

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA
AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ'NİN
GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI VE
İYİLEŞME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ
Hande CENGİZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek AYGİN

MAYIS-2018

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA
AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ'NİN
GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI VE
İYİLEŞME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ
Hande CENGİZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .././2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Dilek AYGİN	Başarılı	
Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR	Başarılı	
Doç. Dr. Fatih ALTINTOPRAK	Başarılı	
Doç. Dr. Neriman AKANSEL	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01/09/2016 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../2018

Hande CENGİZ

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Doktora eğitim sürecinde kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve her daim destek olan çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek AYGİN'e,

Deneyim ve görüşleri ile tezime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatih ALTINTOPRAK ve Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT'e,

Her zaman desteklerini hissettiğim hep yanımda olan canım Aileme,

Özellikle canım oğlum Yunus Emre'ye teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vii
TABLOLAR.....	viii
ŞEKİLLER.....	xi
ÖZET	xii
SUMMARY.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DÜNYADA VE TÜRKİYEDE CERRAHİ PROSEDÜRLERE AİT İSTATİSTİKLER.....	5
2.2. CERRAHİNİN TANIMI VE KISA TARİHÇE.....	6
2.3. CERRAHİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	8
2.4. CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	9
2.5. CERRAHİ BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	10
2.6. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	13
2.6.1. Ameliyat Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Süreci.....	13
2.6.1.1. Solunum Fonksiyonu.....	14
2.6.1.2. Kardiyovasküler Fonksiyon.....	15
2.6.1.3. Nörolojik Fonksiyon.....	19
2.6.1.4. Ağrı	19
2.6.1.5. Mide Bulantısı ve Kusmayı Kontrol Etme.....	20
2.6.1.6. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi'nden Taburculuk Kriterleri	21
2.6.2. Ameliyat Sonrası Geç Dönem Hemşirelik Süreci	21
2.6.2.1. Solunum Fonksiyonu	22
2.6.2.2. Kardiyovasküler Fonksiyon.....	23
2.6.2.3. Üriner Fonksiyon.....	25
2.6.2.4. Gastrointestinal Sistem Fonksiyonu (GİS).....	26

2.6.2.5. Nörolojik Sistem	29
2.6.2.6. Cerrahi Yara Bakımı	30
2.6.2.7. Ameliyat Sonrası Ağrı	37
2.6.2.8.Hareketlilik.....	37
2.6.2.9. Dinlenmenin Sağlanması.....	39
2.6.2.10. Emosyonel Desteğin Sağlanması.....	39
2.7. CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLLERİ.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	46
3.1.1. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	46
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	47
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	47
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	47
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri	49
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	49
3.6.1. Hasta Bilgi Formu.....	49
3.6.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ).....	49
3.6.3. İyileşme Kalitesi-40 Anketi	50
3.6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	50
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ	51
3.7.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	52
3.7.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	53
3.7.2.1. ASİİ'nin Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	53
3.7.2.2. ASİİ'nin Güvenirliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	55
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	55
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	56
4. BULGULAR.....	57

4.1. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ	57
4.1.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Kapsam Geçerliği	57
4.1.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin (ASİİ) Yapı Geçerliği	61
4.1.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	61
4.1.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	63
4.2. HASTALARIN İLK 3 GÜNDEKİ İYİLEŞME DURUMLARI (BİRİNCİ DEĞERLENDİRME).....	71
4.3. HASTALARIN 15-30. GÜNDEKİ İYİLEŞME DURUMLARI (İKİNCİ DEĞERLENDİRME) VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	77
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	90
5.1. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	90
5.1.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin Dil Eşdeğerliği.....	90
5.1.2. İndeksin Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	91
5.1.3. İndeksin Güvenirliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	96
5.2. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İYİLEŞME DURUMLARI (0-3 GÜN).....	98
5.3. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İYİLEŞME DURUMLARI (15-30 GÜN) VE YAŞAM KALİTESİ.....	101
KAYNAKLAR.....	108
EKLER.....	121
Ek 1. ASİİ Yazarı Stephen Butler'den İzin Talebi Yazışması.....	121
Ek 2. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı.....	122
Ek 3. Hasta Bilgi Formu.....	123
Ek 4. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ).....	124
Ek 5. İyileşme Kalitesi-40 Anketi (QOR – 40)	125
Ek 6. Yaşam Kalitesi (SF 36) Formu	126
Ek 7. Türkçe'den İngilizceye çevrilen ASİİ'nin son halinin yazar Stephen Butler'e gönderilerek onayının alınması.....	128

Ek 8. Dil Eşdeğerliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar.....	129
Ek 9. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi.....	130
ÖZGEÇMİŞ	131

KISALTMA VE SİMGELER

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASBÜ	: Anestezi Sonrası Bakım Ünitelerinde
ASİİ	: Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi
BKI	: Beden Kitle İndeksi
CAE	: Cerrahi Alan Enfeksiyonudur
CO	: Kardiyak Output
CO ₂	: Karbondioksit
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DVT	: Derin Ven Trombozu
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HKA	: Hasta Kontrollü Analjezi
IV	: İntravenöz
KB	: Kan Basıncı
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
l	: Litre
NPO	: Nil Per Os
OH	: Ortostatik Hipotansiyon
PAB	: Pulmoner Arter Basıncı
PaCO ₂	: Parsiyel Karbondioksit Basıncı
PaO ₂	: Parsiyel Oksijen Basıncı
QOR-40	: İyileşme Kalitesi-40 Anketi
ROM	: Range Of Motion-
SVB	: Santral Venöz Basınç
Tcpo ₂	: Transkutanöz Parsiyel Oksijen Basıncı
VAC	: Vacuum Assisted Closure

TABLULAR

Tablo 2.1.1.	En Sık Yapılan Cerrahi Girişimler (2009 yılı).....	5
Tablo 2.3.1.	Ameliyatın Amaçlarına Göre Sınıflandırılması.....	8
Tablo 2.3.2.	Ameliyatın Aciliyetine Göre Sınıflandırılması	9
Tablo 2.6.1.	Evrelerine Göre Şokta Klinik Bulgular.....	16
Tablo 2.6.2.	Yara İyileşmesi Fazları	31
Tablo 2.7.1.	ERAS Protokolünün Öğeleri	40
Tablo 3.6.1.	ASİİ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlama Sistemi	50
Tablo 3.7.1.	ASİİ'nin Geçerlik ve Güvenirliği için Kullanılan Teknik ve Yapılan İşlemler.....	53
Tablo 4.1.1.	Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) Sonuçları.....	58
Tablo 4.1.2.	Kendall W Analizi İle Uzman Görüşleri Arasındaki Uyumun İncelenmesi.....	59
Tablo 4.1.3.	Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İfade Ortalamaları (N=382)....	60
Tablo 4.1.4.	Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi KMO ve Bartlett Sonuçları.....	61
Tablo 4.1.5.	Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Faktörleri.....	62
Tablo 4.1.6.	DFA modelinin Uyum İndeksleri.....	65
Tablo 4.1.7.	Standart Regresyon Katsayıları.....	66
Tablo 4.1.8.	ASİİ ve Yaşam Kalitesi-40 Anketinin Güvenirliği.....	67
Tablo 4.1.9.	ASİİ İle İyileşme Kalitesi-40 Anketi Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	67
Tablo 4.1.10.	ASİİ'nin Genel ve Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi-40 Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	68
Tablo 4.1.11.	ASİİ'nin Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	69
Tablo 4.2.1.	Tanımlayıcı İstatistikler (N=382).....	71
Tablo 4.2.2.	ASİİ ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (N=382).....	73
Tablo 4.2.3.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Tanı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382).....	73
Tablo 4.2.4.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382).....	74

Tablo 4.2.5.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puanları İle Yaş ve BKİ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=382).....	74
Tablo 4.2.6.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382).....	75
Tablo 4.2.7.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382).....	76
Tablo 4.2.8.	ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Kronik Hastalık Bulunma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382).....	76
Tablo 4.3.1.	Tanımlayıcı İstatistikler (N=115).....	77
Tablo 4.3.2.	ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Tanı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115).....	79
Tablo 4.3.3.	ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115).....	80
Tablo 4.3.4.	ASİİ Puanları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları İle Yaş ve BKİ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=115).....	80
Tablo 4.3.5.	ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115).....	81
Tablo 4.3.6.	ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115).....	82
Tablo 4.3.7.	ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Kronik Hastalık Bulunma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115).....	83
Tablo 4.3.8.	ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	84

Tablo 4.3.9.	Tanı Gruplarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	85
Tablo 4.3.10.	Cinsiyet Gruplarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	86
Tablo 4.3.11.	Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	87
Tablo 4.3.12.	Sigara Kullanma Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	88
Tablo 4.3.13.	Kronik Hastalık Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115).....	89

ŞEKİLLER

Şekil 1.	Bedenin Stresörlere Karşı Nöroendokrin Tepkisi.....	10
Şekil 2.	Araştırma Akış Diyagramı.....	51
Şekil 3.	Birinci Dereceden DFA Modeli.....	64

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Hastaların ameliyat sonrası bakımının en iyi şekilde sağlanması ve iyileşmelerine yardımcı olunması amacıyla, sağlık durumları ve belirli semptomları sistematik şekilde uygun bir ölçüm aracıyla değerlendirilmelidir. Bu araştırma, cerrahi girişim geçiren hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin (ASİİ) geçerlik-güvenirlilik çalışmasının yapılması ve ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Metodolojik ve analitik olarak planlanan araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında cerrahi girişim uygulanan 382 hasta oluşturdu. Öncelikle ASİİ Türkçe geçerliği-güvenirliliğine ilişkin analizler yapıldı. Sonrasında 115 hastanın iyileşme durumları 0-3 ve 15-30 günde tanımlayıcı ve parametrik testlerle değerlendirildi. İlk değerlendirmede; Hasta Bilgi Formu, ASİİ, İyileşme Kalitesi-40 Anketi, ikinci değerlendirmede; ASİİ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

BULGULAR: ASİİ'nin puan ortalaması $3,39 \pm 0,916$, Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı $\alpha=0.967$ olarak hesaplandı ve faktör analizine göre ASİİ'nin 37 maddeden 25'e düşürülen 5 faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı belirlendi. Ameliyat sonrası 0-3 günlerde; kadınların Fiziksel Aktiviteler (FA), Genel Semptomlar (GS), İstek-Arzu Semptomları (İAS), Psikolojik Semptomlar (PS) alt boyutları ile ASİİ puanlarına göre iyileşme durumlarında erkeklere göre daha fazla güçlük yaşadıkları belirlendi. Yaş arttıkça ASİİ, FA, GS, İAS, Bağırsak Semptomları alt boyutlarında iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığı görüldü. İkinci değerlendirme ise, erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin belli alanlarda daha iyi olduğu, daha önce cerrahi girişim geçirenlerin ve ileri yaştakilerin iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin kötü etkilendiği belirlendi.

SONUÇ: ASİİ'nin Türk hastaları için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görüldü. 0-3 günde yapılan ilk değerlendirmeye göre, hastaların 15-30 gündeki iyileşme durumları daha iyi bulundu.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Hasta, Hasta Bakımı, Ameliyat Sonrası Bakım, Fonksiyonların İyileşmesi

SUMMARY

VALIDITY-RELIABILITY STUDY OF POSTOPERATIVE RECOVERY INDEX IN PATIENTS UNDERGOING A SURGICAL INTERVENTION AND AN EVALUATION OF THEIR RECOVERY STATUS

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: For the purpose of providing the optimal post-operative care for the patients and assisting them in terms of recovery, their health conditions and particular symptoms should be evaluated systematically with an appropriate measurement tool. This research was designed with the purpose of conducting the validity and reliability study of the Post-Operative Recovery Index (PORI) and determining the post-operative recovery conditions.

MATERIAL AND METHOD: The sample of this study, which was planned methodologically and analytically, consisted of 382 patients who had a surgical intervention in a university hospital between the dates of September 2016-June 2017. First of all, analyses concerning the Turkish validity and reliability of PORI were conducted. Afterwards, the recovery conditions of 115 patients were evaluated in the 0-3 and 15-30 days through descriptive and parametric tests. In the first evaluation, Patient Information Form, PORI, the Quality of Recovery-40 Questionnaire (QoR-40) and in the second evaluation, PORI and SF-36 Life Quality Scale were used.

FINDINGS: The PORI point average was calculated as $3,39 \pm 0,916$ and Cronbach Alfa Reliability Coefficient was calculated as $\alpha=0.967$. It was determined that the five-factor structure of the PORI, which was reduced from 37 items to 25, was adapted well. It was determined in the 0-3 days after the operation that women have more difficulties in terms of the recovery conditions in comparison to men according to the sub-dimensions of Physical Activities (PA), General Symptoms (GS), Appetite Symptoms (AS) and Psychological Symptoms (PS), and according to the PORI scores. It was seen that more difficulties emerge regarding recovery in the sub-dimensions of PA, GS, AS, PS and Bowel Symptoms with increasing age. On the other hand, in the second evaluation, it was determined that the life quality of men is better in comparison to women in particular areas, the ones who had a surgical intervention and the elderly confront more difficulties in terms of recovery and their life quality is adversely affected.

CONCLUSION: It was seen that PORI is a valid and reliable measurement tool for Turkish patients. According to the evaluation performed in the 0-3 days, the recovery of patients in the 15-30 days was found preferable.

Keyword: Surgery, Patient, Patient Care, Post-Operative Care, Recovery of the Functions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi tedavi geçmişten 19. yy'a kadar zor, riskli bir yöntem olarak görülürdü ve genellikle en son tercih edilirdi. Son 30 yılda birçok hastalıkta hem gelişen teknoloji hem de anestezi, cerrahi teknik, tanı ve tedavideki gelişmeler sayesinde cerrahi süreçte komplikasyon oranı giderek azaldı ve ilk başvurulan yöntem halini aldı (Aslan 2009, Malley et al. 2015). Günümüzde cerrahi girişim sayısı giderek artmaktadır. Bu artışın nedenleri ise özetle; nüfus artışının hızlı olması, doğumsal anomalilerin daha fazla görülmeye başlaması, insan ömrünün giderek uzaması dolayısıyla yaşlı popülasyonunun artması, endüstriyel araç-gereçlerin daha fazla kullanılmaya başlaması ve buna bağlı travmaların artması ile bireylerin sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması olarak belirtilmektedir (Aksoy 2017a). Son yıllarda cerrahi uygulamalarda ve anestezi tekniklerindeki ilerlemeler, teknolojik gelişmeler, tanı yöntemlerindeki ilerlemelerin yanı sıra hızlı cerrahi prosedürler ve kanıta dayalı uygulamaların da hayata geçirilmesiyle cerrahi sonrası stres yanıtını da azaltarak erken iyileşmenin sağlanabileceği, morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği öngörülmüş olup, nitelikli bakım hizmeti verilmesi, kültür seviyesi artan bireyin ve toplumun sağlık konusuna verdikleri önemin artması da cerrahi müdahale sayısının artmasında etkili olmuştur (Gündoğdu 2013, Demirhan ve Pınar 2014, Kabataş ve Özbayır 2016, Aksoy 2017a, Çilingir ve Candaş 2017).

Dünya Sağlık Örgütüne üye 192 ülkeden 56 ülkenin cerrahi verileri incelendiğinde; her yıl küresel olarak yaklaşık 234,2 milyon ameliyat gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Weiser et al. 2008). Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verilerine göre; 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 48 milyon cerrahi girişim gerçekleşmiş olup, bu girişimlerin 7,3 milyonu kardiyovasküler cerrahi, 6,1 milyonu sindirim sistemi ameliyatları, 5,2 milyonu ise kas-iskelet sistemi ameliyatlarıdır (<https://stanfordhealthcare.org/medical-clinics/surgeryclinic/patientresources/surgery-statistics.html> Erişim tarihi: 21.12.2017).

ABD’nde 2010 yılında hastanelerde ve ambulatuvar (ayaktan ya da yatarak olmayan) cerrahi merkezlerinde yapılan cerrahi ve cerrahi dışı işlem sayısı 48,3 milyondur. Bu ameliyatların %70’ini sindirim sistemi (%21), göz (%16), kas-iskelet sistem (%15), cilt (%9) ve sinir sistemi ameliyatları (%9) oluşturmaktadır (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/journals/natl-health-stat-report/> Erişim tarihi: 29.12.2017). 2003-2004 ve 2013-2014 yılları arasında İngiltere’de cerrahi işlemler için kabul edilen hasta sayısında %27’lik bir artış olmuştur (<https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/media-backgroundbriefing-s-and-statistics/surgery-and-the-nhs-in-numbers/> Erişim tarihi: 21.12.2017). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2016 yılında toplam 4.772.229 ameliyat yapılmış olup ameliyat sayısının hastane müracaat sayısına oranı ise %1,1’dir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti /13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim tarihi: 29.12.2017).

Cerrahi girişim geçiren hastada kür sağlanması, uygulanan tedavi ve bakımdan hem hastanın hem de sağlık çalışanlarının memnun kalması arzu edilen bir durumdur. Dolayısıyla tedavi ve bakımda temel amacımız; komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesi ve bireyin sağlığının en iyi seviyede sürdürülmesidir (Dal, Bulut, Demir 2012). Ameliyat olmak üzere hastaneye kabul edilen hastada, cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilecek olan tedavinin başarısı; cerrahi teknik ve anesteziadaki gelişmeler ile yeterli bilgi-beceriye sahip olunmasının yanı sıra ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat sırası ve sonrası bakım uygulamalarının en iyi düzeyde verilmesine de bağlıdır (Malley et al. 2015, Aksoy 2017a). Ameliyat sonrası dönem, cerrahi müdahaleden hemen sonra başlar, ameliyat edilen birey normal işlevlerini kazanıncaya kadar ya da uygulanan medikal veya cerrahi bakım sonlandırılıncaya kadar sürer. Bu dönemde bakımın amacı; bireyde bozulan homeostatik dengenin yeniden oluşturulması, komplikasyonların önlenmesi, önlenemeyen komplikasyonların ise erken evrede fark edilip müdahale edilmesi, mümkün olduğunca en kısa zamanda bireyin normal yaşantısına geri dönmesinin sağlanması için hastaya yardım edilmesi ve desteklenmesidir. Bunun için hastanın iyi bir şekilde gözlenmesi, yaşamsal parametrelerin yakından izlenmesi, değerlendirilmesi önemlidir (Pour 2012, Liddle 2013, Yolcu ve ark. 2016, Akyolcu 2017a).

Anestezi ve ameliyat sonrası iyileşme karmaşık bir süreçtir. Bu durum hastaya ilişkin faktörler, anestezi türü ve cerrahi işleme ait koşulların uygun olup olmaması gibi birçok nedene bağlıdır (Yaghoobi et al. 2015). Hemşire ameliyat sonrasında hastasının; kardiyovasküler ve pulmoner fonksiyonlarını sürdürme, beslenme ve eliminasyonu yeterli düzeye getirme, asit baz ve sıvı elektrolit dengesini koruma, renal fonksiyonlarını yeterli düzeye getirme ve sürdürme, istirahatini ve güvenliğini sağlama, en kısa zamanda ambulasyon ve hareket ettirme, cerrahi insizyonu yara iyileşme evrelerine göre takip etme, etkin ve yeterli psikolojik destek verme ile komplikasyonların önlemesi için bakımını planlar ve uygular (İzveren ve Dal 2011).

Ameliyat sonrasında bireyde gelişebilecek sorunların ve iyileşme durumunu etkileyen faktörlerin en erken evrede saptanması; ameliyat başarısına, tedavi ve bakımda istenilen hasta sonuçlarına ulaşılmasına ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyinin artmasına olanak sağlayacaktır (Yolcu ve Akın 2015). Geleneksel anlamda, ameliyat sonrası iyileşmenin yapı taşı olarak müdahale sonrası hastanede yatma süresi ve normal yaşam aktivitelerine ne zaman başladığı gösterilse de, son yıllarda hastayı ön planda tutan iyileşme ve yaşam kalitesi gibi kavramlar daha fazla öne çıkmaktadır (Paddison et al. 2011). Hastaların ameliyat sonrası bakımını en iyi şekilde sağlamak, iyileşme süreçlerinde biyopsikososyal açıdan tüm sorunlarının çözülmesinde yardımcı olmak ve hastanede yatış sürelerini kısaltmak için hastaların ameliyat sonrası çeşitli değerlendirme sistemleri aracılığıyla sağlık durumlarının ve belli başlı semptomlarının sistematik şekilde uygun bir ölçüm aracıyla ölçülmesi gerekmektedir (Butler et al. 2012, Yolcu ve Akın 2015). Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (Postoperative Recovery Index) ile psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, genel semptomlar, bağırsak semptomları ve istek-arzu semptomları taburculuk sonrasında da 30 güne kadar değerlendirilebilmektedir. Bu indeks birbirinden farklı ameliyat türlerine uyarlanabilecek ve hastanın çok yönlü öz bildirimlerini yansıtabilecek bir ölçüm aracı olarak görülmektedir (Butler et al. 2012).

Cerrahi girişim sonrası hastaların iyileşme durumları hakkında Türkiye'deki literatür incelendiğinde; Karaman ve ark. tarafından (2014) yılında, ameliyat sonrası hastaların duygusal durum, fiziksel konfor, hasta desteği, fiziksel bağımsızlık ile ağrıya ilişkin iyileşme kalitesini ölçen bir ölçüm aracının Türkçe geçerlik, güvenilirliği yapılmıştır (Karaman ve ark. 2014). Bunun dışında literatürde bu konuyla ilgili yapılmış çalışmaların azlığı da dikkati çekmektedir.

Bu gereksinimlerden yola çıkarak araştırma, cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme indeksinin geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapılması ve ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE CERRAHİ PROSEDÜRLERE AİT İSTATİSTİKLER

Geçmişten günümüze cerrahide ve anestezi tekniklerinde meydana gelen teknolojik gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, hızlı cerrahi prosedürler ve kanıta dayalı uygulamalar, ameliyat sonrası nitelikli bakım sayesinde cerrahi girişimlerin başarısı artarken, yaşlanan nüfus oranı ve sanayileşmeye bağlı olarak kazalarda artış gibi sebepler dolayısıyla cerrahi girişimlerin sayısında da artış olduğu görülmektedir (Chard 2010a, Demirhan ve Pınar 2014, Kabataş ve Özbayır 2016, Aksoy 2017a, Çilingir ve Candaş 2017). 2009 yılında ABD'de Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin verilerine göre 48 milyon cerrahi gerçekleşmiş olup bu cerrahi girişimler sırasıyla;

Tablo 2.1.1. En Sık Yapılan Cerrahi Girişimler (2009 yılı)

Kardiyovasküler sistem ameliyatları	7,3 milyon
Sindirim sistemi ameliyatları	6,1 milyon
Kas-iskelet sistemi ameliyatları	5,2 milyon
Deri (cilt) sistem ameliyatları	1,4 milyon
Solunum sistemi ameliyatları	1,3 milyon
Sinir sistemi ameliyatları	1,2 milyon
Üriner sistem ameliyatları	1,1 milyon
Burun, ağız ve gırtlak ameliyatları	289 bin
Göz ameliyatları	69 bin
Kulak ameliyatları	24 bin

Kaynak:(<https://stanfordhealthcare.org/medical-clinics/surgery-clinic/patientresources/surgerystatistics.html>)

Erişim tarihi: 21.12.2017).

Plastik cerrahi alanında 2015 yılında yapılan ameliyat sayısı 1.912.468 iken, 2016 yılında bu sayının 1.979.595'e yükseldiği ve her geçen gün cerrahi girişimlerde artış yaşandığı görülmektedir. Yapılan ameliyat türleri incelendiğinde; en çok yağ aldırma (414.335), meme büyütme (310.444), karın germe (181.540), gözkapağı cerrahisi (173.883), meme dikleştirme (161.412) ameliyatları olduğu saptandı (<https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2016.pdf> Erişim tarihi: 04.01.2018).

Avrupa Birliğine (AB) bağlı ülkelerde 2015 yılında en sık yapılan cerrahi girişimlerin katarakt cerrahisi, translüminal koroner anjiyoplastiler, apendektomi, kolesistektomi, inguinal herni, histerektomi, sezeryan ve kalça replasmanı ameliyatları olduğu bildirilmiştir. En yaygın yapılan ameliyat laparoskopik apendektomi olup, 2010 ve 2015 yılları için mevcut 18 AB üyesi devletlerin hepsi bu ameliyatlarda artış olduğunu bildirmiş ve en yüksek artışın Slovenya, Finlandiya ve Litvanya'da olduğu belirtilmiştir. 18 AB üye devletin 17'si Laparoskopik histerektomi ameliyatlarında artış olduğunu bildirmiş, en yüksek artışın da Romanya ve Macaristan'da gerçekleştiği belirtilmiştir. Laparoskopik inguinal herni onarım sıklığı açısından 16 AB üye devletinin 13'ünde artış olduğu ifade edilmiştir (En yüksek artışlar Slovenya ve Portekiz). Laparoskopik kolesistektomi sıklığında da 10 AB üye devletinde artış olduğu, en yüksek artışın da Danimarka ve İspanya'da olduğu tespit edilmiştir (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Surgical_operations_and_procedures_statistics Erişim tarihi: 04.01.2018). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre; 2016 yılında toplam 4.772.229 ameliyat yapılmış olup bu ameliyatların en çok İstanbul (877.441), Ankara (437.849), İzmir (286.482), Bursa (178,629) illerinde gerçekleştiği belirtilmiştir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim tarihi: 29.12.2017).

2.2. CERRAHİNİN TANIMI VE KISA TARİHÇE

Cerrahinin kökü "*cerh*" sözcüğü olup Arapçada sözlük anlamı "*yaralanma, çürütme, kabul etmeme*"dir (Aksoy 2017a). Türk Dil Kurumunda *cerh*; "*yaralama*", cerrahi ise; *ameliyatı gerektiren hastalıklarla ilgilenen hekimlik kolu, hariciye*", olarak

tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>). Cerrah ise "yara ile uğraşan kişi" dir (Aslan 2009, Özer 2016). Cerrahinin tanımına bakacak olursak; "*ilaçla ya da başka tedavi yöntemleriyle iyileştirilemeyen hastalıkların, yaralanmaların, vücuttaki yapı bozukluklarının, insan vücudunun fizyolojik esasları mümkün olduğunca korunarak, ameliyatla onarılmasına ya da hastalıklı organı kesilip çıkarılarak iyileştirilmesi*" dir (Özer 2016). Latince "el ile yapılan iş" anlamına gelen "*chirurgia*" sözcüğü çevrildiğinde "*amel ülyed*" şeklinde ifade edilmiş ve zaman geçtikçe bu kelime "*ameliyat*" olarak dilimize geçmiştir (Aksoy 2017a).

Yazılı tarih öncesi devirde ilk cerrahi tedavinin kraniyel dekompresyon olduğu bilinmekte, özellikle epilepsi ve kafa travması tedavisinde sıklıkla uygulandığı belirtilmektedir. 14 yy. ilk çeyreğinde barutun savaşlarda kullanılmaya başlamasıyla cerrahinin önem kazandığı ve Rönesans döneminde üniversite düzeyinde verilen eğitimin yaygınlaşmasıyla da hak ettiği yere gelmeye başladığı bilinmektedir. 1840'lı yılların başlarında cerrahide bir devrim olmuş, modern cerrahinin temelleri anestezi, asepsi-antisepsi, hemostaz, cerrahi eğitim, cerrahi teknik ve teknolojinin gelişmesi ile atılmıştır. Günümüzde ise cerrahi; teknoloji sayesinde büyük ilerlemeler kaydetmiş laparoskopik cerrahi, minimal invaziv cerrahi, robotik cerrahi gibi cerrahi teknikleri karşımıza çıkarmıştır (Malley et al. 2015, Özer 2016, Aksoy 2017a).

Cerrahi gerektiren durumlar; obstrüksiyon, erozyon, perforasyon ve tümörlerdir. *Obstrüksiyon* yani tıkanma; kan, hava, serebrospinal sıvı, idrar, safra gibi hayati önemi olan sıvı/maddelerin geçişi engellendiğinde vücut için zararlı etkileri olur. Beslenme ve dolaşım yetersizliğine bağlı olarak doku ya da organın işlevi bozulur. *Erozyon*; özellikle gastrointestinal sistem (GİS), böbrek, safra kanalı gibi organlarda tahriş, tıkanıklık, enfeksiyon nedeniyle doku bütünlüğünün bozulmasıdır. *Perforasyon*; delinmeler acil müdahale gerektirmekte, travma ve erozyonlar nedeniyle oluşmaktadır. *Tümörler ise*; beden için herhangi bir fonksiyon olmayan iyi ya da kötü huylu anormal doku büyümeleridir (Erdil 2001b, Özer 2016).

2.3. CERRAHİNİN SINIFLANDIRILMASI

Hastaya uygulanacak olan cerrahi girişim yapılaş amacına ve aciliyetine göre farklı sınıflandırılmakta ve örnekleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 2.3.1, Tablo 2.3.2).

Tablo 2.3.1. Ameliyatın Amaçlarına Göre Sınıflandırılması

Ameliyat (amaçlarına göre)	Tanım	Örnekler
Estetik	İyileştirmek için hasta tarafından talep edilen	<ul style="list-style-type: none">• Meme büyütme,• Blefaroplasti(Göz kapağı estetiği)
Tanısal	Doku örnekleri elde etmek ve tanı koymak için	<ul style="list-style-type: none">• Biyopsi
Eksploratif	Durumun doğrulanması veya ölçülmesi	<ul style="list-style-type: none">• Eksplatuvar Laparotomi
Önleyici	Bir sorun yaratmadan önce dokunun çıkartılması	<ul style="list-style-type: none">• Kanseri önlemek için polipin çıkartılması
İyileştirici	Hastalıklı veya anormal dokunun çıkartılması	<ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyonlu Apendisit,• Tümör,• Benign Kist,• Fıtık
Rekonstrüktif	Vücut parçalarının kusurlarının düzeltilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Skar Onarımı,• Total Diz Replasmanı,• Yüz Germe,• Mamoplasti
Palyatif	Hastalık tedavi edilemediğinde semptomların hafifletilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Rhizotomi (ağrıyı hafifletmek için sinir kökünü kesilmesi),• Ağrı veya basıncı hafifletmek için kısmi tümör çıkarılması,• Yutma problemi için tüp beslemesi sağlamak için gastrostomi tüpü,• Tedavi edilemeyen bağırsak tıkanıklığı için kolostomi açılması

Kaynak: Williams LS. (2015). Page: 202-236.

Tablo 2.3.2. Ameliyatın Aciliyetine Göre Sınıflandırılması

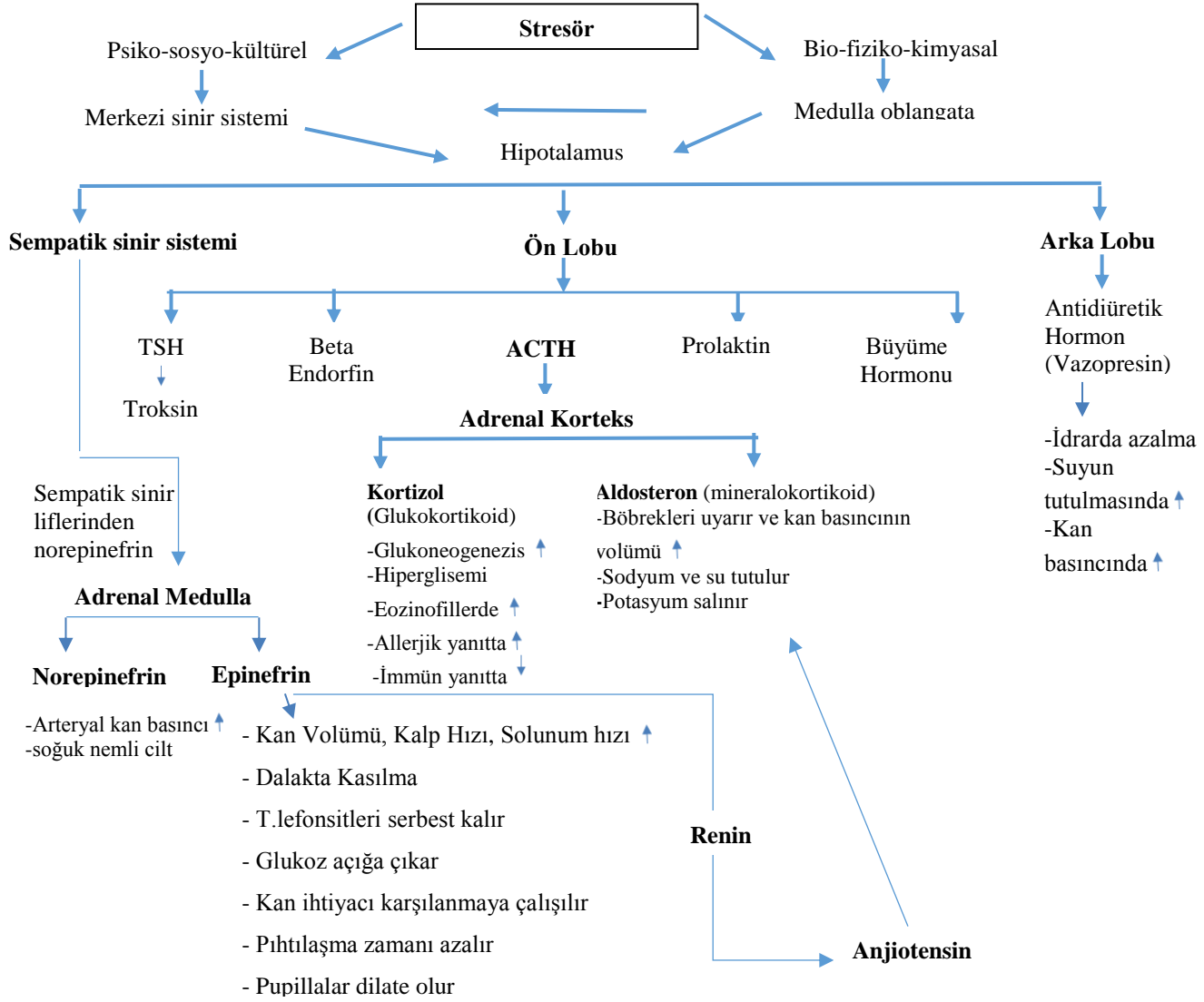
Ameliyat (Aciliyetine göre)	Tanım	Örnekler
Çok Acil	Hayatı ve organları gecikmeden korumak için gerekli acil ameliyat	<ul style="list-style-type: none">• Rüptür Olmuş Aort Anevrizması• Apandisit,• Travmatik Ekstremitte Ampütasyonu
Acil	Ameliyat 24-30 saat içinde gerekli	<ul style="list-style-type: none">• Kırık Onarımı,• Enfekte Safra Kesesi
Elektif (Seçimli)	Zaman gereksinimi olmadan planlı	<ul style="list-style-type: none">• Eklem Replasmanı,• Fıtık Onarımı,• Cilt Lezyonu Çıkarımı
İsteğe Bağlı	Hasta tarafından talep edilen ameliyat	<ul style="list-style-type: none">• Kozmetik Cerrahi

Kaynak: Williams LS. (2015). Page: 202-236.

2.4. CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Ameliyatın büyük veya küçük olması, müdahalenin acil veya planlı yapılması hastanın hem ruhsal hem de bedensel olarak bir travma yaşayacağı ve bedendeki tüm sistemleri etkileyeceği gerçeğini değiştirmez. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin (nöroendokrin yanıt) oluşması (Tablo 2.4.1), immün sistemin zayıflaması ve enfeksiyona açık hale gelmesi, damar bütünlüğünün bozulması, organ işlevlerinin olumsuz etkilenmesi, vücut algısının değişmesi ve yaşam tarzının etkilenmesi olarak özetlenebilir (Erdil 2001b, Özer 2016).

Şekil 1. Bedenin Stresörlere Karşı Nöroendokrin Tepkisi



Kaynak: Erdil 2001a, Akdemir 2005a, Bayraktar ve Faydalı 2016

2.5. CERRAHİ BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ameliyat için hasta hazırlığı ve bireye özgü bakım planı yapılırken hedefimiz, cerrahi risk faktörlerini azaltacak girişimleri tanımlamak ve uygulamaya geçirmektir. Çünkü ameliyat öncesi bakım, hastanın cerrahi için mümkün en iyi sonucu elde etmesine yardımcı olmaya odaklanır (Williams 2015). Dolayısıyla cerrahi başarıyı hastanın yaşı, beslenme durumu, duygusal tepkileri, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalıkları ve eğitim gereksinimi etkilemektedir. Bu başlıklara aşağıda kısaca değinilecektir.

