

I

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GENEL YA DA BÖLGESEL ANESTEZİ İLE YAPILAN KASIK
FITIĞI ONARIMLARININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

YASEMİN SAVAŞ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Yüksel ARIKAN**


Tez No:2009-014

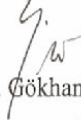
2009-Haziran

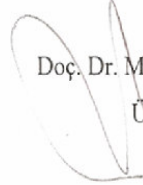
KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez savunma Tarihi: 09/06/2009


Prof. Dr. Yüksel ARIKAN
ÜYE


Doç. Dr. Gökhan AKBULUT
ÜYE


Doç. Dr. Mehmet ÜNLÜ
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin SAVAŞ' ın "Genel yada Bölgesel Anestezi ile Yapılan Kasık Fıtığı Onarımlarının Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " başlıklı tezi 09/06/2009. günü saat 11.45'te Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğini ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı;

Tez danışmanı olarak çalışmamı yönlendirilen, bilgi, birikim ve deneyimleriyle yardımını esirgemeyen Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı ve Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Yüksel ARIKAN 'a, istatistiksel değerlendirilmelerini yönlendiren ve tezimin her aşamasına destek veren Afyon Kocatepe Üniversitesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Fatma FİDAN' a, üniversite değişikliği yapmak durumunda kalarak tez danışmanlığımı bırakmak zorunda kalan Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN' e, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Öğretim Görevlisi Ümit Ünsal KAYA' a, Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Servisi hemşirelerine, doktorlarına ve personellerine, araştırmama katılan hastalara ve maddi manevi her zaman yanımda olan eşime ve aileme

İçtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Simge ve Kısaltmalar Dizini	VI
Şekil ve Tablolar Dizini	VII

ÖZET**SUMMARY**

1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kasık Fıtığı Anatomisi	2
2.2. Batın Ön Duvarında Yüzeyden derine doğru Anatomi	3
2.3. Hasselbach Üçgeni	3
2.4. Tanım ve Terimler	4
2.5. İndirekt Kasık Fıtığı	4
2.6. Direkt Kasık Fıtığı	4
2.7. Femoral Fıtık	4
2.8. Diğer Sık Kullanılan Tanımlar	4
2.8.1. Sliding Fıtık	4
2.8.2. Littre Fıtığı	5
2.8.3. Richter Fıtık	5
2.9. Görülme Sıklığı	5
2.10. Etyoloji	5
2.11. Belirti ve Bulgular	6
2.12. Tanı	6
2.13. Fıtık Onarımı	6
2.14. Fıtık ve Anestezi	8
2.15. Fıtık Cerrahisinde Kullanılabilecek Anestezi Yöntemleri	8
2.15.1. Genel Anestezi	8
2.15.2. Rejyonel Anestezi	9
2.15.3. Rejyonel Anestezi Tipleri	9

2.16. Cerrahi ve Stres	10
2.17. Fıtık Ameliyatlarında Görülen Komplikasyonlar	11
2.17.1. Ameliyat Sırasında Görülen Komplikasyonlar	11
2.17.2. Ameliyat Sonrası Görülen Komplikasyonlar	11
2.17.3. Geç Komplikasyonlar	12
2.18. Uyku	12
2.19. Uykuyu Etkileyen Etmenler	14
2.19.1. Anksiyete ve Stres	14
2.19.2. Çevre	14
2.19.3. İlaçlar	14
2.19.4. Alkol ve madde Kullanım Bozuklukları	15
2.19.5. Egzersiz ve Yorgunluk	15
2.19.6. Uyku Bozuklukları	15
2.19.7. Huzursuz Bacak Sendromu	16
2.19.8. Hastanede Yatma	16
2.20. Yaşam Kalitesi	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması	19
3.4.1. Sosyodemografik Form	19
3.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	19
3.4.3. Berlin Uyku Anketi	20
3.4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi	21
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	

EK-I Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	53
EK-II Sosyodemografik Form	54
EK-III Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	55
EK-IV Berlin Uyku Anketi	59
EK- V SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi	61

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**Simgeler****Açıklama**

%	Yüzde
p<0,05	İstatistiksel anlamlılık
kg/m ²	Beden kitle indeksi
ort	Ortalama
sd	Standart deviation

Kısaltmalar**Açıklama**

PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	Rapid- Eye- Movoment
NREM	Non- Rapid- Eye- Movement
SiYK	Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetüs Mellitüs
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı

ŞEKİLLER ve TABLOLAR DİZİNİ

ŞEKİLLER

Şekil 1: İnguinal Bölge Anatomisi	2
Şekil 2: Hasselbach Üçgeni	3

TABLolar

Tablo 1: İnguinal fitik onarım metodlarının sınıflandırılması	7
Tablo 2: Sosyodemografik özelliklere göre verilerin dağılımı	24
Tablo 3: Yandaş hastalıklara göre dağılım	25
Tablo 4: Pittsburgh uyku anketinde bazalde her bir ögeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı	26
Tablo 5: Pittsburgh uyku anketinde ameliyat sonrası 1. ayda her bir ögeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı	27
Tablo 6: Pittsburgh uyku anketinde ameliyat sonrası 3. ayda her bir ögeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı	28
Tablo 7: Sadece genel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. ay değerlerinin dağılımı	29
Tablo 8: Sadece bölgesel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. ay değerlerinin dağılımı	30
Tablo 9: Berlin uyku anketine göre verilerin bazalde dağılımı	32
Tablo10: Berlin uyku anketine göre verilerin ameliyat sonrası 1. ayda dağılımı	33
Tablo11: Berlin uyku anketine göre verilerin ameliyat sonrası 3. ayda dağılımı	34
Tablo 12: SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin bazalde dağılımı	35
Tablo 13: SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin 1. ayda dağılımı	36
Tablo 14: SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin 3. ayda dağılımı	37
Tablo 15: SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin genel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. aydaki dağılımları	38
Tablo 16: SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin bölgesel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. aydaki dağılımları	39

1. GİRİŞ

Karın duvarı fitikleri, karın içi doku ve organlarının batın duvarındaki zayıf bir noktadan, önlerine peritonu da katarak karın dışına doğru çıkması olarak tanımlanmaktadır (1,2). İnguinal ve femoral bölge fitikleri birlikte sınıflandırılıp kasık fitiği adını alırlar (1).

Fıtık, sık rastlanılan bir sağlık problemidir. Karın duvarı fitikleri, genel cerrahların en sık yaptıkları ameliyattır(3). Toplumda görülme oranı kesin olarak bilinmemekle birlikte, erkek popülasyonundaki tahmin edilen ve kabul edilen fıtık sıklığı %3-4 civarındadır. Yaşlanma, kasık fitiği sıklığını, strangülasyon (kese içerisindeki organın beslenmesinin bozulması) olasılığını ve hastanede yatma süresini uzatır (3).

Kasık fitiğinin tek tedavisi cerrahidir. Kasık bölgesi fitikleri; genel ya da bölgesel (rejyonel) anestezi altında ameliyat edilirler. Rejyonel anestezi; organizmanın bir bölgesinde lokal anestetik ajanlar ile geçici olarak duyu ve motor iletiminin engellenmesi olarak tanımlanır. Günümüzde en sık kullanılan rejyonel anestezi teknikleri spinal ve epidural anestezidir (4,5).

Kasık fitiklerinin tedavisinde primer anatomik onarım veya mesh adı verilen yama kullanılarak onarım yapılmaktadır. Bu iki ana başlık altında toplanan onarım tekniklerinin her birinin diğerine avantaj ve dezavantajları vardır. Ancak gerginliksiz kasık fitiği onarımı bugün kabul edilmiş en geçerli onarım şeklidir (6).

Yapılan çalışmalarda cerrahinin oluşturduğu stres, ameliyat sonrası ağrı, hastane ortamının verdiği olumsuzluklar ve yapılan ameliyata bağlı gelişen sorunlar hastanın uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (7).

Bu noktadan yola çıkarak kasık fitiği onarımlarında uygulanan anestezi türünün uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

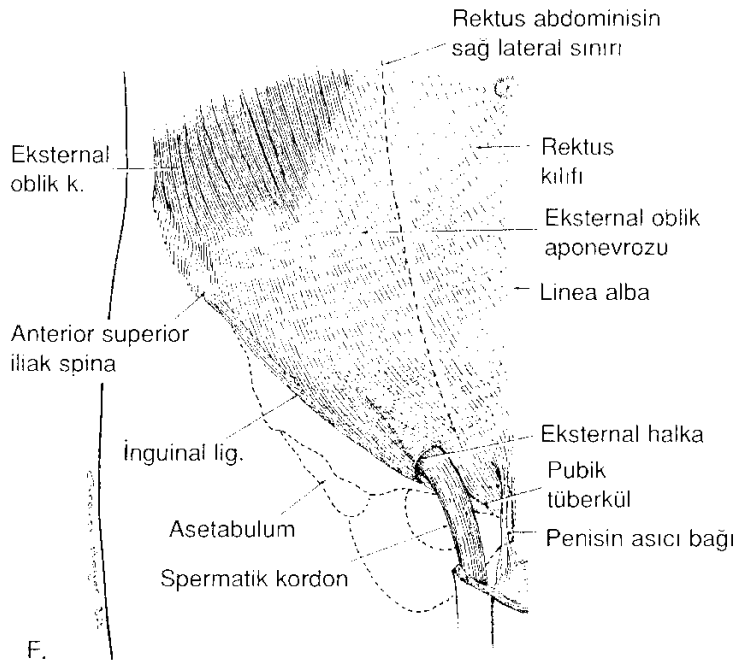
2. GENEL BİLGİLER

Fıtık; latince “rüptür”, Yunanca “tomurcuklanma” ya da “çıkıntı” anlamına gelmektedir. Tıp literatüründe fıtık ise; doğuştan veya edinsel olarak, karın içi organlarının, peritonu da önlerine katarak, anatomik olarak zayıf bir noktadan veya travmatik bir defektten dışarı çıkması ile oluşurlar (8).

2.1. Kasık Fıtığı Anatomisi

Karın ön duvarı birçok kas tabakası ve bu kasları içten ve dıştan örten epitelyum ile kaplıdır. İçte bu epitelyum peritondur ve intraabdominal organlar ile karın duvarını birbirinden ayırır. Dışta ise deri vardır (9).

Karın ön duvarında, aşağıdan ligamentum inguinale(Poupart), medialden m.rektus abdominisinin lateral kenarı ve yukarıdan spina iliaca anterior superiorleri birleştiren çizginin sınırladığı alana ‘inguinal bölge’ denir (10).



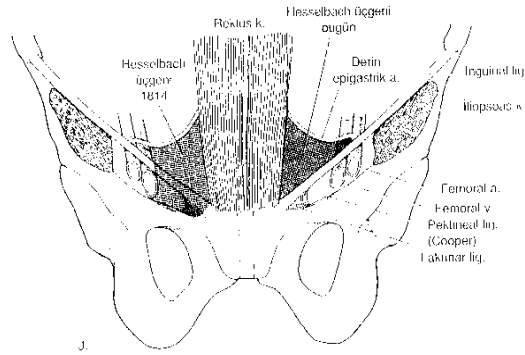
Şekil 1. İnguinal Bölge Anatomisi

2.2. Batın Ön Duvarında Yüzeyden Derine Doğru Anatomi

- Deri- deri altı yüzeyel fasyalar(Camper ve Scarpa Fasyaları)
- Cutaneal damarlar
- M. Obliquus Externus ve Aponevrozu
- Dış halka(Anulus İnguinalis superficialis)
- M. Transversus Abdominis
- M. Obliquus İnternus
- Tendon Konjuan
- Fasya Transversalis
- İliopubik Traktus(Thomson Ligamanı)
- Cooper Ligamanı(Ligamentum Pectineale
- İç Halka (1)

2.3. Hasselbach Üçgeni

İnguinal bölgede, alt kenarı ligamentum inguinale, üst kenarı derin epigastrik inferior damarlar, yan kenarı, M. Rektus'un lateral kenarı ile sınırlanan üçgen şeklindeki alana 'Hasselbach üçgeni' denir. Karın ön duvarında nispeten daha az bulunan bu alan direkt kasık fıtıklarının meydana çıktığı yer oluşu yüzünden önem kazanmıştır. Bu üçgenin bugün birçok cerrah tarafından kabul edilen yukarıda tarif edilen sınırları aslında 1814 yılında Hasselbach tarafından tanımlanan üçgenden biraz daha küçük bir alandır (10).



Şekil 2. Hasselbach Üçgeni

2.4. Tanım ve Terimler

Fıtık kesesi içerisindeki organ ya da doku batin içine iade edilebiliyorsa 'redüktabl', edilemiyorsa 'irredüktabl' ya da 'inkarsere' olarak tanımlanır. Ayrıca içerdiği organda kan dolaşımı bozukluğu varsa 'strangüle (boğulmuş)' fıtık olarak değerlendirilir (9, 11).

2.5. İndirekt Kasık Fıtığı

Kanal iç ağzından giren fıtığın kanal içinde ilerleyerek dış ağzından çıkmasıyla oluşur (12). Erkek ve kadınlarda en sık rastlanan fıtık tipidir. Direkt fıtıklardan 5 kat daha fazla görülür. Genelde scrotuma inerler. Strangülasyon riski yüksektir. Sağ tarafta sola oranla iki kez daha sıktır(Nedeni; sağ testisin normalde scrotuma inmesinin daha yavaş olmasını takiben processus vajinalisin atrofisindeki gecikmeye bağlanır) (3, 12).

2.6. Direkt Kasık Fıtığı

Doku zayıflığı nedeniyle Hasselbach üçgeni diye bilinen inguinal kanal tabanından köken alır. Fasya transversalisteki zayıflık sonucu oluşur. Sadece erkeklerde görülür. Genelde scrotuma inmez. Nadiren strangüle olur. Nüks fıtıklar genelde direkt inguinal fıtık olarak karşımıza çıkar (3,12)

2.7. Femoral fıtık

Femoral fıtıklar genelde ayrı bir kategori olarak ele alınırlarsa da aslında bir direkt inguinal fıtıklaşmalardır. Femoral fıtıklar sık olmayıp tüm kasık fıtıklarının % 2.5 ' ini oluştururlar. Arasına ve özellikle çok doğurmuş, yaşlı kadınlarda inguinal fıtıklar kadar sık olmasada gözlenirler. Erkeklerde ise nadirdir. Femoral fıtığı bulunan kadınların % 10 'unda, erkeklerin ise % 50 'sinde ya inguinal fıtık vardır ya da gelişecektir (3).

