	15	20,5	27	38,0	42	29,2	5,323	0,021
	Hayır	58	79,5	44	62,0	102	70,8		
Meslek	Memur	2	2,7	2	2,8	4	2,8	4,330	0,363
	İşçi	9	12,3	15	21,1	24	16,7		
	Serbest Meslek	12	16,4	16	22,5	28	19,4		
	Diğer	30	41,1	26	36,6	56	38,9		
	Çalışmıyor/ Emekli	20	27,4	12	16,9	32	22,2		
Medeni Durum	Evli	58	79,5	55	77,5	113	78,5	0,595	0,743
	Bekar	3	4,1	5	7,0	8	5,6		
	Boşanmış/ Dul	12	16,4	11	15,5	23	16		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	33	45,2	15	21,1	48	33,3	9,569	0,008
	Gelirim giderime eşit	37	50,7	53	74,6	90	62,5		
	Gelirim giderimden fazla	3	4,1	3	4,2	6	4,2		
Sigara Kullanımı	Evet	14	19,2	18	25,4	32	22,2	2,444	0,295
	Hayır	43	58,9	44	62,0	87	60,4		
	Bıraktım	16	21,9	9	12,7	25	17,4		
Alkol Kullanımı	Evet	2	2,7	4	5,6	6	4,2	0,755	0,385
	Hayır	71	97,3	67	94,4	138	95,8		

* χ^2 = Ki-Kare Testi, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma, Min= Minimum, Max= Maximum, t= Independent sample t testi

*a,b harfleri farklılığı temsil etmektedir. Farklı harfler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Aynı harfler arasında farklılık bulunmamaktadır.

4.1.2. Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki hastaların, kronik hastalık özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.2’de yer verildi. Bu araştırmada yer alan hastaların %54,9’unun (n=79) onkolojik hastalıkları, %34’ünün (n=49) hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıkları, %26,4’ünün (n=38) diyabetes mellitus, %7,6’sının (n=11) üriner sistem hastalıkları, %4,9’unun (n=7) solunum sistemi hastalıkları, %4,2’sinin (n=6) romatoid artrit, hipotiroidi gibi diğer hastalıkları, %2,1’nin (n=3) nörolojik hastalıkları ve %0,7’sinin (n=1) periferik vasküler hastalıkları olduğu görüldü.

Deney ve kontrol grubu kronik hastalık durumu incelendiğinde; kontrol grubunda bulunan bireylerin %90,4’ünün (n=66) ve deney grubunda bulunan bireylerin ise %76,1’inin (n=54) kronik hastalığa sahip olduğu saptandı.

Kronik hastalık bulunma durumunun deney ve kontrol gruplarında farklılık gösterdiği belirlendi. KGH’nin (%90,4, n=66), DGH’ye göre (%76,1, n=54) daha fazla oranda kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.2).

Diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, solunum sistemi hastalıkları, üriner sistem hastalıkları, gastrointestinal sistem (GIS) hastalıkları, periferik vasküler hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve diğer (romatoid artrit, hipotiroidi) hastalıkların dağılımı açısından deney ve kontrol grupları arasında farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Ancak onkolojik hastalıklar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış olup ($p<0,05$) (Tablo 4.2), KGH’nin %63’ünün (n=46), DGH’nin %46,5’inin (n=33) onkolojik hastalığı bulunmaktaydı.

Tablo 4.2: Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)

		Grup						χ^2	p
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Kronik Hastalık Durumu	Evet	66	90,4	54	76,1	120	83,3	5,340	0,021
	Hayır	7	9,6	17	23,9	24	16,6		
Var olan Kronik Hastalıklar									
Diabetes Mellitus	Yok	52	71,2	54	76,1	106	73,6	0,431	0,511
	Var	21	28,8	17	23,9	38	26,4		
Kardiyovasküler Hastalık	Yok	44	60,3	51	71,8	95	66,0	2,141	0,143
	Var	29	39,7	20	28,2	49	34,0		
Solunum Sistemi Hastalıkları	Yok	68	93,2	69	97,2	137	95,1	1,265	0,261
	Var	5	6,8	2	2,8	7	4,9		
Üriner Sistem Hastalıkları	Yok	67	91,8	66	93,0	133	92,4	0,071	0,790
	Var	6	8,2	5	7,0	11	7,6		
Onkolojik Hastalıklar	Yok	27	37,0	38	53,5	65	45,1	3,974	0,046
	Var	46	63,0	33	46,5	79	54,9		
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Yok	70	95,9	69	97,2	139	96,5	0,179	0,672
	Var	3	4,1	2	2,8	5	3,5		
Periferik Vasküler Hastalıklar	Yok	73	100,0	70	98,6	143	99,3	1,035	0,309
	Var	0	0,0	1	1,4	1	0,7		
Nörolojik Hastalıklar	Yok	72	98,6	69	97,2	141	97,9	0,369	0,543
	Var	1	1,4	2	2,8	3	2,1		
Diğer	Yok	70	95,9	68	95,8	138	95,8	0,001	0,972
	Var	3	4,1	3	4,2	6	4,2		

* χ^2 = Ki-Kare Testi

4.1.3. Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu araştırmada anksiyete düzeyini etkileyebilecek özellikler olarak ele alınan özelliklerin dağılımı ve gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.3'te gösterildi. Hastaların %22,3'ü (n=22) işlemin adını bildiğini, %43'ü (n=62) işlem öncesi bilgi aldığını ifade etti. Bilgi alan hastaların %29,9'u (n=43) hekim, %9'u (n=13) hemşire, %3,5'i (n=5) hekim ve hemşire tarafından bilgi aldıkları belirlendi.

Hastaların %43'ü (n=62) sözlü olarak, %0,7'si (n=1) yazılı olarak bilgi edindiklerini, %56,3'ü (n=81) ise sözlü veya yazılı olarak bilgi almadığını belirtti. Bireylerin %91,6'sının (n=132) taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakını olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grupları arasında işlemin adını bilme durumu karşılaştırıldığında, işlemin tıbbi adını bildiğini belirten kontrol grubu (%20,5, n=15) ve deney grubu (%23,9, n=17) hastaların oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktaydı ($p>0,05$) (Tablo 4.3). KGH’de olan hastaların %53,4’ünün (n=39), DGH’de olan hastaların ise %32,4’ünün (n=23) işlem öncesi bilgi aldığını belirttiği saptandı. Deney ve kontrol grupları işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında; gruplar arasında bilgi alma durumunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği, KGH’deki bilgi alanların oranının, DGH’deki bilgi alanlara göre daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

Hastaların işlem ile ilgili bilgi aldıkları kişilerin kontrol ve deney grubu arasında dağılımı farklılık göstermiş olup, farklılığın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.3). DGH’de hiç kimseden bilgi almadığını ifade eden hastaların oranının (%67,6, n=48) KGH’ye göre (%46,6, n=34) daha fazla olduğu görüldü. KGH’nin %6,8’i (n=5) hekim ve hemşirenin her ikisinden bilgi aldığını ifade ederken, DGH’nin ise hekim ve hemşirenin her ikisinden birlikte bilgi almadıkları belirlendi. Bu araştırmada bireylerin bilgi edinme şekli konusunda kontrol ve deney grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Farklılığın sözlü veya yazılı bilgi almayan bireyler ve yalnızca sözlü bilgi alan bireylerden kaynaklandığı görüldü. DGH’nin %66,2’si (n=47) sözlü veya yazılı bilgi almadığını ifade ederken KGH’nin %46,6’sı (n=34) sözlü veya yazılı bilgi almadığını ifade ettiği belirlendi.

Sözlü veya yazılı bilgi almayan bireylerin DGH’de daha fazla olduğu belirlendi. Aynı zamanda KGH’de (%53,4; n=39) sözlü bilgi aldığını belirtenlerin oranının DGH’ye (%32; n=23) göre daha fazla olduğu saptandı. Taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakını olan bireylerin oranı, kontrol ve deney gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)

		Grup							
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
İşlemin tıbbi adını bilme durumu	Evet	15	20,5	17	23,9	22	22,3	0,240	0,624
	Hayır	58	79,5	54	76,1	112	77,7		
İşlem öncesi girişimle ile ilgili bilgi alma durumu	Evet	39	53,4	23	32,4	62	43,0	6,493	0,011
	Hayır	34	46,6	48	67,6	82	57,0		
Bilgi alınan kişi	Bilgi almadı	34 _a	46,6	48 _b	67,6	82	56,9	9,592	0,048
	Hekim	26 _a	35,6	17 _a	26,4	43	29,9		
	Hemşire	7 _a	9,6	6 _a	9,0	13	9,0		
	Hekim ve hemşire	5 _a	6,8	0 _b	0,0	5	3,5		
	Diğer	1 _a	1,4	0 _a	0,0	1	0,7		
Bilgi edinme şekli	Bilgi almadı	34 _a	46,6	47 _b	66,2	81	56,3	7,189	0,027
	Sözlü	39 _a	53,4	23 _b	32,4	62	43,0		
	Yazılı	0 _a	0,0	1 _a	1,4	1	0,7		
Evde bakıma katılacak hasta yakını varlığı	Evet	69	94,5	63	88,7	132	91,6	1,579	0,209
	Hayır	4	5,5	8	11,3	12	8,33		

* χ^2 = Ki-Kare Testi

*a,b harfleri farklılığı temsil etmektedir. Farklı harfler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Aynı harfler arasında farklılık bulunmamaktadır.

4.2. HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.2.1. Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek/Puan Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Ön Test Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların durumluk (STAI-I) ve süreklilik (STAI-II) anksiyete düzeylerine ilişkin bulgulara yer verildi ve Tablo 4.4'te gösterildi.

Hastaların STAI-I puan ortalamaları incelendiğinde; KGH'de ön test puan ortalamasının $43,37 \pm 9,65$ (orta düzey) olduğu, son test puan ortalamasının $40,73 \pm 10,58$ (düşük düzey) olduğu, son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre azaldığı görüldü. STAI-I puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 4.4).

DGH'nin STAI-I ön test puan ortalamasının $42,75 \pm 11,25$ (orta düzey), son test ortalama puan ortalamasının ise $33,32 \pm 9,95$ (düşük düzey) olduğu ve DGH'nin STAI-I ön test puan ortalamasına göre son test puan ortalamasındaki azalmanın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,001$) (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grupları STAI-I puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KGH'nin ön test puan ortalamasının $43,37 \pm 9,65$ (orta düzey) ve DGH'nin ön test puan ortalamasının $42,75 \pm 11,25$ (orta düzey) olduğu, farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 4.4). Hastaların son test puan ortalamasının KGH'de $40,73 \pm 10,58$ (orta düzey) olduğu, DGH'de ise $33,32 \pm 9,95$ (düşük düzey) olduğu görüldü. DGH'nin son test STAI-I puan ortalamasının, KGH'nin STAI-I puan ortalamasına göre daha az olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p < 0,001$) (Tablo 4.4).

Hastaların STAI-II puan ortalamalarına bakıldığında; KGH'nin ön test puan ortalamasının $43,90 \pm 8,35$ (orta düzey), DGH'nin ise ön test puan ortalamasının $42,24 \pm 9,15$ (orta düzey) olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu ön test STAI-II puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)

	Kontrol Grubu			Deney Grubu			t	p
	$\bar{x} \pm SS$	Medyan	(min-max)	$\bar{x} \pm SS$	Medyan	(min-max)		
STAI-I _Ön Test	43,37 $\pm$ 9,65	42	20-75	42,75 $\pm$ 11,25	42	24-67	t=0,357	p=0,721
STAI-I _Son Test	40,73 $\pm$ 10,58	39	21-69	33,32 $\pm$ 9,95	32	20-62	t=4,322	p=<0,001
Fark ($\bar{x}$)	-2,64			-9,42				
	t=1,956	p=0,054		t=6,402	p=<0,001			
STAI-II _Ön Test	43,90 $\pm$ 8,35	43	25-63	42,24 $\pm$ 9,15	41	21-66	t=1,141	p=0,256

* $\bar{x}$ =ortalama; SS=standart sapma; Fark ($\bar{x}$)= son test ile ön test arasındaki farkların ortalaması, t= Independent sample t testi

STAI-I= State-Trait Anxiety Inventory- Durumluk Anksiyete Ölçeği

STAI-II= State-Trait Anxiety Inventory- Süreklilik Anksiyete Ölçeği

4.3. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kontrol ve deney gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasına yer verildi. Tanıtıcı özellikler; bireysel özellikler (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7) ve kronik hastalık durumu (Tablo 4.8) olmak üzere iki bölümde incelendi.

4.3.1. Bireysel Özelliklere Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

KGH'nin bireysel özelliklerine göre STAI-I düzeyleri incelendiğinde (Tablo 4.5); yaş ile ön test ve son test STAI-I puan ortalamaları arasında ilişki saptanmadı (sırasıyla $r=0,064$, $r=-0,053$; $p>0,05$). Kadınların ön test STAI-I puan ortalamasının $46,88 \pm 10,27$ (yüksek düzey) ve erkeklerin ön test STAI-I puan ortalamasının $40,63 \pm 8,27$ (orta düzey) olduğu görüldü. KGH'nin cinsiyetine göre STAI-I ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların durumluk anksiyetesi ön test puan ortalamasının, erkeklere göre daha fazla olduğu belirlendi. KGH'nin STAI-I ön test puan ortalamaları ve cinsiyet arasında saptanan bu farklılığın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Kadınların STAI-I son test puan ortalamasının ise $44,56 \pm 10,41$ (yüksek düzey) olduğu, erkeklerin STAI-I son test puan ortalamasının $37,73 \pm 9,84$ (düşük düzey) olduğu belirlendi. KGH'nin STAI-I son test puan ortalamaları ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmış olup, kadınların STAI-I son test puan ortalamasının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.5). Bu araştırmadaki KGH'nin bireysel özelliklerinden eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, medeni durum, gelir durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumuna göre STAI-I ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$) (Tablo 4.5).

