



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK CERRAHİ GİRİŞİM ÖNCESİNDE HEMŞİRE
ZİYARETİNİN AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTANIN
ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ**

PINAR AYDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL – 2020



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK CERRAHİ GİRİŞİM ÖNCESİNDE HEMŞİRE
ZİYARETİNİN AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTANIN
ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ**

PINAR AYDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL – 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar 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 olmadığı beyan ederim.

25/09/2020

Pınar Aydal



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimlerim esnasında desteğini esirgemeyen, tökezlediğimde el uzatan, değerli bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık olan Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu'ya ve tezimin başlangıcında yardımları ile bana yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Bahire Ulus Çevik'e,

Lisans eğitimlerimden başlayarak yüksek lisans eğitimime kadar katkı sağlayan tüm hocalarıma,

Çalışmamın yürütülmesinde destek veren Acıbadem Sağlık Grubu Altunizade Hastanesi Direktörlerine, Başhekimlerine ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlerine,

Ameliyathane ve genel cerrahi servisinin bin bir zorluğu içinde değerli zamanlarını ayıran ve araştırmanın temelini oluşturmaya yardımcı ve araştırmaya katkı sağlayan meslektaşlarım Şeyma Yetimoğlu ve Hacer Akbayrak'a,

Tüm yaşantım boyunca her zaman yanımda olan güç veren, cesaretlendiren, üzerimde sonsuz emeği olan ve bana inançlarını her daim koruyan canım annem Zuhal Aydal'a, babam Serdar Aydal'a ve kardeşim Burak Aydal'a,

Ve adını sayamadığım, katkıda bulunan herkese tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Cerrahi Tedavi.....	6
2.2. Cerrahinin Hasta Üzerindeki Etkileri.....	6
2.2.1. Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması.....	7
2.2.2. Enfeksiyona karşı direncin azalması.....	8
2.2.3. Vasküler sistemin bozulması.....	8
2.2.4. Organ fonksiyonlarının bozulması.....	9
2.2.5. Beden imajının değişmesi	9
2.2.6. Yaşam tarzının değişmesi	9
2.3. Laparoskopik Cerrahi.....	10
2.3.1. Laparoskopik cerrahinin tanımı ve tarihçesi	10
2.3.2. Laparoskopik cerrahinin avantajları.....	11
2.4. Ağrı	11
2.4.1. Ağrının algılanması.....	12
2.4.2. Ağrının sınıflandırılması	12
2.4.3. Ağrının değerlendirilmesi	14
2.4.4. Ameliyat sonrası ağrı	15
2.4.5. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi	16
2.5. Anksiyete (Kaygı)	17
2.5.1. Cerrahi ilişkili anksiyete	20
2.5.2. Cerrahi ilişkili anksiyetenin yönetimi	21
2.6. Hemşire Ziyareti.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	25
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5. Örneklem Seçim Kriterleri.....	26
3.6. Araştırmaya Alınacak Gönüllü Sayısı.....	26
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.8. Araştırmada Veri Toplama Araçları.....	27
3.9. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.9.1. Hasta eğitimlerinin içeriği.....	34
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
6. KAYNAKLAR	57
7. EKLER.....	63
EK 1. Randomizasyon.....	63
EK 2. Hasta Tanılama Formu.....	64
EK 3. Görsel Ağrı Skalası.....	66
EK 4. Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçekleri	67
EK 5. Hasta Eğitim Kitapçığı.....	70
EK 6. Etik Kurul Karar Formu.....	80
EK 7. Aydınlatılmış Onam Formu	82
EK 8. Hastane Kurum İzni	83
8. ÖZGEÇMİŞ.....	84

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ASG:	Acıbadem Sağlık Grubu
H:	Hipotez
IASP:	Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği
Mak:	Maksimum
Min:	Minimum
NCSS:	Number Cruncher Statistical System
NRS:	Sayısal Değerlendirme Skalası
n:	Örneklem Sayısı
Ort:	Ortalama
p:	İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeyi
t_p:	Bağımlı Gruplar T Testi
t_p :	Bağımsız Gruplar T Testi
r:	Pearson Korelasyon Katsayısı
SS / SD:	Standart Sapma
VAS:	Görsel Ağrı Skalası
VDS:	Sözel Tarif Skalası

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Acıbadem Sağlık Grubu Hastanelerinde Kullanılan Görsel Ağrı Skalası....	29
Şekil 2. Araştırma Tasarımı	33
Şekil 3. Ameliyattan Sonra 24 Saat İçinde Ağrı Hisseden Hasta Sayısının Toplam Hasta Sayısı İçindeki Dağılımı.....	41
Şekil 4. Deney ve Kontrol Grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Dağılımı	46



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. İnsan Vücudunda Anksiyetenin Meydana Getirdiği Değişiklikler	19
Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 3. Ameliyat Öncesi Hastaların Ağrı Deneyimlerine İlişkin Dağılımları.....	38
Tablo 4. Uygulanan Cerrahi Girişim Türlerinin Dağılımı.....	38
Tablo 5. Hastaların Hastaneye Yatış ve Hasta Eğitimi Arasındaki Süre Dağılımı ...	39
Tablo 6. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Düzeyleri ve Yerleri	40
Tablo 7. Ameliyat Sonrası Uygulanan Non-Farmakolojik Ağrı Yöntemlerinin Dağılımı	42
Tablo 8. Ameliyat Sonrası Uygulanan Farmakolojik Ağrı Yöntemlerinin Dağılımı	43
Tablo 9. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerin Dağılımları.....	43
Tablo 10. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımı	44
Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçek Puanlarının Değerlendirmeleri.....	45
Tablo 12. Ameliyat Sonrası Görsel Ağrı Skalası ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçekleri Değerlendirmeleri.....	47
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubuna Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Puanlarının Değerlendirmeleri	48

ÖZET

Bu çalışma, laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin, ameliyat sonrası hastanın ağrı ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Randomize kontrollü tipte olan bu çalışmaya Mart 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında özel bir sağlık grubuna ait hastanede laparoskopik cerrahi girişim yapılan 135 hasta alındı. Araştırmada veriler; Hasta Tanılama Formu, Görsel Ağrı Skalası ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ile toplandı. Sonuçlar, $p<0,05$ değeri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Ameliyathane hemşiresi (deney grubu) veya servis hemşiresi (kontrol grubu) tarafından ameliyat öncesi hasta ziyaretleri yapılarak hasta eğitimi yapıldı. Eğitimlerden önce, sonra ve ameliyat sonrası dönemde Durumluk-Süreklilik Kaygı ölçeği uygulandı. Ameliyat sonrası cerrahi hasta izlem ilkeleri doğrultusunda Görsel Ağrı Skalası ile ağrı izlemi yapıldı. Araştırmada, iki grubun eğitim öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0,05$). İki grubun ameliyat sonrası ağrı düzeylerine bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hemşire ziyareti yapılan hastalarda eğitim sonrası durumluk kaygı düzeylerinin sonuçları anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sonuç olarak, ameliyathane hemşire ziyaretinin ameliyat öncesi dönemde verdiği eğitimin kaygı düzeyinin azaltılmasında etkili olabileceği ve kurumlarda da kullanılabileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Ameliyathane Hemşiresi, Anksiyete, Hemşire Ziyareti, Laparoskopik Cerrahi

SUMMARY

The Effect of Nursing Visit on the Postoperative Period of The Patient's Anxiety and Pain Levels Before Laparoscopic Surgery

This study was conducted to determine the effect of nurse visit on patient's postoperative pain and anxiety levels before laparoscopic surgery. 135 patients who underwent laparoscopic surgery in a private healthcare group hospital between March 2019 and October 2019 were included in this randomized controlled study. In the study, the data were collected by means of Patient Diagnosis Form, Visual Pain Scale and State-Continuity Anxiety Scale. The results were evaluated at the significance level of $p < 0,05$. Patient education was provided by operating room nurses (experimental group) or service nurses (control group) with preoperative patient visits. The State-Continuity Anxiety Scale was applied before and after the education and also in the postoperative period. Regarding postoperative patient monitoring principles, pain monitoring through Visual Pain Scale was applied. In the study, no statistically significant difference was found between the pre-education and postoperative state anxiety levels of the two groups ($p > 0,05$). When the postoperative pain levels of the two groups were examined, there was no statistically significant difference between the groups ($p > 0,05$). The results of state anxiety levels after education were found to be significant in patients who were visited by nurses ($p < 0,05$). As a result, it is suggested that operating-room nursing visits can be an effective method in reducing the anxiety level of the patients and can also be used in institutions.

Keywords: Anxiety, Nursing Visit, Pain, Laparoscopic Surgery, Operating room Nurse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın sağlıklı olması fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (1-3). Sağlığın korunması ve sürdürülmesi temel insan haklarındandır. İnsan sağlığının bozulduğu durumlarda; sağlığın korunması ve devamlılığı için cerrahi girişim 19. yüzyıla kadar kaba ve tehlikeli bir tedavi yöntemi iken; teknolojinin ilerlemesi ile gelişen anestezi teknikleri, ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan bakım yöntemleri, anatomi bilgisi ve antisepsinin gelişmesi ile daha fazla uygulanmaya başlamıştır (4, 5).

Cerrahi girişim organizmanın fizyolojisini mümkün olduğunca korumak, hastalıklarda ve yaralanmalarda bozulan vücut fonksiyonlarını normal duruma getirmek için uygulanan tedavi şeklidir (6). Hasta ve ailesi için cerrahi girişimin çeşidi, planlı olması veya acil olması hastada fizyolojik ve psikolojik açıdan bazı değişikliklere yol açar (7). Hastalar cerrahi girişimin yararlı olduğunu bilseler de cerrahinin psikolojik etkilerinden biri olan anksiyete (kaygı) ve korku yaşamaları oldukça sıktır. Hastaların anksiyete yaşamaları dışında bu dönemde ameliyat sonrası ağrı, ölüm, özerkliği yitirme korkusu, sakat kalma ve acı çekme, bilinmezlik, sosyal yaşam ve aktivitelerden uzak kalma, işini kaybetme, yaşam kalitesinin bozulması, yabancı ortamda bulunma gibi korkular görülebilir (2, 8-10). Anksiyete, parasempatik ve sempatik uyarıcılar nedeni ile bilinmeyen, korku, kaygı, kötü bir şey olacakmış endişesiyle yaşanan heyecan durumu ve insanı üzebilen, sıkıcı bir bekleme hali olup insan yaşamının sürdürülebilmesi için gerekli bir duygudur (11). Literatürde, ameliyat olacak hastaların neredeyse tamamında değişik düzeylerde anksiyete görüldüğü belirtilmektedir (11, 12). Anksiyetenin insanlar üzerinde birçok etkisi vardır, bunlardan en önemlisi ise ağrıdır. Ağrı benzersiz ve kişisel bir deneyim yani subjektif olmasından dolayı hastanın ifadesi ile bulgulanır (13-15). Başka bir tanımda ise ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası doku hasarı ile birlikte geçmişteki tüm deneyimler ile hoş olmayan duygusal ve duyuşsal bir deneyimdir (1, 16, 17).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp dokuların iyileşmesiyle azalan, lokalize, insizyon tipi ve genişliğine göre değişiklik gösteren, kısa süreli akut ağrıdır (17-19). Günümüzde milyonlarca insanın cerrahi olarak tedavi edilmesi, cerrahi teknikler, ağrı farmakolojisi, ameliyat öncesi-sırası-sonrası bakımdaki teknolojik ilerlemeler olmasına rağmen ağrı ve anksiyetenin hasta üzerindeki etkileri hala ortadan kaldırılamamıştır (6, 20, 21). Ameliyat sonrası ağrının rahatlatılmaması; sağlık giderlerinin ve ilaç kullanımının artmasına, hastanede kalma süresinin uzamasına ve hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (22, 23). Ameliyat öncesi dönemde anksiyete ve ağrının fazla olması ameliyat sonrası dönemde daha fazla ağrı yaşanmasına ve ağrı yönetiminin zorlaşmasına neden olmaktadır (15, 24). Ağrı, ameliyat sonrası hastanın anksiyetesini arttırabildiği gibi hastanede kalma süresini de uzattığı belirtilmektedir. Hastanın anksiyetesinin artması da daha fazla ağrıya neden olarak kısır döngü oluşturmaktadır (25). Bu nedenle, anksiyete ve ağrı tutumunun ağrı algısı ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu durum, hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin azaltılması pozitif ağrı tutumlarını artıracak ve dolayısıyla ameliyat sonrası dönemde de ağrıyı azaltabileceği vurgulanmaktadır (15, 26).

Hastaya ameliyat öncesi eğitim verilmesinin amacı; ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hastanın sağlık durumunu geliştirmek, psikososyal destek sağlayarak baş etmesine yardımcı olmak, bakım uygulamalarına yönelik bilgi ve becerilerin öğretilerek fayda sağlamaktır (6, 7, 11, 27). Hastaların sağlığını korumak, geliştirmek, iyileştirmek için hastaların bilgilendirilmesi hemşirelerin temel görevlerinden biridir (2, 3). Ameliyat öncesi hasta eğitiminin yapılması; anksiyetenin, analjezik kullanımının, hastanede kalma süresinin, sağlık giderlerinin azaltılmasına dolayısıyla hasta memnuniyetinin artmasına ve hızlı iyileşme sürecine yardımcı olmaktadır. Bu durumların yanı sıra öz bakım gücü ve uyumunun artmasına, kontrol duygusunun gelişmesine, tedavisini anlamasına ve tedavisi ile ilgili kararlara katılmasına yardımcı olmaktadır (28-32). Ağrı ve anksiyete ile baş etmek için; hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanacak hemşirelik girişimleri değerlendirilmeli, planlanmalı, ameliyat öncesi multidisipliner ekip ile bu girişimler uygulanarak hastayı fiziksel ve ruhsal yönden ameliyata hazırlamak gerekmektedir (23, 33, 34). Hastalarda cerrahi

ilişkili ağrı ve anksiyetenin yönetiminde kullanılan yöntemlerden biri de hemşire ziyaretidir (12, 29, 30).

Ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi hemşire ziyareti, hastaları psikolojik olarak desteklemek ve eğitmek için kullanılan bir yöntemdir (29, 30). Ameliyathane hemşireliği, bilişsel ve sosyal becerileri kullanarak güvenli ve etkili hemşirelik bakım sağlanmasını gerektiren bir uzmanlık alanıdır (30, 35). Ameliyathane hemşirelerinin hastane içinde hasta ile birlikteliği kısa süreç olmasına karşın son derece etkilidir (36). Ameliyathane hemşireleri, hastanın ve cerrahi ekibin gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, duyarlılık ile hastanın iyiliğini ve bakımını en başta önemseyerek ameliyat sonrası dönemde hastanın iyileşmesini en üst düzeyde tutmayı sağlar (8, 36, 37). Ameliyat öncesi dönemde ameliyathane hemşirelerinin ziyaretleri, hastaların düşüncelerini, duygularını ve beklentilerini ifade etmelerini sağlayan bir ortam yaratır. Bu ziyaret, hastanın cerrahi ekibine olan güvenini artırır ve çalışma ortamı ile ilgili korkuları azaltır (30, 38). Ayrıca bu uygulamalar ile hastaların bulunacakları ortamlar (ameliyathane, derlenme ünitesi vb.) hakkında bilgiler verilerek anksiyetelerinin azaltılması hedeflenmektedir (30, 38, 39). Ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi ziyareti, cerrahi süreçteki bakımın sağlanmasında evrensel öneme sahip olmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın kullanılmamaktadır (39). Ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi hemşire ziyareti yapmasının hasta sonuçları üzerine etkisini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (29, 30). Ancak bu yöntemin ameliyat öncesi ve sonrasında anksiyete ve ağrı üzerinde etkisini gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemde hastanın anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, insan vücudunda patolojik olayları hafifletmek, engellemek ya da tamamıyla sorunu ortadan kaldırmak için gerçekleştirilen planlı anatomik değişim olarak tanımlanmaktadır. İnsan vücudunun anatomik-fizyolojik yapısını koruyarak hastalık, travma ve deformitelerle bozulan beden fonksiyonlarının organlarda veya organlar arasında gerekli girişimlerle en ideal duruma getirilmesinde uygulanan el becerisi ile yapılan tedavi yöntemidir (40).

Cerrahi kelimesinin kökü olan “cerh” sözcüğü Arapçada “yaralanma, çürütme ya da kabul etmeme” anlamındadır. Bu kelime kökünden türetilen “cerrah” kelimesi, işi yapan hekim; “cerrahi” kelimesi de bu işin yapılması anlamındadır. Latince “el ile yapılan iş” anlamına gelen “chirurgia” (şirürji) sözcüğü, Latince’den Arapçaya “amel ülyed” şeklinde çevrilerek zamanla “ameliyat” sözcüğüne dönüşmüştür. Eski dönemlerde cerrahideki başarısızlıklar nedeniyle en son başvurulacak tehlikeli bir yöntem olarak görülüyordu. Anatomi bilgisinin sınırlı olması cerrahinin gelişmesini engelleyen en önemli faktördü (40, 41).

2.2. Cerrahinin Hasta Üzerindeki Etkileri

Cerrahi girişimin önemi, planlı veya acil olup olmaması hastayı psikolojik ve fizyolojik açıdan etkilemektedir. Her cerrahi girişimin kendine özel sorunları ve hasta üzerinde oluşturabileceği bazı genel etkileri de vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması,

organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesidir (42-44).

2.2.1. Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması

Vücuttaki sinirsel ve hormonal değişiklikler, psikolojik ve fizyolojik durumlara yanıt oluşturarak stres tepkisini ortaya çıkarır (2, 42, 45). Homeostatik dengeyi koruyan sinirsel ve hormonal eylemler hipotalamus aracılığıyla hipofiz bezini ve sempatik sinir sistemini uyarak çeşitli hormonların salınmasına ve bu hormonların etkisiyle de çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (2, 42, 46).

Psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu gibi) ve fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi) stresörler stres tepkisinin ortaya çıkmasında etkilidir (2, 42, 47). Aynı zamanda stres tepkisinin oluşması kişinin yaşına, fizyolojik ve psikolojik durumuna ve stres süresine bağlı olarak değişebilmektedir. Uzun süre bu faktörlere maruz kalan hastalar, ameliyat stresi ile etkin bir şekilde başa çıkamazlar (42). Cerrahi girişim, insan vücudu tarafından bir stresör olarak algılanır ve stres yanıtı oluşturur (42, 46). Hastaneye yatmak, çoğu hastada orta düzeyde stres yaratmaktadır. Cerrahi girişimin planlanması ve bekleme süreci, ameliyat öncesi dönemde hastalarda stres ve anksiyeteye neden olabilmektedir (2, 42, 47). Ameliyat sonucunda ise hastalar korku, kaygı, üzüntü, şaşkınlık ve umutsuzluk gibi psikolojik etkiler de yaşayabilmektedirler (40).

Uzun süreli ve şiddetli geçirilen anksiyete, hastanın sağlığı açısından acil müdahale edilmesi gerekebilecek bir durumdur (48). Bu düzeyde yaşanan anksiyete, nöroendokrin stres yanıtının otonom sinir sistemi tarafından uyarılarak artmasına,

cerrahinin hasta üzerindeki sonuçlarını olumsuz olarak etkilemesine yol açmaktadır (49, 50).

2.2.2. Enfeksiyona karşı direncin azalması

Cerrahi girişim, insan vücudunda mikroorganizmalara karşı en önemli koruyucu bariyer olan derinin bütünlüğünü bozduğundan dolayı enfeksiyon yaratma şansını arttırabilmektedir. Normalde mikroorganizmalar sağlam deriden kolaylıkla giremezler (42). Patojen mikroorganizmalar vücuda girip deri bütünlüğünde bozulma oluşturarak enfeksiyon yaratabilir. Ameliyat sırasında deri bütünlüğünde bozulma olduğu için ameliyat sonrasında hastalarda enfeksiyon gelişebilir (3). Enfeksiyonun engellenmesi için önlemler alınmış olsa da ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski her zaman vardır (42). Beslenme bozukluğu olan, bağışıklık sistemi bozulmuş, yaşlı, uzun süre hastanede bulunan veya ameliyatı uzun süren hastalarda enfeksiyon riski daha yüksektir.

2.2.3. Vasküler sistemin bozulması

Ameliyatta dokuların kesilmesi, kan damarlarının bütünlüğünün bozulmasına neden olur. Bu yüzden büyük damarlar kesilmeden önce kan kaybını azaltmak için damarlar klemplenir. Bütün ameliyatlarda minimal de olsa kan kaybı oluşmaktadır (40). Damar bütünlüğü bozulduğunda sırasıyla vasküler spazm, trombosit tıkaçı oluşması, pıhtı oluşması, pıhtı içindeki fibröz büyüme ile damardaki açıklığın kalıcı olarak kapatılması ile hemostaz sağlanır (3, 44). Ameliyat sırası veya sonrası dönemde fazla kan kaybı olan hastalarda şok oluşabilir (42, 44). Solunum fonksiyonlarında bozulma ve kalp hastalığı öyküsü olan, yaşlı, zayıf hastalar kardiyovasküler komplikasyonlar açısından risk altındadır (40, 44).