2.8.Diğer Sık Kullanılan Tanımlar

2.8.1. Sliding Fıtık: Fıtık kesesinin bir duvarının sigmoid kolon , mesane veya çekum gibi içi boş organlardan biri tarafından oluşturulmasına denir (9, 11).

2.8.2. Littre Fıtığı: Fıtık kesesinin tek içeriğinin Meckel divertikülü olduğu fıtıklara denir (9, 11).

2.8.3. Richter Fıtık: Barsağın sadece bir duvarının fıtık açıklığından dışarı doğru çıkmasına denir (11).

2.9. GÖRÜLME SIKLIĞI

Genel olarak 100 kişiden 2 ila 4 'ünde fıtık görülmektedir. Amerika 'da her yıl ortalama 700.000 civarında primer ve nüks fıtık onarımı yapılmaktadır (13, 14).

Tiplerine göre; indirekt kasık fıtığı %56, direkt kasık fıtığı %22, femoral fıtık %6, ventral veya insizyonel fıtık %1, umbilikal fıtık %3, özafageal-hiatus herni %1, diğerleri %2 oranında görülür (1,13,14).

Bütün external fıtıkların %75'i direkt veya indirekt olmak üzere kasık fıtığı ve %10'u femoral fıtık şeklindedir. Tüm kasık bölgesi fıtıklarının %86'sı erkeklerde, femoral fıtıkların %84'ü kadınlarda görülmektedir (13,14).

Buna rağmen bayanlarda en sık görülen kasık fıtığı femoral değil indirekt fıtıktır. Erkeklerde görülen kasık fıtıklarının ise ancak %2'si femoral fıtıktır. Femoral fıtıkta bayan/erkek oranı 3'e 1'dir. Tüm kasık fıtıklarının %12'si bilateraldir. Sabiston'a göre inguinal bölgede görülen fıtıklar tüm fıtıkların %75'ini oluşturur. Bununda %50'sini indirekt, %24'ünü direkt fıtık oluşturur (15).

2.10. ETYOLOJİ

Kasık fıtıkları konjenital ya da edinsel olabilirler. Her iki şekilde de aile öyküsü kuvvetlice vardır. Ancak potansiyel riske sahip olmak her zaman fıtık gelişeceği anlamına gelmez (12).

Kasık fıtığı oluşumunda asıl önemli olan pasif (kollajen sentezinin azalması, yaşlılık veya ileri derecede zayıflama, şişmanlık, ağır kaldırma, sürekli öksürük, kabızlık, idrar güçlüğü, ani zorlanmalar) karın içi basınç artışı durumlarıdır. Hamilelik, siroz, malign nedenlerle ortaya çıkan asit, periton diyalizi gibi durumlar da kasık fıtığına neden olabilirler (1, 16, 17).

2.11. BELİRTİ VE BULGULAR

Birçok hasta 'kasığındaki şişlik veya kitle' yakınması ile doktora başvurur. Genellikle bu hastaların öykülerinde, ağır yük kaldırma veya fiziksel zorlanma esnasında kasıklarında hissettikleri ağrı, yanma ve sonradan oluşan bir kitleden yakınma vardır (18). Ağrı sabahları yoktur ya da hafif olup günlük aktivite ile akşama doğru şiddetlenir (13, 14).

Eğer fitıklarda strangülasyon (boğulma) olursa devamlı ve şiddetli bir ağrı başlar. Beraberinde ateş, taşikardi, bulantı, kusma ve karında distansiyon görülür. Eğer hastanın doktora başvurusunda gecikme olursa, kese içerisindeki organın delinmesine bağlı olarak peritonit bulgu ve belirtileri ortaya çıkar (18).

2.12. TANI

Fitik muayenesi ayakta veya yatarak yapılır. Hasta öksürdüğünde fitik kesesinin kanalına gelişine dikkat edilir. Direkt fitikte şişlik daha çok Hasselbach üçgeninde belirgin olurken indirekt herni iç halkadan yavaş yavaş kanala ilerler. Fitik kesesi itildikten sonra erişkin erkekte elin iki parmağı subkutaneal halkadan inguinal kanala itilir. Hasta öksürdüğünde indirekt fitik kesesi parmak ucuna değerken direkt fitik kesesi parmak ucunun yanına değer. İç halka kapatılarak aynı muayene tekrarlanır. Bu durumda kasıkta hiç şişlik olmazsa fitik indirekt, eğer şişlik olursa fitik direkttir. Bazen fitik hem direkt hem de indirekt komponentleri birden içerir. Buna 'Pantolon fitik' ismi verilir(18, 19).

Ayrıca fitik tanısında radyolojik yöntem olan "herniografi" de kullanılabilir. Herniografi; periton içine radyopak madde verilip özel pozisyonda direkt karın filmi çekilmesi ile yapılır. Ancak fizik muayene ile birçok olguda tanı konulabileceği için pek sık başvurulan bir yöntem değildir (18).

2.13. FITİK ONARIMI

Bendavid ' in 1990 yılında inguinal fitikler için 81 ve femoral fitikler için 79 ameliyat tekniği saymasına karşın bugün sıkça uygulanan ve rağbet gören birkaç ameliyat tekniği vardır (20).

Kasık fıtığı onarımının amacı; miyopektineal orifisin içinden peritona girmesini engellemektir (3). Miyopektineal orifis; kasık fıtıklarının tümünün kaynaklandığı alana verilen isimdir (3).

Miyopektineal orifisin bütünlüğü Fruchaud' un kasık fıtığı anlayışına göre iki temel değişik yol ile yeniden sağlanabilir. Bunlar:

- 1- Miyopektineal orifisin gereken miktarda aponevrotik kapatılışı
- 2- Hasarlı transvers fasianın büyük bir sentetik protezle yerine konulması

Bazen iki metod birlikte kullanılır (3).

Fıtıklar ya önden bir kasık kesisi ya da arkadan bir karın kesisi ile tamir edilirler (3). Ayrıca fıtık onarımı açık yada kapalı(laparo-endoskopik) yöntem olmak üzere yapılabilmektedir. Kapalı onarımda dışarıdan yama kullanmak gerekir.

Tablo 1. İnguinal Fıtık Onarım Metodlarının Sınıflandırılması (3,21)

AÇIK ONARIM YÖNTEMLERİ		LAPARO-ENDOSKOPIK ONARIM YÖNTEMLERİ	
		İntraabdominal	Extraperitoneal
Yama kullanmaksızın yapılan onarımlar (meshsiz)	Bassini onarım	TAAP (Transabdominal preperitoneal) onarım	Total extraabdominal preperitoneal (TEP) onarım
	Marcy tekniği onarımı		
Yama kullanılarak yapılan onarımlar(meshli)	Mc Vay onarımı	Transabdominal intra peritoneal onarım	
	Ağ örme yöntemi onarımı		
	Shouldice onarımı		
	Lichtenstein onarımı		
	-Mesh rulo onarımı	A-İntra onlay mesh (IPOM Onarımı)	
	-Mesh yama onarımı	B-İntraperitoneal lateral sütur ile onarım	
	Posterior preperitoneal onarım		

2.14. FITIK VE ANESTEZİ

Anestezi genel anlamda duyunun ve bilincin dönüşümlü olarak kaldırılması hali olarak tanımlanmaktadır (16).

Günümüzde, diğer cerrahi uygulamalarda olduğu gibi fitik cerrahisinde de hastanın hızla derlenmesini sağlayarak, hastanede daha kısa süre kalınmasına yönelik uygulamalar tercih nedeni olmaktadır (22).

Hastalar ameliyattan önce anestezi tarafından değerlendirilir. Vital organların fonksiyonları değerlendirilir ve eğer varsa patolojik bulgular belirlenir. Gerektiğinde ilgili branşlar ile konsültasyon yapılır. Laboratuvar tetkikleri değerlendirilir. Hastanın kullandığı ilaçları ve uygulanan anestezi ajanlarının etkileşimleri araştırılır. En uygun anestezi yöntemine karar verilir (22).

Fitik cerrahisinde anestezi uygulamalarında; hastanın değerlendirilmesinin yanında, diğer etkenlerden bağımsız olarak cerrahin ve anesteziistin tercihleri ya da alışkanlıkları da belirleyici olmaktadır (23).

2.15. FITIK CERRAHİSİNDE UYGULANABİLECEK ANESTEZİ YÖNTEMLERİ

2.15.1. Genel Anestezi

Vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan geçici olarak bilinç kaybı, analjezi, arefleksi (refleks blok) ve motor blok oluşturulmasıdır (24).

Bir cerrahi girişim gerektiren hastaya genel veya bölgesel anestezi verilmesi kararlaştırılırken kesin kurallar olmamakla birlikte aşağıdaki durumlarda genel anestezi tercih edilmektedir.

- Geniş kapsamlı cerrahi girişimler, özellikle karın ve göğüs boşluklarında yapılan solunum kontrolünü gerektiren girişimler,
- Mental bozukluğu olan hastalar
- Bölgesel anestezi yöntemlerinin süresini aşan uzunluktaki cerrahi girişimler,
- Bölgesel anestezinin uygun veya yeterli olmadığı cerrahi girişimler
- Israrla genel anestezi isteyen hastalar (24, 25, 26).

Kas gevşemesini gerektiren durumlarda(laparoskopik uygulamalar)özellikle genel anestezi tercih edilir (27, 28).

Kısa etkili ajanların kullanıldığı genel anestezi uygulamalarında, anksiyete, intraoperatif ağrı olasılığının arttığı durumlarda ve obez hastalarda genel anestezi ve infiltrasyon anestezisi birlikte tercih edilebilir (22).

2.15.2. Rejyonel Anestezi

Rejyonel anestezi, bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerindeki sinir iletiminin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılması olarak tanımlanır. Rejyonel anestezi, özellikle karın alt taraf, perine ve alt ekstremitelerde ameliyatlarında genel anesteziye oranla belirgin avantajlara sahiptir (29, 30).

2.15.3. Rejyonel Anestezi Tipleri

Rejyonel anestezi tipleri şunlardır:

Lokal infiltrasyon anestezisi

İnguinal blok

Santral nöral bloklar

- Spinal blok
- Epidural blok
- Kombine spino-epidural blok (31, 32)

1. Lokal İnfiltrasyon Anestezisi: Karın duvarının çeşitli katlarının tekrarlanan lokal anestezik infiltrasyonu ile ilioinguinal sinirin direkt bloke edilmesinden oluşur (33).

2. İnguinal Blok: İnguinal bölge; inguinal kanal, spermatik kord ve etrafındaki yumuşak dokuları içerir. Duyusal innervasyonunu 11. ve 12. torasik sinirler ile 1 ve 2. lomber sinirlerden alır. İnguinal blok, T₁₂ ve L₁ sinirlerinin bloke edilmesinden oluşur (30, 33).

3. Spinal Blok ve Epidural Blok: Deneyimli anesteziyologlar için uygulanması basit ve lokal anestezik sistemik toksisite riski yok denecek kadar az olan bu yöntemler, inguinal herni onarımında yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir. L₃₋₄ veya L₄₋₅ aralıklarından, oturur veya yan pozisyonda uygulanır (34).

Spinal anestezi tekniği ile inguinal herni onarımında T₁₂-L₁ seviyelerinde blok gerekir. Spinal anestezinin major komplikasyonu, oluşan sempatik blokaj sonrası hipotansiyondur. Komplike ve komplikasyonlu herni cerrahisinde (inkarsere, irredükte) spinal blok yetersiz kalabileceğinden uygulanmamalıdır (35).

Spinal anestezi uygulamalarında bazen yetersiz analjezi nedeni ile güçlü analjezikler ya da genel anestezi uygulanabilir (35).

Literatürde sıklıkla spinal anestezi uygulamalarından bahsedilmiştir. Ancak bazı merkezlerde epidural anestezi de kullanılmaktadır (23).

Epidural anestezi; kardiyovasküler sistemle ilgili hastalıkları nedeni ile ya da motor bloğun ek yük getirebileceği kronik obstrüktif akciğer hastalarında olduğu gibi durumlarda, düşükün durumunda ve yaşlı olan hastalarda en iyi anestezi şekillerinden biridir (22, 23).

4. Kombine Spino-Epidural Blok

Spinal anestezi süresinin operasyon süresini karşılayamayacağı durumlarda kataterden lokal anestezi uygulanarak sürenin uzatılabileceği kombine spino-epidural blok uygulanabilir. Bu yöntem ile, anestezi etki kısa sürede başlar, istenilen sürede tutulur ve postoperatif ağrı tedavisinde uygulanabilir (36).

2.16. CERRAHİ VE STRES

Anestezi, cerrahi girişim, sıvı elektrolit değişiklikleri, hemoraji, hipoksi ve ağrı gibi faktörler vücut için stres yaratıcı nitelikte olup, nöro-immüno endokrin sistemlerinden değişik yanıtların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu yanıtlar farklı anestezi yöntemleri ve ajanlarıyla farklı sonuçlar doğurabilmektedir (24, 37).

Stres yanıtlar; vücut hemeostazını sağlamak ve sürdürmek amacıyla zararlı uyarılara karşı verilen otonom, endokrin, metabolik ve immünolojik yanıtlardır (38).

Stres yanıt kişide yandaş hastalıklar, yaş, alınmakta olunan ilaçlar, kullanılan kötü alışkanlıklar gibi önceden mevcut bazı etkenlerle değişebildiği gibi, preoperatif olarak; dehidratasyon, açlık, korku nedeniyle artan katabolik hormonlar, perioperatif olarak; kanama, hipotermi, hipoksi, hiperkapni, postoperatif olarak; ağrı, hareketsizlik, hipoksi, enfeksiyon, diüurnal ritmin değişmesi gibi birçok faktörden etkilenebilir (39).

Strese yanıt, sadece ameliyat sırası ve sonrasında değil öncesinde de ortaya çıkabilir ve anestezinin bu dönemlerde strese yanıtı azaltması istenir. Bunun için çeşitli yollara başvurulabilir (24).