DGH'nin bireysel özelliklerinden yaş ile STAI-I son test değerleri arasında düşük düzeyde negatif ilişki belirlendi ($r = -0,251$, $p < 0,05$) (Tablo 4.6). DGH'de yaş arttıkça durumluk kaygıları son test puanlarının azaldığı görüldü. DGH'de cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, medeni durum, gelir durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumuna göre STAI-I ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.5: Kontrol Grubu Hastalarının Yaş ile Durumluk Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması (N=73)

		STAI-I _Ön test		STAI-I _Son Test				
Yaş		r=0,064	p=0,590	r=-0,053	p=0,658			
Kontrol Grubu		STAI-I _Ön test		STAI-I _Son Test		ÖnTest-Son Test Fark		
		Medyan		Medyan				
		$\bar{x} \pm SS$	(min-max)	$\bar{x} \pm SS$	(min-max)	$\bar{x} \pm SS$	U/H	p
Cinsiyet	Kadın	46,88±10,27	46,5 (28-75)	44,56±10,41	42 (29-69)	-2,31±12,59	U=640,5	p=0,863
	Erkek	40,63±8,27	40 (20-66)	37,73±9,84	36 (21-63)	-2,90±10,81		
		U= 416,5	p=0,008	U=412,5	p= 0,007			
Eğitim Durumu	İlköğretim	44,14±9,75	44 (28-75)	40,43±9,51	39 (21-69)	-3,71±11,12	H=1,311	p=0,519
	Ortaöğretim/ Lise	42,61±10,01	41,5 (20-66)	42,11±14,25	39 (22-64)	-0,50±13,74		
	Lisans/ Lisansüstü	37,00±3,65	37 (33-41)	38,25±2,99	39 (34-41)	1,25±1,89		
		H=2,544	p=0,280	H=0,111	p=0,946			
Çalışma Durumu	Evet	40,33±8,48	41 (20-56)	39,07±14,20	34 (21-64)	-1,27±11,20	U=396,5	p=0,599
	Hayır	44,16±9,84	43,5 (28-75)	41,16±9,54	40 (22-69)	-3,00±11,71		
		U= 355,5	p=0,277	U=353,5	p= 0,265			
Meslek	Memur	49,00±1,41	49 (48-50)	41,00±9,90	41 (34-48)	-8,00±11,31	H=1,046	p=0,903
	İşçi	39,56±7,11	39 (29-50)	37,00±11,25	35 (23-56)	-2,56±12,29		
	Serbest Meslek	40,33±7,83	44 (20-47)	39,83±13,04	34 (23-63)	-0,50±11,84		
	Diğer	46,37±10,91	44,5 (28-75)	42,80±10,73	40 (21-69)	-3,57±11,85		
	Çalışmıyor/Emekli	41,85±9,03	39 (32-66)	39,80±8,78	41 (22-62)	-2,05±11,48		
		H=6,269	p=0,180	H=3,372	p=0,498			
Medeni Durum	Evli	43,16±9,36	41,5 (20-68)	39,83±10,13	39(21-69)	-3,33±11,35	H=2,917	p=0,233
	Bekar	35,00±2,00	35 (33-37)	45,00±14,93	39 (34-62)	10,00±13,08		
	Boşanmış/ Dul	46,50±11,16	44,5 (31-75)	44,00±11,82	40,5 (29-64)	-2,50±11,33		
		H=4,214	p=0,122	H=1,153	p=0,562			
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	43,88±10,22	41 (28-75)	40,45±10,45	39 (21-64)	-3,42±11,45	H=0,224	p=0,894
	Gelirim giderime eşit	43,57±9,33	44 (20-68)	41,57±10,78	40 (23-69)	-2,00±12,09		
	Gelirim giderimden fazla	35,33±3,51	35 (32-39)	33,33±9,81	39 (22-39)	-2,00±7,21		
		H=3,219	p= 0,200	H=1,127	p=0,569			
Sigara Kullanımı	Evet	46,07±8,55	44,50 (36-66)	42,64±13,84	41 (23-64)	-3,43±13,49	H=1,014	p=0,602
	Hayır	43,44±10,45	41 (28-75)	40,19±9,31	39 (21-64)	-3,26±11,14		
	Braktım	40,81±7,99	42,5 (20-50)	40,50±11,18	37 (28-69)	-0,31±11,20		
		H= 1,896	p=0,387	H= 0,145	p= 0,930			
Alkol Kullanımı	Evet	44,50±7,78	44,5 (39-50)	33,00±14,14	33 (23-43)	-11,50±6,36	U=33,5	p=0,205
	Hayır	43,34±9,74	42 (20-75)	40,94±10,52	39 (21-69)	-2,39±11,59		
		U= 61,0	p= 0,735	U= 48,5	p= 0,446			

r= Pearson Korelasyon Testi, U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 4.6: Deney Grubu Hastalarının Yaş ile Durumluk Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması (N=71)

		STAI-I _Ön Test		STAI-I _Son Test				
Yaş		r= -0,160	p=0,181	r= -0,251	p=0,035*			
Deney Grubu		STAI-I _Ön Test		STAI-I _Son Test		ÖnTest-Son Test Fark		
		$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x} \pm SS$	U/H	p
Cinsiyet	Kadın	43,36±10,57	44 (25-67)	33,57±8,18	32,5 (21-56)	-9,79±11,21	U=589,5	p=0,883
	Erkek	42,35±11,77	40 (24-66)	33,16±11,04	30 (20-62)	-9,19±13,24		
		U= 546,0	p=0,510	U=531,0	p=0,403			
Eğitim Durumu	İlköğretim	41,84±10,66	41 (24-66)	32,94±9,68	31 (21-62)	-8,90±12,37	H=2,782	p=0,249
	Ortaöğretim/ Lise	45,26±13,25	43 (25-67)	33,05±10,53	30 (20-53)	-12,21±12,83		
	Lisans/ Lisansüstü	41,67±6,03	41 (36-48)	41,33±10,69	39 (32-53)	-0,33±4,73		
		H=0,951	p=0,622	H=2,177	p=0,337			
Çalışma Durumu	Evet	42,81±12,04	41 (24-66)	35,11±11,23	34 (20-62)	-7,70±15,30	U=519,5	p=0,377
	Hayır	42,70±10,87	43 (24-67)	32,23±9,03	30,5 (21-61)	-10,48±10,28		
		U= 577,5	p=0,845	U=499,5	p=0,262			
Meslek	Memur	36,00±7,07	36 (31-41)	31,00±1,41	31 (30-32)	-5,00±5,66	H=1,897	p=0,755
	İşçi	40,20±11,47	40 (24-60)	33,60±9,39	32 (21-53)	-6,60±11,11		
	Serbest Meslek	47,00±12,68	43,5 (27-66)	37,12±13,83	35 (20-62)	-9,88±17,81		
	Diğer	43,69±10,80	44 (25-67)	33,27±8,90	32,5 (21-56)	-10,42±10,75		
	Çalışmıyor/Emekli	39,33±9,50	39,5 (24-55)	28,42±5,26	29,5 (21-38)	-10,92±10,20		
		H= 4,180	p=0,382	H=3,585	p=0,465			
Medeni Durum	Evli	43,27±11,71	43 (24-67)	32,95±10,13	31 (20-61)	-10,33±12,09	H=2,917	p=0,233
	Bekar	37,60±7,92	41 (26-45)	34,40±5,59	36 (25-39)	-3,20±4,82		
	Boşanmış/ Dul	42,45±10,28	41 (30-59)	34,73±11,06	31 (23-62)	-7,73±15,85		
		H= 0,958	p= 0,619	H= 0,912	p= 0,634			
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	44,73±9,41	43 (30-64)	34,13±11,76	31 (21-61)	-10,60±12,11	H=0,132	p=0,936
	Gelirim giderime eşit	42,53±11,92	42 (24-67)	33,32±9,56	32 (21-62)	-9,21±12,79		
	Gelirim giderimden fazla	36,67±5,13	38 (31-41)	29,33±9,50	29 (20-39)	-7,33±9,24		
		H= 1,706	p= 0,426	H=0,646	p=0,724			
Sigara Kullanımı	Evet	44,44±12,69	42 (24-67)	34,44±10,86	32,50(20-62)	-10,00±16,95	H=12,71	p=0,530
	Hayır	41,86±10,95	42 (24-66)	33,36±8,79	32(21-56)	-8,50±10,31		
	Bıraktım	43,67±10,42	45 (26-64)	30,89±13,80	25 (21-61)	-12,78±12,10		
		H= 0,418	p= 0,811	H= 2,358	p=0,308			
Alkol Kullanımı	Evet	41,75±8,26	41,5 (32-52)	28,5±4,04	27,5 (25-34)	-13,25±9,39	U=106,0	p=0,485
	Hayır	42,81±11,45	42 (24-67)	33,61±10,13	32 (20-62)	-9,19±12,58		
		U=130,5	p=0,930	U=98,5	p=0,391			

r= Pearson Korelasyon Testi, U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi, *p <0,05

4.3.2. Bireysel Özelliklere Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

KGH'de yaş ile süreklilik kaygısı ön test değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

KGH'de cinsiyete göre STAI-II ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.7). Kadınların STAI-II ön test puan ortalamasının $47,59\pm7,21$ (yüksek düzey), erkeklerin STAI-II ön test puan ortalamasından $41,02\pm8,10$ (orta düzey) daha fazla olduğu belirlendi.

KGH'de eğitim durumu, çalışma durumu, meslek grubu, medeni durum, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı ile STAI-II ön test puan ortalamaları arasında fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

DGH'de yaş ile STAI-II ön test puan ortalamaları arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

DGH'de cinsiyet, çalışma durumu, meslek grubu, sigara ve alkol kullanımı ile STAI-II ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

DGH'de eğitim durumuna göre STAI-II ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ilköğretim olan hastaların ön test puan ortalamalarının ($44,35\pm8,62$ ve yüksek düzey), eğitim durumu ortaöğretim/lise olan ($38,21\pm9,01$ ve orta düzey) ve lisans/lisansüstü olan ($33,33\pm6,03$ ve düşük düzey) hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4.7).

DGH'de medeni durumuna göre ön test STAI-II puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Medeni durumu boşanmış/dul olan hastaların ($48,55\pm6,20$ ve yüksek düzey) STAI-II ön test puan ortalaması, evli olan ($41,04\pm9,28$ ve orta düzey) ve bekar olan ($41,60\pm8,88$ ve orta düzey) hastaların STAI-II ön test puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksekti.

DGH'nin STAI-II ön test puan ortalamasına bakıldığında; geliri giderinden az olan hastaların puanının $48,53\pm7,53$ (yüksek düzey), geliri giderine eşit olan hastaların puanının $41,23\pm8,62$ (orta düzey) ve geliri giderinden fazla olan hastaların puanının $28,67\pm2,08$ (düşük düzey) olduğu görüldü. DGH'de gelir durumu ve STAI-II ön test puan ortalamaları arasında farklılığın anlamlı olduğu, geliri giderinden az olan hastaların STAI-II ön test puanının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Kontrol ve Deney Grubunda Bulunan Hastaların Yaş ile Süreklilik Anksiyete Puan İlişkisi, Bireysel Özelliklerine Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Puan Ortalamaları Değerleri (N=144)

Kontrol Grubu (n=73)				Deney Grubu (n=71)	
STAI-II _Ön Test				STAI-II _Ön Test	
Yaş		r= 0,1180	p= 0,319	r= 0,043	p=0,724
		$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)
Cinsiyet	Kadın	47,59±7,21	49 (31-63)	44,04±7,70	43 (28-57)
	Erkek	41,02±8,10	41 (25-62)	41,07±9,90	40 (21-66)
		U= 332,5	p=<0,001	U= 448,0	p=0,070
Eğitim Durumu	İlköğretim	44,73±8,54	45 (30-63)	44,35±8,62	43 (27-66)
	Ortaöğretim/ Lise	43,06±7,53	42,5 (25-57)	38,21±9,01	40 (21-64)
	Lisans/ Lisansüstü	37,25±7,63	39 (27-44)	33,33±6,03	34 (27-39)
		H= 2,598	p=0,273	H= 11,501	p=0,003
Çalışma Durumu	Evet	40,53±6,53	42 (31-53)	43,15±9,04	41 (27-64)
	Hayır	44,78±8,59	45(25-63)	41,68±9,28	41 (21-66)
		U=302,0	p=0,069	U= 561,5	p=0,700
Meslek	Memur	43,00±4,24	43 (40-46)	48,50±4,95	48,5 (45-52)
	İşçi	39,44±5,92	40 (31-50)	40,27±6,70	39,00 (27-50)
	Serbest Meslek	43,25±8,07	41,50(34-57)	45,50±11,48	42,5 (28-66)
	Diğer	46,90±7,65	48,50(31-63)	42,62±9,36	42,00 (21-57)
	Çalışmıyor/Emekli	41,90±9,64	42,50 (25-62)	38,50±7,15	38,50 (28-51)
		H=8,930	p=0,063	H= 6,251	p=0,181
Medeni Durum	Evli	43,95±8,57	43,50(25-63)	41,04±9,28	41 (21-66)
	Bekar	34,33±6,66	36,00 (27-40)	41,60±8,88	43 (27-50)
	Boşanmış/ Dul	46,08±6,11	44,00 (37-57)	48,55±6,20	49 (39-57)
		H= 5,249	p= 0,072	H= 7,955	p=0,019
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	44,42±8,95	45,00 (27-63)	48,53±7,53	50 (39-66)
	Geliri giderine eşit	44,42±7,48	43,00 (30-62)	41,23±8,62	41 (21-64)
	Geliri giderinden fazla	34,33±8,62	36,00 (25-42)	28,67±2,08	28 (27-31)
		H= 3,458	p= 0,177	H= 14,657	p= <0,001
Sigara Kullanımı	Evet	36,00±7,07	36 (31-41)	42,28±9,77	40,5 (27-64)
	Hayır	44,13±8,31	43 (25-63)	41,36±8,39	41 (21-57)
	Bırakmış	41,13±6,27	41 (30-51)	46,44±11,29	41 (35-66)
		H= 2,856	p= 0,240	H= 1,008	p= 0,604
Alkol Kullanımı	Evet	36,00±7,07	36 (31-41)	42,75±4,92	41 (39-50)
	Hayır	44,13±8,31	43 (25-63)	42,21±9,37	41 (21-66)
		U= 29,0	p= 0,155	U= 131,5	p= 0,950

r= Pearson Korelasyon Testi , U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi, *p <0,05 **p< 0,001

4.3.3. Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Kronik hastalık durumuna göre kontrol grubu ve deney grubu hastalarının STAI-I ön test ve son test puan ortalamaları ve fark ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Kronik hastalık durumuna göre kontrol grubu ve deney grubu hastalarının STAI-II ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortalamaları ve Fark Değerlerinin Karşılaştırması, Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=144)

		STAI-I _Ön Test		STAI-I _Son Test		Ön Test-Son Test Fark			STAI-II _Ön Test	
		$\bar{x}\pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x}\pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x}\pm SS$	U/H	p	$\bar{x}\pm SS$	Medyan (min-max)
Kontrol Grubu (n=73)	Evet	43,11 $\pm$ 9,71	41 (20-75)	40,27 $\pm$ 10,55	39 (21-69)	-2,83 $\pm$ 11,81	U=197,0	p=0,524	43,83 $\pm$ 8,23	42,5 (25-63)
	Hayır	45,86 $\pm$ 9,37	49 (33-56)	45,00 $\pm$ 10,77	42 (34-64)	-0,86 $\pm$ 9,15			44,57 $\pm$ 10,05	49 (27-56)
		U= 178,0	p=0,320	U=171,0	p=0,260				U=204,0	p=0,613
Deney Grubu (n=71)	Evet	41,65 $\pm$ 10,89	41 (24-66)	33,24 $\pm$ 9,84	32 (21-61)	-8,41 $\pm$ 11,39	U=343,0	p=0,118	42,85 $\pm$ 9,55	41,5(21-66)
	Hayır	46,24 $\pm$ 11,99	43 (26-67)	33,59 $\pm$ 10,57	31 (20-62)	-12,65 $\pm$ 15,11			40,29 $\pm$ 7,69	40 (28-55)
		U=364,5	p=0,203	U=453,0	p=0,935				U= 379,0	p=0,280

U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi

4.4. HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLERE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

4.4.1. Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hastaların anksiyete düzeylerini etkileyebilecek özelliklere bakıldığında; KGH’de işlemin tıbbi adına bilme durumu, işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumu, bilgi alınan kişi, bilgi edinme şekli ve evde bakıma katılacak hasta yakını varlığına göre STAI-I ön test anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

KGH’de işlemin tıbbi adına bilme durumu, işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumu, bilgi alınan kişi, bilgi edinme şekli ve evde bakıma katılacak hasta yakını varlığına göre STAI-II ön test anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Kontrol Grubu Hastalarının Anksiyetesini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=73)

		STAI-I _Ön Test		STAI-II _Ön Test	
Kontrol Grubu		$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)
İşlemin tıbbi adını bilme durumu	Evet	40,33±8,77	41 (20-53)	40,60±6,71	41 (25-50)
	Hayır	44,16±9,78	43,5 (28-75)	44,76±8,56	44,5 (27-63)
		U=508,50	p=0,315	U=566,5	p=0,072
İşlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumu	Evet	42,15±8,30	41 (28-60)	42,51±7,26	42 (27-63)
	Hayır	44,76±10,95	45 (20-75)	45,50±9,29	46,5 (25-62)
		U=572,00	p=0,314	U=515,0	p=0,102
Bilgi alınan kişi	Bilgi almadı	44,76±10,95	45 (20-75)	45,50±9,29	46,5 (25-62)
	Hekim	41,27±7,94	40 (29-60)	41,12±6,05	42 (27-51)
	Hemşire	46,00±8,64	46 (31-60)	49,43±7,57	50 (40-63)
	Hekim ve hemşire	44,20±7,89	48 (32-52)	42,40±7,5	46 (30-49)
	Diğer	28,00	28 (28-28)	31,00	31 (31-31)
		H=5,44	p=0,142	H=8,051	p=0,055
Bilgi edinme şekli	Bilgi almayan	44,76±10,95	45 (20-75)	45,50±9,29	46,5 (25-62)
	Sözlü	42,15±8,30	41 (28-60)	42,51±7,26	42 (27-63)
		H=1,610	p=0,204	H=1,079	p=0,299
Evde bakıma katılacak hasta yakını varlığı	Evet	43,32±9,85	41 (20-75)	43,86±8,46	43 (25-63)
	Hayır	44,25±6,02	45,5 (36-50)	44,75±6,85	45 (37-51)
		U=121,00	p=0,700	U=82,0	p=0,842

U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi

DGH’de anksiyete düzeylerini etkileyebilecek özelliklere bakıldığında; işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi. DGH’de işlem öncesi bilgi almayan hastaların STAI-I ön test puanı ($44,79 \pm 10,88$ ve yüksek düzey) işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alan hastalara göre ($38,48 \pm 11,02$ ve orta düzey) daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,025$) (Tablo 4.10).