2.2.4. Organ fonksiyonlarının bozulması

Ameliyat esnasında organların manipülasyonu, organın bir kısmı ya da tamamının çıkarılması organ fonksiyonlarının geçici olarak bozulmasına neden olmaktadır. Ameliyat sırasında diğer çevre organlara temas edilmesi de organların işlevlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Böyle bir durumda insanın biyolojik fonksiyonları etkilenebilir (kuvvet kaybı, felç, görme bozukluğu). Bu durumlara ek olarak, açık batın cerrahisinde bağırsak hareketlerinin durması, organ fonksiyonlarının bozulmasına örnek verilebilir (42).

2.2.5. Beden imajının değişmesi

Beden imajı, çocukluk döneminden yaşam sonuna kadar devam eden çeşitli faktörlere dayalı benlik duygusudur. Bu faktörler arasında dış görünüş, akraba ve arkadaşların tepkileri, kendi bedenine ilişkin duygular ve bireysel olarak verilen anlam ve önem sayılabilir (42, 44). Bir uzvun ampute edilmesi, boyun diseksiyonu, meme dokusunun çıkarılması, stoma açılması gibi insan bedeninde şekil bozukluğuna neden olan kalıcı fiziksel değişiklikler veya şekil bozukluğuna neden olmayıp psikolojik ya da sembolik önemi olan bir organ çıkarılması beden imajında değişiklik yaratabilir (40, 42, 44). Örneğin histerektomi, kadınların dış görünüşünde farklılık oluşturmaya bile beden imajının bozulmasına sebep olmaktadır. Beden imajının bozulması da hastalarda benlik saygısının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (44, 45). Cerrahi girişim, beden imajında değişikliklere neden olacak ise, ameliyat öncesi ve sonrasında hastaya danışmanlık verilerek yardımcı olunmalıdır (42, 44).

2.2.6. Yaşam tarzının değişmesi

Bazı ameliyatlarda hastanın yaşam tarzında köklü değişikliklerin yaşanmasına neden olabilir. Bu yüzden, hastalara verilen destek, meydana gelebilecek problemlerle başa çıkabilmeleri açısından önemli bir yer tutar. Örneğin, larenjektomi ameliyatı

uygulanan bir öğretmenin ya da bacağı ampute edilen bir şoförün yeni bir meslek edinmeleri gerekebilir (42).

2.3. Laparoskopik Cerrahi

2.3.1. Laparoskopi cerrahinin tanımı ve tarihçesi

Laparoskopik cerrahi, optik bir sistem ve kameralar eşliğinde karın içi ve pelvik organların anatomik bağlantılarına zarar vermeden görüntülenmesine olanak sağlayan minimal invaziv cerrahi yöntemdir. Laparoskopik cerrahi yeni ve popüler bir cerrahi yöntem olsa da aslında en eski cerrahi tedavi yöntemidir (51).

Endoskop, vücut deliklerinin muayenesinde ilk kez 1805 yılında Phillip Bozzini tarafından kullanılmıştır. Dahiliye hekimleri başlarda endoskopiye tanısal amaçlı kullanırken daha sonra jinekoloji alanında tedavi amaçlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kussmaul ve Nitze 18. yüzyılın sonlarına doğru yeni araçlar geliştirerek endoskopi modelleri ortaya çıkartmıştır. 1901 yılında George Kelling, Celioscopy (Selioskopi) adı verilen aletle periton boşluğunu incelemiş (52), 1980’lerde bilgisayar çipli video kamera geliştirilmesi ile birlikte büyük adımlar atılmaya başlanmıştır. 1982’de ilk laparoskopik karaciğer biyopsisi yapılmış, 1983’de Semm (52, 53) tarafından ilk laparoskopik apendektomi, 1985’de Eric Mühe (54) Almanya’da ilk laparoskopik kolesistektomi, 1987’de Fransız Mouret (55) tekniği videoskopik olarak uygulamaya başlamıştır. 1989’da Dubois (56) multiponksiyonla standart kolesistektomi, 1990 yılında Clayman ve arkadaşları ilk laparoskopik radikal nefrektomi yapılmıştır (51, 57). Ülkemizde ise Prof. Dr. Ergün Göney, 1990 yılında İstanbul Sosyal Sigortalar Kurumu Okmeydanı hastanesinde ilk laparoskopik kolesistektomi ameliyatını yapmış ve başarıyla sonuçlandırmıştır (58).

2.3.2. Laparoskopik cerrahinin avantajları

Laparoskopik cerrahi, açık cerrahide kaçınılmaz olan geniş doku diseksiyonuna gerek kalmadan küçük insizyonlar ile yapılır. Doku diseksiyonunun daha az olması insanda strese karşı verilen nöroendokrin ve metabolik cevabın daha düşük düzeyde olmasını sağlar. Ameliyat sonrası ağrı ve analjezi ihtiyacı azalır. Hastanın iyileşme sürecini hızlandırır ve daha kısa sürede gündelik hayata dönmesine yardımcı olur. Hastanede kalış süresi azalması ile daha iyi konfor ve yaşam kalitesi sağlama, bağışıklık sisteminin daha az baskılanmasını sağlar. Kozmetik problemler, kanama, yaralanma, enfeksiyon, enflamasyon, ileus gibi komplikasyonlar ve ölüm riski az olması gibi birçok avantajı vardır (59).

Yapılan çalışmalarda; bağırsak fonksiyonlarının normal haline dönmesi, ağrı, yaşam kalitesi, hastanede kalış süresi üzerine laparoskopi cerrahisinin açık cerrahiye göre anlamlı derecede üstün olduğu belirtilmektedir. Ameliyat süresi, morbidite ve mortalite, kısa dönem ve uzun dönem sonuçlar incelendiğinde ise laparoskopik ve açık cerrahi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (60, 61).

2.4. Ağrı

Ağrının deneyimi, insanlık tarihi kadar eskidir (17). Ağrı, eski Yunanca kökenli “poine” ile Latince “poena” sözcüğünden gelen ceza, intikam, işkence anlamlarını taşımaktadır (1, 16). Ağrının yıllarca anlaşılması ve giderilememesinin nedeni; tanrılar tarafından verilen ceza olarak algılanmasıydı (2).

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP– International Association for the Study of Pain) 1979 yılında yaptığı ve günümüzde geçerliliğini sürdürdüğü ağrı kavramını, “Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan

veya olmayan, bireyin geçmişteki deneyimlerinden etkilenen, hoş olmayan emosyonel bir duyum, bir davranış şekli” olarak tanımlamıştır (1, 17). Bu tanım ile birlikte; ağrının davranışsal tepkilerden oluşan, huzursuzluk veren kişisel bir deneyim olan, değişken özelliğe sahip duygu ve duyuların, dokudaki olaylar sonucu oluşan bir durum olduğunu göstermektedir (2, 62). Ağrı subjektif olup, ağrının değerlendirilmesinde güvenilir kaynak olarak kişinin kendisi sorgulanmalıdır. Bu yüzden, kişi ağrısını söylediğinde ona inanılmalıdır (1, 2, 17).

2.4.1. Ağrının algılanması

Periferdeki sinirler, sensoriyel uçlarındaki nosiseptörlerin uyarılması ile elektriksel aktiviteye dönüşür (Transdüksiyon). Doku hasarında ağrının algılanması sonucunda oluşan elektrokimyasal aktiviteye “nosisepsiyon” adı verilir. Bu bilgi, santral sinir sistemine iletilirken nöral yollarla 3 yolla oluşur:

- Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmesi
- Uyarının spinal kordda, assendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
- Talamokortikal projeksiyon (Transmisyon)

Ağrının düzenlenmesi için inen nöral yollar ile bu ileti azaltılır (Modülasyon). Ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan sensoriyal bir duyu olarak algılanır, emosyonel komponentler taşır (Persepsiyon). Bu duyumu, doku harabiyeti ile birlikte olan duyumdan ayırt etmek mümkün değildir. Kısaca bu iletiler serebral kortekse ulaştığında ağrı oluşur, ulaşmadığı sürece hasta ağrı deneyimi yaşamayacaktır (1).

2.4.2. Ağrının sınıflandırılması

Ağrının kaynağının belirlenmesi, tedavi edilmesi ve incelenebilmesi için sınıflandırılması gerekmektedir. Her insanın farklı terminoloji ve dil kullanması

nedeni ile ağrının sınıflandırılması oldukça güçtür. Bu yüzden ilk kez 1979 yılında Bonica tarafından ağrının sınıflandırılması yapılmıştır (17).

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği, ağrıyı eksen sistemi adı verilen beş eksenli (bölgeler, sistemler, ağrının geçici özellikleri, ağrı şiddetinin derecesi, geçen zaman ve etiyoloji) sistemine göre karmaşık ve çok eleştirilmiş bir şekilde sınıflamıştır (34). Ancak günümüzde yaygın olarak kullanılan akılda kalıcı olması ve daha ayrıntılı ele alınabilmesi ve değerlendirilmesi için temel ağrı tiplerini tanımlayan sınıflamalarla ağrıya yaklaşım daha da kolaylaşmaktadır (14, 34).

2.4.2.1. Kaynaklandığı dokuya göre

Somatik Ağrı: Aniden başlayan keskin, batır, zonklar tarzda olup iyi lokalize edilen ağrı tipidir. Somatik sinirlerden kaynaklanır. Hareketle artıp istirahatle azalır. Kemik metastaz ağrıları, romatoid artrit ağrıları, ameliyat sonrası ağrıları bu ağrı tipine örnektir (1, 17, 63, 64).

Visseral Ağrı: İç organların veya zarlarının anormal işlevi veya hastalığına bağlı gelişen, derinden gelen, iyi lokalize edilemeyen, sıkıştırıcı tipteki akut ağrılarıdır. Yansıyan ağrıları (safra kesesi ağrısının sırtta hissedilmesi gibi) bu tip ağrıları örnektir. Yaygındır, başka bölgelere yayılır. Visseral ağrı her organdan kaynaklanmaz (böbrek, karaciğer ve akciğer parankimi ağrıya karşı hassas değildir) (1, 17, 63, 64).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemine bağlı yanıcı bir ağrıdır. Ağrıyan bölgede soğukluk, solukluk ve üşüme hissedilir. Damar kökenli ağrıları bu ağrıya örnektir (1, 17, 63).

2.4.2.2. Başlama süresine göre

Akut Ağrı: Doku hasarına, hastalığa veya kas ya da iç organların anormal fonksiyonuna bağlı ağrılı bir uyarandır. Neden olan durum ile yer, zaman ve şiddet açısından ilişki bulunur ve iyileşme ile kaybolur (1, 17, 63, 64).

Kronik Ağrı: Akut bir hastalığın geçmesine rağmen devam eden ağrıdır. Bu süre 3-6 ay olarak belirlenmiştir. Altı hafta süreyle ağrının kesintisiz devam etmesi de kronik ağrıya girer. Kas-iskelet sistemi bozuklukları, kanser, periferik sinir hastalıkları, visseral hastalıklar kronik ağrılara örnektir (1, 17, 64).

2.4.2.3. Mekanizmalarına göre

Nosiseptif Ağrı: Deri, kas, bağ dokusu, iç organlarda yaygın olarak bulunur. Somatik veya visseral doku hasarına bağlıdır. Sızlanma şeklinde, bıçak batar gibi, zonklama, basınç hissi gibi hissedilir. Travmalar, yaralanmalar ve ameliyat sonrası dönem ağrılarına örnektir (1, 17).

Nöropatik Ağrı: Sinir sistemindeki lezyon veya fonksiyon bozukluğuna bağlı oluşur ve uygun olmayan cevaplar verir. Tanı ve tedavisi zor ağrı türüdür. Şimşek çakar nevraljiler, diyabetik polinöropatiler bu ağrı çeşidine örnektir (1, 17).

Deafferantasyon Ağrı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmalarında iletinin kesilmesi ile ortaya çıkar. Amputasyon sonrası gelişen fantom ağrısı, talamik ağrıları örnek verilebilir (1, 17).

Psikomatik Ağrı: Anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunların artması sonucu hissedilen ağrıdır. Somatizasyon, hipokondriazis gibi hastalıklar bu ağrı tipine örnektir (1, 17).

Reaktif Ağrı: Afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşur. Künt, sızlayıcı ve sürekli ağrılardır. Miyofasyal ağrılar bu ağrı tipine örnektir (1, 17).

2.4.3. Ağrının değerlendirilmesi

Hastanın ağrısının değerlendirilmesi için en önemli koşullarından biri hasta-sağlık profesyoneli arasındaki iletişimidir. Ağrının değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada; hekim ve hemşirelerin %58'inin ağrı yönetimine yönelik bilgi yetersizliklerinin olduğunu, ağrının azaltılmasına yönelik önlem almadıkları, hastaların hissettikleri ağrılarının düzeyini hekim ve hemşirelerin hastalardan daha düşük tahmin ettiklerini, hemşirelerin %96'sının ağrısını ifade eden hastaya

inanmadığı ve %47'sinin de ağrısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemedikleri belirlenmiştir (65).

Ağrı subjektif bir veri olduğu için kişinin kendi ağrı şiddetini belirlemesi esastır. Fakat hastanın ağrı için “var” veya “yok” demesi değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme için hastanın sözel ifadesi ile birlikte ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de standardize edilmesi gerekmektedir. Ağrıyı değerlendirmek için;

- Görsel / Vizüel Analog Skalası (VAS- Visual Analog Scale),
- Sözel Tarif Skalaları (VDS-Verbal Descriptor Scale),
- Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS-Numerical Rating Scale),
- Yüz İfadesi Skalası gibi ölçekler kullanılmaktadır (2, 17, 66).

2.4.4. Ameliyat sonrası ağrı

Cerrahi girişim sonucunda gerçekleşen travma ile ortaya çıkan, nosiseptörlerin uyarılması ile başlayan, inflamatuvar sürecinde eşlik ettiği, farklı şiddette olabilen ve dokuların iyileşmesi ile gittikçe azalan akut bir ağrıdır (13, 67, 68).

Akut ağrıların en yaygın nedeni ameliyat sonrası ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrı deneyimleri ile ilgili çalışmalarda, hastaların ameliyat sonrası %30 ile %70 arasında orta ve şiddetli düzeyde ağrıları olduğu gözlemlenmiştir (69). Ceyhan ve Güleç'in yaptığı çalışmada ameliyat sonrası hastaların %75'inde akut ağrı geliştiği ve bunların %80'inde ağrının orta ve yüksek şiddette olduğu belirtilmiştir (70). Amata ve arkadaşları ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun daha hafif ve sadece %9'unun katlanılabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (71).

Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı oluşmasının birkaç nedeni olduğu kabul edilmektedir. Neden olduğu durumlar; insizyon bölgesi (%50-70), pnömoperitonyum (peritoneal ve diyafragmatik gerilme, iskemi, asidoz), sempatik sinir sistemi eksitasyonu nedeniyle doku inflamasyonunun artmasıdır (%20-30). Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı yerleri insizyon bölgeleri, visseral yapılar veya subdiyafragmatik bölgeler (omuz ağrısı) olduğu belirtilmektedir (72).

Ameliyat sonrası ağrının nedeni, şiddeti, niteliği ve süresini; hastanın psikolojik ve fizyolojik yapısı, hastanın farmakolojik ve psikolojik açıdan ameliyat öncesi hazırlığı, ameliyatın yeri, niteliği ve süresi, ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı ve cerrahi süreçte uygulanan anestetik ilaçlar etkilemektedir (20, 68, 73).

2.4.5. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde amaç, hastanın ağrısını azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır (70). Ağrı yönetiminin etkili olması, yalnızca fiziksel rahatsızlığı azaltmaya değil, bununla birlikte erken ayağa kalkmaya, erken işe dönmeye, hastanede yatış süresini kısaltmaya, mortalite ve morbidite oranlarını düşürmeye ve sağlık bakım giderlerini azaltmaya katkı sağlamaktadır (65).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, farmakolojik yöntemler, cerrahi yöntemler ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır (18, 74). Hastaların yüz ifadesi, davranışları, aktivite durumu, sözel ifadeleri ile fizyolojik belirtileri ağrının değerlendirilmesi sırasında çok önemli unsurlardır (2). Ağrıda farmakolojik ajanlar tüm ekip sorumluluğundadır. Hastanın hastalığına uygun hekim ilaç yazarak hemşire uygular ve hastalığa karşı verilen yanıtı ekibe bildirir. Bu yüzden ağrı yönetimi multidisipliner yaklaşımı gerektirir (23, 33, 34).

Ağrıyı gidermek, azaltmak ve kontrol altına almak için farmakolojik tedavinin yanı sıra hemşirenin bağımsız rollerinden olan nonfarmakolojik yöntemler uygulanarak ilaç tedavisinin etkinliği arttırılabilir (23, 75, 76). Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemler olarak soğuk uygulama (23, 74, 75, 77), soğuk tedavisi (kriyoterapi) (75, 77), sıcak uygulama (23, 75, 77), dikkati başka yöne çekme teknikleri (televizyon izlemek, müzik dinlemek, kitap okumak, terapötik dokunma, iletişim kurma) kullanılabilir (23, 63, 78, 79). Ayrıca uyku (23), egzersiz, pozisyon verme (18), masaj (17, 80, 81), hipnoz, meditasyon, yoga gibi teknikler de kullanılmaktadır (17, 18, 81). Bunun yanı sıra esneme, gerilme, derin solunum alma, çene gevşetme gibi gevşeme teknikleri de kullanılabilir (62). Ağrı yönetiminde kullanılan diğer yöntemler derin solunum egzersizi (63, 75, 80, 82), transkütenoz elektriksel sinir stimülasyonu (80) ve ameliyat öncesi hasta eğitimi, cerrahi süreç ve ağrı tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme (80, 82). Ağrı kontrolünde hemşireler önemli role sahiptir. Bu rolünü yerine getirmeleri için hemşireler kendini eğitmeli, geliştirmeli, ilaçların etki ve yan etkilerini bilmeli bunun yanında farmakolojik olmayan yöntemleri de kullanarak optimal bakımı sağlamalıdır (83).

2.5. Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete, “angh” sözcüğünden “sıkıca bastırmak, sıkıntı ve tasa” anlamlarına gelen Hint-Germen kökenli olup, eski Latince “tikanma”, “boğulma” anlamına gelirken eski Yunancada ise “anxietas” yani merak, korku, endişe anlamlarına gelmektedir (84). Milattan önce 3000’lerde yazılan ve anksiyeteye dair en eski yazılı kanıt Gılgamış destanıdır. Gılgamış kendi ölümsüzlüğüne ilişkin endişelerini bu destanda anlatmıştır. Eski zamanlardan beri anksiyete belirtileri hekimlerin dikkatini çekmiştir. Mani, histeri, paranoya gibi terimleri kazandıran Hipokrat’a göre anksiyete, psikiyatrik terimlerin kaynağının beyin olduğunu söylemiştir (84). Türk Dil Kurumu’na göre “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” ve “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlanmaktadır (85).

Anksiyete, parasempatik, sempatik ve endokrin uyarıcılar sonucu nedeni bilinmeyen, korku, kaygı, kötü bir şey olacaktı endişesiyle yaşanan (86) heyecan durumu ve insanı üzebilen, sıkıcı bir bekleme halidir (11). Kaygı iki çeşitten oluşur; süreklilik ve durumluk kaygı olarak incelenir.

Korku, endişe, duygulanım ve coşku gibi duygular kişide bir takım psikolojik ve fizyolojik değişikliklere neden olan tepkiler oluşturur. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da beyinde tehlikeliyi sezdiğinde sempatik ve parasempatik sinir sistemi devreye girer. Sempatik sinir sistemi enerjiyi arttıran kaç-savaş tepkisi oluştururken; parasempatik sinir sistemi ise normal haline geri döndürür. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişiklikler Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1. İnsan Vücudunda Anksiyetenin Meydana Getirdiği Değişiklikler

Fizyolojik Değişiklikler (86-88)
• Kan basıncı, kalp atışı ve solunum sayısı artar • Kan şekeri yükselir • Göz bebekleri büyür, genişler • Mide-bağırsak hareketleri hızlanır • Terleme ve çizgili kasların gerginliğinin artması ile titreme oluşur • Göğüste sıkışma hissi ve kalp çarpıntısı olur • Tükürük salgısının azalması ile ağız kuruluğu olur • Dişler sıkılır
Psikolojik Değişiklikler (88)
• Korku, tedirginlik, huzursuzluk • Güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik • Sinirlilik, öfke, depresyon • Sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü • Kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma • Kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk hali
Bilişsel Değişiklikler (88)
• Dikkat ve yaratıcılığın azalması • Hatırlama ve karar verme güçlüğü • Çevreye karşı ilgi azalması • Ölüm korkusu, başa çıkamama ve fiziksel zarar görme korkusu

Adrenalin ve diğer kimyasal ileticilerin kan düzeyinde artması ile bu değişiklikler meydana gelir ve hastalarda anksiyete oluşmasına neden olur (84, 86, 87). Anksiyete olumsuz kavramlarla açıklansa da herhangi bir bilinmezliğe karşı gelişen, kişinin varoluşu için gerekli hayati bir tepkidir (89).