2.17. FITİK AMELİYATLARINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

2.17.1. Ameliyat Sırasında Görülen Komplikasyonlar

1. Kanama:İnguinal bölgenin karışık anatomisi ve zengin damarlanması diseksiyon esnasında damar yaralanmalarına, takviye konulurken dikişin damarlardan geçmesine bağlı önemli kanamalara neden olabilir (41).

2. Vas Deferens kesilmesi: Tek vas deferens kesisi insanda önemli rahatsızlıklara neden olmaz .Ancak kesildiği fark edilirse uç uca onarım denenmelidir.Bunun %50 başarı şansı vardır (42).

3. Sinirlerin kesilmesi:İlioinguinal, iliohipogastrik ve genitofemoral sinirin genital ve femoral dalları cerrahi olarak yaralanabilir(42). Prensipten bu sinirler elden geldiğince korunmalıdır.Yinede %1,5 gibi oranlarla sinir kesileri görülür (43).

4. Testiküler kan akımının engellenmesi

5. Karın organlarının hasar görmesi: Özellikle kese içerisindeki organların diseksiyon sırasında yaralanması.

6. Femoral venin sıkışması: Ayakta ödem ve derin ven trombozu; böylece pulmoner embolizme yol açabilir (44).

7. Strangüle bağırsağın periton boşluğu içinde kaybolması (44)

2.17.2. Ameliyat Sonrası Görülen Komplikasyonlar

1. Genel Komplikasyonlar (13,14,44)

-Kardiyovasküler, pulmoner komplikasyonlar:Atelektazi, tromboemboli, koroner tıkanıklık

-İdrar retansiyonu

-Üriner enfeksiyon

2. Lokal Komplikasyonlar (13,14,44)

-Yara enfeksiyonu

-Hematom(Dikkatli hemostaz yapılmamasına bağlıdır).

-İnguinal bölge ağrısı(Ameliyat sonrasında görülen ağrının sebebi ilioinguinal ve iliohipogastrik sinirlerin sıkışması veya dikilmesidir).

-Skrotum ve testis ödemi(Muhtemelen nedeni iç halkanın fazla daraltılması sonucu venöz tıkanıklık veya buna bağlı doku ödemidir).

2.17.3. GEÇ KOMPLİKASYONLAR (44, 45)

1. Hidrozel: Herni kesesinin bir parçasının distalde bırakılması sonucu skrotumda sıvı toplanabilir. Ayrıca fitik onarımı sırasında istenmeden lenfatik veya venöz drenajın engellenmesi hidrozel benzeri sıvı toplanmasına neden olabilir.

2. Nöroma: İnguinal bölgede bulunan sinirlerden bir veya birkaçının kesilmesi, sıkıştırılması ve inflamasyonu sonucunda kronik nöropatik ağrı görülebilir.

3. Testiküler atrofi

4. Nüks herni: İyi merkezlerde bile nüks problemi görülmesi probleme çok dikkatli yaklaşım gerektiğini vurgulamaktadır. Çocuklarda herni onarımından sonra nüks görülmezken yaş ilerledikçe nüks oranı artar.

2.18. UYKU

Uyku insan ömrünün önemli bir kısmını kapsadığından ve uyku bozuklukları bireyin yaşam kalitesini düşürdüğünden uyku ve uyku bozuklukları tıp disiplini içinde önemli bir yere sahiptir (45).

Uyku kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilien bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemidir. Sirkadiyen bir ritme uygun olarak düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi değişik uyaranlarla geri döndürülebilien bu bilinçsizlik hali, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için vücudu restore etmektedir. Uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından biridir (46).

İki tür uyku vardır: Hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM(non -rapid-eye-movement) uyku ve hızlı göz hareketleri REM(rapid-eye-movement) uykusu.

İnsanlarda NREM uykusu içinde de 4 evre vardır. Evre 1, evre 2, evre 3 ve evre 4 (47).

Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dk sonra da ilk REM dönemi ortaya çıkmaktadır. Daha sonra da yaklaşık 90 dk aralarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir. Genel olarak uykunun ilk 1/3 lük bölümünde derin uyku, son 1/3 'ünde de REM uykusu daha fazla yer almaktadır (45).

Seçici olarak yavaş dalga uykusu ya da REM ortadan kaldırıldığında, bir sonraki gecede insanların neredeyse bir önceki gecenin eksikliğini tamamlarcasına yoğun REM ya da yavaş dalga uykusu uyudukları dikkati çekmektedir. Buna 'Rebound fenomeni' adı verilmektedir. Diğer bir deyişle, bir anlamda organizma uyku açığını kapatmaya çalışmaktadır. İnsanların uyku süresini kısalttıkları dönemlerdeki çalışmalarda öncelikle uykunun 1., 2. ve 3. dönemlerinin sürelerinin azaldığı, yavaş dalga ve REM uyku süresinin olabildiğince korunduğu dikkati çekmektedir (48, 49).

Yeterince uyumadığında da fiziksel ve bilişsel çökkünlük olduğu bilinmektedir. Gözlemler, uykunun salt dinlenmek için var olmadığı, bu sırada bir dizi düzenlemenin yapıldığı, kısacası uykunun aktif süreçlerle dolu bir dönem olduğu düşüncesini pekiştirmektedir (50, 51).

Yapılan bir çalışmada 1,3 ile 1,5 saatlik kısılmanın ertesi günkü uyanıklığı %32.0 oranında azalttığı sonucuna varılmıştır(52). Eğer bireyler gereksinimleri ölçüsünde uyumazlarsa belli bir süre yorgunluk, bezginlik, dikkati toplayamama, ağrıya karşı duyarlılığın artması ve sinirlilik gibi durumlarla karşılaşır (52, 53).

İnsanların gereksinim duydukları uyku ; yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklerine göre farklılık gösterir (54).

Uyku gereksinimi küçük çocuklarda günde 10-12 saat, 10 yaşında 9-10 saat, adolesanda 7,5 saat, sağlıklı bir erişkinde 6-9 saat, yaşlı bireylerde ise 6,5 saat kadardır (54).

2.19. UYKUYU ETKİLEYEN ETMENLER

Uyku, birçok biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenebilir. Bu etkenler aşağıdaki başlıklarla incelenebilir:

2.19.1. Anksiyete ve stres

Günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan sebebi olup, uykuyu iki yolla etkiler;

- Stres içindeki birey gereksiniminden daha fazla uyku eğilimi gösterir.
- Anksiyete ve stres nedeniyle REM süresi azalır (55).

Bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi yaşantıların uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olduğu, hatta uyku yada uyumanın kaygı verici bir yaşantı olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Böylece, uykuya giriş gecikmekte ya da uykuya geçilememekte, zaman zaman uyku başlasa bile kesintilerle sürmektedir (45).

2.19.2. Çevre

Isı, ışık, gürültü gibi çevresel etmenler uykuyu etkileyebilir.

Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir. Uyku sürresi azalır (56). Oda sıcaklığının 24 °C den fazla olması sık uyumaya ve REM uykusunda azalmaya, 12 °C den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar (57).

Yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etkenlerdendir (57). Bazı insanlar uyumak için karanlık ortamı tercih ederken özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler (57).

2.19.3. İlaçlar

Psikostimülanlar (amfetamin, metilfenidat, pemolin, efedrin, propanolamin, kafein, teofilin deriveleri), antidepresifler, antiparkinson ilaçları (L-dopa, bromokriptin, lisurid, amantadin, pridedil), antiaritmik ve antihipertansifler, antikonvülsanlar, iştah açıcı maddeler, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, tiroid preparatları uykusuzluğa yol açan ilaçlar arasında sayılabilir (45).

2.19.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Başlangıçta kullanılan alkol ya da madde, uykuya girişi kolaylaştırır da kronik kullanımda ve kesilme dönemlerinde uykusuzluğa yol açar (45).

Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması, uykuya dalmayı güçleştirerek, gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur (58, 59).

2.19.5. Egzersiz ve Yorgunluk

Sürekli spor yapanlar daha iyi uyurlar. Fakat düzensiz yapılan egzersizler uykunun bozulmasına neden olur. Sabah erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uyku için en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir. Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken, kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirir (55).

2.19.6. Uyku Bozuklukları

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir (45).

Uyku bozukluklarında ya uykunun miktarı ve kalitesiyle ilgili sorun(uykusuzluk, aşırı uyku, ritim değişikliği gibi) vardır ya da uyku sırasında yaşanan anormal olaylar(uyurgezerlik, uykuda korku nöbeti, uykuda diş gıcırdatma, horlama) vardır(43).

Bugün tüm dünyada yaygın kabul gören ICSD-2 sınıflaması 85 uyku bozukluğunu kapsamakta ve 8 ana gruptan oluşmaktadır.

- 1- İnsomnialar
- 2- Uykuda solunum bozuklukları
- 3- Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler
- 4- Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları
- 5- Parasomniler
- 6- Uyku ve ilişkili hareket bozuklukları
- 7- İzole semptomlar, hormon varyantları
- 8- Diğer uyku bozuklukları (43)

2.19.7. Huzursuz Bacak Sendromu(Retless Leg)

Bacakları hareket ettirebilmek için yoğun bir biçimde zorlanmaya yol açan rahatsızlık verici duyular, disteziler, huzursuzluk ve kas seğirmeleri ile karakterizedir. Tipik olarak geceleri uyumadan önce başlar, bacakları oynatmakla ya da yürümeyle geçici olarak geçer, ancak bacaklar hareketsiz kalınca yeniden ortaya çıkabilir. Bu duyular uykuya dalmayı geciktirebilir ya da kişiyi uykusundan uyandırabilir (54).

2.19.8. Hastanede Yatma

Uyku sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil, bedenin kendisini yenilediği, sağlıklı ve uzun yaşamın temeli olan yaşamsal bir gerekliliktir (55). İnsan yaşamında uyku, nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli ve vazgeçilmez bir gereksinimdir ve gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden sağlıklı olmanın temel koşuludur (60, 61).

Uyku problemlerinin hastalarda, sağlıklı bireylere oranla daha fazla gerginlik yaratacağı, yara iyileşmesini geciktireceği, ağrıları arttıracacağı ve günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaratacağı belirtilmektedir (62). Bu nedenle hasta olan bireylerin normalden daha fazla uyku ve dinlenmeye gereksinimleri vardır (63).

Yapılan birçok araştırma, yatılan odanın havasız olması, ortam değişikliği, cerrahi operasyon korkusu ve sonrasında yaşanan ağrı, odaya fazla girilip çıkılması, sabah erken saatte kahvaltı verilmesi, gürültülü ve sıkıcı bir çevre, sık sık yapılan tıbbi müdahaleler, yüksek sesle yapılan konuşmalar ve ilaç almak için uyandırılmak gibi birçok nedenden dolayı hastaların uyku problemi yaşadığını göstermektedir (64).

Hemşirelik, uyku gereksinimini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler hastalarına bütüncül bir yaklaşım sergileyerek, onları etkileyen her türlü problemi önceden tanımalı ve bunlara uygun müdahalelerde bulunmalıdır. Hasta birey için dinlendirici bir ortam hazırlamak, uyku ve diğer fizyolojik gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamak hemşirelerin önemli işlevlerinden biridir. Bu nedenle hastaların hastane ortamında rahat uyumalarına engel olan faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması, hastalara ve hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunacak şekilde uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemlere müdahale ederek uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek problemleri önleyecektir (65).

2.20. YAŞAM KALİTESİ

Cerrahi girişimler hasta yaşamında beklenmedik olumsuz bir yaşam deneyimidir. Geleneksel yaşam ortamı ve tarzından farklılık gösteren bu dönem , hastalar için az ya da çok ağrı duyacakları işlev/görünümünde bazı değişikliklerin olabileceği , kişisel saygı ya da bedensel bütünlülerini tehlikeye sokabilecek

olayların yaşanmasını beraberinde getirebilmektedir (65). Dolayısıyla cerrahi girişimler hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir.

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır (66).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır (67, 68)

Yaşam kalitesinin özel bir formu olan "Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK" kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir (69).Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılır (70).

Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin(örneğin hastalık veya tedavi), genelde(genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda(duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (69, 71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, genel ya da bölgesel anestezi ile ameliyat olan kasık fıtığı hastalarında anestezinin uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yürütülmüştür. Hastane, 18.10.1999 tarihinde poliklinik faaliyetleri ve gününbirlik ameliyatlara ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastane şehir dışında ve 426 yatak kapasitesindedir. Klinikte, 2 profesör, 4 doçent, 6 asistan ve 8 hemşire görev yapmaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma yapılmadan önce Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 13.03.2008 tarih ve 2008/ 2- 19 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK I) kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Bu çalışma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisine Ocak 2008 – Ekim 2008 tarihleri arasında ameliyat olmuş toplam 70 hastaya uygulandı. Evrenimizdeki 6 hastaya (3'ü genel anestezi ile 3'ü bölgesel anestezi ile ameliyat olmuş) ameliyat sonrasında ulaşılabilmesi nedeni ile çalışmamızda yer verilmemiştir. Böylece örnekleminiz 32 genel anestezi, 32 bölgesel anestezi ile ameliyat olmuş toplam 64 hastadan oluşmaktadır.

3. 4. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması

Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik form (EK II), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK III), Berlin Uyku Ölçeği (EK IV) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Testi (EK V) kullanılmıştır.

Sosyodemografik form, hastaların Sosyodemografik özelliklerini, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Berlin Uyku Ölçeği, uyku kalitesini ve SF-36 Yaşam Kalitesi Testi ise hastaların yaşam kalitesini belirlemek için kullanılmıştır.

3. 4. 1. Sosyodemografik Form

Bu anket formunda hastanın Ad-soyad, yaş, cinsiyet, boy, kilo, adres, tel., ameliyat tarihi, verilen anestezi, eşlik eden hastalıklar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kafein tüketimi gibi sorular yer almaktadır.

3. 4. 2. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ- Pittsburgh Sleep Quality Index)

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (71), geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağar gün ve ark. tarafından yapılmıştır (72).

PUKİ, her bir hastanın son bir aylık uyku kalitesini belirlemek için kullanılan, kendi içinde tutarlılığı olan ve tekrar edilebilen güvenilir bir testtir (73). Toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturur. Puanlama; geçen ay boyunca hiç olamamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada 3 veya daha fazla ise 3 olarak yapılmaktadır. Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 olarak puanlanmaktadır (73).