DGH’de işlemin tıbbi adına bilme durumu, bilgi alınan kişi, bilgi edinme şekli ve evde bakıma katılacak hasta yakını varlığına göre STAI-I ön test anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

DGH’de işlemin tıbbi adına bilme durumu, işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumu, bilgi alınan kişi, bilgi edinme şekli ve evde bakıma katılacak hasta yakını varlığına göre STAI-II ön test anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Deney Grubu Hastalarının Anksiyetesini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları (N=71)

		STAI-I _Ön Test		STAI-II _Ön Test	
		$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{x} \pm SS$	Medyan (min-max)
İşlemin tıbbi adını bilme durumu	Evet	41,35 $\pm$ 12,27	41 (24-66)	42,12 $\pm$ 10,17	43 (27-57)
	Hayır	43,19 $\pm$ 10,99	42,5 (25-67)	42,28 $\pm$ 8,91	41 (21-66)
		U=418,0	p=0,580	U=452,00	p=0,925
İşlem öncesi girişimle ilgili bilgi alma durumu	Evet	38,48 $\pm$ 11,02	39 (24-66)	41,48 $\pm$ 9,45	43 (27-57)
	Hayır	44,79 $\pm$ 10,88	45 (25-67)	42,60 $\pm$ 9,09	41 (21-66)
		U=370,00	p=0,025	U=544,5	p=0,926
Bilgi alınan kişi	Bilgi almadı	44,79 $\pm$ 11,00	45 (25-67)	42,64 $\pm$ 9,18	41 (21-66)
	Hekim	37,78 $\pm$ 12,11	38 (24-66)	42,22 $\pm$ 9,33	43 (27-57)
	Hemşire	41,67 $\pm$ 5,57	43 (32-48)	39,17 $\pm$ 9,43	40 (29-55)
		H=1,61	p=0,204	H=1,079	p=0,299
Bilgi edinme şekli	Bilgi almayan	44,79 $\pm$ 11,00	45 (25-67)	42,64 $\pm$ 9,18	41 (21-66)
	Sözlü	39,04 $\pm$ 11,01	41 (24-66)	41,48 $\pm$ 9,45	43 (27-57)
	Yazılı	32,00	32 (32-32)	41,00	41 (41-41)
		H=0,335	p=0,563	H=0,190	p=0,663
Evde bakıma katılacak hasta yakını varlığı	Evet	43,13 $\pm$ 11,53	43 (24-67)	42,05 $\pm$ 9,36	41 (21-61)
	Hayır	39,75 $\pm$ 8,76	38,5 (27-52)	43,75 $\pm$ 7,67	44 (28-51)
		U=209,0	p=0,434	U=208,0	p=0,423

U= Mann-Whitney U Testi; H= Kruskal-Wallis H Testi

5. TARTIŞMA

Girişimsel radyoloji tedavisi, geniş uygulama alanına sahip olup tedavi uygulamalarının çoğunluğunun lokal anestezi ile yapılıyor olmasından dolayı sağlık bakımı sisteminde her geçen gün daha fazla sayıda hastaya uygulanmaktadır (Mutlu, 2018). Girişimsel radyoloji birimlerinde yapılan uygulamalar gününbirlik cerrahi işlemler olduğundan, uygulamalar sonrası bireylerin takip ve bakım/tedavileri yapıldıktan sonra hastaneden çıkış işlemi genellikle aynı gün gerçekleştirmektedir (Mutlu, 2018). Daha önce yapılan çalışmalarda girişimsel radyoloji tedavi uygulamaları gününbirlik uygulamalar olmasına rağmen, uygulamalar sonrası hastaların bakımlarını devam ettirmek için taburculuk öncesi bakım/tedavi süreci, komplikasyonlar ve yaşam aktivitelerine ilişkin bilgiye gereksinim duydukları belirtilmektedir (Özşaker ve diğ., 2022; Salzmänn ve diğ., 2023). Bireylerin bilgi eksikliklerini gidermek, anksiyete düzeyinin azalmasına da yardımcı olması açısından önemlidir (Fatemah ve diğ., 2023; Karahan ve diğ., 2020; Habibzadeh ve diğ., 2018).

Gününbirlik cerrahi uygulamalar arasında yer alan girişimsel radyoloji uygulamalarında bireyler hafif düzeyden ciddi düzeye kadar ağrı ve anksiyete yaşamaktadırlar (Habibzadeh ve diğ., 2018; Öztaş ve İyigün, 2019). Girişimsel radyoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin, bireylerin anksiyete düzeyini değerlendirmelerinin; hastaların uygulanacak işleme uyumunu artıracak, komplikasyonları önleyecek ve hasta memnuniyetini arttıracak belirtilmektedir (Mutlu, 2018; Öztaş ve İyigün, 2019). Ayrıca sağlık kurumlarına başvuruları azaltmada dolayısıyla sağlık bakımı maliyetlerini de azaltmada yararlı olacağı belirtilmektedir (Fernández ve diğ., 2021; Ritz ve diğ., 2016).

Bu doğrultuda bu araştırma nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara verilen yapılandırılmış (kitaplık doğrultusunda) eğitimin hastaların anksiyete düzeylerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirildi.

Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür ışığında değerlendirilerek aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

- Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması
- Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastalara Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

- Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan/Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Düzeylerine Tartışılması

- Bireysel Özelliklere Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Bireysel Özelliklere Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Hastaların Anksiyete Düzeylerini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

- Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerinin tartışılması; bireysel özellikler, kronik hastalık özellikleri ve anksiyete düzeyini etkileyebilecek özellikler olarak üç bölümde ele alındı (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3).

5.1.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi olan hastaların bireysel özelliklerine bakıldığında (Tablo 4.1); hastaların %58,3'ünün (n=84) erkek ve yaş ortalamalarının $58,35 \pm 14,72$ (min=23-max=87) yıl olduğu belirlendi. Bu araştırmadaki erkek cinsiyet oranının (%58,3) nonvasküler girişimsel radyoloji (Çakın ve diğ., 2019), girişimsel radyoloji (Öztaş ve İyigün, 2019), perkütan nefrostomi (Fernández Cacho ve diğ., 2021; Özdemir, 2021) ve gününbirlik cerrahi (Gökmen, 2023; Ülkü, 2019) uygulanan bireylerle yapılan çalışmalarda erkek cinsiyet oranlarına benzer olduğu görüldü. Yaş ortalamasının da nonvasküler girişimsel radyoloji (Çakın ve diğ., 2019), girişimsel radyoloji (Öztaş ve İyigün, 2019), perkütan nefrostomi (Fernández Cacho ve diğ., 2021) ve gününbirlik cerrahi (Gül, 2019) örneklemelerinde yapılan çalışma bulgularına benzer olduğu saptandı.

Bu araştırmada yer alan hastaların medeni durumunun evli olması bulgusu daha önce yapılan çalışma bulgularına benzerlik gösterdi (Amini ve diğ., 2019; Aydal ve diğ., 2023; Choi ve diğ., 2022; Çevik, 2019; Gökmen, 2023).

Bu araştırmadaki hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; hastaların eğitim durumunun %69,4 oranında (n=100) ilköğretim olması daha önce yapılan ulusal (Çevik, 2019; Gül, 2019; Şişman ve Yener, 2023) ve uluslararası (Kalogianni ve diğ., 2016) çalışmalara benzerlik gösterdi. Ayrıca hastaların %70,8'inin (n=102) çalışmadığı, %38,9'unun (n=56) ev hanımı olduğu ve %62,5'un gelirlerinin giderlerine eşit olduğu (n=90) saptandı (Tablo 4.1). Hastaların çoğunluğunun çalışmadığı ve ev hanımı (Gül, 2019; Gökmen, 2023; Karabiber ve Dığın, 2023) olduğu, gelir durumlarının gider durumlarına eşit olduğu (Amini ve diğ., 2019; Karaveli ve diğ., 2012; Ülkü, 2019) bulgularının daha önce yapılan çalışma bulgularına paralel olduğu görüldü.

Araştırma örnekleminde yer alan hastaların %60,4'ünün (n=87) sigara içmediği ve %95,8'inin (n=138) alkol kullanmadığı belirlendi. Hastaların sigara içmediği (Amini ve diğ., 2019; Gökmen, 2023; Ülkü, 2019) ve alkol kullanmadığı (Gökmen, 2023; Ülkü, 2019) bulgusu daha önce yapılan benzer örneklemlerle çalışma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.1). Yaş grubu, çalışma durumu ve gelir durumu arasında yapılan karşılaştırmada ise istatistiksel farklılık görüldü (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,05$, $p<0,001$; Tablo 4.1) DGH ve KGH'nin yaş grupları dağılımı karşılaştırıldığında, gruplara göre yaş gruplarından 45 yaş ve altı bireyler ile 61 yaş ve üzeri bireyler arasında farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 4.1). DGH'deki 45 yaş altı hastaların oranının KGH'ye ve KGH'deki 61 yaş ve üzeri bireylerin oranının ise, DGH'ye göre daha fazla olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.1).

Hasta bireylerin çalışma durumu karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre gruplar arasında farklılık saptanmış olup, farklılığın çalışmayan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. KGH'de çalışmayan hastaların DGH'ye göre daha fazla olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.1). Gelir durumu karşılaştırıldığında da; gelir gider durumu arasında gruplar açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.1). DGH'de gelir durumu eşit olanların oranının, KGH'de gelir durumu eşit olanların oranına göre daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4.1).

Bu araştırmanın cinsiyet, yaş ortalaması, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma bulgularının benzer örneklemlerle ulusal ve uluslararası çalışmalara paralellik göstermesinden dolayı nonvasküler girişimsel tedavi uygulanan hasta örneklemini temsil ettiği düşünülmektedir. Ancak randomize olarak alınan deney ve kontrol grupları arasında yaş grubu, çalışma ve gelir gider durumu açısından farklılık saptandığı bulguları göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1.2. Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların kronik hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara (Tablo 4.2) bakıldığında, hastaların büyük çoğunluğunun (%83,3, n=120) kronik hastalığa sahip olduğu saptandı. Özşaker ve diğ., (2022) cerrahi hastalarında yaptıkları çalışmada da hastaların %71,8'inin kronik hastalığının olduğu görüldü.

Bu araştırma örnekleminde kronik hastalıklardan en çok onkolojik hastalıklar (%54,9, n=79), hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar (%34, n=49) ve diyabetes mellitusun (%26,4, n=38) görüldüğü belirlendi. Aydal ve diğ., (2023) ameliyat öncesi dönemde yaptıkları çalışmada da araştırma bulgularına benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerin oranının %70,14 olduğu saptandı. Bu çalışmada kronik hastalıklardan kardiyovasküler hastalıkların görülme oranının %34 (n=49) ve diabetes mellitus görülme oranının %26,4 (n=38) olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde hastalarda kronik hastalıklardan en yüksek oranlarda hipertansiyonun görüldüğü ve ardından diabetes mellitusun görüldüğü saptandı (Aydal ve diğ., 2023, Cengizhan, 2018; Kalogianni ve diğ., 2016).

Bu çalışmadaki kronik hastalık bulunma durumu deney ve kontrol gruplarında farklılık göstermiş olup, KGH'nin DGH'ye göre daha yüksek oranda kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.2). Kronik hastalık türü dağılımı açısından deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırma yapıldığında; onkolojik hastalığı bulunanlar ($p<0,05$; Tablo 4.2) dışında diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık gibi ele alınan tüm kronik hastalıkların türlerinin dağılımında farklılık bulunmamaktaydı ($p>0,05$; Tablo 4.2). Bu doğrultuda bu çalışmada, kontrol grubunda onkolojik hastaların daha fazla bulunduğu göz önüne alınmalıdır.

5.1.3. Anksiyete Düzeyini Etkileyebilecek Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların %22,3'ünün (n=22) işlemin adını bildiği ve hastaların %43'ünün (n=62) uygulama öncesi işlem ile ilgili bilgi aldığı saptandı (Tablo 4.3). Bu bulgular doğrultusunda hastaların çoğunluğunun yapılacak işlemin adını bilmediği ve yeterli bilgi almadıkları belirlendi. Alacadağ ve Çilingir'in (2018) hastaların ameliyat öncesi dönemde işlem hazırlığı hakkında bilgi alma durumlarını inceledikleri çalışmada da, hastaların %84,1'inin ameliyat öncesi ön değerlendirme için hastaneye gelmeleri gerektiğini bildiği ancak %66,2'sinin günübirlik cerrahi sürecinin aşamaları hakkında herhangi bir bilgi almadıklarını ifade ettikleri görüldü.

Benzer şekilde Öztaş ve İyigün'ün (2019) girişimsel radyoloji işlemi öncesinde, Çelebi'nin (2015) günübirlik cerrahide, Karaveli ve diğerlerinin (2012) port işlemi öncesinde hastalarla yaptıkları çalışmada da; hastaların bilgi gereksinimlerini saptamaları, hasta eğitimi eksikliğine dair dikkat çekmektedir.

Araştırma örneklemindeki bilgi alan hastaların %29,86'sinin (n=43) bilgi aldıkları kişinin hekim olduğunu ve %9,02'si (n=13) ise hemşire olduğunu ifade ettiği belirlendi. Hastaların %43,05'i (n=62) bilgiyi sözlü olarak, %0,69'u (n=1) ise bilgiyi yazılı olarak edindiklerini belirtti. Günübirlik cerrahisinde veya ameliyat öncesi dönemde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, uygulama yapılacak hastaların çoğunluğunun hekim tarafından, daha azının hemşireler tarafından bilgilendirildikleri (Çay, 2011; Yılmaz, 2022) ya da çoğunluğunun hekim tarafından (Alacadağ ve Çilingir, 2018) bilgilendirilmek istedikleri saptandı.