2.5.1. Cerrahi ilişkili anksiyete

Cerrahi hastalarında oluşan anksiyetenin temel nedeni yaşam düzeninin değişmesi ve bedenine yapılacak cerrahi müdahaledir (9, 25, 29). Çoğu hastada ameliyat kararı ile bekleme süreci, hastalığın derecesi, hastaneye yatış, anestezi alma, operasyonun zorluk ve risk derecesi, hastanın önyargıları tedaviyi aksatmayacak şekilde anksiyeteye sebep olur (9, 36).

Anksiyete, cerrahi girişim planlandığı andan itibaren başlar, hastaneye yatma ile artar ve hastanın uyumluluğunu, yaşam kalitesini, tedavi sürecini, maliyetini, iyilik halini, hastalığının seyrini, hastanın başka hastalıklarla karşılaşmasını olumsuz etkiler (90, 91). Cerrahi girişim büyük bir travma olup hastayı fizyolojik ve psikolojik olarak tehdit edici bir deneyimdir (36, 92). Ameliyat olan hastaların birçoğu ölüm korkusu yaşar, bir süre sonra ölüm korkusu yerini kaygıya ve ameliyat sonrası ağrı korkusuna bırakır (10, 42). Günümüzde cerrahi ve anestezi her zamankinden daha güvenli olmasına rağmen ameliyat öncesi anksiyete yaygın bir bulgudur (36, 93). Ameliyat öncesi anksiyetenin yetişkin hastalarda %11-80 oranında görüldüğü bildirilmiştir (36, 94). Yapılan bir çalışmada genel cerrahi hastalarında %5'inde yaşadıkları anksiyete düzeyi tedavi reddine bile neden olmaktadır (12).

Ameliyat öncesi anksiyetenin artmasına neden olan durumlar; beden imajının bozulması, fiziksel sakatlık, ağrı, başkalarına bağımlı olma, ölüm ve acı çekeceği korkusu, anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitirme, cerrahi ve anestezi ile ilgili bilinmezlik korkusu sayılabilir (2, 9, 10). Bunların yanında sosyal yaşamında olumsuzluklar ve ekonomik statüde düşme (95), hayatı tehdit edici bir tanıyı alma, ailesine ve kendisine yeterli olamama (96), cinsel yeterliliğini ve çalışabilirliğini kaybetme sayılabilir (97). Uzun süre ameliyat olmayı beklemek, ameliyatın zihinsel/fiziksel zararı ve sonuçları hakkındaki endişeler, aile üyelerinden ayrılma (2,

9, 36), tıbbi hata ihtimali, ağrı, rahatsızlık duygusu, süreç ve iyileşme hakkındaki belirsizlik, otonomi ve mahremiyet kaybı, kanama, yabancı ortamda durma anksiyete düzeyini artırır (11, 96). Hastaya uygulanan invaziv uygulama ve kullanılan cihazlarında anksiyeteye neden olduğu belirtilmektedir (98, 99).

Hastaların demografik özelliklerinin de cerrahi ilişkili anksiyete gelişiminde önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir. Bekar veya boşanmış olmak, kadın ve genç olmak, gelir düzeyi yüksek olmak (96), yalnız ameliyata gelmek, kötü anestezi deneyimi ve genel anestezi altında ameliyat olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (84, 100). Acil ve gününbirlik cerrahi girişim olan hastaların anksiyete düzeylerinin planlı cerrahi geçiren hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (101).

Ameliyat öncesi yüksek anksiyete seviyesi, morbidite ve mortalite dahil olmak üzere cerrahi ile ilişkili riskleri arttırmaktadır. Ameliyat öncesi anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda iyileşme süresi uzar, komplikasyon görülme oranı artar, hastanede kalma süresi artar (102, 103), daha fazla ağrı hisseder ve memnuniyet azalır (98, 99, 104). Aynı zamanda ameliyat sonrası daha fazla anestezi ve analjezik ihtiyacının olması, sağlık giderlerinin daha fazla olması, hastada sersemlik hissi, bulantı, baş ağrısı gibi fiziksel sorunlara yol açar (36, 105). Bu nedenlerden dolayı ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat sonrası anksiyete ile birlikte değerlendirilmeli ve azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri ve değerlendirilmeleri yapılmalıdır (106).

2.5.2. Cerrahi ilişkili anksiyetenin yönetimi

Hastalara ameliyat öncesi stres yaratan unsurlar mutlaka sorularak, hastaların bireysel yanıtları belirlenmeli, değerlendirilmeli, girişimler planlanarak, uygulanmalıdır (40, 107). Cerrahi anksiyetenin azaltılmasında hastanın anksiyete

düzeyi sorulmalıdır. Anksiyete düzeyi; ameliyat türü, hasta beklentileri ve kişilik yapısına göre değişebileceği için, profesyonel bir şekilde iyimser ve yapıcı bir davranışla bulunulmalı, çok iyi gözlenmeli ve yorumlanmalıdır (40, 42, 108). Aynı tür ameliyatın yapılacağı hastalarla tanıştırılması ve iletişim sağlayarak deneyim ve duyguların paylaşılması önemlidir. Hatta aynı odada bile kalmanın yararlı olduğu belirtilmektedir (12, 109). Tüm bakım ve tedavi yöntemleri bireye açıklanırken hastanın soru sormasına izin verilmeli, birlikte tartışılmalı ve geçmiş yaşantısındaki deneyimleri açıklamasına izin verilmelidir (110). Ayrıca çevredeki uyaranlar (ses, ışık, gürültü vb.) mümkün olduğunca azaltılmalı (88), kendini güvende hissetmesi için sıcak ortam yaratılmalı, hastanın yanında sakin olunmalıdır. Hastaya açıklama yapılırken basit ve kısa cümleler kullanılmalıdır (110). Hastanın kafein, nikotin ve diğer uyarıcı maddelerden uzak durması gerektiği söylenmelidir (88). Bununla birlikte hastalarda progresif relaksasyon (baştan aşağı tüm kasları kasıp-gevşetme), yavaş-derin nefes alma egzersizleri, odadaki bir objeye veya bir kişiye odaklanma strese bağlı kas geriliminin kontrolüne yardımcı olur (88). Ameliyat öncesi gevşeme egzersizlerinin uygulanması (111), duyarsızlaştırma, kendi kendine hipnoz ve biyogeribildirim yararlı olduğu belirtilmektedir (12). Ameliyat öncesi sıcak uygulama (109), masaj (112), akupunktur (113), gevşeme (111), dikkati başka yöne çekme, düşleme (114), müzik dinleme (110, 115) ve ameliyat öncesi hemşire ziyareti de önerilen diğer yöntemlerdendir (12).

2.6. Hemşire Ziyareti

Ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi “hemşire ziyareti”, “ameliyat öncesi hemşire ziyareti” ya da “ameliyat süreci hemşire-hasta değerlendirmesi” olarak da tanımlanmaktadır (39, 116). Ameliyat öncesi ziyaretin amacı, ameliyat hemşiresinin, hastanın anksiyetesini azaltmak için gerekli bilgileri vermesidir. Bununla birlikte hemşireye, kişiselleştirilmiş bir bakım hazırlanmasında hastadan bilgi ve soru sorma-alma fırsatı da sağlar (117).

Idusogie, ameliyat öncesi hemşire ziyaretinin, hastanın cerrahi bakımı sırasında zorunlu bir ziyaret olduğunu belirtmiştir (39). Carnevali ve Weiler yaptıkları çalışmalarda ameliyat öncesi hemşire ziyaretlerin gerekliliği ve önemini vurgulamışlardır (118, 119). Aynı zamanda ameliyat öncesi ziyaret, hastalara ve hemşirelere faydalı etkileri Levine ve Fiedler, Mehaffy, Sharp ve Stone tarafından tanımlanmıştır (120, 121). Son zamanlarda ameliyathane hemşiresinin cerrahi hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ziyaretler yapması gerektiği görüşü ortaya çıkmıştır. Ameliyathane hemşiresinin bu ziyareti yapmasının birkaç nedeni vardır. Bunlar;

- Hastanın ameliyat öncesi ve sonrası hastane prosedüründe dahil olan-olmayan süreçleri bilmesi,
- Hastanın ameliyatını yapan hekimin tekniklerini ve ameliyat öncesi-sonrası sürecin ne kadar süreceğini bilmesi,
- Ameliyathane hemşiresinin hastaların ameliyathanede ve derlenme odasında ne kadar kalacağı ve neler yaşayacağı hakkında bilgilendirme ve sorulara kolayca cevap verebilmesi,
- Ameliyathane hemşiresinin ameliyat sırasında hastanın yanında olması, hastaya ne yapılacağını bilmesi, ameliyat sonrası iyileşme döneminde hastaya yardım etmesi şeklindedir (122, 123).

Ameliyat öncesi ziyaret kavramı 1960'lı yıllardan beri mevcuttur ve ameliyat öncesi ziyaret insanlara sıklıkla kafa karıştırıcı geldiği için bakım sunumu ile ilgili değeri sürekli tartışılmıştır (39, 121, 124). Tarihsel olarak, ameliyathanelerde çalışan hemşireler anatomi, fizyoloji, patoloji ve farmakoloji gibi biyofizik bilimleri bilgisine dayanan ve tıbbi bir bakım modelini izleyen cerrahların ve anesteziistlerin ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmıştır. Bu durum insanların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları olan farklı ve bütünsel bir bakım modeline dayanan mevcut hemşirelik uygulamalarıyla çelişmektedir (117, 121, 123, 125, 126).

Cerrahi girişim gerektiren bir hasta cerrahi servise kabul edildikten sonra ameliyata yönelik gerekli işlemler yapılır, anestezi hekimi görür, ameliyathaneye gönderilir, ameliyathanede ameliyat süresi kadar durduktan sonra derlenme ünitesine alınır ve tekrar cerrahi servise gönderilir. Bazı durumlarda yoğun bakım ünitesi bile bu süreyi kapsayabilir. Bu aşamaların her birinde bakım sürecine farklı hemşireler dahil olduğundan bilgilendirme süreçleri de farklılık gösterecektir. Bakım sürecindeki bu bölünmeler ameliyat olan hastaların anksiyete düzeyini artırabilmektedir. Hemşire ziyaretinde amaç, ameliyathane hemşiresinin hastanın birincil bakım rolünü üstlenmek değildir. Ameliyat öncesi hastaya ziyaret yaparak ameliyat öncesi ve sonrası süreç için bilgilendirme ve ameliyathane hemşiresi ile cerrahi servis hemşiresinin iş birliği içinde olarak hastaya eksiksiz ve sürekli bakım sağlanması, hastanın güvence altına alınmasıdır (117, 121, 123, 125-127).

Ameliyat öncesi dönemde hastaları ziyaret etmenin hastaların ameliyat sonrası iyileşmesine yardımcı olduğu ve hastanın kendisini bekleyen prosedür hakkında endişelerini ve korkularını ifade etme şansını sağladığı belirtilmektedir (39, 121). Hemşire ziyareti yapmanın diğer faydaları şunlardır; verileri toplamak, hastanın ameliyat için endişelerini azaltmak, hastayı ve hastanın sorunlarını ameliyat öncesi bilerek hasta bakımını iyileştirmek, hastanın bakımının gerektirdiği prosedürleri ve ekipmanı anlamasına yardımcı olmak, hasta bakımını ve prosedür ile ilgili bilgilere güncel kalmasını ve hastanın daha önce hemşireler ve cerrahlar tarafından verilmiş olduğu bilgileri yeniden uygulamaya teşvik etmesini sağlamaktır (39). Hemşire ziyareti, hastanın tüm cerrahi süreç hakkında eğitilmesini sağlar ve ameliyathane hemşiresi ile cerrahi servis hemşiresi arasındaki etkileşimini teşvik eder. Hasta ameliyathaneye geldiğinde tanıdık bir yüz görmesini ve güven oluşmasını sağlar. Hastanın ve ameliyathane hemşiresinin memnuniyetini değerli kılar. Ekipler arası iletişim eksikliklerinin giderilmesini sağlayarak hasta savunuculuğu rolünü yerine getirip yorum yapılmasını sağlar (117, 125, 126).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma; laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemde hastanın anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H¹ : Laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyete düzeyine etkisi vardır.

H² : Laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemde hastanın anksiyete düzeyine etkisi vardır.

H³ : Laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrı düzeyine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Mart 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinde özel sağlık grubuna ait bir hastanenin ameliyathanesi ve cerrahi kliniğinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Acıbadem Sağlık Grubu (ASG) Altunizade Hastanesi'nde laparoskopik genel cerrahi ameliyatı yapılan hastalar oluştururken, örneklemini dahil edilme kriterlerine uyan 135 hasta oluşturdu.

3.5. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri,
- Türkçe bilen ve iletişim kurulabilen,
- Genel anestezi altında laparoskopik genel cerrahi ameliyatı yapılan (laparoskopik koleksistektomi, kolon, inguinal herni, apendektomi, insizyonel herni, sleeve gastrektomi gibi) hastalar araştırmaya dahil edildi.

Araştırmaya dışlanma kriterleri;

- Nörolojik veya psikolojik sorunu olan,
- Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine transfer olan,
- Acil ve plansız vakalar,
- Kanser tanısı olan hastalar araştırma kapsamı dışında tutuldu.

Randomizasyon; Hastaların randomizasyonu sırasında <https://www.randomlists.com/random-letters> web sitesi kullanıldı. Program kapsamında hastalar sıra numaralarına göre deney ve kontrol grubu olmak üzere rastgele atama yapıldı (EK-1).

3.6. Araştırmaya Alınacak Gönüllü Sayısı

Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Guo ve arkadaşlarının (97) yaptığı araştırmadaki

kontrol ve çalışma gruplarında gerçekleşen anksiyete skoru değişimlerinden yola çıkarak (kontrol grubu $\text{ort} \pm \text{ss}: -0.7 \pm 4.95$; çalışma grubu $\text{ort} \pm \text{ss}: -3.5 \pm 4.50$) yapılan hesaplamada etki büyüklüğü 0.592 bulundu. Buna göre $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için gruplarda en az 46'şar olgu/hasta, toplamda 92 olgu/hasta olması gerekti. Lin ve arkadaşının (15) makalesindeki kontrol ve çalışma gruplarında gerçekleşen operasyondan sonraki ilk 24 saatteki ortalama ağrı değerlerinden yola çıkarak (kontrol grubu $\text{ort} \pm \text{ss}: 5.1 \pm 1.8$; çalışma grubu $\text{ort} \pm \text{ss}: 4.1 \pm 1.9$) yapılan hesaplamada etki büyüklüğü 0.540 bulundu. Buna göre $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için gruplarda en az 55'er olgu/hasta, toplamda 110 olgu/hasta olması gerekti. Bu çalışmada deney grubunda 72, kontrol grubunda 63 olmak üzere toplam 135 hasta dahil edildi.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı, süreklilik kaygı puanı, ağrı şiddeti ve ağrı puanı.

Bağımsız değişkenler: Hasta demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek vb.) ve ameliyat öncesi hemşire ziyareti.

3.8. Araştırmada Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması sırasında Hasta tanılama formu (EK-2), Görsel ağrı skalası (EK-3) ve Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği (EK-4) kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce karşılıklı görüşmelerde hastalara anketlerle ilgili açıklamalar yapıldı.

Hasta Tanılama Formu: Literatürler doğrultusunda araştırmacılar tarafından dört bölümden oluşan toplam 41 soru içermektedir (2, 42, 128, 129). Formun ilk bölümünde 12 soru hastanın genel tanıtıcı bilgileri, ikinci bölümündeki 5 soru ameliyat öncesi ağrı puanı, üçüncü bölümündeki 4 soru ameliyata ilişkin veriler, son bölümündeki 20 soru ise ameliyat sonrasına ilişkin veriler ile ilgilidir. Hasta tanılama

formundaki soruların bir kısmı ameliyat öncesi dönemde, araştırmacının hasta ile yüz yüze görüşme sırasında dolduruldu. Cerrahi girişime ilişkin veriler ise hasta dosyasından alınarak, araştırmacı tarafından dolduruldu.

Görsel Ağrı Skalası: Price ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Coll, Ameen ve Mead günlük cerrahi hastalarında ağrıyı değerlendirmede görsel analog skalasının (VAS) uygunluğunu belirlemeye yönelik bir literatür taraması yapmıştır. VAS skalası, 100 mm uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Çizginin bir ucunda, “ağrı yok” yani ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan “dayanılmaz acı” ya kadar ağrı hissinin uç noktalarına işaret eder. Hastadan o anki ağrı seviyesini belirten bir noktaya işaret etmesi istenir. Bu noktaya, hastanın algıladığı ağrı seviyesine karşılık gelen sayısal bir değer verilir (Şekil 1). Bu araştırmacıların bulguları, VAS'ın metodolojik olarak sağlam, kavramsal olarak basit, idare etmesi kolay ve günlük cerrahi hastalarında ağrı ölçümü için uygun bir araç olduğu görülmüştür (1, 2, 14, 17, 128).

Bu skala; 14 yaş üzerine, bilinci açık, iletişim sağlayan hasta grubuna yapılır (2). VAS'ın metodolojik olarak sağlam, kavramsal olarak basit, idare etmesi kolay ve günlük cerrahi hastalarında ağrı ölçümü için uygun bir araç olduğu belirtilmektedir (1, 2, 17, 128). Hastanın sayılar ve kelimelerle söylediği ağrı şiddeti ve niteliğini objektif hale getirerek hemşire ve hekimler arasındaki yorumları standart düzeye getirir. Ölçek, hemşire tarafından müdahalelerden sonra veya sorun oluştuğunda ağrının azalması veya artmasının değerlendirilmesinde kullanılır (17, 66).

0 puan: Ağrı yok

1-2 puan: Çok hafif ağrı

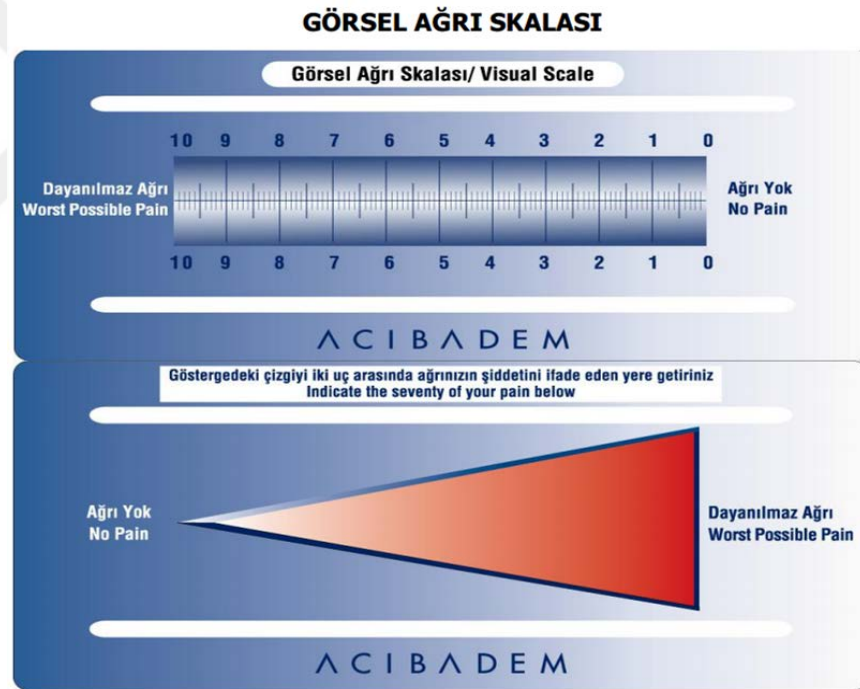
3-4 puan: Hafif ağrı

5-6: puan: Orta ağrı

7-8 puan: Şiddetli ağrı

9-10 puan: Dayanılmaz ağrı

Bu araştırmada; ameliyat sonrası hastanın servise kabulü sonrası görsel ağrı skalasına göre ilk 1 saat 15 dakikada bir (15 dk.- 30 dk.- 45 dk.- 60 dk.), sonraki 2 saat 30 dakikada bir (90 dk.- 120 dk.- 150 dk.- 180 dk.), sonraki 4 saat, saatte bir (4.- 5.- 6.- 7. saat), 4 kez de 4 saatte bir (11.- 15.-19.-24. saat) olacak şekilde 24 saat ağrı şiddeti değerlendirildi. Toplamda ameliyat sonrası dönemde 16 kez ağrı değerlendirilmesi yapıldı. Görsel ağrı skalasının nasıl kullanılacağına ilişkin öncesinde hasta bilgilendirildi ve nasıl kullanılacağı öğretildi.



Şekil 1. Acıbadem Sağlık Grubu Hastanelerinde Kullanılan Görsel Ağrı Skalası

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği: Anksiyete envanteri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından da 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçek 4'lü likert tipinde olup “Hiç” ile “Tamamiyle”

arasında oluşan bir ölçektir. Ölçeğin toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Anksiyete düzeyinin yüksek olması, ölçek puanının da yüksek çıkması ile doğru orantılıdır (130).

0-19 puan: Anksiyete yok

20-39 puan: Hafif düzeyde anksiyete

40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete

60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete

80 puan: Şiddetli anksiyete (panik) olarak değerlendirilmektedir.