Yaş: Çocuk, genç ve orta yaşta erişkin bireyler ameliyatın olumsuz etkilerine karşı daha dayanıklıyken, bebekler ve yaşlılar için ameliyat daha fazla olumsuz etkileri barındırır (Yılmaz 2016). Cerrahi geçirme oranı yaş ilerledikçe artmaktadır ve çoğu yaşlı için ameliyat olmak yaşam kalitesini yükselten bir deneyimdir. İleri yaş sağlıklı bir yaşlı için ciddi anlamda cerrahi risk olarak nitelendirilemez. Bununla birlikte, önceki sağlık durumu, ameliyattan kaynaklanan immobilizasyon, derin solunum ve öksürüğün etkinliğini azaltan normal yaşlanma değişiklikleri ve uygulanan ilaçların etkileri ile ilgili komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Ayrıca yaşlı hastalarda ilaç metabolizmasındaki değişiklikler ve yaşlanmaya bağlı eliminasyonun bozulması nedeniyle anestezi ajanlarının etkisinden kurtulmak daha uzun sürebilir (Williams 2015).

Beslenme: Gereğinden fazla veya gereğinden az beslenen hastalarda iyileşmede gecikme ve cerrahi komplikasyonlar görülmektedir. Örneğin obez; hastalarda solunum problemleri ile yara iyileşmesinde gecikme ve yara ayrılması gibi problemler daha fazla yaşanmaktadır (Williams 2015). Ameliyat sonrası cerrahi yaranın iyileşmesi için hastanın iyi beslenmesi; yüksek protein alması (doku onarımı ve iyileşmesi için), C vitamini (kolajen oluşumu) ve çinko (doku büyümesi, cilt bütünlüğü) ile desteklenmesi gereklidir (Williams 2015). Özellikle obez hastalarda anestezi ve cerrahide yaşanan zorluklar riski artırmaktadır. Örnek olarak; entübasyon, hava yolunun açık tutulması, hastaya uygun pozisyon verilmesi, damara girilmesi, monitörizasyon ve cerrahi prosedürün uygulanmasındaki zorluklar ile cerrahi sürenin uzaması sayılabilir (Yılmaz 2016).

Duygusal tepkiler: Ameliyat olma düşüncesi; hasta ve ailesinde endişe yaratabilir ve duygusal tepki göstermelerine neden olur. Bu tepkilerin farkında olunmalı ve başa çıkmaları için desteklenmelidir. Hastada ameliyat sırasında duyu hissi, vücut imajında bozukluk olacağı, yara izi ve hasar kalacağı endişesi, anestezi sonrası uyanamayacağı ve ölüm korkusu gibi aşırı korkuları varsa cerrah ve anestezi uzmanları bilgilendirilmelidir. Müzik dinlemek ya da ameliyattan önce eğitim materyallerinin kullanılması (resim, video, basılı metin v.b.) hastanın endişesini azaltabilir (Williams 2015).

Sigara ve Alkol: Tütün ve alkol kullanımı cerrahi riski artırır. Sigara içen hastalarda akciğer sekresyonları artarken, sekresyonların atılımını kolaylaştıran siliaların hareketi azalır. Sigara içmeyen hastalarda akciğerlerin savunma mekanizmalarının etkisi artar. Ameliyat sırasında ve sonrasında kanın oksijen taşıma kapasitesi olumlu yönde etkilenir ve yara iyileşmesini kolaylaştırır. Sigara içen hastalara ameliyattan en az 24 saat önce, acil ameliyat değilse kronik akciğer hastalığı olanlarda ise ameliyattan 3-4 hafta önce sigaranın bırakılması gerektiği söylenmelidir. Uzun süreli alkol kullanımı, beslenme yetersizliklerine ve karaciğer hasarına neden olabilir. Bu durum kanama sorunları, sıvı-hacim dengesizlikleri ve ilaç metabolizmasında değişikliklere yol açabilir. Ayrıca alkol, ilaçlar ile etkileşime gireceği için mutlaka ameliyattan önce alkol alımından kaçınılmalıdır (Williams 2015).

Kronik hastalıklar: Kronik hastalıklar; iyi kontrol edilmedikçe hastanın cerrahi riskini artırabilir. Hastanın hekiminden ameliyat olması için tıbbi bir izin gerekebilir (Williams 2015). Girişim öncesinde sorgulama sırasında hastanın dahili sorunlarının belirlenmesi, ilgili bölümlerden konsültasyon istenmesi ve hastanın ameliyata en uygun şekilde hazırlanması önem taşımaktadır (Yılmaz 2016).

Ameliyat Öncesi Eğitim; Hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimdeki amaç, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastada oluşabilecek komplikasyonları engellemek, hastanın ihtiyacı olan bilgi ve becerileri öğrenmesini sağlamaktır. Dolayısıyla hasta yapılacak olan cerrahi girişim ve sonrasında uygulanacak tedavi ve bakım hakkında bilgi sahibi olduğunda kendini fiziksel ve ruhsal anlamda iyi hissedecek ve bu durum ameliyatın sonuçlarına da olumlu katkı sağlayacaktır (Yılmaz 2016). Literatürde ameliyat öncesinde hemşireler tarafında verilen eğitimin; hastanın tedaviye uyumunda ve memnuniyetinde artma, özellikle önlenemeyen komplikasyonlarla daha güçlü baş etme, ameliyat sonrası daha hızlı iyileşme, bağımsız fonksiyonlarında artma, kişisel bakımını daha kolay gerçekleştirme, fizyolojik ve psikolojik durumunda iyileşme (anksiyetede azalma), analjezik, antiemetik, sedatif ve hipnotik ilaçlara duyulan gereksinimde azalma, ameliyat sonrası komplikasyonların daha az görülmesine bağlı hastanede kalış süresinde kısalma gibi olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Yavuz van Giersbergen 2015, Yılmaz 2016).

2.6. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Bu dönem; hastanın ameliyathaneden ayrılmasıyla başlar, birey normal işlevlerini kazanıncaya veya medikal/cerrahi bakım sonlandırılıncaya kadar sürer (Akyolcu 2017a, Fındık 2016, Yılmaz 2016). Bu süreç; çok kısa olabileceği gibi aylarca da sürebilir. Bu dönemde uygulanacak hemşirelik bakımında amaç; homeostatik dengenin düzeltilmesi, meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken evrede belirlenmesi, ağrının kontrol altına alınması ve normal yaşantısına en kısa zamanda kavuşması ve bireyin her konuda desteklenmesidir (Akyolcu 2017a, Fındık 2016, Aslan 2017). Ameliyat sonrası erken ve geç dönem olarak ayırdığımızda; *erken dönem*; ameliyat sonrası anestezinin etkisinden kurtulduğu ilk birkaç saat, *geç dönem* ise; birkaç hafta ya da birkaç aylık dönemi kapsar ve bu evrede komplikasyonlar önlenirken iyileşme gerçekleşir (Akyolcu 2017a).

2.6.1. Ameliyat Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Süreci

Ameliyat sonrasında erken dönem bakım; hasta anestezinin etkisinden kurtuluncaya, yaşam bulguları normal sınırlarda oluncaya kadar ameliyathanenin içinde veya yakınında yer alan anestezi sonrası bakım ünitelerinde (ASBÜ) (derlenme ünitesi) yapılmaktadır (Aslan 2017). ASBÜ hemşireleri anestezi uzmanlarıyla işbirliği içinde hastanın ilk kabulünü gerçekleştirir. Bu üniteye hemşirelerin diğer ekip üyeleriyle işbirliğinin istenilen düzeyde olması hastanın ihtiyacı olan araç gereçlerin tamamlanmasını, etkin çalışıp çalışmadıklarının kontrol edilmesini sağlar (Akyolcu 2017a). Hasta ASBÜ'ye kabul edildiğinde;

- ✓ Solunum durumu ve hava yolunun açıklığı
- ✓ Yaşamsal belirtiler ile beden sıcaklığı, oksijen saturasyonu
- ✓ End-tidal karbondioksit değeri
- ✓ Bilinç ve uyanıklık seviyesi
- ✓ Cerrahi bölge insizyonu/pansuman/drenaj tüpleri
- ✓ Ağrı seviyesi ve ağrı yönetimi değerlendirilir (Williams 2015).

2.6.1.1. Solunum fonksiyonu

Erken ameliyat sonrası dönemde solunum fonksiyonunun sürdürülmesinde birincil amaç; havayolu açıklığını sağlamak, hipoksemi ve hiperkapniyi önleyerek kanın oksijen kapasitesini arttırmaktır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Solunum hızı, ritmi ve derinliği, göğüs duvarı hareketlerinin simetrik olup olmaması, oksijen saturasyonu, anormal akciğer sesleri ve mukoz membranların rengi değerlendirilmeli ve takip edilmelidir (Williams 2015, Fındık 2016, Aslan 2017). Cerrahi girişim sırasında kullanılan anestezi ilaçları, analjezikler, kronik akciğer hastalığı varlığı ve obezite hipovekilasyona neden olabilir (Aslan 2017).

Hava yolu tıkanıklığı: Genellikle anestezinin etkisiyle gevşeyen hastada, çene ve dil kaslarının kontrolü kaybetmesine bağlı olarak dilin geriye, yumuşak damağa doğru kayarak farenksi bloke etmesi ile hava yolu tıkanıklığı görülmektedir. Çoğunlukla ameliyat sonrası aşırı uyuyan ya da supine pozisyonunda yatan hastalarda bu durumla karşılaşmaktadır (Basavanthappa 2009, Akyolcu 2017a). Solunum yolu tıkanmasında erken belirtiler arasında; boğulma hissi, huzursuzluk, ortopneye geçme ihtiyacı, filiform nabız, hızlı ve yüzeysel solunum ile karakterize hava açlığı, bulantı, endişe ve şaşkınlık yer almaktadır (Aslan 2017). Geç belirtiler ise, oksijen saturasyonunda düşme ve buna bağlı olarak siyanoz, dilin solunum yolunu kapamasına bağlı horlama, wheezing, nefes alırken kaba ve gürültülü bir ses, larengeal stridorur (Aslan 2017).

Hipoksemi: PaO₂ basıncının 60 mmHg'nin altında olması ile karakterize olup, ajitasyon, uyuklama, hipertansiyon-hipotansiyon, taşikardi-bradikardi gibi spesifik olmayan klinik belirti ve semptomlar görülür (Basavanthappa 2009, Akyolcu 2017a). Hipoksemide pulse oksimetre, %90 ile %92'den daha az düşük bir oksijen saturasyonunu gösterir. Pulse oksimetre düşük bir oksijen saturasyonuna işaret ediyorsa, hipoksemiye doğrulamak için arteriyel kan gazı analizi bakılmalıdır (Basavanthappa 2009).

2.6.1.2. Kardiyovasküler fonksiyon

Kardiyovasküler stabiliteyi izlemek için hastanın, hayati bulgularını, kalp ritmini, bilişsel durumunu, idrar çıkışını, cildin sıcaklık, renk ve nemini değerlendirmelidir. Eğer gerekiyorsa kan basıncı (KB) (intraarteryal), santral venöz basınç (SVB) (santral venöz kateter takılarak), pulmoner arter basıncı (PAB) (pulmoner arter kateteri takılarak) monitörize edilir (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Fındık 2016, Aslan 2017). ASBÜ'de görülen başlıca kardiyovasküler komplikasyonlar, hipotansiyon, şok, kanama, hipertansiyon ve disritmilerdir (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Fındık 2016). Hastanın sistolik ve diyastolik kan basıncında ameliyat öncesine göre 15-20 mmHg fark olması durumunda hekime bildirilmelidir. Azalmış kan basıncı, nabız basıncı ve anormal kalp sesleri olası kardiyak depresyon, sıvı-volüm eksikliği, şok, hemoraji ya da ilaç yan etkilerinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Chard 2010b).

Hipotansiyon: Kan ve plazma kaybı, hipoventilasyon, ani pozisyon değişiklikleri, ekstremitelerde kanın göllenmesi, bazı ilaçların ve anesteziklerin yan etkileri ile kardiyak problemler hipotansiyona neden olabilmektedir (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Aslan 2017). Beyin, kalp ve böbrek gibi yaşamsal organların düşük perfüzyonuyla ortaya çıkan hipotansiyon, oryantasyon bozukluğu, bilinç kaybı, göğüs ağrısı, oligüri ve anüri ile karakterize olup bu semptomlar aynı zamanda fizyolojik kompensasyon kaybının da göstergesidir (Basavanthappa 2009, Akyolcu 2017a). Tansiyon düşüklüğü ile birlikte santral venöz basıncında düşük olması kanama varlığına işaret eder bu durumda periferik siyanoz açısından hastanın deri rengi, dudakları ve tırnak yatakları gözlenmelidir (Çakırcalı 2000).

Şok: Periferik dolaşım yetersizliği, kalp debisinin dokuların gereksinimi olan oksijeni karşılayamaması, doku perfüzyonu yetersizliği gibi farklı şok tanımları yapılmaktadır (Akdemir 2005b, Smeltzer and Bare 2005). Doku perfüzyonunun sağlanabilmesi için; kalbin pompa fonksiyonu (kardiyak output), periferik vasküler direnç ve vücuttaki total kan miktarı gibi üç temel fonksiyonunun etkin olması gerekmektedir (Yılmaz, Olgun ve Aslan 2014). Şok önemli derecede kan ve sıvı hacminin kaybı veya sepsisten kaynaklanabilir (Williams 2015). Kaynaklandığı nedenlere göre şok; kan ve plazma

kaybına bağılı hipovolemik, kalbin pompa yeteneğinin azalmasına bağılı kardiyojenik, kanın periferde dağılımını engelleyen durumlara bağılı gelişen distribütif ve kanın perifere atılımını engelleyen durumlara bağılı gelişen obstrüktif şok olarak sınıflandırılmaktadır (Aksoy 2017b). Şokta spesifik belirti ve bulgular klinik olarak şokun evrelendirilmesinde kullanılarak üç dönemde toplanmaktadır (Yılmaz, Olgun ve Aslan 2014).

Tablo 2.6.1. Evrelerine Göre Şokta Klinik Bulgular

Evreler			
Bulgular	Kompanse	Dekompanse	İrreversible
Kan Basıncı	Normal	Sistolik < 80-90 mmHg KB'nın desteklenmesi için sıvı resüstasyonu gerekir.	Mekanik ya da farmakolojik destek gereklidir.
Nabız Hızı	>100/dk	>150/dk	Düzensiz ya da asistoli
Solunumsal Durum	>20/dk PaCO ₂ <32 mmHg	Hızlı, yüzeysel, hışırtılı solunum PaO ₂ <80 mmHg PaCO ₂ >45 mmHg	Entübasyon ve mekanik ventilasyon oksijenasyon gereklidir.
Cilt	Soğuk, soluk	Alacalı cilt rengi, peteşiler	Sarı
Üriner Output	Azalmış	0,5 ml/kg	Anüri Diyaliz gereklidir.
Mental Durum	Konfüze	Laterjik	Bilinç kapalı
Asit-Baz Dengesi	Respiratuar alkaloz	Metabolik asidoz	Derin asidoz

Kaynak: Aslan FE, Aksoy NAP. (2016). Page: 85-113.

Şoktaki hastaya genel yaklaşım; hastanın solunum ve kardiyovasküler durumunu değerlendirmede; solunum ve nabız sayısı, kan basıncı, kan oksijen konsantrasyonu, idrar çıkışı, bilinç seviyesi, SVB, PAB, pulmoner kapiller kama (wedge) basıncı ve kardiyak outputun izlenmesi önerilmektedir. Anormal bulgular stabil oluncaya kadar takip edilmelidir (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Akıncı 2017). Akut dönemde hastanın yaşamsal bulgularının yarım saat ara ile izlenmesi önerilir, eğer hastanın durumunda hızlı bir kötüleşme olduğu göze çarparsa izlem sürekli hale getirilmelidir (Akıncı 2017).

Hastanın pozisyonu sırt üstü yatar olup, alt ekstremiteler kalp seviyesine gelecek şekilde yükseltilmeli, dizler düz olmalıdır. Şok pozisyonu bacaklardaki venöz dönüşü kolaylaştırır ve kalbe dönen kan akımını artırır (400-800 ml). Fakat bu pozisyon kardiyojenik şoktaki hastalarda ve kafa içi basıncı yüksek olanlarda (veya aktif baş boyun kanaması olan hastalarda) kullanılmamalıdır (Yılmaz, Olgun ve Aslan 2014). Oksijen; burun kanülü, yüz maskesi veya mekanik ventilasyon yoluyla verilir (Smeltzer and Bare 2005). Oksijen saturasyonunu izlemek için pulse oksimetre kullanılmalıdır. Genellikle bunun için el veya ayak parmakları kullanılır ancak şokun ilerlediği dönemlerde periferik dolaşımın yetersiz olması sebebiyle kulak memesi veya burun probu tercih edilmelidir (Kaymakçı 2017).

Renal perfüzyon yeterli ise; idrar miktarında normal seviyede olur. Dolayısıyla idrar miktarı doku perfüzyonunun ve tedavinin etkili olduğunun iyi bir göstergesidir. Mutlaka aldığı çıkardığı izlenmelidir. Ortalama saatlik idrar miktarı yetişkinlerde 1-1.5 ml/kg/saat olup, saatlik idrar miktarının 0.5ml/kg altına düşmesi (35 ml/sa altı) şok belirtisidir (Olgun ve Aslan 2004, Yılmaz, Olgun ve Aslan 2014). Şoktaki hastada vücut sıcaklığı ve derideki değişiklikler de izlenmesi gereken parametrelerdir. Yükselmiş veya normalin altındaki bir vücut sıcaklığı durumunda timpanik veya pulmoner arteriyel sıcaklıklar saat başı ölçülmelidir (Kaymakçı 2017). Kutanöz damarların genişlemesini ve yaşamsal organların kansız kalmasını önlemek için aşırı ısınmadan kaçınarak hasta ılık tutulmalıdır (Smeltzer and Bare 2005).

Şokun tedavisinde genel yaklaşım kayıpların yerine konmasıdır. Genel önlemler olarak tüm şok tiplerinde; ventilasyon desteği, sıvı replasmanı, vazoaktif ilaç tedavisi ve beslenme desteği uygulanmakla birlikte temel yaklaşım şokta oluşan mekanizmaya türü ve hastaya özgü planlamadır (Yılmaz, Olgun ve Aslan 2014). Şokta birincil müdahale hacim değiştirme olup; Laktatlı Ringer solüsyonu veya kan komponenti infüzyonu başlatılmalıdır. Kardiyak fonksiyonu iyileştirmek ve periferik vasküler direnci azaltmak için kardiyotonik, vazodilatör ve kortikosteroid ilaçlar reçete edilebilir (Smeltzer and Bare 2005). Hasta alt ekstremitelerdeki venöz göllenme nedeniyle derin ven trombozu (DVT) açısından risk altında olduğu için, DVT belirtileri yönünden izlenmeli, baldır ve uyluk çevresi ölçümleri yapılmalı, bacakları

ve ayakları ödem yönünden değerlendirilmelidir. Ayrıca hastaya anti-embolik çorap giydirilmesi, pasif (Range Of Motion-ROM) egzersizleri uygulanması, antikoagülan tedavinin yapılması DVT'nin önlenmesi açısından önemlidir (Akıncı 2017).

Hemoraji (Kanamanın Önlenmesi): Kanama, cerrahi hastaları için ciddi bir komplikasyondur. Ameliyattan hemen sonra ya da birkaç gün içinde akut olarak gelişebileceği gibi gizli kan kaybı da görülebilir. Kan kaybı aşırı olduğunda, hasta endişeli, huzursuz ve susuzluk hissi vardır. Cilt soğuk, nemli ve soluktur. Nabız sayısı artar, sıcaklık düşer, solunum hızlanır ve derinleşir, çoğunlukla "hava açlığı" olarak adlandırılan solunum çeşidi görülür. Kanama tedavi edilmezse, kalp debisi giderek azalır, arteryel, venöz kan basıncı ve hemogloblin düzeyi hızla düşer. Dudaklar ve konjonktiva solgun hale gelir. Beyne giden kan akımının azalmasına bağlı baş ağrısı, göz önünde noktalar, kulaklarda çınlama görülür. Katabolik süreçte kas kütlelerinde kayıp nedeniyle hasta güçsüzleşir, kilo kaybeder. En son hastanın bilinç durumu bozulur. Kan veya kan ürünlerinin transfüzyonu ve kanama nedeninin belirlenmesi, başlangıçtaki terapötik tedbirlerdir. Kanama için cerrahi bölge ve insizyon yeri daima kontrol edilmelidir. Eğer kanama gözle görülür ve belirginse, steril bir gazlı bez ile basınçlı sargı uygulanır ve kanama yeri mümkünse kalp seviyesine yükseltilir. Kontrendike değilse hasta şok pozisyonuna getirilir (sırt üstü düz, bacaklar 20 derecelik bir açı ile yükseltilir, dizler düz tutulur). Gizli kanama olduğundan şüpheleniliyorsa; eksploratif olarak kanama odağının belirlenmesi için cerrah bilgilendirilerek hasta ameliyata alınır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

Hipertansiyon ve Disritmi: Hipertansiyon; ağrı, anksiyete, hipoksi, mesane distansiyonu, solunum yetmezliği sonucu sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı olarak ameliyattan hemen sonraki dönemde sık görülmektedir (Smeltzer and Bare 2005, Basavanthappa 2009, Aslan 2017, Akyolcu 2017a). Disritmi (aritmi) genellikle miyokart hasarı dışında önceden var olan kalp rahatsızlığı, değişen solunum fonksiyonları, hipotermi, hipokalemi, hipoksi, hiperkarbi, asit-baz durumundaki değişiklikler, değişmiş potasyum-magnezyum seviyeleri, dolaşımdaki instabilite, stres ve anestezi ilaçları gibi nedenlerden de kaynaklanabilir ve altta yatan sebeplerin

tedavisi yapılmalıdır (Basavanthappa 2009, Williams 2015, Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

Hipotermi: Öz sıcaklığın 36 °C'den daha az olması hipotermidir. Ameliyat sonrası hastada vücut sıcaklığının normal düzeye gelmesinde pasif (titreme) ve aktif ısınma yöntemleri etkili olur. Genel anestezi nedeniyle beyindeki ısı regülasyon merkezinin baskılanması, narkotik ve kas gevşeticilerin etkisiyle de titremenin ortadan kalkması sonucunda vücut kendi kendini ısıtamamaktadır. Ameliyathanenin soğuk olması, cerrahi girişim sırasında soğuk IV infüzyonların verilmesi, açık yara, iç organların hava ile teması ve uzun süren cerrahi girişimler hipotermi oluşumunda etkili olan faktörlerdir. Aktif ısınma yöntemlerinde, ısıtıcı battaniyeler, ısıtılmış aerosoller ya da ısıtılmış su yatakları gibi eksternal ısıtma araçlarından yararlanılır. Hipotermik hastada vücut sıcaklığı normale gelene kadar her 15 dakikada bir izlenmelidir (Akyolcu 2017 a).

2.6.1.3. Nörolojik fonksiyon

Anestezinin etkisi geçene kadar kullanılan anestezik maddeler nörolojik işlevlerde değişikliğe sebep olabilir. Hastalar ASBÜ'ne bilinci kapalı ya da uyanık şekilde gelebilir. Bilinci kapalı hastalarda ASBÜ'de kaldıkları süre boyunca çok dikkatli izlem gerekmektedir. Anestezik maddelere bağlı olarak hastalarda kısa süreliğine ajitasyon ve agresif davranışlar görülebilir (deliryum). Bu süre zarfında hastada tüm güvenlik önlemleri alınmalı, IV yollar ve endotrakeal tüpler iyi tespit edilmelidir. Hasta sakinleştiğinde ajite olduğu zamanları hatırlamadığı bilinmelidir (Williams 2015).

2.6.1.4. Ağrı

Opioid analjezikler ASBÜ'de sıklıkla intravenöz olarak uygulanmaktadır. İntravenöz opioidler anında rahatlama sağlar ve kısa etkili olurlar. Hasta hala anestezinin etkisindeyken ilaç etkileşimleri ve solunum depresyonu açısından dikkatli olunmalıdır. ASBÜ hemşiresi, hastanın fizyolojik durumunu izlemeli, ağrısını iyi bir şekilde yönetmeli, hasta ve ailesinin korkularını ve endişelerini hafifletmek için etkili psikolojik destek sağlamalıdır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Hasta uyanık ise görsel ve sözel ölçeklerle ağrısı değerlendirilir, ağrının yeri, karakteri belirlenir ve

buna uygun girişim planlanır. Eğer hastanın bilinci kapalı ise ya da yanıt verecek durumda değilse ağrının sözel olmayan belirtileri (huzursuzluk, inleme, yüzünü buruşturma, üzerindeki ekipmanları çekme, çıkarma) ve anormal yaşam bulguları izlenir (Williams 2015).

2.6.1.5. Mide bulantısı ve kusmayı kontrol etme

Bulantı ve kusma, erken ameliyat sonrası dönemde hastada sıkıntı oluşturan önemli bir sorundur. Bu sorun; belirli anesteziğin mide üzerine etkisi, midede sıvı ve gaz toplanması sonucu peristaltizmin azalması, peristaltik hareketler başlamadan önce sıvı alınması, ağrı, elektrolit dengesinde bozukluk, cinsiyet, cerrahi girişimin süresi ve tipi gibi faktörlere bağlı olarak meydana gelmektedir (Akyolcu 2017a). Hastaların %30'unda bulantı/kusmanın ilk 24 saatte geliştiği kabul edilmektedir. Anestezi ajanlar gastrointestinal hareketliliği yavaşlatarak bulantı/kusmaya neden olurlar (Chard 2010b, Fındık 2016, Aygin 2016). Risk faktörleri bulunmayan hastalarda bile ameliyat sonrası bulantı kusma riski %10'dur. Risk faktörleri bazı modellerde göre hesaplanmakta olup bu faktörler, kadın cinsiyet olma, sigara içmeme, yol tutma hikâyesi, cerrahi işlemin 60 dk'dan uzun sürmesi, nazogastrik tüp varlığı, ameliyat sonrası kullanılan opioidler olarak belirlemiştir (Aygin 2016, Aygin ve Sert 2017).

Mide bulantısını ve kusmayı, kontrol etmek için birçok ilaç mevcuttur; bunlar genellikle ameliyat sırasında ve ASBÜ'de uygulanır. Droperidol (Inapsine) intravenöz veya intramusküler uygulama, özellikle ayakta tedavi ortamında yaygın olarak görülür. Metoklopramid (Reglan), proklorperazin (Compazine) ve prometazin (Phenergan) gibi diğer ilaçlar yaygın şekilde reçete edilir. Ondansetron (Zofran) maliyetli olmasına rağmen, sıklıkla kullanılan, etkili bir antiemetik olup az yan etkiye sahiptir (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Hastaya ayılma ünitesinde oral sıvılar sadece gerekli olduğunda ve tolere edildiğinde verilmelidir, oral sıvıları tolere edinceye kadar, hidrasyonu sağlamak için IV sıvılar verilir. Hastada uyurken kusma olursa, aspirasyon riski için gerekli önlemler alınmalı, hasta yatağının yanında aspiratör hazır bulundurulmalı, hastanın başı yana çevrilerek aspirasyon riskinden korunmalıdır. Bir hasta, anestezi ajandan tamamen kurtulana kadar ASBÜ'de kalır. İyileşme göstergeleri stabil kan basıncı, yeterli solunum fonksiyonu, başlangıç ile

karşılaştırıldığında yeterli oksijen saturasyon seviyesi ve emirlere uygun şekilde hareket etmesi veya spontan hareket yeteneğinin olmasıdır (Smeltzer and Bare 2005, Aygin 2016, Aslan 2017).

2.6.1.6. Anestezi sonrası bakım ünitesinden taburculuk kriterleri

Hastanın yaşam bulgularının stabil olması durumunda ASBÜ’de kalma süresi normal olarak yaklaşık bir saattir. Aşağıda belirtilen taburcu edilme kriterleri karşılandığında hasta servise gönderilir. Eğer hastanın durumunun sık izlenmesi ve invaziv monitorizasyon gerektiriyorsa hasta yoğun bakım ünitesine transfer edilir (Williams 2015). Özetle taburcu edilme kriterleri;

- Yaşam bulguları normal sınırlarda ve stabil olmalıdır.
- Bilinci açık, zaman-yer-kişi ve olay oryantasyonu olmalıdır.
- Solunum ve oksijenasyon sorunu olmamalıdır.
- Dolaşım sorunu olmamalıdır.
- Yeterli kan oksijen saturasyonu olmalıdır (>%90).
- Saatlik idrar miktarı en az 30 ml olmalıdır.
- Bulantı ve kusma olmamalı ya da kontrol altına alınmalıdır.
- Ağrıda azalma olmalıdır.
- Drenlerden anormal/aşırı drenaj olmamalıdır (Erdil 2001b, Smeltzer and Bare 2005, Öztekin 2011, Williams 2015, Fındık 2016, Akyolcu 2017a, Aslan 2017).

2.6.2. Ameliyat Sonrası Geç Dönem Hemşirelik Süreci

Ameliyattan sonraki ilk 24 saat boyunca hastanın gereksinimi olan bakım, fizyolojik durumunun yakından takip edilerek değerlendirilmesine ve anestezinin etkilerinin ortadan kaldırılmasına ilişkin hemşirelik yaklaşımlarını içerir. Hasta kliniğe geldikten sonraki ilk saatlerde öncelikle dikkat edilmesi gereken bakım kriterleri: hastanın ventilasyonu yeterli yapılabilmesi, hemodinamik stabilitesinin korunması, insizyonel ağrısının kontrol altında tutulması, cerrahi alan bütünlüğünün sağlanması, bulantı ve kusmanın engellenmesi, nörolojik durumunun değerlendirilerek stabilitesinin korunması ve ürolojik fonksiyonunun yeterliliğinin spontan idrar yapabilme durumuyla değerlendirilmesidir.

Hastanın durumuna göre yaşam bulgularının takip sıklığı değişmekle birlikte genel olarak nabız sayısı, kan basıncı ve solunum hızı, ilk saat için en az 15 dakikada bir, sonraki iki saat için her 30 dakikada bir kaydedilmeli ve yaşam bulguları stabil olduktan sonra hastanın durumuna, kliniğın politikasına göre takip sıklığı ayarlanmalıdır. Hipotermi durumunda daha sık olmakla beraber genellikle vücut sıcaklığı ilk 24 saat boyunca her dört saatte bir izlenmelidir. Hastalar genellikle ameliyattan sonra birkaç saat içinde veya ertesi sabah uyandıktan sonra daha iyi hissetmeye başlarlar. Ameliyat sonrası dönemde atelektazi, pnömoni, derin ven trombozu, pulmoner emboli, konstipasyon, parolitik ileus ve yara enfeksiyonu oluşabilecek komplikasyonlardandır (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Aslan 2017). Ameliyat sonrası bakım solunum, kardiyovasküler, üriner, GİS, nörolojik olmak üzere tüm sistemlere yönelik olmakla birlikte aynı zamanda ağrının kontrol altına alınması, hareketin sağlanması ve yara iyileşmesinin sürdürülmesi şeklinde olmaktadır.

2.6.2.1. Solunum fonksiyonu

Anesteziklerin ve özellikle ağrı yönetiminde kullanılan narkotik ilaçların solunum sistemi üzerine olumsuz etkileri hipoventilasyon ve hipoksidir. Hastanın solunum sayısı, hızı, derinliği, tipi ve solunum sesleri takip edilmelidir. Aynı zamanda sıvı alımının artırılması oral mukoz membran bütünlüğünü korurken sekresyonları inceltmekte ve atılmalarını kolaylaştırmaktadır. Ameliyattan önce öğretilmiş olan derin solunum ve öksürme egzersizlerine ameliyat sonrasında mümkün olduğunca erken başlatılmalıdır. Ortalama saatte 10 kez spirometre ile derin nefes alma egzersizlerinin etkili olduğu belirtilmektedir. İntrakraniyal, intraoküler, plastik cerrahi gibi bazı cerrahi girişimler sonrası öksürme egzersizleri yaptırılması ilgili bölgede basınç artışına ve buna bağlı olarak komplikasyon gelişmesine (beslenme bozukluğu ve yara komplikasyonu gibi) neden olacağı ve iyileşmeyi engelleyeceği için sakıncalı bulunmaktadır (Fındık 2016). Ameliyat sonrası geç dönemde hipoksemi, atelektezi, pnömoni solunum sistemi komplikasyonlarındandır (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Fındık 2016).

Hipoksemi: Ameliyat sonrası hastaları etkileyebilecek hipoksemi türleri subakut ve episodik hipoksemidir. Subakut hipoksemide, solunum normal görünmesine rağmen, oksijen doygunluğu düşük seviyededir. Episodik hipoksemi ise, aniden ortaya çıkar ve hastanın serebral disfonksiyon, miyokardial iskemi ve kardiyak arrest riski vardır. Hipoksemi riski altında olan hastalar; genellikle majör cerrahi girişim geçirenler (özellikle abdominal cerrahi), obez ve önceden pulmoner problemleri olan kişilerdir. Oksijen tedavisine ilave olarak diğer solunumsal girişimler hemşire tarafından yakından takip edilmelidir (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

Atelektazi: Mekanik, vasküler ve travmatik nedenlerle mukus bronşioelleri bloke eder ve/veya alveolar sürfaktan madde miktarı azalır ve alveoller kollabe olur. Hipotansiyon ve düşük kardiyak output atelektazi gelişimine katkıda bulunabilir (Basavanthappa 2009). Belirti ve bulguları; etkilenen bölgede solunum seslerinde azalma, hırıltı ve öksürüktür. Atelektezi oluşumu için risk faktörleri; yeterli düzeyde hareket etmeme, ambulasyonun gecikmesi, derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yapmama, spirometre kullanmamadır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

Pnömoni: Pnömoni; akciğer dokusunun iltihaplanmasıdır. Belirti ve bulguları hafif bir sıcaklık yükselmesi, titreme, nabız ve solunum hızında artma ve öksürük ile karakterizedir. Fiziksel muayenede, akciğerde matite ve raller ortaya çıkar. Bu durum ilerledikçe sonuç ölümcül olabilmektedir. Pnömoni özellikle etkin şekilde hareket etmeyen yaşlı hastalarda daha sık görülür (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

2.6.2.2. Kardiyovasküler fonksiyon

Kardiyak debi (CO; kardiyak output) yeterli ise doku perfüzyonu da yeterlidir. Hastanın KB, nabız ve solunumu değerlendirilerek CO'un yeterli olup olmadığı belirlenir (Erdil 2001b) ve ameliyat öncesi dönem değerleri ile karşılaştırılır. Ayrıca deri, dudak, tırnak rengi ve kapiller geri dolum hipotansiyon ve hipoksi açısından gözlenmelidir (Fındık 2016). Sistolik kan basıncının 90 mmHg'nın altında ve her 15 dk bir yapılan ölçümde 5-10 mmHg'lık bir düşüş yaşıyorsa bu durum dikkate alınmalıdır (Smeltzer and Bare 2005, Fındık 2016). Ameliyat sonrası sık görülen geç

dönem kardiyovasküler sistem komplikasyonları; kanama, hipovolemik şok ve venöz tomoembolidir (Fındık 2016).

Kanama: Hastaların çoğunda kanama veya şok gelişmese de dolaşım hacmindeki değişiklikler, ameliyat stresine verilen nöroendokrin yanıt, ameliyat öncesi kullanılan ilaçlar ve bunların yan etkileri kardiyovasküler sistem fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. İlk 24 saatte intravenöz sıvı replasmanı rutin olarak uygulanmaktadır ve hastanın durumu stabil olana, ağızdan sıvıları tolere edene kadar replasman sürdürülmektedir. Sıvı hacim eksikliği, değiştirilmiş doku perfüzyonu ve azalmış kalp debisi gibi durumları erken tespit etmek ve durumu düzeltmek için yakın izlem gereklidir. Çünkü hastada komplikasyon gelişme riskini arttırabilir ve hastanede kalış süresini uzatabilir. Cerrahi strese bağlı salınan adrenokortikotropik hormon ve antidiüretik hormon nedeniyle mevcut kardiyovasküler ve renal hastalığı olanlar, ileri yaştaki hastalar, sıvı volüm fazlalığı açısından risk altındadır (Smeltzer and Bare 2005).

Hastanın ihtiyacı olan sıvı infüzyonu güvenli bir damar yolundan uygulanmalı ve aldığı-çıkarıldığı takibi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Hastanın idrarı, drenlerden gelen sıvısı, kusmuğu yani çıkardığı sıvılar ayrı ayrı kaydedilmelidir. Saatte 30 ml'nin altındaki idrar hipovolemi ve renal komplikasyonların göstergesi olup mutlaka bildirilmelidir. Elektrolit, hemoglobin ve hematokrit seviyeleri izlenmeli, özellikle hemoglobin ve hematokrit seviyelerinde düşmenin, kan kaybının veya aşırı sıvı yüklenmesinin göstergesi olabileceği unutulmamalıdır (Smeltzer and Bare 2005, Chard 2010b, Aslan 2017).

Derin ven trombozu: Dehidratasyona bağlı kanın viskozitesinde artma, hareketsizliğe ve ameliyat sırasında verilen pozisyona bağlı venöz staz gelişmesi hastada derin ven trombozu riskini arttırmaktadır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Cerrahi hastaların alt ekstremiteleri gözlenmeli, periferik atımlar ve kapiller dolum kontrol edilmelidir. Baldırda hasssiyet ve ağrı, derin ven trombozu göstergesi olabilir. Bacakta şişme, sıcaklık ve kızarıklık yanı sıra ateş de görülebilir. Derin ven trombozundan şüphelenildiğinde veya teşhis netleştiğinde, bilateral baldır ve uyluk ölçümleri

alınmalıdır (Williams 2015). DVT gelişmemesi için, bacak egzersizleri yaptırmak, pozisyonu sık aralarla değiştirmek ve bu uygulamalara mümkün olan en kısa zamanda başlamak gerekmektedir. Aynı zamanda hastalara venöz dönüşü engelleyen dizlerin altına bir yastık koymak, uzun süre oturmak gibi eylemlerden kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Komplikasyonların önlenmesi ve venöz dönüşün sağlanması için hastalara elastik kompresyon çorapları ve erken ambulasyon önerilmektedir (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

2.6.2.3. Üriner fonksiyon

Hastanın özellikle ameliyat sonrası ve sonrasında idrar çıkışı izlenmeli, böbreklerin normal fonksiyon görüp görmediğini saptamak için idrarın nitelik ve niceliği (miktar, renk ve yoğunluk) not edilmelidir (Williams 2015). Ameliyat sonrası 6-8 saat içinde hastanın idrar çıkışının olması beklenmektedir. Stresin alarm reaksiyon evresinde, (ameliyat sonrası 2-5. günlerde) antidiüretik hormon sıvı geri emilimini sağlar, adrenokortikotropik hormon renin-anjiyotensin-aldosteronu aktive ederek sodyum-suyun geri emilimini artırır ve idrar atılımı azalır. Dolayısıyla kan volümü ve tansiyon yükselir. Bu durum kardiyak ve renal hastalıkları olan yaşlı hastalarda sıvı yüklenmesine neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası üriner sisteme ilişkin en önemli komplikasyonlar; üriner retansiyon ve üriner enfeksiyondur (Fındık 2016). Üriner retansiyon, cerrahi sonrasında çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir. Bunlar arasında anestezipler, antikolinerjikler, opioidler gösterilebilir ve bu ajanlar mesane dolgunluğunun algılanmasını, idrar yapma isteğini ve mesaneyi tamamen boşaltma yeteneğini engeller. Abdominal, pelvik ve kalça cerrahisi, ağrıya bağlı olarak retansiyon olasılığını artırabilir (Smeltzer and Bare 2005, Akyolcu 2017a, Aslan 2017). Ayrıca, bazı hastalar, rekümbent pozisyonunda tuvaletini yapmakta zorlanmaktadırlar. Mesane distansiyonu ve idrar yapma isteği, hastanın kliniğe geldiğinde ve daha sonra sıklıkla değerlendirilmelidir. Kateter takılmadan önce mesaneyi boşaltmaya yönelik tüm yöntemler denenmiş olmalıdır (örn., çeşmenin açılarak suyun akmasına izin verme, perine'ye ısının uygulanmasına izin verilmesi) (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Aslan 2017). Yatak örtüsü sıcak olmalıdır; soğuk bir yatak rahatsızlık hissi verir ve kasların (üretral sfinkter de dahil olmak üzere) sıkıştırılmasına neden olur. Erkek hastalar genellikle pisuarı kullanması için yatağın

yanında oturur veya dururlar ancak ilaçlara bağı koordinasyon kaybı veya ortostatik hipotansiyon nedeniyle hastanın düşmesi veya bayılmasını önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Ameliyattan sekiz saat sonrasında (buna ASBÜ'de geçirilen süre dâhildir) hastanın idrar yapma isteğinin olmaması, yapamaması ya da mesanede distansiyon varlığında üretral kateter takılmalıdır (Smeltzer and Bare 2005, Williams 2015, Aslan 2017). Kalıcı aralıklı kateterizasyon, kalıcı kateterizasyona göre tercih edilir, çünkü enfeksiyon riski kalıcı bir kateter ile artmaktadır. Hasta idrarını yapsa bile, mesanenin boş olmayabileceği düşünülerek boşaltılan idrar miktarı not edilmelidir. distansiyon ve hassasiyet açısından suprapubik alanı palpe edilmeli, kalan hacmi değerlendirilmesi içinde taşınabilir ultrason cihazı kullanılmalıdır. Aralıklı kateterizasyon her 4-6 saatte bir hasta kendiliğinden boşalınca ve kalan miktar 100 mL'nin altına düşene kadar devam eder (Smeltzer and Bare 2005).

2.6.2.4. Gastrointestinal sistem fonksiyonu (GİS)

Ameliyat sonrası gastrointestinal sistemde en önemli komplikasyonlar bulantı-kusma, hıçkırık, abdominal distansiyon, akut mide dilatasyonu ve ileustur (Fındık 2016). Gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi, meydana geldiğinde bu sorunların en erken zamanda giderilmesi ve oral alıma geçilmesi hasta ve sağlık profesyonelleri için önemli konulardır. Mide bulantısı ve kusma anesteziden sonra sık görülmektedir. Kadınlarda (özellikle 50 yaş altı), obezlerde (yağ hücreleri anesteziik maddeler için rezervuar gibi davrandığından) ve uzun süren cerrahi girişimler sonrasında bulantı-kusma yaygın olarak görülmektedir. Ameliyat sonrası kusmaya neden olan diğer nedenler ise, midede sıvı birikimi, mide dilatasyonu ve peristaltizm başlamadan önce sıvı/gıda alımına başlanmasıdır. Ameliyatın doğası gereği kusma olasılığı yüksek ise hastaya ameliyat öncesi nazogastrik tüp yerleştirilir, bu tüp ameliyat süresince ve erken ameliyat döneminde de kalabilir. Aynı zamanda, acil operasyonlarda midesi dolu olan hastalara da nazogastrik tüp yerleştirilmektedir (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Ameliyat sonrası nazogastrik tüpü olan hastalarda gelen sıvı miktarı, sıvının niteliği kontrol edilip kaydedilmelidir (Fındık 2016). Ameliyat sonrası üç gün içerisinde normal beslenmeye geçilemeyecek olan hastalarda total parenteral beslenmeye geçilir (Aslan 2017).

Bağırsak peristaltizminin normal koşullarda 24-48 saat içinde geri dönmesi beklenmektedir (Fındık 2016). Cerrahi girişimden sonra hastanın, uygun olan en kısa sürede beslenmeye başlanması gerekmektedir. Normal beslenme gastrointestinal peristaltik aktivitenin mümkün olan en kısa zamanda normale dönmesini sağlarken bireyin psikolojisini de olumlu yönde etkiler. Ayrıca cerrahi girişim sonrası stres yanıtına bağlı olarak gelişen negatif nitrojen dengesinin en kısa sürede düzeltilebilmesi için de erken beslenme gereklidir (Aslan 2017). GİS'e yönelik bir cerrahi yapılmadığında hasta anesteziden uyandığında oral olarak sıvılar verilebilir. GİS'e veya karın içinde başka bir organa yönelik yapılan cerrahilerde ise oral gıda başlamadan önce GİS'in efektif olarak çalıştığından emin olunmalıdır (Aktan 2009, Aktan 2013).

Bulantı-kusma: Anestezik maddeler ya da narkotiklerin etkisi, gastrik boşalmanın gecikmesi, cerrahi girişim sırasında bağırsakların elle tutulması sonucu peristaltizmin yavaşlaması ve ameliyat sonucu yakın zamanda oral alımın olmaması gibi farklı nedenlere bağlı olarak bulantı-kusma gelişebilmektedir (Akyolcu 2017a). Bulantı-kusmaya uygulanacak bakım girişimleri; kusmanın içerik ve miktar açısından değerlendirilmesi ve kaydedilmesi, ağız bakımı yapılması, hastanın yüzüne soğuk kompres uygulanması, odasının havalandırılması, ziyaretçi kısıtlaması, kötü kokuların uzaklaştırılması, hekim istemine göre antiemetikler, antikolinerjikler, antidopaminerjikler ve antispazmolitiklerin uygulanması yer almaktadır (Fındık 2016). Bulantı-kusma azaldığında ve hasta tamamen uyanık hale geldiğinde diyeti ne kadar tolere edebilirse o kadar hızlı normal gastrointestinal fonksiyon devam eder. Gıdayı ağız yoluyla almak sindirim sıvılarını uyarır ve gastrik fonksiyon ile bağırsak peristaltizmini teşvik eder. Ameliyatın niteliği ve anestezisi tipi normal gastrik aktivitenin başlama oranını doğrudan etkiler. Sıvılar, genel olarak cerrahi sonrası hasta tarafından istenilen ve tolere edilen ilk maddelerdir. Su, meyve suları ve çaylar giderek artan miktarda verilebilir. Soğuk akışkanlar daha kolay tolere edilir. Yumuşak gıdalar (muhallebi, süt ve kremalı çorbalar), berrak sıvılar tolere edildikten sonra kademeli olarak ilave edilir. Hasta yumuşak yiyecekleri iyi tolere ettiği zaman katı gıda da verilebilir (Smeltzer and Bare 2005, Aygin 2016).

Hıçkırık: Diyafragmayı inerve eden frenik sinirin irrite olmasına bağlı olarak diyafragmanın aralıklı spazmı hıçkırık olarak tanımlanır (Basavanthappa 2009, Akyolcu 2017a). Metabolik sorunlar ve periton irritasyonu nedeni ile gelişebilmektedir (Fındık 2016). Frenik sinirin tahrişine bağlı ikincil spazmlarından oluşan hıçkırıklar cerrahiden sonra ortaya çıkabilir. Genellikle hıçkırık kendiliğinden duran hafif geçici ataklardır. Eğer hıçkırık devam ederse, kusma, bitkinlik ve yara ayrılması gibi sorunlara yol açabilirler. Ciddi, kalıcı hıçkırıklar için fenotiyazin ilaçları reçete edilebilir (Smeltzer and Bare 2005). Hıçkırığa ilişkin bakım girişimleri arasında; hastaya kendi CO₂'inin teneffüs ettirilmesi, derin nefes aldırılması ve göz kapaklarına hafifçe bastırılması, frenik sinir irritasyonunu önlemek için çok sıcak veya soğuk sıvıların alınmasının engellenmesi, nedene yönelik girişimler ve ilaç tedavisinin uygulanması yer almaktadır (Fındık 2016).

Abdominal distansiyon: Yaygın bir sorundur. Ameliyat öncesi ve sonrası diyet kısıtlamaları, karın içi organların manipölasyonu, hareketsizlik, anestezi-opioid ilaçların kullanımı gibi etkenler peristaltizmin azalmasına ve sonuç olarak abdominal distansiyona yol açmaktadır (Smeltzer and Bare 2005, Akyolcu 2017a). Ağızdan hiçbir şey verilmese bile, hastanın yuttuğu hava, gastrointestinal sekresyonların mide ve bağırsaklara dolması, peristaltik aktivitenin azalması sonucunda distansiyon gelişir. Sonuç olarak, hasta karında şişkinlik ve ağrıdan şikâyet eder. Şişkinliğin önlenmesi için majör karın cerrahisinden sonra, hastanın sıkça dönmesi, aktif-pasif egzersizler yaptırılması ve mümkün olduğunca erken ambulasyon önerilmektedir. Ameliyattan sonra distansiyon gelişme ihtimali yüksek hastalarda nazogastrik bir tüp yerleştirilir ve bağırsak sesleri hemşire tarafından düzenli olarak dinlenir, peristaltik aktivite (flatus geçişi ile gösterilene) istenilen düzeye gelene kadar tüp yerinde bırakılır (Smeltzer and Bare 2005). Abdominal distansiyona yönelik bakım girişimleri; düzenli nazogastrik aspirasyon yapılması, hastanın sık sık aktif-pasif hareket ettirilmesi, oturtulması veya ayağa kaldırılması, hekim istemine göre rektal tüp veya lavman uygulanmasıdır (Fındık 2016).

Akut mide dilatasyonu: Midede aşırı sıvı ve hava birikmesi midenin kanamaya neden olacak kadar genişlemesine yol açar. Ameliyat sonrası 4-24 saat içinde üst batın ameliyatı uygulananlarda görülür. Hastaya uygulanacak bakım girişimleri; hastaya nazogastrik tüp takılması ve aspire edilmesi, hastanın aspire etmesinin önlenmesi, hipovolemik şok belirtilerinin izlenmesi ve hekim istemine göre elektrolitli sıvıların verilmesidir (Fındık 2016).

Paralitik ileus: Abdominal cerrahiden sonra peristalsis ve bağırsak sesleri ve flatus genellikle 24-72 saat boyunca durur (Williams 2015). Ameliyat sırasında organların ellenmesi, sıvı elektrolit dengesizliği (dehidratasyon, hipopotasemi) enfeksiyon nedenleri ile paralitik ileus gelişmektedir. Paralitik ileus gelişen hastalara nazogastrik veya intestinal tüp uygulanması, IV yolla sıvı-elektrolit dengesizliğinin tedavi edilmesi gerekmektedir (Fındık 2016).

2.6.2.5. Nörolojik sistem

Hastada cerrahi girişime bağlı olarak total kan volümündeki kaybın %30'u geçmesi durumunda kalp debisinde azalma, sıvı-volüm eksikliği, hipovolemi ve postural hipotansiyon gibi nedenlerle nörolojik sorunlar (serebral perfüzyonun bozulması, ajitasyon, konfüzyon, senkop, bilinç kaybı) görülmektedir. Ameliyat sonrası akut konfüzyonel duruma ve deliryuma sık rastlanmaktadır (Fındık 2016).

Konfüzyon ve deliryum: Konfüzyon ve deliryum; sıvı-elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, ileri yaş, hipoksemi, hipotansiyon, ilaç etkileri, uykusuzluk, hareketsizlik, ağrı, duysal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, depresyon ve alkol bağımlılığı nedeniyle hastalarda ortaya çıkabilmektedir (Aygin, Aslan, Cengiz 2012, Akyolcu 2017a). Deliryumda ilk zamanlarda anksiyete, kâbus görme, uykusuzluk, baş ağrısı gibi semptomlar görülürken; ilerleyen zamanlarda hafızada bozulma, algı değişiklikleri, işitsel ve görsel halüsinasyonlar olabilmektedir (Güner ve Geenen 2007, Akyolcu 2017a). Ayrıca anestezi maddeler veya ameliyat sonrası geç dönemde beyin damarlarından birinde oluşabilecek emboli hastanın bilincinde ve motor hareketlerinde bozulmalar meydana getirebilir. Bu nedenle nörolojik sorunların hipovolemik veya nörojenik nedenlerle mi geliştiğini belirleyebilmek için iyi bir

gözlem ve yakın izlem gerekmektedir. Risk altında olan hastaların yaşam bulgularını, zaman-yer-kişî oryantasyonunu, kas gücünü ve pupilla reaksiyonunu takip etmek önem taşımaktadır (Fındık 2016).

2.6.2.6. Cerrahi yara bakımı

Cerrah tarafından bistüri ile açılmış olan insizyonlar; süturlar, zimbalar, cerrahi yapıştırıcılar veya yapışkan şeritlerle kapatılır. Yara iyileştikçe dikişler veya zimbalar 7-10 gün içinde çıkarılır. Temiz yaralar enfekte olmayan cerrahi yaralardır, kirli (kontamine) yaralar kaza sonucu yaralanmaya, GİS içeriğine veya steril olmayan koşullara maruz kalan insizyonları içerir (Williams 2015). Yara iyileşmesinde kritik zaman, cerrahi girişim sonrasında ilk 24-72 saat olmakla birlikte bu süre yaranın enfekte olması ile 2-6 güne kadar uzayabilir. Temiz cerrahi yara normal gerilme kuvvetini genellikle cerrahi girişim sonrası 15-20. günlerde kazanmaktadır (Fındık 2016). Ameliyat sonrası en sık karşılaşılan yara iyileşme komplikasyonları yarada kanama ve yara çevresindeki dokuda hematoma, yara ayrılması, eviserasyon ve enfeksiyondur (Williams 2015, Fındık 2016, Aslan 2017).

Yara ayrılması (dehiscence) ve eviserasyon: Yara ayrılması; cerrahi girişim sonrası insizyonel yarada açıklık oluşmasıdır. Eviserasyon ise; insizyon bölgesinde açıklık meydana geldikten sonra karın içi (veya ilgili bölge neresi ise) organların insizyonel açıklıktan çıkmasıdır (Williams 2015, Aslan 2017). Yara ayrılması ve eviserasyon sıklıkla kronik hastalığı olanlarda, kötü ve dengesiz beslenen, zayıf ya da kilolu/obez hastalarda daha sık görülmektedir. Diğer nedenler arasında uygun şekilde kapatılmayan insizyon, valsalva manevrasına neden olacak öksürük veya kusmalar neticesinde karın içi basıncının artması, dikişlerin aşırı derecede gergin olması gibi nedenler sayılabilir. Yara ayrılması ve eviserasyon riski her cerrahi girişimden sonra olsa da sıklıkla ameliyat sonrası 6. ve 7. günlerde görülür. Her iki durumun da gelişmesini önlemek mümkündür. Bunun için mümkün olduğunca valsalva manevrası yapması engellenmeli, solunum yolu enfeksiyonlarından korunmalı, eğer öksürük varsa insizyon bölgesi desteklenmeli, yarada enfeksiyon gelişimi önlenmeli ilave olarak dengeli ve yeterli beslenmeli ve sıvı almalıdır (Aslan 2017).

Yara iyileşmesini sağlamak için cerrahi drenajların takibi ve pansumanların bakımı önem taşımaktadır. Yara drenleri, peri-insizyonel bölgede portatif bir yara emme cihazına bağlı (kapalı) veya pansumanlardan (açık) çıkan tüplerdir. Sık kullanılan yara dren tipleri; Penrose, Hemovac ve Jackson-Pratt drenleridir. Yara drenaj sistemlerinden gelen tüm drenajlar kaydedilir. Cerrahi giysilerdeki kanlı drenaj miktarı sık aralarla değerlendirilir. Drenaj ölçümlerinin güvenilir ve tutarlı bir şekilde kaydedilebilmesi için, çok sayıda benzer drenajlar numaralandırılır veya etiketlenir (örn; sol alt kadran, sol üst kadran) (Smeltzer and Bare 2005).

Yara ayrılması ve eviserasyonda; yara yerinden çıkan bağırsaklar serum fizyolojikle ıslatılmış steril kompreslerle örtülmeli ve kompreslerin nemliliğini sürdürmek için sık sık serum fizyolojikle ıslatılmalı, hastaya semi fowler pozisyon verilmeli, hastanın yaşam bulguları ölçülmeli, IV perfüzyon malzemeleri, gastrik tüp ve sakşın hazır bulundurulmalı ve hasta cerrahi girişim için hazırlanmalıdır (Aslan 2017). Cerrahi yara iyileşmesi enflamatuar, proliferatif ve olgunlaşma fazları olmak üzere üç aşamada gerçekleşir.

Tablo 2.6.2. Yara İyileşmesi Fazları

FAZ	ZAMAN ARALIĞI	YARA İYİLEŞMESİ	HASTA ETKİSİ
I	Ameliyat sonrası 2. gün	Enflamatuar yanıt	Ateş, halsizlik
II	Ameliyat sonrası 3-14. Gün	Granülasyon doku formları	Daha iyi hissetme
III	Ameliyat sonrası 3-6. haftaya kadar	Kollajen deposu	Artmış yara oluşumu
IV	Bir aydan bir yıla	Kollajen deposu	Düz, ince skar

Kaynak: Williams LS. (2015). Page: 202-236.

Yara iyileşmesi süreci: Yara iyileşmesi; yaralanmış dokunun anatomik ve fonksiyonel özelliklerinin yeniden oluşturulmasını sağlamak üzere değişik hücre gruplarının ortaklaşa yürüttükleri işlevlerden oluşan bir onarım sürecidir (Bulut 2016). Enflamatuar yanıtın son fazı iyileşmedir. Ölü ya da yaralanan hücrelerin yeni hücrelerle veya bağ dokusu hücreleri ile yer değiştirmesidir. İyileşme rejenerasyon ve onarım olmak üzere iki büyük komponenti içermektedir (Bilik 2016, Aygin 2017). *Rejenerasyon*; kaybedilen hücrelerin yerine aynı tipte hücrelerin oluşturulması, *tamir* ise kaybedilen hücrelerinin yerinin bağ dokusu (konnektif doku) ile değiştirilmesidir

(Aygin 2017). Yara iyileşmesi yaralanmanın büyüklüğüne göre primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) olarak üç şekilde ele alınmaktadır.

Primer (birincil) iyileşme: Yara kuru ve temiz, kenarları düzgün ve yara kenarları birbirine çok yakınsa minimum granülasyon dokusuyla genellikle bir haftada iyileşme görülür (Aygin 2017). Primer iyileşmede, granülasyon dokusu görülmez ve skar oluşumu azdır. Yara kenarları, sütür, kanca/agraf veya bant ile birleştirebilir (Williams 2015, Akyolcu 2017b).

Sekonder (ikincil) iyileşme: Travmatik, ülserli, yanık, enfekte, doku kaybı fazla, geniş, düzensiz yara kenarları olan ve bol eksudalı yaraların yara kenarları yakınlılaşdırılmaz. Yara kenarları birleştirilemeyip açık bırakılan yaralar, skar dokusuyla iyileşirler. Yara kenarları arasındaki boşluk granülasyon dokusu ile kapanırken yara kenarlarından ilerleyen epitelde granülasyonu örtmeye çalışır (Williams 2015, Bilik 2016, Aygin 2017). Ameliyat sonrası yaranın sekonder olarak iyileşmesine izin verildiğinde, genellikle yara suyla ıslatılmış steril sargılarla doldurulur ve kuru bir steril pansumanla kaplanır (Smeltzer and Bare 2005). Skar dokusu genellikle geniş ve pürüzlüdür. Yara açık bırakıldığı için enfeksiyon riski yüksektir (Akyolcu 2017b). Basınç yaraları ve abrazyonlar genellikle bu türde iyileşen yaralardır (Akyolcu ve Akyüz 2015).

Tersiyer (üçüncül) iyileşme: Enfekte olan yaralarda görülen bir iyileşme şeklidir. Tersiyer iyileşme, genellikle primer ve sekonder iyileşmeden daha derin ve geniş skar dokusuyla iyileşir (Bilik 2016, Akyolcu 2017b, Aygin 2017). Doku kaybı olmayan fakat enfekte olan yaralarda enfeksiyon tedavi edilirken yara açık bırakılır. Enfeksiyon kontrol altına alındıktan ve granülasyon dokusu başladıktan sonra yara cerrahi olarak sütürla kapatılır (Williams 2015, Bilik 2016, Aygin 2017). Bu yaralar ameliyattan sonra nemli gazlı bezlerle paketlenir ve kuru steril bir sargı ile kaplanır (Smeltzer and Bare 2005).

Yara iyileşmesini birçok faktör etkilemektedir. Bunlar yaraya ait lokal faktörler ve sistemik faktörler olarak iki grupta ele alınmaktadır. Lokal faktörler gerilim, yabancı madde, enfeksiyon, ve yetersiz kanlanma (iskemi) hematoma ve seroma, travma, ödem, ışınlanma iken, sistemik faktörler kalıtsal bağ dokusu hastalığı, hipotermi, oksijen, sigara kullanımı, malnutrisyon, sarılık, ileri yaş, diyabet, üremi ve ilaçlardır (Akyolcu ve Akyüz 2015, Öğce 2015).

- **Oksijen:** Yara dokusu oksijenasyonu; kan basıncı, hemoglobin dağılımı, lokal oksijen tüketimi, solunan oksijen fraksiyonu, oksijen taşıma kapasitesi, arterial oksijen basıncı, dolaşan kan hacmi, kardiyak fonksiyon, arteriyal akım ve venöz drenaj ile belirlenir (Sullivan, Engraw and Klein 2012). Hipoksi varlığında, metabolitler ortamda birikir, bu da doku ödemi gelişmesine neden olarak enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar. Transkutanöz parsiyel oksijen basıncı'nın (TcPO₂) 60-90 mmHg olması gerekmektedir. Bu değer 30 mmHg'nin altına inerse iyileşme süreci güçleşir, 20 mmHg'nin altına inerse iyileşme gerçekleşemez ve hatta gangren bile ortaya çıkabilir (Öğce 2015).
- **Gerilim:** Zayıf cerrahi teknikten, cildin yapısal geriliminden, eklemlerin hareketinden veya yetersiz yara desteğinden kaynaklanmakta ve yara kenarlarının ayrılmasına neden olmaktadır (Sullivan et al. 2012).
- **Enfeksiyon:** Cerrahi hastalarında yara iyileşmesini geciktiren en yaygın neden cerrahi alan enfeksiyonudur (CAE). CAE etkenleri arasında; hastanın enfeksiyona yatkınlığı, mevcut hastalığın derecesi, hastanın cilt florası ya da cerrahi ekip yoluyla kontaminasyonu, insizyon bölgesinde hematoma olması ya da ölü boşluklar bırakılması, dikiş ve drenlerin uygun şekilde kullanılmaması, aşırı koter kullanımı, dokulara nazik davranılmaması sayılmaktadır. Enfeksiyonu önlemede antimikrobiyal profilaksi de uygulanan bir yaklaşımdır (Uzunköy 2005, Öğce 2015). Tüm travmatik yaralar kontaminedir ve bu sebeple organizmaların uzaklaştırılması için irige edilmelidir (Sullivan et al. 2012).

- **Yaş:** Yaşlanmayla birlikte enflamatuvar cevapta bozulma, bozulmuş makrofaj fagositozu ve gecikmiş iyileşme ile ilişkilidir (Sullivan et al. 2012, Öğce 2015). Aynı zamanda yaşlı bireyde cildin yeterli kanlanamaması ve solunum sistemi fonksiyonlarında azalmaya bağlı parsiyel oksijen basıncı (PaO₂) ile solunum hacminde ve kapasitesinde azalma gibi nedenlerle yara iyileşmesi olumsuz etkilenmektedir (Öğce 2015).
- **Cinsiyet hormonları:** Yaşlı erkeklerde, kadınlara göre yara iyileşmesi daha geç olmaktadır. Literatürde; östrojenin her iki cinstede yara iyileşmesinde olumlu etkisi olduğu, androjenin ise yara iyileşmesini olumsuz etkilediği belirtmektedir (Acar ve Aygin 2015, Öğce 2015).
- **Stres:** Hastanın yaşadığı psikososyal stres bağışıklık sistemini güçsüzleştirerek yara iyileşmesinin gecikmesine neden olur. Anksiyete, depresyon, uykusuzluk da yara iyileşmesini olumsuz etkilemektedir (Öğce 2015).
- **Diyabet:** Yara iyileşmesinde zayıflamaya ve enfeksiyon riskinde artışa neden olmaktadır. Diyabetik nöropati duyu kaybına, hasarlanmaya yol açar, yara iyileşmesini önler ve hareket kısıtlılığına yol açar (Sullivan et al. 2012).
- **İlaçlar:** İlaç kullanımında özellikle salisilik asit gibi ilaçlar, trombositlerin agregasyonunu azaltarak kanama zamanını uzatmaktadır. Kanamayı eğilimi azaltmak için, ameliyattan en az bir hafta önce aspirin ve antikoagülan alımı durdurulmalıdır. Kortikosteroid kullanımı yara iyileşmesini geciktirmektedir. Çünkü sistemik olarak kullanılan kortikostreoidler enflamasyon fazını uzatır, yeterli granülasyon dokusu gelişimini engeller, yara kontraksiyonunu azaltır, kollajen sentezini engeller ve yarada enfeksiyon riskini arttırır. Kronik yaralarda ise düşük doz topikal kortikosteroidler yara iyileşmesini hızlandırıcı etkiye sahiptir (Öğce 2015).
- **Şişmanlık:** Şişman kişilerde yara enfeksiyonu, ayrılması, eviserasyon, hematoma, seroma gelişimi, basınç yarası gibi sorunlarla sık karşılaşılmakta,

ayrıca obez kişilerde adipoz doku arttığı için yara iyileşmesi olumsuz etkilenmekte ve hastanın iyileşme süreci de gecikmektedir (Şahin, Ok ve Mercanlıgil 2008, Ögce 2015).

- **Malnutrisyon:** Protein ve enerjinin yeterli düzeyde alınmaması yara iyileşmesini geciktirir, enfeksiyona yatkınlığı artırır ve basınç yaralarının daha kolay gelişmesine zemin hazırlar. Bunun yanı sıra malnütrisyonlu bireylerde konjestif kalp yetmezliği daha sık görülmektedir. Sürekli yorgun ve apatik olan bu bireylerde ölüm riskleri de artmaktadır (Ögce 2015). İyi bir nutrisyonel desteğin ve yeterli kalori alımının sağlanması yara iyileşmesi için gereklidir. Özellikle, yeterli miktarda protein, karbonhidrat, yağ asitleri, C, A, K, D vitaminleri ve çinko ve demir gibi mineraller yara iyileşmesinde önemlidir (Sullivan et al. 2012).
- **Sigara ve alkol kullanımı:** Sigara kullanımı doku oksijen konsantrasyonlarını azaltır, yara iyileşmesini bozar, yara enfeksiyonu ile yara ayrışmasını kolaylaştırır, anastomoz kaçağı, yara nekrozu ve yara kontraksiyonunda azalma gibi komplikasyonlara yol açar (Sullivan et al. 2012, Ögce 2015). Aynı zamanda sigara kullananlarda, trombositlerin fonksiyonu ve pıhtılaşma yeteneği bozulur ve işlev gören hemoglobin miktarı azaldığı için dokulara yeterli oksijen taşınmaz. Aşırı alkol tüketimi, yara iyileşmesinde enflamatuvar yanıtı bozar ve yara iyileşmesini geciktirir (Ögce 2015).
- **Karaciğer fonksiyonlarının yetersizliği durumunda;** safra tuzlarının sentezinde bozularak bağırsaklardan K vitamini absorpsiyonu azalır. Albumin miktarı azaldığında ödem daha kolay oluşur, bu nedenle dokunun oksijenlenmesi ve beslenmesi engellenir. Bu durumda da yara iyileşmesi gecikir. Albümin eksikliği olan bireylerde ameliyat öncesi albümin verilmelidir (Ögce 2015).
- **Hipotermi;** anestezi ilaçlarının verilmesi, soğuğa maruz kalma veya vücut sıcaklığının dağılımında değişiklik olması sonucunda gelişebilir. Hipotermi; periferik vazokonstriksiyona ve yaraya iletilen oksijen miktarında bozulmaya

neden olur (Sullivan et al. 2012). Açık yaralarda ısı kaybı olması dokuları hipotermik hale getirir, hücre oluşması ve çoğalması üzerine olumsuz etki yapar, vücut direncini düşürür ve enfeksiyon riskini artırır (Öğce 2015).

- **Radyasyon tedavisi;** cilde zarar verir ve ameliyat sonrası dokuların daha yavaş iyileşmesine neden olur. Bu yüzden ameliyat sonrası radyoterapi için en uygun zaman 3 hafta sonradır (Sullivan et al. 2012, Engin 2013). Vitamin A verilmesi yara iyileşmesi üzerindeki ışınlamanın olumsuz etkilerini azaltabilir (Sullivan et al. 2012).
- **Yabancı cisim;** yarayı kontamine eden tüm yabancı cisimler ilk debridman sırasında ve yara kapatılmadan önce ortamdaki uzaklaştırılmalıdır (Sullivan et al. 2012).
- **İskemi;** iskemik yara dokusu kolayca enfekte hale gelir ve bu sebeple debride edilmelidir. Dermal kenarları kanamayan dokular genelde iskemiktir (Sullivan et al. 2012).
- **Hematom ve seromalar;** enfeksiyon riskini ve yaranın ayrışma riskini arttırmaları. Bunu önlemek için; yara kapatılması esnasında hemostaz dikkatli bir şekilde sağlanmalıdır ve kanama diyatezi düzeltilmelidir. Yara kenarlarının birbirine sürtünmesi ve yara kenarı hareketi minimuma indirilmelidir (Sullivan et al. 2012).
- **Travma;** doku hasarı açık bir şekilde eksternal travma ile ilişkili olmakla birlikte iyatrojenik de olabilir. Yara kenarlarının forseps ile tutulması ezilme ve yaralanmaya sebep olacağından cerrahi işlemler nazik bir şekilde yapılmalıdır (Sullivan et al. 2012).
- **Ödem;** doku basıncını artırır perfüzyonu ve iyileşmeyi inhibe eder. Yara ödeminin temizlenmesi iyileşme için gerekli olup, kompresyon tedavisi veya VAC cihazıyla başarılı olunabilir (Sullivan et al. 2012).

- **Üremi ve kronik böbrek yetmezliği** azalmış organizma defansı, artmış enfeksiyon riski ve bozulmuş yara iyileşmesi ile ilişkilidir (Sullivan et al. 2012).

2.6.2.7. Ameliyat sonrası ağrı

Her hastanın ağrı deneyimi değişse de ameliyat sonrası ağrı yaygındır. İnsizyonel ağrı ile birlikte ağrılı kas spazmları da oluşabilir (Williams 2015). Birçok faktör (motivasyonel, duyuşsal, bilişsel ve duygusal) ağrı deneyimini etkiler. Ameliyat sonrası ağrının derecesi ve şiddeti; hastanın ağrı toleransına, insizyon yerine, cerrahi işlemin niteliğine, cerrahi travmanın derecesine, endotrakeal tüpün varlığına, drenlere, anestezi ajan türüne ve ajanın nasıl uygulandığına bağlıdır (Smeltzer and Bare 2005, Chard 2010b). Cerrahi travma nosiseptörleri uyararak akut insizyonel ağrıya neden olmaktadır. Bulantı-kusma, ambulasyon, öksürük, derin nefes alma ve kaygı, pansumanlar ve egzersizler rahatsızlığa neden olabilir ve postoperatif ağrıyı arttırabilir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrıyı sadece sözel olarak ifade etmesi beklenmemeli, hastanın fiziksel ve psikolojik tepkileri de değerlendirilmelidir (Williams 2015, Fındık 2016). Ağrının olumsuz fizyolojik etkileri vardır. Derin nefes almayı ve öksürmeyi engeller, erken ambulasyonu geciktirir. Tüm bunlar komplikasyon gelişme riskini, hastanede kalış süresini ve sağlık bakım maliyetlerini arttırır (Williams 2015). Akut ağrı yönetimi ile ilgili uygulanacak hemşirelik girişimleri; farmakolojik ve farmakolojik olmayan uygulamaları gerçekleştirme, analjeziklerin verilme zamanı ve hastanın aktivitelerini gerçekleştireceği zaman aralıklarının uyumunu sağlama, cerrahi yara bölgesine soğuk uygulama yapma, gerektiğinde buz uygulama, ameliyat sonrası akut ağrı yönetiminde ilk 24-48 saat süresince önerilen opioid analjezikleri kullanma ve yan etkileri açısından (hipotansiyon ve hipoventilasyon) yaşam bulgularını takip etme, hasta kontrollü analjezi (HKA) yönteminde saatlik en yüksek dozu pompaya kilitleyerek, hastanın yanlışlıkla aşırı doz almasını önlemektir (Öztekin 2011).

2.6.2.8. Hareketlilik

Hastanın hareket etmesi, egzersizlerini yapması oluşabilecek pek çok komplikasyonun önlenmesinde ve iyileşmenin hızlanmasında etkilidir (Fındık 2016). Erken ayağa

kalkma ile ağrı azaltılır, hasta erken taburcu olur ve maliyet azalır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Hastanın erken ayağa kaldırılması, atelektezi, pnömoni, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları ve dolaşım sorunlarını azaltır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Hastanın düzenli egzersiz yapması solunumu ve akciğer tabanında biriken sekresyonun atılımını kolaylaştırır, GİS peristaltizmini ve abdominal duvar tonüsünü artırarak abdominal distansiyonu ve gastrik dilatasyonu azaltır. Bunun yanı sıra hareketlilik venöz dönüşü kolaylaştırarak dolaşımın hızlanmasını ve kardiyak outputun yeterli olmasını sağlarken, tromboflebit ve flebotromboz gelişimi de önlenmiş olur (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Bu komplikasyonları önlemek için, hastalara egzersizlerin ve ayağa kalkmanın önemi vurgulanmalı ve hareket etmeye teşvik edilmelidir. Ağrı, insizyon, tüpler, drenler, pansumanlar ve diğer ekipmanlar hareketi zorlaştırabilir. Hastalar ayağa kaldırılırken; önce yatak içinde başı yükseltilmelidir. Hasta bu durumu tolere edebiliyorsa yatakta oturma, ayaklarını yataktan sarkıtarak birkaç dakika bekleme ve sonrasında yürümesi sağlanmalıdır (Williams 2015, Fındık 2016). Hasta ayağa kalktığına baş dönmesi hissederse, hemen yatar pozisyona döndürülmeli ve yataktan kaldırılması birkaç saat ertelenmelidir (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

Ortostatik hipotansiyon (OH), hasta yatar pozisyonda iken birden ayağa kalktığına oluşan kan basıncında anormal bir düşüştür. Dolaşım hacmi ve yatak istirahatındaki değişiklikler nedeniyle cerrahiden sonra sık görülür. OH'un belirti ve bulguları; sistolik kan basıncının 20 mmHg'dan düşük olması, diyastolik kan basıncının 10 mmHg'dan düşük olması, halsizlik, baş dönmesi ve bayılmadır. Yaşlılar, vasküler ton değişikliklerine bağlı olarak ortostatik hipotansiyon riski altındadır (Smeltzer and Bare 2005).

Ameliyat sonrası dönemde; dolaşıma yardımcı olunması, erken ayağa kaldırılması, derin ven trombozu, ayak düşmesi ve ayak parmak deformitelerinin önlenmesi açısından hastanın kol, el/parmak, ayak, bacağın fleksiyonu/bacak kaldırma, abdominal ve gluteal egzersizleri yapması önem taşımaktadır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017).

2.6.2.9. Dinlenmenin sağlanması

Ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesi için hastanın fiziksel ve ruhsal olarak bedeninin iyi bir şekilde dinlenebilmesi gereklidir. Bu dönemde hastalar; birçok nedenden dolayı uyuma ve dinlenme konularında sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu nedenler; ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar, hastanın ağrısının olması, takılı tıbbi cihazlar, odanın havasız kalması, gürültülü ve kalabalık ortamdır. Hastaların dinlenebilmesi için gündüz aktivite ve dinlenme zamanları planlanmalı, gece mümkün olduğunca uyuyabileceği rahat bir ortam oluşturulmalıdır (Fındık 2016).

2.6.2.10. Emosyonel desteğin sağlanması

Hasta ve ailesi ameliyatın bitmesiyle rahatlamasına rağmen, ameliyat sonrası dönemde de ağrı yaşayacağı korkusu, bilinmeyen yabancı bir ortamda bulunma, cerrahinin uzun dönem etkilerinden korkma, halsizlik, kendine bakabilme gücünü yitirme, spirutial distres, rol ve sorumluluklarda değişiklik, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, beden imajında değişme gibi nedenlerle anksiyete yaşamaktadır (Smeltzer and Bare 2005, Aslan 2017). Her hastaya özel psikolojik destek planlanmalı, hasta bakımına hasta ve ailesi katılmalı, bilgi gereksinimleri giderilmeli ve destek olunmalıdır (Fındık 2016). Cerrahi sonrası taburculuk; ameliyattan sonra hastanede ne kadar süre kaldığına, cerrahi prosedüre ve bireyin biyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarına göre değişir. Hasta taburcu olmadan önce tam bir değerlendirme yapılmalı, kullanması gereken ilaçlar, dikkat etmesi gerekenler ve pansumanlarının ne zaman yapılacağı bilgisi mutlaka verilmelidir (Williams 2015).

2.7. CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLLERİ

Günümüzde özellikle anestezi alanındaki gelişmeler ve cerrahi uygulamalar; cerrahi süreçte hasta bakımının da kanıta dayalı uygulamalarla birlikte yürütülmesine olanak sağlamıştır. Son dönemde cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokollerine (ERAS; Enhanced Recovery After Surgery) yer verilmektedir. Burada amaç; cerrahi öncesi organları korumak, cerrahi sonrası ise stres yanıtın azaltılarak erken iyileşmenin sağlanması, morbidite ve mortaliteyi azaltmak, hastayı olabildiğince erken taburcu

etmek ve hastanın cerrahiye ilişkin görüşlerini olumlu yönde geliştirebilmektir (Melnyk et al. 2011, Kabataş ve Özbayır 2016, Gündoğdu 2016, Steenhagen 2016, Çilingir ve Candaş 2017). Tablo 2.7.1’de ERAS protokolünün öğelerine yer verilmiştir.

Tablo 2.7.1. ERAS Protokolünün Öğeleri

Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sırası	Ameliyat Sonrası
<ul style="list-style-type: none">•Hastanın bilgilendirilmesi•Ameliyat öncesi bağırsak temizliği•Ameliyat öncesi açlık•Anestezi öncesi medikasyon•Tromboemboli profilaksisi•Antibiyotik profilaksi	<ul style="list-style-type: none">•Anestezi protokolü•Cerrahi kesilerin seçimi•Ameliyat sırasında hipotermimin önlenmesi•Ameliyat sırası sıvı yönetimi•Dren kullanılmaması	<ul style="list-style-type: none">•Nazogastrik tüp kullanılmaması•Kateterlerin erken dönemde çıkarılması•Bulantı ve kusmanın önlenmesi•GİS uyarılması•Ameliyat sonrası analjezi•Ameliyat sonrası beslenme•Erken mobilizasyon•Taburcu•Takip ve sonuçların denetimi

Kaynak: (Gündoğdu 2013, Melnyk et al. 2011, Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Steenhagen 2016, Uğurlu ve ark. 2017)

Hastada cerrahi sonrası stres yanıtın azaltılmasında, normal diyeteye dönmesinde, erken mobilize olmasında ve sağlığına kavuşması için psikolojik destek sağlanmasında cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün uygulanması ve hemşirelik bakımı anahtar rol oynamaktadır (Kabataş ve Özbayır 2016).

Ameliyat öncesi

- *Hastanın bilgilendirilmesi:* Hastalara ameliyat öncesi ameliyat hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirme yapılması önem taşımaktadır. Ameliyatıyla ilgili bilgilendirme yapılarak cerrahi süreçte de aktif rol alması sağlanan hastanın anksiyetesi de en aza indirgenmiş olacaktır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016)
- *Ameliyat öncesi bağırsak temizliği:* Mekanik bağırsak temizliğinin kolon cerrahisi öncesinde rutin olarak kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir (Melnyk et al. 2011, Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).
- *Ameliyat öncesi açlık:* Eğer cerrahi girişim elektif ise; genellikle hastalara gece yarısından itibaren cerrahi oral, katı ve sıvı gıda (NPO; Nil Per Os) verilmemektedir. Bu uygulama günümüzde geçerliliğini yitirmiş olup artık önerilmemektedir. Çünkü NPO, bireyin iyi olma halini güçleştirmekte, ameliyat sonrası birçok metabolik olumsuzluklara (insülin direnci) yol açmaktadır. Dolayısıyla ameliyat öncesi açlık süresi mümkün olan en kısa zamana indirgenmelidir. Ameliyat öncesi berrak sıvıların iki saat, anne sütü dört saat, bebek maması altı saat, hayvani süt altı saat, hafif yemeklerin (çay, kahve, su, yağsız tost) altı saate kadar alınmasının açlık süresi için yeterli olduğu kanıtlanmıştır. Ameliyat öncesi metabolik tokluğun sağlanması için, operasyon öncesi gece yarısına kadar 800 ml ve ameliyata iki-üç saat kala 400 ml kadar karbonhidrattan yönünden zengin sıvı verilmesi önerilmektedir (Harlak ve ark. 2008, Melnyk et al. 2011, Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Steenhagen 2016, Carmichael et al. 2017).
- *Anestezi öncesi medikasyon:* Uzun süre etkili premedikasyon yapılmasının iyileşmenin gecikmesi ve hastanede kalış süresinin uzaması gibi bazı yan etkileri bulunmaktadır. Dolayısıyla gereksiz premedikasyondan kaçınılmalı, eğer gerek görülüyorsa da kısa etkili anksiyolitikler verilmelidir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).

- *Tromboemboli profilaksisi:* Düşük moleküler ağırlıklı unfraksiyone heparin rejimi uygulanması, özellikle kolon ve rektum cerrahisinde DVT, pulmoner emboli ve mortalite oranlarını azalttığı belirtilse de, pıhtılaşmayı arttıran/bozan faktörlere dikkat edilmeli ve riski yüksek olan hastalarda antiembolik çorap giydirilmeli ve diğer alternatif tromboproflaksi yöntemleri kullanılmalıdır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).
- *Antibiyotik profilaksisi:* Cilt kesisinden hemen önce tek doz önerilmekte olup, üç saatten uzun süren ameliyatlarda ise ameliyat sırasında tekrarlanması önerilmektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016)

Ameliyat sırası

- *Anestezi protokolü:* Kısa etkili anestezi ajanları kullanılması önerilmektedir. Kolon cerrahisinde mümkünse midtorasik epidural blokaj ile birlikte analjezi sağlanmalıdır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).
- *Cerrahi kesilerin seçimi:* Cerrahi insizyon boyutunun mümkün olduğunca küçük olması önerilmektedir. Bunun yanı sıra abdominal bölge operasyonları için horizontal (transvers) ve oblik (eğik) kesi yapılmasının, longitudinal (dikey) kesilere göre ameliyat sonrası ağrı ve solunumsal işlev bozuklukları açısından avantajlarının fazla olduğu bildirilmiştir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016)
- *Ameliyat sırasında hipotermi önlenmesi:* Vücut sıcaklığının normalin altına inmesi, vücudun travma stresine verdiği nöroendokrin yanıtı uyarak koagülasyon sistemlerini bozar ve kanamayı arttırabilir. Sistemik ısıtmaya ameliyat öncesi başlanılmasının, ameliyat sırasında devam edilmesinin ve ameliyat sonrasında da iki saate kadar sürdürülmesinin faydalı olacağı önerilmektedir. Vücudun ısıtılması için uygun bir ısıtma örtüsü, ısıtılmış IV sıvılar ile beden sıcaklığı normal sınırlarda tutulmalıdır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).

- **Ameliyat sırası sıvı yönetimi:** Geleneksel uygulamada önceleri ameliyat sırasında hastaya ameliyat günü 3,5-7 litre, ameliyat sonrası devam eden günlerde ise 3-4 gün boyunca 3 litre'den fazla sıvı verilmekteydi. Son 20-30 yılda kanıta dayalı çalışmalar gösterdi ki; hastaya aşırı yükleme yapılmamalı ve sıvı alımı kısıtlanmalıdır (hastayı dehidrate bırakmayacak kadar sıvı). Aşırı sıvı yüklenmeyen hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hastanede kalma süresi önemli oranda azalmaktadır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).
- **Dren kullanılmaması:** Dren varlığı hastanın mobilizasyonunu azalttığından dren kullanımı rutin olarak önerilmemektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).

Ameliyat sonrası

- **Nazogastrik tüp kullanılmaması:** Nazogastrik tüp olması hastada oral beslenmeyi geciktirdiği, solunuma ilişkin komplikasyonları arttırdığı (üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ile trakeal aspirasyon) için, ameliyat sırasında yerleştirilmiş olsa bile ameliyat sonunda mutlaka çıkartılmalıdır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Steenhagen 2016).
- **Kateterlerin erken dönemde çıkarılması:** Üriner kateter genellikle epidural blokaj uygulanan hastalarda blokaj sonlandırılıncaya kadar mesanede tutulmaktadır. Çünkü epidural blokaj idrar retansiyonu olasılığı artırmaktadır. Bunun dışında üriner enfeksiyon ve hareketi engellediği için kateterin mümkün olan en erken zamanda alınması gerekmektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).
- **Bulantı ve kusmanın önlenmesi:** Ameliyat sonrası bulantı-kusma özellikle erken dönemde oral alımı engellediğinden multimodal antiemetik rejimlerinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca ameliyat sırasında kullanılan kusmayı uyaran ajanlardan kaçınılması da önem taşımaktadır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Steenhagen 2016, Carmichael et al. 2017).

- *GİS uyarılması:* ERAS protokollerinin esas amacı olan ameliyat sonrası ileusun önlenmesi ile abdominal cerrahiden sonra hasta en kısa zamanda taburcu olabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sırası ve sonrasında aşırı sıvı yüklemesinden kaçınmak, motiliteyi olumsuz yönde etkileyecek ajanları kullanmamak ve erken enteral beslenmeyi başlatmak önem kazanmaktadır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).
- *Ameliyat sonrası analjezi:* Hastanın ağrı kontrolünde hem açık hem de laparoskopik cerrahide geleneksel olarak opioidler ve epidural lokal anestezipler ile analjezi sağlanmaktadır. Fakat opioid kullanımının sistemler üzerine olumsuz etkisi olabileceğinden mümkünse ameliyatın opioid analjezikler kullanılmadan yapılması önerilmektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).
- *Ameliyat sonrası beslenme:* Ameliyat sonrası erken beslenmeye geçilmesi enfeksiyon riskini ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır. Bunun yanı sıra erken beslenmenin anastomoz kaçağı riskini artırmadığı da saptanmıştır. Aksi belirtilmedikçe hastaların ameliyattan iki saat sonra oral sıvı, dört saat sonrada katı gıdaları alması teşvik edilmelidir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).
- *Erken mobilizasyon:* ERAS protokolü bize erken mobilizasyonun faydalarından söz etmektedir. Özellikle ameliyat günü iki saat, devam eden günlerde hasta taburcu edilene kadar altı saat yatak dışında kalması önerilmektedir. Çünkü ameliyattan sonra yatakta kalma süresi uzadıkça, insülin direnci artmakta, kaslarda zayıflama, kas kütlelerinde kayıp meydana gelmektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Steenhagen 2016, Carmichael et al. 2017).
- *Taburculuk:* ERAS protokolü'ne göre hastanın hastaneden çıkış kriterleri şu şekilde sıralanmıştır; ağrı kontrolünün istenilen düzeyde sağlanması, damar içi sıvı gereksiniminin olmaması, hastanın ameliyat öncesi kadar tek başına

hareket kabiliyetinin olması ve eve dönmek için istekli olmasıdır (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016, Carmichael et al. 2017).

- *Takip ve sonuçların denetimi:* Taburcu olan hastaların mutlaka evde izlemleri yapılmalı, mümkünse taburculuktan 24-48 saat sonra iletişim kurulmalı ve sağlığı hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Pansumanlarının kontrolü ve dikişlerin alınması için uygun zaman hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır. Klinik sonucu belirlemek ve protokolün başarısını ölçmek için sistematik bir denetim olması zorunludur. Eğer bulunuyorsa benzer protokollerle ve benzer kayıt yöntemlerini kullanan diğer merkezlerle karşılaştırma yapılması uygun görülmektedir (Gündoğdu 2016, Kabataş ve Özbayır 2016).

Sonuç olarak cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumları; hastanın bireysel özellikleri, cerrahi girişimin büyüklüğü, cerrahi teknik ve anesteziadaki ilerlemelerin yanı sıra nitelikli hemşirelik bakımının verilmesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Hastanın ameliyat sonrası iyileşme durumlarının doğru bir şekilde ölçülebilmesi için güvenilir ölçüm araçlarının kullanılmasının hastanın ihtiyacı olan tedavi ve bakımın verilmesinde oldukça önemli olduğu düşüncesinden yola çıkarak cerrahi girişim geçiren hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Türkçe Geçerlik-Güvenirliğinin yapılması ve literatüre katkı sağlaması amacıyla bu çalışma planlandı ve gerçekleştirildi.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme indeksinin geçerlik-güvenirlilik çalışmasının yapılması ve ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi amacıyla ile metodolojik ve analitik olarak gerçekleştirildi.

3.1.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olan Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) (Postoperative Recovery Index; PoRI) bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Ameliyat olan hastaların tanı, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKI) gibi sosyodemografik özellikleri, daha önce cerrahi girişim geçirme, komorbid hastalık varlığı ve sigara kullanma durumları bağımsız değişkenlerdir.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- **Hipotez (H1):** Ameliyat sonrası iyileşme indeksi, Türk toplumunda cerrahi girişim geçiren hastalarda iyileşmeyi ölçen güvenilir bir araçtır.
- **Hipotez (H2):** Ameliyat sonrası iyileşme indeksi, Türk toplumunda cerrahi girişim geçiren hastalarda iyileşmeyi ölçen geçerli bir araçtır.
- **Hipotez (H3):** Yaş, cinsiyet, BKI, daha önce ameliyat olma durumu ve kronik hastalık varlığı cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarını etkiler.
- **Hipotez (H4):** Yaş, cinsiyet, BKI, daha önce ameliyat olma durumu ve kronik hastalık varlığı cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerini etkiler.

3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce ASİİ'ni geliştiren Stephen F. Butler'den Türkçe ASİİ'nin ölçek geçerlilik ve güvenilirliğini yapabilmek için yazılı izni alındıktan (Ek 1) sonra araştırmanın yapılacağı Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Etik Kurul Onay Numarası:71522473/050.01.04/157, 01/09/2016) (Ek 2) alındı. Bu çalışma SAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir (Proje no:2017-40-02-003).

Örnekleme oluşturacak hastalarda bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmuş olup özerklik/bireye saygı, mahremiyet/sır saklama, adalet/eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutulmuş ve gönüllülük ilkesine göre bilgilendirilmiş izin formu kapsamında araştırmanın türü, amacı ve bu süreçte kendilerinden alınan bilgilerin sadece araştırmacı tarafından değerlendirileceği, bilimsel amaçla kullanılacağı, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları gibi sahip oldukları haklar açıklanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Bölümü'nde Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında yapıldı. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Bölümü 36 yatak kapasitelidir.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi bölümünde cerrahi girişim uygulanan hastalar (Herni ameliyatı, Tiroid-Paratiroid ameliyatı,

Kolesistektomi ve Apendektomi) oluşturdu. (Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında bu tanımlarla yapılan vaka sayısı 1648'dir).

Araştırmanın örneklemini ise; bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 382 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğü planlanırken, ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için; istatistik literatüründe önerilen ölçekteki madde sayısının "5-10" katı kadar örneklem olması gerektiği bilgisi dikkate alınarak, madde sayısı 37 olan ölçeğin, 10 katı olan 370 hastanın araştırmanın örneklem büyüklüğü oluşturacağı düşünüldü (Büyüköztürk 2002, Küçüköçlü ve ark. 2009, Esin 2014).

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme Hesaplaması

Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen Basit Rastgele Örneklem formülünden yararlanılarak 312 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum cerrahi geçiren hasta sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki hasta sayısı

n: Örnekleme alınacak hasta sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeşiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{1648 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (1648 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 311,69 \cong 312$$

3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem kapsamına alınacak bireyler;

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olması,
- ✓ Onkolojik cerrahi hastası olmaması,
- ✓ Travma hastası olmaması,
- ✓ Kortikosteroid ilaçları kullanıyor olmaması,
- ✓ Gebelik olmaması,
- ✓ Mevcut majör psikiyatrik tanısı almış olmaması,
- ✓ Görme ve işitme problemi olmaması,
- ✓ Bilişsel ve mental sorunu bulunmaması,
- ✓ Aktif sistemik hastalıklarının olmaması gibi ölçütler dikkate alınarak seçildi.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu (Ek 3), Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (PoRI) (Ek 4), İyileşme Kalitesi-40 Anketi (QoR-40) (Ek 5), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (Ek 6) kullanıldı.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 3)

Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan bu form hastaların yaş, cinsiyet, BKİ, geçirdikleri ameliyata ilişkin bilgiler, kronik hastalıklar gibi tıbbi bilgileri içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) (Postoperative Recovery Index; PoRI) (Ek 4)

Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan ameliyat sonrası iyileşme indeksi (Postoperative Recovery Index; PoRI) 37 maddeden oluşmaktadır. ASİİ'nin 5 alt boyutu olup bunlar; psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, genel semptomlar, bağırsak semptomları ve istek-arzu semptomlarıdır. Alt boyutların içerdiği maddelerin puanları toplanır, aritmetik ortalamaları alınır ve alt boyut puanı belirlenir. ASİİ toplam puanı için; 37 maddenin hepsi toplanarak aritmetik

ortalaması alınmaktadır. İndeksten alınan yüksek puanlar ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığını yansıtırken, alınan düşük puanlar ameliyat sonrası iyileşmenin daha kolay olduğunu belirtmektedir (Butler et al. 2012).

Tablo 3.6.1. ASİİ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlama Sistemi

Güçlük yok	1
Az Güçlük	> 1 - < 1,5
Orta Güçlük	1,5 - < 2,5
Çok Güçlük	2,5 - < 3,5
Aşırı Güçlük	3,5 - 5

3.6.3. İyileşme Kalitesi-40 Anketi (The Quality of Recovery-40 Questionnaire; QoR-40) (Ek 5)

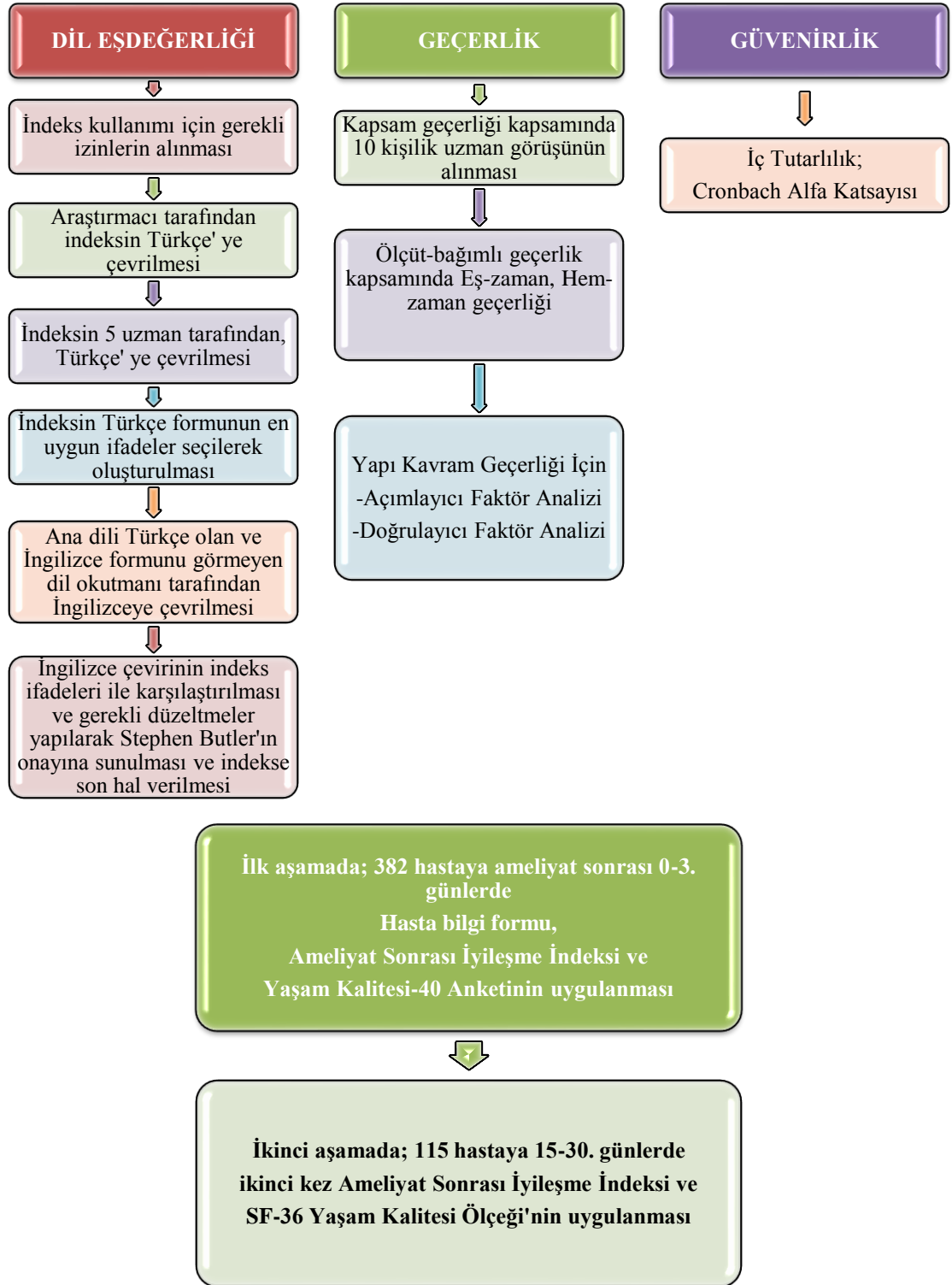
İyileşme Kalitesi-40 Anketi 2000 yılında Myles ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (Myles et al. 2000); Karaman ve arkadaşları tarafından da 2014 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. İyileşme kalitesi-40 anketi 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek duygusal durum, fiziksel konfor, hasta desteği, fiziksel bağımsızlık ve ağrı olmak üzere beş alt boyuttur. Maddeler 1 ile 5 arasında değişen puanlara sahiptir (5'li likert ölçek). Alt boyut puanların puanı ilgili maddelerin toplanması, toplam puan da tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilir (40-20 arasında değişir). Puan artışı hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumlarının ameliyat sonrası beklenen düzeyde yani iyi olduğu anlamına gelmektedir. Düşük puan ise iyilik durumunun olumsuz etkilendiği anlamına gelmektedir (Karaman ve ark. 2014).

3.6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form Health Survey; SF-36) (Ek 6)

Bin dokuzyüz seksen yedi yılında Ware tarafından SF-36 ölçeği, sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek üzere geliştirilmiştir (Ware and Sherbourne 1992). SF-36'nın Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Koçyiğit ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Koçyiğit ve ark. 1999). Ölçekte 36 ifade, sekiz boyut vardır. Fiziksel ve mental iki ana boyutu olan ölçek; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır (Ware and Sherbourne 1992, Ergün ve ark.

2011). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0,73-0,76 arasında bulunmuştur (Şen 2013).

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ



Şekil 2. Araştırma Akış Diyagramı

Araştırma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmaya istekli 382 hasta araştırma kapsamına alındı.

İlk aşamada 382 hastaya; ameliyat sonrası 0-3. günler arasında hastalara Hasta Bilgi Formu, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ve Yaşam Kalitesi-40 Anketi yüz yüze uygulandı.

İkinci aşamada 382 hastadan görüşmeyi kabul eden ve telefonla ulaşılan 115 hastaya; ameliyat sonrası 15-30. günler arasında Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ikinci kez) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

Veri toplama süreci iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. İlk aşamada; “Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği” ne ilişkin veriler, ikinci aşamada ise “Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyileşme Durumları ve Yaşam Kalitesi” ne ilişkin veriler toplandı.

3.7.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin Türk hastalarına uyarlanması, buna yönelik olarak geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi için ilk aşamada “dil geçerliğine” yönelik çalışmalar yürütüldü. ASİİ’nin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlaması için önce, Stephen Butler ile mail aracılığıyla iletişime geçildi ve ASİİ’nin Türkçe uyarlaması için gerekli olan izin alındı (Ek 1). Orijinal indeksin çevirisi için, geri çeviri yöntemi kullanıldı. İndeksin dil eşdeğerliğini sağlamak için, öncelikle araştırmacı tarafından indeks İngilizceden Türkçeye çevrildi. Sonraki aşamada iyi derecede İngilizce bilen ve Türkçe ana dili olan 4 öğretim üyesi ve bir İngilizce dil öğretmeni olmak üzere toplam beş uzman tarafından Türkçeye çevirisi yapıldı (Ek 8). Çevirisi yapılan indeksin orijinal metne uygunluğuna bakılarak en uygun ifadeler seçildi ve Türkçe indeks oluşturuldu. Daha sonra indeksin İngilizce formu gösterilmeden ana dili Türkçe olan yabancı dil öğretmene tekrar İngilizce çeviri yaptırıldı. İngilizce çeviri ve indeks ifadeleri karşılaştırılarak, metin üzerinde gerekli görülen düzenlemeler yapıldı ve son

hal verildi. Son hali verilen indeks Stephen Butler'a mail yoluyla gönderildi ve onayı alındı (Ek 7).

3.7.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Ameliyat sonrası İyileşme İndeksi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında; ASİİ'nin geçerliği için "Kapsam Geçerliği" için uzman görüşü alma, "Yapı-Kavram Geçerliği" için Doğrulayıcı Faktör Analizi ve "Güvenirlik" çalışmaları kapsamında da İç Tutarlılık teknikleri kullanıldı.

Tablo 3.7.1. ASİİ'nin Geçerlik ve Güvenirliği İçin Kullanılan Teknik ve Yapılan İşlemler

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
"İçerik/Kapsam Geçerliği"	Uzman Görüşü Alma
"Ölçüt-Bağımlı Geçerlik" Eş-Zaman, Hem-Zaman Geçerliği	Korelasyon
"Yapı-Kavram Geçerliği" Faktör Analizi	Doğrulayıcı Faktör Analizi Temel Bileşenler Analizi
Güvenirlik Tekniği	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
"İç Tutarlılık" "İç Tutarlılık Katsayısı"	Cronbach Alpha Katsayısı

3.7.2.1. ASİİ'nin geçerliğine yönelik yapılan çalışmalar

Geçerlik; "bir ölçme aracının ölçülecek özelliği tam ve doğru olarak ölçmesi ve başka bir özelliklerle karıştırmadan ölçme niteliğidir" (Demirali ve Ergin 1995, Karakoç ve Dönmez 2014).

İndeks'in Kapsam (İçerik) Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Kapsam geçerliği; "testi oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen davranışı (özelliği) ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir" (Büyüköztürk 2008). Kapsam geçerliği, konu ile ilgili uzmanların görüşüne dayanan bir ölçüttür (Gözüm ve Aksayan 2003, Karakoç ve Dönmez 2014, Esin 2014). Söz konusu uzman

grubu en az 3 kişiden en fazla da 20 kişiden oluşmaktadır (Esin 2014). Uzmanların kapsam geçerliği için yaptığı değerlendirmeler çeşitli tekniklerle yapılabilmekte olup; en çok Content Validity Index (CVI), Lawshe ve Davis teknikleri kullanılmaktadır (Esin 2014). Davis tekniğinde maddeler; “uygun (a)”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli (b)”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli (c)” ve “madde uygun değil (d)” şeklinde dörtlü olarak derecelendirilmektedir. Davis tekniğinde, maddelerin “uygun” ve “hafifçe gözden geçirilmeli” şıklarını seçen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek “kapsam geçerlik indeksi” elde edilir. Kapsam geçerlik indeksi'nin 0,80 olması indeksin kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu göstermektedir (Karakoç ve Dönmez 2014, Akduman ve Cantürk 2010). Araştırmada Türkçeleştirilen form içerik geçerliği açısından cerrahi alanında 10 kişilik uzman görüşüne sunuldu (Ek 9). Alınan uzman görüşlerinin Davis tekniğine göre değerlendirmesi yapıldı ve uzmanlardan gelen öneriler sonucunda indekse son hali verildi.

Ölçüte Bağlı Geçerlik

Ölçüte bağlı geçerliği ölçmedeki tek şart, karşılaştırılacak uygun ve geçerli bir ölçütün olmasıdır. Burada amaç geçerliği yapılan ölçüm aracı ile diğer bir ölçüm aracı arasındaki ilişkiyi kurabilmektir (Erefe 2002). Bu araştırmada ölçüte bağlı geçerliği ölçmede ise Eş-zaman geçerliğinden yararlanılmıştır. Eş-zaman geçerliğinde geliştirilmek istenen ölçekten alınan puanlarla aynı/ilişkili başka bir davranışı ölçen ölçekten alınan puanların korelasyonuna bakılır. Karşılaştırılacak testlerin aynı ya da yakın zamanda yapılması gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu anlamda araştırmada Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ve İyileşme Kalitesi-40 anketi aynı anda uygulandı.

Yapı-Kavram Geçerliği

Yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi, zıt veya bilinen gruplar karşılaştırması, hipotez sınaması, çok değişkenli-çok yönlü matris yaklaşımı gibi yöntemler kullanılmaktadır (Esin 2014). Bu araştırmada ise faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizleri de iki farklı yöntem ile yapılmakta olup bunlar Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizidir (Büyüköztürk 2008).

Açımlayıcı Faktör Analizi; “değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya, teori üretmeye yönelik bir işlem” olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk 2002). Yani yapılan tüm işlemler sonucunda hipotez kurmaya yönelik bilgi edinilmektedir. (Doğan ve Başokçu 2010, Özdamar 2013). Veri setinin faktör analizi uygunluğunu değerlendirmek için KMO ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerini ölçmek için Bartlett Testi yapılmaktadır (Esin 2014).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA); değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren faktör analizine göre daha önce belirlenen hipotez/hipotezlerin test edilmesi isteniyorsa DFA kullanılmaktadır (Büyüköztürk 2002, Esin 2014, Özdamar 2013). Başka bir dilden Türkçe’ye ölçek uyarlamada sadece DFA yapmak yeterli olabilir, DFA’de açımlayıcı faktör analizine göre belirlenen faktörler doğrulanır (Esin 2014). Araştırmada hem açımlayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Bulgular bölümünde istatistiksel verilere yer verildi.

3.7.2.2. ASİİ’nin güvenilirliğine yönelik yapılan çalışmalar

Güvenirlik; “bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir” (Karakoç ve Dönmez 2014). Bir ölçeğin güvenilirliğini ölçmede kullanılan yaklaşımlar; test-tekrar test (test-re test), alternatif formlar, iç tutarlılık analizidir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, Yıldırım 2004). İç tutarlılığı ölçmede en sık alfa katsayısı (cronbach alfa) yöntemi kullanılmaktadır (Altunışık ve ark. 2004). Bu araştırmada da Cronbach alfa katsayısı hesaplandı, bulgular bölümünde analiz sonuçları içinde yer almaktadır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 382 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktarılarak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, “Büyük Sayılar Yasası’na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır” bilgisi (İnal ve Günay 2002) göz önüne alındığında verilerin normal dağılıma uygun dağıldığı kabul edilerek istatistik testlerine devam edilmiştir.

Araştırmada;

- İndeksin dil geçerliğinin test edilmesi için eviri/tekrar eviri yöntemi,
- İçerik/kapsam geçerliğinin test edilmesi için uzmanlardan görüş alınması,
- İndeksin geçerlik çalışmasına yönelik olarak, yapı-kavram geçerliği için “Faktör Analizi ve Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis)”,
- İç tutarlılığı saptamak için “Cronbach Alpha Katsayısı” hesaplanmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değerşkenler için frekans dağılımı, sayısal değerşkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değerşkenler arasındaki farkın incelenmesinde “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. İki sayısal değerşken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca zamana göre tekrarlı ölçümlerde bağımlı örneklem t testi kullanılmış ve sonuçlar bulgular bölümünde tablolar şeklinde verilmiştir.

3.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlı sürede ve küçük örneklem grubuyla ve belirli cerrahi girişim uygulanan hastalar ile yapılması çalışmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Bulgular;

- “Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’ nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği,
- Birinci değerlendirme; hastaların ilk 3 gündeki iyileşme durumları,
- İkinci değerlendirme; hastaların 15-30. gündeki iyileşme durumları ve yaşam kalitesi” olmak üzere üç başlıkta sunulmuştur.

4.1. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

4.1.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin Kapsam Geçerliği

Dil eşdeğerliği çalışmasında veri toplama yöntem ve sürecinde belirtilen geri çeviri (çeviri tekrar çeviri) ve uyarlanan indeksin Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma yöntemi kullanıldı. Kapsam geçerliği incelemesi için cerrahi alanında uzman toplam 10 kişiye gönderilen ASİİ maddeleri için kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplandı. Buna göre ASİİ’nin KGİ puanının 0,99 olduğu ve tüm maddelerin KGİ puanlarının 0,80 üzerinde olduğu görüldü. sonuçlar Tablo 4.1.1.’de verildi.

Tablo 4.1.1. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) Sonuçları

Maddeler	Uzman görüşlerine göre toplam sayılar	Toplam	Kapsam Geçerlik
	(a) "Uygun"	Uzman	İndeksi (KGI)
	(b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli"	Sayısı	
Madde 1	10	10	1
Madde 2	10	10	1
Madde 3	10	10	1
Madde 4	10	10	1
Madde 5	10	10	1
Madde 6	10	10	1
Madde 7	10	10	1
Madde 8	10	10	1
Madde 9	10	10	1
Madde 10	10	10	1
Madde 11	10	10	1
Madde 12	10	10	1
Madde 13	10	10	1
Madde 14	10	10	1
Madde 15	10	10	1
Madde 16	10	10	1
Madde 17	10	10	1
Madde 18	10	10	1
Madde 19	10	10	1
Madde 20	10	10	1
Madde 21	10	10	1
Madde 22	10	10	1
Madde 23	10	10	1
Madde 24	10	10	1
Madde 25	10	10	1
Madde 26	10	10	1
Madde 27	10	10	1
Madde 28	10	10	1
Madde 29	10	10	1
Madde 30	10	10	1
Madde 31	10	10	1
Madde 32	10	10	1
Madde 33	10	10	1
Madde 34	9	10	0,9
Madde 35	10	10	1
Madde 36	9	10	0,9
Madde 37	10	10	1

Tablo 4.1.2. Kendall W Analizi İle Uzman Görüşleri Arasındaki Uyumun İncelenmesi

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum
Uzman 1	25	4.00	0.000	4	4
Uzman 2	25	4.00	0.000	4	4
Uzman 3	25	3,88	0.332	3	4
Uzman 4	25	3.88	0.332	3	4
Uzman 5	25	3.88	0.332	3	4
Uzman 6	25	3.88	0.332	3	4
Uzman 7	25	3.68	0.627	2	4
Uzman 8	25	3.92	0.277	3	4
Uzman 9	25	3,92	0.277	3	4
Uzman 10	25	4,00	0.000	3	4
Kendall's W = 0,070				P=0,071	

Tablo 4.1.2. incelendiğinde, uzmanlar arasında iyi bir uyum olduğu tespit edilmiştir. Kapsam geçerliğinde değerlendiricilerin Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi içerik geçerliliği için uzmanların verdikleri puanların ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek puan dağılımları Tablo 4.1.2'de verildi. İndeks'in kapsam geçerliliğine yönelik Kendall W Uyum testi sonucunda, uzman görüşleri arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Kendall W=0.070; p=0.071).

Tablo 4.1.3. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İfade Ortalamaları (N=382)

İfadeler	N	Ort	Ss
1. Fiziksel gücünüzün ne kadar azaldığını söyleyebilir misiniz?	382	4,08	1,111
2. Kendinizi ne kadar koordinasyonsuz (uyum içinde hareket edememe) ya da beceriksiz (sakar, hantal, yetersiz) hissettiğinizi söyleyebilir misiniz?	382	4,01	1,188
3. Yorucu aktiviteden ne kadar kaçındığınızı söyleyebilir misiniz?	382	4,11	1,025
4. Gün içerisinde uyanık kalmakta ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız?	382	3,45	1,328
5. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme)	382	3,57	1,281
6. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? (Örneğin; okuma, bulmaca çözme, karışık yönergeleri izleme gibi)	382	3,41	1,391
7. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz?	382	2,97	1,383
8. Bulantınızın olduğunu ne sıklıkla hissettiniz?	382	3,02	1,377
9. Günlük aktiviteleri yapabilme (temizlik, çalışma...)	382	4,04	1,247
10. Doğrularak oturabilme becerisi	382	3,90	1,345
11. Ayağa kalkabilme becerisi	382	3,95	1,320
12. Kendi kendine banyo yapabilme	382	4,07	1,242
13. Kendi kendine giyinebilme	382	4,03	1,254
14. Birkaç blok yürüyebilme (Sokak boyunca)	382	4,12	1,216
15. İki kat arası merdiven çıkabilme	382	4,21	1,145
16. Araba sürme (kullanma)	382	4,34	1,097
17. En sevdiğim yiyeceklerden tat alamama	382	3,15	1,237
18. Bir defada yalnızca küçük miktarda (küçük porsiyonda) yemek yiyebilme	382	3,17	1,217
19. Hiçbir şeyin tadının iyi olmaması (yiyecek veya içecek)	382	3,17	1,220
20. İştahsızlık	382	3,18	1,229
21. Kabız hissetme	382	2,94	1,234
22. Enerjinin azalması, yorgunluk, bitkinlik	382	3,12	1,138
23. Karında şişkinlik hissetme	382	2,90	1,178
24. Bağırsak boşaltımı (dışkılama, büyük abdest yapma) sırasında ıkınma	382	2,90	1,203
25. Gaz ağrıları	382	2,80	1,180
26. Gaz çıkarmada sorun	382	2,76	1,195
27. Bağırsak boşaltımının tam gerçekleşmemiş gibi görünmesi	382	2,80	1,184
28. Rektal (makatta) basınç veya dolgunluk hissi	382	2,80	1,176
29. Bağırsak boşaltımının yetersiz olması, tam boşalmaması	382	2,83	1,176
30. Başkalarına yük olduğunu hissetme	382	2,96	1,177
31. Kontrolde çıkmış hissetme	382	2,89	1,175
32. Kötüleşmiş ve sinirli (asabi) hissetme	382	2,93	1,167
33. Bunalmış hissetme	382	3,03	1,164
34. Cesareti kırılmış hissetme	382	2,99	1,178
35. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme	382	3,01	1,191
36. Normalde olduğu kadar üretken hissetmeme	382	3,07	1,148
37. Motivasyonun düşük olması	382	3,09	1,146

N: örneklem büyüklüğü, Ort: ortalama, Ss: standart sapma

Tablo 4.1.3.'te ASİİ'ne ait 37 maddenin ifade ortalamalarına ve standart sapmalarına yer verilmiştir.

4.1.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi' nin (ASİİ) Yapı Geçerliliği

4.1.2.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Türkçe'ye uyumlu olup olmadığını saptamak amacıyla 382 kişi ile yürütülen çalışmanın verileri IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmemiştir. Faktör yükü 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlanmıştır. Bu sebeple uygulanan faktör analizi sonucunda 37 olan madde sayısı da 25'e düşmüştür. Bu 25 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda 5 faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500'ün üstünde olduğu görülmüştür. Faktör analizi ile indeksten çıkarılan ifadeler; “Fiziksel gücünüzün ne kadar azaldığını söyleyebilir misiniz?”, “Kendinizi ne kadar koordinasyonsuz (uyum içinde hareket edememe) ya da beceriksiz (sakar, hantal, yetersiz) hissettiğinizi söyleyebilir misiniz?”, “Yorucu aktiviteden ne kadar kaçındığınızı söyleyebilir misiniz?”, “Bulantınızın olduğunu ne sıklıkla hissettiniz?”, “Kabız hissetme”, “Enerjinin azalması, yorgunluk, bitkinlik”, “Karında şişkinlik hissetme”, “Bağırsak boşaltımı (dışkılama, büyük abdest yapma) sırasında ıkınma”, “Başkalarına yük olduğunu hissetme”, “Kontrolden çıkmış hissetme”, “Kötüleşmiş ve sinirli (asabi) hissetme”, “Bunalmış hissetme” dir.

Tablo 4.1.4. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi KMO ve Bartlett Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,924
	χ^2	16841,176
Bartlett's Sphericity Testi	Sd	300
	p	0,000***

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 4.1.4.'e göre, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0,924 olduğu bulundu. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett's Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 16841,176, sd:300, p<0,001).

Tablo 4.1.5 Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Faktörleri

	Faktör Yükleri	Özdeğer	Varyans Yüzdesi
Fiziksel Aktiviteler		7,177	28,709
15. İki kat arası merdiven çıkabilme	0,919		
14. Birkaç blok yürüyebilme (Sokak boyunca)	0,915		
12. Kendi kendine banyo yapabilme	0,874		
13. Kendi kendine giyinebilme	0,864		
11. Ayağa kalkabilme becerisi	0,846		
16. Araba sürme (kullanma)	0,836		
10. Doğrularak oturabilme becerisi	0,820		
9. Günlük aktiviteleri yapabilme (temizlik, çalışma...)	0,810		
Bağırsak Semptomları		4,952	19,807
28. Rektal (makatta) basınç veya dolgunluk hissi	0,936		
27. Bağırsak boşaltımının tam gerçekleşmemiş gibi görünmesi	0,927		
29. Bağırsak boşaltımının yetersiz olması, tam boşalmaması	0,919		
26. Gaz çıkarmada sorun	0,894		
25. Gaz ağrıları	0,885		
Genel Semptomlar		3,601	14,405
18. Bir defada yalnızca küçük miktarda (küçük porsiyonda) yemek yiyebilme	0,855		
19. Hiçbir şeyin tadının iyi olmaması (yiyecek veya içecek)	0,854		
17. En sevdiğim yiyeceklerden tat alamama	0,822		
20. İştahsızlık	0,754		
İstek-Arzu Semptomları		3,585	14,340
36. Normalde olduğu kadar üretken hissetmeme	0,842		
37. Motivasyonun düşük olması	0,840		
35. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme	0,809		
34. Cesareti kırılmış hissetme	0,803		
Psikolojik Semptomlar		3,162	12,646
5. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme)	0,824		
4. Gün içerisinde uyanık kalmakta ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız?	0,809		
6. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? (Örneğin; okuma, bulmaca çözme, karışık yönergeleri izleme gibi)	0,770		
7. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz?	0,602		
Toplam			89,908

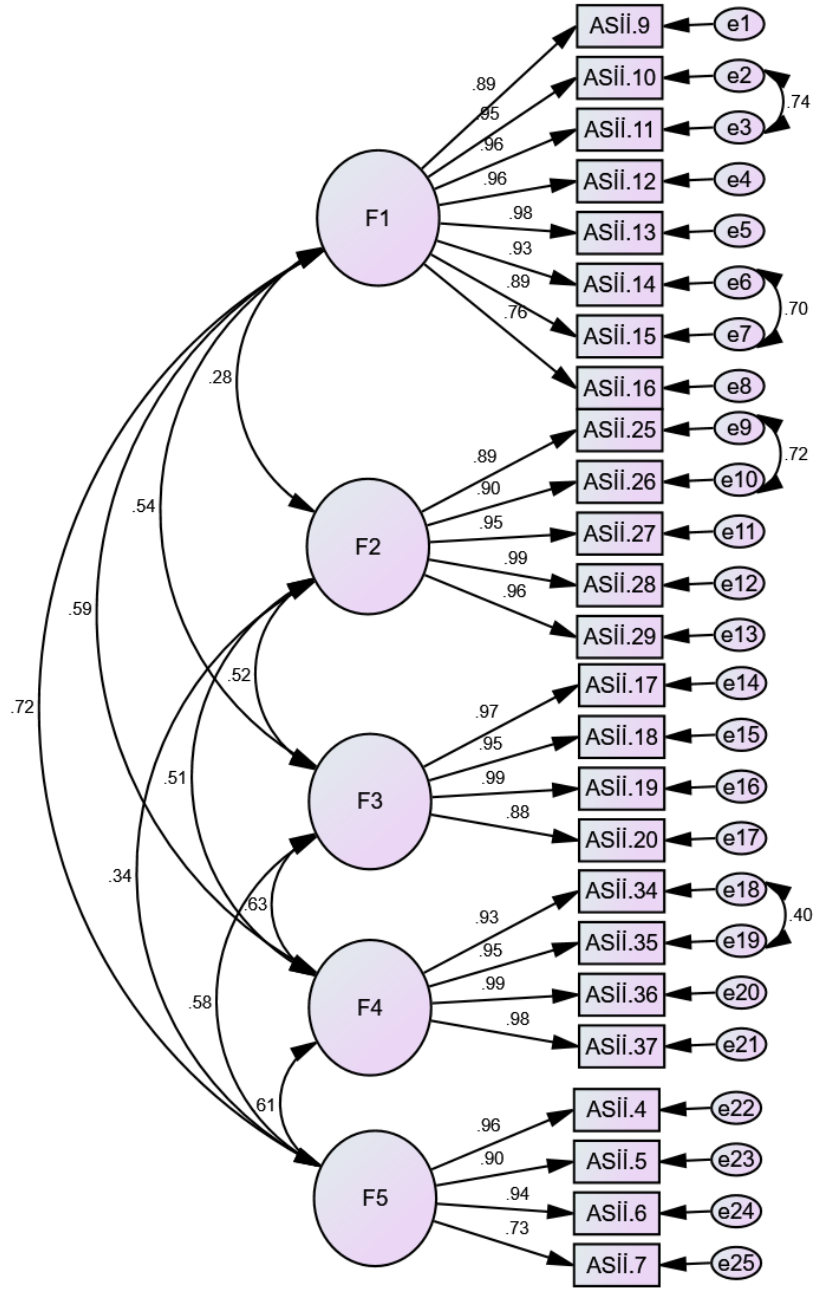
“Fiziksel Aktiviteler” alt boyutu toplam varyansın %28,709’unu, “Bağırsak Semptomları” alt boyutu toplam varyansın %19,807’sini, “Genel Semptomlar” alt boyutu toplam varyansın %14,405’ini, “İstek-Arzu Semptomları” alt boyutu toplam

varyansın %14,340'ını ve "Psikolojik Semptomlar" alt boyutu toplam varyansın %12,646'sını açıklamaktadır. Bu beş faktör ise toplam varyansın %89,908'ini açıklamaktadır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamlar her alt boyut için 1'den büyük olması bu alt boyut altında toplanan soruların birlikte bu alt boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir.

4.1.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (ASİİ)

Doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 22 programı ile 382 veri setine uygulanmıştır. *İlk aşamada*, 5 faktör-boyutun gizil değişken (F1: Fiziksel Aktiviteler, F2: Bağırsak Semptomları, F3: Genel Semptomlar, F4: İstek-Arzu Semptomları, F5: Psikolojik Semptomlar) olarak yer aldığı, bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gözlenen (gösterge) değişken olarak yer aldığı 1. dereceden Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) modeli Şekil 4.1.1'de oluşturulmuştur. Gizil değişkenler metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair et al. 2005).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maksimum olabilirlik (maximum likelihood) yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek uyum indeksi (modification indices) değerine sahip olan ASİİ'ndeki "10. Doğrularak oturabilme becerisi" ve "11. Ayağa kalkabilme becerisi", "25. Gaz ağrıları" ve "26. Gaz çıkarmada sorun", "34. Cesareti kırılmış hissetme" ve "35. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme" sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur. Ayrıca boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın tespiti için boyutlar arasındaki ilişki kurulumu yapılmıştır ve boyutlar arasındaki ilişkilere de Şekil 4.1.1'de yer verilmiştir.



Şekil 3. Birinci Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise; beş boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin 25 ifadeden oluşan beş faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir. Ayrıca alt boyutlar arasındaki ilişkiler de Şekil 4.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.6. DFA modelinin Uyum İndeksleri

χ^2/df	GFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
4,914	0,797	0,940	0,931	0,940	0,101	0,0467

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında,

χ^2/df (Chi-Square/Degree of Freedom; Ki-kare/Serbestlik derecesi), IFI (Incremental Fit Index; Fazlalık Uyum İndeksi), TLI-NNFI (Non-normed Fit Index, Normlandırılmamış Uyum İndeksi), CFI (Comparative Fit Index; Karşılaştırmalı Uyum İyiliği) ve SRMR (Standardized Root-Meansquare Residual; Standardize Ortalama Hataların Karekökü) değerlerinin iyi, GFI (Goodness of Fit Index; Uyum İyiliği İndeksi) ve RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation; Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü) değerlerinin ise kabul edilemez olduğu görülmektedir (Hu and Bentler 1999, Tabachnick and Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011). Genel olarak uyum indekslerine göre, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4.1.7. Standart Regresyon Katsayıları

		Standart Regresyon Katsayıları
15. İki kat arası merdiven çıkabilme	← Fiziksel Aktiviteler	0,889***
14. Birkaç blok yürüyebilme (Sokak boyunca)	← Fiziksel Aktiviteler	0,930***
12. Kendi kendine banyo yapabilme	← Fiziksel Aktiviteler	0,960***
13. Kendi kendine giyinebilme	← Fiziksel Aktiviteler	0,978***
11. Ayağa kalkabilme becerisi	← Fiziksel Aktiviteler	0,961***
16. Araba sürme (kullanma)	← Fiziksel Aktiviteler	0,763***
10. Doğrularak oturabilme becerisi	← Fiziksel Aktiviteler	0,945***
9. Günlük aktiviteleri yapabilme (temizlik, çalışma...)	← Fiziksel Aktiviteler	0,891***
28. Rektal (makatta) basınç veya dolgunluk hissi	← Bağırsak Semptomları	0,990***
27. Bağırsak boşaltımının tam gerçekleşmemiş gibi görünmesi	← Bağırsak Semptomları	0,952***
29. Bağırsak boşaltımının yetersiz olması, tam boşalmaması	← Bağırsak Semptomları	0,964***
26. Gaz çıkarmada sorun	← Bağırsak Semptomları	0,895***
25. Gaz ağrıları	← Bağırsak Semptomları	0,889***
18. Bir defada yalnızca küçük miktarda (küçük porsiyonda) yemek yiyebilme	← Genel Semptomlar	0,949***
19. Hiçbir şeyin tadının iyi olmaması (yiyecek veya içecek)	← Genel Semptomlar	0,992***
17. En sevdiğim yiyeceklerden tat alamama	← Genel Semptomlar	0,967***
20. İştahsızlık	← Genel Semptomlar	0,877***
36. Normalde olduğu kadar üretken hissetmeme	← İstek-Arzu Semptomları	0,992***
37. Motivasyonun düşük olması	← İstek-Arzu Semptomları	0,980***
35. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme	← İstek-Arzu Semptomları	0,949***
34. Cesareti kırılmış hissetme	← İstek-Arzu Semptomları	0,933***
5. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme)	← Psikolojik Semptomlar	0,899***
4. Gün içerisinde uyanık kalmakta ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız?	← Psikolojik Semptomlar	0,960***
6. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? (Örneğin; okuma, bulmaca çözme, karışık yönergeleri izleme gibi)	← Psikolojik Semptomlar	0,937***
7. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz?	← Psikolojik Semptomlar	0,734***

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 4.1.7.'de Gizil değişkenlerin, gözlenen (gösterge) değişkenler tarafından açıklandığını ve etki düzeylerini göstermek üzere standardize regresyon katsayılarından yararlanılmıştır.

Tablo 4.1.8. ASİİ ve Yaşam Kalitesi-40 Anketinin Güvenirliği

	Cronbach's Alpha
(ASİİ) Fiziksel Aktiviteler	97,8
(ASİİ) Bağırsak Semptomları	97,7
(ASİİ) Genel Semptomlar	97,1
(ASİİ) İstek-Arzu Semptomları	98,3
(ASİİ) Psikolojik Semptomlar	93,0
(ASİİ) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	96,7
(QOR-40) İyileşme Kalitesi-40 Anketi	96,7

Güvenilirliğin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır (Özdamar 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Her bir alt boyut ve indeks için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten yüksektir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Tablo 4.1.9. ASİİ İle İyileşme Kalitesi-40 Anketi Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		ASİİ
	r	-0,771
İyileşme Kalitesi-40 Anketi	p	0,000***
	N	381

*****: $p < 0,001$**

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi puanları ile İyileşme Kalitesi-40 Anketi puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.1.9.).

Tablo 4.1.10. ASİİ'nin Genel ve Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi-40 Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaşam Kalitesi-40 Ölçeği (QOR-40)		
		n	r	p
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	382	-0,620	0,000***
	Bağırsak Semptomları	382	-0,397	0,000***
	Genel Semptomlar	382	-0,654	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları	382	-0,673	0,000***
	Psikolojik Semptomlar	382	-0,742	0,000***
	ASİİ Toplam	382	-0,771	0,000***
Yaşam Kalitesi-40 Ölçeği	Rahatlık	382	0,854	0,000***
	Duygular	382	0,902	0,000***
	Hareket Özgürlüğü	382	0,744	0,000***
	Hasta Desteği	382	0,669	0,000***
	Ağrı	382	0,723	0,000***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Yaşam Kalitesi-40 Ölçeği (QOR-40) puan ortalaması ile Bağırsak Semptomları ile negatif yönde orta seviyede ve Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar, ASİİ toplam, Rahatlık, Duygular, Hareket Özgürlüğü, Hasta Desteği ve Ağrı ile negatif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.1.10.).

Tablo 4.1.11. ASİİ'nin Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Fiziksel Aktiviteler	Bağırsak Semptomları	Genel Semptomlar	İstek-Arzu Semptomları	Psikolojik Semptomlar	ASİİ Toplam
Fiziksel Aktiviteler	r		0,289	0,538	0,577	0,707	0,846
	p	1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N		382	382	382	382	382
Bağırsak Semptomları	r			0,545	0,534	0,337	0,650
	p		1	0,000	0,000	0,000	0,000
	N			382	382	382	382
Genel Semptomlar	r				0,643	0,590	0,806
	p			1	0,000	0,000	0,000
	N				382	382	382
İstek-Arzu Semptomları	r					0,611	0,821
	p				1	0,000	0,000
	N					382	382
Psikolojik Semptomlar	r						0,820
	p					1	0,000
	N						382
ASİİ Toplam	r						
	p						1
	N						

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Fiziksel Aktiviteler alt boyutu puan ortalaması ile Bağırsak Semptomları alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde düşük seviyede bir ilişki bulunmakta iken, ASİİ toplam, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0,05$). Yani, Fiziksel Aktiviteler alt boyutu puanı arttıkça (iyileşmede güçlük yaşanması) ASİİ ve diğer alt boyutların puanlarının da arttığı, iyileşmede güçlük yaşandığı görüldü.

Bağırsak Semptomları alt boyutu puan ortalaması ile Psikolojik Semptomlar alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta seviyede bir ilişki varken, ASİİ toplam, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$). Bağırsak Semptomları alt boyutu puan ortalaması arttıkça (bu alanda iyileşme

güçleştikçe), Psikolojik Semptomlar, ASIİ toplam, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomlarının puan ortalamalarının da arttığı, yani iyileşmede güçlük yaşandığı belirlendi.

Genel Semptomlar alt boyutu puan ortalaması ile ASIİ toplam, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Genel Semptomlar alt boyutu puan ortalaması artarken, ASIİ toplam, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyutları puan ortalamalarının da yüksek seviyede arttığı ve iyileşmede güçlük yaşandığı söylenebilir.

İstek-Arzu Semptomları alt boyutu puan ortalaması ile ASIİ toplam, Psikolojik Semptomlar alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). İstek-Arzu Semptomları alt boyutu puan ortalaması arttıkça (iyileşmede güçlük yaşandıkça), ASIİ toplam, Psikolojik Semptomlar alt boyutu puan ortalamalarının da yüksek seviyede arttığı, yani bu alanlarda da iyileşmede güçlük yaşandığı görülmektedir.

Psikolojik Semptomlar alt boyutu puan ortalaması ile ASIİ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.11.). Psikolojik Semptomlar alt boyutu puan ortalaması artarken, ASIİ toplam puan ortalaması da yüksek seviyede artmaktadır. Yani, hastanın psikolojisi bozuldukça iyileşmesinin de olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

4.2. HASTALARIN İLK 3 GÜNDEKİ İYİLEŞME DURUMLARI (BİRİNCİ DEĞERLENDİRME)

Tablo 4.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler (N=382)

		n	%
Tanı	Herni Ameliyatı	105	27,5
	Tiroid-Paratiroid Ameliyatı	101	26,4
	Kolesistektomi	113	29,6
	Apendektomi	63	16,5
Yaş (ort±SS)	Kadın	210	50,26±14,633
	Erkek	172	52,34±16,250
Boy (ort±SS)			166,82±17,08
Kilo (ort±SS)			76,41±14,204
BKI (ort±SS)			27,76±5,610
Cinsiyet	Kadın	210	55,0
	Erkek	172	45,0
Ameliyat Sonrası Gün (ort±SS)			1,28±0,829
Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu	Evet	203	53,1
	Hayır	179	46,9
Medeni Durum	Bekar	48	12,6
	Evli	179	87,4
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil/Okuryazar	33	8,6
	İlköğretim	304	79,6
	Üniversite	45	11,8
Meslek	Ev Hanımı	175	45,8
	İşçi	61	16,0
	Memur	25	6,5
	Emekli	90	23,6
	Serbest Meslek	31	8,1
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Az	31	8,1
	Gelir Gideri Dengeler	345	90,3
	Gelir Gidere Göre Fazla	6	1,6
Sosyal Güvence Durumu	Var	359	94,0
	Yok	23	6,0
Sigara Kullanma Durumu	Evet	113	29,6
	Hayır	269	70,4
Sigara Kullanma Sıklığı (ort±SS)			293,35±162,535
Sigara Kullanma Adedi (ort±SS)			14,94±9,227
Alkol Kullanma Durumu	Evet	6	1,6
	Hayır	376	98,4
Alkol Kullanma Sıklığı (ort±SS)			20,8±13,989
Alkol Kullanma Adedi (ort±SS)			1,67±1,155

Tablo 4.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler (devam)

Kronik Hastalık Durumu	Evet	127	33,2
	Hayır	255	66,8
Diyabet	Yok	81	63,8
	Var	46	36,2
HT	Yok	27	21,3
	Var	100	78,7
KOAHA	Yok	119	93,7
	Var	8	6,3
Kalp hastalığı	Yok	108	85,0
	Var	19	15,0
Böbrek hastalığı	Yok	124	97,6
	Var	3	2,4
Romatizmal hastalık	Yok	123	96,9
	Var	4	3,1
Astım	Yok	124	97,6
	Var	3	2,4
TOPLAM		382	100,0

N: örneklem büyüklüğü, Ort: ortalama, Ss: standart sapma

Araştırma kapsamına alınan hastaların %29,6'sının kolesistektomi, %27,5'inin herni ameliyatı, %26,4'ünün tiroid-paratiroid ameliyatı ve %16,5'inin apendektomi ameliyatı geçirdiği görüldü. Kadınların yaş ortalaması 50,26±14,633 olup erkeklerin yaş ortalaması 52,34±16,250 idi. Beden kitle indeksleri 27,76±5,610 olan hastaların %55'i kadın, %45'i erkekti. Ameliyat sonrası ortalama 1,28±0,829 günde olan hastaların %53,1'i daha önceden cerrahi girişim geçirmişti. Hastaların %87,4'ü evli, %79,6'sı ilköğretim mezunu olup %45,8'i ev hanımı, %23,6'sı emekliydi. %90,3'ü gelirinin giderini dengelediğini ve %94'ü sosyal güvencesi olduğunu belirten hastaların %72,3'ü sigara, %98,4'ü de alkol kullanmıyordu ve %33,2'sinin kronik hastalığı mevcuttu (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. ASİİ ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (N=382)

	N	Ortalama	Std Sapma
Fiziksel Aktiviteler	382	4,08	1,146
Bağırsak Semptomları	382	2,80	1,125
Genel Semptomlar	382	3,17	1,166
İstek-Arzu Semptomları	382	3,04	1,133
Psikolojik Semptomlar	382	3,35	1,221
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Toplam	382	3,39	0,916

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin toplam puan ortalaması $3,39 \pm 0,916$ olup alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; Fiziksel Aktiviteler $4,08 \pm 1,146$, Bağırsak Semptomları $2,80 \pm 1,125$, Genel Semptomlar $3,17 \pm 1,166$, İstek-Arzu Semptomları $3,04 \pm 1,133$, Psikolojik Semptomlar $3,35 \pm 1,221$ olarak hesaplandı (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Tanı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382)

	Herni (105)		Tiroid-Paratiroid (101)		Kolesistektomi (113)		Apendektomi (63)		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Aktiviteler	4,09	1,023	4,29	0,964	4,05	1,229	3,79	1,391	2,531	0,057
Bağırsak Semptomları	2,83	1,129	2,67	1,123	2,82	1,080	2,91	1,206	0,699	0,553
Genel Semptomlar	2,96	1,234	3,26	1,087	3,26	1,159	3,19	1,166	1,551	0,201
İstek-Arzu Semptomları	3,12	1,262	3,19	1,121	2,96	1,009	2,81	1,109	1,836	0,140
Psikolojik Semptomlar	3,38	1,267	3,58	1,043	3,25	1,273	3,11	1,278	2,291	0,078
ASİİ Toplam	3,39	0,904	3,51	0,806	3,38	0,942	3,25	1,044	1,081	0,357

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Uygulanan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda, ASİİ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları bakımından tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382)

	Kadın (210)		Erkek (172)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Aktiviteler	4,26	1,031	3,86	1,240	3,439	0,001**
Bağırsak Semptomları	2,87	1,132	2,71	1,113	1,443	0,150
Genel Semptomlar	3,43	1,149	2,85	1,107	5,001	0,000***
İstek-Arzu Semptomları	3,22	1,089	2,82	1,149	3,502	0,001**
Psikolojik Semptomlar	3,58	1,171	3,07	1,224	4,230	0,000***
ASİİ Toplam	3,58	0,872	3,17	0,922	4,392	0,000***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Tablo 4.2.4'te görüldüğü gibi bağımsız örneklem t testi sonucuna göre; ASİİ toplam puan ortalamaları ve Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyut puanları bakımından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Buna göre, erkeklerin ASİİ toplam puan ortalaması ve Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyut puan ortalamaları kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.2.4.).

Tablo 4.2.5. ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puanları İle Yaş ve BKİ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=382)

	n	Yaş		BKİ	
		r	p	r	p
Fiziksel Aktiviteler	382	0,103	0,044*	0,087	0,088
Bağırsak Semptomları	382	0,184	0,000***	0,056	0,275
Genel Semptomlar	382	0,140	0,006**	0,021	0,689
İstek-Arzu Semptomları	382	0,140	0,006**	0,005	0,916
Psikolojik Semptomlar	382	0,098	0,056	0,056	0,278
ASİİ Toplam	382	0,164	0,001**	0,066	0,199

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Yaş ile ASİİ toplam puanı ve Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları alt boyut puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre yaş arttıkça ASİİ toplam puanı ve Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları alt boyut puanlarının da arttığı, yani iyileşmede

güçlük yaşandığı belirlendi. Beden kitle indeksi ile ASİİ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.2.5.).

Tablo 4.2.6 ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382)

	Evet (203)		Hayır (179)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Aktiviteler	4,14	1,209	4,01	1,070	1,087	0,278
Bağırsak Semptomları	2,76	1,214	2,85	1,015	-0,797	0,426
Genel Semptomlar	3,28	1,210	3,04	1,102	2,032	0,043*
İstek-Arzu Semptomları	3,03	1,220	3,05	1,028	-0,204	0,839
Psikolojik Semptomlar	3,44	1,258	3,25	1,174	1,469	0,143
ASİİ Toplam	3,44	0,980	3,35	0,838	0,933	0,351

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 4.2.6 incelendiğinde; Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, Genel Semptomlar alt boyut puan ortalamaları bakımından daha önce cerrahi girişim uygulanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna sonuca göre, daha önce cerrahi girişim uygulananların Genel Semptomlar puan ortalamasının daha önce cerrahi girişim uygulanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.2.6.).

Tablo 4.2.7. ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382)

	Evet (113)		Hayır (269)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Aktiviteler	3,99	1,237	4,12	1,106	-0,995	0,320
Bağırsak Semptomları	2,82	1,247	2,79	1,072	0,208	0,836
Genel Semptomlar	3,05	1,306	3,22	1,100	-1,262	0,209
İstek-Arzu Semptomları	3,07	1,318	3,02	1,047	0,354	0,724
Psikolojik Semptomlar	3,23	1,279	3,40	1,195	-1,277	0,202
ASİİ Toplam	3,34	1,017	3,42	0,871	-0,764	0,446

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Yapılan bağımsız örneklem t testine göre, ASİİ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.7.).

Tablo 4.2.8. ASİİ Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Kronik Hastalık Bulunma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=382)

	Evet (127)		Hayır (255)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Aktiviteler	4,23	1,146	4,01	1,142	1,752	0,081
Bağırsak Semptomları	2,83	1,254	2,78	1,057	0,354	0,724
Genel Semptomlar	3,17	1,292	3,17	1,100	0,063	0,950
İstek-Arzu Semptomları	3,01	1,255	3,05	1,069	-0,370	0,712
Psikolojik Semptomlar	3,47	1,240	3,29	1,210	1,392	0,165
ASİİ Toplam	3,46	0,992	3,36	0,876	1,025	0,306

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Tablo 4.2.8.'de görüldüğü gibi, ASİİ toplam puan ve alt boyutların puan ortalamaları ile daha önce kronik hastalık bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p > 0,05$).

4.3. HASTALARIN 15-30. GÜNDEKİ İYİLEŞME DURUMLARI (İKİNCİ DEĞERLENDİRME) VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 4.3.1. Tanımlayıcı İstatistikler (N=115)

		n	%
Tanı	Herni Ameliyatı	32	27,8
	Tiroid-Paratroid Ameliyatı	37	32,2
	Kolesistektomi	38	33,0
	Apendektomi	8	7,0
Yaş (ort±SS)	Kadın	49,16±13,506	
	Erkek	56,43±13,789	
Boy (ort±SS)		165,90±8,571	
Kilo (ort±SS)		79,16±15,336	
BKI (ort±SS)		28,88±5,959	
Cinsiyet	Kadın	64	55,7
	Erkek	51	44,3
Ameliyat Sonrası Gün (ort±SS)		19,52±4,461	
Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu	Evet	69	61,1
	Hayır	44	38,9
Medeni Durum	Bekar	10	8,7
	Evli	105	91,3
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil/Okuryazar	4	3,8
	İlköğretim	89	84,8
	Üniversite	12	11,4
Meslek	Ev Hanımı	52	45,6
	İşçi	18	15,8
	Memur	5	4,4
	Emekli	32	28,1
	Serbest Meslek	7	6,1
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Az	6	5,2
	Gelir Gideri Dengeler	109	94,8
	Gelir Gidere Göre Fazla	0	0,0
Sosyal Güvence Durumu	Var	113	98,3
	Yok	2	1,7
Sigara Kullanma Durumu	Evet	33	28,7
	Hayır	82	71,3
Sigara Kullanma Sıklığı (ort±SS)		305,84±142,125	
Sigara Kullanma Adedi (ort±SS)		14,13±7,615	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	2	1,7
	Hayır	113	98,3
Kronik Hastalık Durumu	Evet	52	45,2
	Hayır	63	54,8
Diyabet	Yok	92	80,0
	Var	23	20,0
HT	Yok	75	65,2
	Var	40	34,8
KOAİ	Yok	113	98,3
	Var	2	1,7
Kalp	Yok	107	93,0
	Var	8	7,0
Böbrek	Yok	113	98,3
	Var	2	1,7
Romatizmal	Yok	114	99,1
	Var	1	0,9
Astım	Yok	115	100,0
	Var	0	0,0
TOPLAM		115	100,0

N: örneklem büyüklüğü, Ort: ortalama, Ss: standart sapma

Araştırma kapsamına alınan hastaların %33'ünün kolesistektomi, %27,8'inin herni ameliyatı, %32,2'sinin Tiroid-Paratiroid ameliyatı ve %7'sinin Apendektomi ameliyatı geçirdiği belirlendi. Kadınların yaş ortalaması $49,16 \pm 13,506$ olup erkeklerin yaş ortalaması $56,43 \pm 13,789$ idi. BKİ $28,88 \pm 5,959$ olan hastaların %55,7'si kadındı. Ameliyat sonrası ortalama $19,52 \pm 4,461$ günde olan hastaların %61,1'i daha önce cerrahi girişim geçirmişti. Hastaların %91,3'ü evli, %84,8'i ilköğretim mezunu olup %45,6'sı ev hanımı, %28,1'i emekli, %15,8'i işçi idi. %94,8'i gelirinin giderini dengelediğini ve %98,3'ü sosyal güvencesinin olduğunu ifade etti. Hastaların %71,3'ü sigara, %98,3'ü de alkol kullanmıyordu ve %45,2'sinin kronik hastalığı mevcuttu (Tablo 4.3.1.).

Tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulandığında, Tablo 4.3.2.'de görüldüğü gibi; ASİİ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ve SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p < 0,05$).

Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre; Tablo 4.3.3.'te verildiği gibi ASİİ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarında Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı ve vitalite puan ortalamaları bakımından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). Buna göre, farkı yaratan grup olan erkeklerin Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı ve Vitalite puan ortalamasının kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu, yani yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.2. ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Tanı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115)

		Herni (32)		Tiroid-Paratiroid (37)		Kolesistektomi (38)		Apendektomi (8)		F	p
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
		Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	1,64	0,800	1,30	0,693	1,51	0,747		
Bağırsak Semptomları	1,23		0,760	1,10	0,500	1,12	0,337	1,10	0,283	0,390	0,761
Genel Semptomlar	1,10		0,391	1,11	0,267	1,01	0,057	1,00	0,000	1,337	0,266
İstek-Arzu Semptomları	1,38		0,806	1,67	1,067	1,36	0,741	1,47	0,737	0,975	0,407
Psikolojik Semptomlar	1,19		0,447	1,39	0,820	1,13	0,362	1,00	0,000	1,830	0,146
ASİİ toplam	1,36		0,564	1,29	0,407	1,27	0,364	1,22	0,245	0,341	0,796
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	23,09	6,669	25,31	6,748	23,71	6,932	25,88	4,970	0,854	0,467
	Mental Sağlık	24,25	5,168	21,75	5,754	23,03	5,069	21,25	6,112	1,465	0,228
	Fiziksel Rol Güçlüğü	6,25	2,000	7,03	1,675	6,05	1,944	7,00	1,852	2,080	0,107
	Ağrı	6,94	0,535	6,99	0,634	6,96	0,579	6,98	0,392	0,041	0,989
	Genel Sağlık Algısı	19,59	3,792	17,24	4,631	18,41	4,100	19,23	2,801	1,972	0,122
	Vitalite (Canlılık)	17,97	4,915	16,19	4,659	17,68	4,679	16,25	5,776	1,018	0,388
	Sosyal Fonksiyon	9,09	1,510	8,65	1,874	8,82	1,814	9,13	0,991	0,459	0,712
	Emosyonel Rol Güçlüğü	5,31	1,256	5,41	1,142	5,54	1,043	5,25	1,389	0,281	0,839

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Tablo 4.3.3. ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115)

		Kadın (64)		Erkek (51)		t	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	1,51	0,776	1,43	0,686	0,589	0,557
	Bağırsak Semptomları	1,16	0,565	1,12	0,487	0,387	0,700
	Genel Semptomlar	1,06	0,275	1,08	0,242	-0,325	0,745
	İstek-Arzu Semptomları	1,55	0,922	1,38	0,807	1,042	0,300
	Psikolojik Semptomlar	1,29	0,696	1,14	0,343	1,516	0,133
	ASİİ toplam	1,33	0,468	1,25	0,384	0,991	0,324
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	23,40	6,908	25,18	6,308	-1,421	0,158
	Mental Sağlık	22,21	5,338	23,61	5,492	-1,368	0,174
	Fiziksel Rol Güçlüğü	6,14	1,934	6,92	1,776	-2,252	0,026*
	Ağrı	6,98	0,611	6,94	0,517	0,421	0,674
	Genel Sağlık Algısı	17,36	4,157	19,74	3,864	-3,144	0,002**
	Vitalite (Canlılık)	16,35	4,859	18,20	4,617	-2,050	0,043*
	Sosyal Fonksiyon	8,64	1,947	9,14	1,296	-1,636	0,105
	Emosyonel Rol Güçlüğü	5,45	1,097	5,36	1,225	0,427	0,670

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Tablo 4.3.4. ASİİ Puanları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları İle Yaş ve BKİ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=115)

		n	Yaş		BKİ	
			r	p	r	p
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	115	0,080	0,393	0,006	0,948
	Bağırsak Semptomları	115	0,138	0,142	0,028	0,768
	Genel Semptomlar	115	0,255	0,006**	-0,093	0,325
	İstek-Arzu Semptomları	115	0,086	0,362	0,010	0,919
	Psikolojik Semptomlar	115	0,024	0,800	0,005	0,959
	ASİİ Toplam	115	0,136	0,148	0,003	0,976
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	115	-0,094	0,320	-0,178	0,059
	Mental Sağlık	115	-0,007	0,938	,031	0,744
	Fiziksel Rol Güçlüğü	115	-0,027	0,776	-0,133	0,156
	Ağrı	115	0,242	0,009**	0,117	0,211
	Genel Sağlık Algısı	115	0,007	0,937	-0,076	0,419
	Vitalite (Canlılık)	113	0,043	0,650	,027	0,777
	Sosyal Fonksiyon	115	0,043	0,648	,063	0,501
	Emosyonel Rol Güçlüğü	115	-0,120	0,204	,008	0,930

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Yaş ile ASİİ Genel Semptomlar alt boyutu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; yaş arttıkça Genel Semptomlar alt boyutu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu puan ortalamasında arttığı saptandı. Yani yaş ilerledikçe genel semptomlar açısından iyileşmede güçlük yaşandığı, daha fazla ağrı yakınmasının olduğu, bunun da yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği belirlendi.

BKİ ile ASİİ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4.).

Tablo 4.3.5. ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115)

		Evet (70)		Hayır (45)		t	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	1,54	0,844	1,36	0,513	1,496	0,138
	Bağırsak Semptomları	1,15	0,602	1,12	0,399	0,381	0,704
	Genel Semptomlar	1,08	0,297	1,05	0,189	0,646	0,520
	İstek-Arzu Semptomları	1,63	1,036	1,22	0,447	2,914	0,004**
	Psikolojik Semptomlar	1,28	0,680	1,14	0,334	1,484	0,141
	ASİİ Toplam	1,36	0,511	1,20	0,245	2,192	0,031*
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	23,50	7,116	25,30	5,821	-1,404	0,163
	Mental Sağlık	22,01	6,046	24,09	4,089	-2,175	0,032*
	Fiziksel Rol Güçlüğü	6,19	1,966	6,96	1,705	-2,224	0,028*
	Ağrı	7,00	0,592	6,90	0,532	0,939	0,350
	Genel Sağlık Algısı	17,56	4,747	19,76	2,649	-3,180	0,002**
	Vitalite (Canlılık)	16,32	5,100	18,49	4,077	-2,497	0,014*
	Sosyal Fonksiyon	8,54	1,931	9,36	1,111	-2,861	0,005**
	Emosyonel Rol Güçlüğü	5,16	1,315	5,82	0,657	-3,559	0,001**

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Yüzonbeş hastanın ikinci değerlendirmelerinde; daha önce cerrahi girişim geçirip geçirmeme durumları ile ASİİ toplam puan ve ASİİ alt boyutlarından İstek-Arzu Semptomları, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından ise Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık puan ortalamaları açısından istatistiksel açıdan fark olup olmadığını belirlemek için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Yani, daha önce cerrahi girişim uygulananların, ASİİ toplam puan ve İstek-Arzu Semptomları puan ortalaması daha önce cerrahi girişim uygulanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Daha önce cerrahi girişim uygulananların Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık puan ortalaması ise daha önce cerrahi girişim uygulanmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük hesaplandı ($p<0,05$) (Tablo 4.3.5.).

Tablo 4.3.6. ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115)

		Evet (33)		Hayır (82)		t	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	1,45	0,704	1,48	0,752	-0,185	0,854
	Bağırsak Semptomları	1,22	0,708	1,11	0,440	1,015	0,312
	Genel Semptomlar	1,09	0,369	1,06	0,203	0,557	0,578
	İstek-Arzu Semptomları	1,42	0,860	1,49	0,884	-0,367	0,714
	Psikolojik Semptomlar	1,27	0,509	1,20	0,598	0,581	0,562
	ASİİ Toplam	1,31	0,539	1,29	0,386	0,281	0,779
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	25,16	6,653	23,82	6,689	0,962	0,338
	Fiziksel Rol Güçlüğü	6,64	1,934	6,43	1,892	0,534	0,595
	Ağrı	6,87	0,636	7,00	0,539	-1,170	0,244
	Genel Sağlık Algısı	19,61	3,076	17,94	4,483	1,956	0,053
	Vitalite (Canlılık)	16,94	5,056	17,29	4,747	-0,348	0,729
	Sosyal Fonksiyon	9,21	1,317	8,72	1,821	1,411	0,110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	5,64	0,994	5,32	1,202	1,442	0,154
Mental Sağlık	23,49	5,328	22,58	5,481	0,809	0,420	

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 4.3.6.'da görüldüğü gibi, ASİİ puan ortalamaları ve SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ile sigara kullanıp kullanmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bağımsız örneklem t testi ile gösterildi ($p>0,05$) (Tablo 4.3.6). ASİİ puan ortalamaları ve SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Tablo 4.3.7. ASİİ Puan Ortalamaları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Bakımından Kronik Hastalık Bulunma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=115)

		Evet (49)		Hayır (66)		t	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi	Fiziksel Aktiviteler	1,53	0,841	1,42	0,649	0,786	0,433
	Bağırsak Semptomları	1,19	0,687	1,10	0,375	0,847	0,399
	Genel Semptomlar	1,11	0,357	1,04	0,149	1,207	0,232
	İstek-Arzu Semptomları	1,55	1,054	1,41	0,719	0,791	0,431
	Psikolojik Semptomlar	1,22	0,479	1,22	0,640	0,017	0,987
	ASİİ Toplam	1,35	0,558	1,26	0,308	0,962	0,340
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	23,53	7,467	24,69	6,026	-0,892	0,375
	Fiziksel Rol Güçlüğü	6,22	1,992	6,68	1,816	-1,264	0,209
	Ağrı	6,97	0,580	6,96	0,565	0,082	0,935
	Genel Sağlık Algısı	18,77	4,201	18,15	4,185	0,780	0,437
	Vitalite (Canlılık)	17,14	5,046	17,22	4,678	-0,083	0,934
	Sosyal Fonksiyon	8,92	1,539	8,82	1,822	0,311	0,756
	Emosyonel Rol Güçlüğü	5,31	1,240	5,48	1,085	-0,788	0,432
Mental Sağlık	22,71	5,852	22,94	5,127	-0,216	0,830	

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

İkinci kez değerlendirilen 115 hastanın daha önce kronik hastalıkları olan ve olmayanların ASİİ puan ortalamaları ve SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, ASİİ puan ortalamaları ve SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0,05$) (Tablo 4.3.7.).

Tablo 4.3.8. ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Fiziksel Aktiviteler ¹	115	4,48	0,967	28,997	0,000***
Fiziksel Aktiviteler ²	115	1,47	0,736		
Bağırsak Semptomları ¹	115	2,50	1,037	12,698	0,000***
Bağırsak Semptomları ²	115	1,14	0,530		
Genel Semptomlar ¹	115	3,16	1,284	17,187	0,000***
Genel Semptomlar ²	115	1,07	0,260		
İstek-Arzu Semptomları ¹	115	3,22	1,122	13,613	0,000***
İstek-Arzu Semptomları ²	115	1,47	0,874		
Psikolojik Semptomlar ¹	115	3,82	1,146	22,541	0,000***
Psikolojik Semptomlar ²	115	1,22	0,573		
ASİİ Toplam ¹	115	3,57	0,823	28,444	0,000***
ASİİ Toplam ²	115	1,30	0,433		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Yüzonbeş hastaya iki kez ASİİ ile değerlendirme yapıldı. Ameliyat sonrası 0-3. Gün yapılan ilk değerlendirmeden sonra 15-30 gün sonra yapılan ikinci değerlendirme arasında zamana göre farklılık olup olmadığı bağımlı örneklem t testi uygulanarak belirlendi. Tablo 4.3.8.'de görüldüğü gibi; ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p<0,05). Farkın ilk değerlendirmedeki ölçüm puanlarından kaynaklandığı, ASİİ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının ikinci değerlendirme ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu, hastaların ameliyattan sonraki ilk üç günde iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları belirlendi.

Tablo 4.3.9. Tanı Gruplarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Herniler	Fiziksel Aktiviteler ¹	32	4,70	0,468	17,974	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	32	1,64	0,800		
	Bağırsak Semptomları ¹	32	2,53	1,017	6,505	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	32	1,23	0,760		
	Genel Semptomlar ¹	32	3,01	1,339	8,107	0,000***
	Genel Semptomlar ²	32	1,10	0,391		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	32	3,43	1,214	8,103	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	32	1,38	0,806		
	Psikolojik Semptomlar ¹	31	4,02	1,130	14,195	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	31	1,19	0,447		
	ASİİ Toplam ¹	32	3,69	0,661	17,865	0,000***
	ASİİ Toplam ²	32	1,36	0,564		
Tiroid-Paratiroid	Fiziksel Aktiviteler ¹	37	4,37	1,034	16,168	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	37	1,30	0,693		
	Bağırsak Semptomları ¹	37	2,33	1,038	6,127	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	37	1,10	0,500		
	Genel Semptomlar ¹	37	3,11	1,210	9,448	0,000***
	Genel Semptomlar ²	37	1,11	0,267		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	36	3,36	1,141	6,641	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	36	1,67	1,067		
	Psikolojik Semptomlar ¹	37	3,88	0,992	11,730	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	37	1,39	0,820		
	ASİİ Toplam ¹	37	3,51	0,795	15,179	0,000***
	ASİİ Toplam ²	37	1,29	0,407		
Kolesistektomi	Fiziksel Aktiviteler ¹	38	4,47	1,118	15,091	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	38	1,51	0,747		
	Bağırsak Semptomları ¹	38	2,56	1,004	8,128	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	38	1,12	0,337		
	Genel Semptomlar ¹	38	3,33	1,333	10,842	0,000***
	Genel Semptomlar ²	38	1,01	0,057		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	38	2,99	1,007	8,743	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	38	1,36	0,741		
	Psikolojik Semptomlar ¹	38	3,64	1,281	12,278	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	38	1,13	0,362		
	ASİİ Toplam ¹	38	3,53	0,930	15,574	0,000***
	ASİİ Toplam ²	38	1,27	0,364		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Tanı gruplarına göre uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.3.9.). Buna göre herniler, tiroid-paratiroid, kolesistektomi, tanı grupları için ilk zamandaki ölçüm puanları sonraki ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yani bu tanı gruplarındaki hastaların ilk zamandaki iyileşme durumları, daha sonraki zamanda ölçülen iyileşme durumlarına göre daha güçtür.

Tablo 4.3.10. Cinsiyet Gruplarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kadın	Fiziksel Aktiviteler ¹	64	4,65	0,863	23,120	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	64	1,51	0,776		
	Bağırsak Semptomları ¹	64	2,64	1,088	10,078	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	64	1,16	0,565		
	Genel Semptomlar ¹	64	3,52	1,300	15,452	0,000***
	Genel Semptomlar ²	64	1,06	0,275		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	64	3,33	1,066	11,225	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	64	1,55	0,922		
	Psikolojik Semptomlar ¹	64	4,00	1,059	17,356	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	64	1,29	0,696		
	ASİİ Toplam ¹	64	3,75	0,768	24,171	0,000***
	ASİİ Toplam ²	64	1,33	0,468		
Erkek	Fiziksel Aktiviteler ¹	51	4,27	1,054	17,921	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	51	1,43	0,686		
	Bağırsak Semptomları ¹	51	2,33	0,952	7,799	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	51	1,12	0,487		
	Genel Semptomlar ¹	51	2,71	1,118	9,672	0,000***
	Genel Semptomlar ²	51	1,08	0,242		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	50	3,07	1,183	8,014	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	50	1,38	0,807		
	Psikolojik Semptomlar ¹	49	3,59	1,223	14,426	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	49	1,14	0,343		
	ASİİ Toplam ¹	51	3,33	0,836	16,681	0,000***
	ASİİ Toplam ²	51	1,25	0,384		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Tablo 4.3.10.'da belirtildiği gibi, cinsiyet gruplarına göre uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre kadınlar ve erkekler için ilk zamandaki ölçüm puanları sonraki ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yani kadın ve erkek hastaların ilk zamandaki iyileşme durumları, daha sonraki zamanda ölçülen iyileşme durumlarına göre daha güçtür.

Tablo 4.3.11. Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanmış	Fiziksel Aktiviteler ¹	70	4,50	1,062	20,239	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	70	1,54	0,844		
	Bağırsak Semptomları ¹	70	2,52	1,084	9,639	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	70	1,15	0,602		
	Genel Semptomlar ¹	70	3,34	1,301	14,453	0,000***
	Genel Semptomlar ²	70	1,08	0,297		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	69	3,28	1,155	9,078	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	69	1,63	1,036		
	Psikolojik Semptomlar ¹	69	3,94	1,135	17,463	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	69	1,28	0,680		
	ASİİ Toplam ¹	70	3,63	0,872	20,996	0,000***
	ASİİ Toplam ²	70	1,36	0,511		
Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanmamış	Fiziksel Aktiviteler ¹	45	4,47	0,808	22,394	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	45	1,36	0,513		
	Bağırsak Semptomları ¹	45	2,48	0,971	8,218	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	45	1,12	0,399		
	Genel Semptomlar ¹	45	2,88	1,217	9,665	0,000***
	Genel Semptomlar ²	45	1,05	0,189		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	45	3,12	1,075	11,297	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	45	1,22	0,447		
	Psikolojik Semptomlar ¹	44	3,65	1,155	14,190	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	44	1,14	0,334		
	ASİİ Toplam ¹	45	3,47	0,740	19,439	0,000***
	ASİİ Toplam ²	45	1,20	0,245		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Daha önce cerrahi girişim uygulanma durumlarına göre uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.3.11.). Buna göre cerrahi girişim uygulanan ve uygulanmayanlarda ilk zamandaki ölçüm puanları sonraki ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yani cerrahi girişim uygulanan ve uygulanmayan hastaların ilk zamandaki iyileşme durumları, daha sonraki zamanda ölçülen iyileşme durumlarına göre daha güçtür.

Tablo 4.3.12. Sigara Kullanma Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Sigara Kullanıyor	Fiziksel Aktiviteler ¹	33	4,51	0,986	15,596	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	33	1,45	0,704		
	Bağırsak Semptomları ¹	33	2,52	1,022	8,094	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	33	1,22	0,708		
	Genel Semptomlar ¹	33	2,92	1,249	8,581	0,000***
	Genel Semptomlar ²	33	1,09	0,369		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	33	3,35	1,140	7,782	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	33	1,42	0,860		
	Psikolojik Semptomlar ¹	32	3,84	1,174	12,600	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	32	1,27	0,509		
	ASİİ Toplam ¹	33	3,56	0,826	16,274	0,000***
	ASİİ Toplam ²	33	1,31	0,539		
Sigara Kullanmıyor	Fiziksel Aktiviteler ¹	82	4,48	0,965	24,303	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	82	1,48	0,752		
	Bağırsak Semptomları ¹	82	2,50	1,050	10,175	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	82	1,11	0,440		
	Genel Semptomlar ¹	82	3,26	1,292	14,977	0,000***
	Genel Semptomlar ²	82	1,06	0,202		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	81	3,16	1,117	11,153	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	81	1,49	0,884		
	Psikolojik Semptomlar ¹	81	3,82	1,143	18,652	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	81	1,20	0,598		
	ASİİ Toplam ¹	82	3,57	0,828	23,341	0,000***
	ASİİ Toplam ²	82	1,29	0,386		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Sigara kullanma durumlarına göre uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.3.12.). Buna göre sigara kullanan ve kullanmayanlar için ilk zamandaki ölçüm puanları sonraki ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yani sigara kullanan ve kullanmayan hastaların ilk zamandaki iyileşme durumları, daha sonraki zamanda ölçülen iyileşme durumlarına göre daha güçtür.

Tablo 4.3.13. Kronik Hastalık Durumlarında ASİİ Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamasının Zamana Göre Farklılığının İncelenmesi (N=115)

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kronik Hastalık Var	Fiziksel Aktiviteler ¹	49	4,39	1,104	15,552	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	49	1,53	0,841		
	Bağırsak Semptomları ¹	49	2,66	1,187	8,155	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	49	1,19	0,687		
	Genel Semptomlar ¹	49	3,08	1,362	9,779	0,000***
	Genel Semptomlar ²	49	1,11	0,357		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	48	3,15	1,289	6,967	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	48	1,55	1,054		
	Psikolojik Semptomlar ¹	49	3,67	1,171	14,857	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	49	1,22	0,479		
	ASİİ Toplam ¹	49	3,51	0,974	14,766	0,000***
	ASİİ Toplam ²	49	1,35	0,558		
Kronik Hastalık Yok	Fiziksel Aktiviteler ¹	66	4,56	0,853	26,435	0,000***
	Fiziksel Aktiviteler ²	66	1,42	0,649		
	Bağırsak Semptomları ¹	66	2,39	0,904	9,790	0,000***
	Bağırsak Semptomları ²	66	1,10	0,375		
	Genel Semptomlar ¹	66	3,22	1,230	14,479	0,000***
	Genel Semptomlar ²	66	1,04	0,149		
	İstek-Arzu Semptomları ¹	66	3,27	0,990	12,704	0,000***
	İstek-Arzu Semptomları ²	66	1,41	0,719		
	Psikolojik Semptomlar ¹	64	3,95	1,121	17,057	0,000***
	Psikolojik Semptomlar ²	64	1,22	0,640		
	ASİİ Toplam ¹	66	3,61	0,696	27,196	0,000***
	ASİİ Toplam ²	66	1,26	0,308		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 ¹Birinci Değerlendirme ²İkinci Değerlendirme

Kronik hastalık durumlarına göre uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, ASİİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları bakımından iki zaman arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.3.13.). Buna göre kronik hastalığı olan ve olmayanlar için ilk zamandaki ölçüm puanları sonraki ölçüm puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yani kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların ilk değerlendirmedeki iyileşme durumlarının, ikinci değerlendirmedeki iyileşme durumlarına göre daha fazla güçlük yaşadıkları görüldü.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tartışma bölümünde “Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin (ASİİ) geçerlik ve güvenilirliği”, “Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyileşme Durumları (0-3 gün)”, “Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyileşme Durumları (15-30 Gün) ve Yaşam Kalitesi” olmak üzere 3 başlıkta sunulmuştur.

5.1. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

5.1.1. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin Dil Eşdeğerliği

Bir ölçek orijinal dilinden başka bir dile çevriliyorsa, o ölçeğin doğası değişmektedir. Bu nedenle ölçek maddeleri hem çevrildiği dilde anlamlı ifadeler içermeli, hem de bu dili kullanan bireylerin kültürel yapılarına göre standardize edilerek titizlikle incelenmelidir (Esin 2014).

Orijinal dildeki bir ölçeğin hedeflenen dildeki çevirisinde genellikle “tek yönlü çeviri”, “grup çevirisi” ve “geri çeviri” yöntemleri kullanılır. Bu yöntemler içerisinde geri çeviri yöntemi daha fazla zaman almakta ancak, en çok tercih edilen yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Geri çeviri yönteminde en az iki bağımsız çevirmen olmaktadır. İlki orijinal ölçeği hedeflenen dile, ikincisi ise hedeflenen dile çevrilen ölçeği orijinal dile çevirmeli ve sonrasında iki çevirmen ölçek çevirisi konusundaki görüşlerini paylaşmalıdır (Gözüm ve Aksayan 2002, Esin 2014). ASİİ’nin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanması için Stephen F. Butler’a elektronik posta gönderildi ve kendisinden izin alındı (Ek 1). ASİİ’nin Türkçe’ye çeviri tekniğinde “geri çeviri yöntemi” kullanıldı.

Dil eşdeğerliği için, ASİİ'nin İngilizce orijinal hali araştırmacı tarafından Türkçeye çevrildi. Daha sonra İngilizceyi ve Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen, ana dili Türkçe olan 4 öğretim üyesi ve bir yabancı dil okutmanı tarafından Türkçeye çevirisi yapılan indeks ifadeleri orijinal metne uygunluğuna bakılarak düzeltildi ve son hal verildi. Son hal verilen Türkçe indeks hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilen, indeksin orijinal halini görmeyen, ana dili Türkçe olup Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen bir yabancı dil okutmanı tarafından yeniden İngilizceye çevrildi ve Stephen F. Butler'a gönderilerek onayı alındı. Bu çevirinin indeks ifadeleri ile orijinal indeks ifadeleri karşılaştırıldığında Türkçe çevirideki ifadeler ile uyumlu olduğu görüldü. Sonuç olarak; dil eşdeğerliği açısından ASİİ'nin Türk dili ve kültürüne uygun olduğu kanaatine varıldı.

5.1.2. İndeksin Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Ölçme araçlarında olmazsa olmaz iki ana unsur geçerlik ve güvenilirliktir. **Geçerlik;** geliştirilen ölçüm aracının ölçülmesi istenilen özelliği tamamen doğru bir şekilde ölçebilmesi ve başka bir özellikle karıştırılmadan ölçebilme niteliğidir (Demirali ve Ergin 1995). Bir başka deyişle, ölçüm aracının ölçülmesi istenen şeyi yani değişkeni ölçme derecesidir (Gözüm ve Aksayan 2002, Altunışık ve ark. 2004). Geçerlik, bireyde ölçülmesi istenen özelliğin hangi düzeyde doğru ölçüldüğüne ilişkin bir kavramdır (Büyüköztürk 2008). Ölçüm aracında geçerliliği test etmek için geliştirilen birçok yöntem bulunmakla birlikte, bu çalışmada geçerlik için 3 yöntem tercih edildi. Bunlar 1) Kapsam geçerliği, 2) Ölçüte bağlı geçerlik (Eş zamanlı ölçek geçerliği Yordama geçerliği), 3) Yapı geçerliğidir.

Kapsam geçerliği: Ölçüm aracının içerdiği maddelerin ölçülmesi istenilen özelliği ölçebilmek için niceliğinin ve niteliğinin yeterli düzeyde olup olmadığının anlaşılmasını sağlar (Büyüköztürk 2008). Dilde eşdeğerlik çalışması yapılan ölçek, dil ve kültür eşdeğerliği ve içerik geçerliği uygunluğu açısından konuyla ilgili olan en az üç en fazla 20 kişiden oluşan uzmanların görüşüne sunulur. Bu görüşlere dayanarak anlamlı ve anlaşılır maddelerden oluşan bir uyarılama yapılır (Gözüm ve Aksayan 2003, Karakoç ve Dönmez 2014, Esin 2014). Ölçeğin tamamının ve içerdiği maddelerin istenilen amaca ne ölçüde hizmet ettiği de anlaşılır (Karakoç ve Dönmez 2014).

Uzmanların kapsam geçerliği için yaptığı değerlendirmeler için genellikle Content Validity Index (CVI), Lawshe ve Davis teknikleri olmakla birlikte birçok teknik kullanılmaktadır (Esin 2014). Davis tekniğinde maddelerin derecelendirilmesi; “uygun (a)”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli (b)”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli (c)” ve “madde uygun değil (d)” şeklindedir. Davis tekniğinde, (a) ve (b) şıklarını seçen uzman kişi sayısının toplam uzman kişi sayısına bölünmesiyle o maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” hesaplanır ve elde edilen sayısal değer 0,80 ve üzeri olduğunda o maddenin kabul edilebilir bir düzeyde olduğu ifade edilir (Akduman ve Cantürk 2010, Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada da Türkçeleştirilen form içerik geçerliliği açısından cerrahi alanında 10 kişilik uzman görüşüne sunuldu (Ek 8). Davis Tekniği’ne göre değerlendirildi. Uzmanlardan alınan geri bildirimlere göre ASİİ’ne son hali verildi. ASİİ’nin kapsam geçerlik indeksi puanının 0,99 olduğu ve tüm maddelerin KGİ puanları 0,80’in üzerinde olup ASİİ’nin kapsam geçerliğini sağladığı tespit edildi (Tablo 4.1.1.).

Ölçüte bağlı geçerlik: Geçerliği yapılan ölçüm aracının, eğer karşılaştırmaya uygun geçerli bir diğer ölçüm aracı varsa iki ölçüm aracı arasında herhangi bir ilişki olup olmadığına bakılır. Ölçüte bağlı geçerlik sınamada, eş zamanlı ölçek geçerliği ve yordama geçerliği olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır (Erefe 2002). Bu çalışmada sadece eş zamanlı ölçek geçerliği kullanıldı.

- **Eş zamanlı ölçek geçerliği (Concurrent validity):** “Benzer ölçek geçerliği” ya da “zamandaş ölçek geçerliği” olarak da bilinmektedir. Bu yaklaşıma göre, aynı kavramın iki ayrı ölçümü aynı zaman noktasında (aynı zaman ya da en yakın zaman) karşılaştırılır (Erefe 2002, Karakoç ve Dönmez 2014). Eş zamanlı ölçek geçerliğinde; geliştirilen ölçekten katılımcıların aldığı puanlar ile aynı veya benzer davranışı ölçen diğer ölçüm aracından aldıkları puanların korelasyonuna bakılır (Karakoç ve Dönmez 2014). Geliştirilen ölçüm aracının, ölçüm değeri ile diğer ölçüt arasındaki korelasyon yüksek ise, sınanan aracın geçerli ölçüm yaptığı kanıtlanmış olur (Erefe 2002). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmada Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ve İyileşme Kalitesi-40 anketi aynı anda uygulanarak eş zamanlı ölçek geçerliği test edildi. 382 hastanın ASİİ

toplam puanları ile yaşam kalitesi-40 anketi toplam puanlarının korelasyonuna bakıldığında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişkinin olduğu ve bu ilişki istatistiki açıdan anlamlıydı (Tablo 4.1.9.). Elde ettiğimiz sonuçlar bize geçerliği yapılan ASIİ'nin ölçüte bağlı geçerliği sağladığını gösterdi.

Yapı-Kavram Geçerliği: Geçerliği yapılan ölçeğin sonuçlarının ne ile ilişkili olduğunu açıklamaya yarar. Aynı zamanda bu ölçeğin maddelerinin belirtilen özellikleri hangi ölçüde doğru ölçtüğünü gösterir (Büyüköztürk 2008, Karakoç ve Dönmez 2014). Yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi, zıt veya bilinen grupların karşılaştırılması, hipotez/hipotezlerin sınanması, çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı gibi yöntemler kullanılmakta olup (Esin 2014), bu araştırmada ise faktör analizi yapılmıştır.

Faktörleştirmede, “klasik faktör çıkartma teknikleri” ve “temel bileşenler analizi” olmak üzere (TBA) iki teknik kullanılmaktadır. Bu çalışmada sık kullanılan temel bileşenler analizi yapılmıştır. Bileşenleri TBA üretir, faktör analizi de faktörleri üretir (Büyüköztürk 2002).

Bu araştırmada, ASIİ verilerinin faktör analizi yapılması açısından uygunluğunu belirlemek için; Bartlett ve KMO testleri kullanıldı. KMO Testi ölçekteki değişkenler arasındaki ilişkiyi (korelasyon) ve faktör analizinin uygun olup olmadığını test etmede kullanılan bir uygunluk testidir. KMO testi sonuçlarına göre 0-1 aralığında değişen değerler alınabilmektedir. Bu değer; 0,50'den küçük ise test “kabul edilemez”, 0,50-0,60 “kötü”, 0,61-0,70 “zayıf”, 0,71-0,80 “orta”, 0,81-0,90 “iyi” ve 0,90'ın üzerinde olan değer ise “mükemmel” olduğu belirtilmektedir (Yaşar 2014). Bu araştırmada indekse ait KMO test değeri 0,924 olarak bulundu. Elde edilen bu değer mükemmel olarak nitelendirildiği için ASIİ'den elde edilen ölçüm sonuçları “temel bileşenler analizi” için uygun bulundu. Bartlett Sphericity testine göre ASIİ değişkenleri arasında istatistiki anlamda yüksek düzeyde ilişki olduğu ve ASIİ verilerinin faktör analizi yapılması için uygun olduğuna karar verildi (χ^2 : 16841,176, sd:300, p<0,001).

Faktör analizi, “aynı yapıyı ya da niteliği ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda ve tanımlanabilir nitelikte anlamlı değişkenler elde etmeye yönelik çok değişkenli bir istatistiksel tekniktir” (Büyüköztürk 2002, Büyüköztürk 2008). Toplam puanı dışında alt boyutları olan ölçekler için kullanılmaktadır. Her alt boyut faktör olarak adlandırılmaktadır (Esin 2014). Sıklıkla kullanılan bir yöntem olup ölçekteki maddeler arasında belli bir düzen olup olmadığını ve farklı alt boyutlarda bu maddelerin gruplanıp gruplanmayacağını analiz etmede kullanılan yapı geçerliği tekniğidir (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014, Karakoç ve Dönmez 2014). Faktör analizi “Açımlayıcı Faktör Analizi” ve “Doğrulayıcı Faktör Analizi” olarak iki yöntemle yapılır (Büyüköztürk 2008).

- **Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)**; hipotez kurmaya yönelik bilgi edinilmesini sağlamak amacıyla yapılan bir belirleme işlevidir (Özdamar 2013). Dolayısıyla AFA’da araştırmacı belli bir hipotezi sınamamakta, bunun yerine geliştirilen ölçüm aracıyla ölçülen faktörlerin doğası ile ilgili bilgi edinilmeye çalışılmaktadır. Çalışmamızda faktör sayısına ilişkin sınırlandırma yapılmadı ve faktör yükü 0,500 üzerindeki ifadeler yer aldı. Bu bağlamda ASİİ’nin orijinal halindeki 37 olan madde sayısı 25’e düşürüldü. Bu 25 maddeye göre yapılan kapsam geçerliği sonucunda ise indeks 5 faktör altında toplandı ve tüm faktör yükleri 0,500 ve üzerinde idi. Bu beş faktöre ait faktör örüntüleri, açıkladıkları varyans yüzdeleri ve özdeğerleri tablo 4.1.5.’de gösterilmiştir. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi’nin faktör analizi sonucuna göre beş alt grubun (faktörün) içerdiği toplam varyans incelendiğinde; toplam varyansın %28,709’u Fiziksel Aktiviteler, %19,807’si Bağırsak Semptomları, %14,405’i Genel Semptomlar, %14,340’ı İstek-Arzu Semptomları, %12,646’sı Psikolojik Semptomlar alt boyutlarını ve beş faktörün tamamı ise toplam varyansın %89,908’ini açıklamaktadır. Yapılan faktör analizine göre elde edilen varyansın yüzdesi ne kadar yüksek ise geliştirilen/geçerliği yapılan ölçeğin faktör yapısının da o kadar güçlü olduğu söylenmektedir. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır ve bu toplamların her alt boyut için 1’den büyük olması bu alt boyut altında toplanan soruların birlikte bu alt boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir.

- **Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA):** Faktör analizi üzerine kurulu hipotezleri test etmek istediğimizde doğrulayıcı faktör analizini kullanmaktayız (Özdamar 2013, Esin 2014). Başka bir dilden Türkçe'ye ölçek/indeks uyarlandığında sadece doğrulayıcı faktör analizi yapmak yeterli olabilir. DFA'da açımlyıcı faktör analizine göre belirlenen faktörler doğrulanır (Esin 2014). Bu çalışmada yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre; ilk aşamada, birinci dereceden DFA modeli oluşturuldu (Şekil 4.1.1.). İkinci aşamada ise, model tahminlenirken *maximum likelihood* yöntemi kullanıldı. Ayrıca boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın tespiti için de boyutlar arasındaki ilişkiyel kurgu yapıldı (Şekil 4.1.1)

Ölçek yapı geçerliğı amacıyla doğrulayıcı faktör analizi kapsamında yapılan “uyum iyiliğı istatistikleri”nin belli bir düzeyin üzerinde olması gerekmektedir (Esin 2014).

1. **Ki-kare/Serbestlik derecesi:** Serbestlik derecesi ki-kare testinde önemli bir ölçüt olmakla birlikte, bunun ki-kareye oranı uyum ölçütü olarak kullanılmakta ve bu oran beş ve beşin altında ise modelin kabul edilebilecek düzeyde bir uyum iyiliğine sahip olduğu ifade edilmektedir (Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar, Sanisoğlu 2013, Esin 2014).
2. **Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü (RMSEA- Root Mean Square Error Of Approximation):** RMSEA'nın 0.08'e eşit veya küçük ve p değeri 0.05'ten küçük ise “uyumun iyi olduğu”, 0.10'a eşit veya küçük olması durumunda ise “uyumun zayıf olduğu” düşünülmektedir (Esin 2014). Ayrıca, modeldeki değişken sayısı arttıkça uyum kötüleşmektedir; bundan dolayı SRMR tercih edilmektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013).
3. **Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR- Standardized Root-Meansquare Residual):** SRMR'de kıkare gibi “kötü uyum indeksidir” ve SRMR'in 0.10'dan küçük olması uyumun olduğunu gösterir (Esin 2014). SRMR değeri 0-1 aralığında olup, bu değer sıfıra yaklaştıkça uyumun iyi olduğunu gösterir ve yüksek değerler alındıkça kötü uyum olduğu ifade edilir (Erkorkmaz ve ark. 2013).

4. **Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (CFI-Comparative Fit Index):** CFI değerinin 0.90'a eşit veya üzerinde ise uyumun olduğundan söz edilir (Esin 2014).
5. **Non-normed fitindex (NNFI):** Bu testte elde edilen değer 0.90'a eşit veya üzerinde olması uyum olduğunun göstergesidir (Esin 2014).
6. **Uyum iyiliği indeksi (GFI-Goodness of Fit Index):** Bu testten elde edilen değer 0.90'a eşit veya üzerinde ise uyum olduğundan söz edilir (Esin 2014).

Literatür bilgileri ışığında bu araştırmadan elde edilen uyum değerlerine bakıldığında; χ^2/df , IFI, TLI, CFI ve SRMR değerlerinin iyi, GFI ve RMSEA değerlerinin ise kabul edilemez olduğu görülmektedir (Hu and Bentler 1999, Tabachnick and Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011). Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında ise Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin kabul edilebilir olduğu sonucuna varıldı. Bu bağlamda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin 25 ifade içeren beş faktörde toplanan yapısının genel anlamda "iyi uyum" sağladığı görüldü.

5.1.3. İndeksin Güvenirliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Güvenirlilik; aynı koşullar altında bir ölçme aracılığıyla tekrarlanan ölçümler sonucunda elde edilen sonuçların kararlı olduğunun göstergesidir (Ercan ve Kan 2004; Karakoç ve Dönmez 2014). Yani, ölçüm aracının/testin ölçülmesi istenilen şeyin tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçülebilmesi, yapılan ölçüm sonuçlarının hatalardan arınıklık derecesi olarak ifade edilir (Altunışık ve ark. 2004, Karakoç ve Dönmez 2014, Esin 2014). Ölçüm aracı aynı şartlar altında tekrarlandığında da aynı sonuçları vermelidir (Demirali ve Ergin 1995). Güvenirlilik, zorunlu fakat yeterli bir koşul olmamakla birlikte, (Güvenilir olmayan bir ölçüm aracının ya da güvenirliliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014, Esin 2014). Bir ölçeğin güvenirliliğini ölçmede kullanılan yaklaşımlar; test re-test, alternatif formlar, iç tutarlılık analizidir (Altunışık ve ark. 2004).

İç Tutarlılık Katsayısı

Belirli bir alana özgü hazırlanan ölçüm aracının maddelerinin kendi içinde ne kadar homojen dağıldığının, yani hedeflenen konuya ilişkin kavramı yeterli düzeyde ölçüp ölçmediğinin iyi bir göstergesidir (Karakoç ve Dönmez 2014). Bir ölçme aracı formu,

tek bir grup ve uygulama gerektirdiğinden en sık kullanılan güvenilirlik saptama yöntemidir (Demirali ve Ergin 1995). Temelde iç tutarlılığın dayandığı görüş; bir ölçüm aracında belli bir amacı gerçekleştirmede bir bütün içindeki birbirinden bağımsız olarak oluşturulmuş olan ölçek maddelerinin/sorularının birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Karakoç ve Dönmez 2014).

İç tutarlılık aynı özelliği ölçen maddelerin ayıklanması amacıyla yaygın olarak kullanılan 4 yöntem vardır. Bunlar; “Yarıya Bölme Yöntemi”, “Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı”, “Kuder-Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı”, “Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliği- Kapa Uyum Katsayısı”dır (Erefe 2002, Esin 2014). Bunlar içinde en yaygın kullanılan yöntem alfa katsayısıdır (Altunışık ve ark. 2004). Kuder-Richardson 20-21 ile Cronbach alfa tekniğinde, parçalar arası ortak ilişki dikkate alarak bütün için tek bir tutarlık katsayısı hesaplanır (Demirali ve Ergin 1995). Bu çalışmada da Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplandı.

- **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı;** geliştirilen/güvenirliği yapılan ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin göstergesidir. Özellikle Likert tipi ölçeklerde hesaplanan alfa katsayısı ne kadar yüksekse, ölçekteki maddelerin de o kadar tutarlı olduğunun ve aynı özelliğin unsurlarını yordayan maddelerden oluştuğu yani aynı tutumu ölçtüğü varsayılır (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Ölçüm aracının tüm alt bölümlerinin birbirine göre ya da her bir alt bölümün sorularının birbirlerine göre tutarlı olup olmadığının sınanmasında alfa katsayısı kullanılır (Demirali ve Ergin 1995). Alfa katsayısı; “ölçekte yer alan “k” maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır” ve genel kabul gören katsayı en az 0,70’dir (Ercan ve Kan 2004, Karakoç ve Dönmez 2014). Katsayının yüksekliği iç tutarlılığın yüksekliğini gösterir ($0,00 \leq \alpha < 0,40$; ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$; ölçek güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha < 0,80$; ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$; ölçek güvenilirliği yüksek) (Özdamar 2002).

Bu araştırmada ASİİ ve indeksin her bir alt boyutu için Cronbach's alfa değeri hesaplandı. Elde edilen sonuçlara göre; ASİİ'nin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha= 0.967$ olup, ASİİ alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının 0.93 ile 0.983 arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.1.8.). Tüm indeks ve alt boyutların Alpha katsayılarının $0,80 \leq \alpha < 1,00$ aralığında olması, ASİİ'nin güvenilirliği yüksek bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin cerrahi girişim geçiren Türk hastaları için geçerli ve güvenilir bir ölçek/skala/indeks olduğu belirlendi.

5.2. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İYİLEŞME DURUMLARI (0-3 GÜN)

Günümüzde her 20 kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde elektif bir cerrahi işlem geçirdiği ve eskiye oranla yapılan girişimlere bağlı morbidite ve mortalite oranlarının önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005; Demirhan ve Pınar 2014). Büyük cerrahi girişimler sonucunda nöroendokrin metabolik ve immünolojik yanıtlar yoğun bir Şekilde yaşanmaktadır. Bu hastalarda özellikle ameliyat sonrasında ağrı, bulantı-kusma, ileus, kalbin iş yükünün artmasına bağlı sorunlar ve solunum işlevlerinde bozulma gibi durumlarla karşılaşılabilmektedir. Bu durumdaki hastada mobilizasyon ve erken enteral beslenme gecikmekte, ameliyat sonrası komplikasyonlar yaşanmakta ve buna bağlı olarak hastanede kalış süresi uzamaktadır (Demirhan ve Pınar 2014). Cerrahi açıdan risk faktörleri özetlenecek olursa; acil cerrahi gerektiren durumlar, majör cerrahiler, ileri yaş, kötü beslenme, sistemik hastalıkların eşlik etmesi, malign hastalıkların varlığı ve hareketi kısıtlayan durumların olması sayılmaktadır (Usta ve Aygin 2015).

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin ilk değerlendime sonuçlarına göre (0-3 gün) toplam puan ortalaması $3,39 \pm 0,916$ olup hastaların iyileşme durumlarında "ok güçlük" ektikleri saptandı. İndeksten alt boyutlara göre alınan puan ortalamalarına bakıldığında; Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları ve

Psikolojik Semptomlarda “çok güçlük” yaşandığı, Fiziksel Aktiviteler boyutunda ise “aşırı güçlük” yaşandığı belirlendi. Cerrahi insizyona bağlı kesilerde minimum granülasyon dokusuyla iyileşmenin genellikle bir haftada içinde görüldüğü ve enflamatuar fazın üç ile beş gün kadar sürdüğü göz önünde bulundurulduğunda (Aygün 2016) çalışma kapsamına alınan hastaların yara iyileşmesinin ilk fazında (enflamatuar faz) olmaları nedeniyle iyileşmede güçlük yaşamalarının normal olduğu, bunun yanı sıra hastaların ameliyat sonrası erken dönemde psikolojik durumlarının ve fizyolojilerinin de henüz istenilen düzeyde olmaması sebebiyle, hastaların ameliyat sonrası 0-3. günlerde iyileşme durumlarında çok güçlük çektikleri sonucuna varılabilir.

Ameliyat sonrası hastalarda ameliyata bağlı ve iyileşme sürecinde yaşanan sorunlar; ameliyatın türüne, insizyon bölgesine ve boyutuna, anestezi türüne ve miktarına göre değişmektedir (Yolcu ve Akın 2015). Yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada bir ay iyileşmeleri takip edilen ortopedik cerrahi geçiren hastaların diğer genel cerrahi hastalarına göre daha az iyileştiği saptanmıştır (Forsberg et al. 2015). Yapılan benzer bir çalışmada da ortopedi ve genel cerrahi ünitesinde yatan hastaların iyileşme puanlarının, kardiyak operasyon geçiren hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yolcu ve Akın 2015). Bu çalışmada ASIİ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından herni, tiroid paratiroid cerrahisi, safra kesesi ameliyatı ve apendektomi gerçekleştirilen hastalar arasında farkın anlamlı düzeyde olmadığı görüldü. Araştırma sonuçlarımızla diğer literatür sonuçlarının uyumlu olmamasını, çalışma kapsamındaki tanı gruplarının, ameliyattan önceki ve sonraki bakım uygulamalarının, hastanede yatış sürelerinin ve diğer sonuçlarının birbirine benzer olmasına bağlayabiliriz.

Araştırmamızda cinsiyet ile ASIİ toplam puan ortalamaları, Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyut puanlarının anlamlı farklılık yarattığı görüldü. Yani erkeklerin bu alanlardaki puan ortalamalarının kadınlara göre daha düşük olduğu ve kadınların iyileşme durumlarında daha fazla güçlük yaşadıkları belirlendi. Cinsiyet bağlamında elde edilen bu sonuç; erkeklerin kadınlara göre fiziksel üstünlüğü, duygudurum açısından her iki cinse özgü

beklentilerin farklılığı, özellikle menopoz sonrası kadınlarda yara iyileşmesinin daha yavaş olması (Köklü ve Çankal 2013) gibi özellikler göz önünde bulundurulduğunda indeks alt boyutlarına göre kadınların iyileşme durumlarında daha fazla güçlük yaşaması normal karşılanabilir.

İlerleyen yaş ile birlikte meydana gelen değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireylerde hücre, doku ve organların fonksiyonel kapasitesi azalmakta, cerrahi sonrası stres yanıtı için gerekli homeostatik kontrol mekanizmalar yetersizleşmekte, yara iyileşmesi gecikmekte ve tüm bunlara bağlı olarak da ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme olasılığı artmaktadır (Köklü ve Çankal 2013, Yolcu ve ark. 2016). Bu araştırmada hastaların yaşı ile Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, ASİİ toplam puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlılığa sahip olduğu belirlendi. Dolayısıyla yaş arttıkça ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşanması bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarında daha fazla güçlük yaşadığı saptandı ve daha önce cerrahi girişim geçirenlerin (%53,1) Genel Semptomlar alt boyut puan ortalamalarının daha önce cerrahi girişim geçirmeyenlere göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu belirlendi. Bu çalışmada kullanılan ASİİ ile cerrahi hastalarının verilerinin karşılaştırıldığı Türkçe ve yabancı literatüre rastlanmamıştır. Bu indekse benzeyen bir ölçek ile Yolcu ve Akın (2015)'ın ortopedi, kalp ve genel cerrahi ameliyatı geçiren hastalar ile yaptıkları çalışma sonucuna göre, daha önceden ameliyat olmuş olan ve hastanede yatarak tedavi gören hastaların iyileşme kalitesi anketi puanlarının, ameliyat olmayan ve daha önce hastanede yatmamış olan hastaların puanlarından daha düşük olduğu belirtilmiştir (Yolcu ve Akın 2015). Dolayısıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla cerrahi girişim geçirme deneyimiyle hastaların anksiyete düzeylerinin ölçüldüğü görülmektedir. Aykent ve ark. (2007)'nın çalışmasında önceki anestezi deneyiminin ameliyat öncesi anksiyete düzeyini etkilemediği belirtildiği halde, Arslan ve ark. (2017) ise daha önce ameliyat olma durumlarına göre durumluk-sürekli anksiyete puanlarını incelediklerinde, bu puanların daha önce ameliyat olan hastalarda, ameliyat

olmayanlara göre daha yüksek olduğu yani anksiyete seviyelerinin fazla olduğunu saptamışlardır (Aykent, Kocamanoglu, Üstün, Tür, Şahinoğlu 2007, Arslan, Taylan, Deniz 2017). Bir diğer çalışmada ameliyata alınmış şeklinin anksiyete düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmış ve geçmişte başka bir cerrahi deneyimi olan acil ve gününbirlik cerrahi hastalarının daha fazla anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (Fındık ve Topçu 2012). Benzer şekilde Kaya ve ark. (2007)'da çoğunluğu daha önceden farklı cerrahi girişim geçirmiş olan beyin cerrahi hastalarının anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Kaya ve ark. 2007). Literatür sonuçları ve çalışma bulgularımıza göre daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların, yaşadıkları deneyimlerden olumsuz etkilendiği ve buna bağlı olarak da anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla anksiyetesi yüksek olan bir hastada iyileşmede de güçlük yaşanacağı muhtemeldir.

Araştırmamızda ASİİ'den elde edilen puanlar ile kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, ancak kronik hastalığı olanlarda ASİİ puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü. Çalışma sonucumuzla paralel şekilde literatürde, cerrahi müdahale yapılacak olan hastada, karaciğer ve böbrek yetersizliği, malignite, hematopoetik, otoimmün ve konnektif doku hastalıkları gibi kronik durumların yara iyileşmesini bozduğu (Köklü ve Çankal 2013), iyileşmeyi geciktirdiği ve günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız şekilde sürdürülmesinin zorlaştığı belirtilmektedir (Yolcu ve ark 2016).

5.3. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İYİLEŞME DURUMLARI (15-30 GÜN) VE YAŞAM KALİTESİ

Cerrahi bakım sürecinin temel amacı, ameliyat sonrası iyileşmenin istenilen düzeyde gerçekleşmesi, hastanın ameliyat öncesi fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline ulaşması, alıştığı yaşam tarzını sürdürmesi ve bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğini en yakın zamanda yeniden kazanmasını sağlamaktır (Ucuzal ve Aldanmaz 2015, Yolcu ve Akın 2015). Yaşam kalitesi (YK) ve iyileşme soyut kavramlar olup, çeşitli ölçeklerle ölçülmeye çalışılmaktadır. Geleneksel olarak iyileşmenin değerlendirilmesi erken postoperatif dönemde fizyolojik parametrelerin geri kazanılmasına odaklanmıştır (Bowyer, Jakobsson, Ljungqvist, Royse 2014).

Yaşam kalitesinin tanımı; “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, ilgileri, beklentileri ve standartları ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması”dır. Aslında YK, bireyin fiziki sağlığından, ruhsal durumundan, inançlarından, sosyokültürel çevresiyle ilişkilerinden de etkilenen oldukça geniş bir kavram olarak karşımıza çıkar. Genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden (SYK) söz edilir ve temelde SYK bireyin sağlık durumuna göre belirlenmekte, klinik girişimlerle de etkilenebilmektedir. SYK, kişinin hastalığının ve uygulanan tedavilerinin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı, biyopsikososyal deneyimleri, beklentileri ve inançları ile ilişkilidir (Yılmaz 2012). Sağlıkla ilgili bireye özgü ve toplumsal düzeyde yapılan tüm uygulamaların başarısı objektif veya subjektif ölçümler yapılarak değerlendirilir (Eser 2012). Yaşam kalitesi de objektif olarak ölçülmektedir.

Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki olduğu objektif yaşam kalitesi ölçeklerinde göze çarpmaktadır. Diğer yandan cinsiyet ile subjektif yaşam kalitesi ölçümlerinin farklı kültür, yaş grupları ve sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması nedeniyle aynı sonuçları vermediği ve genellikle kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Araştırmamızda cinsiyet ile ASİİ’den elde edilen puanlar arasında herhangi bir fark görülmedi, ancak SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı ve Vitalite puan ortalamalarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi. Gelişmekte olan ülkelerde erkeğin çalışma hayatında kadına göre daha avantajlı olması, daha rahat istihdam edilmesi, ataerkil ve geleneksel yapıdan gelen kadının ücret almadığı veya düşük ücretli işlerde çalışması, bunun yanı sıra kadının erkekle eşit düzeyde eğitim almaması sosyo ekonomik ve kültürel açıdan kadının daha fazla zorlanmasına ve yaşam kalitelerinin kötü etkilenmesine yol açmaktadır. Yaşam kalitesi istenilen düzeyde olmayan kadının sağlık algısı da bozulacağından çalışmamızda erkeklerin bu alanlardaki puanlarının yüksek çıkması normal karşılanabilir.

Araştırmamızda da yaş ile, ASİİ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş arttıkça hastaların Genel Semptomlarda güçlük yaşadıkları ve hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı puanlarının yüksek olduğu saptandı. Bulgularımızı destekler şekilde literatürde yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu vurgulanmakta olup, yaşam kalitesinde azalmanın ise en fazla yaşlılık döneminde görüldüğü belirtilmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Yaşlıların yaşam kalitesini, fiziksel durumunu ve iyilik halini etkileyen en büyük sorunlardan biri olan ağrı, yaşlılarda en sık bildirilen semptomdur (Öztürk ve Karan 2009, Çilingir ve Bulut 2017). Yıldırım ve Atalay'ın (2002) çalışmasında 70 yaş ve üzeri grupta genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır (Yıldırım ve Atalay 2002).

Cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'ini ameliyat öncesi anksiyeteli olduğunu bildirmektedir ameliyata bağlı kaygı ve korkunun birçok sebebi olabilmektedir. Bunlar; cerrahi girişim ve anesteziye bağlı endişeleri, bireyin daha önceki ameliyat/hastane deneyimleri, kişilik özelliği ve ameliyattan sonra ağrı duyacağı endişesi olarak sıralanabilir (Taşdemir ve ark. 2013). Bu çalışmada hastaların yarısından fazlası daha önce cerrahi girişim geçirmişti (%61.1) ve bunların ASİİ toplam puan ve İstek-Arzu Semptomları puanları cerrahi girişim geçirmeyenlere göre daha yüksek olup iyileşmelerinde güçlük yaşadıkları saptandı. Aynı zamanda daha önce cerrahi girişimde bulunanların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık puanlarının daha önce cerrahi girişim geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu, dolayısıyla yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlendi. Daha önce geçirilen cerrahi girişimin yaşam kalitesini etkilediğini veya etkilemediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, çalışma bulgularımızın aksine, Andsoy ve ark. (2012)'nin çalışmasında yaşlı hastaların daha önce cerrahi girişim geçirmeme durumlarının yaşam kalitelerini etkilemediği (SF-36) bulunmuştur (Andsoy, Aydın, Şahin, Dinç 2012). Bu araştırma sonuçlarıyla paralel olarak ise, Kaya (2014)'nin benign prostat hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirlediği çalışmasında, daha önce ameliyat olmayan hastaların ameliyat sonrası dönemde fiziksel rol alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve yaşam

kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği ifade edilmiştir (Kaya 2014).

Çalışmamızda, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin birinci ve ikinci değerlendirilmesi yapıldığında demografik özellikler, ameliyata ilişkin veriler açısından iki zaman arasındaki ölçüm sonuçlarına göre anlamlı fark olduğu tespit edildi. Ameliyattan sonraki ilk üç gün içinde yapılan ilk değerlendirme puanları (3,57), ikinci değerlendirmenin yapıldığı 15-30. günlerde elde edilen puanlara (1,30) göre anlamlı derecede yüksekti. Yani hastaların, ameliyat sonrası ilk üç gün iyileşmede “aşırı güçlük” yaşadığı, ameliyatın üzerinden 15-30 gün geçtikten sonra ise iyileşmede “az güçlük” yaşadıkları görüldü. Newman ve ark. (2014), 449 hastanın ameliyat sonrası erken bilişsel iyileşmesini değerlendirdikleri çalışmada, hastaların %13.6’sının ilk üç gün içinde iyileşmediklerini, duygusal alanda herhangi bir farklılık olmadığını ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede istenilen düzeye gelmediklerini saptamıştır (Newman et al. 2014). Bu çalışmada, ameliyat sonrası hastaların ikinci değerlendirmede daha az güçlük yaşamaları fizyolojik ve psikolojik olarak iyileşmenin gerçekleştiğinin göstergesidir. Yara iyileşmesi fazları açısından da bakacak olursak; üçüncü ve beşinci günler enflamatuar faz olup yara iyileşmesinin ilk evresi, 5 günden-3 haftaya kadar granülasyon fazı ikinci evresi olup, yaralanmayı takiben 7. günden itibaren aylarca sürebilen üçüncü evresidir (Aygin 2016). Bu bilgiler ışığında, çalışma kapsamına alınan hastalarda ikinci değerlendirmede elde edilen iyileşme oranları beklenen düzeyde artış göstermiştir.

SONUÇ

- Araştırma, PoRI'nin Türkçe versiyonunun (Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksinin); Türk hastalarda ameliyat sonrası iyileşmeyi ölçen geçerli ve güvenilir bir araç olduğu kanıtlandı.
- ASİİ güvenilirliği yüksek bir ölçüm aracı olup, Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=0.96,7$ olarak saptandı.
- Araştırmada faktör analizi sonucunda 37 olan madde sayısı 25'e düşürüldü. Bu 25 madde için kapsam geçerliği analizlerine göre ASİİ'nin 5 faktör altında toplandığı ve tüm faktör yüklerinin 0,500'ün üzerinde olduğu görüldü.
- Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin 25 maddeden meydana gelen 5 faktör altında toplanan yapısının genel anlamda "iyi uyum" sağladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0-3 günlerde;

- Tanı grupları, daha önce kronik hastalığının olması, sigara kullanması ile ASİİ ve alt boyutlarının ortalamaları puanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı düzeyde olmadığı görüldü ($p>0,05$).
- Beden kitle indeksi ile ASİİ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiki açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$).
- Cinsiyet ile ASİİ ve Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) ve erkeklerin bu alanlardaki puan ortalamalarının kadınlara göre daha düşük olduğu, yani kadınların iyileşme durumlarında erkeklere göre daha fazla güçlük yaşadıkları belirlendi.
- Yaş ile ASİİ ve Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlılığa sahip olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna göre yaş arttıkça ASİİ toplam puanı ve Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek-Arzu Semptomları alt boyut puanlarında arttığı yani yaş ilerledikçe iyileşmenin olumsuz etkilendiği saptandı.

- Daha önce cerrahi girişimde bulunma durumları ile Genel Semptomlar puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) ve daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların Genel Semptomlar alt boyutunda ameliyat sonrası iyileşme durumlarında daha fazla güçlük yaşadığı saptandı.

Ameliyat sonrası 15-30. günlerde;

- Tanı grupları, daha önce kronik hastalığının olması/olmaması, sigara kullanma/kullanmama durumları açısından ASİİ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiki olarak farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).
- ASİİ ile cinsiyet arasındaki farkın anlamlı olmadığı; ancak SF-36 Yaşam Kalitesi alt boyutlarında Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı ve Vitalite puan ortalamalarının erkeklerde anlamlı farkla kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Yani erkeklerin yaşam kaliteleri kadınlara göre daha yüksekti.
- Yaş ile ASİİ Genel Semptomlar alt boyutu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak pozitif yönde düşük düzeyde anlamlılığa sahip olduğu ($p<0,05$) ve yaş arttıkça hastaların Genel Semptomlar açısından iyileşmede güçlük yaşadıkları ve hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı puanlarının yüksek, yani ağrı yakınmalarının daha fazla olduğu saptandı.
- Beden kitle indeksi ile ASİİ puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).
- Daha önce cerrahi girişim geçirip geçirmeme durumları ile ASİİ toplam puan ve ASİİ alt boyutlarından İstek-Arzu Semptomları, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından ise Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Daha önce cerrahi girişim geçirenlerin ASİİ toplam puan ve İstek-Arzu Semptomları puanlarının cerrahi girişim geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve iyileşmede güçlük yaşadıkları saptandı. Aynı zamanda daha önce cerrahi girişim geçirenlerin, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt

boyutlarından Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık puanlarının daha önce cerrahi girişim geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu, dolayısıyla yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlendi.

- İki ayrı zamanda yapılan değerlendirme sonucuna göre Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu, ikinci değerlendirme puanlarının ilk değerlendirme puanlarına göre daha düşük olduğu yani hastaların ilk değerlendirmedeki iyileşme durumlarına göre “çok güçlük” yaşadıkları, ikinci değerlendirmedeki iyileşme durumlarında ise “az güçlük” yaşadıkları tespit edildi ($p<0,05$).

Bu bağlamda;

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ); ameliyat sonrası iyileşmeyi ölçmek amacıyla kullanılabilir. ASİİ, konu ile ilgili araştırmalarda tek başına veya uygun görülürse diğer ölçeklerle bir arada kullanılabilir. Bu araştırmada, ASİİ belirli tanı gruplarına uygulandığı için, literatüre zenginlik katması açısından farklı cerrahi girişim türlerine de uygulanması önerilmektedir. Ayrıca, daha büyük örnekleme sahip metodolojisi iyi kurgulanmış çalışmalar yapılması, bu çalışma sonuçlarının ortak bir veri tabanında toplanması, ülkemize ve kültürümüze ait anlamlı istatistiklere sahip olmamızı sağlayacaktır. Aynı zamanda bu tür çalışmaların yaygınlaşması farklı ölçeklerin geliştirilmesine ve toplumumuza uyarlanmasına ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

- Acar K, Aygin D. (2015). Yaşlılarda Yara Gelişimi Risk Faktörleri, Önleme ve Bakım Yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015;19(2):54-59.
- Akdemir N. (2005a). Stres-Adaptasyon ve Anksiyete. Akdemir N, Birol L. (Eds), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara:141-152.
- Akdemir N. (2005b). Şok ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L. (Eds), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara:221-242.
- Akduman GG, Cantürk G. (2010). The Way of Behaving Scala Against The Children Who Were Sexual Abuse: Acceptability and Reliability Study (University Student Sampling). Turkish Journal of Forensic Medicine, 24(2):22-29.
- Akıncı AÇ. (2017). Şok. Aslan FE, Olgun N. (Eds), Fیزیopatoloji. Akademiyen Tıp Kitabevi, Ankara:83-107.
- Aksoy G. (2017a). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul:203-255.
- Aksoy G. (2017b). Şok ve Çoğul Organ Yetmezliği Sendromunda Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: 1-38.
- Aktan ÖA. (2009). Ameliyat Sonrası Bakım. Sayek İ. (Ed), Temel Cerrahi El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara:38-40.
- Aktan ÖA. (2013). Ameliyat Sonrası Bakım. Sayek İ. (Ed), Temel Cerrahi 4.Baskı, Cilt 1,Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara:114-117.

- Akyolcu N. (2017a). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul:335-366.
- Akyolcu N. (2017b). Yara İyileşmesi ve Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul:79-114.
- Akyolcu N, Akyüz N. (2015). Yara ve Bakımı. Akyolcu N. Kanan N. (Eds), Yara ve Stoma Bakımı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:1-28.
- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. (2004). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Üçüncü Baskı, Sakarya Kitabevi, Sakarya:99-118.
- Andsoy II, Aydın T, Şahin AO, Dinç S. (2012). Karabük İlindeki Bir Huzurevindeki Yaşayan Yaşlılarda Cerrahi Girişim Geçirme Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Mersin Üniv. Sağlık Bilim Derg, 5(3):30-35.
- Arslan S, Taylan S, Deniz S. (2017). Nöroşirürji Hastalarının Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1):17-21.
- Aslan FE. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12(1):104-113.
- Aslan FE, Aksoy NAP. (2016). Homeostazis Travma, Hemorajik Şok ve Hemostaz. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara:85-113.

- Aslan FE. (2017). Ameliyat Sonrası Bakım. Karadakovan A, Aslan FE. (Eds), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Kitabevi, 4. Baskı, Cilt 1, Ankara: 281-308.
- Aygin D, Aslan F, Cengiz H. (2012). Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem. Akad Geriatri, 4:12-17.
- Aygin D. (2016). Bulantı ve Kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20(1):44-56.
- Aygin D. (2017). Enflamasyon, İmmün Yanıt ve İyileşme. Aslan FE, Olgun N. (Eds), Fizyopatoloji. Akademiyen Tıp Kitabevi, Ankara:53-81.
- Aygin D, Sert H. (2017). Gastrointestinal Sistemin Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. Aslan FE. (Ed.) Sağlık Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme, Akademisyen Kitabevi, Ankara: 557-588.
- Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. (2007). Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi, 5(1):7-13.
- Basavanthappa BT. (2009). Perioperative Nursing. Medical Surgical Nursing, 2. Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers:196-236.
- Bayraktar N, Faydalı S. (2016). Sıvı Elektrolit Denge ve Dengesizlikleri. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademiyen Tıp Kitabevi, Ankara:59-83.
- Bilik Ö. (2016). İnflamasyon, Cerrahi Yara İyileşmesi ve Bakımı. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara:115-144.

- Bowyer A, Jakobsson J, Ljungqvist O, Royse C. (2014). A Review Of The Scope And Measurement Of Postoperative Quality Of Recovery. *Anaesthesia*,69:1266–1278.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15):137-150.
- Bulut H. (2016). Yara ve Yara İyileşmesi. Elbaş NÖ. (Ed), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Güneş Tıp Kitabevleri*, 1-8.
- Butler SF, Black RA, Techner L, Fernandez KC, Brooks D, Wood M, Katz N. (2012). Development and Validation of the Post-Operative Recovery Index for Measuring Quality of Recovery after Surgery. *J Anesth Clin Res*, 3(12):1-8.
- Büyüköztürk ř. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Eğitim Yönetimi Dergisi*; 32: 470-483.
- Büyüköztürk ř. (2008). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi Elkitabı - İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum.11 Baskı. Pegem Akademi. Ankara.
- Carmichael JC, Keller DS, Baldini G, Bordeianou L, Weiss E, Lee L, Boutros M, McClane J, Feldman LS, Steele SR. (2017). Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Diseases Of The Colon & Rectum*, 60(8):761-784.
- Chard R. (2010a). Care of Preoperative Patients. Ignatavicius DD, Workman ML. (Eds). *Medical-Surgical Nursing. Patient-Centered Collaborative Care*, 6nd ed:242-263.

- Chard R. (2010b). Care Of Postoperative Patients. Ignatavicius DD, Workman ML. (Eds). Medical-Surgical Nursing. Patient-Centered Collaborative Care. 6nd ed:285-301.
- Çakırcalı E. (2000). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hastanın Hazırlığı ve Bakımı. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir Güven&Nobel Tıp Kitabevleri İzmir, 197-206.
- Çilingir D, Bulut E. (2017). Yaşlı Bireylerde Ağrıya Yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(2):144-153.
- Çilingir D, Candaş B. (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Ve Hemşirenin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(2):137-143.
- Dal Ü, Bulut H, Demir SG. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:34-40
- Demirali DR, Ergin Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7:125-148.
- Demirhan İ, Pınar G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(1):43-53.
- Doğan N, Başokçu TO. (2010). İstatistik Tutum Ölçeği İçin Uygulanan Faktör Analizi ve Aşamalı Kümeleme Analizi Sonuçlarının Karşılaştırılması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, Kış 2010, 1(2):65-71.
- Engin A. (2013). Yara İyileşmesi. Sayek İ. (Ed), Temel Cerrahi. 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri:242-255.

- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3):211-216.
- Erdil F. (2001a). Stres. Erdil F, Elbaş NÖ. (Eds), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş IV. Baskı, Ankara:9-12.
- Erdil F. (2001b). Cerrahi Hemşireliği. Erdil F, Elbaş NÖ. (Eds), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş IV. Baskı, Ankara:97-136.
- Erefe İ. (2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ (Ed), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği İstanbul:169-188.
- Ergün A, Toptaner NE, Bıçakçı T, Baran S, Akkaya G, Ekim N, Özkan P, Cesur E, Şakiroğlu R. (2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi (SF-36) Üzerine Üriner İnkontinansın Etkisi. Akademik Geriatri Dergisi, 3:159-167.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu S.Y. (2013). Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(1):210-23.
- Ersoy E, Gündoğdu H. (2005). Preoperatif açlıkta değişen kav-ramlar. Ulusal Cerrahi Dergisi, 23(1): 35-40.
- Eser E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı 2-4.
- Esin MN. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Eds.), Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:193-233.

- Fındık ÜY, Topçu SY. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi:22-33.
- Fındık ÜY. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara:425-454.
- Forsberg A, Vikman I, Wälivaara B-M, Engström Å. (2015). Patients' Perceptions of Their Postoperative Recovery For One Month. Journal of Clinical Nursing, 24(13-14):1825-1836.
- Gözüm S, Aksayan S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. ölçek uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg, 4: 9-20.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II. Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg, 1: 3-14.
- Gündoğdu H. (2013). Ameliyat Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması. Sayek İ. (Ed), Temel Cerrahi. 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri:118-125.
- Gündoğdu H. (2016). Cerrahi İyileşmenin Hızlandırılması İçin Modern Teknikler. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara:455-470.
- Güner P, Geenen O. (2007). Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11(1):37-46.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. (2005). Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice-Hall.

- Harlak A, Gündoğdu H, Ersoy E, Erkek B. (2008). Ankara'daki Cerrahların Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS Protokolü) Uygulamalarına Bakışı. *Turkish Journal of Surgery*, 24(4):182-188.
- Hu LT, Bentler PM. (1999). Cutoff Criteria For Fit İndexes in Covariance Structural Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, doi: 10.1080/10705519909540118.
- İzveren AÖ, Dal Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*:36-46.
- İnal HC, Günay S. (2002). Olasılık ve Matematiksel İstatistik. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Kabataş MS, Özbayır T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,5(3):120-132.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40:39-49.
- Karaman S, Arici S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Kaya Z, Suren M, Balta MG. (2014). Validation of The Turkish Version of The Quality of Recovery-40 Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*,12(8):1-6.
- Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Gültaş S. (2007). Nöroşirurji Hastalarında İyimser Yaşam Eğiliminin Ameliyat Öncesi Anksiyete Başetme Durumuna Etkisi. *İÜFN Hem Derg*, 15(59): 75-81.

- Kaya M. (2014). Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (Danışman Yrd. Doç. Dr. Ucuzal M)
- Kaymakçı Ş. (2017). Şok. Karadakovan A, Aslan FE. (Eds), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen kitabevi, 4. Baskı, Cilt 1, Ankara:169-183.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G. (1999). “Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği”. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12:102-106.
- Köklü AHK, Çankal DAU. (2013). Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler İçerisinde Beslenmenin Yeri. Atatürk Üniv. Dış Hek. Fak. Derg., (7):135-141.
- Küçükğüçlü Ö, Esen A, Yener G. (2009). Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Journal of Neurological Sciences, 26(1):060-073.
- Liddle C. (2013). How to Reduce The Risk of Deterioration After Surgery. Nurs Times., Jun 12-18;109(23):16-7.
- Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols:Time To Change Practice?. Can Urol Assoc J 2011;5(5): 342-8; doi:10.5489/cuaj.11002.
- Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. AORN J. 2015 Aug; 102(2): 181.e1–181.e9 doi: 10.1016/j.aorn.2015.06.004.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.

- Myles PS, Weitekamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. (2000). Validity And Reliability Of A Postoperative Quality Of Recovery Score: The QoR-40. Br J Anaesth., Jan, 84(1):11-5.
- Newman S, Wilkinson DJ, Royse CF. (2014). Assessment of Early Cognitive Recovery After Surgery Using The Post-Operative Quality of Recovery Scale. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, Feb,58(2):185-191.
- Olgun N, Aslan FE. (2004). Şok. Şelimen D. (Ed). Acil Bakım. Genişletilmiş 3. Baskı Yüce Yayım:157-168.
- Öğce F. (2015). Yara İyileşmesi, Pansumanlar, Drenler. Yavuz Van Giersbergen M, Kaymakçı Ş. (Eds), Ameliyathane Hemşireliği. Meta Basım:547-565.
- Özdamar K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitabevi. İstanbul:661-676.
- Özdamar K. (2013). Faktör Analizi. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Cilt 2. 9. Baskı. Nisan Kitabevi: Eskişehir:209-254.
- Özer N. (2016). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar Hasta Üzerindeki Etkileri. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara:3-38.
- Öztekin D. (2011). Ameliyat Sonrası Bakım Uygulamaları. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi:33-68.
- Öztürk GB, Karan MA. (2009). Yaşlıda Ağrıya Yaklaşım. Akad Geriatri, (1):31-44.

- Paddison JS, Sammour T, Kahokehr A, Zargar-Shoshtari K, Hill AG. (2011). Development and validation of the Surgical Recovery Scale (SRS). *J Surg Res.*,167(2):85-91.
- Pour HA. (2012). Ameliyat Sonrası Ateş ve Hemşirelik Bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4):309-322.
- Smeltzer SC, Bare BG. (2005). *Medical Surgical Nursing. Assessment and Management of Patients with Breast Disorders. The Tenth Edition of Brunner and Suddarth's Textbook of Lippincott Williams & Wilkins: 1445-1484.*
- Steenhagen E. (2016). Enhanced Recovery After Surgery: It's Time to Change Practice! *Nutr Clin Pract.*,31:18-29.
- Şahin H, Ok E, Mercanlıgil SM.(2008). Operasyonda obezitenin oluşturduğu riskler. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 24(4):208-214.
- Sullivan SR, Engraw LH, Klein MB. (2012) *American Collage of Surgeons. Çeviren: Özmen T. Akut Yara Bakımı. ACS Cerrahi İlkeler&Uygulamalar. 6. Baskı Güneş Tıp Kitabevleri: 102-125.*
- Şen B. (2013). Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bitirme Projesi. (Danışman Ucuzal M).
- Tabachnick BG, Fidel LS. (2001). *Using Multivariate Statistics. (Fourth Edition). MA: Allyn & Bacon, Inc.*
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41:44-49.


- Ucuzal M, Aldanmaz N. (2015). Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):17-22.
- Uğurlu AK, Şahin SK, Seçginli S, Aslan FE. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistemik Derleme. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 9(4):280-288.
- Uzunköy A. (2005). Cerrahi Alan Enfeksiyonları: Risk Faktörleri ve Önleme Yöntemleri. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery,11(4):269-281.
- Usta E, Aygin D. (2015). Yaşlı Hastanın Ameliyat Sonrası Bakımındaki Farklılıklar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,5(3):59-65.
- Ware JE, Sherbourne DC. (1992). The MOS 36 item Short Form Health Survey (SF 36). Medical Care, 30: 473-83.
- Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, Gawande AA. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet, Jul 12;372(9633):139-44.
- Williams LS. (2015). Nursing Care of Patients Having Surgery. (Ed) Williams LS, Hopper PD. Understanding Medical Surgical Nursing. 5th edition. F.A Davis Co. Philadelphia:202-236.
- Yaghoobi S, Hamidfa M, Lawson DM, Fridlund B, Myles PS, Pakpour AH. (2015). Validity and Reliability of the Iranian Version of the Quality of Recovery-40 Questionnaire Anesth Pain Med. April; 5(2):1-8.
- Yaşar M. (2014). İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 36:59-75.

- Yavuz Van Giersbergen (2015). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Yönetimi Yavuz Van Giersbergen M, Kaymakçı Ş. (Eds), Ameliyathane Hemşireliği. Meta Basım: 273-296
- Yıldırım N, Atalay M. (2002). Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1):52-64.
- Yılmaz E. (2012). Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar- Ulusal Boyut. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı:11-18.
- Yılmaz E, Olgun N, Aslan FE. (2014). Şok. Aslan FE, Olgun N. (Eds), Erişkinlerde Acil Bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara:203-214.
- Yılmaz E. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara:319-345.
- Yolcu S, Akın S. (2015). Ortopedi, Kalp ve Genel Cerrahi Ameliyatları Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumları ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 25(3):33-45.
- Yolcu S, Akın S, Durna Z. (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13(2): 129-138.

EKLER

Ek 1. ASİİ Yazarı Stephen Butler'den İzin Talebi Yazışması

RE: A Post-operative Recovery Index (PoRI) ■ Gelen Kutusu x

 **Sadaf Charity** <SCharity@inflexion.com>
Alıcı: bana ▾

Dear Hande,

I will be happy to give you permission to use the Post-operative Recovery Index (PoRI) for the study/project you mention below.


Can you please provide the following:

1. 2-3 sentence description of the study/project the scale will be used in.
2. Over what time period (estimated start date, and end date) will the PoRI be used in this project?
3. An estimate of the number of PoRI administrations that will be completed during this project?


Once I receive this information, I will put together a license agreement giving you rights to use the PoRI and I will send you a PDF version of the scale.

Please let me know if you have any questions.

Thank you




Sadaf Charity, MBA
Director, Product Management
Inflexion, Inc.
T [617 332 6028 x274](tel:6173326028)
D [617 614 0374](tel:6176140374)
F [617 332 1820](tel:6173321820)
www.inflexion.com



This message may contain information that is privileged, confidential and exempt from disclosure under applicable law. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that you have received this electronic message in error and that any review, dissemination, distribution or cc prohibited. If you have received this electronic message in error, please notify us immediately by telephone in the United States at 617 332 6028 and delete the original e

Ek 2. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/157
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Dilek AYGİN
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 19.08.2016 tarihli 156 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması ve İyileşme Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.




Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
21...189..12016.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE5F3CMM4>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korumak Kampüsü, Korumak, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta : etik@sakarya.edu.tr Elektronik Adres : www.tip.sakarya.edu.tr

Ek 3. Hasta Bilgi Formu

Ad/Soyad:.....

Tel:.....

1. Yaşınız:.....
2. Boy:.....
3. Kilonuz:.....
4. Cinsiyet : Kadın Erkek
5. Tanısı:.....
6. Ameliyat Tarihi:/Hasta Ameliyat sonrası.....günde.
7. Geçirdiği Cerrahi Girişim:.....
8. Daha önce cerrahi girişim uygulandı mı? Evet Hayır
9. Cevabınız evet ise ne ameliyatı geçirildi?.....
10. Anestezi Türü:.....
11. Medeni Durumunuz: Bekar Evli
12. Eğitim Durumunuz:(Okur Yazar Değil İlköğretim
 Üniversite Lisansüstü
13. Mesleğiniz:(Ev hanımı İşçi Memur Emekli Serbest Meslek
14. Ailenizin gelir durumu giderinize göre nasıl?
 Gelir gidere göre az Gelir gideri dengeler Gelir gidere göre fazla
15. Sosyal güvenceniz: Var Yok
16. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır
17. Evet ise sigara kullanma sıklığınızı:.....süredir
günde.....kullanıyorum.
18. Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır
19. Evet ise alkol kullanma sıklığınızı:.....süredir
günde.....kullanıyorum.
20. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Evet Hayır
21. Var ise hangisi ya da hangileri?.....
 Diyabet Hipertansiyon KOAH Kalp Hast.
 Böbrek Hast. Romatizmal Hast.
22. Sürekli Kullandığınız ilaçlar

Ek 4.Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ)

TURKISH VERSION

AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ

[A Post-operative Recovery Index (PoRI)]

Lütfen her soruya uygun yuvarlağı doldurarak cevaplandırınız.

Son 24 SAAT içinde...	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazı zamanlarda	Çoğu zaman	Her zaman
1. Gün içerisinde uyanık kalmakta ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? (Örneğin; okuma, bulmaca çözmeye, karışık yönergeleri izleme gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lütfen aşağıdaki soruları, şimdiki durumunuzu normaldeki işlevsel düzeyinizle kıyaslayarak düşününüz.

Son 24 saat içinde, ne kadar kısıtlandığınızı söyleyebilir misiniz:	Hiç	Biraz Kısıtlı	Kısmen Kısıtlı	Önemli derece de kısıtlı	Son derece kısıtlı
5. Günlük aktiviteleri yapabilme (temizlik, çalışma...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Doğrularak oturabilme becerisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ayağa kalkabilme becerisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kendi kendine banyo yapabilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kendi kendine giyinebilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Birkaç blok yürüyebilme (Sokak boyunca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. İki kat arası merdiven çıkabilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Araba sürme (kullanma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son 24 saat içinde aşağıdakilerden ne kadar rahatsız oldunuz:	Hiç	Biraz rahatsız	Kısmen rahatsız	Önemli ölçüde rahatsız	Son derece rahatsız
13. En sevdiğim yiyeceklerden tat alamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bir defada yalnızca küçük miktarda (küçük porsiyonda) yemek yiyebilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Hiçbir şeyin tadının iyi olmaması (yiyecek veya içecek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. İştahsızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gaz ağrıları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Gaz çıkarmada sorun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bağırsak boşaltımının tam gerçekleşmemiş gibi görünmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rektal (makatta) basınç veya dolgunluk hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Bağırsak boşaltımının yetersiz olması, tam boşalmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cesareti kırılmış hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Normalde olduğu kadar üretken hissetmeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Motivasyonun düşük olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

©2014 Inflexxion®, Inc. All rights reserved
890 Winter St., Ste. 235, Waltham, MA 02451
Phone (617) 332-6028
www.inflexxion.com

Ek 5. Hasta Anketi (QOR – 40)

KISIM A Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (1'le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatlık					
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
İyi bir uyku uyudum	1	2	3	4	5
Yediklerimden tad alabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
Duygular					
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime hakimim	1	2	3	4	5
Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5
Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?					
Hareket özgürlüğü					
Normal konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	1	2	3	4	5
Yazı yazabiliyorum	1	2	3	4	5
İşime dönebilirim yada gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	1	2	3	4	5
Hasta Desteği					
Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken)	1	2	3	4	5
Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
KISIM B Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı? (1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatlık					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Huzursuzluk hissetme	5	4	3	2	1
Sallanma yada seğirme	5	4	3	2	1
Titreme	5	4	3	2	1
Üşüdüğünü hissetme	5	4	3	2	1
Baş dönmesi hissetme	5	4	3	2	1
Duygular					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Kaygılı hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli hissetme	5	4	3	2	1
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	5	4	3	2	1
Kendini yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmakta güçlük çekme	5	4	3	2	1
Hasta desteği					
Kafası karışık hissetme	5	4	3	2	1
Ağrı					
Orta şiddette ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağızda yaraya bağlı ağrı	5	4	3	2	1

Ek 6. Yaşam Kalitesi (SF 36) Formu

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?		7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?		8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?	
Hiç	1	Hiç	1	Hiç	1
Çok az	2	Çok az	2	Çok az	2
Orta derecede	3	Orta	3	Orta	3
Biraz	4	Çok	4	Çok	4
Oldukça	5	İleri derecede	5	İleri derecede	5
		Çok şiddetli	6		

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 7. Türkçe'den İngilizceye çevrilen ASİİ'nin son halinin yazar Stephen Butler'e gönderilerek onayının alınması

RE: A Post-operative Recovery Index (PoRI)- retranslation English version.



Gelen Kutusu x



Stephen Butler <Sfbutler@inflexion.com>

Alici: bana, Jeannette ▾

Hello Mr. Hande.

Thank you for sending this back-translation of your Turkish version.

I have reviewed the back translation and it is very good. I think it captures the intention of the original English items.

Please add Inflexion's copyright statement at the bottom of copies that you use:

©2014 Inflexion®, Inc. All rights reserved
890 Winter St., Ste. 235, Waltham, MA 02451
Phone [\(617\) 332-6028](tel:(617)332-6028)
www.inflexion.com

Also, we would appreciate if you could send us the Turkish version for our files.

Thanks for your interest in the PoRI. I hope it works for you. I would be interested in hearing about your use of the scale.

Best,

Stephen F Butler, PhD

Senior Vice-president & Chief Science Officer

Inflexion, Inc.

Direct Phone: [617-614-0449](tel:617-614-0449)

Email: sfbutler@inflexion.com

EK 8. DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLAR

İNGİLİZCEDEN TÜRKÇEYE ÇEVİRİSİ

ADI-SOYADI

ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Doç.Dr. Neriman AKANSEL | Uludağ Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| 2. Yrd.Doç.Dr. Meltem YILDIRIM | Yeditepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| 3. Yrd.Doç.Dr. Seher ÜNVER | Trakya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| 4. Dr. İsmail ZENGİN | Sakarya Üni. Sakarya Eğitim ve
Araştırma Hast. Genel Cerrahi Kliniği |
| 5. Okutman Özlem ŞİMŞEK | Sakarya Üni. Yabancı Diller Bölümü |

TÜRKÇEDEN İNGİLİZCEYE ÇEVİRİSİ

ADI-SOYADI

ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Okutman Ayşegül ŞAHİN | Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü |
|--------------------------|---------------------------------|

EK 9. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

UZMAN ADI-SOYADI	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1. Prof. Dr. Mehmet MİHMANLI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
2. Prof. Dr. Tayfun YÜCEL	Üsküdar Anadolu Hastanesi Genel Cerrahi
3. Prof. Dr. Neriman AKYOLCU	İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
4. Prof. Dr. Nursan ÇINAR	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
5. Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
6. Doç.Dr. Hicran YILDIZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
7. Yrd.Doç.Dr. Fatma VURAL	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
8. Yrd.Doç.Dr. Yelda Candan DÖNMEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
9. Yrd.Doç.Dr. Meftun AKGÜN	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
10. Öğr. Gör. Dr. Aylin ERDİM	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hande CENGİZ

Doğum yeri ve tarihi: İZMİT-24.12.1986

Uyruğu: TC

İletişim adresi ve telefonu: hande@sakarya.edu.tr

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Doktora	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sakarya Üniversitesi	2013-.....
Y. Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2010-2013
	Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon	Sakarya Üniversitesi	2012-2013
Lisans	Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	Sakarya Üniversitesi	2005-2009

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2013
Arş. Gör. Msc.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2013-2016
Arş. Gör. Msc.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2016-

IV- Mesleki Deneyimi

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Prof. Dr. Mahmut Müslümanoğlu ile Özel Sektör	2010-2011
Öğretmen	Özel Kervan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2012-2013
Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2013-2013
Arş. Gör. Msc.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2013-2016
Arş. Gör. Msc.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2016-.....

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği

Projelerde Yaptığı Görevler:

“Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması Ve İyileşme Durumlarının Değerlendirilmesi” Proje Yöneticisi: Aygin D, Araştırmacılar: **Açıl H.** Proje No: (2017-40-02-003). SAÜBAP (Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri) MALİ DESTEKLİ Devam ediyor. Başlama Tarihi;27.02.2017, Bitiş Tarihi:23.09.2007, Bütçe: 9000 TL.

VI- Bilimsel İlgi Alanları

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

A1. Acil H, Cavdar I (2014). Comparison of Quality of Life of Turkish Breast Cancer Patients Receiving Breast Conserving Surgery or Modified Radical Mastectomy. Asian Pac J Cancer Prev, 15 (13), 5377-5381. DOI:http://dx.doi.org/10.7314 /APJCP. 2014.15. 13. 5377

A2. Aıl H, Aygin D, Doğu . Evaluation of Vacation Health High School Students' Information Situation about Breast Cancer, 2016; 5(5) Ver.VIII (Sep. - Oct. 2016):79-83 e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940.

A3. Sert H, Seven A, Aygin D, etinkaya S, **Aıl H.** Perceived Organizational Justice Of Nurses And Associated Factors. The Online Journal of Communication and Media – April 2017 3(2):11-18.

A4. Aygin D, Yaman , **Açıl H,** Yılmaz A, Sert H. Hemşirelik ğrencilerinin Kız ocuk Evliliklerine Yönelik Tutumları. International Refereed Academic Journal of Sports, Health and Medical Sciences 2017; October - November - December Issue 25 Autumn Winter Season Year:19-31

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler :

B1. Aygin D, **Cengiz H.** Hemşirelik Eğitiminde Yaşanan Sorunlar ve özüm Önerileri. P-81, Sakarya Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi I. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi (The First International Women and Health Congress), Sakarya, 3-5 Haziran 2010, Kongre Bildirileri Kitabı, 2011:138-146. **(Tam metin)**

B2. Aygin D, **Cengiz H.** Kozmetik ürünler, kadınların yaşamındaki yeri ve yol açtığı sağlık sorunları. P-82, Sakarya Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi I. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi (The First International Women and Health Congress), Sakarya, 3-5 Haziran 2010, Kongre Bildirileri Kitabı, 2011:187-196. **(Tam metin)**

B3. Aygin D, Cevirme A, Yucel T, **Cengiz H,** Gedik A, Oral SG. The investigation of the frequency of mycobacterium tuberculosis among the students of Sakarya University. Poster presentation, Code of the abstract: 11190, 15th International Nursing Research Conference, Madrid, Spain November 15th to 18th 2011, 2011: 494-495. **(Özet metin)**

B4. Aygin D, **Cengiz H,** Hastaoglu S, Sandikci O, Deniz N, Kucuker H, Turan H. The investigation of the views of health professionals about safety of patients. Poster

presentation, Code of the abstract: 11396, 15th International Nursing Research Conference, Madrid, Spain November 15th to 18th 2011, 2011:508. **(Özet metin)**

B5. Aygin D, **Cengiz H**, Sert H. “The analysis of Sakarya University health faculty grade students’ professional job satisfaction”. Poster Presentation, Code of the abstract:128, 16th International Nursing Research Conference, Murcia, Spain, 6-9 November 2012:620.

B6. Durat G, Oksal H.A., Sert H, **Açıl H.C.**, "The Attitudes Of Patient Relatives Towards Schizophrenia. Poster Abstract, (P-056), Horatio, European Psychiatric Nursing Congress, İstanbul, Turkey, Abstract Book, 31 October -2 November 2013:201.

B7. Ahmadjonzoda N, Sert H, Aygin D, **Açıl H.** “Sakarya Üniversitesi öğrencilerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri”. [PP-097], 1.Uluslararası & 5.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 24-26 Nisan 2014, Kongre Bildirileri Kitabı, 2014:199. **(Özet metin)**

B8. **Açıl H**, Aygin D, Sert H. “Drug administration errors by nurses”. Poster Abstract AA120, 7th Pan-Hellenic & 6th Pan-European Scientific & Professional Nursing Conference Ioannina, Hotel Grand Serai, May 8-11, 2014 **(Özet metin)**

B9. Sert H, Aygin D, Seven A, **Açıl H**, Çetinkaya S. “Evaluation of life quality and mental status of senior people: Pilot study”. Poster Abstract AA121, 7th Pan-Hellenic & 6th Pan-European Scientific & Professional Nursing Conference, Ioannina, Hotel Grand Serai, May 8-11, 2014 **(Özet metin)**

B10. Aygin D, **Cengiz Acil H**, Yildirim M. “Headache among nurses and nursing students and its level of effect on nursing care”, **Poster presentation**, Code of the abstract: **EFIC5-0210**, 9th Congress of the European Pain Federation EFIC, Vienna, Austria, 2-5 September, 2015 **(Özet metin)**

B11. Aygin D, Sert H, **Açıl H**, Seven A, Çetinkaya S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Ağrı, Mental Durum ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi (P-36), 2. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi, Sakarya, 11-13 Aralık, Kongre Kitabı 2015:55-57.

- B12.** Sert H, Aygin D, **Açıl H**, Seven A, Çetinkaya S, İlmek M. Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları (P-37), 2. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi, Sakarya, 11-13 Aralık, Kongre Kitabı 2015:57-58.
- B13.** Aygin D, **Açıl H**. Kadınların Kullandıkları İlaçlar Konusunda Bilgi Durumları Ve Akılcı İlaç Uygulama Tutumları. **Sözel Sunum**, 1.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli, 14-15 Nisan 2016.
- B14.** **Açıl H**, Aygin D, Doğu Ö. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi. **Sözel Sunum**, 1.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli, 14-15 Nisan 2016.
- B15.** Özsay P, **Açıl H**, Aygın D. Ebelik Öğrencilerinin Damar İçi Kateter Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 3. Uluslararası & 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Nisan 2016.
- B16.** **Açıl H**, Aygin D, Yaman Ö. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Duygusal Zeka Düzeylerinin Belirlenmesi. ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education. November 24-25,2016 Sakarya University
- B17.** Aygin D, **Açıl H**, Çelik M, Dañç E, Yaman Ö. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Ve Güncel 2015 Kılavuz Bilgilerinin Değerlendirilmesi. ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education. November 24-25,2016 Sakarya University
- B18.** Aygin D, **Açıl H**, Çelik M, Ameliyathane Hemşirelerinin Güvenli Cerrahi Konusunda Görüş Ve Uygulamalarının Belirlenmesi ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education. November 24-25,2016 Sakarya University
- B19.** Aygin D, **Açıl H**, Yaman Ö, Dañç E, Çelik M, Sert H. Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Durumlarının Değerlendirilmesi ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education. November 24-25,2016 Sakarya University
- B20.** Sert H, Seven A, Aygin D, Çetinkaya S, **Açıl H**. Hemşirelerin örgütsel adalet algıları ve etkileyen faktörler (Poster kodu: 100501). ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya, Türkiye, 24-25 Kasım 2016(Özet Metin).

- B21.** Aygin D, Yazıcı A, **Açıl H.** Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Organ Bağışı Ve Nakli Hakkında Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, Ege Üniversitesi Yusuf Vardar Mötbe Kültür Merkezi, İzmir, 13-16 Nisan 2017.
- B22.** Aygin D, Karataş N, **Açıl H.** Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Kız Öğrencilerin Kozmetik Ürünler Ve Sağlık Üzerine Etkileri Konusunda Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, Ege Üniversitesi Yusuf Vardar Mötbe Kültür Merkezi, İzmir, 13-16 Nisan 2017.
- B23.** **Açıl H,** Çakır E, Aygin D. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Öğrencilerinin Fournier Gangreni Ve Diyabet İlişkisi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, Ege Üniversitesi Yusuf Vardar Mötbe Kültür Merkezi, İzmir, 13-16 Nisan 2017.
- B24.** Aygin D, **Açıl H,** Yaman Ö, Yılmaz A, Aldemir Y. Trakeostomi Bakımında İkinci Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, İzmir, 13-16 Nisan 2017.
- B25.** Özsay P, Aygin D, **Açıl H.** Ebelik öğrencilerinin serviks kanser aşısı HPV (Human Papiloma virüsü aşısı) hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. 4. Uluslararası & 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Biruni Üniversitesi, İstanbul, 20-22 Nisan 2017 (Özet metin).
- B26.** Aygin D, **Açıl H,** Sert H, Seven A. Hemşireler Sağlık Ekibi İçinde Kendisini Nasıl Algılıyor? ICQH 2017 International Conference on Quality in Higher Education. December 7-8, 2017 Sakarya University
- B27.** **Açıl H,** Aygin D, Yılmaz AÇ, Gül A, Yaman Ö. Kuşaklara Göre Hemşirelik. ICQH 2017 International Conference on Quality in Higher Education. December 7-8, 2017 Sakarya University
- B28.** Gül A, Aygin D, Yaman Ö, **Açıl H,** Yılmaz AÇ. Sağlık Profesyonellerinin Akılcı İlaç Kullanımı Ve Eğitim Gereksinimleri. ICQH 2017 International Conference on Quality in Higher Education. December 7-8, 2017 Sakarya University

- B29.** Aygin D, Yaman Ö, **Açıl H**, Yılmaz AÇ, Sert H. Hemşirelik Öğrencilerinin Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutumları. Sözel Sunum, 2.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli, 5-6 Ekim 2017.
- B30.** Doğu Ö, **Açıl H**, Aygin D Hemşirelik Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Diyabet ve Obezite Risk Durumu. Sözel Sunum, 2.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli, 5-6 Ekim 2017.
- B31.** Aygin D, Yılmaz AÇ, Yaman Ö, Gül A, **Açıl H**. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Adli Hemşirelik Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireleri Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
- B32.** Aygin D, Yaman Ö, Yılmaz AÇ, **Açıl H**, Gül A. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükleri Ve Hasta Güvenliği Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireleri Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
- B33.** **Açıl H**, Aygin D. Perianal Doku Kaybı Olan Bir Travma Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireleri Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
- B34.** Aygin D, **Açıl H**. Proflaktik Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi: Sistemik Derleme 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireleri Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
- B35.** **Açıl H**, Yaman Ö Yılmaz AÇ, Gül A, Aygin D. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik 2. Sınıf Öğrencilerinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre En Çok Kullandıkları Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireleri Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
- B.36.** Aygin D, Yaman Ö, Gül A, Yılmaz AÇ, **Açıl H**. Hemşirelik Öğrencilerinin El Hijyeni ve Kullanılan Solüsyonlara İlişkin Bilgi Düzeyleri. 10. Uluslararası Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 29 Kasım- 3 Aralık 2017:174-175.

C1. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler :

C1. Aygin D, **Açıl H.** Sıvı Volüm Fazlalığı. Hemşirelik Tanıları Girişimleri Sonuçları, Ed: Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan, Prof. Dr. Gülsüm Ançel, Dr. Gülendamar Hakverdioğlu Yönt, Andaç Yayınları, Ankara, 2017;541.

D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

D1. Aygin D, **Cengiz H.** İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(3):110-114. (**Derleme**)

D2. Aygin D, Eti Aslan F, **Cengiz H.** Yaşlı Cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem. Akad Geriatri (Akademik Geriatri Dergisi) 2012;4:12-17 (**Derleme**)

D3. Aygin D, **Açıl H.** Çocuk acil ünitesine başvuran 0-18 yaş arası zehirlenme olgularının incelenmesi. **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni** 2014;48(1):27-33, doi: 10.5350/SEMB2014480105 (**Araştırma**) (**E19**)

D4. Aygin D, **Açıl H.** Morbid obezlerde bariyatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences:2015;4(4): 604-613.

D5. Aygin D, **Açıl H,** Yaman Ö, Yılmaz AÇ. Üniversitede okuyan kadın öğrencilerin cinsel mitler ile ilgili görüşleri. Androl Bul 2017; 19(2):44-49. (**Araştırma**)

D6. **Açıl H,** Aygin D, Perianal Doku Kaybı Olan Bir Travma Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences:2017;6(4): 313-319.

E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

E1. Aygin D, Kaya G, Trabzon Ş, Bayrak E, Ellibeşoğlu K, Altınkaynak S, **Cengiz H.** Çocuk acil ünitesine başvuran 0-18 yaş arası zehirlenme olgularının incelenmesi. Poster Bildiri (P-638), 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep, 28-30 Nisan 2011, Kongre Bildiri Kitabı, 2011:456-457. (**Özet metin**)

E2. Aygin D, **Cengiz H.** Morbid obezlerde bariyatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. Poster Bildiri (P-56), Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi Program ve Bildiri Özetleri (10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi, İstanbul, 27-30 Nisan 2011) 2011;18(1):71. **(Özet metin)**

E3. **Cengiz H,** Aygin D, Ermiş P, Çavdar İ, Müslümanoğlu M. Meme kanseri tanısı ile ameliyat olan kadınların risk faktörlerinin değerlendirilmesi. HP-13, 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, Antalya, 5-9 Ekim 2011, Kongre Özet Kitabı, 2011:282. **(Özet metin)**

E4. Yıldız H, Sert H, Aygin D, **Açıl HC,** Pınar R. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Yalnızlığın Öğrenci Yaşam Doyumu Ve Üniversite Yaşam Kalitesi İle İlişkinin Belirlenmesi. 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi. İzmir, 4-6 Nisan 2013. Bildiri Özetleri ve Konuşmacı Metinleri 2013:110. **(Özet Metin)**

E5. **Cengiz H,** Aygin D. Robotik Cerrahide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları, 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Konya, 19-21 Nisan 2013. Bildiri Kitabı 2013:164. **(Özet Metin)**

E6. Aygin D, Sert H, **Açıl HC,** Seven A. "Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler Hakkındaki Görüşleri", II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, Sakarya, 13-16 Mayıs, Kongre Kitabı 2013:171-72. **(Özet Metin)**

E7. Sert H, Aygin D, Arslan E, **Açıl HC.** Güç, Mesleki Güç: Niteliksel Bir Çalışma. II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, Sakarya, 13-16 Mayıs, Kongre Kitabı 2013:177-78. **(Özet Metin)**

E8. **Açıl HC,** Aygin D, Sert H. Hemşireler ve Mobbing. II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, Sakarya, 13-16 Mayıs, Kongre Kitabı 2013:179-80. **(Özet Metin)**

E9. Sert H, Aygin D, **Açıl HC.** Kemoterapi Alan Hastalarda Yorgunluk Düzeyinin Belirlenmesi, 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2-6 Ekim, Kongre Kitabı 2013:470. **(Özet Metin)**

E10. **Açıl H,** Aygin, D. Üriner İnkontinansta Hemşirelik Yönetimi, (Poster Bildiri-114), Büyük Üroloji Buluşması I, Antalya, 31 Ekim - 3 Kasım, Bildiri Özetleri Kitabı 2013:130. **(Özet Metin)**

E11. Aygin D, Sert H, **Açıl H**, Açıl E. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler: Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği (Poster Bildiri-002), Büyük Üroloji Buluşması I, Antalya, 31 Ekim - 3 Kasım, Bildiri Özetleri Kitabı 2013:61-62. **(Özet Metin)**

E12. Açıl H. Aygin D. Cerrahi hemşirelerinin teknoloji kullanımına ilişkin tutumları. Poster Bildiri (P-42). 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Kongresi, Kuşadası, 21-24 Kasım, Kongre Kitabı 2013:435-438. **(Tam Metin)**

E13. Açıl H. Aygin D, Sert H. Osteoartrit-obeziye ilişkisi (P-25). Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, Sakarya, 23 Aralık Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri Kitabı 2013:115 **(Özet Metin)**.

E14. Açıl H, Çavdar İ. Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarla Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması (Poster Bildiri-15), 19. Ulusal Cerrahi Kongresi, 14. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 16-20 Nisan 2014. Kongre Bildirileri Kitabı 2014 **(Özet Metin)**.

E15. Aygin D, **Açıl H**, Gökçe T, Bulut N, Altıntoprak F. Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Beslenme Riskinin Değerlendirilmesi (Poster Bildiri-HP028). 20. Ulusal Cerrahi Kongresi, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13 – 17 Nisan 2016. **(Özet Metin)**.

E16. Gökçe T, Bulut N, Aygin D, **Açıl H**, Altıntoprak F. Kolorektal Cerrahi Öncesi Profilaksinin Ameliyat Sonrası Enfeksiyona Etkisi (Poster Bildiri HP109). 20. Ulusal Cerrahi Kongresi, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13 – 17 Nisan 2016. **(ÖzetMetin)**.

F1. Diğer yayınlar (Diğer ulusal dergilerdeki makaleler)

F1.1. Aygin D, Gedik A, **Cengiz H.** Pozitron Emisyon Tomografisi (PET). Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi 2009;12:16-19. **(Derleme)**

F.1.2. Aygin D, **Cengiz H**, Gedik A. Günümüzde Robotik Cerrahinin Yeri. Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi 2009;13:16-19. **(Derleme)**

F2. Diğer yayınlar (Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan özet makaleler)

F2.1. Cengiz H, Çavdar İ, Aygin D. Rektal cerrahi sonrası cinsel ve üriner fonksiyon: Ortalama 8.5 yıl takip; prospektif karşılaştırmalı çalışma. (Güncel Makale Özeti), Androloji Bülteni 2011;47:314-315.

F2.2. Cengiz H, Aygin D. Meme kanseri sonrası cinsel işlev. (Güncel Makale Özeti), Androloji Bülteni 2012;48:69-70.

F2.3. Açıl H, Aygin D, Sert H. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu ve Cinsellik. (Güncel Makale Özeti), Androloji Bülteni 2013;53:148.

F2.4. Aygin D, Açıl H. Obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu: Obstrüktif uyku apnesi rol oynar mı? (Güncel Makale Özeti), Androloji Bülteni 2013;54:218.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller

1. Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Tarafından Tütün Kontrolü Koordinasyon Kurulu'nun "Bağımlı Olma - Özgür Ol" Projesi Kapsamında "Nikotin-El Malumatfuruş" Kulüplerarası Ödüllü Bilgi Yarışmasındaki Çalışmalarından Dolayı *Teşekkür Belgesi*, 24 Nisan 2009

2. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun düzenlemiş olduğu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu'nda göstermiş olduğu üstün gayret ve çabalarından dolayı *Teşekkür Belgesi*, 23 Aralık 2013

Verdiği konferans ya da seminerler

1. **Cengiz H.** "Ameliyathane Hemşireliği Sertifikasyon Programı", Sağlık Bakanlığı, Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, 04 Ocak-12 Şubat 2016.

2. **Cengiz H.** "Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı", Sağlık Bakanlığı, Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya,

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

1. Sağlık Bakanlığı Sakarya Sağlık Müdürlüğü Türkiye Üreme Sağlığı Programı Kapsamında ‘Üreme Sağlığına Giriş, Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar’ Eğitimi, Sakarya, 08-12 Eylül 2008
2. Türk Kızılayı Hedef 25 Eğitimi, Antalya, 1-7 Şubat 2009
3. TMI Duygusal Zekâ Semineri, Antalya, 06 Şubat 2009
4. Türk Kalp Vakfı – Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İle Sanerc Semahat Arsel Hemşireler Eğitim Ve Araştırma Merkezi İşbirliği İle Kardiyopulmoner Resüsitasyon (CPR) Yeniden Canlandırma Kursu, İstanbul, 13-15 Mart 2009
5. Uluslararası - Disiplinlerarası Kadın Çalışmaları Kongresi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 05-07 Mart 2009
6. Türk Kalp Vakfı, 21.Kalp Haftası Etkinlikleri, İstanbul, 13 Nisan 2009
7. Hemşirelikte İnovasyon, Hemşirelik Haftası Programı, Anadolu Sağlık Merkezi, Kocaeli, 26 Mayıs 2009
8. Profesyonellikte Güçlü Bir Adım: Mesleki Örgütlenme, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 15 Mayıs 2009
9. II. Genel Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Cerrahi ve Yaşlılık, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 22 Eylül 2010
10. Üroloji Hemşireleri Derneği Kursu, İstanbul Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı İstanbul, 30 Ekim 2010.
11. Türk Androloji Derneği Hemşire Çalışma Grubu - Üroloji Hemşireleri Derneği Ortak Toplantısı Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Güncelleme Kursu, 23 Haziran 2010, Güncel Androloji Sempozyumu, İstanbul, Türkiye, 21-23 Haziran 2010.
12. İstanbul Sağlık Müdürlüğü İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu, Ali Emiri Kültür Merkezi, İstanbul, 14 Nisan 2011.
13. T.C. Sakarya Üniversitesi, Sürekli Eğitim Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Pedagojik Formasyon Sertifika Programı, Sakarya, 06 Ekim 2012-18 Mayıs 2013.
14. 7. Meme Kanseri Bakım Kursu, 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kuşadası-Aydın, 21-24 Kasım 2013.

15. Ege Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Günleri 2013, "Bakım Kalite Göstergeleri", İzmir, 5-6 Nisan 2013.
16. "Temel İstatistik Kursu" 16 Eylül 2015-19 Eylül 2015. SASGEM
17. "VAW/56- Güvenli Bir Hayat Var!/There Is A Safe Life!" AB Projesi "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eğitim" Toplantısı, Sakarya, 07 Ekim 2015.
18. "Sağlık Bilimlerinde Proje Yazma Eğitimi", ADAPTTO-Teknoloji Transfer Ofisi, Sakarya, 16 Mart-6 Nisan 2016.
19. Hemşirelikte Mezuniyet Sonrası Diyabet Sempozyumu 2016, Dünya Diyabet Günü Etkinliği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 18 Kasım 2016
20. "Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi", Sağlık Yüksekokulu, Sakarya, 02 Aralık 2016.

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

1. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, Düzenleme Kurulu Üyesi, Sakarya, 23 Aralık 2013.