Öte yandan bu çalışma ve daha önce yapılan çalışmalara (Özşaker ve diğ., 2019; Rosén ve diğ., 2008; Şişman ve Yener, 2023;) bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunun işlem öncesi yeterli bilgilendirme yapılmadığını ve yapılandırılmış (kitapçık/broşür vb.) eğitim almadığını ifade ettikleri saptandı. Ayrıca Çay'ın (2011) günübirlik cerrahi sonrası hastaların yaşadığı sorunların değerlendirilmesine ilişkin yaptığı çalışmada katılımcıların %82,9'unun işlem sonrası da evde bakıma dair bilgilendirilmediği görüldü.

Bu araştırmada anksiyeteyi etkileyebileceği düşünülen özelliklerden biri olarak taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakınının olması ele alındı. Hastaların büyük çoğunluğunun (%91,6, n=132) taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakının olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Mutlu'nun (2018) nefrostomi uygulanacak hastalarda eğitimin anksiyete ve ağrı üzerindeki etkisini incelediği çalışmada da, hastaların çoğunluğunun evde birinci derecede hasta yakınının bulunmakta olduğu bu araştırma bulgularına benzerlik gösterdi.

Deney ve kontrol gruplarına göre anksiyete düzeyini etkileyebilecek özellikler karşılaştırıldığında KGH'nin %20,5'i (n=15), DGH'nin %23,9'u (n=17) işlemin tıbbi adını bildiğini ifade etti. İşlemin tıbbi adını bildiğini belirten bireylerin oranı gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p>0,05$; Tablo 4.3).

İşlem öncesi girişimle ilgili bilgi alan bireylerin oranı KGH'de %53,4 (n=39), DGH'de %32,4 (n=23) olup, bilgi alanların oranının kontrol grubu hastalarında istatistiksel açıdan daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Bilgi aldıkları kişiler açısından deney ve kontrol grubu hastaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında hekim ya da hemşireden bilgi alma arasında farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3). Ancak hekim ve hemşirenin her ikisinden bilgi aldığını ifade edenlerin oranının KGH'de %6,8 (n=5) olduğu, DGH'nin ise hekim ve hemşirenin her ikisinden birlikte bilgi almadıkları görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Bu araştırmada KGH'de sözlü bilgi aldığını belirtenlerin oranının (%53,4; n=39), DGH'ye (%32, n=23) göre daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

Taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakını açısından deney ve kontrol gruplarında farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3). Bu araştırmada anksiyete düzeyini etkileyebilecek faktörler olarak ele alınan işlem ile ilgili bilgi alma, hekim ve hemşireden bilgi alma, sözlü bilgi aldığını belirtme oranının KGH’de DGH’ye göre daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu görüldü. Bu doğrultuda eğitimin etkinliği değerlendirilirken KGH’nin başlangıçta bilgilerinin fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

5.2. HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Ölçek Puan/Farklarının ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada KGH’ye işlem sonrası klinikte uygulanan sözlü eğitim verilmiş olup, DGH’ye işlem sonrası hem klinikte uygulanan sözlü eğitim verilirken hem de yüz yüze yazılı yapılandırılmış (kitapçık doğrultusunda) eğitim gerçekleştirilmiştir.

Hastaların anksiyete düzeylerine bakıldığında;

Hastaların işlem öncesi (ön test) durumluk anksiyete düzeylerinin STAI-I ölçeği ile değerlendirildiği bu araştırmada ölçekten KGH’nin $43,37\pm9,65$ ve DGH’nin $42,75\pm11,25$ puan aldığı, aralarında anlamlı farklılığın olmadığı hastaların orta düzeyde anksiyete ifade ettikleri belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.4). KGH’nin son test STAI-I puan ortalamalarının ($40,73\pm10,58$) orta düzeyde olduğu ve DGH’nin son test STAI-I puan ortalamalarının ($33,32\pm9,95$) düşük düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Bu araştırmadaki hastaların işlem öncesi durumluk anksiyete düzeyinin orta düzeyde olması, lomber disk hernisi ve kolesistektomi ameliyatı (Amini ve diğ., 2019), Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) işlemi (Çevik, 2019), nefrostomi (Mutlu, 2018) uygulanacak hastalarla yapılan çalışma bulgularına benzerlik gösterdi. Ancak Abbasnia ve diğerlerinin (2023) laparoskopik kolesistektomi ve Ceyhan ve diğerlerinin (2018) endoskopi yapılacak hastalarda anksiyetenin yüksek düzeyde olduğunun saptanmasına benzerlik göstermedi.

Literatürde gününbirlik cerrahi uygulamalar arasında yer alan girişimsel radyoloji uygulamalarında bireylerin hafif düzeyden ciddi düzeye kadar anksiyete yaşamakta olduğu belirtilmektedir (Öztaş ve İyigün, 2019).

Bu çalışmada hastaların orta düzeyde durumluk anksiyetesi olduğunun saptanması, yapılan tedavi uygulama tür/çeşidi ve örneklem farklılığından ileri gelebileceği düşünüldü.

Hastaların süreklilik anksiyete düzeylerinin STAI-II ile belirlendiği bu çalışmada yer alan KGH'nin işlem öncesi (ön test) $43,90 \pm 8,35$ (orta düzey) ve DGH'nin $42,24 \pm 9,15$ (orta düzey) puan aldığı görüldü (Tablo 4.4). Bu araştırma bulgularına benzer şekilde, gününbirlik cerrahi işlemlerinden rinoplasti cerrahisi (Topan ve diğ., 2022), biyopsi işlemi (Savaş ve Erdoğan., 2023) ve endoskopi işlemi (Çevik, 2019) yapılan çalışmalardaki deney ve kontrol grubu hastalarının süreklilik anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptandı.

Verilen eğitimin anksiyete düzeyi üzerine etkisine bakıldığında;

Deney ve kontrol grupları arasında STAI-I puan ortalamaları açısından ön testte anlamlı farklılık saptanmazken ($p > 0,05$) (Tablo 4.4), son testte DGH'nin STAI-I puan ortalamasının ($33,32 \pm 9,95$), KGH'ye ($40,73 \pm 10,58$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha az olduğu belirlendi ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Bu araştırma bulgusuna benzer olarak, Bozkurt ve diğerlerinin (2023) preoperatif dönemde perkütan nefrostomi girişimine ilişkin eğitim videosunun anksiyete düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada kontrol grubu hastalarında bilgilendirme öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, deney grubu hastalarında bilgilendirme sonrası durumluk anksiyete puanlarında anlamlı bir azalma görülmüştür. Bu araştırmaya benzer olarak nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan hastalarla ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olsa da, gününbirlik cerrahi birimlerinde hasta eğitiminin anksiyete üzerine etkisini inceleyen araştırmalar mevcuttur. Nitekim Topan ve diğerlerinin (2022) rinoplasti ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verdikleri eğitimin kaygı, ağrı ve memnuniyet düzeylerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, deney grubunun orta düzeyde olan durumluk anksiyete düzeyinin eğitim sonrasında düşük düzeye düştüğü görüldü. Çevik'in (2019) ERCP işlemi yapılacak hastalara preoperatif dönemde video destekli eğitimin anksiyete düzeyi üzerine etkisini inceleyen çalışmasında da deney grubunun işlem öncesi durumluk kaygıları orta düzey ($40,05 \pm 3,94$) iken; işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamasının düşük düzeye ($32,65 \pm 4,10$) indiği saptandı. Aynı çalışmada kontrol grubunun işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalaması orta düzey ($39,54 \pm 3,47$) iken; işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalaması orta düzey ($42,82 \pm 4,21$) olarak saptanması da bu araştırma bulgularına paraleldi.

Ceyhan ve diğerlerinin (2018) gününbirlik cerrahi işlemlerden biri olan endoskopi işlemi yapılan hastalarla yaptıkları çalışmada da eğitim verilen deney grubu hastaların yüksek düzeyde saptanan anksiyete puanının işlem sonrası orta düzeye azaldığı belirlendi.

Choi ve diğerlerinin (2022) serebral anjiyografi yapılacak hastalara verilen eğitimin anksiyete üzerine etkisini inceledikleri araştırmada da deney grubu hastalarının yüksek düzey durumluk anksiyete puanının orta düzeye azaldığı, kontrol grubunun ise anksiyetesinin yüksek düzeyde kaldığı belirlendi.

Amini ve diğerlerinin (2019) lomber disk hernisi ve kolesistektomi ameliyatı olan bireylere işlem öncesi eğitimin anksiyete düzeyine etkisinin karşılaştırıldığı araştırmada sözel eğitim ve kitapçık eğitimi verilen grubun eğitim sonrası anksiyete düzeyinin orta seviyeden hafif düzeye düştüğü, kontrol grubunda ise kaygı düzeyinin orta düzeyden yüksek düzeye çıktığı saptandı. Aynı çalışmada sözel, yazılı ve rutin eğitim gerçekleştirmiş olup; sözel ve yazılı eğitimin rutin sözel eğitime göre bireylerin anksiyete düzeyini önemli ölçüde azalttığını ancak sözel ve yazılı eğitim arasında anksiyete düzeyini azalttığına dair anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır. Gökçe ve Arslan'ın (2019) koroner anjiyografi uygulanan bireylerde video ve yazılı eğitimin anksiyete düzeyine olası etkisini inceledikleri araştırmada eğitim sonrası video ve yazılı eğitim grubunun durumluk kaygı düzeyinin, kontrol grubundan daha fazla azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşıldı. Zhang ve diğerlerinin (2019) çalışmasında katarakt cerrahisinde hasta eğitim videosunun deney grubundaki bireylerin ameliyat günü durumluk anksiyete düzeylerini anlamlı derecede azalttığı belirlendi. Ancak Mutlu'nun (2018) nefrostomi yapılacak hastalara eğitim uyguladığı deney grubunda bulunan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamasının ($39,40 \pm 9,76$), kontrol grubuna göre ($43,96 \pm 10,73$) daha düşük olarak bulunmuş, ancak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Öte yandan bu bulgulardan farklı olan bir başka çalışmada laparoskopik kolesistektomi işlemi yapılan kontrol grubunda bulunan hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin işlem öncesi ve sonrası değişmediği saptandı, ancak deney grubuna göre anksiyete düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu görüldü (Abbasnia ve diğ., 2023). Literatür incelendiğinde eğitimde verilen bilgilerin bireylerin hastalık hakkındaki farkındalık durumlarını artırarak durumluluk anksiyete düzeyini arttırdığına ilişkin çalışmalar da bulunduğu belirlendi. İnal'ın (2018) preoperatif dönemde verilen planlı eğitimin anksiyete ve ağrı üzerine etkilerini inceleyen araştırmasında da deney grubunun eğitim öncesi durumluk anksiyete ortalaması puanın ($42,15 \pm 5,84$), eğitim sonrası puana ($44,52 \pm 4,62$) göre, anlamlı olarak arttığı bulunmuştur.

Bu araştırmada ve daha önce yapılan çalışmaların çoğunluğunda eğitim sonrası DGH'nin STAI-I puanlarının KGH'ye göre düşük olduğunun saptanması eğitimin durumluk anksiyetesini azaltma üzerine etkisini göstermektedir.

Bu sonuç nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanacak olan hastalarda eğitimin durumluk anksiyetesini azaltmada önemli olduğunu göstermektedir.

Deney ve kontrol gruplarında STAI-II ön test puanının sırasıyla $42,24 \pm 9,15$ ve $43,90 \pm 8,35$ olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Deney ve kontrol grupları içinde ve arasında süreklilik anksiyete ön test puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.4).

Benzer şekilde Işık Andsoy ve Kara'nın (2018) pilonidal sinüs ameliyatı preoperatif dönemde verilen eğitimin bireylerin anksiyete düzeyine ve konforuna etkisini inceledikleri çalışmada eğitim verilen hastaların durumluk-süreklilik kaygı ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuşlardı. Topan ve diğerlerinin (2022) rinoplasti cerrahisinde preoperatif dönemde hasta eğitiminin süreklilik anksiyete puanında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark gözlenmedi. Savaş Erdoğan ve diğerlerinin (2021) deri biyopsisi öncesi video tabanlı hasta eğitiminin anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini inceledikleri çalışmada gruplar arası anlamlı fark gözlenmezken, deney grubu hastalarında anksiyete düzeyinin hem fizyolojik hem psikolojik olarak önemli ölçüde azaldığını, kontrol grup hastalarında anksiyete düzeyinin yalnızca fizyolojik olarak azaldığı sonucuna ulaşmışlardır.

Sonuç olarak işlem öncesi verilen eğitimin hastaların durumluk anksiyete düzeyini azalttığı yönündeki hipotezimiz yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur (Bozkurt ve diğ., 2023; Ceyhan ve diğ., 2018; Choi ve diğ., 2022; Gökçe ve Arslan, 2019; Mutlu, 2018; Topan ve diğ., 2022; Jamwal ve diğ., 2023) Bu doğrultuda bu araştırmada nonvasküler girişimsel tedavi uygulanan hastalarda eğitim sonrası durumluk anksiyetenin azaldığı saptandı.

Literatür ışığında elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışıldığında “H₁: Nonvasküler girişimsel radyoloji uygulanan yapılandırılmış yazılı eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyi, klinikte sözlü eğitim verilen hastaların durumluk anksiyete düzeyine göre daha düşüktür” hipotezi kabul edildi.

5.3. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri olarak bireysel özellikler ve kronik hastalık durumu ele alındı. Bu bölümde kontrol ve deney grubunun bireysel özelliklerine göre durumluk anksiyete düzeylerine (Tablo 4.5, Tablo 4.6) ve süreklilik anksiyete ön test düzeylerine (Tablo 4.7) ilişkin bulgular tartışıldı. Kronik hastalık durumuna göre durumluk anksiyete düzeyi ve süreklilik anksiyete ön test düzeyine (Tablo 4.8) ilişkin bulgular tartışıldı.

5.3.1. Bireysel Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Ön Test- Son Test Düzeylerinin Tartışılması

Bireysel özelliklere göre anksiyete düzeylerine bakıldığında;

KGH'de yaş ile STAI-I ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla $r = 0,064$, $r = -0,053$; $p > 0,05$) (Tablo 4.5). DGH'de yaş ile STAI-I son test değerleri arasında düşük düzeyde negatif ilişki görüldü ($r = -0,251$; $p < 0,05$) (Tablo 4.6). Bu araştırmada deney grubundaki gençlerin durumluk kaygılarının fazla olduğu belirlendi. Bu bulguya benzer şekilde, Şişman ve Yener (2023) girişimsel radyolojide hasta bireye verilen eğitimin kaygı ve ağrıya etkisini inceleyen çalışmalarında yaş ve durumluk kaygı puanı arasında anlamlı fark olduğu yaş arttıkça durumluk anksiyete düzeyinin azaldığı görüldü.

Kontrol grubunda yer alan hastaların cinsiyetine göre STAI-I ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların STAI-I puan ortalamasının yüksek düzeyde ($46,88 \pm 10,27$) olduğu ve kadınların STAI-I düzeylerinin erkeklerin orta düzeydeki ($40,63 \pm 8,27$) anksiyetelerine göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4.5). STAI-I son test puan ortalamasında da kadınların STAI-I puan ortalamasının ($44,56 \pm 10,41$), erkeklerin puan ortalamasına göre ($37,73 \pm 9,84$) daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 4.5).

Deney grubunda yer alan hastaların cinsiyetine göre durumluk ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.6). Özşaker ve diğerlerinin (2022) cerrahi hastalarının bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada ve Şavk ve diğerlerinin (2022) cerrahi hastalarının işlem öncesi hastalık algısı ve anksiyete seviyesinin belirlenmesi ile ilgili çalışmada da cerrahi işlem uygulanacak kadınların durumluk anksiyete puanlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu görüldü. Bereket'in (2014) gününbirlik cerrahide yaptığı çalışmasında ise kadınların durumluk anksiyete puanlarının erkeklerden yüksek ancak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi.