PUKİ; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğunun (bileşen7) değerlendirildiği 7 bileşenden oluşmaktadır (73).

Bileşen puanları şöyle elde edilir:

Bileşen 1	soru 6
Bileşen 2	soru 2 (15 dk ve altı (0 puan), 16-30 dk (1 puan), 31-60 dk (2 puan), >60 dk (3 puan)) + # soru 5a (0-0 puan; 1-2=1 puan; 3-4=2 puan; 5-6=3 puan)
Bileşen 3	soru 4 (7 saat ve üzeri (0 puan), 6-6,9 saat (1 puan), 5-5,9 saat (puan), 5 saat ve altı (3 puan)
Bileşen 4	(Uyku süresi / yatakta kalma x 100) (>%85 = 0 puan, %75- %84 = 1 puan, %65 - %74 = 2 puan, < %64 = 3 puan)
Bileşen 5	5.sorunun b' den j 'e kadar olan şıkları (0=0 puan), (1-9= 1 puan), (10-18= 2 puan), (19-27= 3 puan)
Bileşen 6	soru 7
Bileşen 7	soru 8+ soru 9

Elde edilen global skor 0-21 arasında değişmekte ve yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Global skorun 5 veya üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir.

PUKİ 'nin tanısal duyarlılığı %89.6, özgüllüğü %86.5' tir (73, 74).

3. 4. 3. Berlin Uyku Anketi

Berlin uyku anketi, uyku apnesi olan hastaların tanımında kullanılan bir anket çeşididir.Anketteki sorular horlamanın varlığı ve sıklığı, uyanma esnasında uykulu olma hali, obezite ya da hipertansiyona yöneliktir (75).

Ankette toplam 10 soru bulunmaktadır ve sorular 3 kategoride değerlendirilmektedir.

Kategori 1' de yüksek risk, horlama ile ilgili 2 ya da daha fazla soruda persistan semptom (haftada 3-4 kereden fazla) tarifleme olarak tanımlanır.

Kategori 2' de yüksek risk, persistan (haftada 3-4 kereden fazla) gündüz uykululuğu, uykulu sürüş ya da her ikisinin birden varlığı olarak tanımlanır.

Kategori 3' te yüksek risk, yüksek tansiyon öyküsü ya da BKİ' nin 30 kg/m^2 üzerinde olması olarak tanımlanır (75).

Berlin uyku anketinin puanlaması şöyle yapılır:

Kategori 1 : Madde 2, 3, 4, 5, 6.

Madde 2 : 'evet', 1 puan

Madde 3 : 'c' veya 'd', 1 puan

Madde 4 : 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 5 : 'a', 1 puan

Madde 6 : 'a' veya 'b', 1 puan

Toplam puan Kategori 1 için 2 veya daha fazla ise 1 puan

Kategori 2: madde 7, 8, 9.

Madde 7: 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 8: 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 9: 'a', 1 puan

Toplam puan Kategori 2 için 2 veya daha fazla ise 1 puan

Kategori 3: Madde 10 ve BKİ Skoru

Madde 10: 'evet' veya $\text{BKİ} > 30 \text{ kg/m}^2$, 1 puan

Habitüel Horlama (+) Yüksek Risk: Eğer üç kategoriden en az ikisi pozitif ise

Habitüel Horlama (-) Düşüm Risk: Eğer üç kategoriden en fazla biri pozitif ise veya hiçbiri.

Bu üç kategoriden herhangi ikisinde ısrarlı ve süregelen semptomlara sahip hastalar uyku apnesi için yüksek riskli grup olarak değerlendirilir (75).

3. 4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi

Klinik araştırmalarda ve tedavide sağlık durumunu değerlendirmek ve medikal tedavinin sonuşlarını belirlemek amacıyla giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Birçok dile çevrilmiştir. Soruların yanıtlanması 10 dakikadan daha az bir süre almaktadır. "Medical outcomes Study" den geliştirilen daha uzun sorgulamalardan alınan 36 maddeyi baz alan, 8 skala ve 2 özet skoru (özel fiziksel ve mental öğeler) içerir. Her maddeye cevaplar 0'dan (negatif, kötü sağlık) 100'e (pozitif, iyi sağlık) kadar skorlanarak, skalalar 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puanlar daha iyi sağlık durumunu ifade eder. SF-36 skalasından 5'i (fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol

güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol güçlüğü) kısıtlılık veya yetersizliğin olup, olmadığını sağlık durumlarını tanımlar. Bunlar için 100'lük bir skor, yetersizliğin veya kısıtlılığın olmadığını gösterir. Diğer 3 skala (genel sağlık, vitalite ve mental sağlık) bipolardır, negatif (kötü) ve pozitif (iyi) sağlık durumlarını ölçerek değerlendirir. Bunlar için 50-100 arası puanlar iyi sağlık durumunu gösterirken 50'lik (orta derecede) bir skor limitasyon veya yetersizliğin olmadığını gösterir. Sorgulamanın belgelenen geçerliliği ve güvenilirliği vardır (76-79).

SF 36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili çalışma, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80).

SF 36 Yaşam Kalitesi İndeksi' in alt grup parametreleri şunlardır:

- **Fiziksel fonksiyon:** Gün boyunca yapılan etkinlikler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek vs.) araştırılır.
- **Fonksiyonel fiziksel rol güçlüğü:** Kişinin bedensel sağlığının sonucu olarak, iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşmış karşılaşmadığı (iş veya diğer etkinlikler için harcanılan zamanın süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi vs.) araştırılır.
- **Ağrı:** Miktarı, kişinin işini engelleyip engellemediği vs. araştırılır.
- **Genel sağlık:** Kişinin genel sağlığı açısından düşüncesi, diğer insanlarla kendini

kıyaslama vs. araştırılır.

- **Enerji (vitalite):** Kişinin kendini yaşam dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissedip hissetmeme durumları araştırılır.
- **Sosyal fonksiyon:** Kişinin bedensel sağlığı, duygusal sorunları, çevre ile ilişkisini ne kadar etkilediği araştırılır.
- **Ruhsal durum rolü (emosyonel rol güçlüğü):** Kişinin duygusal sorunları (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer etkinliklerine etkisi araştırılır.
- **Zihin sağlığı (mental sağlık):** Kişinin sinirli, üzgün veya sakin ve uyumluluk durumu, kederli, hüznü veya mutlu vs. durumları araştırılır (80).

3. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmamızda, veri toplama aracı olarak sosyodemografik form (EK II), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK III), Berlin Uyku Ölçeği (EK IV) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Testi (EK V) kullanıldı. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulandı. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde Ocak-Ekim 2008 tarihleri arasında kasık fıtığı ameliyatı olmuş ve araştırmayı kabul eden toplam 64 hastaya (32 bölgesel anestezi ile 32 genel anestezi almış) uygulandı. Hastalarla ameliyat öncesinde yüz yüze görüşüldü. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, kilosu, alışkanlıkları, medeni durumu gibi demografik özellikleri belirlenerek, Pittsburgh, Berlin ve SF-36 anketleri uygulandı. Anketler ameliyat sonrası 1. ve 3. ayda da aynı şekilde uygulandı.

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows (15.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulunan değerler \pm standart sapma (SD) ve yüzde (%) olarak verildi. Genel ve bölgesel anestezi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla Ki-kare testi, genel veya bölgesel anestezi ile uyku ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığını belirlemek amacıyla T-test, bazal, 1. ay ve 3. ayda elde edilen sonuçların farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla Paired Samples T testi uygulandı.

İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 64 hastanın 32' si genel anestezi, 32' si bölgesel anestezi ile ameliyat olmuştu. Genel anestezi ile ameliyat olmuş 32 hastanın yaş ortalamaları $57,9 \pm 16,1$ yıl idi. % 43' ü sigara, % 6,3' ü alkol kullanıyor ve % 40,6' ı kafein tüketiyordu. Bölgesel anestezi ile ameliyat olmuş 32 hastanın yaş ortalamaları $57,5 \pm 14,1$ yıl idi. % 37,5' i sigara, % 6,3' ü alkol kullanıyor ve % 53,1' i kafein tüketiyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyo-demografik özelliklerine göre verilerin dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Yaş	57,9 ± 16,1	57,5 ± 14,1	0,921
Boy (ort ± sd)	17,0 ± 8,16	16,9 ± 6,9	0,948
Kilo (ort ± sd)	70,8 ± 13,4	73,0 ± 11,2	0,477

Cinsiyet(%)	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Erkek	90,6	96,9	0,302
Kadın	3,0	1,0	

Sigara Kullanımı(%)	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
< 1 paket/gün	15,6	15,6	0,948
>1 paket/gün	28,1	21,9	
Kullanmıyor	21,9	25,0	
Bırakmış	34,4	37,5	

Alkol kullanımı (%)	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Kullanıyor	6,3	6,3	1,000
Kullanmıyor	90,6	90,6	
Bırakmış	3,1	3,1	
Kafein Kullanımı (%)	40,6	53,1	0,316

Genel anestezi ile ameliyat olmuş hastaların % 59,5' ünde, bölgesel anestezi ile ameliyat olmuş hastaların %50' sinde yandaş bir hastalık vardı.

Tablo 3. Yandaş hastalıklara göre dağılımı

Yandaş Hastalık (%)	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Yandaş hastalık (+)	59,4	50,0	0,451
Yandaş hastalık (-)	40,6	50,0	
DM (+)	18,8	25,0	0,545
HT (+)	43,8	34,4	0,442
KAH (+)	18,8	21,9	0,756
Kalp yetmezliği	9,40	6,30	0,641

Çalışma grubu; genel anestezi ve bölgesel anestezi alanlara göre gruplandırılıp, PUKİ anketindeki her bir ögenin ve global skorun dağılımlarına bakıldı.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'ne göre genel anestezi ile ameliyat olan 32 hastadan 19' unda, bölgesel anestezi ile ameliyat olan 32 hastadan 12' sinde uyku kalitesi kötü (global skor >5 olanlar) olarak saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Pittsburgh uyku anketinde bazalde her bir ögeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Öznel uyku kalitesi (ort ± sd)	1,40 ± 0,79	1,18 ± 0,64	0,232
Uyku latensi (ort ± sd)	2,21 ± 1,94	1,43 ± 1,52	0,079
Uyku süresi (ort ± sd)	0,87 ± 0,83	0,78 ± 0,70	0,629
Alışılmış uyku etkinliği (ort ± sd)	0,65 ± 1,03	0,31 ± 0,64	0,117
Uyku bozukluğu (ort ± sd)	1,18 ± 0,47	1,00 ± 0,35	0,079
Uyku ilacı kullanımı (ort ± sd)	0,03 ± 0,17	0,62 ± 0,75	0,325
Gündüz işlev bozukluğu (ort ± sd)	0,62 ± 0,75	0,28 ± 0,52	0,038
Global skor (ort ± sd)	6,96 ± 4,47	5,00 ± 2,96	0,043

Ameliyat öncesinde hastalar Pittsburgh uyku anketine göre karşılaştırıldığında, gündüz işlev bozukluğu ve global skorda istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık görülmüştür.

Tablo 5. Pittsburgh uyku anketinde ameliyat sonrası 1. ayda her bir öğeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Öznel uyku kalitesi (ort ± sd)	1,43 ± 0,80	1,09 ± 0,68	0,071
Uyku latensi (ort ± sd)	2,28 ± 0,88	1,46 ± 1,56	0,066
Uyku süresi (ort ± sd)	0,62 ± 0,75	0,43 ± 0,66	0,296
Alışılmış uyku etkinliği (ort ± sd)	0,53 ± 0,84	0,93 ± 0,39	0,011
Uyku bozukluğu (ort ± sd)	1,12 ± 0,49	1,00 ± 0,43	0,125
Uyku ilacı kullanımı (ort ± sd)	0,21 ± 0,55	0,00 ± 0,00	0,032
Gündüz işlev bozukluğu (ort ± sd)	0,56 ± 0,75	0,37 ± 0,60	0,187
Global skor (ort ± sd)	6,78 ± 4,40	4,21 ± 3,00	0,942

Ameliyat sonrası 1. ayda genel veya bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş kasık fıtığı hastaları uyku kalitesi yönünden Pittsburgh uyku kalitesi İndeksi ile karşılaştırıldığında global skorda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak PUKİ' in alışılmış uyku etkinliği ögesinde istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır (p=0,032).

Tablo 6. Pittsburgh uyku anketinde 3. ayda her bir öğeye ait skor ile global skorun genel anestezi ve bölgesel anestezi grupları arasındaki dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Öznel uyku kalitesi (ort ± sd)	1,34 ± 0,86	1,03 ± 0,69	0,116
Uyku latensi (ort ± sd)	2,28 ± 1,87	1,21 ± 1,28	0,011
Uyku süresi (ort ± sd)	0,81 ± 0,85	0,40 ± 0,61	0,033
Alışılmış uyku etkinliği (ort ± sd)	0,43 ± 0,75	0,25 ± 0,50	0,251
Uyku bozukluğu (ort ± sd)	1,12 ± 0,49	0,93 ± 0,43	0,111
Uyku ilacı kullanımı (ort ± sd)	0,15 ± 0,44	0,09 ± 0,39	0,554
Gündüz işlev bozukluğu (ort ± sd)	0,59 ± 0,87	0,34 ± 0,54	0,176
Global skor (ort ± sd)	6,78 ± 4,57	4,28 ± 2,78	0,011

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin ameliyat sonrası 3. aydaki her bir öğeye ait skor değerlendirildiğinde, global skor (p=0,011), uyku süresi (p=0,033) ve uyku latensi (p=0,011) öğelerinde istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır.

Tablo 7. Sadece genel anestezi alanlarda bazal, 1. ve 3. ay değerlerinin dağılımı

	Bazal	1. ay	3. ay	P değeri*	P değeri**
Öznel uyku kalitesi	1,40 ± 0,79	1,43 ± 0,80	1,34 ± 0,86	0,662	0,536
Uyku latensi	2,21 ± 1,94	2,28 ± 1,88	2,28 ± 1,87	0,645	0,677
Uyku süresi	0,87 ± 0,83	0,62 ± 0,75	0,81 ± 0,85	0,009	0,601
Alışılmış uyku etkinliği	0,65 ± 1,03	0,53 ± 0,84	0,43 ± 0,75	0,292	0,109
Uyku bozukluğu	1,18 ± 0,47	1,18 ± 0,47	1,12 ± 0,49	0,161	0,161
Uyku ilacı kullanımı	0,03 ± 0,17	0,21 ± 0,55	1,15 ± 0,44	0,056	0,103
Gündüz işlev bozukluğu	0,62 ± 0,75	0,56 ± 0,75	0,59 ± 0,87	0,325	0,745
Global skor	6,96 ± 4,47	6,78 ± 4,40	6,78 ± 4,57	0,476	0,617

* Bazal-1. ay değerleri için kullanılmıştır.