Durumluk kaygı ölçeği hastanın “şu anda” kendini nasıl hissettiğini değerlendirmesini sağlar. Duygu ya da davranışların şiddet düzeyine göre (1) “hiç”, (2) “biraz”, (3) “çok” ve (4) “tamamiyle” ifadelerinden birinin seçilmesi sağlanır. “Tamamiyle” ifadesinin puanı 4, “hiç” ifadesinin puanı ise 1 olarak verilir. Şiddet düzeyinin yüksek olması puanın artmasına, düşük olması puanın azalmasına neden olur (131, 132).

Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan ve likert tipinde dört maddeden oluşur. Sürekli kaygı ölçeği hastanın kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirmesini sağlar. Duygu ve davranışların şiddet düzeyine göre (1) “hemen hiçbir zaman”, (2) “bazen”, (3) “çok zaman” ve (4) “hemen her zaman” ifadelerinden birinin seçilmesi sağlanır. “Hemen her zaman” ifadesinin puanı 4, “hemen hiçbir zaman” ifadesinin puanı ise 1 olarak verilir. Şiddet düzeyinin yüksek olması puanın artmasına, düşük olması puanın azalmasına neden olur (131, 132).

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeklerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir.

Durumluk Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır (131, 132).

Bu araştırmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçekleri, ameliyat öncesi hasta eğitimlerinden önce ve ameliyattan 24 saat sonra olmak üzere iki kez değerlendirildi.

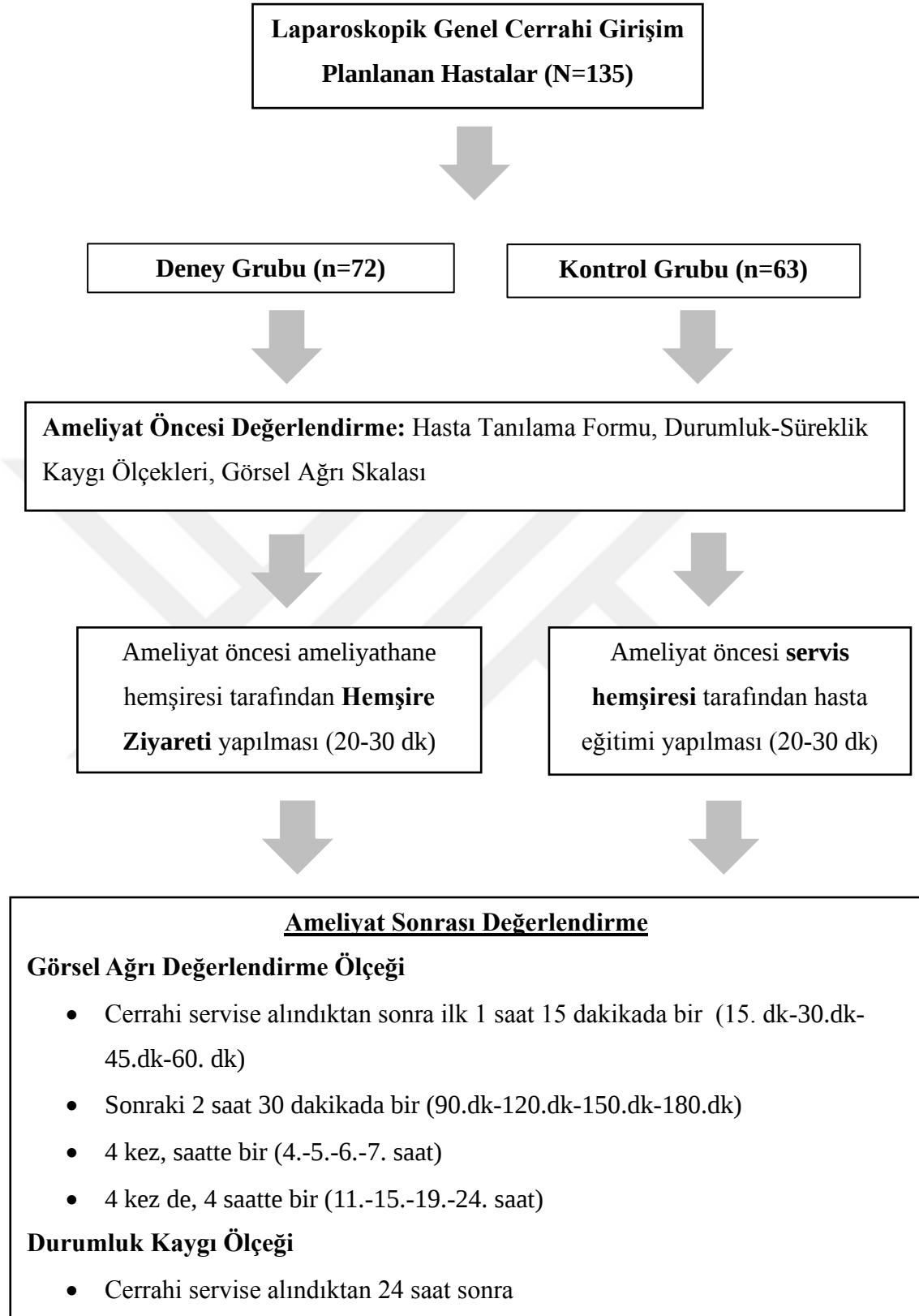
3.9. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Laparoskopik genel cerrahi ameliyatı planlanan hastaların servise kabul işlemleri ameliyat günü sabahı yapılmaktadır. Bu nedenle veriler hastanın servise kabul edildiği andan itibaren toplanmaya başlandı. Kurumda hasta odalarının tek kişilik olmasından dolayı hastaların birbirinden etkilenmeleri önleildi. Araştırma dahil edilme kriterlerine uyan hastalara öncelikle çalışma hakkında bilgilendirme yapıp premedikasyon yapılmadan önce onamları alındı. Araştırma tasarımı Şekil 2'de belirtildi.

Deney grubu- Ameliyathane Hemşiresinin “Hemşire Ziyareti”: Ziyaret, hastanın ameliyatına girecek ameliyathane hemşiresinin cerrahi servisine yatışı yapılan hastayı ziyaret etmesi ile başladı. Ameliyathane hemşiresi hastayı odasında ziyaret ederek onam alındıktan sonra Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği uygulandı. Ameliyathane hemşiresi 20-30 dakika süren hasta eğitimini tamamladı. Ameliyathane hemşiresinin hasta odasında eğitim verirken hasta ailesinin sürece dahil edilmesine dikkat edildi. Eğitim sırasında kurum prosedürlerinde standart olarak bulunan başlıklar ele alındı. Eğitim sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği uygulandı. Ameliyat sonrası cerrahi hasta

izlem ilkeleri doğrultusunda Görsel Ağrı Skalası ile hastaların ağrısı değerlendirildi ve ameliyattan 24 saat sonra Durumluk Kaygı leği hastaya tekrar uygulandı.

Kontrol grubu- Servis Hemşiresi Tarafından Hasta Eğitimi Yapılması: Cerrahi servise yatışı yapılan hastaya servis hemşiresi tarafından onam alındıktan sonra Durumluk-Sürekli Kaygı leği uygulandı. Servis hemşiresi 20-30 dakika süren hasta eğitimini tamamladı. Servis hemşiresinin hasta odasında eğitim verirken hasta ailesinin sürece dahil edilmesine dikkat edildi. Eğitim sırasında kurum prosedürlerinde standart olarak bulunan bşlıklar ele alındı. Eğitim sonrası Durumluk Kaygı leği uygulandı. Ameliyat sonrası cerrahi hasta izlem ilkeleri doğrultusunda Görsel Ağrı Skalası ile hastaların ağrısı değerlendirildi ve ameliyattan 24 saat sonra Durumluk Kaygı leği hastaya tekrar uygulandı.



Şekil 2. Araştırma Tasarımı

3.9.1. Hasta eğitimlerinin içeriği

Ameliyat öncesi hasta eğitimlerinin standardizasyonunun sağlanması amacıyla literatür ve uzman kişilerden görüş alınarak eğitim kitapçığı hazırlandı. Ameliyathane hemşiresi ve servis hemşiresi hasta ve ailesine bu kitapçıktan yararlanarak eğitimlerini tamamladı (EK-5). Araştırmacıya ait yanlılığı önlemek için eğitimler araştırmacı tarafından verilmedi. Eğitimciler arasında farklılık oluşmaması adına eğitimlerin tamamı gönüllü olarak belirlenen bir servis hemşiresi ve bir ameliyathane hemşiresi tarafından sürdürüldü.

Eğitim içeriğinde;

- Ameliyat öncesi, ameliyathane ve derlenme ünitesinde görecekları, duyacakları ve hissedeceklerine ilişkin bilgiler,
- Ameliyata ilişkin bilgiler (ameliyathane ortamı, cerrahi ekip, ameliyat süresi, anestezi),
- Ameliyat sonrası derlenme ünitesi yeri ve kalma süresi (ortam özellikleri, yaşanabilecek semptomlar/ağrı/bulantı/kusma),
- Ameliyat sonrası beslenme, derin solunum ve öksürük egzersizleri, ekstremiteler ve dönme egzersizleri, olası ağrı/rahatsızlıkla baş etme yöntemleri, dren, pansuman ve yara bakımı,
- Ameliyat süresince aile yakınlarının nerede bekleyebileceği,
- Kullanmakta olduğu ya da kullanacağı ilaçların yönetimi,
- Diğer (hastanın soru sormasına fırsat verilecek ve hasta/ailesinin sorularına yanıt verilecek) bilgiler yer almaktadır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın sürdürülebilmesi için 2018/16 sayılı Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulundan 2018-16/33 karar numarası etik kurul onayı alındı (EK-6). Araştırmaya katılan hastalardan yazılı olarak “Aydınlatılmış Onam

Formu” alındı (EK-7). Çalışmanın sürdürülmesi için hastaneden kurum izni alındı (EK-8).

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Bağımlı gruplar t testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher’s exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklere ait iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerin toplandığı tek kurumla ve örneklem seçim kriterlerine uyan hastalarla sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları, sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilmektedir.

4. BULGULAR

Araştırma deney grubunda 72, kontrol grubunda 63 olmak üzere toplam 135 hasta ile yapıldı.

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Min-Mak	Ort±ss
Yaş (yıl)		18-83	43,96±14,55
		n	%
Cinsiyet	Kadın	80	59,3
	Erkek	55	40,7
Medeni Durum	Bekar	42	31,1
	Evli	93	68,9
Meslek	Özel sektör	87	64,4
	Emekli	16	11,9
	Ev hanımı	15	11,1
	Öğrenci	7	5,2
	Serbest meslek	5	3,7
	Memur	4	3,0
	İşçi	1	0,7
Eğitim Düzeyi	Üniversite	97	71,9
	Lise	34	25,2
	İlkokul	2	1,5
	Lisansüstü	2	1,5
Özel Sigorta	Yok	20	14,8
	Var	115	85,2
Sigara Kullanımı	Yok	111	82,2
	Var	24	17,8

Alkol Kullanımı	Yok	113	83,7
	Var	22	16,3
Kronik Hastalık	Yok	60	44,4
	Var	75	55,6
	Hipertansiyon	30	22,2
	Diabetes Mellitus	17	12,6
	Hipo/Hipertiroidi	14	10,4
	Diğer kronik hastalıklar	9	6,7
	Astım	4	3,0
	KOAH	1	0,7
Cerrahi Girişim Deneyimi	Yok	51	37,8
	Var	84	62,2
Daha Önceki Cerrahi Ağrı Deneyimi	Yok	51	37,8
	Var	84	62,2

Tablo 2 incelendiğinde, %59,3'ü (n=80) kadın ve yaş ortalaması 43,96±14,55 yıldır. Hastaların %68,9'u (n=93) evli, %64,4'ü (n=87) özel sektörde çalışmakta, %71,9'u (n=97) üniversite mezunudur (Tablo 2). Hastaların %17,8'i (n=24) haftada ortalama 2,21±0,88 paket sigara, %16,3'ü (n=22) ayda ortalama 3,00±2,09 kadeh alkol tüketmektedir. Hastaların %55,6'sının (n=75) kronik hastalığı bulunduğu, en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu (%22,2; n=30), %62,2'sinin (n=84) daha önce cerrahi girişim ve ağrı deneyimi olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, meslek ve medeni durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Gruplar arasında hastaların sigara ve alkol kullanım miktarı, ameliyat öncesi ağrı varlığı ve düzeyleri, servise yatış ile verilen eğitim arasında geçen süre, ameliyat süreleri, kronik hastalık varlığı, daha önce cerrahi girişim geçirme ve cerrahi ağrı deneyimi yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($p>0,05$). Gruplar arasında hastaların sadece eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

belirlendi ($p=0,042$). Deney grubunda lisans ve üstü eğitime sahip olanların yüzdesinin kontrol grubundan daha büyük olduğu bulundu.

Tablo 3. Ameliyat Öncesi Hastaların Ağrı Deneyimlerine İlişkin Dağılımları

Ameliyat Öncesi Ağrı Varlığı	n	%
Yok	126	93,3
Var	9	6,7
Ameliyat Öncesi Ağrı Puanı	Min-Mak	Ort±ss
	0-5	0,19±0,78

Tablo 3 incelendiğinde hastaların %6,7'sinin ($n=9$) ameliyat öncesi dönemde ağrısının bulunduğu, ağrı puanları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $0,19\pm0,78$ olduğu belirlendi.

Tablo 4. Uygulanan Cerrahi Girişim Türlerinin Dağılımı

Cerrahi Girişim Türü	n	%
Laparoskopik Kolesistektomi	77	57
Laparoskopik Apendektomi	27	20
Laparoskopik Herni	15	11,1
Laparoskopik Kolon	7	5,2
Laparoskopik Gastrektomi	6	4,5
Diğer Laparoskopik Ameliyatlar	3	2,2

Hastalara uygulanan cerrahi girişim türleri incelendiğinde, hastaların %57'si ($n=77$) laparoskopik kolesistektomi, %20'si ($n=27$) laparoskopik apendektomi, %11,1'i ($n=15$) laparoskopik herni, %5,2'si ($n=7$) laparoskopik kolon, %4,5'i ($n=6$) laparoskopik gastrektomi, %2,2'si ($n=3$) bu ameliyatlar dışında laparoskopik ameliyat geçirdiği belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Hastaneye Yatış ve Hasta Eğitimi Arasındaki Süre Dağılımı

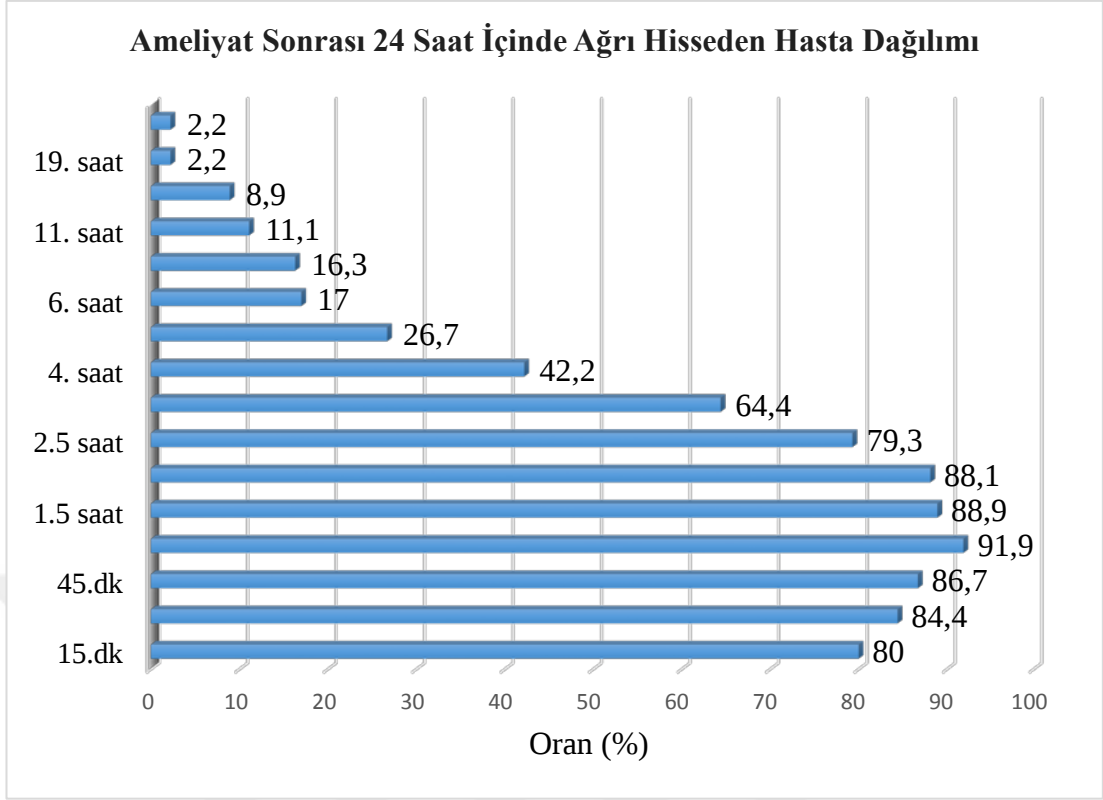
	Min-Mak	Ort±ss
Hastaneye Yatış ve Hasta Eğitimi Arasındaki Süre	15 dk-17,2 saat	106,41 dk±165,27
Ameliyat Süresi	50 dk- 6 saat	125,27 dk±49,12

Hastaların hastaneye yatış ile hasta eğitimleri arasında geçen süre 15 dakika ile 17,2 saat arasında değişmekte olup ortalama ameliyattan 1,5 saat önce hastalara eğitim verildiği belirlendi. Hastaların ameliyat süreleri 50 dakika ile 6 saat arasında değişmekte olup ortalama 125,27 dk±49,12 dakikadır (Tablo 5).

Tablo 6. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Düzeyleri ve Yerleri

	Ağrı Varlığı		Ağrı Düzeyi		Ağrı Yeri	
15.dk	Yok	27 (20)	Min-Mak	0 - 9	Ağrı yok	27 (20)
	Var	108 (80)	Ort±ss	3,56±2,18	Karın/ameliyat yeri	108 (80)
30.dk	Yok	21 (15,6)	Min-Mak	0 - 9	Ağrı yok	21(15,6)
	Var	114 (84,4)	Ort±ss	3,66±2,04	Karın/ameliyat yeri	114(84,4)
45.dk	Yok	18 (13,3)	Min-Mak	0 - 8	Ağrı yok	17 (12,6)
	Var	117 (86,7)	Ort±ss	3,54±1,8	Karın/ameliyat yeri	118(87,4)
60.dk	Yok	11 (8,1)	Min-Mak	0 - 8	Ağrı yok	11(8,1)
	Var	124 (91,9)	Ort±ss	3,29±1,57	Karın/ameliyat yeri	124(91,9)
1.5 saat	Yok	15 (11,1)	Min-Mak	0 - 7	Ağrı yok	15 (11,1)
	Var	120 (88,9)	Ort±ss	2,63±1,42	Karın/ameliyat yeri	120(88,9)
2.saat	Yok	16 (11,9)	Min-Mak	0 - 5	Ağrı yok	16 (11,9)
	Var	119 (88,1)	Ort±ss	2,08±1,19	Karın/ameliyat yeri	119(88,1)
2.5 saat	Yok	28 (20,7)	Min-Mak	0 - 5	Ağrı yok	28 (20,7)
	Var	107 (79,3)	Ort±ss	1,61±1,11	Karın/ameliyat yeri	107(79,3)
3.saat	Yok	48 (35,6)	Min-Mak	0 - 8	Ağrı yok	48 (35,6)
	Var	87 (64,4)	Ort±ss	1,13±1,2	Karın/ameliyat yeri	87 (64,4)
4. saat	Yok	78 (57,8)	Min-Mak	0 - 8	Ağrı yok	80 (59,3)
	Var	57 (42,2)	Ort±ss	0,88±1,36	Karın/ameliyat yeri	55 (40,7)
5. saat	Yok	99 (73,3)	Min-Mak	0 - 6	Ağrı yok	99 (73,3)
	Var	36 (26,7)	Ort±ss	0,66±1,39	Karın/ameliyat yeri	36 (26,7)
6. saat	Yok	112 (83)	Min-Mak	0 - 7	Ağrı yok	112 (83)
	Var	23 (17)	Ort±ss	0,44±1,13	Karın/ameliyat yeri	23 (17)
7. saat	Yok	113 (83,7)	Min-Mak	0 - 7	Ağrı yok	113(83,7)
	Var	22 (16,3)	Ort±ss	0,49±1,41	Karın/ameliyat yeri	22 (16,3)
11. saat	Yok	120 (88,9)	Min-Mak	0 - 8	Ağrı yok	120(88,9)
	Var	15 (11,1)	Ort±ss	0,35±1,19	Karın/ameliyat yeri	15 (11,1)
15. saat	Yok	123 (91,1)	Min-Mak	0 - 5	Ağrı yok	123(91,1)
	Var	12 (8,9)	Ort±ss	0,2±0,75	Karın/ameliyat yeri	12 (8,9)
19. saat	Yok	132 (97,8)	Min-Mak	0 - 4	Ağrı yok	132(97,8)
	Var	3 (2,2)	Ort±ss	0,05±0,39	Karın/ameliyat yeri	3 (2,2)
24. saat	Yok	132 (97,8)	Min-Mak	0 - 2	Ağrı yok	132(97,8)
	Var	3 (2,2)	Ort±ss	0,04±0,26	Karın/ameliyat yeri	3 (2,2)

Hastaların ameliyat sonrasına ağrı varlığı, ağrı düzeyi ve ağrının yerine ilişkin bilgileri Tablo 6’da verildi. Ameliyat sonrası 24 saat içinde ağrısı olan hastaların %100’ünde karın/ameliyat bölgesinde ağrı hissettikleri saptandı.



Şekil 3. Ameliyattan Sonra 24 Saat İçinde Ağrı Hisseden Hasta Sayısının Toplam Hasta Sayısı İçindeki Dağılımı

Ameliyat sonrası 24 saat içinde, hastaların saatlere göre belirlenen hissettikleri ağrı şiddetinin dağılımı Şekil 3’de gösterilmiştir. Hastalarda ameliyat sonrası 1. saatte (%91,9) en fazla ağrı hissedildiği görüldü.

Tablo 7. Ameliyat Sonrası Uygulanan Non-Farmakolojik Ağrı Yöntemlerinin Dağılımı

Nonfarmakolojik Yöntem	Yöntemin Uygulanma Sıklığı (ilk 24 saat/ adet)	n	%
Pozisyon	1	61	45,2
	2	58	43,0
	3	12	8,9
	4	4	3,0
Mobilizasyon	1	24	17,8
	2	101	74,8
	3	9	6,7
	5	1	0,7
Yatak İçi Egzersiz	1	135	100,0
Triflo	0	111	82,2
	4	1	0,7
	5	1	0,7
	6	2	1,5
	7	9	6,7
	8	6	4,4
	9	5	3,7

Tablo 7’de, hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik uygulamalar yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası en sık sırasıyla mobilizasyon, pozisyon, yatak içi egzersiz ve triflo yöntemleri kullandıkları belirlendi. 24 saat içinde hastalara uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerden; mobilizasyonun: %17,8 oranında 1 kez, %74,8 oranında 2 kez, %6,7 oranında 3 kez kullanıldığı, pozisyonun: %45,2 oranında 1 kez, %43 oranında 2 kez, %8,9 oranında 3 kez kullanıldığı, yatak içi egzersizin: hastaların tümünde bir kez yapıldığı belirlendi. Triflo: hastaların %82,2’sinde hiç hastada uygulanmamışken; %0,7’sinde 4 kez ve 5 kez uygulandığı belirlendi.

Tablo 8. Ameliyat Sonrası Uygulanan Farmakolojik Ağrı Yöntemlerinin Dağılımı

Farmakolojik Yöntem	Kullanım Sıklığı (ilk 24 saat)	n	%
İlaç	0	2	1,5
	1	26	19,3
	2	73	54,1
	3	26	19,3
	4	8	5,9

Ağrı yönetiminde hastalarda farmakolojik yöntem olarak ilaç uygulamasının ilk 24 saat de en az iki kez (%54,1) kullanıldığı belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerin Dağılımları

		n	%
Ağrı Niteliği	Sürekli	49	36,3
	Aralıklı	86	63,7
Ağrı Özelliği	Kramp	11	8,1
	Batma	35	25,9
	Künt	50	37,0
	Sıkıştırıcı	14	10,4
	Zonklama	9	6,7
	Sızlama	15	11,1
	Yanma	11	8,1
	Ezilme	1	0,7
Ağrıyı Kötüleştirilen Durumlar	Oturma	89	65,9
	Masaj	0	0
	Hareket	98	72,6
	Pozisyon	55	40,7
Ağrıyı Hafifleten Durumlar	Ortam değişikliği	65	48,1
	Hareket	54	40,0
	Pozisyon	97	71,9
	İlaç	109	80,7

Ameliyat sonrası hastaların ağrı nitelikleri değerlendirildiğinde, %36,3'ünde (n=49) sürekli ağrı, %63,7'sinde (n=86) aralıklı ağrı saptandı. Hastaların %37'sinde (n=50) künt, %25,9'unda (n=35) batma, %11,1'inde (n=15) sızlama, 10,4'ünde (n=14) sıkıştırıcı, %8,1'inde (n=11) ağrı kramp ve yanma iken, %6,7'sinde (n=9) zonklama, %0,7'sinde (n=1) ise ezilme şeklindedir.

Hastaların %65,9'unda (n=89) ağrıyla oturmak kötüleştiriyorken, %72,6'sında (n=98) hareket, %40,7'sinde (n=55) ise pozisyon kötüleştirmektedir. Hastaların %48,1'inde (n=65) ağrıyla ortam değişikliği hafifletiyorken, %40'ında (n=54) hareket, %71,9'unda (n=97) pozisyon, %80,7'sinde (n=109) ise ilaç hafifletmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı ve Süreklik Kaygı Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Dağılımı

	Min-Mak	Ort±ss	İç Tutarlılık
Eğitim Öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı	21-67	44,11±8,75	0,906
Eğitim Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı	20-63	40,61±8,29	0,912
Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı	20-54	31,16±6,39	0,893
Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı	21-53	34,53±6,87	0,841

Tablo 10'da ameliyat öncesi hastaların süreklilik-durumluk kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların eğitim öncesinde durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması 44,11±8,75 iken, eğitim sonrasında ortalama 40,61±8,29, ameliyat sonrasında ise ortalama 31,16±6,39'dur. Ölçeğin iç tutarlılık düzeyi eğitim öncesi için 0,906, eğitim sonrası için 0,912, ameliyat sonrası için ise 0,893 olarak belirlendi. Hastaların ameliyat öncesi süreklilik kaygı ölçeği puan ortalaması 34,53±6,87'dir. Ölçeğin iç tutarlılık düzeyi 0,841 olarak bulundu (Tablo 10).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçek Puanlarının Değerlendirmeleri

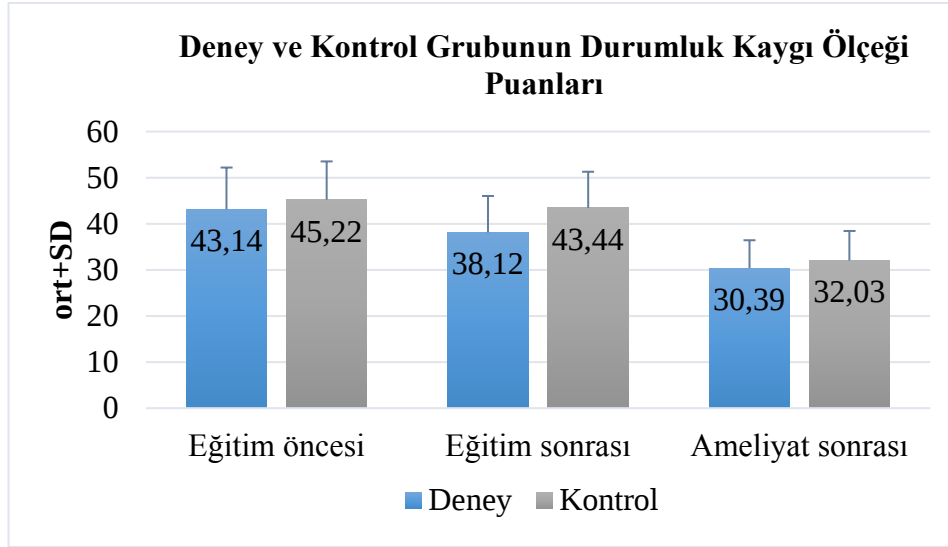
		Deney Grubu	Kontrol Grubu	
		Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ort±ss	Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ort±ss	^ap
Eğitim öncesi		43,14±9,06	45,22±8,31	0,168
Eğitim sonrası		38,12±7,91	43,44±7,85	<0,001**
Ameliyat sonrası		30,39±6,04	32,03±6,71	0,137
Değişim		^f p	^f p	
Eğitim Sonrası - Eğitim Öncesi	Fark p	-5,01±4,94 <0,001**	-1,78±6,16 0,025*	0,001**
Ameliyat Sonrası – Eğitim Öncesi	Fark p	-12,75±9,23 <0,001**	-13,19±9,72 <0,001**	0,788
Ameliyat Sonrası – Eğitim Sonrası	Fark p	-7,75±8,00 <0,001**	-11,41±8,46 <0,001**	0,011*

^aBağımsız gruplar t testi

^fBağımlı gruplar t testi

*p<0,05

**p<0,01



Şekil 4. Deney ve Kontrol Grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Dağılımı

Tablo 11’de deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların durumluk kaygı ölçek puanları yer almaktadır. Hemşire ziyareti yapılan (deney grubu) hastalarda eğitim öncesine göre eğitim sonrasında, eğitim öncesine göre ameliyat sonrasında ve eğitim sonrasına göre ameliyat sonrasında gözlenen değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). Servis hemşiresi ile eğitim yapılan (kontrol grubu) hastalarda eğitim öncesine göre eğitim sonrasında, eğitim öncesine göre ameliyat sonrasında ve eğitim sonrasına göre ameliyat sonrasında gözlenen değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,025$; $p<0,001$; $p<0,001$).

Gruplar arasında eğitim öncesi durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), eğitim sonrası durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,001$). Hemşire ziyareti yapılan (deney grubu) hastaların eğitim sonrası puanlarının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 11).

Gruplar arasında ameliyat sonrası durumluk kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), eğitim öncesine göre eğitim sonrasında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptandı ($p=0,001$). Hemşire ziyareti yapılan (deney grubu) hastalarda gözlenen değişimin diğer gruptan daha büyük olduğu belirlendi (Şekil 4).

Gruplar arasında eğitim öncesine göre ameliyat sonrasında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gruplar arasında eğitim sonrasına göre ameliyat sonrasında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,011$). Hemşire ziyareti yapılan (deney grubu) hastalarda gözlenen değişimin kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 11).

Hastaların yaşları, cinsiyetleri, medeni durum, eğitim düzeyleri, kronik hastalık sahibi olma, daha önce cerrahi girişim geçirmiş olma ve cerrahi ağrı deneyimi olma durumlarına göre süreklilik kaygı ölçeği puanları, durumluk kaygı ölçeği puanları (eğitim öncesi, sonrası ve ameliyat sonrası) ve ameliyat sonrası görsel ağrı skalası puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 12. Ameliyat Sonrası Görsel Ağrı Skalası ile Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçekleri Değerlendirmeleri

		Görsel Ağrı Skalası	
		Deney Grubu	Kontrol Grubu
Sürekli kaygı	r	0,123	0,071
	p	0,304	0,579
Eğitim Öncesi Durumluk kaygı	r	-0,020	0,058
	p	0,865	0,649
Eğitim Sonrası Durumluk kaygı	r	-0,088	0,011
	p	0,463	0,931
Ameliyat Sonrası Durumluk kaygı	r	0,143	0,004
	p	0,231	0,975

r=Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 12’de deney ve kontrol grubu hastalarda görsel ağrı skalası puanları ile sürekli kaygı, eğitim öncesi durumluk kaygı, eğitim sonrası durumluk kaygı ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubuna Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Puanlarının Değerlendirmeleri

		Deney Grubu	Kontrol Grubu	^a p
Ameliyat sonrası ağrı puanı	Min-Mak (median)	0,6-3,4 (1,5)	0,5-2,8 (1,5)	0,991
	Ort±SD	1,5±0,64	1,51±0,49	

Mann Whitney U test

Tablo 13’e göre deney ve kontrol grubu hastalar arasında ameliyat sonrası ağrı düzeyleri açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ameliyat öncesi hasta eğitimi, fiziksel ve psikolojik hasta hazırlığının önemli bir basamağını oluşturur (8). Bu araştırma, ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi dönemde hemşire ziyareti yapmasının ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrı ve anksiyete düzeyi üzerine etkisinin saptanması amacıyla yapıldı.

Araştırma kapsamında veri toplanan toplam 135 hastanın sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, %59,3'ünün kadın olduğu belirlendi. Genel cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada %50,8'inin kadın (30), Topçu ve ark. (2013) cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmada ise hastaların % 51'inin erkek olduğu saptanmıştır (133). Yapılan çalışmalarda kadın ve erkek cinsiyet oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kadın hasta oranının fazla olması, örneklem sayısının sınırlı olması ile açıklanabilir. Büyük örneklemli yapılacak çalışmalarda bu oranın değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Araştırmada hastaların yaş ortalaması $43,96 \pm 14,55$ olarak bulundu. Literatürde, batın ameliyatı olan hastalarda yaş ortalamalarının 44,7-51,9 olduğu belirtilmektedir (9, 134). Mıngır ve ark. (2014) elektif cerrahi ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasının benzer (ort 42,6) olduğu görülmektedir (135). Genel cerrahi / batın ameliyatlarının genellikle bu yaş grubu hastalarda yapılmasından dolayı hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu ve literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırmada kapsamında hastaların ağrı durumları incelendiğinde, ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde deney ve kontrol grubunda karında / ameliyat yerinde ağrı görüldü. Ameliyat sonrası en şiddetli ağrı düzeyi 3,66 (10 puan üzerinden), en hafif ağrı düzeyi 0,04 ve ortalama ağrı düzeyi $1,53 \pm 1,27$ olarak belirlendi. Çalık'ın (2007) çalışmasında laparoskopik cerrahi geçiren hastalarda en sık ağrının karın ve omuz

bölgesinde olduğu (136), benzer bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatında en sık ağrının trokar yerinde / karın bölgesinde ve umbilikusta olduğu belirtilmektedir (137). Batın ameliyatı yapılan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerini değerlendiren bir çalışmada ortalama ağrı düzeyinin 4,07 olduğu görülmüştür (134). Sekiz Avrupa ülkesi ve İsrail’de genel cerrahi ve ortopedi servisinde yürütülen geniş örneklemli bir çalışmada ameliyattan 24 saat sonra hastaların en şiddetli ağrı puan ortalamalarının 5,16 olduğu saptanmıştır (138). Araştırma, literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında hastalarda ameliyat sonrası ağrı düzeyinin daha düşük olduğu söylenebilir. Ameliyat yerinin diyafragmaya yakın, karın bölgesinde yoğun sinir ağı olması ve dokuda travmaya neden olması ameliyat sonrası ağrı şiddetinin ameliyat bölgesinde görülmesi doğal görülmektedir.

Bu araştırmada, hastaların ağrı özellikleri incelendiğinde en sık (%63,7) aralıklı ağrı olduğu saptandı. Özer ve Bölükbaş’ın (2010) cerrahi hastalarında yaptığı tanımlayıcı çalışmasında hastaların en sık %61,5 aralıklı ağrı (139), Ayhan’ın (2015) abdominal cerrahi ameliyatında hastaların %79,6’sının aralıklı ağrı yaşadıkları ifade edilmiştir (140). Hastalarda saptanan ağrı özelliğinin literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Hastalarda aralıklı ağrının ameliyat sonrası erken dönemde hareket kısıtlılıklarının olması nedeniyle hareketli oldukları dönemde ağrı yaşamaları nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Hastaların ağrı nitelikleri değerlendirildiğinde en sık sırasıyla (%37) künt, (%25,9) batıcı, (%11,1) sızlayıcı, (10,4) sıkıştırıcı, (%8,1) kramp ve yanma şeklinde olduğu belirlendi. Özer ve Bölükbaş’ın (2010) yaptığı çalışmada hastaların en sık yanma/sızı şeklinde ağrı yaşadıkları (139), kalp cerrahisi sonrası hastaların en sık zonklayıcı, saplanıcı ve yakıcı ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (141). Literatür sonuçlarına bakıldığında benzer ağrı nitelikleri olduğu ve ağrının subjektif bir deneyim olmasından dolayı hastaların kişisel özelliklerinden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada kapsamında hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemleri kullanım durumları değerlendirildiğinde, ameliyat sonrası 24 saat içinde en sık pozisyon değiştirme, mobilizasyon ve yatak içi egzersiz yöntemlerini kullandıkları belirlendi. Literatürde ameliyat sonrası ağrı yönetiminde en sık pozisyon (140, 142, 143), mobilizasyon (23, 142) ve egzersiz (23, 143, 144) yöntemlerinin kullanıldığı belirtilmektedir. Araştırma kapsamında hastaların ameliyat sonrası 24 saat içinde yaklaşık yarısına (%54,1) iki kez analjezik uygulandığı saptandı. Cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hastaların %77-96 oranında analjezik uygulandığı belirtilmektedir (62, 140, 142). Araştırma kapsamında hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin düşük olmasının analjezik uygulanmasının da etkilediği düşünülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası ağrısını arttıran faktörler değerlendirildiğinde en sık hareket etmek (%72,6), oturmak (%65,9) ve pozisyon (%40,7) olduğu, ağrıyı azaltan faktörler olarak da ilaç almak (%80,7), pozisyon değiştirme (%71,9), ortam değişikliği (%48,1) ve hareket (%40) olduğu belirlendi. Cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalarda ağrının azaltılması için en sık ilaç uygulaması yapıldığı belirtilmektedir (13, 139, 142). Erken dönemde mobilize olmak psikolojik ve fizyolojik etkilerinin yararlı olmasının yanı sıra yeni yara yerinin gerilmesine ve kişide ağrıya yol açacağından hareket etmek ağrıyı artıran neden olabilmektedir. Ağrı yönetiminde farmakolojik yaklaşımın kolay uygulanabilirliği ya da hastaların en kısa sürede ağrıdan kurtulmak istemeleri nedeniyle ilaç almak, tercih edilen yöntemlerin başında olduğu düşünülmektedir.

Süreklilik kaygı, ortada nesnel neden yok veya var iken bu durumla orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli olan kaygıdır, diğer bir deyişle bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığıdır (145). Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Araştırmada, her iki grupta da süreklilik kaygı ölçeği puan ortalaması 34,53 (hafif anksiyete) bulundu. Kontrol ve deney gruplarında süreklilik kaygı puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Sadati ve ark. (2013) laparoskopik kolesistektomi hastalarında ameliyat öncesi süreklilik kaygı puanının 55 (orta anksiyete) olduğu saptanmıştır (29). Literatürde ameliyat öncesi hastaların süreklilik kaygı puanları değişkenlik göstermekle

birlikte KBB ve baş-boyun cerrahi hastalarında 43,7 (orta anksiyete) (27), kalp cerrahisi hastalarında 44,9 (orta anksiyete) puan olduğu belirtilmektedir (146). Araştırma, literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu hastalarının süreklilik kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Durumluk kaygı, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını aktarmasıdır (147). Araştırma kapsamında hastaların durumluk kaygı düzeyleri incelendiğinde, hasta eğitimi öncesinde durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması 44,1 (orta anksiyete), eğitim sonrası puan ortalaması 40,6 (orta anksiyete), ameliyat sonrasında ise ortalama 31,1 (hafif anksiyete) olarak belirlendi.

Durumluk kaygı düzeyleri gruplar açısından incelendiğinde; hasta eğitimi öncesi deney grubunun durumluk kaygı puan ortalaması 43,1 (orta anksiyete), kontrol grubunun durumluk kaygı puan ortalaması 45,2 (orta anksiyete) saptandı. Her iki grubunda orta düzeyde kaygıları olduğu belirlendi. Gruplar arasında eğitim öncesi durumluk kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarla yapılan çalışmalarda eğitim öncesi durumluk kaygı puanlarının orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (9, 29). Araştırma, literatür ile benzer sonuçlar göstermektedir. Ameliyat öncesi hastaların yaşadığı stresin doğal bir süreç olması ve eğitim öncesi bilinmeyene karşı duyulan korku nedeniyle kaygı düzeylerinin yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Ameliyat öncesi hasta eğitimleri ameliyathane hemşiresi (deney grubu) ve servis hemşiresi (kontrol grubu) tarafından sürdürülmüştür. Deney grubu eğitim sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 38,1 (hafif anksiyete) iken, kontrol grubu durumluk kaygı puan ortalaması 43,4 (orta anksiyete) olduğu belirlendi. Her iki grupta da eğitim

öncesine göre eğitim sonunda durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde düştüğü belirlendi ancak hemşire ziyareti yapılan hastaların kaygı düzeyindeki azalmanın servis hemşiresi tarafından eğitim verilen hastalardan daha fazla olduğu saptandı ($p<0,001$). Kiyohara'nın (2004) gününbirlik cerrahi hasta grubu ile yaptığı çalışmada hemşire ziyareti ile bilgi verilen hastaların durumluk kaygı puan ortalaması 35,9 (hafif anksiyete) iken, bilgi sahibi olmayan hastaların durumluk kaygı puan ortalaması 40,7 (orta anksiyete) olduğu saptanmıştır (148). Asghari ve ark. (2009) ameliyat öncesi hemşire ziyaretinin hastaların kortizol düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hemşire ziyareti yapılan hasta grubunun kortizol seviyelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (149). Sadati ve ark. (2013) laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası komplikasyonlara etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; hemşire ziyareti öncesi durumluk kaygı puanı 55,5'den (orta anksiyete) ziyaret sonrası 39'a (hafif anksiyete) düşmüştür. Servis hemşiresinin standart eğitim verdiği kontrol grubunda ise eğitimi öncesi durumluk kaygı puanı 55 (orta anksiyete) iken eğitim sonrası 55,3'e (orta anksiyete) yükselmiştir (29). Aynı çalışmada, hemşire ziyareti yapılan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde beslenme, uyanma, bulantı-kusma, yaşamsal değerler ve ağrı durumlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha iyi olduğu saptanmıştır (29). Gürsoy ve ark. (2016) yaptığı çalışmada rutin servis uygulaması yapılan hastalara göre ameliyathane hemşiresi tarafından eğitim verilen hasta grubunun memnuniyet düzeylerinin yüksek, stres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (30). Araştırma sonuçları incelendiğinde; literatürde hemşire ziyaretinin etkilerini belirlemeye yönelik yapılan sınırlı sayıda çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında bu araştırma sonuçlarına benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında hemşire ziyaretinin ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeylerini azaltmada daha etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir.