Karaveli ve diğerlerinin (2012) port işlemi uygulanacak hastalara preoperatif dönemde bilgi verilmesinin anksiyete ile ilişkisini inceledikleri çalışmada bireylerin cinsiyetine göre durumluk kaygı düzeyine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alacadağ ve Çilingir'in (2018) hastaların ameliyat öncesi dönemde işlem hazırlığı hakkında bilgi alma durumlarını inceledikleri çalışmada ameliyat öncesi dönemde durumluk anksiyete puan ortalamasının erkeklerde ($40,2 \pm 4,4$) ve kadınlarda ($38,4 \pm 5,4$) orta düzey olduğu, farklılığın anlamlı olmadığı görüldü.

5.3.2. Bireysel Özelliklerine Göre Süreklilik Anksiyete Ön Test Düzeylerinin Tartışılması

Bu çalışmada KGH'deki kadınların STAI-II ön test puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0,001$) (Tablo 4.7). Karaveli ve diğerlerinin (2012) port işlemi uygulanacak hastalar ile yaptıkları çalışmada kadınların süreklilik kaygı düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Benzer şekilde Alacadağ ve Çilingir'in (2018) ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyi ve gününbirlik cerrahi hastalarının bilgi gereksinimlerini inceledikleri çalışmada süreklilik anksiyete puan ortalamasının kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Fathi ve diğerlerinin (2014) kalp ameliyatı olacak bireylerin anksiyete düzeylerini belirledikleri çalışmada yaşın süreklilik kaygı düzeyi ile ilişkili olmadığı bu araştırma bulgularına benzerdi ancak farklı olarak yaşı fazla olan hastaların işlem öncesi durumluk anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca yapılan bir sistematik derlemede kadınlarda anksiyete görülme oranının erkeklere göre daha fazla olduğu, erkeklere göre daha fazla preoperatif anksiyete belirtileri gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Bedaso ve diğ., 2022).

Bu çalışmada ve daha önce yapılan araştırma bulgularında çoğunlukla kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklere göre yüksek olduğunun saptanması, kadınların anksiyetelerini erkeklere göre daha rahat ifade etmeleri ile ilişkili olduğu düşünüldü. Nitekim literatürde kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olmasının nedeni olarak, kadınların sorunlarını erkeklere göre daha fazla ifade etmelerinden ileri gelebileceği belirtilmektedir (Taşdemir, 2013). Bu çalışmadaki nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanacak kadın hastaların anksiyetelerinin fazla olmasının nedeni, kadının toplumdaki rolü gereği işlem sonrası kateter takılması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Bu araştırmada KGH’de eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, medeni durum, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı ile STAI-II ön test puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7)

DGH’de eğitim durumu ilköğretim olan STAI-II ön test puanı ortalamalarının, eğitim durumu ortaöğretim/lise olan ve lisans/lisansüstü olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4.7). Cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimi ve anksiyete düzeyi ilişkisini inceleyen bir çalışmada da ilköğretim mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre süreklilik anksiyete puanları anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Özşaker ve diğ., 2022). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarla yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça kaygı puanının azaldığı görüldü (Yel ve diğ., 2020). Öte yandan daha önce yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı (Bereket, 2014) ya da en yüksek kaygı puanının üniversite mezunu olan kişilere ait olduğuna ilişkin bulgulara da rastlanılmaktadır (Karabiber ve Dığın, 2023).

DGH’de medeni durumu boşanmış/dul olanların STAI-II ön test puan ortalamalarının, evli olan ve bekar olan hastaların STAI-II puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Yel ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da evli bireylerin dul olan bireylere göre süreklilik anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu saptandı. Kalp ameliyatı olacak bireyler ile ilgili bir çalışmada da dul/boşanmış hastaların daha fazla durumluk ve süreklilik anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (Fathi ve diğ., 2014). Evli bireylerin eşlerinden ve bekar bireylerin çevrelerinden alacağı sosyal desteğin anksiyete ile baş etmede yararlı olacağı düşünüldüğünde, dul/boşanmış olmanın süreklilik kaygı düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

DGH’de geliri giderinden az olanların STAI-II ön test puanının, geliri giderine eşit olan hastaların puanından ve geliri giderinden fazla olan hastaların STAI-II puanından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.7). Karaokur’un (2019) lomber disk hernisi hastaları ve Biçersoy’un (2015) gününbirlik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, geliri giderinden az olan bireylerin süreklilik kaygı düzeyinin; geliri giderinden fazla veya eşit olan bireylerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bedaso ve diğerlerinin (2022) yaptıkları sistematik derlemede de gelir düzeyi giderinden daha az olan bireylerin, cerrahi işlem öncesi anksiyete belirtilerini yaşama olasılığı daha yüksek olduğu belirtilmekte idi.

5.3.3. Kronik Hastalık Durumuna Göre Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Tartışılması

Bu araştırmada kontrol ve deney grubu hastalarının kronik hastalık durumuna göre STAI-I ön test ve son test puan/fark ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Bu araştırma bulgusuna benzer şekilde cerrahi hastalarında yapılan (Özşaker ve diğ., 2022), ve gününbirlik cerrahi hastalarında yapılan (Biçersoy, 2015) çalışmalarda da kronik hastalık varlığı ile durumluk anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadığı görüldü. Öte yandan Şişman ve Yener (2023) girişimsel radyoloji biriminde hasta bireylere verilen eğitimin anksiyete ve ağrıya etkisini inceledikleri çalışmalarında ailede hastalık öyküsünün olması ve durumluk kaygı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

KGH ve DGH'deki hastaların kronik hastalık durumuna göre, STAI-II ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak, Şavk ve diğerlerinin (2022) preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ile anksiyete düzeyinin saptanmasına ilişkin yaptıkları çalışmada ek/ilave hastalığı olan bireylerin anksiyete düzeyleri, ek/ilave hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Karabiber ve Dığın'ın (2023) cerrahi işlem geçirecek hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri araştırmada da kronik hastalığı olanların anksiyete puanlarının kronik hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.4. HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYİNİ ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLERE GÖRE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.4.1. Anksiyeteyi Etkileyebilecek Özelliklere Göre Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmadaki kontrol ve deney grubu hastaların anksiyetesini etkileyebilecek özelliklerden işlemin tıbbi adını bilme, bilgi alınan kişi, bilgi edinme şekli ve evde bakıma katılacak hasta yakını varlığına göre durumluk anksiyete ön testte ve süreklilik ön testte aldıkları puan karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10).

Ancak DGH’de işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alan hastaların ön test STAI-I puanlarının, bilgi almayan hastaların STAI-I puanlarına göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu araştırmada ele alınan anksiyeteyi etkileyebilecek faktörlerden sadece bilginin kim tarafından verildiği ile karşılaştırıldığı görüldü. Bu araştırmada, bilgiyi edindikleri kişi ile durumluk anksiyetesi arasında fark saptanmamıştı ancak Bereket (2014) yaptığı çalışmada ise bilgiyi hekim tarafından alan hastaların, bilgiyi hemşire tarafından alan hastalara göre durumluk kaygı düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştu. Bilgi alan hastaların durumluk anksiyetesinin bilgi almayan hastalara göre az olduğu görüldü. Öte yandan faktörlere ilişkin durumun tespit edilmeye çalışıldığı görüldü.

Nitekim Yılmaz (2022) karaciğer biyopsi yapılan hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesi hakkında yaptığı araştırmada hastaların dörtte biri biyopsi işleminin riskleri hakkında detaylı şekilde bilgilendirilmediğini ifade ettiği belirlendi. Özşaker ve diğerlerinin (2022) yaptıkları çalışmada da cerrahi hastalarının taburculuğa ilişkin öğrenme gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu, bireylerin en fazla bilgi gereksiniminin ilaçlar, tedavi, yaşanabilecek olumsuzluklar ve yaşam aktiviteleri konuları ile ilişkili olduğu sonucunu ortaya koymuşlardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda;

- Hastaların %58,3'ünün (n=84) cinsiyetinin erkek, yaş ortalamalarının $58,35 \pm 14,72$ yıl ve %48,61'inin (n=70) 61 yaş ve üzeri yaş grubunda, %78,5'inin (n=113) evli, %69,4'ünün (n=100) ilköğretim mezunu, %70,8'inin (n=102) çalışmadığı, %38,9'unun (n=56) mesleğinin diğer kategoride (ev hanımı) olduğu (Tablo 4.1),
- %62,5'inin (n=90) gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %60,4'ünün (n=87) sigara içmediği ve %95,8'inin (n=138) alkol kullanmadığı (Tablo 4.1),
- DGH'deki çalışmayan hastaların (%62, n=44), 45 yaş ve altı bireylerin (%32,4, n=23) ve gelir-giderine eşit olan hastaların (%74,6, n=53); KGH'deki çalışmayan hastalardan (%58, n=79,5), 45 yaş ve altı bireylerden (%13,7, n=10) ve gelir-giderine eşit olan hastalardan (%50,7, n=37) daha fazla olduğu ($p < 0,05$) (Tablo 4.1),
- DGH ve KGH'deki hastaların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum ,sigara ve alkol kullanımı dağılımı karşılaştırıldığında grupların homojen olduğu ($p > 0,05$) (Tablo 4.1),
- KGH'nin (%90,4, n=66), DGH'ye göre (%76,1, n=54) daha fazla oranda kronik hastalığa sahip olduğu ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.),
- DGH ve KGH'nin kronik hastalıklarına göre dağılımının homojen olduğu ancak yalnızca onkolojik hastalığı olan bireylerin KGH'de (%63, n=46) DGH'ye göre (%46,5 , n=33) daha fazla olduğu ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.),
- Anksiyete düzeylerini etkileyebilecek özelliklere bakıldığında ise hastaların %22,3'ü (n=22) işlemin adını bildiğini, %43'ü (n=62) işlem öncesi bilgi aldığını ifade ettiği, bilgi alanların %29,9'u (n=43) hekim, %9'u (n=13) hemşire, %3,5'i (n=5) hekim ve hemşire tarafından bilgi edindiği (Tablo 4.3),
- Hastaların %43'ü (n=62) sözlü olarak, %0,7'si (n=1) yazılı olarak bilgi edindiklerini, %56,3'ü (n=81) ise sözlü veya yazılı olarak bilgi almadığı (Tablo 4.3),
- Bireylerin işlem öncesi bilgi alma durumunun KGH'de (%53,4, n=39), DGH'ye (%32,4, n=23) göre daha fazla olduğu ($p < 0,05$) (Tablo 4.3),

- DGH’de hiç kimseden bilgi almadığını ifade eden hastaların oranının (%67,6, n=48), KGH’ye göre (%46,6, n=34) daha fazla olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3),
- DGH’de (%66,2, n=47) sözlü veya yazılı bilgi almayan bireylerin KGH’ye (%46,6, n=34) göre daha fazla olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3),
- Bireylerin çoğunluğunun (%91,6, n=132) taburculuk sonrası evde bakıma katılacak hasta yakınının olduğu (Tablo 4.3),
- KGH’nin klinikte verilen sözlü eğitim öncesi STAI-I ön test puan ortalamasının $43,37\pm9,65$ (orta düzey) ve son test puan ortalamasının $40,73\pm10,58$ (orta düzey) olduğu (Tablo 4.4),
- DGH’nin yapılandırılmış yazılı eğitim öncesi STAI-I ön test puan ortalamasının $42,75\pm11,25$ (orta düzey) ve son test puan ortalamasının $33,32\pm9,95$ (düşük düzey) olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.4),
- Kadınların ön test STAI-I puan ortalamasının ($46,88\pm10,27$, yüksek düzey), erkeklere ($40,63\pm8,27$, orta düzey) göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.5),
- KGH ve DGH’nin bireysel özelliklerine bakıldığında eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, medeni durum, gelir durumu, sigara ve alkol kullanım durumuna göre STAI-I ön test-son test karşılaştırılmasında farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.5., Tablo 4.6),
- Ancak DGH’de yaş arttıkça STAI-I son test puanlarının azaldığı ($r = -0,251$, $p<0,05$) (Tablo 4.6),
- KGH’de kadınların STAI-II ön test puan ortalamasının ($47,59\pm7,21$ ve yüksek düzey) erkeklere göre ($41,02\pm8,10$, ve orta düzey) daha yüksek olduğu ($p<0,001$) (Tablo 4.7),
- DGH’de eğitim durumu ilköğretim olan ($44,35\pm8,62$ ve yüksek düzey) ve medeni durumu boşanmış/dul olan hastaların ($41,04\pm9,28$ ve orta düzey) STAI-II ön test puanının daha yüksek olduğu (sırasıyla $p<0,01$, $p<0,05$) (Tablo 4.7),
- DGH’de geliri giderinden az olan hastaların ($48,53\pm7,53$, yüksek düzey), STAI-II ön test puan ortalamasının, geliri giderine eşit olan hastaların puan ortalamasından ($41,23\pm8,62$ ve orta düzey) ve geliri giderinden fazla olan hastaların puan ortalamasından ($28,67\pm8,62$ ve düşük düzey) daha yüksek olduğu ($p<0,001$) (Tablo 4.7),
- DGH’de işlem öncesi bilgi almayan hastaların STAI-I ön test puanı ($44,79\pm10,88$ ve yüksek düzey) işlem öncesi girişimle ilgili bilgi alan hastalara göre ($38,48\pm11,02$ ve orta düzey) daha yüksek olduğu ($p=0,025$) (Tablo 4.10),

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi olan hastaların anksiyetesini etkileyen faktörlerin ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi,
- Hasta bireylerin anksiyete düzeylerini azaltmak, komplikasyon riskini önlemek ve hasta bireylerin tedavi sürecine uyumlarını arttırmak için işlem öncesi bilimsel literatür kılavuzluğunda düzenlenmiş yapılandırılmış eğitim materyallerinin (kitapçık, broşür vb.) hazırlanması ve hastalara eğitim sonrası verilmesi,
- Yapılandırılmış hasta eğitiminin, girişimsel radyoloji birimlerinde uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara yönelik daha büyük örneklemli ve randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbasnia, F., Aghebati, N., Miri, H.H., & Etezadpour, M., 2023, Effects of patient education and distraction approaches using virtual reality on pre-operative anxiety and post-operative pain in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy, *Pain management nursing official journal of the american society of pain management nurses*, 2023:24(3),280–288.
- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., 2020, Hemşirelik Süreci, Babadağ K., Atabek Aşti T. (ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, 1. Baskı, İstanbul Akademi ve Basın Yayıncılık, İstanbul. 13-30.
- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., 2021, *Roper - Logan - Tierney - modelinin uygulamada kullanılması*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2-23.
- Alacadağ, M., & Çilingir, D., 2018, Presurgery anxiety and day surgery patients' need for information. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the american society of perianesthesia nurses*, 2018:33(5);658–668. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.06.125>
- Amini, K., Alihossaini, Z. & Ghahremani, Z., 2019, Randomized clinical trial comparison of the effect of verbal education and education booklet on preoperative anxiety, *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the american society of perianesthesia nurses*, 2019:34(2);289–296. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.101>
- Arnold, M.J., Keung, J.J., & Mccarragher, B., 2019, Interventional radiology: indications and best practices, *American family physician*, 2019;99(9), 547–556.
- Artaş, H., & Eryeşil, H., 2022, İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında batın içi komplikasyonlar ve girişimsel tedaviler, *Türk radyoloji seminerleri*, 2022;10(3): 326-338.
- Aşti T.A. & Karadağ A., (eds.), 2018, *Hemşirelik esasları hemşirelik bilim ve sanatı*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul. 901-1099.