** Bazal-3. ay değerleri için kullanılmıştır.

Çalışmamızda genel anestezi olarak ameliyat olmuş hastalarda uyku süresinde ameliyat öncesine göre 1. ayda anlamlı bir azalma saptandı. Uyku ilacı kullanımında ise ameliyat öncesi ve 1. ay arasında zayıf olmakla birlikte anlamlı bir artış saptandı. Ameliyat sonrası 3. ayda ise hiçbir parametrede ameliyat öncesine göre anlamlı bir değişiklik saptanmadı.

Tablo 8. Sadece bölgesel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. ay değerlerinin dağılımı

	Bazal	1. ay	3. ay	P değeri*	P değeri**
Öznel uyku kalitesi	1,18 ± 0,64	1,09 ± 0,68	1,03 ± 0,69	0,184	0,096
Uyku latensi	1,43 ± 1,52	1,46 ± 1,56	1,21 ± 1,28	0,813	0,147
Uyku süresi	0,78 ± 0,70	0,43 ± 0,66	1,21 ± 1,28	0,000	0,001
Alışılmış uyku etkinliği	0,31 ± 0,64	0,09 ± 0,39	0,40 ± 0,61	0,032	0,601
Uyku bozukluğu	1,00 ± 0,35	1,00 ± 0,43	0,93 ± 0,43	1,000	0,161
Uyku ilacı kullanımı	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00	0,09 ± 0,39	0,000	0,184
Gündüz işlev bozukluğu	0,28 ± 0,52	0,37 ± 0,60	0,34 ± 0,54	0,184	0,325
Global skor	5,00 ± 2,96	4,21 ± 3,00	4,28 ± 2,78	0,010	0,007

* Bazal-1. ay değerleri için kullanılmıştır.

** Bazal-3. ay değerleri için kullanılmıştır.

Bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş hasta grubunda 1. ayda ameliyat öncesine göre uyku süresinde, alışılmış uyku etkinliğinde ve global skorda anlamlı bir azalma saptanmıştır. 3. ayda ise ameliyat öncesine göre öznel uyku kalitesinde ve global skorda bir azalış, uyku süresinde anlamlı bir artış saptanmıştır (p<0,05)

Uyku kalitesini değerlendirmek için kullandığımız diğer bir anket olan Berlin uyku kalitesi anketine göre, genel anestezi alanlarla almayanlar arasında ameliyat öncesi yapılan bazal değerlendirme ağırlık değişikliği ($p=0,52$), horlama ($p=0,60$), horlama şiddeti ($p=0,15$), horlama sıklığı ($p=0,72$), horlamanın diğer insanları rahatsız etmesi ($p=0,38$), nefeste durma ($p=0,19$), uykudan sonra yorgunluk ($p=0,39$), uyanırken yorgunluk ($p=0,32$), araba kullanırken uyuyakalma ($p=0,50$) ve tansiyon yüksekliği ($p=0,23$) olarak bulunmuş ve istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Bkz Tablo 9).

Genel anestezi alanlarla almayanlar arasında ameliyat sonrası 1. ayda yapılan değerlendirme ağırlık değişikliği ($p=0,53$), horlama ($p=0,135$), horlama şiddeti ($p=0,247$), horlama sıklığı ($p=0,617$), horlamanın diğer insanları rahatsız etmesi ($p=0,072$), nefeste durma ($p=0,103$), uyanırken yorgunluk ($p=0,567$), araba kullanırken uyuyakalma ($p=0,672$) ve tansiyon yüksekliği ($p=0,104$) olarak bulunmuş ve istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Ancak uykudan sonra yorgunluk ($p=0,002$) skorunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Ameliyat sonrası 1. ayda uykudan sonra yorgunluk hem genel anestezi alanlarda, hem de bölgesel anestezi alanlarda anlamlı şekilde azalmıştır (Bkz Tablo 10).

Genel anestezi alanlarla almayanlar arasında yapılan ameliyat sonrası 3. aydaki değerlendirme ağırlık değişikliği ($p=0,61$), horlama ($p=0,77$), horlama şiddeti ($p=0,082$), horlama sıklığı ($p=0,629$), horlamanın diğer insanları rahatsız etmesi ($p=0,06$), nefeste durma ($p=0,06$) uyanırken yorgunluk ($p=0,914$) ve tansiyon yüksekliği ($p=0,225$) olarak bulunmuş ve istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Ancak uykudan sonra yorgunluk ($p=0,011$) skorunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Ameliyat sonrası 3. ayda da uykudan sonra yorgunluk hem genel anestezi alanlarda, hem de bölgesel anestezi alanlarda anlamlı şekilde azalmıştır. ‘Araba kullanırken hiç uyuyakaldınız mı?’ sorusuna bütün hastalar ‘hayır’ cevabını vermişlerdir (Bkz Tablo 11).

Tablo 9. Berlin uyku anketine göre verilerin bazalde dağılımı

	%	Genel	Bölgesel	P
Ağırlığınızda değişiklik oldu mu ?				
Arttı	9,4	3,1		0,52
Azaldı	12,5	9,4		
Değişmedi	78,1	87,5		
Horlar mısınız?				
Evet	71,9	77,4		0,6
Hayır	25	16,1		
Bilmiyorum	3,1	6,5		
Horlamanızın siddeti?				
Nefes alma sesi gibi	8,3	28		0,15
Konuşma sesi gibi	20,8	32		
Konuşma sesinden daha sesli	37,5	24		
Çok sesli	33,3	16		
Horlama sıklığınız?				
Hemen hemen her gün	41,7	38,5		0,72
Haftada 3-4 gün	33,3	34,6		
Haftada 1-2 gün	20,8	15,4		
Ayda 1-2 gün	0	7,7		
Hiç ya da hemen hemen hiç	4,2	3,8		
Horlamanız diğer insanları rahatsız ediyor mu?				
Evet	79,2	64		0,38
Hayır	20,8	32		
Nefesinizde durma fark ediliyor mu?				
Hemen hemen her gün	3,1	3,1		0,19
Haftada 3-4 gün	15,6	15,6		
Haftada 1-2 gün	0	15,6		
Ayda 1-2 gün	3,1	6,3		
Hiç ya da hemen hemen hiç	78,1	59,4		
Uykudan sonra yorgun olur musunuz?				
Hemen hemen her gün	15,6	6,3		0,39
Haftada 3-4 gün	21,9	9,4		
Haftada 1-2 gün	25	25		
Ayda 1-2 gün	15,6	21,9		
Hiç ya da hemen hemen hiç	21,9	37,5		
Uyanırken yorgun olur musunuz?				
Hemen hemen her gün	6,3	6,3		0,32
Haftada 3-4 gün	18,8	40,6		
Haftada 1-2 gün	37,5	34,4		
Ayda 1-2 gün	21,9	9,4		
Hiç ya da hemen hemen hiç	15,6	9,4		
Araba kullanırken hiç uyuyakaldınız mı?				
Evet	0	3,1		0,5
Hayır	100	96,9		
Tansiyon yüksekliğiniz var mı?				
Evet	50	37,5		0,23
Hayır	50	62,5		

Tablo 10. Berlin uyku anketine göre verilerin ameliyat sonrası 1. ayda dağılımı

	%	GENEL	BÖLGESEL	P
Ağırlığınızda değişiklik oldu mu?				
Arttı		9,2	3,0	
Azaldı		12,4	9,6	0,53
Değişmedi		78,1	87,5	
Horlar mısınız?				
Evet		81,3	80,6	
Hayır		9,4	19,4	0,135
Bilmiyorum		9,4	0	
Horlamanızın şiddeti?				
Nefes alma sesi gibi		11,5	26,9	
Konuşma sesi gibi		30,8	15,4	0,247
Konuşma sesinden daha sesli		23,1	34,6	
Çok sesli		34,6	23,1	
Horlama sıklığınız?				
Hemen hemen her gün		38,5	33,3	
Haftada 3-4 gün		30,8	44,4	
Haftada 1-2 gün		26,9	14,8	0,617
Ayda 1-2 gün		3,8	3,7	
Hiç ya da hemen hemen hiç		0	3,7	
Horlamanız diğer insanları rahatsız ediyor mu?				
Evet		76,9	53,8	0,072
Hayır		23,1	46,2	
Nefesinizde durma fark ediliyor mu?				
Hemen hemen her gün		3,1	3,1	
Haftada 3-4 gün		15,6	3,1	
Haftada 1-2 gün		3,1	15,6	0,103
Ayda 1-2 gün		6,3	18,8	
Hiç ya da hemen hemen hiç		71,9	59,4	
Uykudan sonra yorgun olur musunuz?				
Hemen hemen her gün		9,4	0	
Haftada 3-4 gün		40,6	6,3	
Haftada 1-2 gün		9,4	37,5	0,002
Ayda 1-2 gün		12,5	18,8	
Hiç ya da hemen hemen hiç		28,1	37,5	
Uyanırken yorgun olur musunuz?				
Hemen hemen her gün		6,3	3,1	
Haftada 3-4 gün		34,4	37,5	
Haftada 1-2 gün		37,5	37,5	0,567
Ayda 1-2 gün		6,3	15,6	
Hiç ya da hemen hemen hiç		15,6	6,3	
Araba kullanırken uyuyakaldınız mı?				
Evet		0	3,1	0,672
Hayır		100	96,9	
Tansiyon yüksekliğiniz var mı?				
Evet		53,1	34,4	0,104
Hayır		46,9	65,6	

Tablo 11. Berlin uyku anketine göre verilerin ameliyat sonrası 3. ayda dağılımı

	%	GENEL	BÖLGESEL	P
Ağırlığınızda değişiklik odlumu?				
Arttı		9,6	3,7	
Azaldı		12,8	9,2	0,61
Değişmedi		76,7	88,2	
Horlarmısınız?				
Evet		78,1	80,6	
Hayır		9,4	12,9	0,77
Bilmiyorum		9,4	3,2	
Horlamanızın siddeti?				
Nefes alma sesi gibi		19,2	23,1	
Konusma sesi gibi		42,3	23,1	0,082
Konusma sesinden daha sesli		7,7	34,6	
Cok sesli		30,8	19,2	
Horlama sıklığınız?				
Hemen hemen her gün		42,3	37	
Haftada 3-4 gün		30,8	37	
Haftada 1-2 gün		26,9	18,5	0,629
Ayda 1-2 gün		0	3,7	
Hic ya da hemen hemen hic		0	3,7	
Horlamanız insanları rahatsız ediyor mu?				
Evet		73,1	53,8	0,06
Hayır		19,2	46,2	
Nefesinizde durma fark ediliyor mu?				
Hemen hemen her gün		0	3,1	
Haftada 3-4 gün		21,9	3,1	
Haftada 1-2 gün		3,1	25	0,06
Ayda 1-2 gün		9,4	3,1	
Hic ya da hemen hemen hic		15,6	65,6	
Uykudan sonra vorgan olur musunuz?				
Hemen hemen her gün		6,3	3,1	
Haftada 3-4 gün		37,5	3,1	
Haftada 1-2 gün		18,8	31,3	0,011
Ayda 1-2 gün		15,6	18,8	
Hic ya da hemen hemen hic		21,9	43,8	
Uvanikken vorgan olur musunuz?				
Hemen hemen her gün		3,1	3,1	
Haftada 3-4 gün		34,4	31,3	
Haftada 1-2 gün		31,3	37,5	0,914
Ayda 1-2 gün		18,8	21,9	
Hic ya da hemen hemen hic		12,5	6,3	
Araba kullanırken hic uvuvakaldınız mı?				
Evet		0	0	
Hayır		100	100	
Tansiyon vüksekliğiniz var mı?				
Evet		50	37,5	0,225
Hayır		50	62,5	

Çalışma grubu genel anestezi ve bölgesel anestezi alanlar olarak gruplandırıldı ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki alt ölçeklerin dağılımına bakıldı. Amaç anestezinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

Tablo 12. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksinin alt ölçeklerinin bazalde dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Genel sağlık algılaması	15,9 ± 4,6	17,6 ± 4,6	0,097
Fiziksel fonksiyon	18,1 ± 6,1	21,1 ± 5,7	0,043
Fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması	5,4 ± 1,8	5,6 ± 1,8	0,679
Ağrı	5,0 ± 2,1	6,4 ± 2,0	0,013
Enerji	12,3 ± 3,9	14,8 ± 3,3	0,009
Sosyal fonksiyon	7,3 ± 2,0	8,0 ± 1,6	0,096
Emosyonel problem nedeniyle rol kısıtlaması	5,2 ± 1,3	5,3 ± 1,1	0,690
Mental sağlık	17,9 ± 4,1	20,6 ± 3,9	0,009

Her iki grup, bazalde SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi'nin alt ölçekleri açısından karşılaştırıldığında aralarında fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji ve mental sağlık açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 13. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksinin alt ölçeklerinin 1. ayda dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Genel sağlık algılaması	16,1 ± 4,70	18,0 ± 4,14	0,081
Fiziksel fonksiyon	21,2 ± 5,65	23,6 ± 4,83	0,08
Fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması	6,09 ± 1,85	6,25 ± 1,90	0,74
Ağrı	7,31 ± 2,16	7,84 ± 1,72	0,281
Enerji	14,1 ± 3,22	15,4 ± 2,47	0,079
Sosyal fonksiyon	8,03 ± 2,30	8,62 ± 1,49	0,227
Emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması	5,50 ± 1,21	5,87 ± 0,42	0,108
Mental sağlık	19,5 ± 4,15	21,2 ± 3,19	0,079

Ameliyat sonrası 1. ayda genel veya bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş kasık fıtığı hastaları karşılaştırıldığında, SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksinin alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 14. SF-36 Yaşam Kalitesi indeksinin alt ölçeklerinin 3. ayda dağılımı

	GENEL ANESTEZİ	BÖLGESEL ANESTEZİ	P DEĞERİ
Genel sağlık algılaması	16,6 ± 3,56	18,01 ± 4,28	0,141
Fiziksel fonksiyon	24,4 ± 4,83	25,9 ± 3,47	0,143
Fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması	7,06 ± 1,58	7,65 ± 1,00	0,082
Ağrı	8,62 ± 2,22	9,40 ± 1,64	0,115
Enerji	14,0 ± 3,38	15,6 ± 2,49	0,036
Sosyal fonksiyon	8,28 ± 2,03	8,93 ± 1,64	0,161
Emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması	5,68 ± 0,85	6,00 ± 0,00	0,048
Mental sağlık	19,5 ± 4,02	21,8 ± 3,45	0,015

Ameliyat sonrası 3. ayda genel veya bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş kasık fıtığı hastaları karşılaştırıldığında SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksinin enerji, emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması ve mental sağlık ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı artışlar saptanmıştır ($p < 0,05$).

