

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İMLANTE PORT TAKILACAK HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ
BİLGİLENDİRİLMESİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selda KARAVELİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Yrd. Doç. Dr. Sibel ERKAL

ŞUBAT - 2009

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İMLANTE PORT TAKILACAK HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ
BİLGİLENDİRİLMESİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selda KARAVELİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Yrd. Doç. Dr. Sibel ERKAL

KABUL VE ONAY SAYFASI

Selda KARAVELİ' nin Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “İmplantе Port Takılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi ” konulu başlıklı bu çalışma , jürimizce Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği' nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek KARAR edilmiştir.

Tarih
31.03.2009

Üye: Prof. Dr. Adnan ŞAHİN

Üye: Prof. Dr. Gökay AKSARAY

Üye: Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye: Doç. Dr. Bahattin ACAT

Üye: Yrd. Doç. Dr. Sibel ERKALILHAN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu' nun 02.10/2009 tarih ve781...../...3623.... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ferruh YÜCEL

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma, implante port takılacak hastaları, implante port kateter takılması işleminden önce bilgilendirmenin, hastaların anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji Merkezine 24.06.2007–30.06.2008 tarihleri arasında implante port takılması için gelen 100 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini bir yıl önce implante port kateter takılması için Merkeze gelen 518 hastayı temsil edebilecek büyüklükte %20'lik hasta grubu oluşturmaktadır (n:100). Araştırma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı vaka–kontrol çalışmasıdır.

Araştırmanın verileri Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşleri Formu ve Durumluluk Süreklilik Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory I-II) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde ki–kare, Mann Whitney U testi ve Kruskal–Wallis testi kullanılmıştır.

Implante port kateter takılacak hastaların bilgi görüş düzeyine, cinsiyetlerine, yaşlarına, mesleklerine, eğitim durumuna, medeni durumuna, yerleşim yerine göre ve implante portu bilip-bilmemelerine göre durumluluk anksiyete puan ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların aylık gelir durumlarında ve cinsiyetlerine göre süreklilik anksiyete ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç; implante port kateter takılmak üzere hastaneye gelen hastaların anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu ve implante port kateter hakkında verilen bilgilendirmenin anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığı görülmüştür. Anksiyetenin yüksek olmasının nedeni, çalışma grubundaki bütün hastaların kanser tanısı ile takip edilmesine bağlanmıştır. Çalışmamız sonucunda bilgilendirme konusunda vardığımız sonuç, yeterli ve gereksinimi karşılar nitelikte, çok fazla ayrıntı içermeyen bilgilendirmenin gerekli olduğu yönündedir.

Anahtar Kelimeler: Kateter, anksiyete, hastaların bilgilendirilmesi, kanser.

SUMMARY

In this research, it is aimed to evaluate the effects of informing patients before getting stuck on implanted port catheter to them.

Our study includes 100 patients who admitted to Hacettepe University Radiology Center of Radiology Proffessorship Branch in Ripe Hospital to implant port. The sample of our research is decided to show the 518 patients who admitted to our clinic a year ago to implant port. Our study group is %20 of admitted patient a year ago. The research is descriptive and it is comparative case-control study.

The datas of research are brought together by using 'The information form to introduce person, Evolution Form of Information Level I-II (State Trate Anxiety Inventory I-II) and by face to face meetings with patients. The evaluation of datas are made by computer. In the evaluation period, Mann Whitney-U test and Kruskal Wallis are used.

For the patients who will get stuck on implated port catheter a significant difference is stated between the middles of anxiety point of them according to their level of knowledge, age, occupations, education, economical state, living places and whether they know about implanted port catheter. There is no difference between study and control groups due to sex, economical state trade anxiety.

It is seen that anxiety level of patients coming hospital for getting stuck on implanted port is high and given informations about implanted port catheter are not effective to lessen the anxiety. It is thought that following patients with diagnosis of cancer is the reason of high level in anxiety. Acording to our study we think that approximately not too much detailed information should be given to patients.

Key Words: Catheter, anxiety, information patient, cancer.

İÇİNDEKİLER	Sayfa
ÖZET	v
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KATETERLER	4
2.1.1. Kısa Süreli Vasküler Girişim İçin Kullanılan Kateterler.....	5
2.1.1.1. Kısa Periferik Venöz Kateterler.....	5
2.1.1.2. Periferik Arteriyal Kateterler.....	5
2.1.1.3. Santral Arteriyal Kateterler.....	5
2.1.1.4. Periferik Olarak Yerleştirilen Santral Venöz Kateterler.....	5
2.1.2. Uzun Süreli Vasküler Girişim İçin Amacıyla Kullanılan Kateterler.....	6
2.1.2.1. Tünelsiz Santral Venöz Kateterler.....	6
2.1.2.2. Tünelli Santral Venöz Kateterler.....	6
2.1.2.3. Pulmoner Arteriyal Kateterler.....	7
2.1.2.4. Total Olarak İmplant Edilebilen İntravasküler Kateterler.....	7
2.1.2.4.1. Port Kateterin Bölümleri	7
2.1.2.4.2. Port Kateter Sisteminin Yerleştirilmesi.....	8
2.1.2.4.3. Port Kateter Sisteminin Yerleşim Yerleri.....	10
2.1.2.4.4. Santral Venöz Port Endikasyonları.....	11
2.1.2.4.5. Port Kateter Sisteminin Avantajları	11
2.1.2.4.6. Port Kateter Sisteminin Dezavantajları	12
2.1.2.4.7. Port Kateter Sisteminin Kullanımı ve Bakımı.....	12
2.1.2.4.8. Port Katetere Bağlı Komplikasyonlar.....	14
2.2. ANKSİYETE	19
2.2.1. Anksiyetenin Tarihçesi.....	20
2.2.2. Anksiyetenin Kuramları.....	21
2.2.3. Anksiyete Bulguları.....	22

2.2.4. Anksiyete Seviyeleri.....	24
2.2.5. Anksiyetenin Sınıflandırılması.....	25
2.2.6. Cerrahi Girişime Bağlı Yaşanan Anksiyetenin Organizma Üzerindeki Etkileri	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı.....	28
3.2. Araştırmanın Şekli.....	28
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	28
3.4. Araştırmanın Süresi.....	29
3.5. Araştırmanın Evreni.....	29
3.6. Araştırmanı Örneklemi.....	29
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	30
3.7.1. Veri Toplama Araçları.....	30
3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Etik Boyut.....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuç.....	56
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	58
8. EKLER DİZİNİ.....	66
Ek I Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	66
Ek II Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşleri	67
Ek III STAI Form Tx- 1.....	68
Ek IV STAI Form Tx- 2	69
Ek V Bilgilendirme Broşürü.....	70
9. ÖZGEÇMİŞ.....	77

Tablolar Dizini

Sayfa

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo:2 Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları.....	36
Tablo 3: Hastaların Bilgi Düzeyi Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4: Hastaların Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması...37	
Tablo 5: Hastaların Süreklilik Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 6: Hastaların Cinsiyetine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 7: Hastaların Cinsiyetine Göre Süreklilik Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 8: Hastaların Yaşlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9: Hastaların Mesleklerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 10: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12: Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 13: Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 14: Hastaların İmplant Port Bilgilerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması.....	45

Şekil Dizini

	Sayfa
Şekil 1: İmplant portun yerleşim yerleri.....	10
Şekil 2: Portun yerleşimi.....	70
Şekil 3: Port İğnesi.....	75

Simge Ve Kısaltmalar Dizini

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

PVK: Periferik Venöz Kateter

PSVK: Periferik Olarak Yerleştirilen Santral Venöz Kateterler

SF: Serum Fizyolojik

Min: Minimum

Max: Maksimum

SS: Standart Sapma

Ü: Ünite

ml: Mililitre

IVCM: İntravenöz Kontrast Madde

Staf: Stafilakokus Aureus

GİS: Gastrointestinal Sistem

1. GİRİŞ

Bireylerin sağlıklı olma durumu, yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde en önemli etkidir. Hastalık, hangi yaşta ve hangi koşullarda olursa olsun, insanlar için bir stres kaynağıdır. Sağlığı bozulan her insan doğal olarak anksiyete hisseder (31).

Anksiyete kişinin kendini tehlikede hissetme durumu olup, genel anlamda kaynağı belli olmayan ve her an bir tehlike ile karşılaşabileceği duygusu uyandıran, huzursuzluk, gerilim ve korku yaratan hoş olmayan emosyonel bir durum olarak tanımlanır. Sims ve Snaith tarafından anksiyete “bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” şeklinde açıkladıkları görülür (53).

Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, bağımlı olma korkusu, ölüm korkusu, hastalığın anlamı önemi ve çeşitli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler, kişide anksiyete yaratır. Genel nüfusta anksiyete prevalansı %4–7 arasında iken, bu oran hastalığın varlığı yanında ağrı, acı ve belirsizlik durumlarının varlığından dolayı %10-30’a kadar çıkmaktadır. Ciddi, akut yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (23, 81).

Herhangi bir sağlık problemi nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda; hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişilerle iletişim kurma zorunluluğu, personelin kullandığı anlaşılmayan tıbbi dil, bilinmeyen aletlerin kullanılması, mevcut olan hastalık durumu, uygulanan tanı ve tedavi işlemleri ve bu işlemlere yönelik bilgi eksikliğinin varlığı gibi birçok neden, bireyin beden bütünlüğünü tehdit ederek homeostatik dengesini bozmaktadır. Homeostatik dengenin devamlılığının bozulması ise; kişinin yeni durumlara uyum yeteneğini azaltır ve anksiyeteye neden olur (52, 88).

Bireylerde yaşamları süresince ne olduğunu bilmedikleri yeni durumlarla karşılaşmak anksiyeteye neden olur. Hastaların anksiyetesinin önemli bir nedeni de hastalık, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliğidir.

Tıp dünyasında yaşanan gelişmeler, hastaların tanı ve tedavisinde farklı, hızlı ve çeşitli uygulama seçeneklerini de beraber getirmektedir. Sürekli gelişen uygulamalar içinde, damar içi kateter girişimleri modern tıp tedavisinin önemli, vazgeçilmez araçlarından biridir. Kanser hastalarının tedavisinde sık sık venöz giriş yapılması, tedavinin uzun süreli olması, sklerozan ajanların kullanılması ve fazla miktarda sıvı verilmesi nedeni ile son yıllarda kanser tedavilerinin uygulanmasında santral venöz giriş araçları ve özellikle implante port kateter kullanımı artmıştır (57, 73).

Bu hastaların yaşadıkları anksiyeteye ilişkin yapılan araştırmalarda, hastaların her türlü tıbbi tanı ve tedavi yöntemi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda uygulanacak tanı işlemleri konusunda hastaların kaygı duydukları ve hastaların uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirilmesinin gerekli olduğu ortaya konulmuştur (43). Gürsoy'un çalışmasında ameliyata ilişkin bilgi almayan hastaların kaygı puan ortalamasının, bilgi alan hastalardan yüksek olduğu belirtilmiştir (53). Güneş, açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada; taburculuk öncesi anksiyete puanının, tüm hastalar için yüksek olduğunu, deney grubundaki hastaların anksiyete puanının, hem bilgilendirme öncesine göre hem de kontrol grubundaki hastalara göre azaldığını saptamıştır (52).

Hastaların anksiyetelerinin yükselmesi ve korku hissetmelerinin temelinde; bilgi yersizliğinin yer aldığı bilinmektedir. Hastanın üzerinde uygulanan her tanı ve tedavi işlemi konusunda anlayabileceği şekilde bilgi alma hakkı olduğu bilindiği halde, çoğunlukla bu konunun hasta hakları bildirgesine göre ihmal edildiği görülmektedir (72).

Hastalara işleminin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında karşılaşılabilecek sorunlar ve sonuçların ne şekilde değerlendirileceği gibi diğer birçok konuda yapılması istenilen bilgilendirme geri planda kalmaktadır. Bu konuda ancak hasta sorduğunda açıklama yapılabilmektedir (43). Oysaki hastaların anksiyetesi, gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı işlem öncesi bakım ve bilgilendirme ile en aza indirilebilir (53, 59). Hemşirenin hastaları anksiyeteye neden olabilecek durumlarla birlikte ele alması ve uygun girişimlerde bulunması bakımı daha etkin kılacaktır.

Anksiyetenin azaltılmasında ve olumsuz savunmaların gelişmesinin engellenmesinde hastaların bilgilendirilmesi önemlidir. Hastaların anksiyetesi genel olarak hastalıkları üzerinde yeterli denetim sağlayabildiklerini hissettikleri ölçüde azalır ve yeni duruma uyum kolaylaşır (81). Hemşirenin bakım rolünü hasta eğitimi ile destekleyerek sürdürmesi implante port takılacak hastanın anksiyetesinin azaltılmasında katkı verecektir.

Bu çalışmanın amacı; implante port takılacak hastaları, implante port işleminden önce bilgilendirmenin, hastaların anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KATETERLER

Kanserli hastaların tedavilerinde uzun süreli intravenöz kateterler 20 yıldan uzun süredir kullanılmaktadır. Venöz kateterlerin kullanımı, kemoterapi gören kanser hastalarında daha güvenli ve kaliteli bir yaşam olanağı sunmaktadır. Sürekli, güvenilir intravenöz kateterizasyon sağlanması, sağlık ekibine daha karmaşık ve çok daha etkin tedavi rejimlerini uygulayabilme şansı doğurmuştur. Hastalara ise ayaktan tedavi olanağı yaratmış, hastanede kalma sürelerini kısaltmıştır (90).

Hastaneye yatırılan hastaların büyük çoğunluğu kan ve kan ürünleri, elektrolitli ya da lipitli sıvılar, ilaç uygulamaları gibi tedavi amacıyla ya da tanısal yaklaşımlar için metal ya da sentetik polimerlerden yapılmış kanüller yolu ile damar içi uygulamalara maruz kalırlar. İnvasküler kateterler olarak adlandırılan bu kanüller birkaç santimetrelik metal iğnelerden, intraaortik balonlara kadar uzanan geniş bir spektruma sahiptir (13).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık merkezlerinde her yıl 150 milyon damar içi kateter kullanılmaktadır. Maki ve arkadaşlarının ABD'nde yaptıkları bir çalışmada yılda otuz milyon insan hastanelerde yatmakta ve bunların %75-85'i en az bir kez invasküler kateter kullanımına maruz kalmaktadır (54, 55).

Genel olarak invasküler kateterler; kısa süreli (geçici) kateterler ve uzun süreli kateterler olmak üzere iki geniş kategoride incelenebilir.

2.1.1. Kısa Süreli Vasküler Girişim İçin Kullanılan Kateterler

Kısa süreli kateterler perkütanöz olarak yerleştirilirler. Tiplerine göre 4'e ayrılırlar (13).

2.1.1.1. Kısa Periferik Venöz Kateterler (PVK)

Genellikle ön kol ya da el üzerindeki venlerden uygulanan kateterlerdir. Vasküler girişimde en sık kullanılan kateter tipidir (10,13,70).

2.1.1.2. Periferik Arteriyel Kateterler

Bu tür kateterler, yoğun bakım ünitelerinde kritik hastalarda intraarteriyel basıncın ölçülmesi, arteriyel oksijenizasyon gibi hemodinamik verilerin izlenmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (10, 13).

2.1.1.3. Santral Arteriyel Kateterler

Swan Ganz kateteri ve benzeri pulmoner arter kateterleri santral venöz kateterlerden farklı olarak, kateterizasyon işlemi teflon bir induser aracılığı ile gerçekleştirilir. Yerinde bırakılma süreleri üç günü geçmemelidir (10).

2.1.1.4. Periferik Olarak Yerleştirilen Santral Venöz Kateterler (PSVK)

PSVK ler, subklaviyen veya juguler ven kateterizasyonuna alternatif olarak kullanılmaktadır. Kateter antekübital boşluktan sefalik ve bazilik ven yoluyla süperior vena kavaya yerleştirilmektedir (10, 13).

2.1.2. Uzun Süreli Vasküler Girişim Amacıyla Kullanılan Kateterler

Uzun süreli kateterlerin uygulanması genellikle cerrahi girişim gerektirir. Tiplerine göre 4'e ayrılırlar (13).

2.1.2.1. Tünelsiz Santral Venöz Kateterler

Tünelsiz (perkütan olarak yerleştirilen) santral venöz kateterler en sık kullanılan santral kateter tipidir. Uzunluğu 8 cm'den büyük olan kateterlerdir. Kısa süreli 1-14 gün kullanım için oldukça uygundur. Çoklu lümenli santral venöz kateterler özellikle yoğun bakım hastalarında eş zamanlı çeşitli sıvı ve ilaçların infüzyonunun yanısıra, hemodinamik fonksiyonlarının moniterize edilmelerine de imkan sağlaması nedeniyle günümüzde klinisyenler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Bununla birlikte kateter kullanımına bağlı olarak gelişen bakteriyemilerin %90'ından sorumlu tutulmaktadırlar (10, 13, 27, 47, 70, 76, 96).

2.1.2.2. Tünelli Santral Venöz Kateterler

Santral venlere (subklavian, internal juguler, femoral venler) cerrahi olarak yerleştirilen ve uzunluğu 8 cm'den büyük olan kateterlerdir. Uzun süreli (>14 gün) kullanım için uygun olan bu kateterlerin değişik markalara ait örnekleri (Hickman, Broviac, Groshong, Quinton) piyasada mevcuttur (76, 90).

Hedef vene uygulanan bir tünelli santral venöz kateter, kateterin giriş noktasına dek cilt altında seyreder. Bu kateteri kaplayan kılıflar, katetere doğru fibröz doku oluşumuna olanak verir ve kateter yüzeyi boyunca mikroorganizmaların göç etmesini engeller. Tünelli santral venöz kateterler, enfeksiyon bakımından daha az risklidir (10, 13, 21, 84).

2.1.2.3. Pulmoner Arteriyel Kateterler

Santral venlere (subklavian, juguler, femoral venler) takılan ve uzunluğu 3 cm'den büyük olan pulmoner arteriyel kateterler, hemodinamik incelemeler için kullanılır (10, 13).

2.1.2.4. Total Olarak İmplant Edilebilen İnvasküler Kateterler

Tümüyle deri altına yerleştirilen uzunluğu 8 cm'den büyük olan kateterlerdir. İmplant port kateter; distal ucu atriokaval bileşkede ya da atrium içinde yer alan ana venlerden girişimle yerleştirilen ve portun kendisinin cerrahi girişimle cilt altına cep oluşturularak (genellikle göğüs duvarı) bu cebe yerleştirildiği kateterdir (99). Port kateterin diğer santral kateterlerden farkı tamamen cilt altına yerleştirilmesi ve kapalı bir sistemden oluşmasıdır. Cilt altına yerleştirilen bu kapalı sistem yardımıyla damar içine verilecek olan ilaç ve sıvılar doğrudan ve sürekli iğne girişi yapılmadan kan dolaşımına verilebilmektedir. Port kateter intravenöz kullanımının yanı sıra intraarteriyel ve intraperitoneal yoldan ilaç ve sıvıların verilmesi amacıyla da kullanılmaktadır (76, 77, 103). Kateter enfeksiyonu bakımından en risksiz kateter türü olan implant kateterlerde özel bir bakıma gerek duyulmasa da kateterin çekilmesi için cerrahi müdahale gerekmektedir.

2.1.2.4.1. Port Kateterin Bölümleri

Kapalı bir sistem olan port kateter sistemi metal veya plastik maddelerden oluşan enjeksiyon portu, kateter ve güvenlik halkası olmak üzere 3 kısımdan oluşmaktadır (65, 84).

- **Metal veya plastik maddelerden oluşan enjeksiyon portu:** Port kateterin cilt üzerinde kabarıklık şeklinde görünen ve elle hissedilen kısmıdır. Portun üzerini hafif kabarıklık, septumda denilen silikon membran örter. Slikon membran ile portun tabanı

arasında rezervuar denilen bir boşluk mevcuttur. Kateter bu boşaltma borusu üzerine geçirilir. Septumun genişliği 17.8–39 mm, derinliği ise 9.8–14.8 mm'dir. Septuma giriş yapılırken özel uçlu (huber uç) iğneler kullanılmalıdır. Uygun iğne kullanıldığında septuma 1000–2000 kez girişim yapılabilir.

- **Kateter:** Poliüretan, silikon gibi çeşitli yapay maddelerden yapılan ve radyolojik görüntü vermesi için baryum emdirilmiş, damar içindeki uçları açık veya kapalı olan kısımdır. Rezervuardan başlayıp kalbe kadar uzanan ve sıklıkla eksternal juguler ven, sefalik ven veya internal juguler ven içine yerleştirilen bir tüptür. Normalde nötral basınçta, damar içinde yarık kenarları içeri doğru kıvrık olduğundan kan kateter içine girmez. Sıvı pozitif basınçla enjekte edilince yarık kenarları dışa doğru döndürdüğünden sıvı damar içine akar. Aspirasyonda negatif basınç oluşturulunca yarık kenarları içe doğru açılır. Kateterin iç yüzeyi kaygan olmalıdır, böylece trombosit adezyonu ve ilaç tutulumu minimale iner (65).
- **Güvenlik halkası:** Portun boşaltma borusu üzerine geçirilen kanülün kaymasını önleyen sıkıştırıcı bir halkadır. Boşaltma borusu ile kanülü stabilize eden çeşitli mekanizmalar geliştirilmiştir (65, 103).

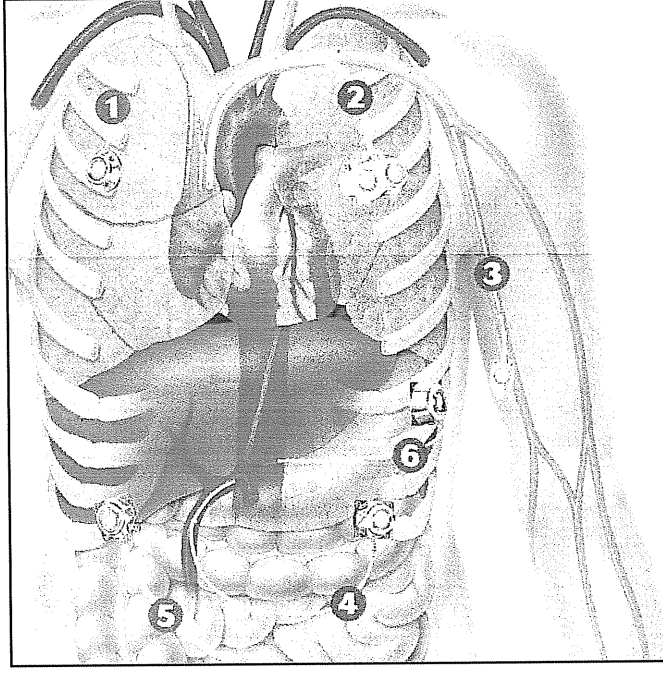
2.1.2.4.2. Port Kateter Sisteminin Yerleştirilmesi

Yerleştirme işlemi çocuklarda genel anestezi altında tercihen çocuk cerrahları tarafından yapılır. Meme başının 3–4 cm üstünde cilt altında hazırlanan bir cebe rezervuar yerleştirilir. Erişkin hastalarda kendi kendine tedavi uygulamasında kullanılacak ise alt torakal bölgeye yerleştirilmesi uygundur. Venöz giriş için subklavyen ven, eksternal veya internal juguler ven kullanılır. Subklavyen ven için subklavikular, jugular ven için servikal insizyonla girilebilir. Özel bir iğne ve hareketli klavuz tel aracılığı ile veya “cut down” ile venöz giriş yapılarak kateterin proksimal ucu santral vene yerleştirilir. İdeal olarak kateterin ucu superior vena cava – sağ atrium bileşkesine veya sağ atriumun hemen girişine kadar ilerletilir. Kateterin diğer ucu cilt altında kısa bir tünel vasıtası ile rezervuara ulaştırılır ve bağlantı sağlanır. Porta giriş

özel eğimli ucu (huber uç) olan iğnelerle yapılır. Çünkü özel uçlu iğneler port septumuna zarar vermeden deler. Normal iğneler silikon septumda zayıflamaya neden olup, silikon septumu traşlayarak keser ve koparır. Bunların hem infüzyonlar için olan ve normal setlerle bağlanabilecek kelebeklere hem de direk puşe enjeksiyonlar için kullanılabilecek şekilleri vardır. Değişik kalınlık (22–19 gauge) ve boyda (15–25 mm) tipleri olan bu iğneler çok az bir kısmı dışarıda kalacak şekilde ayarlanırsa (15mm boyundakiler için en fazla 3mm, 25mm boyundakiler için en fazla 5mm) veya rezervuarın metal kısmı hissedilene kadar ilerletilirse iğne ucu tam haznenin boşluğunda bulunur. Normal iğnelerle 1000 kez giriş imkanı vardır.

Portun cerrahi olarak yerleştirilmesinden sonra sistem tercihen 5. gününde kullanılmalıdır. En erken 2. günde kullanılmaya başlanabilir. Erken dönemde kullanılıyor ise tecrübeli kişiler tarafından steriliteye azami özen gösterilerek, sistem çok zedelenmeden giriş yapılmalıdır. Port uygulanacak hastalara cerrahi girişimden 3 gün önce ve 2 gün sonra devam etmek üzere geniş spektrumlu oral antibiyotik verilmesi erken cilt enfeksiyonlarını önlemek açısından faydalı olur (33, 65).

2.1.2.4.3. Port Sisteminin Yerleşim Yerleri



Şekil 1: İmplant portun yerleşim yerleri (107)

- **Standart Venöz Sistem:** Standart venöz giriş sistemleri genellikle göğüse yerleştirilir.
- **Dual-lümen Venöz Sistem:** Farklı ilaç ve sıvının aynı anda verilmesi gerekli olan durumlarda kullanılır.
- **P.A.S. Port Periferal Sistem:** Periferal venöz sistem kola yerleştirilir.
- **Arteriyel Sistem:** Bölgesel tedavi amaçlı yerleştirilir.
- **Peritoneal Sistem:** Peritoneal kavite içerisine ilaç ve sıvı vermek amaçlı kullanılır.
- **İntraspinal Sistem:** Spinal kanal içerisine analjezik vermek amaçlı kullanılır (107).

2.1.2.4.4. Santral Venöz Port Endikasyonları

1. Uzun süreli sitotastik tedavi başlangıcında kötü ven durumu
2. Sitotastik tedavinin devamında periferik venlerde tromboz ve sklerizasyon olması
3. Uzun süreli parenteral beslenme
4. Pediatride uzun süreli damar girişimlerinde
5. Sıklıkla tekrarlayan, acil damar girişi gerektiren durumlarda
6. Gastrointestinal sistem kanserlerinde, perioperatif beslenme
7. AIDS hastalarının bakım ve tedavisinde
8. Vezikant sitostatik ilaç kullanımında
9. Hipersensibilite durumlarında
10. Spastik ve Parkinson hastalığında (1,65,85,102).

2.1.2.4.5. Port Kateter Sisteminin Avantajları

1. Kozmetik görünüme uygun, hijyenik yönden emindir.
2. Uzun süreli emin damar yolu sağlar.
3. Sağlık personeli için çalışmayı kolaylaştırır.
4. Yara iyileşmesinden sonra pansuman gerekmez.
5. Yaşam kalitesini kısıtlamaz.
6. Kullanım süresi uzundur, limitsiz devamlılık sağlar.
7. Kateterin çıkarılması gerekli değildir.
8. Damar içine ilaç vermenin dışında; kan ürünleri, total parenteral beslenme sıvılarının verilmesi ve gerektiğinde laboratuvar testleri için kan örneği alınması amacıyla da kullanılabilir (21, 65, 75, 103, 104).

2.1.2.4.6. Port Kateter Sisteminin Dezavantajları

Port kateterin dezavantajları; kateteri takma ve çıkarmada minör cerrahi girişim uygulanması, infüzyon sırasında iğnenin yerinin değişmesi ve kontamine olma riskinin olması ve port iğnesinin değiştirilmesi sırasında hemşirenin iğne ile yaralanma riskinin olmasıdır. En önemli dezavantajlarından birisi de pahalı bir venöz giriş aracı olmasıdır. Özel enjeksiyon iğnesi kullanımı gerektirir (65, 75, 103).

2.1.2.4.7. Port Kateter Sisteminin Kullanımı Ve Bakımı

Her türlü işlem eller yıkanıp steril eldiven ve maske takıldıktan sonra, steril koşullarda gerçekleştirilir.

a) Kateterin Kullanımı

- Kateter kan alma, intravenöz puşe veya infüzyon ile tedavi uygulamaları için kullanılır. Porta giriş 22 gauge özel iğnelerle yapılır. Eğer parenteral beslenme sıvısı veya kan ürünleri verilecekse 19–20 gauge gibi daha kalın iğneler kullanılmalıdır.

- Öncelikle rezervuar bölgesi enfeksiyon yönünden tetkik edilir. Daha sonra cildin hemen altında ulaşılabilen septum palpasyonla kontrol edilir. Rezervuarın üstündeki cilt betadinle temizlenir, kuruduktan sonra alkol ile silinir.

- Portun kenarları sol elin iki parmağı arasında tutulup tespit edildikten sonra özel iğne ile dik olarak giriş yapılır. Eğer direkt puşe ile ilaç verilecek veya kan alınacak ise 90 derece açılı L şeklindeki iğneler tercih edilir. Ancak kelebek şeklindeki iğnelerde kullanılabilir. Burada önemli olan tespitine gerek olmaksızın işlem bitince açık olan klemp kapatılarak iğne çekilir.

- İnfüzyon tedavilerinde kelebek şeklindeki özel iğneler tercih edilmelidir. İğne ile dik olarak girildikten sonra klemp kapatılarak tespit işlemleri yapılır. İğnenin altına gerekirse steril gazlı bez konulur ve iğne şeffaf steril örtücü veya gazlı bez ve flaster ile port üzerindeki cilde tespit edilir. Daha sonra klemp açılarak ilaç, kan ve kan ürünü, idame mayi veya parenteral beslenme sıvıları uygulanır.

• Eğer kan alınacak ise öncelikle boş bir enjektörle 3–5cc kan alınarak atılır. Böylece heparin serum fizyolojik karışımı uzaklaştırılmış olur. Daha sonra ayrı bir enjektör ile gereken kan örneği alınır. İşlem tamamlanınca 15cc serum fizyolojik verilerek kateter yıkanır. Böylece verilen ilacın veya alınan kanın artıkları lümeninden uzaklaştırılır. Daha sonra 1cc de 100 ünite heparin içeren heparinli serum fizyolojik solüsyonundan 3cc enjekte edilir. Enjeksiyon sona erince klemp kapatılır ve iğne geri çekilir. Klempin kapatılması ile kanın kateterin ucuna geri kaçması önlenir. Bir iki dakika çekilen iğnenin yerine gazlı bez ile basınç uygulanır. Daha sonra portun üzeri betadin ve alkolle silinip steril örtücü veya gazlı bezle örtülüp flasterlenir. Steril örtücü veya gazlı bez 24 saat sonra kaldırılır (35; 51, 99, 105).

b) Kateter Bakımı

Her kan alımı ve tedavi verilmesinden sonra kateter serum fizyolojik ve heparinle yıkanır. Kateter kullanılmıyorsa 4 haftada bir yıkama yapılmalıdır. Eğer kateter kullanımları arası 8 saatten kısa ise sadece serum fizyolojik ile yıkama yeterlidir.

• Öncelikle steril eldiven, steri gazlı bez, betadin, alkol ve enjektörden oluşan gereçler hazırlanır. Rezervuar üzerindeki cilt betadinle iki kez temizlenir. Kuruduktan sonra alkolle silinir. Katetere L tipi veya kelebek şeklindeki iğne ile girilerek 15cc serum fizyolojik verilerek rezervuar ve kateterin yıkanması sağlanır. Daha sonra 100 Ü/ml heparin içeren, heparinli serum fizyolojik solüsyonundan 3cc enjekte edilir. Enjeksiyon işlemi devam ederken kelebek iğnenin uzantısının klembi kapatılır veya L tipi iğne enjeksiyon tamamlanmadan hemen önce çekilir. Böylece kanın kateter ucuna geri kaçması önlenir. Daha sonra portun üzeri betadin ve alkolle silinip steril örtücü veya gazlı bezle örtülüp flasterlenir. Steril örtücü veya gazlı bez 24 saat sonra kaldırılır (34, 51, 58, 61, 99, 105).

c) Heparinli Serum Fizyolojik Solüsyonunun Hazırlanması

Heparin 5000 IU/ml heparin içeren hazır preparatlardan 0,1 cc heparin ve 5 cc serum fizyolojik veya 0,2 cc heparin ve 10 cc serum fizyolojik enjektör içerisinde

Kateterin imal edildiği malzeme, kateter yerleşimi, lümen sayısı, yerleştirme esnasında uygun aseptik tekniklerin uygulanmaması, kateter uygulama süresinin uzaması, kontamine sıvıların infüzyonu, kateter enfeksiyon riskini artıran etkenler arasındadır (84).

Kateterin infeksiyöz ve infeksiyöz olmayan (tromboz, mekanik, diğer problemler gibi) komplikasyonları mevcuttur (26). Kateterle ilişkili infeksiyonlar 1000 kateter gününe düşen sayı olarak ifade edilmektedir. Kateter enfeksiyon riski %1–2/1000 kateter günü, kateter sepsis oranları %0.02-27 arası bildirilmiştir (15, 69). Kateter enfeksiyonlarında en sık etkenler %31–54 ile koagülaz negatif stafilokoklardır (Staf. epidermidis, Staf. aureus, Staf. hominis vb) (15).

İntravasküler kateter enfeksiyonuna yol açan mikroorganizmalar çeşitli kaynaklardan köken alabilir. Deri yolu en sık kaynaktır. Kateter yerleştirilirken deri florasındaki etkenler kateter ucuna bulaşır ya da dış yüzeyden göç edip kolonize olup, kontaminasyona yol açabilirler. Kateter enfeksiyonları klinik olarak; deri enfeksiyonu (çıkış yeri enfeksiyonu), subkütan tünel enfeksiyonu, tromboflebit, bakteriyemi, sepsis, infektif endokardit, olarak ortaya çıkabilirler (26, 69).

Kateter enfeksiyon tipleri ise;

- **Kolonize Kateter:** Eşlik eden klinik bulgular yokken kateter ucundan, cilt altı kateter segmentinden veya kateter hub'undan kantitatif veya semikantitatif kültürde üreme olması.
- **Çıkış Yeri Enfeksiyonu:** Klinik olarak, kateter çıkış yeri ve etrafındaki 2cm'lik alan içinde kızarıklık, şişlik ve/veya hassasiyet, çıkış yerinden püy gelmesi veya mikrobiyolojik olarak kateter çıkış yerinde eksudanın kültüründe mikroorganizma üremesi.
- **Tünel Enfeksiyonu:** Kateter giriş yeri etrafında 2 cm'den uzak alanda, tünelli kateterlerin cilt altındaki kısmı boyunca hassasiyet, eritem ve/veya şişlik olması.
- **Cep Enfeksiyonu:** Kateterin tamamının cilt altına implante edildiği durumlarda, kateter rezervuarı üzerindeki deride hassasiyet, kızarıklık, şişlik, pürülan eksuda varlığı.

- **Kateterle İlişkili Bakteriyemi:** İnvasküler cihazı bulunan ve periferik venden alınan kan kültüründe en az bir pozitif sonucu olan hastada bakteriyemi veya fungemi, klinik olarak infeksiyon tablosu (örneğin; ateş, titreme, hipotansiyon) varlığı ile infeksiyon için kateter dışında bir odağın saptanamaması olarak tanımlanır (7, 15, 26, 32, 69, 70, 76).

Kateter enfeksiyonu lokal veya sistemik bulgular ile seyredebilir. Sadece kateter yerinde sınırlı kızarıklık, ağrı, şişlik, selülit izlenebilirken, ateş, üşüme, titreme, hipotansiyon, hiperventilasyon, solunum yetmezliğinden septik şoka kadar uzanan geniş bir klinik tablo ile de karşılaşılabilir. Kateter enfeksiyonları için konakla, kateterle ve ekiple ilişkili değişik risk faktörleri bilinmektedir. Bunlar; 60 yaş üstü, 1 yaş altı olması, nötropenide oluş ve immünoşüpresif tedavi alıyor olmak gibi, hastanın bağışıklık durumu, yanıklar, diabetes mellitus gibi altta yatan hastalık ve farklı odakta enfeksiyon varlığı, polietilen kateterler, plansız acil takılanlar, tecrübesiz ekip oluşu olumsuz risk faktörleri sayılmaktadır (26, 69).

Kateter enfeksiyonu port kateter kullanan hastalarda %3–60 oranında görülmektedir. Onkoloji hastalarında tedaviye bağlı kemik iliği baskılanması, bağışıklık sisteminin zayıflığı ve kateter bakımının yetersizliğine bağlı olarak enfeksiyon gelişebilir. Kateter enfeksiyonunun belirtileri; eritem, endurasyon, lokal hassasiyet, port bölgesinde pürülan sıvı aspire edilmesi, selülit, ateş ve titremedir. Kateter bölgesinde enfeksiyon meydana geldi ise, sistem çıkarılmalı, kateter bölgesindeki pürülan sıvı drene edilmeli, bölgeye pansuman yapılmalı ve hekim istemindeki gerekli antibiyotik tedavisi yapılmalıdır (20, 48).

b) Kateter Tıkanıklığı

Kateter tıkanması %20–30 oranında görülmektedir. Kateterden sıvı verilemiyor ve infüzyon sırasında ağrı hissediliyorsa kateterde tıkanıklık olabileceği düşünülmelidir. Kateter tıkanıklığı 3 grup altında incelenmektedir.

- **Mekanik tıkanıklıklar:** Genellikle kateterin kink yapması, klempin açılmaması sonucu meydana gelir. Kateterin çıkış yeri ve klempiler dikkatlice değerlendirilir. Hastanın pozisyonu değiştirilir. X ray ile kateterin yeri ve olası “pinch-off” sendromu tanımlanır. Pinch-off sendromu %1.1 oranında kateter yerleştirme sırasında görülebilmektedir.
- **Nontrombotik tıkanıklıklar:** İmplant port rezervuarında ya da kateter lümeni içinde solüsyonların çökmesi sonucu meydana gelir. Parenteral nutrisyon karışımları, ilaç ya da ilaç solüsyon geçimsizlikleri neden olmaktadır. Önlemek için iki solüsyon arasında serum fizyolojikle irigasyon yapılır ve potansiyel etkileşimler hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- **Trombotik tıkanıklıklar:** Kateter lümeninde, kateter ucunda ya da implante portun rezervuarında kan ve fibrin birikimine bağlı parsiyel ya da tam tıkanıklık meydana gelebilir. Kateterin uygun ve yeterli oranda sıvı ile yıkanmaması, kan örneği alındığında ya da kan ürünleri transfüzyonundan sonra yeterli yıkama yapılmaması sonrasında gelişebilmektedir. Trombotik tıkanıklıkları önlemek için; her uygulama öncesi ve sonrası en az 15 cc SF verilmesi, düzenli irigasyon yapılması, kan örneği alındığı zaman ya da kan transfüzyonundan sonra 10–20 cc SF ile irigasyon yapılması gerekmektedir (25, 37, 68).

c) Venöz Tromboz

Venöz tromboz pulmoner emboli riski nedeni ile çok önemli bir komplikasyondur. Port kateter kullanılan hastalarda %5–40 oranında meydana gelmektedir. Tromboz kateter yerleştirildikten sonra 2 hafta ya da 2 yıl içerisinde gelişebilmekle birlikte hastaların %60-70’inde ilk 15–30 gün içinde gelişebilmektedir. Venöz trombozlar %10 belirti vermekle birlikte, %50 oranında belirti vermeyebilir. Kan damarlarının iç tabakasında irritasyon ve hasarı venöz tromboz gelişimine neden olabilen faktörlerdir. Venöz tromboz gelişen hastalarda boyun, yüz ve kolda ödem, omuz, boyun ve kolda uyuşma, cilt renginde ve ısısında değişiklik görülmektedir. Venöz trombozların tedavisinde antikoagülan ve trombotik ajanlar kullanılmaktadır (6).

d) Ekstravazasyon

Ekstravazasyon intravenöz olarak verilen sıvı veya ilacın damar dışına çıkarak doku içine sızmasıdır. Port kateterlerde ekstravazasyon genellikle; iğne takılma işleminin uygun yapılmamasına, iğnenin uygun şekilde sabitlenmemesine, uygun uzunlukta iğne kullanılmamasına, infüzyon sırasında port iğnesinin yerinden oynamasına, port rezervuarından kateterin ayrılmasına ve kısmi ya da tam kateter kırılmalarına bağlı olarak gelişmektedir. Hastada infüzyon sırasında göğüste, omuzda ve boyunda ağrı, yanma ve acıma olması, kateter bölgesinde infüzyon sırasında ani oluşan şişlik ekstravazasyonu düşündürür. Ekstravazasyon geliştiğinde infüzyon durdurulur ve kurum politika ve prosedürlerine göre ekstravazasyon kontrolü sağlanır (32, 61, 103, 105).

2. 2. ANKSİYETE

Anksiyete; genel anlamda iç sıkıntısı olup, gündelik yaşamda sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygı gibi kelimelerle ifade edilen bir kavramdır. Hastalar bu durumu 'kötü bir şey olacaktıymış hissi', 'hoş olmayan bir endişe hali' ya da 'nedensiz bir korku' şeklinde ifade ederler. Psikiyatrik açıdan anksiyete, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik hali diye tanımlanabilir (29, 62).

Anksiyete hoşla gitmeyen çeşitli bedensel duyguların eşlik ettiği yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur. Anksiyetenin ızdırap verici bir duygu olarak bilinçli şekilde yaşanması bütün dünyada giderek artmaktadır. İlimizde yaşadığımız kültürde anksiyete meydana getiren faktörler her geçen gün daha fazla artmakta ve şiddetlenmektedir. Anksiyete bir tehdide veya bir nesnenin eksikliğine bağlı oluşan normal içgüdüsel bir tepkidir (2, 31, 40).

1894'te yaygın anksiyete terimini ilk kullanan ve insan davranışının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan kuramcı Freud'dur (44). Freud'un görüşüne göre anksiyete; motivasyonel bir durum ve defansif bir davranıştır (2, 44). Webster's sözlüğüne göre anksiyete, olması yakın ya da olmuş bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur (98).

Daha önceleri korku ile anksiyete eş anlamlı kullanılmıştır. Anksiyete ile korku arasında benzerlik olmasına rağmen aralarındaki temel fark anksiyetede nedenin belirlenmemesi, korkuda ise nedenin bilinmemesidir. Korku dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı olan duygusal tepkidir. Korku, benliğe, varlığa yönelik olan tehlike durumlarında kaçma davranışlarını başlatan bir duygudur. Korku olmayınca organizma tehlikeli durumlardan kendisini kurtaramaz, savunma durumuna giremez. Korku nesnel bir tehlikeye karşı denge işlevi olan bir uyarılıştır (5, 29). Anksiyetenin ise dıştaki belirgin duruma bağlanamayan nedeni açıkça tanımlanamayan, içsel kaynaklı kişinin kendini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygu olduğu ve korkudakine benzer bedensel ve ruhsal belirtileri bulunduğu belirtilmektedir (93).

Bilinçli tehlikeye karşı tepki korku, bilinç dışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan içten tehlikelere karşı tepki ise anksiyetedir (31). Bilinmeyen bir tehlikeye karşı karşıya kalan bireyde uyanıklık hali oluşur. Bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe neden olur. Anksiyeteyi yaşama; bireyin yaşına, yaratılışına ve bu deneyimi daha önce geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişir (2).

Anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşı 20–30 yaşları arasındadır. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, kadınlarda, herhangi bir nedenle hasta olan bireylerin birinci derece yakınlarında daha sık görülmektedir (38).

Anksiyete korkudan daha derin seviyede yaşanır, kişinin iç merkezine saldırır ve kendi benlik duygusunu aşındırır. Normal anksiyete, tehlikeye karşı temel bir cevap olarak görülen anksiyetedir. Objektif bir tehdit ile orantılı olup baş etmek için nörotik savunma mekanizmalarına ihtiyaç göstermez. Objektif durum ortadan kalktığı zaman anksiyete biter (36).

2. 2. 1. Anksiyetenin Tarihçesi

1900 öncesi: Anksiyeteyi kontrol etmenin kullanılması inkar ve baskılamayı ön plana çıkarmıştır. Bu durum özellikle Rönesans döneminde belirgindir.

1900'lü yıllar: Freud anksiyeteyi kişilik gelişiminin merkezinde yer alan bir olgu olarak tanımlamıştır.

1950'ler: Pepleu hemşirelik uygulamalarını daha çok hastaların güvenliği üzerine yoğunlaştırmış. Hafif anksiyeteden panik düzeyine kadar değişen anksiyete düzeylerine dayanan yeni bir anksiyete teorisi geliştirmiş ve hastalığı hastada var olan anksiyeteyi, azaltmaya yönelik girişimler bütünü olarak tanımlamıştır.

1960'lar: 20. yüzyıl “anksiyete çağı” olarak tanımlanmıştır.

1980'ler: Hemşirelik bakımı bugün için daha çok anksiyete ile eşlik ettiği fiziksel hastalıklar arasındaki ilişki üzerinde durmuştur.

2000’li yıllar: Devam eden araştırmalar ve hızlı bir şekilde bulunmaya devam eden yeni anksiyete ilaçları sayesinde anksiyete bozukluklarının daha kesin bir şekilde kategorize edilmesi hemşirelerin bu konulardaki güncel bilgileri izlemesini ve bulunan yeni bilgileri pratik hayata geçirmesini zorunlu hale getirmektedir. Anksiyete tepkilerine 20. yüzyılda çok rastlanmaktadır (18, 89).

2. 2. 2. Anksiyete Kuramları

Anksiyete 1895 yılında, ilk defa Freud’un yazdığı “anksiyete nörozu” tanımını altında açıklanmıştır. Bu teori ruhsal belirtilerin altında bazı düzenlemelerin bulunduğunu gösterir. Ruhsal belirtilerin nasıl ortaya çıktıklarını ve bu belirtilerin altında yatan savunma düzeneklerini tanımlamıştır. Bu bozukluklarda temel savunma düzeneği bastırmadır. Bu düzenek yeterli ve gerekli işlevi yerine getiremediği durumlarda devreye belirgin diğer savunma düzenekleri girer. Bastırmanın yetersizliği durumlarında karşımıza anksiyetenin belirgin olarak kendini gösterdiği klinik görüntüler ortaya çıkar.

Freud anksiyete kavramını 3 başlık altında toplar.

Gerçeklik (objektif) Anksiyetesi

Moral Anksiyetesi

Nevrotik Anksiyete

Gerçeklik Anksiyetesi: Benlik alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur. Burada tehlike kaynağı, bireyin dışındadır (korkular ve fobiler gibi). Anksiyete gerçekçi ve normal olarak tanımlanır. Yaşam boyunca kişiler tarafından zaman zaman yaşanır.

Moral Anksiyete: Benliğin bilinçaltı gereksinimlere doyum sağlama çabası aynı zamanda st benliğin moral isteklerine uygun olmalıdır. Bunun gerçekleştirilmediği

durumlarda üst benlikten yöneltilen suçlama, utanma, aşağılama gibi suçluluk yaratan duyguların neden olduğu anksiyetedir.

Nevrotik Anksiyete: Benlik alt benlikten kaynaklı dürtüsel baskılar karşısında zorlandığında dürtüsel baskıların şiddetlendiği durumlarda yaşanan “benlik bütünlüğü”nün tehdit altında olduğu duygusudur. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur (29, 50, 62, 78, 80).

Spielberger diğer araştırmacılardan farklı olarak iki grup anksiyete tanımlamıştır.

Durumluluk Anksiyetesi: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarı sonucu fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

Sürekli Anksiyete: Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaları ve stres olarak yorumlama eğilimi denir. Objektif kişilere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılaması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir (29, 77).

2. 2. 3 Anksiyete Bulguları

Kullanılan savunma mekanizmalarına göre farklı bulgu ve belirtiler gözlenir. Anksiyete bozukluklarının 4 temel klinik özelliği vardır.

1. Affektif Belirtiler: Korku, endişe, huzursuzluk, çaresizlik, alarm duygusu, panik.

2. Davranışsal Belirtiler: Anksiyete yaratan durumdan kaçınma, olay karşısında donma kalma.

3. Bilişsel Belirtiler: Gerçeklik duygusunda değişim, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu ve fiziksel zarar görme endişesi.

4. Fizyolojik Belirtiler: Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak gelişen nörovejetatif belirtilerdir. Birçok organ sistemini etkileyebilir (56, 87, 93).

Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri

Kardiy –Vasküler Sistem: Çarpıntı hissi, taşikardi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi.

Solunum Sistemi: Göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon.

Otonom Sinir Sistemi: Ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması.

Kas-İskelet Sistemi: Ağrı, sızı, seyirme, uyuşukluk, ürperme, yorgunluk.

Nörolojik Sistem: Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük.

Gastro-İntestinal Sistem: Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk.

Genito-Üriner Sistem: Sık idrara çıkma, sıkışma hissi, menstruasyon sorunları, cinsel bozukluk (29, 40, 63, 95).

2. 2. 4. Anksiyete Seviyeleri

Bireylerde anksiyete düzeyleri nedene ve kişisel özelliklere bağlı olarak değişiklik gösterir.

Hoy ve Peplau 'ya göre anksiyete dört değişik düzeyde gerçekleşir. Bunlar:

1. Hafif Anksiyete (Mild anxiety).
2. Orta Anksiyete (Moderate anxiety).
3. Ağır Anksiyete (Severe anxiety).
4. Panik Anksiyetedir.

Hafif Anksiyete: Uyanıklılık çevreden haberdar olmanın ilk aşamasıdır. Kişi bu aşamada görür, işitir, konuşulanı anlar. Belirli bir amaca yönelir ve öğrenmede belli bir artış söz konusudur. Kişi genelde çevresi ile olan ilişkilerini sınırlar veya başa çıkma yollarını kullanarak (yürüme, ağlama, tırnak yeme, sigara içme v. s.) varolan gerilimini gidermeye çalışır.

Orta Anksiyete: Bireyin iletişim ve kavrama becerisinde azalma vardır. Birey çevresinde olup bitenlerin farkında değildir. Ancak başka bir gözlemci onun dikkatini bu duruma çekerse o zaman farkına varabilir. Kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme görülür.

Ağır Anksiyete: Bireyin çevresinde olup bitenleri kavramadaki beceriksizliği artarsa, anksiyete de artar ve ağır anksiyete durumu oluşur. Bu düzeyde birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Ayrıntılar kavrandığı halde bunların arasındaki bağlantı fark edilemez. Baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, titreme, korku, ürperme, isteksizlik belirtileri görülür (40, 67, 73, 86,).

Panik Anksiyete: Anksiyetenin daha da artması halinde panik ortaya çıkar. İletişim ve işlev yapmada beceriksizlikler oluşur. Panik yaşayan birey başkası tarafından uyarılsa da kendine gelemez. Rahatlaması için yardıma gereksinimi vardır. Fiziksel belirtiler çok ağır tablolara dönüşmüştür. Dispne, boğulma hissi, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme ve atak sırasında ölüm korkusu gibi belirtiler görülür.

Anksiyetenin hafif ve orta düzeylerinde öğrenme yer alabilir. Orta aşamadan ağır aşamaya doğru ise bireyin dikkati dağılmaya başladığından öğrenme güçleşir. Eğer anksiyete azalır ise var olan yedek enerji ile neyin yanlış olduğunu bulmaya ve düzeltmeye çalışır. Anksiyetenin ağır aşamasından panik aşamasına doğru öğrenim giderek azalır (87, 91, 95, 100).

2. 2. 5. Anksiyetenin Sınıflandırılması

Freud tarafından tanımlanan anksiyete biçimleri şunlardır;

Sonradan Gelişen Anksiyete: Emosyonel çatışmalar ego ve süper egonun olgunlaşma düzeyine bağlıdır. Ego geliştikçe kişiyi İd'in içgüdüsel ihtiyaçlarına karşı koruyucu hale gelir. Ayrıca dış dünya saldırıları ve engellemelerine karşı ve süper ego'nun azarlamalarına karşı koruyucu etki gösterir.

Gerçek Anksiyete: Bu durum genelde korkuyla eşittir ve çevrede var olan bir tehlikenin algılanması ile ilgilidir. Burada önemli olan durum böyle bir tehdidin gerçekten var olup olmadığı ve kişinin varolmasının tehdit altında olup olmadığıdır.

Nevrotik Anksiyete: İd'in içsel kısmından kaynaklanan tehlikelerin algılanmasından doğar. Bu durum genellikle ego'nun, id'den gelen içgüdüsel isteklere karşı koyamayacağını düşünmeye başlaması durumunda ortaya çıkar. Böylece kişi cezalandırılacağı davranışlar yapacağını düşünmeye başlar.

Serbest Dolaşan Anksiyete: Genel endişelilik ve karamsarlık durumu ile karakterize bir nevrotik anksiyete durumudur.

Fobik Anksiyete: Kişinin, normalde çekindiği bazı nesnelere karşı gösterdiği yoğun bir korku reaksiyonu ile karakterize nevrotik anksiyete durumudur.

Panik Durum: Akut anksiyete, yoğun fizyolojik arıza, kişilik parçalanması ve fonksiyonel yeteneklerin kaybı ile seyreden nevrotik anksiyete durumudur

Moral Anksiyete: Süper ego korkusudur. Süperegoya karşı egoda duyulan korku kendini suçluluk veya utanç duygusu olarak belli eder.

Kastrasyon Anksiyetesi: Bedensel hasar ya da çeşitli yeteneklerin kaybedilmesi gibi endişelerin eşlik ettiği bir anksiyete çeşididir.

Separasyon Anksiyetesi: Önemli bir kişinin kaybedileceği yolunda korkulu bir beklentiyi yansıtır (89).

2. 2. 6. Cerrahi Girişime Bağlı Yaşanan Anksiyetenin Organizma Üzerindeki Etkileri

Cerrahi girişimler, bireyde ameliyat öncesi dönemde anksiyeteye neden olmaktadır. Anksiyete de organizmada stres tepkisinin oluşmasında rol oynamaktadır. Stres tepkisinin büyüklüğü, cerrahinin büyüklüğü ve bireyin algılayışı ile doğrudan ilişkilidir. Tepki organizmanın dengesini bozma tehlikesine karşı gösterilen ve otonom sinir sisteminden yönlendirilen kaçma ya da savaşma durumudur (42, 94).

Anksiyete psikolojik bir stresör olarak vücudun biyolojik mekanizmalarını harekete geçirir. Bu stresör hipotalamusu uyararak sempatik sinir sisteminin ve hipofiz bezinin etkilenmesine ve çeşitli hormonların salınmasına neden olur. Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile birlikte adrenal medulladan 'epinefrin' ve 'norepinefrin' salgınır. Epinefrin kalp kası kontraksiyon gücünü artırır, bronşiyal dilatasyon yapar, arteriyal kan basıncı ve kalp atım hızını artırır. Norepinefrin ise vazokonstriksiyon yaparak arteriyal kan basıncını ve kalp hızını artırır (42, 49, 92). Ayrıca epinefrin ve norepinefrin böbreğe olan kan akımını azaltarak böbreklerin jukstaglomerüler hücrelerinden renin serbestlenmesine neden olur. Renin de plazmadaki anjiyotensin üzerine enzimatik bir etki yaparak anjiyotensin I'in serbestlenmesine yol açar.

Anjiotensin I'de Anjiotensin II'ye dönüşür. Anjiotensin II damarlarda konstrüksiyona neden olarak arteriyal kan basıncının kontrolünde rol oynar (42, 49).

Psikolojik bir stresör olan anksiyete hipofiz ön lobunda etkileyerek adrenokortikotropik hormon salınımını artırıp adrenal korteksi uyararak glikokortikoid ve mineralokortikoid salınımını artırır. Mineralokortikoid olan aldesteron böbrek tübülüslerinin epitel hücrelerinde ve az oranda distal tübülüs ve toplayıcı kanallarda sodyum emilimini artırır. Buna bağlı su tutulumu olur. Ekstrasellüler sıvı hacminde bir veya iki günden fazla süren artış arteriyal kan basıncının yükselmesine neden olur (49, 94). Vücut sıvı osmolaritesindeki artma arka hipofiz bezinden antidiüretik hormon salınımını artırır. Antidiüretik hormon distal tübüllerin ve toplayıcı kanalların suya olan geçirgenliğini artırarak sıvı volümü artışına ve dolayısıyla arteriyal kan basıncının artmasına yol açar. Glikokortikoidler ise glikoneojenolize yol açarak hastanın serum glikozunu yükseltir. Ayrıca glikokortikoidler, protein katabolizma hızını artırır (42, 49).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma da amaç, implante port takılacak hastaları işlem öncesi bilgilendirmenin işleme bağlı gelişen anksiyete düzeyine etkisini belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma şekli, implante port takılması için gelen hastalara, işlem öncesi verilen eğitimin hastalardaki anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı vaka- kontrol çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi 850 yataklı olup, yılda yaklaşık 400 000 hastanın ayaktan, 24 000 hastanın yatarak tedavi gördüğü ve 20 000 hastanın ameliyat edildiği bir hastanedir. Ulusal ve Uluslararası düzeyde yapılan araştırmalara destek olabilen ileri teknoloji ürünü ekipman ile donatılmış bir kurumdur.

Girişimsel radyoloji merkezi; nörovasküler ve periferik vasküler girişimsel radyoloji olarak ikiye ayrılmaktadır. Nörovasküler girişimsel radyolojide; iki uzman doktor, üç asistan, periferik vasküler girişimsel radyolojide; bir doçent, bir uzman, iki asistan doktor, onbir hemşire ve oniki teknisyen çalışmaktadır. Girişimsel radyolojide tanı ve tedavi amaçlı tetkikler yapılmaktadır. Anevrizma embolizasyonu, arterio venöz malformasyon, abdominal aort greftleme, tümör embolizasyonu, lazerle varis tedavisi

gibi tedavi amaçlı tetkikler yapılmaktadır. Periferik vasküler girişimler olarak da venöz santral kateterler takılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Süresi

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji Merkezine implante port takılması için gelen (n:100) hastalara idari izinler alındıktan sonra başlamış ve veriler 24.06.2007–30.06.2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji Merkezinde implante port kateter takılması için başvuran hasta sayılarının tümü oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihten bir önceki yıl implante port kateter takılması için başvuran hasta sayısı 518'dir.

3.6. Araştırmanın Örnekleme

Verilerin toplandığı 24.06.2007–30.06.2008 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji Merkezine implante port takılması için gelen ve örneklem ölçütlerine uyan hastalar arasından çalışma hakkında bilgi verilen ve çalışmaya gönüllü toplam n:100 hasta örnekleme oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini bir yıl önce implante port kateter takılması için Merkeze gelen 518 hastayı temsil edebilecek büyüklükte %20'lik hasta grubu oluşturmaktadır (n:100). Seçilen örneklem gurubunun %10'u araştırma grubu (n:50), diğer %10'nu kontrol grubu (n:50) olarak alınmıştır. Araştırma ve kontrol grubu aynı ortamı paylaşacakları ve birbirinden etkilenebilecekleri düşünülerek, araştırmanın yapıldığı tarihler (24.06.2007–30.06.2008) arasında tek günler implante port kateter

takılmak için gelen hastalar araştırma grubunu (n:50), çift günler gelen hastalar ise kontrol grubunu (n:50) oluşturmuştur.

Örneklem grubu oluşturulurken hastaların:

- Algılama ve iletişim problemi olmaması
- İlk kez implante port kateter takılacak olması
- 18 yaşın üzerinde olması
- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmayı kabul eden hastalardan oluşmasına dikkat edilmiştir.

3. 7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verilerinin toplanmasında; yüz yüze görüşme ve kayıt teknikleri kullanılmıştır. Hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlere, hastaları tanıtıcı amaçlı hazırlanan “Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek I), hastaların bilgi görüşlerini ölçen “Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşleri”(Ek II), klinik uygulama ve tedavide hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik kullanılan “Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri (State-Trait Inventory I-II) (Ek III) uygulanmıştır.

3. 7. 1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak: Bireyi tanıtıcı bilgi formu, Kendi yeterliliklerine dair görüşleri içeren form ve Durumluluk süreklilik anksiyete envanteri kullanılmıştır.

1. Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form, araştırmacı tarafından gerekli literatür taraması yapıldıktan sonra, hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik tanıtıcı soruları içermektedir. Bu sorular hastaların cinsiyeti, yaşı, mesleği, medeni durumu, sosyal güvencesinin olup olmaması, eğitim durumu, ailenin aylık geliri, yaşadığı yer,

daha önce hastane deneyiminin olup olmadığı ile ilgili çoktan seçmeli 10 maddeden oluşmaktadır (Ek I).

2. Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşleri: Bu form, hastaların implante port kateterine ilişkin kendi yeterliliklerini ölçmek için araştırmacı tarafından literatür dahilinde hazırlanmış olup, toplam 20 sorudan oluşmakta ve 80 puan üzerinden değerlendirilmektedir (Ek II). Araştırma ve kontrol grubunun işlem öncesinde birbirlerine benzer özellikler taşıdığını göstermek amacıyla düzenlenen bu form likert tip ölçek olarak hazırlanmıştır. Alpha chrombo katsayısı (0.90) olarak bulunmuştur.

3. Durumluluk Süreklilik Anksiyete Envanteri: Hastaların anksiyete düzeylerini belirlemede, Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen, Öner ve Le Compte tarafından dilimize uyarlanan, Türk toplumunda güvenilirliği ve geçerliliği test edilmiş olan Durumluluk Süreklilik Anksiyete Envanteri kullanılmıştır.

Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. "Sürekli Kaygı Ölçeği" kişinin içinde bulunduğu durumda kendini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Alpha korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayısı 83 ile 87 arasındadır. "Durumluluk Kaygı Ölçeği", kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gösteren, güvenilirlik katsayısı 94 ile 96 arasında değişen bir ölçektir. Her ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmuştur (77).

Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanterinde "doğrudan (ters)" ve "tersine çevrilmiş" ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek anksiyeteyi gösterir. Durumluluk Anksiyete Envanterinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) , Süreklilik Anksiyete Envanterinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının

saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluluk Anksiyete Envanteri için 50, Süreklilik Anksiyete Envanteri için 35'dir. Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanterindeki sınır değerlere göre hastanın anksiyete durumu 0-19 arası puanda anksiyete yok, 20-39 puanda anksiyete hafif, 40-59 puanda anksiyete orta, 60-79 puanda anksiyete ağır, 80 ve üzeri için panik, şiddetli kriz olarak yorumlanmış.

3. 7. 2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yöneticilerinden araştırma kapsamına alınan hastalar adına gerekli resmi izin alındıktan sonra 24.06.2007-30.06.2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Radyoloji ünitesine gelen, bireyi tanıtıcı bilgi formunun, kendi yeterliliklerini değerlendirme formunun ve Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanterinin uygulanabilmesi için araştırmanın sınırlılıklarına uyan 50 araştırma, 50 kontrol grubundan oluşan hastalardan karşılıklı görüşme yolu ile toplanmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların bilgilendirilmesi araştırmacı tarafından düz anlatım yöntemi kullanılarak uygun bir ses tonu ile yapılmıştır. Araştırmacı tarafından tüm hastalarla yapılan görüşmeler aynı çevresel koşullarda yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırma grubu için, araştırmacı her bir hastaya işlemden otuz dakika önce 10 dakika süren bilgileri; implante portun nasıl bir kateter olduğu, kateterin nasıl takılacağı, işlem sonrasında neler olacağı konusunda sözlü açıklama (bilgilendirmenin içeriği Ek IV' te yer almaktadır) yapıp, 5 dakika hastaların bu konudaki soruları yanıtlandıktan sonra, bireyi tanıtıcı bilgi formu, kendi yeterliliklerini değerlendirme formu ve Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri araştırmacı tarafından hastalara uygulanmıştır. Kontrol grubunun verilerinin toplanması ise, implante port takılması işleminden 30 dakika önce bireyi tanıtıcı bilgi formu, kendi yeterliliklerini dair görüşlerini içeren form ve Durumluluk-Süreklilik Anksiyete

Envanteri araştırmacı tarafından hastalara uygulanmasıyla elde edilmiştir. Kontrol grubunda veriler toplandıktan sonra hastalara implante port kateter hakkında aynı bilgiler sözlü olarak verilmiştir. Sözlü verilen hasta eğitim içeriği hem araştırma hem de kontrol grubuna yazılı olarak da verilmiştir.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 13.0 versiyonunda yapılmıştır. Uygulanan istatistiksel testler; Ki Kare, Mann-Whitney U ve Kruskal – Wallis testleridir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit p değerleri için “istatistiksel olarak anlamlı” büyük değerler için ise “istatistiksel olarak anlamlı değil” yorumu yapılmıştır.

3.9. Etik Boyut

Araştırmanın geręekleřtirilebilmesi için kurumsal düzeyde yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara öncelikle sözel açıklama yapılarak, araştırmaya katılımı kabul edip etmedikleri sorulmuş, araştırmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve sözel onay alınmıştır.

3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir üniversite hastanesinde ve sadece kanser hastalarında yapılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo1’de çalışma kapsamına alınan hastalar ile ilgili tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Buna göre, araştırma grubunda yer alan 50 hastadan %52’si (n:26) kadın, %48’i (n:24) erkek, kontrol grubunda yer alan 50 hastadan ise, %42 (n:21)’si kadın, %58’i (n:29) erkektir. Hastaların yaş gruplarına bakıldığında; araştırma grubundaki hastaların, %6’sı 18–35 yaş, %42’si 36–55 yaş, %48’si 56–75 yaş, %4’ü 75 yaş üstü, kontrol grubundaki hastaların; %8’i 18–35 yaş, %58’i 36–55 yaş, %30’u 56–75 yaş, %4’ü 75 yaş üstü grupları arasındadır. Mesleklerine bakıldığında; araştırma grubunda, %32’si çalışan, %34’ü emekli, %34’ü de diğer meslek (ev hanımı, işsiz), grubunda yer alırken, kontrol grubunda %46’sı çalışan, %24’ü emekli, %30’u da diğer meslek (ev hanımı, işsiz) grubunda yer almaktadır. Araştırma grubundaki hastaların %82’si evli, %18’i bekar, kontrol grubunda, %90’ı evli, %10’u bekarıdır. Eğitim durumları ise; araştırma grubunda, %8’i okur–yazar değil, %6’sı okur- yazar, %26’sı ilköğretim, %32’si lise, %28’i de yükseköğrenim mezunu, kontrol grubunda, %2’si okur–yazar değil, %8’i okur- yazar, %26’sı ilköğretim, %42’si lise, %22’si de yükseköğrenim mezunudur. Araştırma grubundaki hastaların %98’nin sosyal güvencesi varken, %2’sinin sosyal güvencesi yoktur. Kontrol grubundaki hastaların hepsinin sosyal güvencesi vardır. Aylık gelirlerine bakıldığında; araştırma grubundaki hastaların, %42’sinin geliri giderinden az, %56’sının geliri giderine denk, %2’sinin de geliri giderinden fazla, kontrol grubundaki hastaların, %12’sinin geliri giderinden az, %88’inin geliri giderine denktir. Araştırma grubundaki hastaların, %18’i ilçede, %82’si şehirde yaşamakta, kontrol grubundaki hastaların, %20’si ilçede, %80’i şehirde yaşamaktadır. Araştırma grubundaki hastaların, %96’sının daha önce hastane deneyimi varken, %4’ünün hastane deneyimi bulunmamakta, kontrol grubundaki hastaların, hepsinin hastane deneyimi bulunmaktadır. Araştırma grubundaki hastaların, %60’ı tanı ve tedavi amaçlı, %40’ı cerrahi girişim amaçlı hastane deneyimi yaşamış, kontrol grubundaki hastaların, %48’i tanı ve tedavi amaçlı, %52’si cerrahi girişim amaçlı hastane deneyimi yaşamıştır. Araştırma grubundaki hastaların, %72’i implante port ismini daha önce duymuş, %28’i implante port ismini daha önce duymamış, kontrol

grubundaki hastaların, %68'i implante port ismini daha önce duymuş, %32'si duymamıştır.

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri arasında sadece aylık gelir düzeyinde fark saptanmıştır. ($p < 0.05$).

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Araştırma Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		Toplam (n:100)		İstatistiksel Fark (p)
	N	%	N	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	26	52.0	21	42.0	47	47.0	P > 0.05
Erkek	24	48.0	29	58.0	53	53.0	P > 0.05
Yaş							
18-35	3	6.0	4	8.0	7	7.0	P > 0.05
36-55	21	42.0	29	58.0	50	50.0	P > 0.05
56-75	24	48.0	15	30.0	39	39.0	P > 0.05
75>	2	4.0	2	4.0	4	4.0	P > 0.05
Meslek							
Çalışan	16	32.0	23	46.0	39	39.0	P > 0.05
Emekli	17	34.0	12	24.0	29	29.0	P > 0.05
Diğer(ev hanımı,işsiz)	17	34.0	15	30.0	32	32.0	P > 0.05
Medeni Durum							
Evli	41	82.0	45	90.0	86	86.0	P > 0.05
Bekâr	9	18.0	5	10.0	14	14.0	P > 0.05
Eğitim Durumu							
Okur- Yazar Değil	4	8.0	1	2.0	5	5.0	P > 0.05
Okur-Yazar	3	6.0	4	8.0	7	7.0	P > 0.05
İlköğretim	13	26.0	13	26.0	26	26.0	P > 0.05
Lise	16	32.0	21	42.0	37	37.0	P > 0.05
Yükseköğretim	14	28.0	11	22.0	25	25.0	P > 0.05
Sosyal Güvence							
Evet	49	98.0	50	100	99	99.0	P > 0.05
Hayır	1	2.0	0	0.0	1	1.0	P > 0.05
Aylık Gelir							
Gelir giderden az	21	42.0	6	12.0	27	27.0	P < 0.05
Gelir gidere denk	28	56.0	44	88.0	72	72.0	P < 0.05
Gelir giderden fazla	1	2.0	0	0.0	1	1.0	P < 0.05
Yaşadığı Yer							
İlçe	9	18.0	10	20.0	19	19.0	P > 0.05
Şehir	41	82.0	40	80.0	81	81.0	P > 0.05
Hastane Deneyimi							
Evet	48	96.0	50	100	98	98.0	P > 0.05
Hayır	2	4.0	0	0.0	2	2.0	P > 0.05
Hastane Deneyimi Tanı/Tedavi Cerrahi Girişim							
Tanı/Tedavi	30	60.0	24	48.0	54	54.0	P > 0.05
Cerrahi Girişim	20	40.0	26	52.0	46	46.0	P > 0.05
İmlante Port Bilgisi							
Evet	36	72.0	34	68.0	70	70.0	P > 0.05
Hayır	14	28.0	16	32.0	30	30.0	P > 0.05

Tablo 2’de çalışma kapsamına alınan hastaların tanılarına göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırma grubunda solunum sistemi kanserleri %2, GİS kanserleri %72, meme kanseri %10, over kanseri %2, lenfoma %8, multiple myeloma %6 oranında iken, kontrol grubunda solunum sistemi kanserleri %6, GİS kanserleri %72, meme kanseri %8, over kanseri %2, lenfoma %10, multiple myeloma %4 oranında saptanmıştır.

Tablo 2: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları

Tanılar	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n:50	%	n:50	%	n:100	%
Solunum Sistemi Kanserleri	1	2.0	3	6.0	4	4.0
GİS Kanserleri	36	72.0	36	72.0	72	72.0
Meme Kanseri	5	10.0	4	8.0	9	9.0
Over Kanseri	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Lenfoma	4	8.0	5	10.0	9	9.0
Multiple Myeloma	3	6.0	1	2.0	4	4.0

Tablo 3’de çalışma kapsamına alınan hastaların implante port takılmasına ilişkin, kendi yeterliliklerine dair görüşlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, araştırma grubunun implante port takılmasına ilişkin kendi yeterliliklerine dair görüşlerinin puan ortancası 35 iken, kontrol grubunun implante port takılmasına ilişkin kendi yeterliliklerine dair görüşlerinin puan ortancası 36 olarak bulunmuştur. Hastaların implante port takılmasına ilişkin kendi yeterliliklerine dair görüşlerinin puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede araştırma ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3: İmplant Port Takılmasına İlişkin Hastaların Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşlerinin Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min	Max.	Z	P
Araştırma Grubu	35	50	8.55	35	20	55	-0.694	0.488
Kontrol Grubu	35.5	50	5.79	36	26	53		

Tablo 4'te hastaların durumluluk anksiyete düzeyi puanları verilmiştir. Buna göre, araştırma grubundaki hastaların durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 50, kontrol grubunun 48 olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancaları istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4: Hastaların Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max	Z	P
Araştırma Grubu	48.14	50	8.96	50	22	72	-0.638	-0.523
Kontrol Grubu	48.66	50	4.45	48	33	54		

Tablo 5'te hastaların süreklilik anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre araştırma grubundaki hastaların süreklilik anksiyete düzeyi puan ortancası 41, kontrol grubunun 47 olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların süreklilik anksiyete düzeyi puan ortancaları arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada fark araştırma grubunun lehine, ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)

Tablo 5: Hastaların Süreklilik Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu	42.18	50	5.51	41	36	58	-4.807	0
Kontrol Grubu	47.44	50	5.09	47	33	55		

Tablo 6’da hastaların cinsiyetlerine göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubundaki kadınların durumluluk anksiyete puan düzeyi ortancaları 50, erkeklerin durumluluk anksiyete puan ortancası da 50 ’dir. Kontrol grubundaki kadınların durumluluk anksiyete puan düzeyi ortancaları 49, erkeklerin ise 48’dir. Hastaların cinsiyetlerine göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede kontrol ve araştırma grubu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6: Hastaların Cinsiyetine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
Kadın	49.69	26	9.11	50	22	72	-1.407	0.159
Erkek	46.45	24	8.67	50	22	62		
Kontrol Grubu								
Kadın	49.66	21	3.18	49	43	54	-0.991	0.322
Erkek	47.93	29	5.11	48	33	54		

Tablo 7’de cinsiyetlerine göre süreklilik anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubundaki kadınların süreklilik anksiyete puan düzeyi ortancaları 43, erkeklerin süreklilik anksiyete puan ortancası da 38’dir. Kontrol grubundaki kadınların süreklilik anksiyete puan düzeyi ortancaları 47, erkeklerin ise 47’dir. Hastaların cinsiyetlerine göre süreklilik anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki fark, araştırma grubundaki kadın hastalar lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7: Hastaların Cinsiyetine Göre Süreklilik Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
Kadın	44.11	26	6.03	43	37	58	-2.579	0.010
Erkek	40.08	24	4.04	38	36	51		
Kontrol Grubu								
Kadın	48.80	21	3.72	47	42	54	-0.864	0.387
Erkek	46.44	29	5.75	47	33	55		

Tablo 8’de hastaların yaşlarına göre durumluluk anksiyete düzeyi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, araştırma grubunun 18-35 yaş arasında durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 44; 36-55 yaş arasındaki 50; 56-75 yaş arasında 50; 75 yaş ve üzerinde ise durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 42.5 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunun 18–35 yaş arasında durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 49.5; 36–55 yaş arasında 48; 56–75 yaş arası 48; 75 yaş ve üzerinde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 49’dur. Hastaların yaşlarına göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik dört grup arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Hastaların Yaşlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	P
Araştırma Grubu							
18-35 Yaş	39	3	15.13	44	22	51	0.438
36-55 Yaş	48.90	21	8.07	50	33	72	
56-75 Yaş	49.09	24	8.36	50	22	65	
75 Yaş Üstü	42.50	2	-	42.5	32	53	
Kontrol Grubu							
18-35 Yaş	46	4	8.83	49.5	33	52	0.934
36-55 Yaş	48.68	29	4.69	48	33	54	
56-75 Yaş	49	15	2.52	48	46	54	
75 Yaş Üstü	49	2	0	49	49	49	

Tablo 9’da hastaların mesleklerine göre durumlilik anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda, çalışanların durumlilik anksiyete düzeyi puan ortancaları 49.5, emeklilerin 50, diğerlerinin (ev hanımı, işsiz) durumlilik anksiyete düzeyi puan ortancaları 51 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda çalışan bireylerin durumlilik anksiyete düzeyi puan ortancaları 50, emeklilerin 48, diğerlerinin (ev hanımı, işsiz) durumlilik anksiyete puan ortancaları 49’dur. Hastaların mesleklerine göre durumlilik anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9: Hastaların Mesleklerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	P
Araştırma Grubu							
Çalışan	46.12	16	6.85	49.5	33	53	0.087
Emekli	47.70	17	8.56	50	22	62	
Diğer	50.47	17	10.89	51	22	72	
Kontrol Grubu							
Çalışan	48.34	23	5.96	50	33	54	0.540
Emekli	48.41	12	1.88	48	46	52	
Diğer	49.33	15	3.17	49	43	54	

Tablo 10’da hastaların eğitim durumlarına göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda okur-yazar hastaların durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 50, ilköğretim mezunu hastaların 52, lise mezunu hastaların 50, yükseköğretim alan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 48.5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun okur-yazar hastaların durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancası 49, ilköğretim mezunu hastaların 48, lise mezunu hastaların 48, yükseköğretim alan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 48 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	P
Araştırma Grubu							
Okur-Yazar Değil / Okur Yazar	47.42	7	7.23	50	32	53	0.093
İlköğretim	51.38	13	7.70	52	37	65	
Lise	49.93	16	9.27	50	22	72	
Yükseköğretim	43.42	14	9.27	48.5	22	51	
Kontrol Grubu							
Okur-Yazar Değil / Okur Yazar	50	5	3.08	49	46	54	0.778
İlköğretim	49.69	13	2.65	48	46	54	
Lise	48.04	21	5.09	48	33	54	
Yükseköğretim	48	11	5.44	48	33	53	

Tablo 11’de hastaların medeni durumlarına göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda evli olan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 50, bekar olan hastaların 48 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda evli olan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 48, bekar olan hastalarınki 49 olarak bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarına göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	SS	Ortanca	Min	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
Evli	48.36	41	8	50	22	65	-0.972	0.343
Bekar	47.11	9	13.06	48	22	72		
Kontrol Grubu								
Evli	48.62	45	4.65	48	33	54	-0.082	0.950
Bekar	49	5	2.23	49	46	52		

Tablo 12’de hastaların aylık gelirlerine göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda gelir giderden az olan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 50, gelir gidere denk olan hastaların 50, geliri giderinden fazla olan hastanın durumluluk anksiyete puan ortancası 62’dir. Kontrol grubunda gelir giderden az olan hastaların durumluluk anksiyete puan ortancası 48.5, gelir gidere denk olan hastaların 48’dir. Hastaların aylık gelirlerine göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12: Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
Gelir Giderden Az	49.33	21	6.85	50	32	65	-1.014	0.311
Gelir Gidere Denk	46.75	28	10.04	50	22	72		
Gelir Giderden Fazla	62	1.	-	62	62	62		
Kontrol Grubu								
Gelir Giderden Az	47.5	6	2.58	48,5	43	50	-1.064	0.311
Gelir Gidere Denk	48.81	44	4.65	48	33	54		

Tablo 13'te hastaların yaşadıkları yerlere göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda, ilçede yaşayanların durumluluk anksiyete puan ortancası 50, şehirde yaşayanların 50 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ilçede yaşayanların durumluluk anksiyete puan ortancası 49.5, şehirde yaşayanların 48 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadıkları yerlere göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13: Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
İlçe	49.77	9	9.61	50	39	72	-0.473	0.655
Şehir	47.78	41	8.90	50	22	65		
Kontrol Grubu								
İlçe	48.10	10	6.13	49	33	54	-0.321	0.765
Şehir	48.80	40	4.02	48	33	54		

Tablo 14'te hastaların implante port bilgilerine göre durumluluk anksiyete düzeyi puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, araştırma grubunda portun anlamını bilen hastaların durumluluk anksiyete ortancası 50, bilmeyen hastalarınki ise 47'dir. Kontrol grubunda ise portu bilen hastaların durumluluk anksiyete ortancası 48.5, bilmeyenlerinki ise 48'dir. Hastaların implante port bilgilerine göre durumluluk anksiyete puan ortancalarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14: Hastaların İmplant Port Bilgilerine Göre Durumluluk Anksiyete Puan Ortancalarının Karşılaştırılması

Grup	Mean	N	S.S	Ortanca	Min.	Max.	Z	P
Araştırma Grubu								
Evet	49.33	36	6.82	50	22	65	-2.080	0.038
Hayır	45.07	14	12.79	47	22	72		
Kontrol Grubu								
Evet	49.26	34	4.35	48.5	33	54	-1.706	0.088
Hayır	47.37	16	4.52	48	33	52		

5. TARTIŞMA

Gelişen teknolojiye rağmen cerrahi girişim korkusu günümüzde de önemli bir sorundur. Girişimsel işlem uygulanacak hastalarda cerrahi girişim öncesi anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Girişimsel uygulamalar, bireyin kendini doğrudan fiziksel tehdit altında hissetmesine yol açarak, yoğun anksiyete yanında ölüm korkusu yaşamalarına neden olur (28).

Büyük ya da küçük olsun tüm cerrahi girişimler hasta ve ailesinin yaşamında önemli yaşam deneyimlerinden biridir. Hastalar bir operasyon için hastaneye yatırıldıkları zaman yalnızca yabancı ve değişik bir çevreye değil, aynı zamanda anksiyete yaratan ve gerçek korkunun da birlikte olduğu bir ortama girerler. Yabancı oldukları bir ortamda gerçekleştirilen cerrahi girişimin kendisi, ağrının varlığı, beden imajının değişmesi, fonksiyon kaybı olabileceği düşüncesi hasta ve ailesinde yoğun anksiyete yaşanmasına neden olabilir (11). Bu aşamada, hasta ve ailesine cerrahi işlem ve onunla ilgili uygulamaların açıklanması ve iletişim yolunun daima açık tutulması korku ve endişelerin azalmasına yardımcı olmaktadır (66). Çalışmamızda araştırma grubuna alınan hastalara işlem ile ilgili bilgi verilmiş ve anksiyete durumları belirlenmiştir.

İmplant port kateter hakkında hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan araştırma grubu (n:50) ve kontrol grubu (n:50) cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, hastane deneyimi, implante port bilgileri gibi sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yönünden incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı, sadece aylık gelir düzeyleri arasında fark olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Birçok çalışmada kadın hastalarda anksiyete düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu sonucu destekler niteliktedir. Oflaz ve Günaydın'ın "planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini incelenmesi" başlıklı çalışmalarında; bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ortalamalarını karşılaştırılmışlar ve kadın hastaların anksiyete düzeyi puan

ortalamalarının (46.83), erkek hastaların anksiyete düzeyi puan ortalamalarından (37.71) daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (11, 74). Aykent'in "hastalar arasında anestezinin imajı, anestezisyene bağlı endişe nedenleri ve preoperatif anksiyete değerlendirilmesi" konulu çalışmasında da kadın hastaların anksiyete puanları, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (11). Çorapçioğlu ve arkadaşları ameliyat öncesi bunaltı belirtileri konulu çalışmalarında anksiyete belirtilerinin kadınlarda %17.5, erkeklerde ise %3.5 olduğunu bildirmişlerdir (80). Bayraktar ve Bulut "ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri" konulu çalışmalarında ise hastaların ameliyat öncesi hissettikleri duyguları incelemişlerdir. Kendini rahat hisseden hastaların çoğunun (%77.3) erkek olduğunu; anksiyete, korku ve stres hisseden hastaların ise %58.8'ini kadınların oluşturduğunu saptamışlardır (17). Başa'nın 'yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete' araştırmasında da preoperatif anksiyete, kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha sık görülmüştür (16). Çalışmamızda, araştırma grubundaki kadınların durumluluk anksiyete puan ortancası 50, erkek hastaların 50, kontrol grubunda kadınların 49, erkeklerin ise 48 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda araştırma grubundaki kadın hastaların süreklilik anksiyete puan ortancası 43, erkek hastaların 38 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Tsutsumi ve ark. "solid kanser tanısı olan ve kemoterapi alan hastalarda anksiyete durumunu" incelemişler, kadın hastalarda durumluluk ve süreklilik anksiyete puanlarını erkeklerden daha yüksek bulmuşlardır (97). Çalışmamız sonucunda kadınlarda da benzer şekilde süreklilik anksiyete puanları erkeklere göre yüksek bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Genel nüfusta da anksiyetenin kadınlarda erkeklere göre iki kat sık görüldüğü ifade edilmektedir (97), çalışmamızda bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmaların çoğunda yaş ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilirken, Haber ve Kraniovich ise anksiyetenin 30 yaş altında daha yoğun yaşandığını saptamışlardır (74). Ramsey'de "preoperatif korkular" adlı çalışmasında, orta yaş grubunda anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Buna neden olarak

da, bu yaştaki hastaların mesleki ve ailevi sorumluluklarının fazla olmasını göstermiştir (11).

Yaş, cerrahi işlemlerde risk faktörü olarak gösterilmektedir. Çoğunlukla yaşlı hastalar kronik metabolik bozuklukları nedeniyle riskli ameliyatlara adaydırlar. Buna karşı bazı araştırmalarda yaşlılarda anksiyete düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu durum, yaşlılarda gençlerden farklı olarak, daha kaderci bakış açısının hakim olduğu, yaşam stresine daha kolay dayanabildikleri ile açıklanmıştır (11).

Oflaz ve arkadaşları “planlı ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerini” incelemişler ve yaştan anksiyete düzeyini etkilemediğini belirtmişlerdir (74). Başa’nın “yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete” konulu çalışmasında da yaş için ayrılan alt gruplarda preoperatif anksiyete sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (16). Özen de “ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerinin etkisi” adlı çalışmasında yaş grupları ile durumluluk anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (80). Bizim çalışmamız da literatürdeki hastaların yaş grupları ile durumluluk anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmaması açısından paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılanların tümü kanser tanısı almış hastalardır. Çalışmamız boyunca hastaların çoğu tarafından, özellikle 40-50 yaş arasında olan hastalar ilaç tedavilerinin ne zaman başlayabileceği konusunda bilgi almak istemişler ve tedavilerinin en kısa zamanda başlaması talebinde bulunmuşlardır. Bu ifadelerden yola çıkarak hastalar açısından tedavilerinin sürdürülmesinin daha önemli olduğu kanısına varılmıştır.

Mesleki durum ile durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, Dönmez’in yaptığı; “cerrahi kliniklerde ameliyat üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi” konulu çalışmasında, kontrol grubundaki emekliler ile serbest meslek sahibi hastalar, ev hanımları ve işçilerin total anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kontrol grubunda hastaların en yüksek total anksiyete düzeyleri ortalamasının ev hanımlarına ait olduğu görülmüştür (39).Özen’in

“ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisi” konulu çalışmasında, çalışan bireylerin durumluluk anksiyete puan ortalamalarının, emekli ve diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin sosyal güvence ile ilgili olduğu savunulmuştur (80).

Hastalar açısından ameliyat önemli bir işgücü kaybı nedenidir. Küçük ameliyatlarda bile kişinin normal iş temposuna dönmesi haftaları bulabilir, bu özellikle beden gücünün ön planda olduğu meslekler için geçerlidir. Bazı ameliyatlarda (amputasyon gibi) iş kaybıyla sonuçlanabilir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat, kazanç kapısının bir süre kapanması anlamına gelir. Başa'nın “yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete” konulu çalışmasında, meslek grupları arasında anksiyete açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (16). Kayhan'ın “cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi” konulu çalışmasında da, hastaların meslek grupları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide ev hanımlarının durumluluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuş ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (64). Çalışmamızda araştırma grubunda çalışanlarda durumluluk anksiyete puan ortancası 49.5 emeklilerde 50, kontrol grubunda çalışanlarda 50, emeklilerde ise 48'dir. Aralarındaki anksiyete seviyesinde fark olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Dönmez'in “cerrahi kliniklerde ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi” konulu çalışmasında, medeni durum ile anksiyete düzeyi arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (39). Özen de yaptığı “ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisi” konulu çalışmasında medeni durumla anksiyete arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir (80). Çalışmamızda benzer olarak araştırma ve kontrol grubundaki hastalarda evli olanlar ile bekar olanlar arasında durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancaları açısından fark bulunamamıştır.

Spielbergel'e göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile baş etmede etkin beceriler geliştirebilirler. Buna bağlı olarak yeni çevreler ve olayların yarattığı baskıları tehdit edici olarak algılamazlar, bu nedenle eğitim düzeyi yüksek bireylerde anksiyete düzeylerinin yüksek olmayacağını bildirmişlerdir (62). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça insanlar daha çok sorgulayan, araştıran birey haline gelmekte ve bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli kararlar verebilmektedir. Preoperatif dönemdeki sıkıntuların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu dönemde hastaların bilinmezliğe bağlı korkuları, ölüm, ağrı, sakat kalma korkularından daha ön plandadır. Buradan yola çıkarak, eğitilmiş hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından, anksiyetelerinin de düşük olması beklenebilir (81). Başa'nın "yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete" konulu çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamış olsa da üniversite mezunlarında anksiyete sıklığı diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuştur (16). Bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediğini belirtirken, bazılarında ise artan eğitim düzeyi ile anksiyetenin de arttığı bildirilmektedir (11).

Günaydın ve Oflaz "planlı ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi" konulu çalışmasında okur-yazar, ilk ve ortaokul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin orta olduğunu, lise ve ortaokul mezunu bireylerin ise hafif düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (74). Kıyohara ve arkadaşlarının yaptığı "preoperatif dönemde cerrahi bilgilendirme anksiyeteyi azaltır" konulu çalışmalarında hasta eğitim düzeyinin hasta anksiyete seviyesini etkilemediği saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi ve anksiyete arasında ilişki bulunmamış ($p>0.05$) Kıyohara ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları bizim araştırmamızı destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda işleme bağlı gelişen anksiyete ile hastaların sosyal güvencesi arasındaki ilişki fazla incelenmemiştir. Özen "ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerinin etkisi" konulu çalışmasında sosyal güvencesi olan ve olmayan hastalar arasında bir fark

bulamamıştır. Çalışmamızda sosyal güvencesi olan hastalar araştırmanın yapıldığı hastaneyi tercih etmişlerdir. Bu nedenle araştırma grubundaki hastaların %98'si sosyal güvenceye sahip olup, sadece %2'si özel statüdedir. Kontrol grubundaki hastaların ise tümünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bu nedenle istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Algier, “hastanede yatan adölesanların kaygı düzeylerinin saptanması ve kaygıya neden olacak faktörlerin belirlenmesi” çalışmasında, Bal ve Hatipoğlu'nun “şok dalgalarla taş kırma tedavisi (ESWL Extracorporeal Shock Wave Lithotipsy) uygulanacak hastaların anksiyete düzeyleri” konulu çalışmalarında, anksiyeteye neden olan faktörlerden birinin de bireyin yaşadığı yerden kaynaklandığını savunmuşlar ve kentte yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (4, 14). Buna karşın Dönmez “cerrahi kliniklerde ameliyat üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi” çalışmasında hastaların oturdukları yerler ile total anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını ileri sürmüştür (39). Özen'in “ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisi” çalışmasında da hastaların oturdukları yerler ile durumluluk anksiyete düzeyleri arasında bir fark olmadığını bildirmiştir (80). Bizim çalışmamızda da, konuya yönelik yapılan diğer çalışmalar ile benzer sonuçları içermektedir. Araştırma ve kontrol grubundaki hastalarda, oturdukları yerler ile durumluluk anksiyete düzeyi puan ortancaları açısından fark bulunamamıştır (Tablo 13).

Kişilerin daha önceden hastane deneyimi olmasının, anksiyete belirtilerini azaltmada önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (8). Dönmez “cerrahi kliniklerde ameliyat üzere yatan hastalarda, hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi” konulu çalışmasında, hastaların hastanede yatış sayıları ile total anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptamamıştır (39). Aslan ve arkadaşları “efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi” konulu çalışmasında,

daha önce cerrahi girişim geçirmiş olmanın duygusal gerilimi azaltmadığını belirtmişlerdir. Özen'nin "ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisi" çalışmasında, daha önce ürodinamik girişim geçiren ve geçirmeyen hastalar arasında durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Budukoğlu ve Atalay, daha önce cerrahi girişim geçirmenin duygusal gerilimi azaltmadığını belirtmişlerdir (8, 80). Çalışmamızda hastaların daha önceki hastane deneyimlerinin durumluluk anksiyetesini azaltmadığı saptanmış olup, literatürdeki sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Yapılan araştırmalar hastaların girişimsel işlem öncesi yeterince bilgilendirilmediğini ve hastaların bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (3, 8, 41). Özmen'in "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların beklentilerinin saptanması" konulu çalışmasında hastanede yatan hastaların hemşirelerden daha fazla açıklayıcı bilgi vermeleri konusunda beklentilerinin yüksek olduğunu saptamıştır (83). Hastalar girişimsel işlemlerle ilgili daha önceden bilgi sahibi olmadığından genelde yapılanlardan korkmakta ve anksiyete yaşamaktadır (8). Bu korku ve anksiyete, invaziv işlemin büyüklüğü ve küçüklüğü ile, planlanmış veya acil olmasıyla direkt ilgili olmayıp, hasta ve ailesinde psikolojik travmaya neden olmaktadır. Psikolojik travma sonucu en yaygın görülen sorun anksiyetedir (80).

Anksiyete seviyesinde bilgilendirmenin etkileri ile ilgili literatürde farklı öneriler vardır. Garcia ve arkadaşlarının yaptığı "ameliyat öncesi sözsüz iletişim" adlı çalışmalarında cerrahi ile ilgili tahmini bilgilerin tümüne sahip hastanın, detaylı bilgiye sahip olmayan hasta ile benzer derecede anksiyeteye eğilimli olabileceklerini belirtmişlerdir (46). Augustin ve Hains, gününbirlik cerrahi için başvuran lokal regional anestezi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi bilgilendirme ile birlikte sedatif müzik dinletmişler, sonuçta sistolik-diastolik kan basıncında ve durumluluk anksiyete düzeyinde düşüş saptamışlardır (9). Çalışmamızda araştırma ve kontrol grubuna ait bireylerin durumluluk anksiyete puan ortancalarına baktığımızda araştırma grubunun

durumluluk anksiyetesi 50, kontrol grubunun 48 olduğu, araştırma grubunda işlem öncesi bilgilendirmenin hastada durumluluk anksiyete düzeyini hafif yükselttiği, fakat bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Morrel katarakt ameliyatı öncesinde hastaların anksiyete düzeyini STAI (State-Trait Anxiety Inventory=Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği) ile ölçmüş ve preoperatif hazırlık ve eğitim yapılan hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığını belirtmiştir (71). Özen ürodinamik girişim uygulanacak hastaların anksiyete düzeyini STAI ile ölçmüş ve işlem öncesi bilgilendirmenin hastalarda anksiyete düzeyini azalttığını bildirmiştir (80). Ekiz koroner anjiyografi uygulanacak hastaların anksiyete düzeyini STAI ile ölçmüş ve işlem öncesi bilgilendirmenin hastaların durumluluk anksiyete düzeyini azalttığını bildirmiştir (40). Sözü edilen çalışmalarda, ameliyat ve girişimsel işlemler öncesi bilgi vermenin anksiyeteyi azaltıcı etkisini gösteren veriler olmasına rağmen çalışmamızda böyle bir etkinin varlığı saptanamamıştır. Çalışmamızda ele alınan hastaların tümü kanser tanısına sahiptir. Hastalar, kanser tedavisinin sürdürülmesi için bazı girişimsel uygulamaların yapılması gerekliliğini düşünmektedirler. Kanser tanısı alan hasta tanı sürecinden bugüne kadar geçen sürede, tanıya ve diğer girişimsel işlemlere karşı uyum süreci geçirmiştir. İmplant port kateter takılması tanıdan tedaviye geçiş noktasını oluşturmakta ve tedavinin sürekliliğini sağlamaktadır. Bu nedenle hastaların anksiyete düzeyi etkilenmemiş ya da azalmamış olabilir.

Belew'in "pediatrik anesteziye bilgi eksikliği nedenleri" adlı çalışmasında ebeveynlere anestezi ve postoperatif ağrı tedavisi hakkında bilgi içeren kitapçıklar vermiştir. Kitapçık verilen grup kontrol grubunu oluşturmuş, araştırma grubuna ise kitapçık verilmiş ve sağlık personeli tarafından görüşme yaptırılmıştır. Tüm ebeveynlere aynı bilgiler verilmiş olmasına karşın, görüşme yapılan gruptaki ebeveynlerin hem memnuniyetleri daha fazla olmuş hem de kaygıları daha çok azalmıştır (19). Chan tarafından "günübirlik cerrahi geçirecek ebeveynlerin kaygılarını azaltmada eğitim ve rutin bilgilendirmenin ebeveyn kaygısına etkisini" araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, eğitim verilen ebeveynlerin kaygısı diğer gruba göre

önemli ölçüde azalmıştır (24). Çalışmamızda araştırma grubundaki tüm hastalara işlem öncesi bilgilendirme yapılmış ve broşür verilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, araştırma grubunun bilgilendirilmiş olmasının anksiyete düzeyinde bir fark yaratmadığı görülmüştür.

Yücel “IVCM (intravascular contrast media) hakkında bilgilendirme ve anksiyete” adlı çalışmasında anksiyete düzeyini STAI ile ölçmüşler ve detaylı bilgilendirmenin hastanın anksiyete düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir (106). Wisselo “ailelere anestezi öncesi gerçekten bilmek istedikleri bilgileri sağlamak” adlı araştırmasında ebeveynlere çok bilgi verilmesinin onların kaygısını azaltıcı bir etken olmadığını bildirmiştir. Wisselo ebeveynlere detaylı bilgiden çok gereksinim duyulan bilgilerin verilmesinin memnuniyeti artırdığını ve kaygıyı azalttığını ifade etmektedir (101). Özcengiz’in “anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların, çocukları günübirlik cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin durumluk kaygılarına etkisi” adlı çalışmasının sonucunda detaylı bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanan ebeveynlerde kaygının önemli bir şekilde azaldığı ve poliklinik bilgilendirmesi ile detaylı bilgilendirmenin ise benzer şekilde kaygı azaltmakta etkili olmadığı gözlenmiştir (79). Kiyohara, gebelik, transplantasyon cerrahisi, nörolojik bozukluk ve yaşlı hastalardan oluşan 120 hasta üzerinde yaptığı “preoperatif dönemde cerrahi bilgilendirme anksiyeteyi azaltır” isimli çalışmasında preoperatif dönemde hastaları genel bilgilendirmenin anksiyete seviyesini etkilemediği sonucunu bulmuştur. Chan ve Cheung’un çalışmasında “kardiyak kateterizasyon yapılacak hastalarda anksiyete üzerine eğitimin etkinliği” araştırılmıştır. Bu çalışmada iki grup hastadan birinci gruba eğitim verilmiş, ikinci gruba eğitim verilmemiştir. Sonuç olarak bilgilendirilen hasta grubunda anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (24). Bizim çalışmamızda rutin poliklinik bilgilendirmesi ve broşür verilerek yapılan bilgilendirme ile hastaların durumluluk kaygı puanlarının azalmadığı ve her iki grupta da sonuçların benzer olduğu belirlenmiştir. Her ne kadar birçok araştırmacı tarafından bilgilendirmenin kaygıyı azaltıcı bir etken olduğu ifade edilmekte ise de, çalışmamızda kaygıyı azaltmadığı saptanmıştır. Bilgilendirilen hastaların tamamı, sözel olarak onlarla yapılan görüşmenin kaygılarını azalttığını, ifade etmişlerse de bu ifadeler durumluluk

kaygı ölçeği puanlarına yansımamıştır. Çalışmamız sonucunda bilgilendirme konusunda vardığımız sonuç, yeterli ve gereksinimi karşılar nitelikte, çok fazla ayrıntı içermeyen bilgilendirmenin gerekli olduğu yönündedir.

Sonuç olarak; implante port kateter takılmak üzere hastaneye gelen hastaların anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu ve implante port kateter hakkında verilen bilgilendirmenin anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığı görülmüştür. Anksiyetenin yüksek olması nedeni, çalışma grubundaki bütün hastaların kanser tanısı ile takip edilmesine bağlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, implante port kateter hakkında hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma ve kontrol grubunun durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda, her iki grubunda orta düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. İmlante port kateter takılacak hastaların tanıları incelendiğinde (Tablo 2) araştırma ve kontrol grubundaki hastalar kanser tanısı ile izlenmektedir. Anksiyete, kanser hastalarında birbirine eşlik eden ve çok rastlanılan bir problemdir. Bu çalışmada işlem öncesi bilgilendirme ile port takılacak hastaların anksiyete puanında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir (Tablo 4).

Hastaların cinsiyetlerine, yaşlarına, mesleklerine, eğitim seviyelerine, medeni durumlarına, gelir düzeylerine, yaşadıkları yer ve implante port hakkındaki genel bilgilerinin durumluluk anksiyete düzeyi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre süreklilik anksiyete düzeylerine bakıldığında (tablo 7) araştırma grubundaki kadın hastalar lehine istatistiksel olarak bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma sırasındaki gözlemlerimize göre kanser tanısı alan hastalarda tedavinin sürdürülmesi ve buna ilişkin girişimlerin yapılması hastalar tarafından olumlu karşılanmakta ve anksiyete yaratmamaktadır.

6. 2. ÖNERİLER

- İmplant port takılacak her hasta, yapılacak işlemle ilgili olarak detaylı bilgilendirilmelidir. Doktor ve hemşire hastanın psikolojik durumunun farkında olmalı ve onu sakin tutmaya çalışmalıdır.
- Hastaların implant port kateter konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalı, bu konuda implant port kateter takılması, bakımı, kullanımı ve komplikasyonlarını içeren kapsamlı broşürler hazırlanmalıdır.
- Hemşireler implant port kateter hakkında hastaları bilgilendirmede aktif rol ve sorumluluk alabilirler.
- İmplant port kateter randevu tarihinden önce işlem gününe kadar olan sürede eğitim programları hazırlanabilir.
- Hasta ve sağlık personeli arasında iyi iletişim kurulmalı, hastaların gereksinimi olan duygusal destek sağlanmalıdır.
- Daha büyük hasta grupları ile implant port kateter takılmadan önce, işlem sırasında ve kateter takıldıktan sonra yapılan uygulamalar ve hastaya olan etkilerini kapsayacak araştırmaların yapılması önerilebilir.
- İmplant port kateter bakımı ile ilgili değişik çalışmalar (komplikasyonları ile ilgili) yapılabilir.
- İmplant port takılması sonrası oluşabilecek komplikasyonlar açısından hastaların kolay ulaşabileceği acil servis içinde bir merkez bulunmalı ve hastalara gerekli müdahale uygulanabilmelidir.
- Hastane genelinde implant port kateter bakımı ve kullanımı hakkında hemşire ve doktorlara hizmet içi eğitim yapılmalı, hastane web sayfasında bakım ile ilgili dökümanın olduğu bilgisi tüm servislere verilmelidir.
- Hastane politika ve prosedürleri içerisinde hastalara eğitim broşürü ulaştırılması konusunun konulması, girişimsel radyoloji ünitesinde implant port kateter takılan hastaların bu broşürden yararlandırılmasının sağlanmalıdır.
- Hastane yönetimi ve hemşirelik hizmetleri müdürlüğü tez konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Acun, Z., Ulukent, S.C., Cihan, A., Uçan, B., Cömert, M., Cesur, A., 2004, Santral venöz kateterizasyon uygulama ve komplikasyonları, Damar Cerrahisi Dergisi , 13, 2, 3-16 s.
2. Aktan, S., Utku, U., 1987, Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı, Yeni Tıp Dergisi, İstanbul, 4, 5, 52-53 s.
3. Alak, V., 1993, Hastaneye ameliyat olmak üzere gelen 7-14 yaş grubu çocukların korkuları ve hemşirelik uygulamaları, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 177 s.
4. Algier, L.,1991, Hastanede yatan adölesanların kaygı düzeylerinin saptanması ve kaygıya neden olacak faktörlerin belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 197 s.
5. Alper, Y., Bayraktar, E., Karaçam, Ö., 2001 Herkes için psikiyatri, İstanbul Gentaş A. Ş. Kaya Matbaacılık 120 s.
6. Altunel, E., Oran, İ., Parıldar, M., Memiş, A., 2004, Santral venöz kateter disfonksiyonlarında girişimsel radyoloji, Tanısal Ve Girişimsel Radyoloji, 10, 69-77 s.
7. Altuntaş, F., Yıldız, O., Ünal, A., 2004, Hematolojik maligniteli hastalarda intravenöz kateter enfeksiyonları ,Erciyes Tıp Dergisi, 26, 1, 25-32 s.
8. Aslan, F.E., Olgun, N., Candan, S., 1997, Effectif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, Türk Hemşireler Dergisi, 45, 5, 18-21 s.
9. Augustin, P., Hains, A.A., 1996, Effect of music on ambulatory surgery patient preoperative anxiety, AORN J, 63 ,4, 753-758 s.
10. Aygün, G., 2006, Kateter ilişkili bakteriyemi yöntemi, Yoğun Bakım Dergisi, Ek 1, 11-17 s.
11. Aykent, R., 2001, Hastalar arasında anestezinin imajı, anesteziye bağlı endişe nedenleri ve preoperatif anksiyete değerlendirilmesi: altyüz hastada uygulanmış bir anket çalışması, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon ABD Uzmanlık Tezi, 75 s.
12. Ayoğlu, T., 2003, Ameliyat öncesi ve sonrası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 90 s.
13. Avşar, M.F., Şahin, M., Coşkun, T., Doğanay, M., Kama, N.A., 1998, Subklavian ven kateterizasyonu, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14, 35-39 s.
14. Bal, V., Hatipoğlu, S., 2002, Şok dalgalarıyla taş kırma tedavisi uygulanacak hastaların anksiyete düzeyleri, Gata Bülteni, 5,6, 26-31 s.
15. Bakır, M., 2000, Kateter enfeksiyonlarında epidemiyoloji, etyoloji ve patogenez, Ankem Dergisi,14,4, 456-9 s.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

16. Başa, S., 1998 Yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 50s.
17. Bayraktar, N., Bulut, H.D., 2000, Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri, Hemşirelik Formu Ameliyathane Özel Sayısı, 3, 6, 34-38 s.
18. Beck, C.K., Rowlins, R.P., Williams, S., 1988, Mental health psychiatric nursing, The C.V. Mosby Company S.T. Lois Toronto, 204-224 p.
19. Bellew, M., 2002, The induction of paediatric anaesthesia information leaflet : an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction, Paediatric Anaesthesia, 12, 124-130 p.
20. Birol, L., Akdemir, N., 2004, İç hastalıkları hemşireliği, Ankara, 612 s.
21. Boyvat, F., 2006, Uzun dönemli (tünelli) kateter ve port uygulamaları, Türk Hematoloji Derneği-Hematoloji Pratiğinde Uygulamalı Kateterizasyon Kursu, 27-28 s.
22. Boyvat, F., 2007, Venöz erişim temel ilkeleri, Türk Hematoloji Derneği-Hematolojide Destek Tedavileri Ve İnfeksiyonlar Kursu, 59-60 s.
23. Cimilli, C., 2001, Cerrahide anksiyete, Klinik Psikiyatri Dergisi 4, 182-186 s.
24. Chan, C., Molassiotis, M., 2002, "The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit," Paediatr Anaesth, 12, 131-9 p.
25. Chang, L., 2003, Evaluation of infectious complications of implantable venous access system in a general oncologic population, Am J Infect Control, 31, 34-39 p.
26. Clarwyn, Y., Coleman, R., 1998, Hickman catheter- related infections in patients with cancer, Int J Antimicrob Agents, 10, 181-9 p.
27. Crawford, M., Soakup, M., Woods, S., 2000, Peripherally inserted central catheter program, Nursing Clinics Of North America, 3, 52, 345-359 p.
28. Cutcliffe, J.R., Kerth, K., 2002, The concepts of hope in nursing 1: its origins background and nature, Br J Nurs, 11, 832-840 p.
29. Cüceloğlu, D., 1991, İnsan ve davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, Kaygı. Remzi Kitapevi, 8. Basım İstanbul 591 s.
30. Çelik, H.C., Acar, T., 2007, Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, Fırat Tıp Dergisi , 12, 1, 23-27 s.
31. Çelikel, A., 2001 Çağdaş iş yaşamında ruh sağlığı, İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd Şti I Basım 297s.
32. Çetinkaya ,Ş.Y., 2004, İnvasküler kateter infeksiyonları: tanımlar ve tanı ,Aknem Dergisi, 18,Ek 2, 119-122 s.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

33. Çil, B.E., Canyiğit ,M., Peynircioğlu, B., Hazırolan, T., Çarkacı, S., Çekirge, S., Balkancı, F., 2006, Erişkin hastalarda subkütan venöz port implantasyonu:tek merkez deneyimi, Türk Radyoloji Bülteni, 61-67 s.
34. Çil, B.E., 2005, Hemodiyalizde vasküler giriş yolu olarak kateter kullanımı ve sorunlar, VI Ulusal Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 48-50 s.
35. David, K., Waren And Othersthe, 2004, Effect of an education program on the incidence of central venous catheter –associated bloodstream infection, İn Medical Icu Chest, 126,1612-1618 p.
36. Deck, C., Rawlins, K., 1998, Mental health psychiatric nursing, The CV Masby Company St Lois, Toronto, 204-224 p.
37. Dillon, P.A., Foglia, R.P., 2006, Complications associated with an implantable vascular access devise, Journal of Pediatric Surgery, 41, 1582-1587 p.
38. Doğan, O., 1995, Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. Baskı, Dilek Matbaası, Sivas 50-52 s.
39. Dönmez, Z., 1998, Cerrahi kliniklerde ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir 109 s.
40. Ekiz, S., 2003, Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kocaeli, 53 s.
41. Erdil, F., Elbaş, N.Ö., Bayraktar. N., Çelik, S.Ş., Ünlü, H., 2000, Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyatı beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri, Hemşirelik Formu Ameliyathane Özel Sayısı, 3,6,1-5 s.
42. Erdil , F., Elbaş, N.Ö., 2001, Cerrahi hastalıkları hemşireliği, IV. Baskı, Ankara, 792 s.
43. Ertin, H., Uzun, Ö., Kurnaz, G., 1999, Uygulanacak tanı işlemleri konusunda hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisinin ölçülüp değerlendirilmesi I Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Ed. N, Ersoy., Ü. N, Gündoğmuş., Kocaeli, 43-47 s.
44. Ertok, B., 1997, Anjioplasti olacak hastalarda anksiyete düzeyi üzerine hasta eğitiminin etkisi ve hemşirenin rolü, Yüksek Lisans, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Tezi, İstanbul .
45. Fidangül, A., 2003, Ameliyat öncesi akşamı hastaların anksiyete düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 50 s.
46. Frexia, G.J., Marcos, S.M., 1999, Nonverbal communication by the presurgical, Patient Rev Enferm, 22,103-10 p.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

47. Galloway, S., Bodenham, A., 2004, Long-term central venous Access, British Journal of Anaesthesia, 92 ,5, 722-34 p.
48. Gullo, S.M., 1993, Implanted ports, technologic advances and nursing care issues, Nursing Clinics Of North America, 28, 4, 859-871 p.
49. Guyton, A.C., Hall, J.E., Tıbbi Fizyoloji 2001, (Çev:Çavuşoğlu, H.), Nobel Kitabevi, İstanbul.
50. Güleç, C., Koroğlu, E., 1997, Psikiyatri, Temel Kitabevi , Ankara 819-824 s.
51. Gümüş, N., 2004, Venöz kateter bakımı, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı,195-196 s.
52. Güneş, P., 2001, Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 2, 79 s.
53. Gürsoy, A.A., 2001, Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi, Hemşirelikte Araştırma Dergisi , 1, 23-29 s.
54. Hazar, V., 2006, Kateter uygulamalarında kültür alımı, enfeksiyon komplikasyonlarından korunma ve tedavi, Türk Hematoloji Derneği-Hematoloji Pratiğinde Uygulamalı Kateterizasyon Kursu, 38-43 s.
55. Haznedaroğlu, T., 2001, Kateter enfeksiyonları, Pekcan, M,(Ed), Gata Hastane İnfeksiyonları, Gata Basımevi, 145-180 s.
56. İlkay, E., 2002, Cerrahpaşa psikiyatri kitabı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul 363-390 s.
57. John, T., Carlo, M.D., 2004, A prospective randomized trial demonstrating valved implantable ports have fewer complications and lower overall cost than nonvalvedimplantable ports, The American Journal Of Surgery, 722-727 p.
58. Karadağ, A., 1999, Damar içi kateter uygulamalarında kullanılan pansuman materyalleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 2, 35-39 s.
59. Karadağ, M., Aksoy, G., 2001, Lomber disk herni ameliyatı öncesinde ve sonrasında sorunlarla baş etmede hemşirenin rolü , Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1, 49-58 s.
60. Karakuş, R., 2002, Kanser hastalarında santral kateter ilişkili enfeksiyon insidansı ve risk faktörlerinin analizi, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakterioloji Ve İnfeksiyon Hastalıkları Anbilim Dalı, 74 s.
61. Karayavuz, A., 2006, Kateter hemşireliği, Türk Hematoloji Derneği Hematoloji Pratiğinde Uygulamalı Kateterizasyon Kursu, 58-61 s.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

62. Karayurt, Ö., 1997, Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 82 s.
63. Karakoç, Ö., Erkan, M., 2001, Çocuk cerrahisi servisinde yatan hastaların ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ve bazı sosyo demografik özelliklerle ilişkisi, Hemşire Forumu Dergisi, 4, 2-3, 32-36 s.
64. Kayhan, C., 2003, Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 92 s.
65. Kaymak, E., Peker, Y., Port kateter uygulamalarında endikasyon cerrahi teknik kullanım ve bakım, 1-65 s.
66. Kılınç, G., 1995, Cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulama düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
67. Koca, A., 1998, Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 74 s.
68. Kreis, H., Loobberg, C.R., Lux, M.P., Ackerman, S., Lang, W., 2007, Patient' attitudes to implantable venous access port systems for gynecological or breast malignancies, Eur J.Surg.Onco, Feb, 1, 39-43 p.
69. Leblebicioğlu, H., Öztürk, R., 2002, Santral venöz kateter ilişkili infeksiyonlar: tanı ve önlem metodlarında yeni yaklaşımlar, Yoğun Bakım Dergisi, 2, Ek B1,97-105 s.
70. Mermel, A.L., Barry, M.F., 2001, Guidelines for the management of intravascular catheter – related infections, Clin Infect Dis, 32, 1242-1272 p.
71. Morrel, G., 2001, Effect of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery, Insight, 26, 1, 4-9 p.
72. Mott, A.M., 1999, Psychologic preparation to decrease anxiety associated with cardiac catheterization, Journal of Vascular Nursing, Kingdom City, Jun, 17, 2, 41-49 p.
73. Mutlu, B., 2002, Kalp ameliyatı olan çocuklarını ameliyat sonrası ilk kez görececek olan annelere yoğun bakım ortamı ve çocuğun görünümü ile ilgili yapılan eğitimin anksiyetelerini azaltmadaki etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 78 s.
74. Oflaz, F., Günaydın, N., 1998, Planlı ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi, Gata Bülteni, 40, 1, 6-10 s.
75. Oran, N., Turgay, A., 2000, Santral venöz kateterde hemşirelik bakımı ,Hemşirelik Forumu, Mayıs-Haziran, 3, 3, 24-25s.
76. Öncü, S., 2003, Santral venöz kateter infeksiyonları ve tedavisi Klimik Dergisi, 16, 2, 45-51 s.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

77. Öner, N., LE. Compte, A., 1982, Durumluluk –Sürekli kaygı envanteri el kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
78. Öz, F., Üstün, B., 1995, Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, Hemşirelik Bülteni, 9, 38, 57-64 s.
79. Özcengiz, D., 2006, Anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları günübürlük cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin durumluk kaygılarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 65 s.
80. Özen, A., 2005, Ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerinin etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, 62 s.
81. Özkan, S., 1993, Psikiyatrik Tıp, İstanbul Roche Müstahzarları AŞ, 41–45, 103–107 s.
82. Özkocaman, V., 2002, Tüneli santral venöz kateterle (Hickman Tipi) ilişkili enfeksiyonların tanımlanması ve tedavisi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28, 3, 101-103 s.
83. Özmen, D., 1993, Dokuz Eylül üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların beklentilerinin saptanması, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 533-538 s.
84. Pektaş, A., 2008, Santral venöz kateter ile izlenen hematoloji hastalarında kateter kullanımına bağlı gelişen komplikasyonlar, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, s.
85. Parlak, M., Sancak, T., Arat, M., Bilgiç, S., Sanlıdilek, U., 2006, Kemik iliği transplantasyonu hastalarında tüneli kateterler: radyolojik ve klinik takip sonuçları, Diagn Interv Radiol, 12, 190-194s.
86. Pektekin, Ç., 1993, Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar psikiyatri hemşireliği, Ed Y. Demir. 2. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, 15-17 s.
87. Pektekin, Ç., 1996, Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar psikiyatri hemşireliği el kitabı, Ed:N. Kum. 1 Baskı İstanbul, Birlik Ofset Ltd Şti, 22-33 s.
88. Pınar, R., Yürügen, B., 1994, Hemodiyaliz tedavisine giren hastaların durumlilik ve sürekli anksiyete düzeyleri, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1, 2, 46-53 s.
89. Pırakçife, Ü., 2003, İnguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerine verilen eğitimin durumlilik anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 80 s.
90. Samancı, T., Molinas, N., Bozkurt, A.K., Kutlu, F., Uras, C., 2004, Evaluation of port complications in 115 cancer patients, Cerrahpaşa J Med, 35, 71–77 p.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

91. Schwecke, L.H., 1999, Anxiety, coping and crisis, 3. Ed Mosby St Louis, 147-153 p.
92. Stein, D.J., Hollander, E., 2003, Textbook of anxiety disorders, Dutch Journal of psychiatry ,American Psychiatric Publishing, 45-47 p.
93. Sürmeli, A., 1997, Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bakış, İçinden: Güleç, C., Köroğlu, E., (Eds), Psikiyatri Temel Kitabı. Medico Graphics Ofset, Ankara, 449-459 s.
94. Şahin, N.H., 1998, Stresle başa çıkma, Türk Psikoloğlar Deneği Yayınları No:2, 3, Ankara.
95. Şenses, M., 1997, Çocuklarına batın ameliyatı endikasyonu konan annelerin eğitiminin anksiyete üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 73 s.
96. Tercan, F., 2006, Venöz kateterizasyon için girişim yolları ve kateter tipleri,Türk Hematoloji Derneği, Hematoloji Pratiğinde Uygulamalı Kateterizasyon Kursu, 16-22 s.
97. Tsutsami, S., Yamaki, S., Yamaguchi, S., Asaa, T., Kuwano, H., 2006, Anxiety in outpatients receiving chemotherapy for solid cancer, Hepatogastroenterology, Nov, Dec, 53, 72, 828-30 p.
98. Tükel, R., 1998, Anksiyete bozuklukları psikiyatri ders kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları No:49, Emek Matbaacılık, İstanbul.
99. Ünal A., 2004, Tümüyle cilt altına yerleştirilen port kateter sistemleri XIII TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşirelik Programı, 197-198 s.
100. Varcaloris, E.M., 1998, Foundations of psychiatric mental health nursing, London, W. B. Saunders Company, 343-347 p.
101. Wisselo, T.L., Stuart, C., Muris, P., 2004, Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know?, Pediatric Anesthesia, 14, 299-307 p.
102. Yazıcı, N., Akyüz, C., 2005, Kanserli çocuklarda tamamı cilt altına yerleştirilen kalıcı santral venöz kateterler, Katkı, 27,53-64 s.
103. Yeşilbalkan, Ö.U., 2005, Onkoloji hastalarında sık kullanılan venöz giriş aracı: implante port kateter, CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9,2 s.
104. Yıp, D., and Funaki, D., 2002, Subcutaneous chest ports via the internal jugular vein. a retrospective study of 117 oncology patients, Acta Radiol, 43, 371-375 p.
105. Yurtsever, S., 2000, Venöz port sistemi, komplikasyonları ve bakımı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7, 1-2 Ocak-Aralık, 43-49 s.
106. Yücel, A., 2005, Informed consent for intravascular contrast material and anxiety, Acta Radiol, 46,7,701-707 p.

KAYNAK DİZİNİ (devam ediyor)

107. <http://www.onkohem.org.tr/10.pdf> (2006 Port yerleşim yeri).
108. www.breastcancer.org/pictures/treatment/chemo-port.jsp.

8. EKLER

EK –I: Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

Hasta Dosya No:

Kontrol Grubu () Araştırma Grubu()

1-)Cinsiyetiniz:

1. Kadın ()
2. Erkek ()

2-)Yaşınız:

3-)Mesleğiniz:

1. Çalışan ()
2. Emekli ()
3. Diğer ()

4-)Medeni durumunuz:

1. Evli ()
2. Bekar ()

5-)Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

6-)Eğitim durumunuz:

1. Okur Yazar ()
2. Okur – Yazar Değil ()
3. İlköğretim ()
4. Lise ()
5. Yüseköğretim ()

7-)Ailenin aylık geliri:

1. Gelir giderden az ()
2. Gelir gidere denk ()
3. Gelir giderden fazla ()

8-)Yaşadığınız yer:

1. Köy ()
2. İlçe ()
3. Şehir ()

9-)Daha önceki hastane deneyinimiz Var mı?

1. Evet () Nedeni:
2. Hayır ()

10-)İmplant port ismini daha önce duydunuz mu?

1. Evet ()
2. Hayır ()

EK-II : Kendi Yeterliliklerine Dair Görüşleri

	1 Hiç bilgin yok	2 Çok az bilgin var	3 Bilgin var	4 Çok bilgin var
1-İmplant port nedir? Bilginiz var mı?				
2-İmplant port kimlere takılır biliyor musunuz?				
3-İmplant port takılması nasıl bir işlemdir?				
4-İmplant port takılmasının avantajları nelerdir?				
5-İmplant port takılmasının dezavantajları nelerdir?				
6-İmplant port kim tarafından takılır?				
7-İmplant port sizin için neden gereklidir?				
8-İmplant port vücudun hangi bölgesine uygulanır?				
9-İmplant port takılması işlemi ne kadar sürer?				
10-İmplant port takılmadan önce ne kadar süreç kalacağınızı biliyor musunuz?				
11-İmplant port takılırken nasıl bir anestezi alacağınızı biliyor musunuz?				
12-İmplant port takıldıktan sonra ne kadar süre ayılma ünitesinde kalacağınızı biliyor musunuz?				
13-İmplant portunuz takıldıktan sonra ne zaman kullanılır?				
14-İmplant port takıldıktan sonra nasıl bir bakım uygulamanız gerektiğini biliyor musunuz?				
15-İmplant port bölgesinde neleri gözlemeniz gerektiğini biliyor musunuz?				
16-Hangi durumlarda doktorunuza ve hemşirenize başvurmanız gerektiğinizi biliyor musunuz?				
17-İmplant portun sosyal hayatınızı (iş yaşantınızı, spor aktivitelerinizi, banyo yapmanızı, cinsel hayatınızı) etkileyip etkilemeyeceğini biliyor musunuz?				
18-İmplant port iğnesinin nasıl takıldığını ve çıkartıldığını biliyor musunuz?				
19-Port iğneniz takılı değil ve portunuz kullanılmıyorsa nasıl bir bakım yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?				
20-İmplant porta bağlı gelişebilecek komplikasyonları biliyor musunuz?				

EK III: STAI FORM TX- 1 Durumluluk Süreklilik Anksiyete Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı gösterin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1-Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2-Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3-Şu 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)

EK-IV: STAI FORM TX- 2 Durumluluk Süreklilik Anksiyete Envanteri

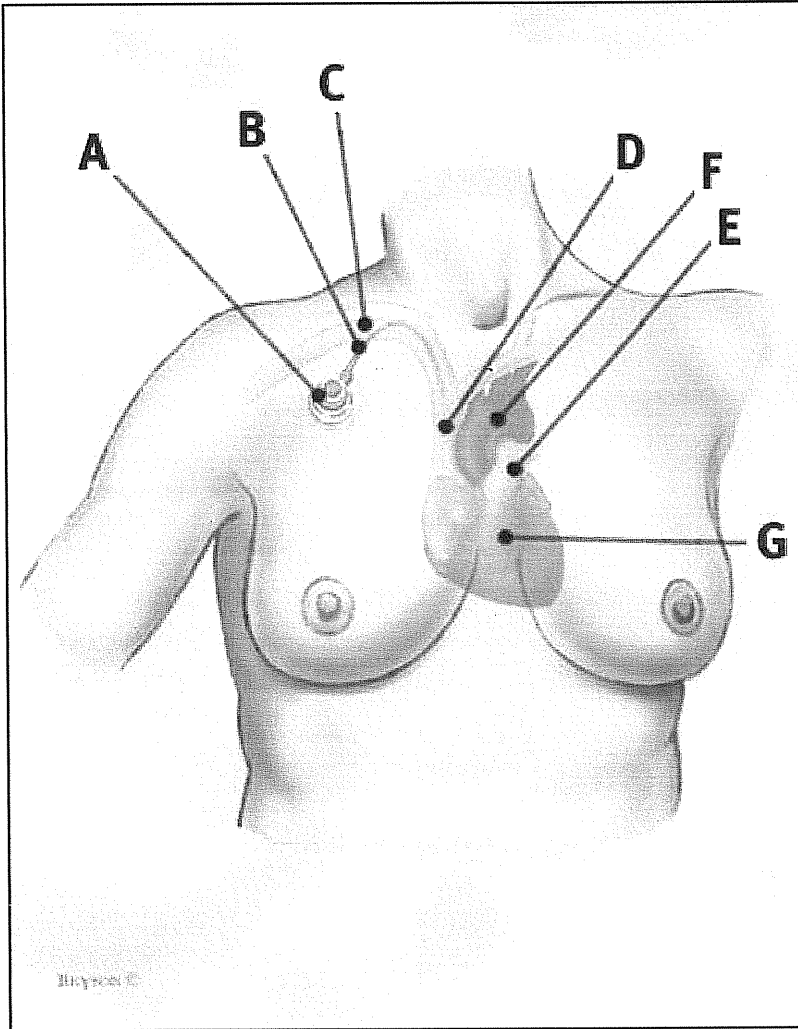
	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı gösterin.				
21-Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22-Genellikle çabuk yoruluyorum.	(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 kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26-Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27-Genellikle sakin, kendime 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-Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32-Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33-Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35-Genellikle kendimi hüzünlü 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 eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-V: Bilgilendirme Broşürü

İmplant port nedir?

Cilt yatağından küçük bir cerrahi girişim uygulanarak büyük damarlar (venler) içine yerleştirilen kateterdir. Port kateterin diğer santral kateterlerden farkı tamamen cilt altına yerleştirilmesi ve kapalı bir sistemden oluşmasıdır.

Şekil 2:Portun yerleşimi (108)



A Port

B Kateter

C Subclavian ven

D Vena cava superi

E Pulmonar ven

F Aorta

G Kalp

İmplant port kimlere uygulanır?

Kısa veya uzun süreli kemoterapi, antibiyotik tedavisi, damar yolu ile beslenme (parenteral beslenme) ve sık kan nakli (transfüzyonu) yapılacak olan hastalara uygulanabilir.

Port kateter sisteminin iyi yönleri (avantajları) nelerdir?

- Kozmetik görünümüne uygun, hijyenik yönden emindir.
- Uzun süreli emin bir damar yolu sağlar.
- Hekim ve yardımcı peronel için çalışmayı kolaylaştırır.
- Hastaları uzun süreli ve ağrılı ven girişimlerinden korur.
- Yara iyileşmesinden sonra pansuman gerekmez.
- Kullanım süresi uzundur.
- Kataterin çıkarılması gerekli değildir.

Port kateter sisteminin bilinen kötü yönleri (dezavantajları) nelerdir?

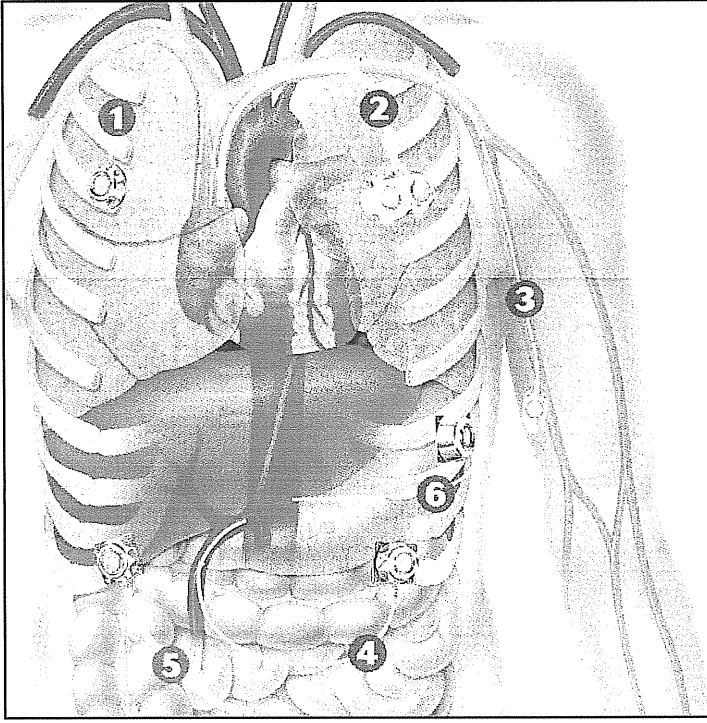
- En büyük dezavantajı fiyatıdır.
- Özel enjeksiyon iğnesi gereklidir.

İmplant portu kim takar?

Port kateter ameliyathane ortamında cerrah veya radyolog tarafından takılmaktadır.

İmplant port vücudun hangi bölgesine yerleştirilir?

Kateter genellikle göğüs bölgesinin üst kısmına küçük bir cerrahi girişim ile yerleştirilmektedir. Hastalık göğüs kısmını kapsıyorsa karın, kasık ve kolda kolun iç yüzüne (antekübital) bölgeye de takılabilmektedir.



Şekil 1:Portun yerleşim yerleri (107).

Port takılması işlemi ne kadar sürer?

20-30 dakika sürer.

İşlem öncesi için hazırlık gerekli midir?

İşlemden en az 24 saat önce hastalara mutlaka gerekli açıklamalarda bulunularak yazılı izinlerinin alınması şarttır. İşlem öncesi ilaç verilmesi (premedikasyon) hastanın durumuna göre düzenlenir. Yetişkinlerde genelde lokal anestezi, gerektiğinde kısa süreli narkoz uygulanabilir. Çocuklarda ise genel anestezi tercih edilmelidir. Hastanemizde implante port katateri kısa süreli narkoz altında takılmaktadır. İşlemden önce 8 saat hiçbir şey yiyip içmemeniz gerekmektedir.

İşlem esnasında nelere dikkat edilmelidir?

İşlem öncesinde ameliyathane ortamına girmeden önce üst kısımdaki giysileriniz çıkartılarak size önlük giydirilecek ve işlemin yapılacağı masaya alınacaksınız. İşlem esnasında verilen anestezi sizi uyutacak, bu nedenle hiçbir şey hissetmeyeceksiniz.

İşlem sonrasında nelere dikkat edilmelidir?

İşlem hafif bir sedasyonla gerçekleştiği için 2 saat ayılma ünitesinde takip edileceksiniz. Burada tansiyon, nabız, solunum ve ateşiniz hemşireler tarafından izlenecek. 2 saat sonunda önce R1 dediğimiz sıvı gıdalar (meyve suyu, su, ayran) daha sonra R2 dediğimiz yumuşak gıdalar (yoğurt, muhallebi) yedikten sonra ayağa kaldılacaksınız. İmplant portunuz takıldıktan 2 saat sonra, tedavi alacaksanız implant portunuz kullanılabilir. Portunuz kullanılacaksa port iğnesi takılır. Tedavi almayacaksanız 2 saatin sonunda taburculuk işlemi olur. İmplant portun takıldığı yerdeki dikişlerinin üzerine dokuların birleşmesini sağlayan beyaz bir bant (steril strip) yapıştırılmış ve üzeri gazlı bezle kapatılmış olacaktır. 3 gün sonra gazlı bez çıkartılır, pansuman yapmaya gerek yoktur. 1 hafta boyunca banyo yapmamanız önerilir. 1 hafta sonra kontrole gelmeniz gerekir. Kontrole geldiğinizde steril strip hemşire ya da doktor tarafından çıkarılır. Kateter bölgesine atılan dikişler emilebilen iplik olduğu için alınmasına gerek yoktur.

Hangi durumlarda sağlık personeline başvurmanız gerekmektedir?

Port bölgesinde ağrı şişlik, kızarıklık, hassasiyet, implant bölgesinde akıntı veya kateterin hareket etmesi gibi durumlarda sağlık personeline başvurmanız gerekmektedir.

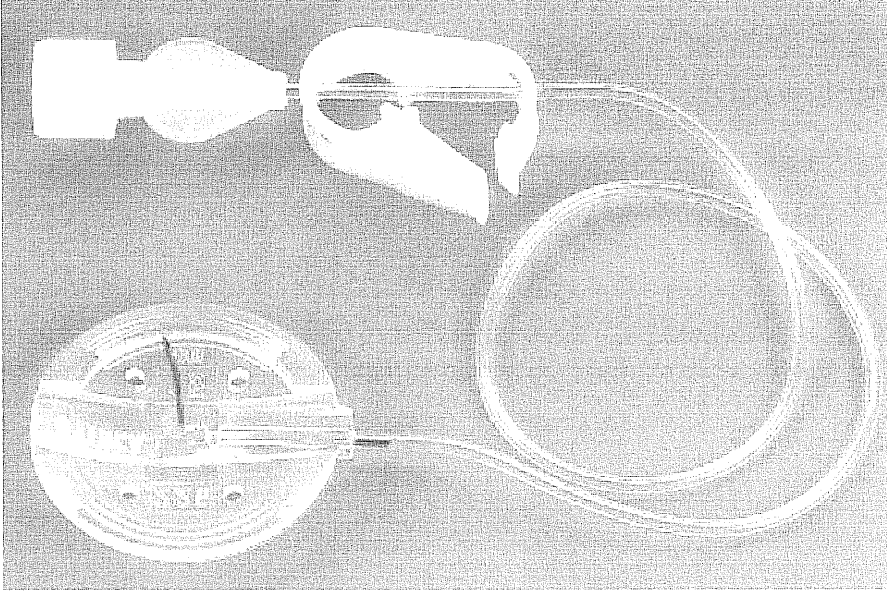
İmplant port sosyal yaşantınızı etkileyecek mi?

İmplant port katateri diğer kataterlere göre bir çok avantajı bulunmaktadır. İlk olarak görünüş daha estetik olduğu için hastalar daha kolay uyum gösterebilmektedir. İkinci olarak diğer kataterlere göre daha az iğne girişi nedeni ile hasta daha az anksiyete

taşamaktadır. Yaşam biçiminde kolaylık sağlaması, vücut imajı, kozmetik görünüş gibi psiko-sosyal faktörler nedeni ile de hastalar tarafından tercih edilen bir venöz giriş aracıdır. İmplant port deri ile örtülü olduğu için hastaların banyo yapmaları sorun oluşturmaz.

İmplant port iğnesi nasıl takılır ve çıkartılır?

Port iğnesi doktor veya hemşire tarafından takılır. Port kateterin takılı olduğu bölge mikropları öldüren (antiseptik) solüsyon ile içten dışa doru dairesel olarak temizlenir. Derinin kurumaması beklenir. Delikli steril örtü kateterin olduğu alan üzerine yerleştirilir. Port kateterin rezervuar kısmı cilt üzerinde palpe edilerek iki parmak arasında sabitlenir. Port iğnesi 90 derecelik açı ile takılır, iğnenin ucundaki katetere 10 cc'lik enjektör takılır. Kanın gelmesi için aspirasyon işlemi uygulanır. aspire edilen kan atılır. Kateter serum fizyolojik ile yıkanır. Enjektör çıkarılmadan önce iğne ucundaki kateter klemplenir. İğnenin takıldığı bölgeden steril örtü kaldırılır. Deri üzerindeki iğne giriş yeri steril gazlı bez ile kapatılır. Port katetere takılan iğne tedavi bittiğinde çıkartılmalıdır. Port iğnesi çıkarılmadan kateter önce serum fizyolojikle sonra heparinli solüsyon ile yıkanır (heparinli solüsyon portunuzun tıkanmasını önler). İğne çıkarılmadan önce pansuman dikkatlice açılır. Portun rezervuar kısmı palpe edilir ve parmak arasında sabitlenir. İğnenin dış kısmı sıkıca tutulup 90 derecelik açı ile çekilir. Kanama duruncaya kadar iğne giriş bölgesine basınç uygulanır. Kateter bölgesi uygun antiseptik solüsyon ile temizlenir ve kurulanır. Pansumanla kapatmaya gerek yoktur.



Şekil 3: Port İğnesi (109)

Portunuz kullanılmıyorsa yapmanız gerekenler nelerdir?

Eğer iğne takılı değil ve port kullanılmıyor ise rutin bakım ayda bir kez olmak üzere port kateteri heparinli solüsyon ile yıkanır. Portta iğne takılı ise pansumana gerek yoktur.

İmplant port komplikasyonları nelerdir?

Port kateter kullanımına bağlı olarak en sık görülen komplikasyonlar; kateter tıkanıklığı, enfeksiyon, venöz tromboz ve ekstremitasyondur.

Kateter Tıkanıklığı: Kateter tıkanması port kateter kullanan hastalarda %20-30 oranında görülmektedir. Kateterden sıvı verilemiyor, kan alınamıyor ve infüzyon sırasında ağrı hissediliyor ise kateterde tıkanıklık olabileceği düşünülmelidir. Bu tür tıkanıklık olduğunda öncelikle sisteme açık olup olmadığı, iğnenin yerinde olup olmadığı sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir. Tıkanıklık olmuş ise bu durumu gidermek için ilaç tedavisi başlanır.

Kateter Enfeksiyonu: Port kateter kullanılan hastalarda %3-60 oranında görülmektedir. Kateter enfeksiyonu belirtileri; kızarıklık, lokal (bölgesel) hassasiyet,

port bölgesinde pürülan sıvı gelmesi, ateş ve titremedir. Enfeksiyon meydana geldi ise pansuman uygulanmalı ve hekim istemi doğrultusunda gerekli antibiyotik tedavisi başlanmalı.

Venöz Tromboz: Port kateter kullanılan hastada %5-40 oranında meydana gelmektedir. Venöz tromboz gelişen hastalarda kolda şişme, ağrı, enfeksiyon belirtileri (ateş, kızarıklık) ve bulguları görülmektedir.

Ekstravazasyon: İntravenöz olarak verilen sıvı veya ilacın damar dışına çıkarak doku içine sızmasıdır. Port kataterde ekstravazasyon genellikle iğne takılma işleminin uygun yapılamaması, iğnenin uygun sabitlenmemesi ve uygun uzunlukta iğne kullanılmamasına bağlı olarak gelişmektedir. Hasta infüzyon sırasında ağrı, yanma hisseder ve implante port bölgesinde şişlik meydana gelir ise infüzyon durdurulur ve kurumun ekstravazasyon tedavi protokolüne göre yapılması gereken işlemler uygulanır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Selda
Soyadı : Karaveli
Doğum Yeri Ve Tarihi : Görele – Giresun, 30. 09. 1979
Uyruğu : T. C.
İletişim Adresi: : Hacettepe üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği
Medeni Durumu : Bekar
Eğitim : İlköğretim 5 yıl Hasan Ali Yücel İlkokulu Görele 1985-1990
Ortaöğretim 3 yıl Görele Ortaokulu 1990-1993
Lise 4 yıl Görele Sağlık Meslek Lisesi 1993-1997
Üniversite 5 yıl Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1997-2003
Yüksek Lisans 2 yıl Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A. B. D Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 2006-Halen
Mesleki Deneyim : Hacettepe üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği (2001- Halen)
Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Servis Hemşireliği 4 ay
Bilimsel Etkinlikler : Temel Kalite Kavramları ve Kurum Kültürü 2004
İyileştirme Takımları ve Rehberlik 2004
Eğiticiler ve Rehberler: Yeni Dönem Değerlendirme Çalıştayı 2005
İleri Temel Yaşam Desteği Kursu 2006
IV. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi 2007
Telefon (İş). : 0312 305 11 36
Telefon (Cep). : 0505 697 49 28
E-mail : seldakaraveli@hotmail.com