- Avşar, G. & Kaşıkçı, M., 2011, Evaluation of patient education provided by clinical nurses in turkey, *International journal of nursing practice*, 2011;17: 67–71.
- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B., 2023, The effect of preoperative nursing visit on anxiety and pain level of patients after surgery. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the american society of perianesthesia nurses*, 2023;38(1);96–101. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Ayoğlu, T., 2003, Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aytekin C., 2015, Perkütan bilier sistem drenajları, *Türk radyoloji seminerleri*, 2015;3:216-226.
- Ayyadhah Alanazi A., 2014, Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review, *British journal of nursing (mark allen publishing)*, 2014;23(7),387–393. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.387>
- Ballı B. & Çakır V., 2019, Akut kolesisti olan yaşlı hastalarda perkütan kolesistostomi. *Ankara üniversitesi tıp fakültesi mecmuası*, 2019;72(1):82-86. Doi: 10.4274/atfm.galenos.2019.29491
- Barut B., 2022, Yaşlı bir hastada akut kolesistit ve perikolesistik apsenin perkütan kolesistostomi ve perkütan drenaj ile başarılı tedavisi, *Causapedia*, 2022; 11(2):35-42.
- Baysal, A., 2007, *Beslenme*, 10. Baskı, Ankara: hatipoğlu yayınevi. 244-253.
- Bedaso, A., Mekonnen, N., & Duko, B., 2022, Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis, *Bmj open*, 2022;12(3):e058187. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058187>
- Bereket, D., 2014, *Günübirlik cerrahi hastalarının cerrahi yöntem hakkındaki bilgi düzeyleri, ameliyat sonrasına ilişkin endişeleri ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Bitirme Projesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Biçersoy, G., 2015, *Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Bora İ.H. & Bican A., 2007, Uyku fizyolojisi, *Türkiye klinikleri cerrahi tıp bilimleri dergisi*, 2007;3(23):1-6.
- Bozkaya H. & Oran İ., 2015, Üriner sistem drenajları, *Türk radyoloji seminerleri*, 2015;3: 237-246.
- Bozkurt, M., Erkoc, M., Can, O., Danış, E., & Canat, H.L., 2023, The effect of an information video on preoperative anxiety level before percutaneous nephrolithotomy procedure: a prospective, randomized trial, *Canadian urological association journal* 2023;17(3):e86–e89. <https://doi.org/10.5489/cuaj.8005>
- Braun, B., Grünewald, M., Adam-Paffrath, R., Wesselborg, B., Wilm, S., Schendel, L., Hoenen, M., Müssig, K., & Rotthoff, T., 2019, Impact of interprofessional education for medical and nursing students on the nutritional management of in-patients, *GMS journal for medical education*, 2019;36(2):11. <https://doi.org/10.3205/Zma001219>
- Brodersen, F., Wagner, J., Uzunoglu, F.G., & Petersen-Ewert, C., 2023, Impact of preoperative patient education on postoperative recovery in abdominal surgery: a systematic review, *World journal of surgery*, 2023;47(4):937–947. <https://doi.org/10.1007/S00268-022-06884-4>
- Bulecek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. & Wagner C., Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC), Erdemir F., Kav S. & Akman Yılmaz A. (çev. eds.), Nobel tıp kitabevleri, 2017.
- Büyükyılmaz F. & Aşti T., 2010, Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 2010;12(2):84-93.
- Cengizhan, Ş., 2018, *Anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, sürekli ve ölüm kaygısı üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Ceyhan, Ö., Tekinsoy Kartın, P., & Taşcı, S., 2018, Endoskopi eğitiminin hastalardaki kaygı düzeyine etkisi, *Pamukkale Medical Journal*, 2018;11(3):293-300. <https://doi.org/10.31362/Patd.451686>

- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R., 1999, DISCERN: Tedavi seçimleri hakkında yazılı tüketici sağlığı bilgilerinin kalitesini değerlendirmek için bir araç, *Epidemioloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 1999;53(2);105–111. <https://doi.org/10.1136/Jech.53.2.105>
- Chen MYM., Pope LT., Ott JD., *Temel Radyoloji*, Çeviri: Tiryaki B. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007;1- 20.
- Choi, H., & Kim, J., 2022, Effects of multimedia-based information on anxiety, discomfort and satisfaction with care among patients undergoing cerebral angiography: a quasi-experimental study, *Journal of clinical nursing*, 2022;31(7-8);949–957. <https://doi.org/10.1111/Jocn.15949>
- Coşkun, Y., & Akkaş, G., 2009, Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki, *Ahi evran üniversitesi kırşehir eğitim fakültesi dergisi*, 10(1), 213-227.
- Crocq MA., 2015, A history of anxiety: from hippocrates to dsm. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015;17(3):319-25. Doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/Macroq.
- Çakın, A.G., Yakut, B., Güzeloglu, E., Söylemez M., Özdağ C., Altınsoy A., Akçan Ç., Öztürk K. & Özkaçmaz S., 2019, Görüntüleme kılavuzluğunda girişimsel radyoloji işlemlerinin sonuçları, *Ahi evran medical journal*, 2019;3(3):85-91.
- Çay, E., 2011, Gününbirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelebi, B., 2015, *Gününbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelebi, C. & Kanan, N., 2023, Gününbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Black sea journal of health science*, 2023;6(2):233-239. <https://doi.org/10.19127/Bshealthscience.1220826>
- Çevik, L., 2019, *ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Çilingir, D. & Bayraktar, N., 2006, Günöbirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe üniversitesi hemşirelik faköltesi dergisi*, 2006;13(1): 69-81.
- De Filippo, M., Puglisi, S., D'Amuri, F., Gentili, F., Paladini, I., Carrafiello, G., Maestroni, U., Del Rio, P., Ziglioli, F., & Pagnini, F., 2021, CT-guided percutaneous drainage of abdominopelvic collections: a pictorial essay, *La radiologia medica*, 126(12),1561–1570. <https://doi.org/10.1007/S11547-021-01406-Z>
- Deniz, M.A., Taş Deniz, Z., Hattapoğlu, S., Çetinçakmak, M.G.Ç., Kurt O., 2020, Bilgisayarlı tomografi eşliğinde perkütantranstorasik akciğer biopsilerinin değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi, *Dicle tıp dergisi*, 47(3),656-664. <https://doi.org/10.5798/dicletip.800255>
- De Oliveira GS., Holl JL., Mccarthy RJ., Buttza., Nouriel J., Mccafferyk. & Wolfms., 2014, Overestimation of mortality risk and preoperative anxiety in patients undergoing elective general surgery procedures: a propensity matched analysis, *International journal of surgery*, 12(12):1473–1477. Doi: 10.18295/Squmj.2018.18.01.010.
- Degirmenci, T., Gunlusoy, B., Kozacioglu, Z., Arslan, M., Ceylan, Y., Ors, B., & Minareci, S., 2013, Utilization of a modified clavier classification system in reporting complications after ultrasound-guided percutaneous nephrostomy tube placement: comparison to standard society of interventional radiology practice guidelines, *Urology*, 2013;81(6),1161-1167. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2013.02.038>
- Erdem S.S., 2020, *Ortaöğretimde görev yapan okul müdürlerinin kaygı düzeyleri ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Fang AS., Movva L., Ahmed S., Waldman D.& Xue J., 2016, Clinical efficacy, safety, and feasibility of using video glasses during interventional radiologic porcedures: a randomized trial, *Journal of vascular interventional radiology*, 2016; 27(2): 260-267.
- Fathi, M., Alavi, S. M., Joudi, M., Joudi, M., Mahdikhani, H., Ferasatkish, R., Bakhshandeh, H., & Jabbari Nooghabi, M., 2014, Preoperative anxiety in candidates for heart surgery, *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(2), 90–96.

- Fernández Cacho, L. M., & Ayesa Arriola, R., 2021, Health education intervention for patients undergoing placement of percutaneous nephrostomy tube: a randomized controlled trial, *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of the wound, ostomy and continence nurses society*. 2021;48(4),307–310. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000765>
- Fernández-Cacho, L. M., & Ayesa-Arriola, R., 2019, Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes, *Revista latino-americana de enfermagem*, 2019;27:E3191. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191>
- Fransız Radyoloji Derneği-Girişimsel Radyoloji Federasyonu- SFR-FRI, 2012. (<http://gri.radiologie.fr/>, Erişim Tarihi: 17.12.2023)
- Gençel, M., 2019, *Günübirlik jinekolojik tanı işlem uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gökçe, E., & Arslan, S., 2019, Possible effect of video and written education on anxiety of patients undergoing coronary angiography. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the american society of perianesthesia nurses*, 2019: 34(2);281–288. <https://doi.org/10.1016/J.Jopan.2018.06.100>
- Gökdoğan F., Kır E., Özcan A., Cerit B., Yıldırım Y. & Akbal S., 2003, Eğitim kitapçıkları güvenilir mi? 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 2003.
- Gökmen, K., 2023, *Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gül, Z., 2019, *Günübirlik cerrahide yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Günay O., Sevinç N. & Aslantaş E., 2017, Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler, *Turkish journal of public health*. 2017;15(3):176-186.

- Gürol A. & Binici Y., 2017, Günübirlık cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *İzmir dr. Behçet uz çocuk hastanesi dergisi*, 2017:7(1);29-38. Doi:10.5222/Buchd.2017.029.
- Güven, B., 2009, *Günübirlık cerrahide hasta ve hasta yakınlarının ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Habibzadeh H., Milan ZD., Radfar M., Alilu L., Cund A., 2018, Effects of peer facilitation, video-based and combined peer and video education on anxiety in patients undergoing coronary angiography: randomized controlled trial, *Sultan qaboos university medical journal*, 2018:18(1):E61-E67.
- Harclerode, T.P. & Gnugnoli, D.M., 2022, Percutaneous abscess drainage, In Statpearls. Statpearls publishing.
- Hsu, L., Li, H., Pucheril, D., Hansen, M., Littleton, R., Peabody, J., & Sammon, J., 2016, Use of percutaneous nephrostomy and ureteral stenting in management of ureteral obstruction, *World journal of nephrology*, 2016:5(2);172–181. <https://doi.org/10.5527/Wjn.V5.I2.172>
- Hudson BF., Ogden J. & Whiteley MS., 2015, A thematic analysis of experiences of varicose veins and minimally invasive surgery under local anaesthesia, *Journal of clinical nursing*, 1502-1512.
- Işık Andsoy, İ. & Kara, M., 2018, Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisi, *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, 2018:5(3);397-403. <https://doi.org/10.17681/Hsp.387045>
- İnal Y., 2018, *Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Jamwal, T., Kumar, R., Pulle, MV., Kumar, A., & Jain, K., 2023, Does structured patient education reduce the peri-operative anxiety and depression levels in elective chest surgery patients? a double-blinded randomized trial of 300 patients, *Journal of patient experience*, 2023;10:1-10. <https://doi.org/10.1177/23743735231151535>

- Jurys, T., Kupilas, A., Rajwa, P., Bryniarski, P., & Burzyński, B., 2022, Role of preoperative patient education among prostate cancer patients treated by radical prostatectomy. *Central european journal of urology*, 2022; 75(3):272–276. <https://doi.org/10.5173/Ceju.2022.0037>
- Kabaçam G. & Özden A., 2009, Enteral tüple beslenme, *Güncel gastroenteroloji dergisi*, 2009;13(4):201-10.
- Kalogianni, A., Almpani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C. & Brokalaki, H., 2016, Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European journal of cardiovascular nursing*. 2016;15(6);447–458. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>
- Karabiber, M. & Dığın, F., 2023, Koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Gevher nesibe journal of medical & health sciences*, 2023;8(4);1070-1078. <http://doi.org/10.5281/Zenodo.10048716>
- Karadağ, A., 2011, *Hasta kabul, nakil ve taburculuk süreci*. İçinde: Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri, T.A. Aştı & A. Karadağ (eds.), Adana Nobel Kitabevi. Adana, s:1-21.
- Karahan, E., Köstekli, S., Çelik, S., Yanık, T., 2020, Meme cerrahisi uygulanan hastalarda taburculuk öncesi bilgi gereksinimleri, *Ankara sağlık bilimleri dergisi*, 2020;9(2);230-243.
- Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H., 2011, Depresyon ve anksiyete bozuklukları, *Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi tıp bülteni*, 2011;45(2): 65-74.
- Karaokur G., 2019, *Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisi*, Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Karaveli, S., İlhan, S. E., & Köşgeroğlu, N., 2012, İmplant port takılacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 2012;28(3);51-64. <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Egehemsire/Issue/49347/630320>
- Kaya V. & Tahtabaşı M., 2023, Akut kolesistitli hastaların tedavisinde perkütan kolesistostominin etkinliği ve klinik seyri, *Harran üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 2023;20(2):326-32. <https://doi.org/10.35440/Hutfd.1292102>
- Kaya, N., 2008, Romatoid artiritli bireyin hemşirelik tanılması, *Florence nightingale journal of nursing*, 2014;16(63): 195-206.
- Kennedy, S.A., Abraham, R. J., Mujoomdar, A., Valenti, D. A., Klass, D., & Wong, J.K., 2018, Interventional radiology in canada: current challenges and future directions, *American journal of roentgenology (AJR)*, 2018;211(4):736–739. <https://doi.org/10.2214/AJR.18.19996>
- Kulkarni S., Johnson P.C., Kettles S. & Kasthuri R.S., 2012, Music during interventional radiological procedures, effect on sedation, pain and anxiety: a randomised controlled trial. *The british journal of radiology*, 2012;85:1059-1063.
- Kurtuluş Öztürk E., 2016, *Malign biliyer obstrüksiyonların palyatif tedavisinde perkütan endobiliyer radyofrekans ablasyon(rfa) yöntemi ile stent yerleştirilmesi, tedavi sonrası stent patensinde rfa yönteminin etkinliği*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Lai, VK., Lee A., Leung P., Chiu CH., Ho KM., Gomersall CD., Underwood MJ., Joynt GM., 2016, Patient and family satisfaction levels in the intensive care unit after elective cardiac surgery: study protocol for a randomised controlled trial of a preoperative patient education intervention, *BMJ Open*, 2016;6(6):E011341. Doi:10.1136/Bmjopen-2016-011341
- Lawson L.W., 2020, *Human health and function*. In: Craven R., Hirnle C. & Henshaw C.M., (eds.), *Fundamentals of nursing*, Chapter:7, Lippincott williams & wilkins publisher, Philadelphia.

- Lemos, M.F., Lemos-Neto, S.V., Barrucand, L., Verçosa, N., & Tibirica, E., 2019, Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: usefulness of the self-reported beck anxiety inventory, *Brazilian journal of anesthesiology*, 2019;69(1):1–6. <https://doi.org/10.1016/J.Bjan.2018.07.003>
- Mcdonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A., 2014, Preoperative education for hip or knee replacement, *The cochrane database of systematic reviews*, 2014;(5), CD003526.
- Mitchell M., 2012, Anxiety management in minimal stay surgery, *Nursing times*, 108(48): 14-16.
- Mıngır T., Ervatan Z. & Turgut N., 2014, Spinal Anaesthesia and perioperative anxiety. *Turkish journal of anesthesiology & reanimation*, 2014;42:190-195.
- Monsky, W. L., Molloy, C., Jin, B., Nolan, T., Fernando, D., Loh, S., & Li, C. S., 2013 ,Quality-of-life assessment after palliative interventions to manage malignant ureteral obstruction, *Cardiovascular and interventional radiology*, 36(5),1355–1363. <https://doi.org/10.1007/S00270-013-0571-9>
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M., 2023, Nursing Outcomes Classification (NOC)-e-book: *Measurement of health outcomes*, Elsevier Health Sciences.
- Mutlu, E., 2018, *İlk kez perkütan nefrostomi uygulanacak hastalarda işlem öncesi bilgilendirmenin anksiyete ve ağrı üzerindeki etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Müller-Wille, R., Iesalnieks, I., Dornia, C., Ott, C., Jung, EM., Friedrich, C., Schill, G., Hoffstetter, P., Zorger, N., & Schreyer, AG., 2011, Influence of percutaneous abscess drainage on severe postoperative septic complications in patients with crohn's disease, *International journal of colorectal disease*, 2011;26(6),769–774. <https://doi.org/10.1007/S00384-011-1135-6>
- Nemiah, J.C., 1985, Anxiety states (anxiety neuroses). *Comprehensive Text Book Of Psychiatry/IV*, 1.