Çalışmamızda sadece genel anestezi ve sadece bölgesel anestezi alanlarda yaşam kalitesinde , ameliyat öncesine göre 1. ve 3. aylarda farklılık olup olmadığını değerlendirmek için bazal, 1. ay ve 3. ay değerlerine bakıldı.

Tablo 15. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin genel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. aydaki dağılımları

	BAZAL	1. AY	3. AY	P*	P**
Genel sağlık algılaması	15,9 ± 4,6	16,1 ± 4,7	16,6 ± 3,6	0,511	0,088
Fiziksel fonksiyon	18,1 ± 6,1	21,2 ± 5,6	24,4 ± 4,8	0,000	0,000
Fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması	5,4 ± 1,8	6,0 ± 1,8	7,0 ± 1,6	0,015	0,000
Ağrı	5,0 ± 2,1	7,3 ± 2,1	8,6 ± 2,2	0,000	0,000
Enerji	12,3 ± 3,9	14,1 ± 3,2	14,0 ± 3,4	0,000	0,002
Sosyal fonksiyon	7,3 ± 2,0	8,0 ± 2,3	8,3 ± 2,0	0,001	0,000
Emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması	5,2 ± 1,3	5,5 ± 1,2	5,7 ± 0,8	0,037	0,062
Mental sağlık	17,9 ± 4,1	19,5 ± 4,1	19,5 ± 4,0	0,002	0,001

* Bazal-1. ay değerleri için kullanılmıştır.

** Bazal-3. ay değerleri için kullanılmıştır.

Genel anestezi olarak ameliyat olmuş bireylerde 1. ayda, ameliyat öncesine göre genel sağlık algılaması hariç tüm alt ölçeklerde anlamlı bir artış saptandı. 3. ayda ise tüm alt ölçeklerde ameliyat öncesine göre anlamlı bir artış saptandı.

Tablo 16. SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi' nin alt ölçeklerinin bölgesel anestezi alanlarda bazal, 1. ay ve 3. aydaki dağılımları

	BAZAL	1. AY	3. AY	P*	P**
Genel sağlık algılaması	17,6 ± 3,6	18,0 ± 4,1	18,1 ± 4,3	0,285	0,239
Fiziksel fonksiyon	21,1 ± 5,7	23,6 ± 4,8	25,9 ± 3,5	0,003	0,000
Fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması	5,6 ± 1,8	6,2 ± 1,9	7,7 ± 1,0	0,012	0,000
Ağrı	6,3 ± 2,0	7,8 ± 1,7	9,4 ± 1,6	0,000	0,000
Enerji	14,8 ± 3,3	15,4 ± 2,5	15,6 ± 2,5	0,000	0,079
Sosyal fonksiyon	8,0 ± 1,6	8,6 ± 1,5	8,9 ± 1,6	0,002	0,003
Emosyonel problemler nedeniyle rol	5,3 ± 1,1	5,9 ± 0,4	6,0 ± 0,0	0,006	0,003
Mental sağlık	20,6 ± 3,9	21,2 ± 3,1	21,8 ± 3,4	0,191	0,04

* Bazal-1. ay değerleri için kullanılmıştır.

** Bazal-3. ay değerleri için kullanılmıştır.

Bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş bireylerde 1. ayda, ameliyat öncesine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması, ağrı, enerji, sosyal fonksiyon ve emosyonel problem nedeniyle rol kısıtlaması ölçeklerinde anlamlı bir artış saptandı. 3. ayda ise genel sağlık algılaması hariç tüm alt ölçeklerde anlamlı bir artış saptandı.

5. TARTIŞMA

Genel yada bölgesel anestezi ile yapılan kasık fıtığı onarımlarının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi konulu çalışmamızdaki 64 hastanın sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, yaş ve cinsiyet bakımından genel anestezi olarak ameliyat olmuş hastalar ile bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Literatürde bölgesel anestezi ve genel anestezinin uyku üzerine etkisi ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Yılmaz ve arkadaşları (81) yaptıkları bir araştırmada cerrahi kliniklerde yatan hastaların uyku değişikliklerini incelemişler, hastaların yaşları ve cinsiyetleri ile uyku durumları arasında istatistiksel yönden bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir ($p>0,005$).

Yine Karagözoğlu (7) ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada yaş ile uyku arasında istatistiksel bir fark olmadığını tespit etmişler, ancak cinsiyet ile uyku alışkanlığı yönünden istatistiki olarak farklılık olduğunu bildirmişlerdir ($p<0,005$).

Çalışmamızda genel anestezi ile ameliyat olan hastaların yaş ortalamalarını $57,9 \pm 16,1$, bölgesel anestezi ile ameliyat olan hastaların yaş ortalamalarını $57,5 \pm 14$ olarak bulduk. Önler ve arkadaşlarının(82) cerrahi birimlerde yatan hastaların uyku kalitesini araştırdıkları çalışmalarında da bizim çalışmamızla paralel olarak hastaların %59,8'inin 50 yaş ve üzerinde olduğunu tespit etmişlerdir. Yine Önler (82) ve arkadaşlarının çalışmalarında hastaların %50,6 sı kadın %49,4'ü erkek iken bizim çalışmamızda genel anestezi olarak ameliyat olmuş hastaların %90,6'sı erkek,%3,0'ı kadın , bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş hastaların %96,9'u erkek, %1,0'ı kadın olarak bulunmuştur.

Kilo, sigara, alkol ve kafein kullanımına ilişkin bir değerlendirme ise literatürde mevcut değildir. Çalışmamızda bu parametrelerle ilgili istatistiki bir fark tespit etmedik.

Bizim çalışmamızda genel anestezi alanların %59,4'ünde, bölgesel anestezi alanların ise %50'sinde yandaş bir hastalık mevcuttu. Yandaş hastalıklara göre yaptığımız karşılaştırmada istatistiki yönden anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Literatürde (81) de bizim çalışmamıza paralel olarak yandaş hastalık ve uyku

arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda istatistiki yönden farklılık bildirilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda preoperatif Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksine göre genel anestezi ile ameliyat olan hastaların 19'unda (%59,3), bölgesel anesteziyle ameliyat olan hastaların 12'sinde (%37,5) global skor 5 ve 5'in üzerinde olarak saptandı. Bu hastaların PUKİ' e göre her bir ögeye ait skor değerlendirmesi yapıldığında, gündüz işlev bozukluğu ($p=0,038$) skorunda bölgesel anestezi alanlarda genel anestezi alanlara göre anlamlı farklılık gözlemlendi. Yine global skor her iki grup arasında karşılaştırıldığında, bölgesel anestezi alan hastaların uyku kalitelerinin, genel anestezi alanlarda daha iyi olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik ($p=0,043$).

Ameliyat sonrası 1. ayda PUKİ' e göre her bir ögeye ait skor değerlendirildiğinde alışılmış uyku etkinliği skoru ($p=0,011$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, diğer öğelerde istatistiki olarak bir değişiklik bulunmamıştır. Ameliyat sonrası 3. ayda ise uyku latensi ($p=0,001$), uyku süresi ($p=0,033$) ve global skorda ($p=0,011$) genel ve bölgesel anestezi alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Bölgesel anestezi ile ameliyat olan hastalarda PUKİ' ye göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. Southwell ve Wiston (1995) (83) cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ağrı, preoperatif ve postoperatif dönemde olma durumu ve pozisyon kısıtlılığına bağlı olarak uyku kalitelerinin kötü etkilendiğini saptamışlardır. Ancak Yılmaz ve arkadaşları (81) hastaların ameliyat olma durumunun uyku kalitesini etkilemediğini bildirmişlerdir. Literatürde PUKİ ile ilgili çalışmalar daha ziyade diyaliz hastalarına yönelik yapılmıştır. Uzun ve arkadaşlarının hemodiyalize giren böbrek yetmezliği hastalarının uyku sorunlarını araştıran bir çalışmada, global skorun 5 ve üzerinde kötü uyuyan olarak adlandırılabilir grup %78 olarak bulunmuştur (84). Yine Eryavuz' un çalışmasında bu oran %88,5, Neda ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada % 67,7, Edward ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise %71 olarak bulunmuştur(85, 86, 87).

Çalışmamızda genel anestezi olarak ameliyat olmuş grupta 1. ayda bazale göre uyku süresi ($p=0,009$) skoru ile ilgili olarak istatistiksel anlamlılık gözlenmiştir. Global skor ($p=0,47$) yönünden değerlendirildiğinde ise istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır. PUKİ' nin 3. aydaki değerlendirilmelerinde ise hiçbir skorda

istatistiksel farklılık bulunmadığı görülmüştür. Çalışmamızda genel anestezi olarak ameliyat olmuş grupta preoperatif dönemde PUKİ' e göre 1. ayda uyku süresinde bir azalma saptanmış, bunun istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda bölgesel anestezi olarak ameliyat olmuş grupta PUKİ' e göre yapılan skor değerlendirmelerinde ameliyat sonrası 1.ayda uyku süresi $p=0,00$, alışılmış uyku etkinliği $p=0,03$ ve global skor $p=0,01$ bulunmuş ve bazal değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası 3. ayda ise bu fark sadece uyku süresinde ($p=0,001$) ve global skorda ($p=0,007$) istatistiksel olarak anlamlı olmaya devam etmiştir. Bölgesel anestezi ile ameliyat olanlarda PUKİ' ye göre bu skorlarda giderek düzelme olmuş ve uyku kalitesi yükselmiştir. Literatürde Öner ve Yılmaz' ın çalışmasında (82) cerrahi birimlerde yatan hastaların uyku kalitesi PUKİ kullanılarak değerlendirilmiştir. Ancak Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı ile uyku kalitesini etkileyen etmenler karşılaştırmışlar ve ağrı, gürültü, cihazlar ve kaygının uyku üzerine etkisi olduğunu tespit etmişlerdir .

Çalışmamızda uyku kalitesini değerlendirmek için kullandığımız Berlin uyku anketinde genel anestezi alanlarla almayanlar arasında ameliyat öncesi yapılan bazal değerlendirme ağırlık değişikliği ($p=0,52$), horlama ($p=0,60$), horlama şiddeti ($p=0,15$), horlama sıklığı ($p=0,72$), horlamanın diğer insanları rahatsız etmesi ($p=0,38$), nefeste durma ($p=0,19$), uykudan sonra yorgunluk ($p=0,39$), uyanırken yorgunluk($p=0,32$), araba kullanırken uyuyakalma ($p=0,50$) ve tansiyon yüksekliği ($p=0,23$) olarak bulunmuş ve istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir. Berlin uyku anketinin ameliyat sonrası 1. ay değerlendirmesinde sadece uykudan sonra yorgunluk ($p=0,002$) parametresinde istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir. Yine Berlin uyku anketinin ameliyat sonrası 3. ayda yapılan değerlendirmesinde de sadece uykudan sonra yorgunluk parametresi ($p=0,011$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bazal değerlerle karşılaştırıldığında fark yokken genel anestezi alan grupta ameliyat sonrası 1. ayda ve 3. ayda uykudan sonra yorgunluk hissetmenin daha fazla olduğu ve bunun istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Literatürde cerrahi hastalarda Berlin uyku anketi ile yapılmış çalışmaların, genelde obstrüktif uyku apnesi hastalarına, gebelere ve uyku bozukluğu olan hastalara uygulandığı görülmüştür. Bu grup hastalara yönelik cerrahi girişimlerde Berlin uyku anketinin uygulanmasının daha anlamlı sonuçlar verebileceğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi indeksine göre gruplar arası değerlendirmede ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon ($p=0,043$), ağrı ($p=0,013$), enerji ($p=0,008$), mental sağlık ($p=0,008$) skorları arasında istatistiki farklılık saptandı. Ameliyat sonrası 1. ayda SF-36 yaşam kalitesi indeksine göre her bir ögeye ait skorlar değerlendirildiğinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Ancak 3. aydaki değerlendirmede enerji ($p=0,036$), emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması ($p=0,048$) ve mental sağlık ($p=0,015$) skorları istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir. Ameliyat sonrası emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması ($p=0,037$) 1. ayda genel anestezi alanlarda istatistiki olarak anlamlılık gösterirken, 3. ayda bu anlamlılık ortadan kalktı. Yine ameliyat öncesi farklılık tespit edilmeyen sosyal fonksiyon skoru, genel anestezi alanlarda ameliyat sonrası 1. ayda ($p=0,001$) ve 3. ayda ($p=0,008$) istatistiksel farklılıklar göstermiştir. Çalışmamızda bölgesel anestezi alan grupta, genel anestezi alan gruba göre SF-36 yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. İşkesen ve arkadaşlarının (88) koroner arter bypass cerrahisinde yaşam kalitesini SF-36 yaşam kalitesi indeksi ile değerlendirdikleri çalışmalarında, ameliyat sonrasında ameliyat öncesine göre fiziksel fonksiyon ve mental skorda artış tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi indeksinin bölgesel anestezi sonrası 1. ay ve 3. ay değerleri bazal değerlerle karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, emosyonel problem nedeniyle rol kısıtlaması skorları istatistiki olarak farklılık göstermeye devam etmiştir. Enerji skoru 3. ayda istatistiki anlamlılığını yitirmiştir ($p=0,079$). Mental sağlık 1. ayda bazal değerle karşılaştırıldığında istatistiki fark göstermezken, bölgesel anestezi ile ameliyat olan grupta 3. ayda ($p=0,04$) istatistiki farklılık göstermiş ve bazale göre daha iyi seviyeye ulaşmıştır. Üstündağ ve arkadaşlarının (89) böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitelerini SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi ile araştırdıkları çalışmalarında nakilden 1 yıl sonra fiziksel fonksiyon, ağrı ve mental sağlık skorlarında artış gösterdiklerini bulmuşlardır. Literatürde yaşam kalitesi üzerine yapılmış çalışmalar genelde kanserli hasta grubuna, diyaliz hasta grubuna ve kalp ve böbrek cerrahisi uygulanan hasta grubuna yönelik olup, anestezi ile ilgili olarak yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalarının bulunmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak anestezi uygulanan hastalarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi konuları, üzerinde çalışılması gereken konulardandır. Biz alışmamızda anestezinin uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerinde farklılıklara neden olduğunu, bölgesel anestezi alanlarda uyku ve yaşam kalitesinin PUKİ, Berlin Uyku Anketi ve SF-36 Yaşam Kalitesi anketi' ne göre daha iyi olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Genel ya da bölgesel anesteziyle yapılan kasık fitiği onarımlarının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek için 64 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmamızın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