Ameliyattan 24 saat sonra yapılan ikincil değerlendirmede durumluk kaygı puan ortalamasının deney grubunda 30,3 (hafif anksiyete) iken, kontrol grubunda 32 (hafif anksiyete) olduğu belirlendi. Gruplar arasında ameliyat sonrası durumluk kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Özberksoy

ve ark. (2009) ameliyat olan hastalarda yaptığı çalışmada ameliyat öncesi yapılandırılmış eğitim kitapçığı ile kapsamlı eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (150). Benzer şekilde batin ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada eğitim kitapçığı kullanılarak eğitim yapılan hastalarda ameliyat sonrası kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (9). Ameliyat öncesi cerrahiye yönelik bilinmezlik korkusunun ameliyat sonrası cerrahi işlemin sonlanmasıyla hastaların kaygı düzeylerinin azaldığı düşünülmektedir.

Araştırmada ameliyat sonrası dönemde hastaların ağrı durumları değerlendirildiğinde; deney grubunun ağrı puan ortalaması 0,6-3,4 iken, kontrol grubunun ağrı puan ortalaması ise 0,5-2,8 olduğu, her iki grubun ortalama ağrı puanı 1,5 (çok hafif) saptandı. Araştırmada, her iki grup arasında ameliyat sonrası ağrı düzeyleri açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. Yapılan benzer bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi hemşire ziyareti yapılan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının rutin yöntemle eğitim uygulanan hastalardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (29). Guo ve ark. (2012) kalp cerrahisi olan hastaların anksiyeteyi azaltmak ve ameliyat sonrası komplikasyonu azaltmak için yaptığı çalışmada ameliyat öncesi eğitim verilen hasta grubunun ağrı düzeylerinin kontrol grubundan farklı olmadığı belirtilmiştir (97). Bu araştırmada, ameliyat öncesi hasta eğitiminde iki farklı yöntem kullanılmış olsa da eğitim sırasında detaylı olarak bilgilendirilme yapılmıştır. Ameliyat öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası erken dönemde hastalarda kaygıyı azalttığı ve hastaların ağrı algısını olumlu yönde etkilemesinden dolayı ağrı puanlarının düşük olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı düzeyleri üzerine etkisine bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yapılan bir çalışmada mastektomi ameliyatı olan kadın hastalardan depresyon ve kaygı düzeyi yüksek olanların ameliyat sonrası ağrıların çok fazla olduğu, daha çok ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duydukları saptanmıştır (151). Kalp ameliyatı olan hastalarla yapılan benzer bir çalışmada ameliyat öncesi kaygının,

ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve analjezik tüketimini önemli derecede arttırdığı belirtilmektedir (152). Cerrahi hastaları ile yapılan sistematik bir incelemede, ameliyat öncesi ve sonrası ağrı ile kaygı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (92). Sjöling ve ark. (2003) ortopedi ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyini azalttığı saptanmıştır (153). Buna karşın, kalp cerrahisi olan hastalar ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyetenin azaltılması için verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyini etkilemediği belirtilmiştir (97, 154). Bu araştırmada, tüm hastalara yapılandırılmış eğitim verilmesinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerini azalttığı ve dolaylı olarak ağrı puanlarının daha düşük saptandığı düşünülmektedir.

Bu araştırma sonuçlarına göre öneriler şu şekilde sıralanabilir;

Ameliyat öncesi hasta eğitimi kapsamında;

- Ameliyat öncesi dönemde ameliyathane hemşiresi tarafından yapılan “hemşire ziyareti”nin kaygı düzeyinin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu ve kurumlarda bu yönteminde kullanılabileceği,
- Hemşire ziyaretinin hasta eğitim yöntemi olarak kurumlarda kullanımı öncesinde ameliyathane hemşirelerinin bakım entegrasyonu konusunda görüşlerinin alınması,
- Cerrahi hemşirelerine yönelik, hemşire ziyaretlerinin amacı, etkinliği ve hasta sonuçlarını kapsayan hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşire ziyaretlerinin işgücü, bakım gücü, zaman yönetimi ve maliyet açısından etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.

Araştırma kapsamında;

- Çalışmanın çok merkezli, geniş örneklemli, farklı cerrahi türlerinde ve popülasyonlarda yapılması,
- Araştırmanın farklı eğitim yöntemleri ile karşılaştırılması,
- Hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemdeki diğer hasta çıktıları üzerine etkisini belirlemeye yönelik (anestezi miktarı, uyanma süresi, erken dönem

komplkasyonlar, hastanede kalış süresi, erken mobilizasyon durumu vb.)
çalışmalar planlanması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

1. Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik esasları. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2012.
2. Karadakovan A, Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.
3. Kaymakçı Ş, Yavuz M. Ameliyathane hemşireliği. İzmir: Meta Basım; 2015.
4. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004;1(2):7-14.
5. Başay S, Yurtaslan A. Mesane kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni. 2008(2):31-4.
6. Onat D. Temel cerrahi. 3. Baskı ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004.
7. Aykent R, Kocamanoglu İ, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation. 2007;5(1):7-13.
8. Çelik S. Cerrahi bakımda bilgi güncelleme. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(2):61-5.
9. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(2):20-6.
10. Oflaz F, Vural H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(1):1-7.
11. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences. 2007;12(2):145-8.
12. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(3):182-6.
13. Büyükyılmaz F, Aştı T. Postoperative pain characteristics in Turkish orthopedic patients. Pain Management Nursing. 2010;11(2):76-84.
14. Erdine S. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007.
15. Lin L, Wang R. Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. Journal of Advanced Nursing. 2005;51(3):252-60.
16. Bisgaard T, Kehlet H, Rosenberg J. Pain and convalescence after laparoscopic cholecystectomy. The European Journal of Surgery. 2001;167(2):84-96.
17. Aslan F. Ağrı doğası ve kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti; 2014.
18. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. Journal of Human Sciences. 2006;1(1):2.
19. Wang H, Keck J. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. Pain Management Nursing. 2004;5(2):59-65.
20. Esther M. Postoperative pain-clinical implications of basic research. Best Practice-Research Clinical Anaesthesiology. 2007;21(1):3-13.
21. Mac Lellan K. Postoperative pain: Strategy for improving patient experiences. Journal of Advanced Nursing. 2004;46(2):179-85.
22. Roykulcharoen V, Good M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. Journal of Advanced Nursing. 2004;48(2):140-8.
23. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı Dergisi. 2011;23(2):71-9.
24. Caumo W, Schmidt A, Schneider C, Bergmann J, Iwamoto C, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2001;45(3):298-307.
25. Karanci A, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. Journal of Psychosomatic Research. 2003;55(4):363-9.
26. Mete H, Noyan A, Sertöz Ö. Ağrının psikososyal yönü. Ağrı Dergisi. 2006;18(1):21-4.
27. Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi. 2016;26(2):79-91.

28. Palmer J. Decreasing anxiety through patient education. *Plastic Surgical Nursing*. 2007;27(4):215-20.
29. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):994-8.
30. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2016;31(6):495-503.
31. Lee C, Lee I. Preoperative patient teaching: The practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(17-18):2551-61.
32. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2003;6(1):14-22.
33. Önal S. Analjezik adjuvanlar. *Ağrı Dergisi*. 2006;18(4):10-23.
34. Varlı K, Kutsal YG, Çeliker R, Özer S, Ozer H, Aypar Ü, et al. Ağrıya multidisipliner yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2005;36(2):111-28.
35. Kelvered M, Öhlén J, Gustafsson B. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(3):449-57.
36. Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(7-8):956-64.
37. Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(1):104-10.
38. Pinar G, Kurt A, Gungor T. The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: A case control study. *World Journal of Surgical Oncology*. 2011;9(1):38.
39. Aliyu D, Adeleke I, Omoniyi S, Kolo S, Odofoin O, EssienEkaete P. Knowledge, attitude and practice of preoperative visit: A survey of Nigerian perioperative nurses. *American Journal of Health Research*. 2015;3(1-1):54-60.
40. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi hemşireliği I. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2012.
41. Erdil F. Dünyada cerrahi hemşireliğin tarihsel gelişimi. İzmir: 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı; 2009.
42. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. 6. Baskı ed. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2016.
43. Alper Y. Depresyon Psikoterapisi. İstanbul: Alfa Yayınları; 2001.
44. Bayraktar N, Bulut H. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu*. 2000;3(6):34-8.
45. Özer N. Cerrahinin tarihçesi. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.
46. Copel L. Homeostasis, stress and adaptation. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. 84 p.
47. Williams L, editor. Nursing care of patients having surgery. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2003.
48. Akinsulore A, Owojuyigbe A, Faponle A, Fatoye F. Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology*. 2015;23(2):235-40.
49. Pereira L, Braga M, Carvalho I. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(5):733-8.
50. Woldegerima Y, Fitwi G, Yimer H, Hailekiros A. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. *International Journal of Surgery Open*. 2018;10(November 2017):21-9.
51. Aslan Y, Atan A. Laparoskopik giriş ve sütür teknikleri. *Türk Üroloji Seminerleri*. 2010;Adım adım laparoskopik cerrahi(1):134-41.
52. Tekant Y. Laparoskopik cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996.
53. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy*. 1983;15(2):59-64.
54. Mühe E. Laparoscopic cholecystectomy—late results. *Die Chirurgie und ihre Spezialgebiete Eine Symbiose*. Berlin: Springer; 1991. p. 416-23.
55. Mouret P. Celioscopic surgery. Evolution or revolution? *Chirurgie*. 1990;116(10):829-32.
56. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy by coelioscopy. *La Presse Médicale*. 1989;18(19):980-2.

57. Olsen D. Historical overview and indications for cholecystectomy. *Laparoscopic Surgery of the Abdomen*. New York: Springer; 2004. p. 71-2.
58. Bora S, Saydam S, Özman İ, Füzün M, Gülay H, Soylu M. Laparoskopik kolesistektominin ilk 6 aylık sonuçları. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi*. 1993;1:213-5.
59. Gülpınar Ö, Haliloğlu A. Ürolojik laparoskopik cerrahide kullanılan ekipmanlar ve operasyon odasının dizaynı. *Türk Üroloji Seminerleri*. 2010(1):126-33.
60. Ohtani H, Tamamori Y, Azuma T, Mori Y, Nishiguchi Y, Maeda K, et al. A meta-analysis of the short-and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and conventional open surgery for rectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2011;15(8):1375-85.
61. Tjandra J, Chan M. Systematic review on the short-term outcome of laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Disease*. 2006;8(5):375-88.
62. Ay F, Alpar E. Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı Dergisi*. 2010;22(1):21-9.
63. Çöçelli L, Bacaksız B, Owayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2008;14(2):53-8.
64. Göldoğan F, Dilek M, Arık N. Kronik böbrek hastalığında ağrı tedavisi. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.
65. Tamdoğan S. Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ağrının uyku ve yaşam kalitesine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Bezmî Alem Üniversitesi; 2015.
66. Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2002;6(1):9-16.
67. Francis L, Fitzpatrick J. Postoperative pain: Nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Management Nursing*. 2013;14(4):351-7.
68. Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu N. Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği*. 2005;13(4):418-25.
69. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(2):125-32.
70. Ceyhan D, Güleç M. Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır? *Ağrı Dergisi*. 2010;22(2):47-52.
71. Amata A, Samaroo L, Monplaisir S. Pain control after major surgery. *East African Medical Journal* 1999;76(5):269-71.
72. Mitra S, Khandelwal P, Roberts K, Kumar S, Vadivelu N. Pain relief in laparoscopic cholecystectomy—a review of the current options. *Pain Practice*. 2012;12(6):485-96.
73. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom Dergisi*. 2003;15(8):83-100.
74. Yağız O. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. *Ağrı Dergisi*. 2006;18(2):5-14.
75. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;7(21):1-17.
76. Piotrowski M, Paterson C, Mitchinson A, Kim H, Kirsh M, Hinshaw D. Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons*. 2003;197(6):1037-46.
77. On A. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. *Ağrı Dergisi*. 2006;18(2):5-14.
78. Voss J, Good M, Yates B, Baun M, Thompson A, Hertzog M. Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Pain Journal*. 2004;112(1-2):197-203.
79. Şen H, Yanarates Ö, Sızlan A, Kılıç E, Özkan S, Dağlı G. Müzik ile tedavinin postoperatif ağrıdaki etkisi ve etkinlik süresi. *Ağrı Dergisi*. 2010;22(4):145-50.
80. Macintyre P, Scott D, Schug S, Visser E, Walker S. Acute pain management: Scientific evidence. *British Journal of Anaesthesia*. 2010;491:42-55.
81. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: What is their place in the management of chronic pain? *The Nursing Clinics of North America*. 2003;38(3):495-508.
82. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(1):8-15.
83. Badır A, Aslan F. Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun: Ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2003;7(1):100-8.
84. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012;20(1):27-33.
85. Atatürk Türk Kültür DvTYKTC. Güncel Türkçe Sözlük [Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.572b7716a69391.25775109].

86. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y, Yılmaz T, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011;1:22-6.
87. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanınış ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;Ek-4:12-6.
88. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj Basım; 2004.
89. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*. 2010;92(4):445-60.
90. Klopfenstein C, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2000;47(6):511.
91. Espiñeira C, Del Aguila M, Del Castillo M, Valdivia A, Sánchez I. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. *Health Policy*. 2009;89(1):37-45.
92. Munafò M, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;51(4):589-96.
93. Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, Van Dam F, Muller M, Hanaoka K, et al. Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Quality of Life Research*. 2002;11(4):361-4.
94. Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: A prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*. 2005;60(10):978-81.
95. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadryś T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*. 2003;18(4):155-60.
96. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University specialized teaching hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*. 2014;14(1):67.
97. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(2):129-37.
98. Vaajoki A, Pietilä A, Kankkunen P, Vehviläinen J. Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: An intervention. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(5-6):708-17.
99. Sidar A, Dedeli Ö, Iskesen A. The relationship between anxiety, pain distress and pain severity before and after open heart surgery in patients. *Yogun Bakım Dergisi*. 2013;4(1):1-8.
100. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2011;23(5):372-8.
101. Fındık Ü, Topçu S. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;19(2):22-33.
102. Donmez Y, Ozbayır T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(1-2):166-74.
103. Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2001;1:23-9.
104. Lemonnier S, Forner M, Diago M, Oltra D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2010;15(2):379-82.
105. Stirling L, Raab G, Alder E, Robertson F. Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: Feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60(5):494-501.
106. Pellino T, Gordon D, Engelke Z, Busse K, Collins M, Silver C, et al. Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*. 2005;24(3):182-90.
107. Güneş P. Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete üzerine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2001;5(2):79.
108. Parolari A, Pesce L, Pacini D, Mazzanti V, Salis S, Sciacovelli C, et al. Risk factors for perioperative acute kidney injury after adult cardiac surgery: Role of perioperative management. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2012;93(2):584-91.
109. Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. İstanbul: Mart Matbaacılık; 2005.
110. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.

111. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2001;5(2):25-36.
112. McRee L, Noble S, Pasvogel A. Using massage and music therapy to improve postoperative outcomes. AORN Journal. 2003;78(3):433-47.
113. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi. 2007;17(3):181-6.
114. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2006.
115. Yazgan B, Atıcı M, Kılıç M. Gelişim psikolojisi: çocuk ve ergen gelişimi. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2004.
116. Hinmikaiye C, Bamishaiye E. The incidence of low back pain among theatre nurses: a case study of University of Ilorin and Obafemi Awolowo University Teaching Hospital. International Journal of Nursing Science. 2012;2(3):23-8.
117. Carter L, Evans T. Preoperative visiting: A role for theatre nurses. British Journal of Nursing. 1996;5(4):204-7.
118. Carnevali D. Preoperative anxiety. The American Journal of Nursing. 1966;66(7):1536-7.
119. Weiler M. Postoperative patients evaluate preoperative instruction. The American Journal of Nursing. 1968;68(7):1465-7.
120. Sharp G. Two-way street. AORN Journal. 1971;14(1):79-80.
121. Lindeman C, Stetzer S. Effect of preoperative visits by operating room nurses. Nursing Research. 1973;22(1):4-15.
122. Clemons B. The OR nurse in the patient care circuit. AORN Journal. 1970;12(2):57-62.
123. Shetler M. Operating room nurses go visiting. The American Journal of Nursing. 1972;72(7):1266-9.
124. Williams M. Preoperative visiting--an urban myth? The Journal of Perioperative Practice. 2002;12(5):168.
125. Webb R. Preoperative visiting from the perspective of the theatre nurse. British Journal of Nursing. 1995;4(16):919-25.
126. Stone M. Pre-operative visiting--part of the OR nurse's role? The Australian Nurses' Journal. 1983;12(7):46.
127. Manthey M. A theoretical framework for primary nursing. Journal of Nursing Administration. 1980;10(6):11-5.
128. Coll A, Ameen J, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: Literature review. Journal of Advanced Nursing. 2004;46(2):124-33.
129. Rothrock J. Alaxander's Care of the Patient in Surgery. United States of America: Wiley-Blackwell Publishing; 2011.
130. Öner N. Le compt A. Durumluluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. 2. Basım ed. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1998.
131. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
132. Özgüven İ. Psikolojik testler. Ankara: PDREM yayınları; 2003. 339-52 p.
133. Findik U, Topcu S, Vatansever O. Effects of drains on pain, comfort and anxiety in patients undergone surgery. International Journal of Caring Sciences. 2013;6(3):412-9.
134. Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nitelik değişimi: İki periyodun karşılaştırılması. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2014;4(2):62-8.
135. Mingir T, Ervatan Z, Turgut N. Spinal anestezi ve perioperatif anksiyete. Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation. 2014;42(4):190-5.
136. Çalık E. Laparoskopik kolesistektomi öncesi öğretimin ameliyat sonrası solunum konforu, ağrı ve memnuniyete etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2007.
137. Emre Ş, Topuzlu Tekant G, Şenyüz OF. Laparoskopik kolesistektomi. Çocuk Cerrahisi Dergisi. 2016;30(Supp: 3):197-202.
138. Rothaug J, Zaslansky R, Schwenkglenks M, Komann M, Allvin R, Backström R, et al. Patients' perception of postoperative pain management: Validation of the International Pain Outcomes (IPO) questionnaire. The Journal of Pain. 2013;14(11):1361-70.
139. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;4(1):7-17.

140. Ayhan F. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2015.
141. Aslan F, Badir A, Arlı S, Cakmakci H. Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse*. 2010;34(1):48-54.
142. Çelik S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3):325-30.
143. Mert S, Göktaş S. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2018;1(2):76-83.
144. İzveren A, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2):36-46.
145. Gökçe T, Dünder C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*. 2010;15(1):25-8.
146. Yıldız T, Malak A, Göktaş SB, Özen Y. Effect of Patient Education on Patient Anxiety Level Using "Scale of Patient Education Requirements" in Open Heart Surgery. *Koşuyolu Heart Journal*. 2015;18(1):1-5.
147. Wetsch W, Pircher I, Lederer W, Kinzl J, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*. 2009;103(2):199-205.
148. Kiyohara L, Kayano L, Oliveira L, Yamamoto M, Inagaki M, Ogawa N, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*. 2004;59(2):51-6.
149. Asghari K, Lotfi M, Aghazadeh A, Abd E. Effect of preoperative nursing visit on serum cortisol levels in patients waiting for operation: A randomized study with control group. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2009;30(4):13-6.
150. Özberksöy A, Özbayır T, Taşdemir N. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2009;29(6):1605-10.
151. Özalp G, Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K, Kadiogullari N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2003;47(1):26-9.
152. Navarro-García M, Marín-Fernández B, de Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigosa E, et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: Risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*. 2011;64(11):1005-10.
153. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*. 2003;51(2):169-76.
154. Shuldham C. Preoperative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Education and Counseling*. 2001;43(2):129-37.

7. EKLER

EK 1. Randomizasyon

Random letters:

1 D	2 K	3 D	4 K	5 K	6 K	7 D	8 K
9 D	10 K	11 D	12 K	13 D	14 D	15 D	16 D
17 K	18 K	19 K	20 D	21 K	22 D	23 D	24 D
25 K	26 K	27 D	28 K	29 D	30 K	31 D	32 K
33 D	34 K	35 K	36 K	37 K	38 D	39 D	40 D
41 K	42 D	43 K	44 K	45 D	46 K	47 D	48 D
49 K	50 D	51 K	52 K	53 D	54 K	55 D	56 D
57 D	58 K	59 D	60 D	61 K	62 K	63 K	64 D
65 K	66 D	67 K	68 D	69 K	70 D	71 K	72 D
73 D	74 D	75 K	76 K	77 D	78 K	79 D	80 K
81 D	82 K	83 D	84 D	85 D	86 K	87 K	88 D
89 D	90 K	91 K	92 D	93 D	94 K	95 D	96 K
97 D	98 K	99 D	100 D	101 K	102 D	103 K	104 K
105 D	106 D	107 K	108 D	109 K	110 D	111 K	112 K
113 D	114 D	115 D	116 K	117 D	118 K	119 K	120 K
121 D	122 K	123 D	124 D	125 K	126 D	127 K	128 D
129 D	130 K	131 D	132 K	133 K	134 D	135 D	

EK 2. Hasta Tanılama Formu

HASTA TANILAMA FORMU		/...../..... – Saat:	
A. Demografik Veriler			
1- Hasta Protokol Numarası:			
2- Yaş:			
3- Cinsiyet:	☐ Kadın	☐ Erkek	
4- Medeni Durum:	☐ Evli	☐ Bekar	
5- Mesleğiniz:	☐ Memur ☐ Serbest Meslek	☐ İşçi ☐ Emekli	☐ Ev Hanımı ☐ Diğer ☐ Özel Sektör
6- Kilo:	7- Boy:		
8- Eğitim Durum:	☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu	☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Lisansüstü	
9- Sigara Kullanımı:	☐ Yok	☐ Var	paket/gün
10- Alkol Kullanımı:	☐ Yok	☐ Var	adet
11- Özel Sağlık Sigortası:	☐ Yok	☐ Var	
12- Kronik Hastalıkları:	☐ Yok ☐ Hipertansiyon ☐ Astım	☐ Diyabet ☐ Karaciğer Hastalıkları ☐ Hipotiroidi / Hipertiroidi	☐ Böbrek Yetmezliği ☐ KOAH ☐ Diğer.....
B. Ameliyat Öncesi Ağrı Skoru			
13- Daha Önce Geçirilmiş Cerrahi Girişim:	☐ Yok	☐ Var	
14- Varsa Türü:	Yılı:		
15- Daha Önceki Cerrahi Ağrı Deneyimi:	☐ Yok	☐ Var	
16- Şu An Ağrınız Var mı?	☐ Yok	☐ Var ise, skoru.....	
17- Şu Andaki Ağrı Şiddetiniz Nedir? Aşağıdaki ölçekte bir sayı seçerek ağrı şiddetinizi belirleyiniz.			
GÖRSEL AĞRI SKALASI Görsel Ağrı Skalası/ Visual Scale 			
C. Ameliyata İlişkin Veriler			
18- Geçirilecek Cerrahi Girişim Adı:			
19- Ameliyata Giriş Saati:			
20- Ameliyattan Çıkış Saati:.....			
21- Cerrahi Girişim Süresince Komplikasyon Gelişimi:	☐ Yok ☐ Hipotansiyon ☐ Kanama ☐ Emboli ☐ Diğer.....	☐ Hipotermi ☐ Şok ☐ Perforasyon ☐ Kardiyak Arrest	

D. Ameliyat Sonrasına İlişkin Veriler**AĞRI**

Ağrı Değerlendirme Süreleri	Var	Yok	Yeri	Farmakolojik Tedavi	Non-Farmakolojik Tedavi (masaj, pozisyon, egzersiz vb.)
	Puanı				
22- 15.dakika				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
23- 30.dakika				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
24- 45.dakika				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
25- 60.dakika				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
26- 1.5 saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
27- 2.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
28- 2,5.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
29- 3.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
30- 4.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
31- 5.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
32- 6.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
33- 7.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
34- 11.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
35- 15.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
36- 19.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	
37- 24.saat				İlacın adı: U.Yolu: U.Dozu:	

38- Ağrı Niteliği: ☐ Sürekli ☐ Aralıklı

39- Ağrı Özelliği: ☐ Kramp ☐ Batma ☐ Künt ☐ Sıkıştıcı ☐ Elektrik Çarpması gibi
☐ Zonklama ☐ Sızlama ☐ Yanma ☐ Ezilir Şekilde ☐ Diğer.....

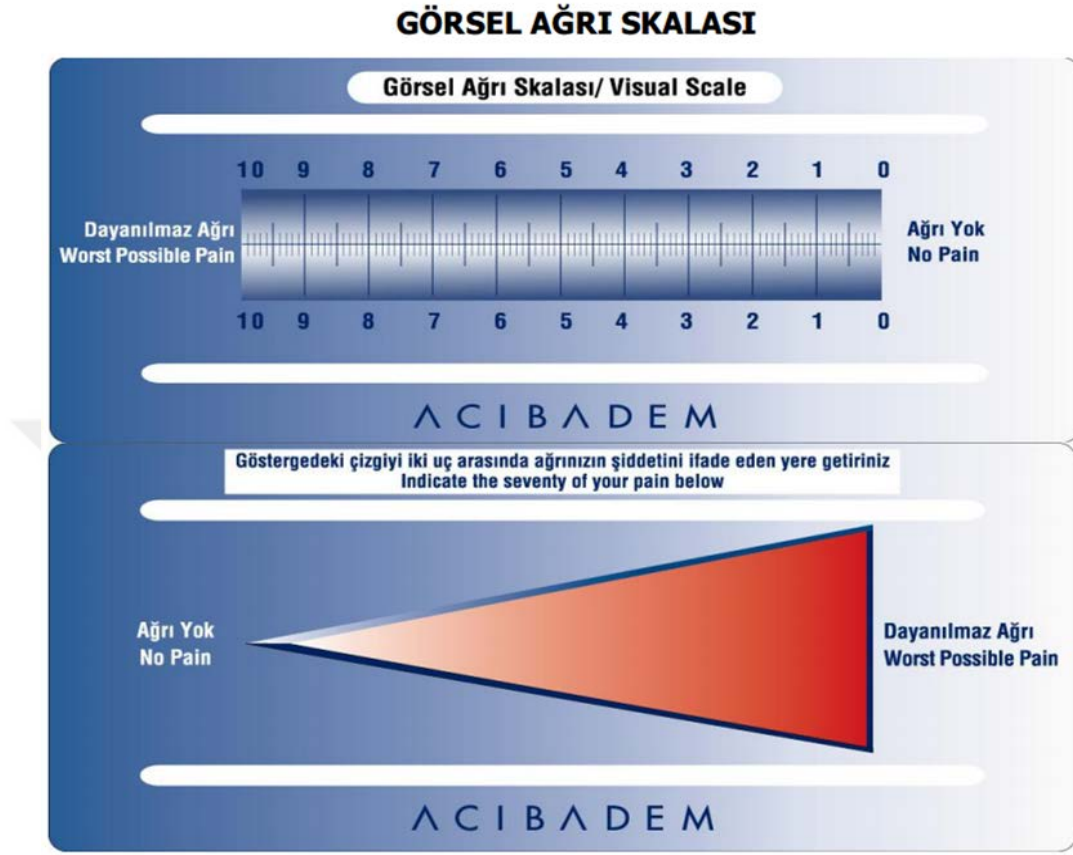
40. Ağrıyı Kötüleşiren Durumlar Nelerdir?

☐ Oturma ☐ Masaj ☐ Hareket ☐ Pozisyon ☐ Diğer.....

41. Ağrıyı Hafifleten Durumlar Nelerdir?

☐ Ortam Değişikliği ☐ Hareket ☐ Pozisyon ☐ İlaç
☐ Sıcak uygulama ☐ Soğuk uygulama ☐ Masaj ☐ Diğer.....

EK 3. Görsel Ağrı Skalası



EK 4. Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçekleri

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Ad-Soyad:

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

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

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Ad-Soyad:

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

		Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)

37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)



EK 5. Hasta Eğitim Kitapçığı

LAPAROSKOPİ NEDİR?

- Laparoskopi, göbek deliğinden ince bir kameranın karın içine girmesi ile karın içi organlarının görüntülenmesini sağlayan ameliyattır.
- Karın içi kamera ile aydınlatılarak, hastalık veya problemleri gözlemleme ve de gerekirse aynı anda karın üzerinin çeşitli bölgelerine açılan 3-5 mm'lik deliklerden içeri sokulan yardımcı aletler ile tedaviyi sağlar.
- Kapalı, kansız ve bıçaksız ameliyat olarak da bilinir.

LAPAROSKOPİK AMELİYATIN FAYDALARI

- Ameliyat sonrası ağrının daha az olması
- Hastanede kalış süresinin kısa olması
- İyileşme süresinin daha hızlı olması
- Enfeksiyon ve kanama riskinin az olması
- Büyük kesilerin açılmaması ve yara izinin çok daha az olması
- Daha az oranda dokuya zarar verilmesi
- Günlük aktivite ve çalışma yaşantısına daha kolay ve erken dönüş

AMELİYATTAN BİR GÜN ÖNCE YAPILMASI GEREKENLER

- Ameliyattan bir gün önce, gece yarısından sonra herhangi bir şey (kahve, çay, sakız, şeker ve nane şekeri dahil) yiyip, içmeyiniz.
- Yiyecek ve içecek kısıtlaması ameliyat sonrası bulantı ve kusma olasılığını azaltmak içindir.
- Gece yarısından sonra bir şeyler yemeniz veya içmeniz durumunda cerrahi iptal edilebilir.
- Kullandığınız rutin ilaçlarınızı yanınızda getiriniz.
- Ameliyat günü, ameliyat saatinizde kadar sadece doktorunuzun istemi ile bazı ilaçlarınızı bir yudum su ile içiniz.
- Doktorunuz tarafından onaylanmadıkça, ameliyattan bir hafta önce tüm aspirin (kan sulandırıcı) veya

aspirin içeren ürünleri kullanmayı bırakınız.

- Ameliyattan önceki akşam ve sabah sabun ve şampuan ile saçlarınızı, boynunuzdan aşağısını ve göbek deliğinizi dikkatlice temizleyerek duş veya banyo yapılması gereklidir.



- Ameliyattan en az 24 saat önce sigara içmeyiniz ve alkol kullanmayınız.
- Sigarayı bırakmanız, akciğerlerinizin ameliyat için en uygun düzeyde çalışması amacıyla önemlidir. Aynı zamanda alkol ise, size verilen herhangi bir ilaç veya anestezi üzerinde olumsuz etkiye neden olabilir.



- Üzerinizdeki iç çamaşırlarınızı çıkartmalısınız, size verilen ameliyat önlüğünü, bonesini giymelisiniz.
- Cildinize losyon, parfüm, deodorant gibi kişisel bakım ürünleri sürmeyiniz.
- Bol ve rahat kıyafetler giyebilirsiniz. Bu durum cerrahi bölgenize baskı yapmasını engelleyecektir.
- Dişlerinizi fırçalayabilirsiniz, gargara yapabilirsiniz fakat su yutmamalısınız.
- Gözlük kullanıyorsanız takmayınız veya lensleriniz var ise çıkarınız.
- Oje sürmeyiniz, makyaj yapmayınız veya makyaj ve ojeleriniz var ise ameliyattan önce çıkarınız.



□ Vücudunuzda herhangi bir metal eşya, takı, toka gibi kişisel malzemeler bulundurmuyunuz.

- ❑ Değerli eşyalarınızın güvenliğini sağlamak için evde bırakmanızı uygun olacaktır.
- ❑ Ameliyat için ameliyat bölgenizi traş etmeyiniz.
- ❑ Eğer bağırsak temizliği yapılacak ise doktorunuz size söylediği şekilde yapmalısınız.
- ❑ Soğuk algınlığı veya ateş gibi ameliyattan önceki fiziksel durumunuzda herhangi bir değişiklik geçirdiyseniz, lütfen hastaneye gelmeden önce doktorunuza haber veriniz.



AMELİYAT GÜNÜ

- ❑ Ameliyat saatiniz geldiğinde kat hemşiresi ve personel eşliğinde yatağınızla dosyanızla birlikte ameliyathaneye getirileceksiniz.



- ❑ Burada sizi anestezi teknikeri, ameliyathane hemşiresi ve ameliyathane personeli karşılayacaktır.
- ❑ Dosyanız ve kol bandınız (bileklik) kontrol edilip kimlik ve ameliyat bilgileriniz size sorulacak, ameliyat masasına geçirildikten sonra ameliyat salonuna alınacaksınız.

AMELİYATHANE



- ❑ Odaya geldiğinizde ameliyata dair hazırlıklarınız yardımcı bakım elemanı ve hemşire tarafından yapılacaktır.
- ❑ Oda içerisinde çeşitli sağlık çalışanları ile karşılaşacaksınız.
- ❑ Oda içerisinde sıklıkla gürültü veya farklı sesler duyabilirsiniz, ilaç veya temizleme solüsyonlarının kokusunu hissedebilirsiniz.
- ❑ Oda aydınlatmaları çok parlak olacaktır.
- ❑ Ameliyathane ortamı soğuk olduğundan üşüebilirsiniz, en kısa zamanda ısıtıcı battaniyelerle ısıtılacaksınız.
- ❑ Ameliyat masası dar olduğundan güvenli bir biçimde tespit edileceksiniz.
- ❑ Sağlık çalışanları maske kullandığından, konuşmalarda anlam karmaşası olabilir, anlamadığımız soruları sorabilirsiniz.



CERRAHİ EKİP VE AMELİYAT SÜRESİ

- ❑ Ameliyatınızda, cerrah, asistan hekim, iki hemşire (scrub-sirküle), anestezi hekimi, anestezi teknikeri ve personelden oluşacak ve en az 7 kişi olacaktır.

- Ameliyat süreniz; ameliyat öncesi hazırlık, anestezi hazırlığı, geçireceğiniz cerrahi girişimin olmak üzere toplam 3-7 saat sürebilir.



ANESTEZİ

- Anestezi hekimi ve teknikeri tarafından elinizin üstünden damar yolu açılacak, vücudunuza yuvarlak probalar yapıştırılacak, kolunuza tansiyon aleti bağlanacak ve parmağınıza bir cihaz takılarak nabzınız, tansiyonunuz ve kalp ritminiz monitörize edilecektir.



- Hekiminiz sizinle konuştuktan sonra anestezi hekimi tarafından genel anestezi ilacı verilecek ve yaklaşık 30 saniye içerisinde derin uykuya gireceksiniz.
- Kontrollü bir şekilde anestezi ilaç verilmeye devam ederken anestezi hekimi sizin yaşam bulgularınızı izlemeye devam edecektir.

AMELİYAT

- Cerrahi ekip steril giyindikten sonra karnınız açıkta kalacak şekilde örtüleceksiniz.
- Cerrah karnınıza 3-4 adet 1-3 cm uzunluğunda küçük kesi açacaktır.



- Karnınızdaki küçük kesilerin birinden kamera, diğerlerinden ise aletler yerleştirilecektir. Kamera ile ekranlara bağlanarak cerrahi ekibin işlemi görmesi sağlanacaktır.
- Aletler ile gerekli ameliyat işlemi sonlandıktan sonra bu kesi yerleriniz dikilecek ve pansuman yapıldıktan sonra ameliyatınız bitecektir.
- Gerekirse mesanenizdeki idrarı boşaltmak için size sonda takılabilir veya ameliyat bölgesindeki kan ve sıvıyı boşaltmak için size drenler takılabilir.
- Uygulanan ilaçların etkilerinin ortadan kalkması, sözlü uyarılarla ve ağız içindeki tüükükleriniz alındıktan 5-10 dakika içerisinde uyanacaksınız.
- Hemşire, anestezi teknikeri ve personel tarafından ameliyat masanız ile derlenme ünitesine götürüleceksiniz.

DERLENME ÜNİTESİ

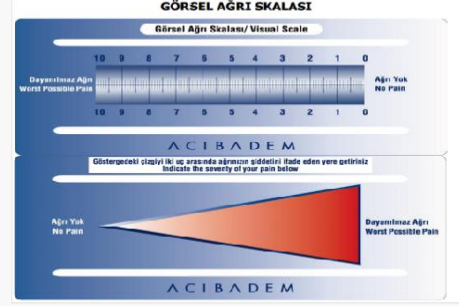
- Burası ameliyathanenin hemen yan tarafında olup anestezi bitiminden tamamen uyanmanıza kadar geçen sürede bekletileceğiniz yerdir.
- Hemşire, tansiyonunuzu, nabzınızı, sıcaklığınızı, oksijen seviyenizi, yapılan pansumanları, var ise drenlerinizi-idrar sondanızı ve ağrınızı düzenli olarak yakından takip eder.
- Bir süre size oksijen maskesi takılıp, damar yolunuzdan çeşitli ilaçlar verilebilir.
- Karnınızın üzerinde birkaç adet pansuman olduğunu fark edebilirsiniz.



- ☐ Pansumanların olduğu yerden ayrıca dren tüpleri olabilir. Bu, iyileşmenize yardımcı olmak içindir.
- ☐ Anestezi ve ameliyattan kaynaklanan bazı yan etkileri fark edebilirsiniz:
- ☐ Uyuşukluk veya yorgunluk hissi
- ☐ Mide bulantısı,
- ☐ Baş ağrısı veya kusma
- ☐ Ağız kuruluğu, susuzluk veya boğaz ağrısı
- ☐ Soğukluk
- ☐ Acı veya rahatsızlık.
- ☐ En kısa zamanda anestezi hekimi ve cerrahınız tarafından ilaç bilgisi verilerek bu yan etkiler kontrol altına alınacaktır.
- ☐ Yaklaşık 1-2 saat sonra hemşire ve anestezi hekimi uyanık olduğunuzdan, düzgün nefes aldığınızdan, yan etkilerin azaldığından ve genel durumunuzdan emin olduğunda kata çıkmanız sağlanacaktır.

AĞRI

- ☐ Ameliyat sonrası ağrı gelişmesinde, size uygulanan anestezi madde, anksiyete düzeyiniz, uygulanan ameliyat ve süresi rol oynamaktadır.
- ☐ Ameliyat sonrası omuzlarınızda, karnınızda ve boynunuzda ağrı gelişebilir. Bu durum, ameliyat sırasında kullanılan karbondioksit gazının diyafragma (göğsünüz ile karnınızı ayıran kas) kasının tahrişinden kaynaklanır.
- ☐ Kat hemşiresi ameliyat sonrası sayısal ağrı değerlendirme ölçeğini kullanarak ağrı şiddeti ve yerinizi ilk 1 saat 15 dakikada bir, sonraki 2 saat 30 dakikada bir, sonraki 4 saat saatte 1, sonrasında 4 saatte bir değerlendirilecektir.



- ☐ Herhangi bir ağrı veya acı hissettiğinizde kat hemşiresi ile iletişime geçiniz, hekiminize danışarak size ağrı kesici veya farmakolojik olmayan yöntemler uygulanacaktır.
- ☐ Ağrının azalmasında şu yöntemleri uygulayabilirsiniz:
 - ☐ Sol yanınıza doğru dönerek yatıp, sağ dizini göğsünüze doğru çekerek,
 - ☐ Yürümek, ameliyat sırasında verilen karbondioksit gazının vücutta emilmesini sağlar,
 - ☐ Günde iki veya üç kez omuzunuza 15 dakika boyunca sıcak uygulama yapılarak,
 - ☐ Hekimin söylediği ilaçları kullanarak,



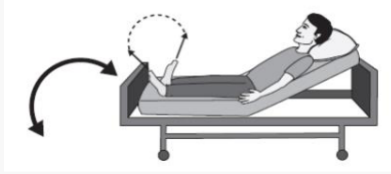
- ☐ Öksürmeden veya hareket etmeden önce karnınıza yastık koyup basınç uygulanarak,
- ☐ Müzik dinlemek, oyun oynamak veya ilgi çekici diğer aktiviteler yapılarak,
- ☐ Gözlerinizi kapatıp yavaşça nefes alıp vermek, kendinizi güzel bir yerin merkezinde hayal etmek, sakin olmak hafif acı, ağrı ve anksiyetinizi azaltacaktır.

EGZERSİZLER

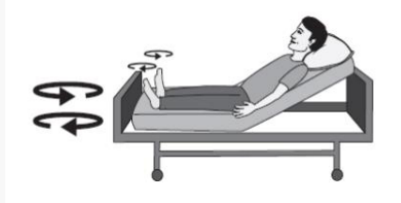
- Zatürre, kanın pıhtılaşması ve kas zayıflığını önlemek için yatakta hareket etmek önemlidir. Bu egzersizlere ne kadar erken başlarsanız iyileşmeniz hızlanacaktır.
- **Bacak egzersizleri;** bu egzersizler kanınızın bacaklarınızda dolaşmasına yardımcı olur. Her egzersizi saat başı 4-5 kez tekrarlayınız.



Bacaklarınızı düz olarak uzatacaksınız.



Ayak parmaklarınızı oynatacaksınız ve ayaklarınızı yukarı ve aşağı doğru eğeceksiniz.