- Nephrostomy and Biliary Tube Management: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines [Internet], *Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, 2014 Sep 4, PMID: 25254287.
- Öner N., Le Compte A., 1983, *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı*, 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Özbek, O., Nayman, A., Çakır, M., Küçükapan, A., Tekin, A., & Koç O., 2011, Vücutta farklı lokalizasyonlardaki apse odaklarının trokar tip kateterle tek basamakta tedavisi: iki yıllık deneyim sonuçları, *Dicle tıp dergisi*, 38(4),445-451.
- Özdemir, B., 2021, *Perkütan nefrostomi uygulamasının renal fonksiyonlara etkisi*, Tıpta uzmanlık tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Özer Ş., 2006, Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi, İçinde: Tükel R., Alkın T. (eds.), *Anksiyete bozuklukları, Türkiye psikiyatri derneği yayınları*, Ankara, s: 3-4.
- Özhan, F. & Dursun, S., 2008, *Hasta kabul ve taburcu edilmesi*, İçinde: Sabuncu N. (ed.), *Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar*. Kalkan Matbaası, Ankara, 145-168.
- Özşaker E., Durak H. & Canbazoğulları Ü., 2019, Günübirlık cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi, *Journal of contemporary medicine*, 9(1):100-105.
- Özşaker, E., Akan S., Dolgun E., Candan Sönmez Y., 2022, Cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimleri ile anksiyeteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: kesitsel çalışma, *Türkiye klinikleri hemşirelik bilimleri dergisi*, 2022;14(1):26-34, Doi: 10.5336/Nurses.2021-83062
- Öztaş B. & Bulut H., 2016, Radyoloji ve girişimsel radyoloji hemşireliği, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 2016;32(3): 127-134.
- Öztaş, B. & İyigün, E., 2019, Girişimsel radyoloji bölümünde lokal anestezi ile işlem yapılan hastaların ağrı ve anksiyete (endişe) durumlarının belirlenmesi, *Ege tıp dergisi*. 2019;58(4):344-350.

- Pabon-Ramos, W.M., Dariushnia, S.R., Walker, T.G., d'Othee, B.J., Ganguli, S., Midia, M., ... , 2016, Society of interventional radiology standards of practice committee. Quality improvement guidelines for percutaneous nephrostomy, *Journal of vascular interventional radiology*, 2016;27(3),410-4.
- Pıçakçıefe, M., 2010, Çalışma yaşamı ve anksiyete, *TAF preventive medicine bulletin*, 2010;9(4):367-374.
- Poyraz A.K & Eren S., 2016, Acil girişimsel radyolojik işlemler, *Türk radyoloji seminerleri*, 2016;(4):380-390.
- Ritz, V.G., Speroni, K.G., & Walbridge, D., 2016, Reducing complications and hospitalizations through an innovative catheter care clinic for percutaneous nephrostomy catheter patients, *Journal of radiology nursing*, 2016;35(4),275-280.
- Robleda G., Sillero-Sillero A., Puig T., Gich I., Baños Je., 2014, Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery, *Revista latino-americana de enfermagem*, 2014;22:785–791.
- Roper N., Logan W.W., Tierney A.J., 1996, *The Model Of Living, Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, Edingburg: Churchill Livingstone.
- Roper N., Logan W.W., Tierney A.J., 2000, *The Model Of Living, Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, Edingburg: Churchill Livingstone.
- Rosén HI., Bergh IH., Lundman BM. & Mårtensson LB., 2010, Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery, *Biomedcentral nursing*. 2010;(9):1–8.
- Rosén S., Svensson M. & Nilsson U., 2008, Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient, *Journal of perianesthesia nursing*, 2008;23(4):237-246.
- Rousseau, H., Vernhet-Kovacsik, H., Mouroz, P. R., Otal, P., Meyrignac, O., & Mokrane, F.Z., 2019, Future of interventional radiology, *Presse medicale*, 2019;48(6), 648–654.

- Royal United Hospital Bath, 2021, Living with your nephrostomy tube urology patient information
(https://www.ruh.nhs.uk/patients/Urology/documents/patient_leaflets/Living_with_a_nephrostomy_tube_2014.pdf?t=18155.43., Erişim Tarihi:07.09.2023)
- Ryan A., 2003, Rights, risks, and autonomy: a new interpretation of falls in nursing homes, *BMJ quality and safety*, 2003;12(3):166–167. <https://doi.org/10.1136/Qhc.12.3.166>
- Salzmann, S., Euteneuer, F., Kampmann, S., Rienmüller, S., & Rüşch, D., 2023, Preoperative anxiety and need for support - a qualitative analysis in 1000 patients, *Patient education and counseling*, 2023;115:107864. <https://doi.org/10.1016/J.Pec.2023.107864>
- Savaş Erdoğan, S., Falay Gür, T., & Doğan, B., 2021, Effect of video-based patient information on patients' anxiety and pain levels before skin biopsy: a randomized controlled study, *Postgraduate medicine*, 2021;133(8);988–993. <https://doi.org/10.1080/00325481.2021.1969718>
- Shah, S. S., Tennakoon, L., O'Beirne, E., Staudenmayer, K. L., & Kothary, N., 2021, The economic footprint of interventional radiology in the united states: implications for systems development, *Journal of the american college of radiology (JACR)*, 2021;18:53–59. <https://doi.org/10.1016/J.Jacr.2020.07.038>
- Shlobin, N.A., Clark, J.R., Hoffman, S.C., Hopkins, B.S., Kesavabhotla, K., & Dahdaleh, N.S., 2021, Patient education in neurosurgery: Part 2 of a systematic review, *World neurosurgery*, 2021;147:190–201.
- Şahin, M., 2019, Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları, *Avrasya sosyal ve ekonomi araştırmaları dergisi*, 2019;6(10), 117-135.
- Şavk, A., Kebapçı, E., & Özcan, S., 2022, Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ile anksiyete düzeyinin saptanması, *İzmir tepecik eğitim ve araştırma hastanesi dergisi*, 2022;32(1); 85-92.
- Şişman, H. & Yener, Ö., 2023, The effect of patient education on anxiety and pain level in interventional radiology, *Journal of radiology nursing*, 2023;1(1):1-5. <https://doi.org/10.1016/J.Jradnu.2023.04.007>.

- Taşdemir A., Erakgün A., Deniz MN. & Çertuğ A., 2013, Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması, *Türk anestezi ve reanimasyon dergisi*, 2013; 41:44-49.
- Taylor, K., Sansivero, G.E., & Ray, C. E., Jr., 2012, The role of the nurse practitioner in interventional radiology, *Journal of vascular and interventional radiology*, 2012;23(3):347–350. <https://doi.org/10.1016/J.Jvir.2011.11.002>
- TDK (Türk Dil Kurumu Sözlüğü) (<https://sozluk.gov.tr/>., Erişim Tarihi: 25.12.2023)
- Tohumat Ş.G., 2016, *Ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin hasta eğitimi ve bilgilendirme işlevini yapma durumu*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Topan, H., Mucuk, S., & Yontar, Y., 2022, The effect of patient education prior to rhinoplasty surgery on anxiety, pain, and satisfaction levels, *Journal of perianesthesia nursing: Official journal of the american society of perianesthesia nurses*, 2022:37(3);374–379. <https://doi.org/10.1016/J.Jopan.2021.07.001>
- Tuncel E., 2008, *Klinik Radyoloji*, 2. Baskı. Bursa: Güneş ve Nobel Kitabevleri; 2008;195-226.
- Türgay, A.S., 2018, *Hasta kabul- nakil ve taburculuk süreci*, İçinde: A. Karadağ & T.A. Aşti (eds.), *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı*, Akademi basın yayıncılık, İstanbul, 387-407.
- Türkiye Girişimsel Radyoloji Derneği- TGRD, 2023 (<https://www.tgrd.org.tr/Sayfalar/Girisimsel-Radyoloji-Nedir/140>, Erişim Tarihi: 17.12.2023)
- Ülkü, S., 2019, *Günübirlik cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası evde bakım sırasında karşılaştıkları güçlükler, başetme yöntemleri ve bilgilendirilme gereksinimleri*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

- Viegas, L.Des., Turrini, R.N., & Da Silva Bastos Cerullo, J.A., 2010, An analysis of nursing diagnoses for patients undergoing procedures in a brazilian interventional radiology suite, *Association of perioperative registered nurses(aorn) journal*, 2010;91(5): 544–557. <https://doi.org/10.1016/J.Aorn.2009.09.032>
- Wali S.O., Shugaeri A., Samman Y.S., Abdelaziz M., 2002, Percutaneous drainage of pyogenic lung abscess, *Scandinavian journal of infectious diseases*, 2002;34(9):673-9. doi: 10.1080/00365540210147660
- Webster Sözlüğü (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/anxiety>., Erişim Tarihi: 25.12.2023)
- Wiedemann, A., Weinhofer, M., Stein, J., Linné, C., Kirschner-Hermanns, R., Schorn, A., Wagner, A., Moll, V., Unger, U., Salem, J., Liebold, T., Bannowsky, A., Wirz, S., Brammen, E., & Heppner, H. J., 2022, Comparison of catheter-associated quality of life in external urinary diversion: nephrostomy vs. suprapubic catheter, *Der urologe*, 2022; 61(1):31–40. <https://doi.org/10.1007/S00120-021-01745-9>
- Williams B.C., 2015, The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process, *Nursing*, 2015;45(3):24–26. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460730.79859.D4>
- Winbladh, A., Gullstrand, P., Svanvik, J., & Sandström, P., 2009, Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis, *Hpb : the official journal of the international hepato pancreato biliary association*, 2009;11(3),183–193. <https://doi.org/10.1111/J.1477-2574.2009.00052.X>
- World Health Organisation (WHO) 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, Erişim Tarihi: 25.12.2023)
- Worrell, S.G. & Demeester, S.R., 2014, Thoracic emergencies, *The surgical clinics of north america*, 2014;94(1);183–191. <https://doi.org/10.1016/J.Suc.2013.10.013>

- Xu, Y., Wang, H., & Yang, M., 2020, Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial protocol, *Medicine journal*, 2020;99(38),E22314. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022314>
- Yel, P., & Ünsar, S., 2020, Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri, *Kardiyovasküler hemşirelik dergisi*, 2020;11(24);7-15.
- Yıldırım M., Yıldırım M.U. & Özyer U., 2017, Akut kolesistit tedavisinde perkütan kolesistostomi: 10-yıllık tek merkez deneyimi, *Çukurova üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 2017; 42(3):465-469. DOI: 10.17826/Cutf.323830
- Yıldırım S., 2019, *Ameliyat öncesi hastaya verilecek olan sözlü ve görsel eğitimlerin hastaların kaygı düzeyleri ve memnuniyetleri üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Yıldız D., 2011, *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
- Yılmaz, H., 2022, Perkütanöz karaciğer biyopsisi hasta deneyimlerini anlamak hekimleri yasal yaptırımlardan koruyabilir, *Kocaeli üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 2022;8(1);99-104. <https://doi.org/10.30934/Kusbed.1061033>
- Zhang, MH., Haq, ZU., Braithwaite, EM., Simon, NC., Riaz KM., 2019, A randomized, controlled trial of video supplementation on the cataract surgery informed consent process, *Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology*, 2019; 257(8):1719-1728.

EKLER**Ek-1: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Kullanım İzni**

31.03.2022

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nde Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda tez çalışması yapan İrem Nur Özcan'ın, *"Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Düzeylerine Etkisi"* konulu yüksek lisans tezinde "Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam (Müdahale Grubu)

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
MÜDAHALE GRUBU

Sizi danışmanlığını **Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL**'ün yaptığı, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tezli Yüksek Lisans Programı, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğrencisi **İrem Nur ÖZCAN**'ın “Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hasta bireylerin kaygı düzeylerini belirlemeye; kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerini ve sağlık bakımı hizmetinin kalitesini arttırmakta kanıt temelli veri olarak öneriler getirmesi olarak planlanmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde yanıtlamanız beklenen 13 sorudan oluşan kişisel bilgi formu anketi ve her biri 20 soruluk; toplam 40 sorudan oluşan kaygı ölçeği bulunmaktadır. Araştırmada sizden tahminen **20 dakika ayırmanız** istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen **150 kişi** katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Veri toplama araçları araştırmacının bilgisayar ve bireysel arşivinde kilitli dolapta saklanacaktır. Araştırma yayınlandıktan 2 yıl sonra katılımcılara ait kişisel bilgiler içeren evraklar kağıt imha makinesi aracılığı ile imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve () numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız; lütfen araştırmacıya iletiniz.

Girişimsel radyoloji bölümünde işlemlerin çoğunluğunun lokal anestezi ile yapılmasının avantajlarının yanı sıra hastalar ciddi boyutta anksiyete yaşayabilmektedirler. Bu bağlamda sağlık bakımı sunumunun önemli temsilcilerinden olan hemşirelerin girişimsel radyoloji bölümünde lokal anestezi uygulanarak yapılan invaziv işlemlerde, hastaların anksiyete durumlarını değerlendirmeleri öncelik kazanmaktadır. Anksiyeteyi azaltıcı yöntemlere rağmen cerrahi girişim yapılacak olan hastaların büyük çoğunluğu anksiyete yaşamaktadır. Dolayısıyla gününbirlik cerrahi süreçte en önemli rollerinden biri hasta eğitimi olan hemşirelerin, hasta eğitimine daha fazla zaman ayırmaları gerekmektedir. Bu araştırma sonucunda gününbirlik cerrahide hemşirelerin işlem öncesi hasta eğitimine ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamak, gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hasta bireylerin kaygı düzeylerini belirlemeye, kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerini ve kalitesini arttırmakta kanıt temelli veri olarak öneriler getirmesi amaçlanmaktadır.

Ek-2 (devamı): Bilgilendirilmiş Onam (Müdahale Grubu)

Bu doğrultuda, bu çalışma nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara **işlem öncesi dönemde verilen sözlü veya yapılandırılmış taburculuk eğitimi** verilen hastaların anksiyete düzeylerine olan etkisini karşılaştırılmak amacıyla prospektif ve yarı-deneysel olarak planlanmıştır.

Çalışma T.C. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde 03.10.2022-03.03.2023 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerine uygun nonvasküler girişim uygulanacak hastalara işlem öncesi ve sonrası yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde dahil olacağınız **yapılandırılmış eğitim verilecek olan grupta (müdahale grubu)** sizinle birlikte toplam **150** katılımcı olması planlanmaktadır. Çalışmanın verileri hastalara işlem öncesi ve sonrası uygulanacak **Kişisel Bilgi Formu anketi** ve **Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği** kullanılarak elde edilecektir. Anket ve ölçeğin her bir katılımcıya uygulanmasının yaklaşık **20 dakika** süreceği öngörülmektedir. Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacının bilgisayarı ve bireysel arşivinde kilitli dolapta saklanacaktır. Araştırma yayınlandıktan **2 yıl** sonra katılımcılara ait kişisel bilgiler içeren evraklar kağıt imha makinesi aracılığı ile imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: E-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ **kabul ediyorum** ☐ **kabul etmiyorum** (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Ek-2 (devamı): Bilgilendirilmiş Onam (Kontrol Grubu)

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KONTROL GRUBU

Sizi danışmanlığını **Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL**'ün yaptığı, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tezli Yüksek Lisans Programı, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğrencisi **İrem Nur ÖZCAN**'ın “Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hasta bireylerin kaygı düzeylerini belirlemeye; kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerini ve sağlık bakımı hizmetinin kalitesini arttırmakta kanıt temelli veri olarak öneriler getirmesi olarak planlanmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde yanıtlamanız beklenen 13 sorudan oluşan kişisel bilgi formu anketi ve her biri 20 soruluk; toplam 40 sorudan oluşan anket bulunmaktadır. Araştırmada sizden tahminen **20 dakika** ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen **150 kişi** katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Veri toplama araçları araştırmacının bilgisayarı ve bireysel arşivinde kilitli dolapta saklanacaktır. Araştırma yayınlandıktan 2 yıl sonra katılımcılara ait kişisel bilgiler içeren evraklar kağıt imha makinesi aracılığı ile imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve ! numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız; lütfen araştırmacıya iletiniz.

Girişimsel radyoloji bölümünde işlemlerin çoğunluğunun lokal anestezi ile yapılmasının avantajlarının yanı sıra hastalar ciddi boyutta anksiyete yaşayabilmektedirler. Bu bağlamda sağlık bakımı sunumunun önemli temsilcilerinden olan hemşirelerin girişimsel radyoloji bölümünde lokal anestezi uygulanarak yapılan invaziv işlemlerde, hastaların anksiyete durumlarını değerlendirmeleri öncelik kazanmaktadır. Anksiyeteyi azaltıcı yöntemlere rağmen cerrahi girişim yapılacak olan hastaların büyük çoğunluğu anksiyete yaşamaktadır. Dolayısıyla gününbirlik cerrahi süreçte en önemli rollerinden biri hasta eğitimi olan hemşirelerin, hasta eğitimine daha fazla zaman ayırmaları gerekmektedir. Bu araştırma sonucunda gününbirlik cerrahide hemşirelerin işlem öncesi hasta eğitimine ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamak, gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hasta bireylerin kaygı düzeylerini belirlemeye, kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerini ve kalitesini arttırmakta kanıt temelli veri olarak öneriler getirmesi amaçlanmaktadır.

Ek-2 (devamı): Bilgilendirilmiş Onam (Kontrol Grubu)

Bu doğrultuda, bu çalışma nonvasküler girişimsel radyoloji tedavisi uygulanan hastalara işlem öncesi dönemde verilen sözlü veya yapılandırılmış taburculuk eğitimi verilen hastaların anksiyete düzeylerine olan etkisini karşılaştırılmak amacıyla prospektif ve yarı-deneysel olarak planlanmıştır.

Çalışma T.C. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Girişimsel Radyoloji Polikliniği'nde 03.10.2022- 03.03.2023 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerine uygun nonvasküler girişim uygulanacak hastalara işlem öncesi ve sonrası yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde dahil olacağınız **sözlü eğitim verilecek olan grupta (kontrol grubu)** sizinle birlikte toplam **150** katılımcı olması planlanmaktadır. Çalışmanın verileri hastalara işlem öncesi ve sonrası uygulanacak **Kişisel Bilgi Formu anketi** ve **Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği** kullanılarak elde edilecektir. Anket ve ölçeğin her bir katılımcıya uygulanmasının yaklaşık **20 dakika** süreceği öngörülmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacının bilgisayarı ve bireysel arşivinde kilitli dolapta saklanacaktır. Araştırma yayınlandıktan **2 yıl sonra** katılımcılara ait kişisel bilgiler içeren evraklar kağıt imha makinesi aracılığı ile imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

E-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ **kabul ediyorum** ☐ **kabul etmiyorum** (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Sahidin:

Adı-Soyadı:.....

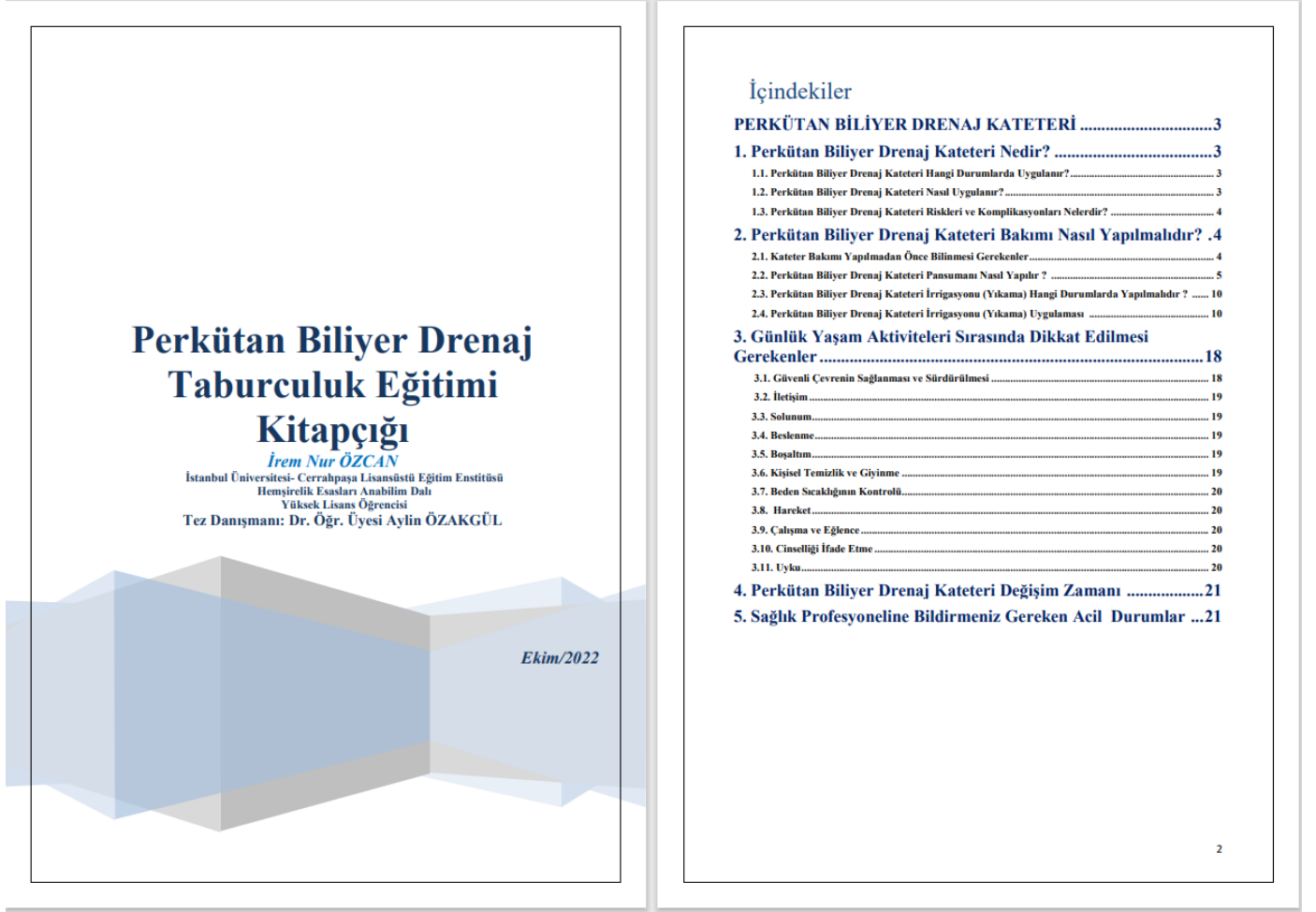
İmzası:

Ek-3: Uzman Görüşü Alınan Uzmanlar

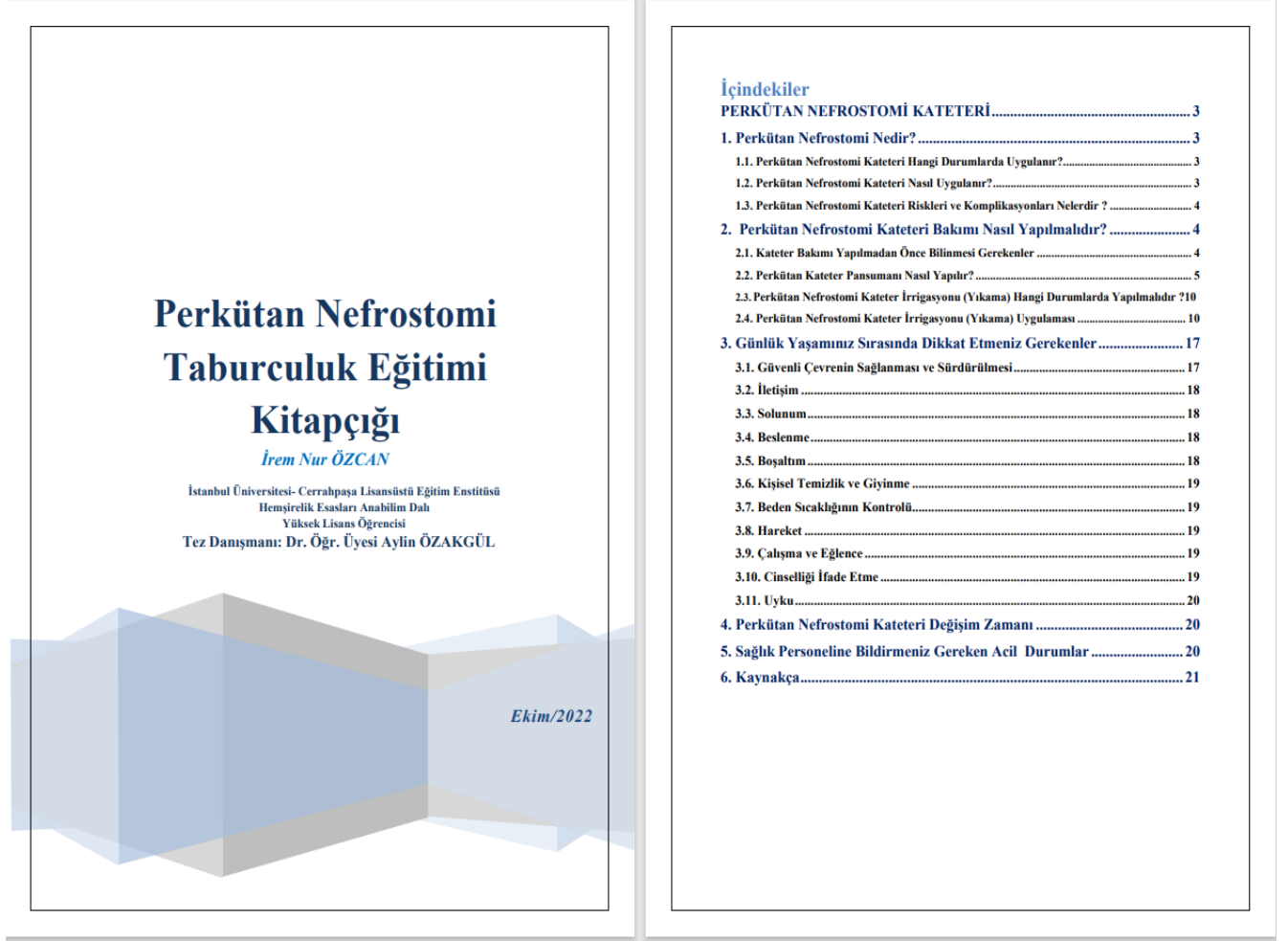
Uzman Adı-Soyadı	Çalıştığı Kurum
Sorumlu Hem. Eda AKÇUBUK	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Doç. Dr. Nuray AKYÜZ	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Uzm. Hem. Şeyma COŞKUN	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Sorumlu Hem. Mücella ÇİNÇİN	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Uzm. Dr. Çağrı ERDİM	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Hem. Dilay GÜNGÖR	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Uzm. Dr. Tevfik GÜZELBEY	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Prof. Dr. Özgür KILIÇKESMEZ	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Uzm. Dr. İlhan Nahit MUTLU	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Prof. Dr. İlgin ÖZDEN	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

(Soyadı alfabetik sıraya göre düzenlenmiştir.)

Ek-4: Hasta Eğitim Kitapçığı- Perkütan Biliyer Drenaj Taburculuk Eğitimi



Ek-4 (devamı): Hasta Eğitim Kitapçığı- Perkütan Nefrostomi Taburculuk Eğitimi



Ek-5: Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Aşağıdaki anket soruları, bilimsel bir çalışma kapsamında hazırlanmış olup, bu çalışmanın amacı; *“Nonvasküler Girişimsel Radyoloji Tedavisi Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Düzeylerine Etkisi”* nin araştırılmasıdır.

Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu sağlık bakımı hizmetine katkıda bulunacağından, önemli olduğunu hatırlatarak gönüllü olduğunuz için teşekkür ederiz.

İrem Nur ÖZCAN (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL (Tez Danışmanı)

A) KİŞİSEL BİLGİ FORMU			
1) Cinsiyetiniz	☐ Kadın	☐ Erkek	
2) Yaşınız	☐ 18-25 yaş ☐ 46-55 yaş	☐ 26-35 yaş ☐ 56 yaş ve üstü	☐ 36-45 yaş
3) Eğitim durumunuz nedir?	☐ İlköğretim ☐ Yüksek Lisans	☐ Ortaöğretim ☐ Doktora	☐ Lisans
4) Mesleğiniz	☐ Memur ☐ Ev Hanımı ☐ Diğer	☐ İşçi ☐ Öğrenci ☐ Çalışmıyor	☐ Serbest Meslek ☐ Yönetici
5) Medeni durumunuz?	☐ Evli	☐ Bekar	☐ Boşanmış
6) Gelir Durumunuz?	☐ Gelirim giderimden az	☐ Gelirim giderime eşit	☐ Gelirim giderimden çok
7) Kronik Bir Hastalığınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır		
8) Sigara kullanıyor musunuz?	☐ Evet paket / günde.....yıl ☐ Hayır ☐ Bıraktım paket/yıl		
9) Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır		
10) Size yapılacak cerrahi girişimin adını biliyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır		
11) Size yapılacak uygulamalar ve öncesi hakkında bilgi verildi mi?	☐ Evet ☐ Hayır		
12) Uygulanacak işlem öncesi bilgi aldıysanız bu bilgi kim tarafından ve nasıl verildi?	☐ Hekim tarafından / Hemşire tarafından ☐ Sözlü / Yazılı Bilgilendirme ☐ Diğer:.....		
13) Uygulanacak cerrahi girişim sonrası dönemde evde bakımınızla ilgilenecek kimse var mı?	☐ Evet ☐ Hayır		

Ek-6: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-I)

DURUMLUK VE SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ
(State-Trait Anxiety Inventory [STAI-TX])

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

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

Ek-6 (devamı): Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-II)

SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ

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

ANKET

BİTMİŞTİR.

TEŞEKKÜRLER..

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 14	% 4	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
6	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

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

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

İrem Nur ÖZCAN
(İmza)



ETİK KURUL İZİN YAZISI (DEVAMI)

KURUM İZNİ YAZILARI

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

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

İrem Nur ÖZCAN
(İmza)



ÖZGEÇMİŞ