1. Çalışmamızdaki 64 hastanın sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında bölgesel anestezi alanlarla, genel anestezi alanlar arasında istatistik yönden anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir
2. Genel anestezi ile ameliyat olmuş hastaların yaş ortalamalarını $57,9 \pm 16,1$, bölgesel anestezi ile ameliyat olan hastaların yaş ortalamalarını $57,5 \pm 14$ olarak bulunmuştur.
3. Genel anestezi olarak ameliyat olmuş hastaların %90,6'sı erkek,%3,0'ı kadın , bölgesel anestezi alarak ameliyat olmuş hastaların %96,9'u erkek, %1,0'ı kadın olarak bulunmuştur.
4. Genel anestezi alanların %59,4'ünde, bölgesel anestezi alanların ise %50'inde yandaş bir hastalık mevcuttur.
5. PUKİ'e göre genel anestezi ile ameliyat olan 32 hastadan 19'unda, bölgesel anesteziyle ameliyat olan 32 hastadan 12'sinde uyku kalitesi kötü olarak tespit edilmiştir.
6. Genel anesteziyle ameliyat olan hastaların uyku kalitesi kötü, bölgesel anestezi ile ameliyat olan hastaların uyku kalitesi iyi olarak değerlendirilmiştir.
7. Genel anestezi alarak ameliyat olan hastaların preoperatif döneme göre uyku kaliteleri ameliyat sonrası 1 ve 3. ayda değişmediği görülmüştür.
8. Bölgesel anestezi alarak ameliyat olan hastaların uyku kaliteleri preoperatif döneme göre ameliyat sonrası 1 ve 3. ayda anlamlı artış gösterdiği görülmüştür.
9. Berlin uyku anketine göre preoperatif dönemde hiçbir parametre anlamlı değişiklik göstermemiştir. Ameliyat sonrası 1 ve 3. ayda, bazal değerlere göre "uykudan sonra yorgun oluyor musunuz" sorusunda anlamlı değişiklik saptanmıştır. Berlin uyku anketi horlama ve uyku apne riskini belirleyen bir anket olduğundan ameliyat öncesi Berlin uyku anketi yapılarak belirlenen hastaların ayrı bir grup yapıp, bu hastalara

bölgesel ve genel anestezi altında ameliyat yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

10. SF-36yaşam kalitesi indeksine göre preoperatif dönemde genel anestezi alarak ameliyat olmuş hastalar ile bölgesel anestezi alarak ameliyat olmuş hastalar arasında fiziksel fonksiyon,ağrı enerji ve mental sağlık skorlarında farklılık belirlenmiştir.

11. SF-36 yaşam kalitesi indeksine göre ameliyat sonrası 1. ayda genel anestezi ve bölgesel anestezi karşılaştırıldığında aralarında anlamlı değişiklik gözlenmemiştir.

12. SF-36yaşam kalitesi indeksine göre ameliyat sonrası 3. ayda ise enerji, emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması ve mental sağlık skorlarında anlamlı değişiklik belirlenmiştir.

13. Genel anestezi alarak ameliyat olan hastalarda ameliyat sonrası 1. ayda preoperatif döneme göre SF-36 yaşam kalitesi indeksine göre fiziksel fonksiyon, emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması, ağrı, enerji, sosyal fonksiyon ve mental sağlık skorlarında anlamlı artış saptandı.Ameliyat sonrası 3. ayda da bu artış emosyonel problemler dışındaki tüm parametrelerde devam etmiştir.

14. Bölgesel anestezi alarak ameliyat olan hastalarda ameliyat sonrası 1. ayda preoperatif döneme göre SF-36 yaşam kalitesi indeksi alt ölçekleri olan fiziksel fonksiyon, fiziksel problem nedeniyle rol kısıtlaması, ağrı enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel problemler nedeniyle rol kısıtlaması ve mental sağlık skorlarında anlamlı artış tespit edildi. Ameliyat sonrası 3. ayda bu artış enerji skoru dışında devam etmiştir.

15. Çalışma gruplarında, grup ortalamaları, cinsiyet, yaş vb. de standart sapma değerleri yüksek bulunduğundan homojenize edilmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Skandalakis J. L., Gadacz R. T., Mansberger R. A. Çeviri: Dr. Ünal Değerli (2002). *Modern Herni Tamiri*. 1:3-250
2. Özkan K., Özen N., Malazgirt Z. (1996) Genel Cerrahi Kitabı. Hacettepe-Ankara, 2:540-547
3. Seymour I. Schwartz M.D., Principles of Surgery: Schwartz Seventh Edition (1999) 2; 457-79
4. Kalaycı G. (2002) Genel Cerrahi-İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları- İstanbul; 1: 116-121
5. Özcengiz D., Özbek H. (1998) Anestezi El Kitabı. Adana. 1:98-102
6. Kapan M., Durgun AV., Erkut S. ve ark. (1998) Lichtenstein mesh, shouldice ve posterior wall darn tipi herniorafilerin erken ve geç dönem sonuçlarının karşılaştırılması. *Çağdaş cerrahi dergisi* 12, 209-212.
7. Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y. ve ark. (2007) Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Toraks Dergisi* 8 (4), 234-40
8. Morton John H. (1988) Abdominal wall Hernies, in Scwartz S1. (Ed) principles of surgery. Vol: 2.5 th, McCOOW Hill, pp 1525-1545
9. Tekin E., Condon RE. (1996) Karın duvarı fıtıkları . Sayek İ. editor. Temel Cerrahi. 2. baskı. Ankara, Güneş kitabevi, , Ch XIII, Bölüm 126, 1442-74.
10. Kaynak B., (2005) ‘Kasık Fıtığı Onarımında Gerilimsiz Lichtenstein ile Ağ Örne Tekniklerinin Karşılaştırılması’ Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul.
11. Arat İ.R. (1995) Fıtıklar. Değerli Ü. Editör: Genel Cerrahi 5. baskı , İstanbul Nobel Kitabevi 22, 265-278.
12. [http: www.ctf.istanbul.edu.tr/ anabilimdallari/pdf/566/karin- duvarı fıtıkları- pdf.](http://www.ctf.istanbul.edu.tr/anabilimdallari/pdf/566/karin-duvarı_fıtıkları.pdf)
13. Sayek I. (2004) Temel Cerrahi 3 baskı. Ankara Güneş Kitabevi 157, 1503-22
14. Değerli Ü. (1998) Cerrahi 3. baskı İst Nobel Tıp Kitabevi
15. Sabiston Textbook of surgery (2001) 15. th Ed. 3:67-9
16. Kalaycı G. (2002) Genel Cerrahi- İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. İstanbul; 1: 40-41

17. Baykal A. (1999) İnguinal Hernilerin Etyoloji ve Patofizyolojisi, Türkiye Klinikleri, Cerrahi, 4(3): 129-139
- 18.http://www.uludaggenelcerrahi.com/dersnot/Karin_Duvari_Fitikleri_dosyalar/frame.htm
- 19.tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Cerrahi_Tip/Genel_Cerrahi/Yucel_Aritas/KARIN%20DUVARI%20FITIKLARI.doc
20. Skandalakis PN., Skandalakis JE., Colborn GL. Eds.(2004) Surgical Anatomy 14. ed 1(9): 395-491.
21. Skandalakis JE. (1986) Hernias , in: Anatomical Complications in General surgery 1' st Ed.Mv Graw Hill Co:252-281
22. Yaşar A. M., Gül D. (2006) Fıtık Cerrahisinde Anestezi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2(35):89-93
23. Kehlet H., Nielsen MB. (2005) Anaesthetic practice for groin hernia repair- a nation- wide study in Denmark 1998-2003 Acta Anaesthesiol, 49:143-6
24. Esener Z. (1991) Klinik Anestezi. 1. Baskı, Logos Yayıncılık, İstanbul.
25. Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K. Stoelting. (1991) Handbook of Clinical Anaesthesia J.B. Lippincott Company.
26. R. S. Atkinson, G. B. Rushman, J. Alfred Lee. (1988) A Synopsis Of Anaesthesia 10 th Edition. Wright. p: 101-386
27. Amado WJ. (1993) Anesthesia for hernia surgery. Surg Clin North Am. 73:427-38.
28. O'Dwyer PJ, Serpell MG, Millar K, et al. (2003) Local or general anesthesia for open hernia repair: A randomised trial. Annals of Surgery. 237:574-9.
29. Edirne S. (1993) Sinir Blokları. Emre Matbaacılık, 3: 9-23
30. Bridenbaugh P. O., Cousins M. J. (1998) Spinal neural blockade. Neural Blockade in Clinical Anaesthesia and Management of Pain: 3. edition, 203-242
31. Nordin P., Hernell H., Unosson M., Gunnarsson U., Nilsson E. (2004) Type of anaesthesia and patient acceptance in groin hernia repair: A multicentre randomized trial. Hernia, 8:220-5.
32. Moran RM. (1995) Local anesthesia for inguinal-femoral hernia repairs. Expert Meeting on Hernia Surgery. Basel Karger, 206-11.

33. Morgan GE., Mikhail MS., Murray MJ. (2002) Inguinal nerve block. *Clinical Anesthesiology*. 3rd ed. p.306-7.
34. Lloyd MN., Robert EC. (1992) *Hernia*. Philadelphia: JB Lippincott Co, 487-521.
35. Kehlet H., Dahl JB. (2003) Spinal anaesthesia for inguinal hernia repair. *Acta Anaesthesiol Scand* , 47:1-2.
36. Peutrell JM., Hughes DG. (1994) Combinet spinal and epidural anesthesia for inguinal hernia repair. *Pediatric Anaesthesia*, 4:221-7.
37. Miller RD., (2000) *Anaesthesia*. Fifth Edition. Churchill Livingstone. Pennsylvania, USA.
38. Jay Epstein MD.(1999) The stres response of citical illness. *Critical Care Clinics*.15:17-39
39. Kaplan E. M. (2006) Elektif İnguinal Herni Cerrahisi Vakalarında Deksmetomidin HCL ve Klonidin' in Peroperatif Etkilerinin Karşılaştırılması. İstanbul.
40. Cristoper D. (1979) *Hernias* Tekstbook of Surgery. Sabiston II.th edition. 185-225 ed. David C. Sebastian Jr.W. B. Saunders Comp. Philadelphia.
41. Stoppa R. E., Rives J.L., Worlaumont C. (1984) The use dacron in the repair of hernias of the groin. *Surg Clin North Am* , 64:269-286
42. George SM. Jr., Mangiante EC., Voeller Gr., Britt LG. (1991) Preperitoneal hernioraphy for the acutely incarsere ted groin hernia. In *America surgeon*, 57(3):139-41
43. Pollak R., Nyhus LN. (1983) Complications of Groin Hernia repair. *The Surgical Clinics of North America*, 63:1163-70
44. Özgen F. (2001) Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 5:41-42
45. Karadağ M. (2007) Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Türkiye Akciğer Arşivi*, 8:88-91
46. Köroğlu E. (2004) *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. HYB Yayıncılık, Ankara, 19:42-43
47. Siegel JM. (1990) Mechanism of sleep control.*Journal of Clinical Neurophysiology*. (7):49-65
48. Jasper H.H., Tessier J. (1971). Acetylcholine liberation from cerebral cortex during paradoxical (REM) sleep.*Science*, (172), 601

- 49.** Aydın H. (1994a) Yaşamımızın gizli kalmış kesiti: Uyku, Bilim ve Teknik. (317), 32-37
- 50.** Aydın H. (1994b) Uykuda uyanan hayallerimiz: Rüya, Bilim ve Teknik. (318), 22-28
- 51.** Bonnet MH., Arond DL. (1995) We are chronicaly sleep deprived. Sleep, 18:908-11
- 52.** Guyton AC., Hall JE. (2001) Tıbbi Fizyoloji: Beynin Etkinlik Durumları- Uyku. Çavuşoğlu H. (çeviri). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, 689-6
- 53.** Ertekin Ş. (1998) Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- 54.** Görgülü Ü. (2003) “KOAHA Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi”. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- 55.** Doraciak Y. (1990) Aspects of Sleep, Nursing Times, 86(51):38-40
- 56.** Baltaş A., Batlaş Z. (1987) Stres ve Başa Çıkma Yolları, 5. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- 57.** Foley DJ., Monjan AA., Brown SL., et al. (1995) Sleep Complaints Among Elderly Patients: An Epidemiological Study of Three Communities. Sleep 18:425-432
- 58.** Putriana M. (1999) The Relationship Between Dialysis Adequacies and Sleep Problems in Hemodialysis Patients. Anna Journal, 26:4, 405-407
- 59.** Çağlayan Ş. (1995) Yaşam Bilimi Fizyoloji: Beynin entelektüel fonksiyonları. İstanbul, Panel Matbaacılık, 62-71.
- 60.** Menteş SÇ., Sezerli M., Dinçer F. ve ark. (1998) Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. Hemşirelik Forumu, 1: 166-72.
- 61.** Edward GB., Schuring LM. (1993) Pilot study: validating staff nurses observations of sleep and wake states among critically ill patients, using polysomnography. American Journal of Critical Care, 2:25-31.
- 62.** Lee CY., Low LPL., Twinn S. (2007) Older men’s experiences of sleep in the hospital. J Clin Nurs, 16: 336-43

- 63.** Gündoğan F. (1990) Normal Uyku. Doğal veya tedaviye bağlı uyku problemlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 242-51.
- 64.** Uğraş GA. (2006) Nöroşirurji Yoğum Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, 2:1-10
- 65.** The WHOQOL Group. (1994) The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag,41-57.
- 66.** World Health Organisation. (1958) The first ten years of the World Health Organisation. Geneva.WHO.
- 67.** Fries JF., Singh G. (1996) The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; p.33.
- 68.** Ware JE. (1995) The Status of Health Assesment. An Rev Pub Health, 16:327.
- 69-**Wilson IB., Cleraly PD. (1995) Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA, 59.
- 70.** Tesla MA., Nackley JF. (1994)Methods for Quality of Life Studies. An Rev Public Health ,15:535.
- 71.** Veiga J., Gonçaves N., Gomes F., et al. (1997) Sleep Disturbances in End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis. Dialysis&Transplantation, 6: 380-384.
- 72.** Venmans BJW., Van Kralingen KW., Chandi DD et al (1999) Sleep Complaints And Sleep Disordered Breathing İn Hemodialysis Patients. The Netherlands Journal of Medicine, 54: 207-212
- 73.** Buysse DJ., Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. (1989) The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res, 28: 193-213.
- 74.** Buysse DJ., Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. (1991) Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Sleep, 14: 331-8.