Ayak parmaklarınızı oynatacaksınız ve ayak bileklerini döndüreceksiniz.

- Kat hemşirenizden destek alıp karşıya doğru bakarak yatağınızın kenarını tutup oturabilirsiniz.
- Kendinizi iyi hissettikten sonra aktivite süresinizi arttırarak kat hemşireniz ile birlikte yürümelisiniz.
- Yürümek; bağırsakların daha hızlı çalışmasına yardımcı olur ve iyileşmenizi hızlandırır.
- **Derin solunum egzersizi;** anesteziden sonra akciğerlerin genişlemesini sağlamaktır.

- Sırtüstü yatarak bir eliniz göğsünüzde bir eliniz karnınızın üstünde olmalıdır.
- Rahatlayınız ve bacaklarınızı hafifçe kıvrınız.
- Normal bir şekilde öncelikle burnunuzdan nefes alıp, daha sonra ağzınızdan veriniz. Daha sonra ağzınızı kapatınız ve burundan derin bir nefes alınız, karnınızdaki yükselmeye yoğunlaşınız. Göğsünüz şişmemelidir.
- Nefesinizi tutarak 5'e kadar sayınız.
- Sonra sanki ılık çalacakmış gibi dudaklarınızı buruşturup ve daha sonra yanaklarınızı şişirerek ağzınızdan nefes veriniz. Kaburgalarınız kapanmalı ve açılmalıdır.
- Birkaç saniye rahatladıktan sonra, egzersizi saatte 5-10 kez tekrarlayınız.
- Bu egzersizi yan yatarak, otururken, ayakta veya yatağınızdan dönerken de yapabilirsiniz.



- **Öksürme egzersizinde,** sekresyonların birikme riski olan hastalarda uygulanması sağlanmaktadır.

Öksürme egzersizinde:

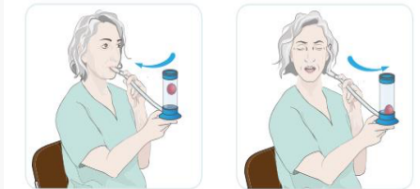
- Yatağınızın kenarına oturunuz.
- Karın bölgenize kendi elinizi koyunuz veya yastık koyarak insizyon bölgenize destek veriniz.
- Bacaklarınızı kıvrınız ve hafifçe öne eğiliniz. 2 kez derin solunum alıp-veriniz. 3. kez yaparken

burnunuzdan aldığınız solunumu tutunuz.

- 2-3 kez ard-arda öksürünüz. Bu hareket, solunum yolunu temizleyecektir.
- Daha sonra 3-5 kez normal nefes alıp yavaş veriniz ve sakinleşiniz. Egzersizleri en az her iki saatte bir yapınız.

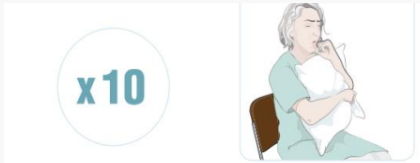


Spirometre (Triflo): Ameliyat sonrası dönemde akciğerlerin istenilen düzeyde genişlemesini sağlamak için uygulanır. Üç silindirden oluşur ve her silindirde birer tane top bulunmaktadır. Bu toplar nefes alma gücünüze bağlı yükselecektir. Her gün yapmanız gereken hedef top kaldırma sayınız solunum uzmanı ve doktorunuz tarafından belirlenecektir.



Dudaklarınızı ağızlığın etrafına koyunuz, derin nefes alınız ve mavi topu 2 ile 4 saniye tutmaya çalışınız.

Ağızlığı bırakın, nefes alın ve birkaç saniye dinleniniz.



Bu egzersizi saat başı 10 defa tekrarlayınız.

Derin bir nefes alınız ve öksürün. Balgamınız varsa, onları da öksürün.

BESLENME

- Ameliyat sonrası beslenme zamanınızı, verilen anestezi, uygulanan cerrahi girişim ve mide-bağırsak fonksiyonlarınızı dikkate alarak hekim tarafından belirlenir.
- Genellikle yaklaşık 4-6 saate kadar besin yiyemeyeceksiniz. Çünkü; besinleri solunum yolunuza kaçırma riski ve gaz çıkışı-bağırsak hareketlerine bağlı olarak hekim istemine göre besin alımına başlanacaktır.



- Hekim istemi doğrultusunda en kısa zamanda ilk olarak yumuşak besinler ve sıvı alımı sağlanacak, daha sonra tolere ettiğinizde normal diyete geçeceksiniz.
- Günde 8-10 bardak sıvı içmeyi denemelisiniz.
- Ağrı ve anestezi mide bulantısı ve kusmaya veya yemek yerken şişkinliğe sebep olabilir. Bu yan etkiler azalınca kadar bir şeyler yiyip içmeyiniz.
- Ameliyat sonrası yağlı ve ağır yiyeceklerden kaçınmalısınız. Bu tür yiyecekler size rahatsızlık verebilir, ishal, bulantı ve kusmaya neden olabilir.
- Ağrı için alınan ilaçlar ve hareketsizlik kabızlığa neden olabilir. Bu yüzden kepek, meyve ve sebze gibi lif içeren yiyecekler yemek bağırsak hareketlerini hızlandırarak kabızlığı önleyecektir.

- Protein içeren yiyecekler (tavuk, yumurta, süt ürünleri, balık gibi) tüketilmelidir.



- İyileşmeyi hızlandırır.
- Ameliyattan sonra sakız çiğnemelisiniz. Sakız çiğnemek, bağırsaklarınızın hareketlenmesini sağlayarak gaz çıkışına sebep olmaktadır.
- Günde 3 kez 5 dakika boyunca sakız çiğnemelisiniz. 3'den fazla sakız çiğnemek iyileşmenize katkıda bulunmayacaktır.

Dren, Pansuman ve Yara Bakımı

- Drenler; ameliyat yapılan yerde kan birikmesini önlemek için koyulmaktadır.
- Drenler sürekli izlenecek, rengine, görünümüne, miktarına en az 8 saatte bir kez bakılacaktır. İlk 24 saatte 300-500 cc drenaj normaldir.

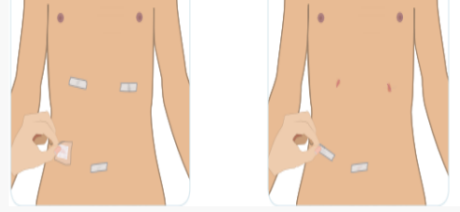


- Drenler 4 saat sonra çıkarılabilir veya fazla sıvı miktarına bağlı olarak 24-48 saate kadar drene olabilir.
- Drenlerin ne zaman çıkacağı ile ilgili bilgi hekim tarafından size verilecektir.
- İdrarınızı boşaltmak için ameliyat sırasında mesanenize bir kateter konulabilir.
- Ameliyat girişiminiz ve hareket durumunuza göre hekim tarafından belirleneceği zaman çıkartılacaktır.
- Kateterler en kısa sürede çıkarılacaktır. Kateterin erken çıkarılması, mesane enfeksiyonu olasılığını azaltır. Aynı zamanda

daha kolay hareket etmenize yardımcı olur.



- Kesilerinizin üstünde steril strip denilen ince uzun bantlar, üzerinde ise su geçirmeyen pansumanlarınız olacaktır.
- Pansuman ve drenlerin yerinden çıkmamasına özen gösterilmelidir ve pansumanlar 24 saatte bir kirlendikçe ve hekim istemi doğrultusunda aseptik tekniklerle değiştirilecektir.



- Pansumanları ameliyattan 2 gün sonra çıkarabilirsiniz.
- Steril stripler kendiliğinden çıkmadığı sürece çıkarmayınız, ancak ameliyattan 7 gün sonra steril stripler çıkmadıysa kendiniz çıkarabilirsiniz.
- Yaranızın etrafında bir miktar şişlik veya morarma olduğunu fark edebilirsiniz, bu birkaç gün içinde geçecektir.
- İyileşme döneminde yaranızın temiz ve kuru kalması esastır, bu nedenle yara enfeksiyonunu önlemek için yara pansumanını en az 48 saat veya daha uzun süre yerinde bırakmanız gerekir.
- Ameliyattan sonraki ilk birkaç günde yaralardan küçük bir miktar sızıntı normaldir.
- Pansumanınızın altında emilebilen dikiş, emilemeyen dikiş veya zımba klipsler olabilir.



- Emilebilen dikişler doğal olarak kendiliğinden çözülür, ancak tamamen kaybolması 2 ay sürebilir.
- Emilemeyen dikiş ve zımba klipler hekim bilgisi doğrultusunda ameliyattan 10 ile 14 gün sonra çıkarılması gerekecektir.
- Dar ve sert kıyafetler giymekten kaçınmalısınız. Yaralarınıza zarar verebilir ve iyileşmeyi zorlaştırır.
- Ameliyattan iki gün sonra akan su altında su ve sabunla duş alabilirsiniz. Ancak ameliyattan sonra ilk 6 hafta jakuzi, küvet veya havuza girilmemelidir.
- Ameliyattan sonra ilk 6 hafta boyunca yaralarınız açıkken merhem veya krem sürmeyiniz.



HASTANIN AİLESİNE VE DİĞER YAKINLARI İÇİN BİLGİLER

- Hasta ameliyatta iken B blok -3. katta ameliyat bekleme salonu bulunmaktadır. Hastanızı bu salonda bekleyebilirsiniz. Katta bulunan danışmanlardan hasta ile ilgili bilgi ve yardım isteyebilirsiniz.



- Hasta odasından uzak olduğu süre içerisinde ameliyat salonuna geldikten sonra genelde (30-60 dakika) hazırlık için bir süre beklemektedir, bu süre ameliyat başlamadan öncedir, girişim sonrasında da 1-2 saat derlenme ünitesinde kalacaktır.

- Hasta derlenme ünitesinde olduğu sırada size bilgi verilecek, hekim ameliyat sonrasında sizi bilgilendirecektir.
- Ameliyathanede bazı gecikmelerin olabilir, olası zaman değişiminde esneklik tanınmalıdır.
- Ameliyat sonrası en uygun ve en kısa sürede hastanızı görebilecek, her zaman kendisine ulaşabilecek, hastanızın ameliyatına ilişkin girişimlerden haberdar olacaksınız.
- Hastanız odasına dönüşünde damar içi sıvılar, kan tranfüzyonu, oksijen uygulaması, drenaj tüpleri, özel araç gereçlerle gelebilir.



KAYNAKLAR

- 1- Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. Baskı. Ankara, Aydoğdu Ofset; 2016: 103-36.
- 2- Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. Baskı. Ankara, Aydoğdu Ofset; 2016: 503-4.
- 3- Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2012: 278-387.
- 4- Elbaş, NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği: Akıl Notları. 1. Baskı. Ankara, Ayrıntı Basım Yayın Ve Matbaacılık; 2016: 206-14.
- 5- Mihmanlı, M. Cerrahi Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Sakarya, Sakarya Üniversitesi Yayınları; 2007: 63-121.
- 6- Karadakovan A, Aslan, FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi; 2014:250-303.
- 7- Laparoscopic/Open Cholecystectomy Patient

- Information, Wrightington-Wigan and Leigh National Health Service Foundation Trust, 2017, https://www.wwl.nhs.uk/Library/All New PI Docs/Audio Leaflets/Surgical/Laparo Cholec/surg024_1ap_open_cholecystectomy517v3.pdf (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
- 8- Cholecystectomy Surgical Removal of the Gallbladder, American College of Surgeons, 2015, <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/cholesys.ashx> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 9- Discharge Information for Day-Case Laparoscopic Cholecystectomy Patients Information for patients, Macclesfield District General Hospital East Cheshire National Health Service, 2018, <http://www.eastcheshire.nhs.uk/Patient%20Information%20Leaflets/On%20the%20A-Z/Discharge%20information%20Laparoscopic%20Cholecystectomy%2011033.pdf> (Erişim Tarihi: 06.01.2019).
 - 10- Having a laparoscopic cholecystectomy as an inpatient – removing your gall bladder, Guy's and St Thomas' National Health Service, 2017, <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/patient-information/gi/having-a-laparoscopic-cholecystectomy-as-an-inpatient.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 11- Laparoscopic Cholecystectomy Patient Education, The University Health Network, 2016, <https://www.uhn.ca/PatientsFamilies/Health Information/Health Topics/Documents/Laparoscopic Cholecystectomy.pdf> (Erişim Tarihi: 06.01.2019).
 - 12- A Guide to Gallbladder Surgery, McGill University Health Centre, 2018, http://www.muhcpatienteducation.ca/DATA/GUIDE/231_en-v~gallbladder-surgery.pdf (Erişim Tarihi: 04.01.2019).
 - 13- Laparoscopic Cholecystectomy, University Hospitals Birmingham National Health Service, 2018, <https://www.uhb.nhs.uk/Download/pdf/PiLaparoscopicCholecystectomy.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 14- Laparoscopic Cholecystectomy, King's College Hospital National Health Service, 2017, <https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20553.2%20-%20laparoscopic%20cholecystectomy.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 15- Post-Operative Instructions Laparoscopic Cholecystectomy, University of California, San Diego Medical Center, 2008, <https://health.ucsd.edu/specialties/surgery/gi/Documents/FMPH268LapCholePostop.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 16- Laparoscopic Cholecystectomy Surgery Program, Royal Victoria Regional Health Centre, 2013, <https://www.rvh.on.ca/surgery/SiteAssets/SitePages/preoped/Laparoscopic%20Cholecystectomy.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 17- Laparoscopic Cholecystectomy Patient Education About Your Surgery, Northwestern Memorial HealthCare, 2016, northwestern-medicine-laparoscopic-cholecystectomy-2017.pdf (Erişim Tarihi: 04.01.2019).
 - 18- Surgical Patient Education, American College of Surgeons Division of Education, 2011, <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/lung.ashx> (Erişim Tarihi: 06.01.2019).
 - 19- Perioperative Patient Education Booklet, Mohawk Valley Health System, 2017, <http://mvhealthsystem.org/sites/default>

- [ault/files/resources/mvhs_perioperative_patient_education_handbook.pdf](#) (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
- 20- Patient and Family Handbook, The Johns Hopkins Hospital Medicine, 2017, <https://www.hopkinsmedicine.org/the-johns-hopkins-hospital/docs/the-johns-hopkins-hospital-patient-handbook.pdf> (Erişim Tarihi: 04.01.2019).
 - 21- Preparing for Surgery, Nash Health Care Systems, 2016, <https://www.nashunchealthcare.org/app/files/public/104/surgery.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 22- Appendectomy Surgical Removal of the Appendix, American College of Surgeons, 2017, <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/app.ashx> (Erişim Tarihi: 11.01.2019).
 - 23- Laparoscopic Cholecystectomy Patient Information Brochures, Mater Hospital Brisbane, 2010, <http://brochures.mater.org.au/brochures/mater-hospital-brisbane/laparoscopic-cholecystectomy> (Erişim Tarihi: 04.01.2019).
 - 24- Laparoscopic Cholecystectomy Patient Information Brochures, Mater Private Hospital Brisbane, 2014, <http://brochures.mater.org.au/brochures/mater-private-hospital-brisbane/laparoscopic-cholecystectomy> (Erişim Tarihi: 11.01.2019).
 - 25- Laparoscopic Cholecystectomy Patient Information Brochures, Mater Private Hospital Redland, 2010, <http://brochures.mater.org.au/brochures/mater-private-hospital-redland/laparoscopic-cholecystectomy> (Erişim Tarihi: 11.01.2019).
 - 26- About Cholecystectomy Surgical Removal of the Gallbladder A guide for Patients and Relatives, Oxford Radcliffe Hospitals National Health Service, 2012, <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/cholecystectomy.pdf> (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
 - 27- A Guide to Enhancing Your Recovery After Bowel Surgery, McGill University Health Centre and the University Health Network, 2017, <http://wiki.med.uottawa.ca/download/attachments/21692510/ERAS+Patient+Education+booklet+March+19.pdf?version=1&modificationDate=1382548193000> (Erişim Tarihi: 04.01.2019).
 - 28- Rothrock JC. Alexander's Care of the Patient in Surgery.14. Edt. United States of America,Wiley-Blackwell Publishing; 2011: 90-375.

EK 6. Etik Kurul Karar Formu



SAYI: ATADEK-2018/16
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahire Ulus, Öğr. Gör. Dr. Yasemin Uslu,

Sorumluluğunu yürüttüğünüz **“Laparoskopik Cerrahi Girişim Öncesinde Hemşire Ziyaretinin Ameliyat Sonrası Dönemde Hastanın Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi”** başlıklı proje 25.10.2018 tarih 2018/16 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2018-16/33 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus.

Prof.Dr. İsmail Hakkı Ulus
ATADEK Başkanı

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Laparoskopik Cerrahi Girişim Öncesinde Hemşire Ziyaretinin Ameliyat Sonrası Dönemde Hastanın Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

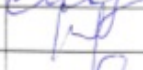
Dr. Öğr. Üyesi Bahire Ulus, Öğr. Gör. Dr. Yasemin Uslu

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi: 25.10.2018

Karar Numarası: 2018-16/33

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	Karara
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	()
Prof.Dr. Mert Ülgen		(X)	()
Prof.Dr. Ükke Karabacak		(X)	()
Prof.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		()	()
Prof.Dr. Berrin Karadağ		(X)	()
Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		(X)	()
Dr. Öğr.Üyesi Fatih Artvinli		(X)	()

EK 7. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın katılımcı;

Ben Pınar Aydal, Acıbadem Altunizade Hastanesi Ameliyathane bölümünde çalışmaktayım. Tez çalışması olarak yürütülen bu araştırmada amaç; laparoskopik cerrahi girişim öncesinde hemşire ziyaretinin ameliyat sonrası dönemde hastanın anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemektir.

Araştırmada deney ve kontrol grubu hastalar bulunacaktır. Randomizasyon işlemi ile deney veya kontrol grubunda olacağınız belirlenecektir. Deney ve kontrol grubunda yer aldığınızda ölçekler size tanıtılarak Hasta Tanılama Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanacaktır. Size sayısal ağrı değerlendirme ölçeği gösterilerek ağrı şiddetinizi belirlemeniz istenecektir. Eğer deney grubunda iseniz ameliyathane hemşiresi tarafından hemşire ziyareti ile ameliyat öncesi; ameliyat, genel cerrahi servisi, ameliyathane ve derlenme ünitesi hakkında size eğitim verilecektir. Fakat kontrol grubunda iseniz hemşire ziyareti dışında tüm ölçekler uygulanacaktır.

Araştırma süresince elde edilen her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecek ve 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırma sonuçları yüksek lisans tezi olarak kullanılacaktır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz bu durum tedavinizi aksatmayacak ve sigortanıza mali bir yük getirmeyecektir. Bu araştırma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacıların ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı ve Soyadı:

Sorumlu Araştırmacı Adı ve Soyadı:

İmza:

İmza:

EK 8. Hastane Kurum İzni

Müjde Olkun

Kimden: Pinar Aydal
Gönderme Tarihi: 23 Kasım 2018 Cuma 22:44
Kime: Müjde Olkun
Bilgi: Görül: Eser Mete; Dilek Aydın; Çiğdem Çalışkan
Konu: Yüksek Lisans Tez Çalışması Hakkında
Ekliler: doc02831720181030081422.pdf; Atadek Formu.docx

İzleme Bayrağı: İzle
Bayrak Durumu: İşaretlendi

Merhaba Müjde Hanım,
Ben Acıbadem Altunizade Hastanesi ameliyathane hemşiresi Pinar Aydal. Aynı zamanda Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim.
Tezim için "Laparoskopik Cerrahi Girişim Öncesinde Hemşire Ziyaretimin Ameliyat Sonrası Dönemde Hastanın Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi" isimli çalışmamın 25.10.2018 tarihinde Etik kuruldan onayımı almış bulunmaktayım. Onay ekte yer almaktadır. Acıbadem Altunizade Hastanesi'nde bu çalışmayı yapmak için kurum onayına ihtiyacım vardır. Bu konuda desteklerinizi bekliyorum.

Saygılarımla.

Danışmanlar

1. Dr. Öğr. Üyesi Bahire Ulus, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Öğretim Üyesi
2. Öğr. Gör. Dr. Yasemin Uslu, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Öğretim Görevlisi

Pinar Aydal, Acıbadem Sağlık Grubu, Acıbadem Altunizade Hastanesi, Ameliyathane Hemşiresi, Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
GSM: 0536 959 25 60

04/11/2018

ACIBADEM SAĞLIK GRUBU
ACIBADEM ALTUNIZADE HASTANESİ
CERRAHİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
BÖLÜM BAŞKANI
Prof. Dr. Çiğdem Çalışkan

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Pınar	Soyadı	Aydal
Doğum Yeri	Üsküdar	Doğum Tarihi	22.04.1995
Uyruğu	T.C.	Telefon	0536 959 25 60
E-mail	pnr_ydl.95@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	2020
Lisans	Acıbadem Üniversitesi	2017
Lise	Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2013

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre
1	Ameliyathane Hemşiresi	Acıbadem Altunizade Hastanesi	2017-halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	65,57	66,25	69,67

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	Çok iyi