- 75.** Netzer NC., Stoohs RA., Netzer CM., Clark K., Strohl KP. (1999) Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*, 131(7):485-91
- 76.** Zu Wallack R. (2000) Outcome assesment. In Hodgkin JE (ed). *Pulmonary rehabilitation*. USA: Lippincott Williams-Wilkins, p.363-387.
- 77.** Andressen EM., Meyers AR. (2000) Health-related quality of life outcomes measure. *Arch Phys Med Rehabil*, 81:30-45.
- 78.** Tomas LHS., Varkey B. (2004) Improving health-related quality of life of in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med*,10:120-7.
- 79.** Mahler DA., Mackowiak JI. (1995) Evaluation of the Short-Form 36-İtem questionnaire to measure health related quality of life in patients with COPD. *Chest* 107:1585-9.
- 80.** Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G. ve ark. (1999) Kısa Form (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:102-6.
- 81.** Yılmaz E., Kutlu K. A., Çeçen D. (2008) 'Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörler' . *Yeni Tıp Dergisi*, 25: 149-156.
- 82.** Önler E., Yılmaz A. (2008) 'Cerrahi Birimlerde Yatan Hastalarda Uyku Kalitesi' . *İ. Ü. F. N. Hemşirelik Dergisi*, 16 (62): 114-121.
- 83.** Southwell MT., Wistow G. (2005) Sleep In Hospitals At Night: are patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 107-113
- 84.** Uzun Ş., Kara B., İşcan B. (2003) Hemodiyalize giren Kronik böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1): 61-66.
- 85.** Eryavuz N. (2006) 'Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması'. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
- 86.** Kusleikaite N., Bumblyte Ia., Razukeviciene L., Sedlickaite D., Rinkunas K. (2005) Sleep Disorders and Quality of Life in Patients on Hemodialysis Clinic of Nephrology. *Medicina (Kaunas)*, 41 (Suppl 1):69-74.
- 87.** Guillaume J, Danial P, Bernard F et al, (1995) Sleep Apnea Incidence in Maintenance Hemodialysis Patients: Influence of Dialysis Buffer. *Nephron*, 71, 138-142.

- 88.** İşkesen İ., Yıldırım F., Őirin H. (2007) 'Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Kardiyopulmoner Bypass' ın Nörokognitif Fonksiyonlara Etkisi' . Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 15(4): 275-280.
- 89.** Üstündağ H., Gül A., Zengin N., Aydın M. (2007) 'Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi' . Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 117-126.

EK-I**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Her canlının günlük işlevlerini sürdürebilmesi ve verimli olabilmesi için günde belli süre uyuması gerekir. Uyku, kişinin duyuşsal uyanlarla uyandırılabilidiği süreli, periyodik ve geçici bilinęsizlik durumuna denir.

Uyku süresi, kişiler arası farklılık gösterse de ortalama 6-8 saatlik bir uyku yetişkin için yeterli sayılır. Ancak 3 saat uyuyarak kendini iyi hissettiğini ifade eden kişilerin yanında, 10 saat uyuyarak uykunun kendisine yetersiz geldiğini söyleyen kişiler de olabilir. Bu nedenle uykunun saati kadar kalitesi de önemlidir.

Uyku bozukluğu, uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmayla ilişkili durumlara bağlı olarak, uykunun dinlendirici ve sağlıklı olmamasına, bunun sonucunda gündüz uyanıklık zamanının sağlıksız geçirilmesine neden olabilen tüm rahatsızlıklar şeklinde tanımlanabilir.

Uyku bozuklukları; insomnia (uykusuzluk), hipersomnia (aşırı uyuma), uyku apnesi (uykuda solunumun durması) ve narkolepsi (önüne geçilmeyecek kadar şiddetli uyuma arzusu) dir.

Uyku bozukluklarının temelinde çözümlenemeyen gündelik yaşam sorunları, psikiyatrik bozukluklar, yaşlılık, kullanılan ilaçlar, sigara, çay, kahve ve uyku öncesi ağır egzersiz gibi nedenler yatmaktadır.

Yapılan çalışmalarda da cerrahinin oluşturduğu stres, ameliyat sonrası ağrı, hastane ortamının verdiği olumsuzluklar nedeniyle uyku ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir.

Kasık fıtığı onarımları, cerrahide en sık yapılan ameliyatlardan biridir. Fıtık tedavisi cerrahi olan bir hastalıktır. Kasık fıtığı onarımı, genel, lokal ve bölgesel anestezi (uyuşturma) uygulanarak yapılmaktadır.

Çalışmamızda, uygulanan anestezi tipinin uyku ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırmayı hedefledik. Çalışmada, anestezi tipinin uyku ve yaşam kalitesi üzerine olumlu ya da olumsuz etkisinin olup olmadığı araştırılacaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak istemeniz halinde bu formu imzalamanız gerekmektedir.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, kasık fıtığı onarımlarından sonra uyku ve yaşam kalitesini, verilen anestezi türünün etkileyip etkilemediğini araştırmaktır. Bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlayamadık. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Anabilim Dalı'nın katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılmanız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz yüksek lisans öğrencisi Hemşire Yasemin Savaş tarafından size ameliyat öncesi, hastaneden taburcu olurken ve ameliyat sonrası 1. ve 3. ay da olmak üzere anket soruları yöneltilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Hemşire Yasemin Savaş tarafından Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı/denek” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi duruma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim)

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hemşire ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süreci sonunda adı geçen bu araştırma projesinde

“katılımcı/denek” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme tanığı

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

EK-II**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İÇİN ANKET SORULARI**

1-Cinsiyet: 2-Yaş: 3-Kilo: 4-Boy: 5-BKI:

6-Nerede kalıyorsunuz?

a-Şehir b-İlçe c-Kasaba d-Köy e-Yurtdışı

7-Mesleğiniz?

8-Aylık net geliriniz?

a- <500 YTL b-500-1000 YTL c- >1000 YTL

9-Evin gelirini kim karşılıyor?

10-Sosyal güvenceniz nedir?

a-SSK b-ES c-Bağ-KUR d-diğer

11-Medeni durumunuz?

a-Evli b-Bekar c- Boşanmış

12-Ailedeki birey sayınız?

13-Sigara kullanıyor musunuz?

a-Evet b-Hayır içiliyorsa paket/yıl

Daha önce sigara kullandınız mı? Kaç yıl kullandınız?

15-Alkol kullanıyor musunuz?

a-Evet b-Hayır içiliyorsa miktar/yıl

Daha önce alkol kullandınız mı? Kaç yıl kullandınız?

16-Ne zamandır kasık fıtığınız var?

17- Kasık fıtığı dışında eşlik eden hastalıklar var mı?

a-DM b-Hipertansiyon c- KAH d-Kalp Yetmezliği e-Osteoporoz
f-Diğer.....

18-Kullandığınız ilaçlar var mı? 1- 2- 3-

19-İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz ? () Evet () Hayır

20-Akşam saat 19:00'dan sonra yaptığınız alışkanlıklarınız var mı?

a- Çay içme b- Kahve içme c-Yemek yeme d- Egzersiz yapma e-Diğer

EK-III

PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ:.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandıığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(j)Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.....

(k) Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

{ }Çok iyi

{ }Oldukça iyi

{ }Oldukça kötü

{ }Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- { }Hiç problem oluşturmadı.
{ }Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
{ }Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
{ }Çok büyük bir problem oluşturdu.

Global Skor: (0-21)

Global skorun 5 veya üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir.

Puanlama; geçen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada 3 veya daha fazla ise 3 olarak yapılmaktadır.

Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 olarak puanlanmaktadır.

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin verilerini toplamak için “ Hasta Tanıtım Formu” kullanılacaktır. Uyku kalitesi Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ) kullanılarak değerlendirilecektir. Buysse ve arkadaşları(1989) tarafından geliştirilen PUKİ, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturur. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, toplam

puanın yüksek oluğu uyku kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının ≤ 5 olması “iyi uyku kalitesi”ni, > 5 olması ise “kötü uyku kalitesi”ni göstermektedir. İndeksin, geçerliliği ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları(1995) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygun olduğu belirlenmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80 olarak saptanmıştır.

EK-IV
BERLİN UYKU ANKETİ

- | | | | |
|---|--|--------|------------|
| 1. Ağırlığınızda değişiklik oldu mu? | Arttı | Azaldı | Değişmedi |
| 2. Horlar mısınız? | Evet | Hayır | Bilmiyorum |
| 3. Horlamanızın şiddeti nasıl? | Nefes alma sesi gibi
Konuşma sesi gibi
Konuşma sesinden daha sesli
Çok sesli | | |
| 4. Horlama sıklığınız? | Hemen hemen her gün
Haftada 3-4 gün
Haftada 1-2 gün
Ayda 1-2 gün
Hiç ya da hemen hemen hiç | | |
| 5. Horlamanız diğer insanları rahatsız ediyor mu? | Evet | Hayır | |
| 6. Nefesinizde durma ne sıklıkla fark ediliyor? | Hemen hemen her gün
Haftada 3-4 gün
Haftada 1-2 gün
Ayda 1-2 gün
Hiç ya da hemen hemen hiç | | |
| 7. Uykudan sonra yorgun oluyor musunuz? | Hemen hemen her gün
Haftada 3-4 gün
Haftada 1-2 gün
Ayda 1-2 gün
Hiç ya da hemen hemen hiç | | |

8. Uyanık olduğunuz sürede yorgun oluyor musunuz? Hemen hemen hergün
Haftada 3-4 gün
Haftada 1-2 gün
Ayda 1-2 gün
Hiç ya da hemen hemen hiç
9. Araba kullanırken hiç uyuyakaldınız mı? Evet Hayır
10. Tansiyon yüksekliğiniz var mı? Evet Hayır Bilmiyorum

EK-V

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Hasta Adı Soyadı :

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?

- | | |
|-------------|---------|
| a) Mükemmel | d) Orta |
| b) Çok iyi | e) Kötü |
| c) İyi | |

2. Bir yıl öncesi karşılaştığınızda,şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

- | | |
|---|--|
| a) Bir yol öncesine göre çok daha iyi | d) Bir yol öncesine göre biraz daha kötü |
| b) Bir yol öncesine göre biraz daha iyi | e) Bir yol öncesinden çok daha kötü |
| c) Bir yol öncesi ile hemen hemen aynı | |

3. aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?

A- Koşmak,ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1)Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2)Evet, biraz kısıtlıyor | |

B- Bir masayı çekmek, elektirik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |

C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |

D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |

E- Merdivenle bir kat çıkma

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |

F- Eğilme veya diz çökme

1) Evet , oldukça kısıtlıyor

3) Hayır , hiç kısıtlamıyor

2) Evet , biraz kısıtlıyor

G- Bir iki kilometre yürüme

1) Evet , oldukça kısıtlıyor

3) Hayır , hiç kısıtlamıyor

2) Evet , biraz kısıtlıyor

H- Birkaç sokak öteye yürüme

1) Evet , oldukça kısıtlıyor

3) Hayır , hiç kısıtlamıyor

2) Evet , biraz kısıtlıyor

İ- Bir sokak öteye yürüme

1) Evet , oldukça kısıtlıyor

3) Hayır , hiç kısıtlamıyor

2) Evet , biraz kısıtlıyor

J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme

1) Evet , oldukça kısıtlıyor

3) Hayır , hiç kısıtlamıyor

2) Evet , biraz kısıtlıyor

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak , işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?

1) Evet

2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?

1) Evet

2) Hayır

C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu ?

1) Evet

2) Hayır

D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

1) Evet

2) Hayır

5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınız (Örneğin çökkünlük veya kaygı)

Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı *

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?

- 1) Evet 2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?

- 1) Evet 2) Hayır

C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?

- 1) Evet 2) Hayır

6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi etkiledi e) Aşırı etkiledi

7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?

- a) Hiç c) Hafif d) Şiddetli
b) Çok hafif d) Orta e) Çok şiddetli

8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi)

- a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi etkiledi e) Aşırı etkiledi

9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir.her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı,son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

B- Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

C- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

D- Kendinizi enerjik hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

E- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

F- Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

G- Kendinizi mutlu hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Oldukça | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Bazen | f) Hiçbir zaman |

H- Kendinizi yorgun hissettiniz mi ?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Bazen | e) Nadiren |
| b) Çoğu zaman | d) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Her zaman | c) Bazen | e) Hiçbir zaman |
| b) Çoğu zaman | d) Nadiren | |

11- Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır ? Her ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

- | | | |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| a) Kesinlikle doğru | c) Bilmiyorum | e) Kesinlikle yanlış |
| b) Çoğunlukla doğru | d) Çoğunlukla yanlış | |

B- Tamdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

D- Sağlığım mükemmel.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış