

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN İYİLEŞME  
DURUMLARININ VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Sibel KAVRAZLI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2015**

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN İYİLEŞME  
DURUMLARININ VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Sibel KAVRAZLI**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Semiha AKIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2015**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sibel KAVRAZLI



# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
	<b>No</b>
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. CERRAHİ TEDAVİ	6
4.2. CERRAHİNİN SINIFLANDIRILMASI	7
4.2.1. Amaçlarına Göre Cerrahinin Sınıflandırılması	7
4.2.2. Hasta Üzerinde Oluşturduğu Riske Göre Cerrahinin Sınıflandırılması	8
4.2.3. Acil ve Zorunlu Oluşuna Göre Cerrahinin Sınıflandırılması	9
4.2.4. İsteğe Bağlı Cerrahi	9
4.2.5. Elektif (Seçimli) Cerrahi	9
4.3. CERRAHİ GEREKTİREN DURUMLAR	9
4.4. CERRAHİ HASTASI VE CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	10
4.5. CERRAHİ GİRİŞİM İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ	12
4.6. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ, CERRAHİ HEMŞİRESİNİN ROL VE SORUMLULUKLARI	14
4.7. AMELİYAT ÖNCESİ HASTA HAZIRLIĞI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	20
4.7.1. Ameliyat Öncesi Psikososyal Değerlendirme ve Psikolojik Hazırlık	20
4.7.2. Ameliyat Öncesi Fiziksel Hazırlık	21
4.7.3. Ameliyat Öncesi Yasal Hazırlık	27

4.7.4. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi	28
4.8. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI HEDEFLERİ	39
4.8.1. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakımı	39
4.8.2. Ameliyatı Takip Eden Günlerde Hemşirelik Bakımı	40
5. MATERYAL VE YÖNTEM	51
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	51
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	51
5.3. ARAŞTIRMA SORULARI	51
5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	51
5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	52
5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	52
5.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	53
5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER	53
5.9. VERİLERİN TOPLANMASI	53
5.9.1. Veri Toplama Yöntemi	54
5.9.2. Veri Toplama Araçları	54
5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	63
6. BULGULAR	64
6.1. ÖRNEKLEMİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	64
6.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL VE DUYGUSAL İYİLİK DURUMU VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	70
6.3. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE HAREKET DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR	87
7. TARTIŞMA	103

7.1. ÖRNEKLEMİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI	103
7.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL VE DUYGUSAL İYİLİK DURUMU VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	104
7.3. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE HAREKET DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	112
8. SONUÇ	118
9. TEŞEKKÜR	125
10. KAYNAKLAR	126
EKLER	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

**ALT:** Alanin Transaminaz

**AST:** Aspartat Aminotransferaz

**GİS:** Gastrointestinal Sistem

**IV:** İntravenöz

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**LDH:** Laktat Dehidrogenaz

**NPN:** Non Protein Nitrojen

**QOR-40:** Quality of Recovery-40 Questionnaire (İyileşme Kalitesi Anketi)

**SPSS:** Statistical Package For the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

**STAI:** State Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği)

**Araştırma Proje Numarası:** HEM/1452013

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

**Karar No:** 13.01.2015/27-195

## TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
<b>Tablo 4.7.1</b>	Ameliyat Öncesi Fiziksel Muayene	22
<b>Tablo 4.7.2</b>	Ameliyat Öncesi Yapılan Rutin Tarama Testleri	26
<b>Tablo 4.7.3</b>	Derin Solunum Egzersizleri	30
<b>Tablo 4.7.4</b>	Öksürme Egzersizleri	33
<b>Tablo 4.7.5</b>	Spirometre (Triflow) ile Solunum Egzersizi	35
<b>Tablo 4.7.6</b>	Bacak-Ayak Egzersizleri	38
<b>Tablo 5.9.1</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri	57
<b>Tablo 5.9.2</b>	Hasta Hareketlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Maddeleri ve Puanları	60
<b>Tablo 5.9.3</b>	Hasta Hareketlilik Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri	61
<b>Tablo 5.9.4</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri	62
<b>Tablo 6.1.1</b>	Örneklemin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular	65
<b>Tablo 6.1.2</b>	Hastaların Hastaneye Yatış Özelliklerine İlişkin Bulgular	67
<b>Tablo 6.1.3</b>	Hastaların Hastalık ve Ameliyat ile İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular	69
<b>Tablo 6.2.1</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde Puan Ortalamaları	71
<b>Tablo 6.2.2</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puanları	72
<b>Tablo 6.2.3</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	73
<b>Tablo 6.2.4</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	75
<b>Tablo 6.2.5</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması	76



<b>Tablo 6.2.6</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	79
<b>Tablo 6.2.7</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması	80
<b>Tablo 6.2.8</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Düzeyi Algısına Göre Karşılaştırılması	81
<b>Tablo 6.2.9</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	82
<b>Tablo 6.2.10</b>	İyileşme Kalitesi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre Karşılaştırılması	83
<b>Tablo 6.2.11</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Ameliyat Geçirme Öyküsüne Göre Karşılaştırılması	84
<b>Tablo 6.2.12</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması	85
<b>Tablo 6.2.13</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamaları ile Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması	86
<b>Tablo 6.3.1</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Madde Dağılımı	87
<b>Tablo 6.3.2</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Dağılımı	88
<b>Tablo 6.3.3</b>	Hasta Hareketlilik Ölçeği Ağrı Hissetme Maddesine İlişkin Bulguların Dağılımı	89
<b>Tablo 6.3.4</b>	Hasta Hareketlilik Ölçeği Zorluk Derecesine Göre Bulguların Madde Dağılımı	90
<b>Tablo 6.3.5</b>	Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Dağılımı	91
<b>Tablo 6.3.6</b>	Hastaların Mobilizasyon Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması	92
<b>Tablo 6.3.7</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	93
<b>Tablo 6.3.8</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması	94
<b>Tablo 6.3.9</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan	95

	Ortalamalarının Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	
<b>Tablo 6.3.10</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması	96
<b>Tablo 6.3.11</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Durumu Algısına Göre Karşılaştırılması	97
<b>Tablo 6.3.12</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	97
<b>Tablo 6.3.13</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatış Durumuna Göre Karşılaştırılması	98
<b>Tablo 6.3.14</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Ameliyat Öyküsüne Göre Karşılaştırılması	99
<b>Tablo 6.3.15</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması	100
<b>Tablo 6.3.16</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması	100
<b>Tablo 6.3.17</b>	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	101
<b>Tablo 6.3.18</b>	İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	101

## 1. ÖZET

Bu çalışma ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma örneklemini cerrahi girişim geçiren 80 hasta oluşturdu. Hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı varlığı gibi semptomlar ve ameliyat sonrası destek gereksinimi “İyileşme Kalitesi Anketi” kullanılarak değerlendirildi. Hastaların ameliyat sonrası hareket düzeyleri ve hareket ile ilgili yaşadıkları güçlükler “Hasta Hareketlilik Ölçeği” ve “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Ameliyat sonrası dönemde İyileşme Kalitesi Anketi toplam puanı  $162,75 \pm 20,81$ , “Fiziksel Rahatlık” alt boyutu puan ortalaması  $48,78 \pm 7,16$ , “Duygusal Durum” alt boyutu puan ortalaması  $37,19 \pm 5,05$ , “Hasta Desteği” alt boyutu puan ortalaması  $30,46 \pm 3,78$ , “Hareket Özgürlüğü” alt boyutu puan ortalaması  $20,06 \pm 3,54$  ve “Ağrı” alt boyutu puan ortalaması ise  $26,26 \pm 4,37$  bulundu. Ölçeğin en düşük puanını “Orta şiddette ağrı” maddesi ( $3,34 \pm 0,73$ ) aldı. Bu sonuç hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolü konusunda desteğe gereksinimleri olduğuna işaret etmektedir. Hastaların %53,8’i yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken, %38,8’i yatak kenarında oturmak için ve %38,8’i odasında yürürken sözlü uyarı ve fiziksel yardım aldıkları, %37,5’inin ise yatak kenarında sözlü uyarı ile bağımsız olarak ayağa kalkabildikleri belirlendi. Hastaların yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme ve yatak kenarında oturma işlevini bağımsız olarak gerçekleştiremedikleri saptandı. Ameliyat sonrası dönemde “İyileşme Kalitesi Anketi” ölçeği puan ortalamaları ile Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ilişki belirlendi ( $r_s = -0,43$  ile  $-0,67$ ,  $p < 0,01$ ). Bu araştırma bulguları; ameliyat sonrası dönemde hastaların semptom kontrolü konusunda desteğe gereksinimleri olduğunu, mobilizasyon ve hareket düzeyini geliştirmeye yönelik girişimlerin ameliyat sonrası hastaların genel durumunun olumlu yönde etkileyeceğini göstermesi adına anlamlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat, iyileşme, mobilizasyon, bakım gereksinimleri

## 2. SUMMARY

### THE EVALUATION OF RECOVERY STATUS AND CARE NEEDS OF POSTOPERATIVE PATIENTS

The aim of the research was to evaluate the recovery status and care needs of postoperative patients. This study adopted a descriptive, cross-sectional design. The research sample comprised 80 patients underwent surgery. The presence of postoperative symptoms such as pain and post-operative supportive care needs were assessed using "Quality of Recovery-40 Questionnaire (QoR-40)". The mobility difficulties experienced by patients and activity level during postoperative period were evaluated using "Patient Mobility Scale" and "Observer Mobility Scale". The data were analyzed using SPSS 17.0 software. Mean score of total QoR-40 scale was  $162.75 \pm 20.81$ , and  $48.78 \pm 7.16$  for "Physical Comfort" subscale,  $37.19 \pm 5.05$  for "Emotional State" subscale,  $30.46 \pm 3.78$  for "Patient Support" subscale,  $20.06 \pm 3.54$  for "Physical Independence" subscale, and  $26.26 \pm 4.37$  for "Pain" subscale. "Moderate pain" item of QoR-40 scale obtained the lowest score ( $3.34 \pm 0.73$ ). These results suggest that the surgical patients during postoperative period needed support for pain management. More than fifty percent of patients (53.8%) needed a verbal prompting and the physical assistance for moving from one side to the other side of the bed, 38.8% needed support for sitting by the bed and 38.8% for performing walking activity in their room. The results showed that the patients were unable to turn independently from one side to the other side of the bed bedside. There was a negative relationship between "Quality of Recovery-40 Questionnaire" mean scores and "Mobility Scales" mean scores ( $r_s = -0.43$  to  $-0.67$ ,  $p < 0.01$ ). The research findings showed that patients in postoperative period need support for management with postoperative symptoms and interventions for improving mobilization and physical activities and these interventions may lead to more effective postoperative recovery.

**Key Words:** Operation, recovery, mobilization, care needs

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bilim ve tıptaki gelişmelerin etkisiyle, cerrahi girişim birçok hastalığın tedavisinde sıklıkla kullanılan tedavi seçeneklerinden birisi olmuştur (1,2). Cerrahi tanım olarak, hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek kontrollü travma olarak kabul edilir. “Cerrahi Hemşireliği” ise, hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalıdır (3,4,5).

Preoperatif hemşirelik bakımı hastanın kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyattan bir önceki geceye kadar devam eden ve ameliyat günü hazırlığı ile sona eren dönemi kapsamaktadır. Cerrahi hemşiresi preoperatif dönemde hastayı psikolojik, fizyolojik, yasal yönden hazırlar ve ameliyat öncesi eğitimlerini vererek hastanın hazırlıklarını tamamlar (3,4). Ameliyat edilen hastalarda anestezinin bitimi ile hastanın tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek duruma kadar geçen süre “ameliyat sonrası dönem” olarak adlandırılır. Ameliyatın bitmesiyle hasta ayılma ünitesine ve durumu stabil ise servise yatağına alınır (2,6,7).

Hastanın gelişebilecek olası sorunlarla baş edebilmesi, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında etkin şekilde yönetilmesine bağlıdır. Ameliyat öncesinde hemşire, gerekli açıklamaları yaparak ve iyi bir bakım vererek hastanın ameliyat travmasıyla ve gelişebilecek olası sorunlarla baş edebilecek şekilde hazırlanmasını sağlamalıdır. Ameliyat sonrası bakımda ise homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve ameliyata özgü komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması için gerekli hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir (8,9). İyi bir ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı komplikasyonların oluşmasını ve oluşabilecek komplikasyonların azalmasını sağlayacaktır (10,11,12).

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının amacı; bozulan homeostatik dengenin yeniden oluşturulması, komplikasyonların önlenmesi, ağrının giderilmesi ve kısa sürede normal yaşama geri dönüşün sağlanmasında hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (13). Cerrahi hemşiresinin cerrahi sonrası bakım hedefleri; kardiyovasküler fonksiyonları sürdürmek, solunum sistemi fonksiyonlarını sürdürmek, yeterli beslenme ve

boşaltımı sağlamak, sıvı elektrolit dengesini sürdürmek, renal fonksiyonları sürdürmek, istirahati sağlamak, yara iyileşmesini sağlamak, hareketi sağlamak, psikolojik destek sağlamak ve komplikasyonları önlemek olarak sıralanabilir (3,4,5). Nitelikli ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulamaları, komplikasyonların önlenmesi için etkin faktörlerden birisidir (14).

Hemşire hasta kendine geldiğinden itibaren hastaya derin solunum, öksürme ve yatak içi egzersizlerini uygulatmalı ve hastayı erken ayağa kaldırmalıdır. Hastanın bilinci açık, yaşam bulguları normal ise ve özel bir durum yok ise hasta ameliyattan ilk 5-8 saat sonra ayağa kaldırılmalıdır. Hastada mayi, dren ya da göğüs tüpünün olması hastanın ayağa kaldırılmasını ertelememelidir (2,15).

Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan şiddetli ağrı, hastanın hareketini engelleyerek venöz dönüşte azalmaya neden olur. Mobilizasyon, ameliyat sonrası derin ven trombozu komplikasyonu ve konstipasyon gelişiminin önlenmesinde çok önemli rol oynar. Mobilizasyona yardım, ameliyat sonrası dönemde hemşireler tarafından uygulanan bir girişimdir (16). Hastayı erken ayağa kaldırmanın amacı; kardiyovasküler sistem ve solunum problemlerini azaltmak, yara iyileşmesini hızlandırmak, bağırsak peristaltizmini başlatmak, tromboflebiti önlemek ve hastanın kısa sürede kendi bakım sorumluluğunu almasını sağlamaktır (17).

Ameliyat öncesi dönemde yeterince bilgilendirilmeyen hastalarda ameliyat kararı ve bekleme süreci, anksiyete, ağrı korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi emosyonel sıkıntıların yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda ameliyat sonrası komplikasyonların görülme riski artmakta ve hastanede kalma süresi uzamaktadır (18,19).

Tanılama hastanın duygularını ifade ettiği, sorunlarını paylaştığı ve karşılıklı dayanışma evresidir (20). Bu evrede bakımın doğru planlanıp değerlendirilmesi olumlu sonuçların elde edilmesini sağlayıp, hasta memnuniyetini önemli derecede etkilemektedir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılama ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanan, hasta hemşire birlikteliğinin bir göstergesidir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadıkları sorunların ve iyileşme süreci ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi hasta sonuçları, ameliyat başarısı ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeyinin geliştirilmesine olumlu katkılar sağlayabilir.

Ameliyat sonrası dönemde hastanın konforunun arttırılması, iyileşmenin desteklenmesi ve ameliyat ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi sürecinde hemşirelik izlem ve bakımı çok önemli yer tutar. Ameliyat sonrası dönemde tedavi ve hemşirelik bakımının hedefine ulaşması için hastaların ameliyat ile ilişkili yaşadıkları sorunların yakından ve bütüncül yaklaşımla tanınması gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadıkları semptomların kontrolü ve iyileşmenin desteklenmesi cerrahi girişimin başarısını ve bakımın kalitesini arttırarak, ameliyat ile ilişkili komplikasyonları önleyecek, hastane yatışları ve mortalite oranlarının azalmasına olumlu katkılar sağlayacaktır. Ameliyat sonrası hastaların yakından izlemi ve tanınmasına, hemşirelerin ameliyat sonrası bakım kalitesini geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasına ve dolayısıyla bakımın kalitesine katkıda bulunulacağı için hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve sosyal sorunların belirlenmesine ilişkin araştırmaların yapılması önem taşımaktadır.

Bu çalışma ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ile bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bakıma rehber olacak önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlandı.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahinin kökü olan “cerh” sözcüğünün, Arapça’da lugat anlamı, yaralanma, çürütme, kabul etmemedir. Bu sözcükten türetilen “cerrah” da bu işi yapan hekim ve cerrahi de bu için yapılması anlamında kullanılmıştır (3). Latince de el ile yapılan iş anlamına gelen “chirurgia” sözcüğü Latin tıp kitaplarının çevirisi sırasında “amel niyed” olarak ifade edilmiş ve zamanla bu terim “ameliyat” olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır (21).

Cerrahi, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler olarak ele alınır (4,21). Diğer bir deyişle cerrahi hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak kabul edilir (3). Cerrahi tedavi, organizmanın anatomik ve fizyolojik temel yapısını olabildiğince koruyarak, hastalık, travma ve deformatörlerle bozulan beden fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasında uygun düzenlemelerle eski anatomik ve fizyolojik yapısına en uygun duruma getirilmesinde ya da dayanılır sınırlarda yaşamın sürdürülmesinde uygulanan el becerisine dayalı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanır (2, 21).

Cerrahinin çok eski çağlara dayanan geçmişi, mağara dönemiyle başlar ve bu dönemde insanların yaşamlarını sürdürmede avlanmak zorunda olmalarının, çeşitli yaralanmalara ya da travmalara neden olduğu ve bunun için kanamaları durdurmak, yaranın üzerini kapatmak amacıyla bazı yaprak ve otları kullandıkları belirtilmektedir (21,22).

Ansiklopedilerde cerrahi, tedavi biliminin, çıplak el ya da aletle girişimde bulunmayı gerektiren bölümü olarak tanımlanmakta ve tarih öncesine ait girişimlerin tedaviden çok büyücülük amacına hizmet ettiğinden söz edilmektedir ve yapılan işlemlerin cerrahi amaç kapsamında yerine getirildiği dikkat çekmektedir (3,4,21). Cerrahi ismi tıbbi açıdan lugat anlamı “yaralanma” olan “cerh” kelimesinden türetilmiştir (21). Cilalı taş



devri döneminde insanların, epilepsi nöbetleri ve sürekli baş ağrısı ile başa çıkmada, kafatası kemiklerine delik açtıkları ileri sürülür (2). Tıbbi tarihçe konusuna ışık tutacak yazılı belgelerin elde edilmiş olmasının yanı sıra arkeologlar tarafından yapılan çeşitli kazılardan elde edilen veriler, ilk çağlarda tıbbi alandaki uygulamaların çoğunlukla cerrahi tedavi niteliği taşıdığını gösterir (21,22).

Cerrahinin başarısı üzerinde olumsuz etki oluşturan enfeksiyon, ağrı, kanama ve şoka ilişkin bilgi içeriğinin yanı sıra bulgu ve belirtilere duyarlılığın artması, modern cerrahiye geçişte yol gösterici olmuştur (3). Son 20-30 yılda anesteziyoloji alanında önemli adımların atılmış olması sonucu ağrı algılamasının elimine edilmesi, hastalar tarafından cerrahinin kabulünde ve bu yöntemle tedaviye başvuru sayısının artmasında etkin olmuştur (23).

Türkiye’de modern cerrahinin kurulmasında ilk adımı atan cerrah Dr. Cemil Topuzlu, aseptik ilkelerin henüz kullanılmadığı bir dönemde, içinde ameliyathanenin de bulunduğu bir hastane yapımını gerçekleştirmiş, araç-gereç, etüv getirerek ülkemizde asepsi kavramının önemsenmesine ortam hazırlamış ve bu ilkeler doğrultusunda ameliyat yapılmıştır (2,3). Tıbbın her dalında meydana gelen hızlı ilerlemeler, teknolojik gelişmelerin cerrahi alanda kullanılması, tanı yöntemlerindeki ilerlemeler, bakım hizmetlerinin niteliğinin artması, toplumun kültür düzeyindeki yükselme ve bireylerin kendi sağlıklarını önemsemeleri, cerrahi girişimlerin sayısal artışında etkili olmuştur (2).

## **4.2. CERRAHİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Cerrahi birçok nedene bağlı olarak uygulanabilir. Bir cerrahi işlem; amaçlarına göre (diagnostik, eksploratif, rahatlatıcı, tedavi edici, konstrüktif, rekonstrüktif), hasta üstündeki riske göre (majör ve minör cerrahi), acil ve zorunlu olmasına göre isteğe bağlı ve elektif (seçimli) cerrahi şeklinde uygulanabilir (24, 25).

### **4.2.1. Amaçlarına Göre Cerrahinin Sınıflandırılması**

Hastaya yapılan cerrahi belli bir amaca yöneliktir. Bu işlem hem tanımlayıcı hem de teşhisin konulamadığı durumlarda yapılan girişimleri kapsar.

- 1) Diagnostik cerrahi:** Tanı koymak için yapılan cerrahi müdahelerdir (örneğin biyopsiler, endoskopi, artroskopi veya tanı amaçlı laparotomi) (26).

- 2) **Eksploratif cerrahi:** Tüm tetkikler yapılmasına rağmen teşhis konulamayan durumlarda yapılan cerrahi müdahelerdir (örneğin teşhis konulamayan akut batın tablolarında batının açılması) (24,27).
- 3) **Rahatlatici (palyatif) cerrahi:** Kesin tedavi yapılamayan durumlarda, semptomları hafifletip hastayı rahatlatmak amacıyla yapılan cerrahi müdahelerdir (örneğin geçici olarak trakeostomi açılması, ağrıyı azaltmak veya yemekleri yutamayan bir hastaya yardımcı olabilmek için gastrostomi tüpü takmak gibi) (28).
- 4) **Tedavi Edici (küratif) cerrahi:** Patolojik oluşumu ortadan kaldırmak, esas tedaviyi sağlamak için yapılan cerrahi müdahaledir (örneğin kolesistektomi, mastektomi, histerektomi, tümörün veya inflamasyonlu appendeksin alınması) (24,28).
- 5) **Konstrüktif cerrahi:** Konjenital bozuklukları onarmaya yönelik yapılan cerrahi müdahaledir (örneğin yarık damağın cerrahi olarak düzeltilmesi) (24,29).
- 6) **Rekonstrüktif (kozmetik) cerrahi:** Yapıyı tekrar eski hâline getirmek için yapılan cerrahi müdahaledir (örneğin yanıklarda veya geniş yaralarda greft yapılması, mamoplasti, yüz gerdirme) (24,29).

#### 4.2.2. Hasta Üzerinde Oluşturduğu Riske Göre Cerrahinin Sınıflandırılması

Cerrahi işlem geçirecek hastalara yapılacak girişimlerin büyüklük derecesine göre sınıflama yapılmasıdır. Büyük ve kapsamlı girişimler ile daha minimal düzeyde olan işlemleri içerir.

- 1) **Majör cerrahi:** Ameliyatın süresine göre risk artar. Büyük ameliyatlarda riski artıran durumlar arasında, hastanın uzun süre aynı cerrahi pozisyonda kalması, dolaşım ve sinir sisteminin baskı altında olması, enfeksiyon riskinin artması, sıvı-elektrolit ve kan kayıpları sayılabilir. Örneğin mitral kapak replasmanı, karaciğer transplantasyonu, açık kalp ameliyatı gibi kapsamı geniş, süresi uzun, önemli derecede yaşamı tehdit edici girişimlerdir (24).
- 2) **Minör cerrahi:** Küçük bir insizyon ve az anestezi alınmasıyla yapılan genelde lokal anestezi ile yapılan cerrahi müdahalelerdir. Bu ameliyatlarda sistemler fazla etkilenmez, sıvı-elektrolit kayıpları fazla değildir (örneğin biyopsi alınması, apse drenajı gibi) (24, 29).

#### 4.2.3. Acil ve Zorunlu Oluşuna Göre Cerrahinin Sınıflandırılması

Aciliyet durumlarına göre sınıflanan zamanın önemi göz önüne alınarak yapılan cerrahi tipidir.

- 1) **Acil Cerrahi:** Hastaya uygulanacak girişimin 24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin yaşamı tehdit edici olabileceği durumlarda yapılan cerrahi müdahalelerdir (örneğin travma sonrası kanamalar, perfore apandisit) (24,30).
- 2) **Zorunlu cerrahi:** Planlanarak yapılan zorunlu ameliyatlardır (örneğin çıkarılması gereken tümörler) (24)

**4.2.4. İsteğe Bağlı Cerrahi:** Bu müdahalelerde zorunluluk yoktur. Hastanın isteğine bağlı yapılır (örneğin estetik cerrahiler) (30).

**4.2.5. Elektif (Seçimli) Cerrahi:** Yapılması zorunlu olmayan ancak yapıldığında hasta için iyi olan müdahalelerdir. Özellikle akut olmayan, ancak sorunun düzeltilmesine gereksinim olduğu ve bireyin istemine bağlı olarak, bir süre girişimin geciktirilmesinin sorun yaratmayacağı durumlardır (örneğin skar onarımı) (26,30).

### 4.3. CERRAHİ GEREKTİREN DURUMLAR

Cerrahi işlem gerektiren durumlar dört ana grupta toplanır.

- 1) **Obstrüksiyon (tıkanma):** Herhangi bir tıkaçıcı nedene karşı yapılan cerrahi müdahaledir. Obstrüksiyon, bulunduğu yerdeki organların fonksiyonlarını engeller ve hayati tehlike oluşturur (27).
- 2) **Erozyon (aşınma):** Organizmada aşınmalar görülebilir. Aşınmalar gastro-intestinal sistemde, damar duvarlarında veya taşların bulunduğu organlarda (böbrek, safra kanalları vb.) taş oluşmasına bağlı sürekli fiziksel tahriş, ülserasyon ve inflamasyon gibi nedenlerle ortaya çıkabilir (4,27). Erozyonlar, perfore olmadan cerrahi müdahale yapılmalıdır. Örneğin mide ve duodenum ülserlerindeki erozyonlar perfore olabilir ve erken müdahale edilmezse peritonit gelişir (4).
- 3) **Perforasyon (delinme):** Travma ve erozyon nedeniyle perforasyonlar görülür. Hemen cerrahi müdahale yapılması gerekmektedir. Acil müdahale edilmezse olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (27,28). Arterlerdeki erozyon nedeniyle oluşan perforasyon anında cerrahi müdahale edilmez ise ölümle sonuçlanabilir (28).

- 4) **Tümörler:** Tümör, beden için fizyolojik fonksiyonu olmayan anormal doku büyümeleridir. Vücudun herhangi bir yerinde oluşan tümöral kitle cerrahi müdahale gerektirebilir (28).

#### **4.4. CERRAHİ HASTASI VE CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Cerrahi girişim büyük ya da küçük acil ya da planlanmış olsun hastayı stres altında bırakır. Cerrahi girişime bağlı stres hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler (31). Hastanın yaşadığı bu anksiyete ve strese tepki olarak bedende hipofiz bezi ve sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişiklikler ortaya çıkar (32).

Tüm hastaların cerrahi kliniklere yatma nedenleri değişik olsada hastanede buldukları süre içinde kendi kendilerine ve aileleri tarafından, gereksinimlerinin karşılanmadığı, belirli bir süre için de olsa iyileşmelerinin ve yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanmasının hemşirelik bakımına bağlı olduğu kritik bir dönemdir (31,33). Ameliyat geçirmek üzere hastaneye başvuran hastanın ve ailesinin karşısında hemşirenin ortaya koyduğu tutum ve davranışlar, hastanın hastanede yaşadığı deneyimi büyük ölçüde etkilemektedir (32).

Cerrahi girişim öncesinde bütün hastalar cerrahi girişimden korktuklarını ifade etmekte ve hastalar çeşitli nedenlerle ilişkili olarak korku yaşamaktadırlar (31). Ölüm, kanser olma, sakat kalma, ailesine eskisi gibi yetememe, iş yapma potansiyelini kaybetme, ameliyat sonrası ağrı ve anesteziyenin uyanamama bu korkulardan bazılarıdır (31). Bu bağlamda cerrahi girişim için hastaneye yatma, bireyi özel bir bakıma ve duygusal desteğe gereksinim duyan bağımlı bir kişi konumuna getirmektedir (31,33,34). Cerrahi girişimlerin doğru teknik bilgi ve beceri ile uygulanmasının yanı sıra cerrahi girişim öncesi ve sonrası bakımın kusursuz ve nitelikli bir biçimde gerçekleşmesi, cerrahi girişimin başarısını ve hastanın bakımdan memnuniyetini etkileyecektir (33).

Cerrahi girişimler; insan bedeni üzerinde gerçekleştirilen, büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olarak hastayı psikolojik ve fizyolojik olarak olumsuz yönde etkileyen, anatomik değişiklik olarak tanımlanır (35,36). Geçirilen ameliyatların hasta üzerine bazı genel etkileri de vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona

karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilir (36).

**Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması:** Bireyin çevresinde onu etkileyen ve zorlayan bir durumun olması sonucu ortaya çıkan tabloya stres denir (37). Organizma herhangi bir zorlanma oluşturan durumla (stresör) karşılaştığında iç dengeyi korumaya çalışır (31). Hastalanmak ve ameliyat olmak da birey için zorlayıcı bir durumdur ve stres tepkisi oluşturabilir (38). Bu tepkinin derinliği hastalığın ciddiyetine; hastanın; hastalık algısına, yaşı ve cinsiyetine, sahip olduğu psiko-sosyal destek ve gördüğü tedavinin kalitesi gibi etkenlere göre değişebilir (38). Ameliyat olmayı beklemek preoperatif dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olup, hastada fizyolojik olarak kalp atışında artış, heyecanlanma, psikolojik olarak ise iştahsızlık ve halsizlik vb. belirtiler ortaya çıkartabilir (39). Bedenin cerrahi travmaya karşı oluşturduğu stres tepkisi, bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepki genellikle ameliyattan sonraki ilk 2. ile 5. günlerde görülür (34,39).

**Enfeksiyona karşı direncin azalması:** Deri, mikroorganizmalara karşı bedenin savunma oluşturduğu ilk savunma bölgesidir. Cerrahi girişim ise deri tarafından oluşturulan bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir (1). Sağlık ekibi üyeleri ameliyat olacak hasta için enfeksiyon önleyici tedbirler alsalar dahi, enfeksiyon riski hastalar için her zaman vardır (31). Çünkü deri bütünlüğünün ameliyat ile bozulması mikroorganizmalar için giriş kapısı oluşturur (31,34).

**Dolaşım sistemi ile ilgili sorunlar:** Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Büyük damarlar klemplenerek kan kaybı en aza indirilmeye çalışılır. Fakat tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur (1,8). Kan kaybının en aza indirilmesi ya da kontrol edilmesi hemostaz olarak bilinir. Belli düzeyin üzerinde kaybedilen kan ve sıvı-elektrolitler hastada şok tablosu ve ölüme neden olabilir (1,2).

**Organ fonksiyonlarının bozulması:** Ameliyat sırasında organların ellenmesi, organ fonksiyonlarının geçici olarak bozulmasına neden olabilir (2,8). Bazen ameliyatla organın bir kısmı ya da tamamı çıkartılabilir. Böyle bir durumda bedenin fizyolojik fonksiyonları etkilenebilir (2).

## 4.5. CERRAHİ GİRİŞİM İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Ameliyat olacak hastada cerrahinin risklerini etkileyen dört genel faktör vardır. Bunlar;

1. Hastanın fiziksel ve emosyonel durumu,
2. Hastalığın süresi,
3. Cerrahi işlem büyüklüğü ve
4. Cerrahi ekibin başarısıdır (17).

Ameliyat ile ilişkili bireysel risk faktörleri;

1. Hastanın yaşı,
2. Hastanın beslenme durumu,
3. Hastanın sıvı-elektrolit durumu,
4. Hastada var olan diğer rahatsızlıklar,
5. Hastanın düzenli olarak kullandığı ilaçlar,
6. Hastanın duygusal durumu ve
7. Alkol ve sigara alışkanlığı olarak sıralanabilir (17,22).

1. **Hastanın yaşı:** Çocuklar, gençler ve orta yaştaki yetişkinler ameliyatı genellikle iyi tolere ederken, prematüre bebek ve yaşlılar iyi tolere edemez (40). Yaşlılar malnütrisyon ve dehidratasyona yatkın olduklarından yara iyileşmesi yavaşlar. Ayrıca anestezi, morfin sülfat ve barbitürat gibi ilaçlara duyarlı olduklarından yaşlılarda ameliyat sırasında veya sonrasında komplikasyon gelişme riski daha yüksektir (14).
2. **Beslenme durumu:** Ameliyat öncesi dönemde beslenme durumu hastaların olacağı ameliyat riskinin belirlenmesinde önemli bir faktördür. Ameliyat öncesinde en sık görülen beslenme problemleri: Protein, demir, vitamin eksikliğine bağlı malnütrisyon ve beslenme yetersizliği ve obezitedir (41). Malnütrisyon ve beslenme yetersizliği olan hastalarda yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyona yatkınlık olur (41). Ameliyat öncesi dönemde böyle hastalar B kompleks vitaminleri, protein, karbonhidrat ve K vitamini ile desteklenmelidir (42). Obez olan hastalar ile kardiyovasküler sistem hastalıklarına, enfeksiyona ve ameliyat sonrası komplikasyonlara yatkın olduklarından, ayrıca uygulanan cerrahi işlemi zorlaştırması ve yağ nekrozu nedeniyle

sutur yetersizliğine neden olacağından ameliyat öncesi dönemde sağlığına zarar verilmeden zayıflatılmalıdır (21).

3. **Sıvı-Elektrolit dengesi:** Ameliyat sırasında ve sonrasında dehidratasyon ve hipovolemi sık görülen komplikasyonlardır (43). Ameliyat öncesi hastanın aldığı-çıkarıldığı dikkatli yapılmalı, gerekli durumlarda IV infüzyon başlatılmalı ve  $K^+$ ,  $Mg^+$ ,  $Ca^+$  eksikliği  $H^+$  dengesizliği varsa uygun diyet ya da hiperelimentasyon sıvıları ile giderilmelidir (44).
4. **Hastada mevcut diğer bozukluklar:** Var olan herhangi bir enfeksiyon ya da ciddi fizyolojik bozukluklar ameliyat riskini artırır (45). Amfizem, bronşektazi gibi pulmoner hastalığı olan hastalar ameliyat öncesinde bronkodilatörlerle ve gerekirse uygun antibiyotiklerle tedavi edilmeli ve solunum-öksürük egzersizleri öğretilerek uygulanmalıdır (26). Ameliyat olacak hastanın protein atıklarını atmak ve sıvı-elektrolit dengesini korumak için renal fonksiyonlarının iyi olması gerekir (43). Hastanın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde idrar sıklığı, rengi ve kokusu, anüri, dizüri bulguları dikkatli gözlenmelidir. Hasta akut ve kronik hastalıklar yönünden iyi gözlenmeli mümkünse tedavi, değilse remüsyon sağlayacak destek tedavi uygulanarak düzeltilmelidir (45).
5. **Alkol ve sigara alışkanlığı:** Alkol ve sigara bağımlısı hastalarda malnütrisyon ve kronik hastalık olabileceği göz ardı edilmemeli ve hastanın beslenmesine dikkat edilmelidir. Ayrıca, böyle hastalarda alkol ve sigaranın zararları ve bırakma yönünden eğitim verilmelidir (45).
6. **Hastanın düzenli olarak kullandığı ilaçlar:** Antibiyotik, diüretik ve antidepresan gibi bazı ilaçlar anestetik maddelerle uygunsuz etkileşime girerek anestezinin yan etkilerini ve ameliyat riskini arttırmaları (46). Bu nedenle hastanın kullandığı ilaçlar ve herhangi bir ilaca karşı alerjisinin olup olmadığı cerrah ve anesteziye bildirilmelidir (47).
7. **Hastanın duygusal durumu:** Ameliyat, anestezi, ağrı, acı çekme ve ölüm korkularını yoğun yaşayan hastalarda ameliyat riski önemli derecede artar. Şiddetli depresyon, paranoya ya da diğer duygusal hastalık öyküsü olan bireyler ameliyat stresi ile baş edemeyebilirler (47). Duygusal durumu iyi olamayan hastalarda bulantı-kusma, üriner retansiyon, ağrı ve yorgunluk gibi problemler daha sık görülür. Ameliyat öncesinde

hasta duygusal olarak değerlendirilmeli, hastaya zaman ayrılmalı, duygu düşünce ve korkularının ifadesi sağlanmalı ve hastaya gerekli bilgiler verilmelidir (46).

#### **4.6. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ, CERRAHİ HEMŞİRESİNİN ROL VE SORUMLULUKLARI**

Cerrahi hemşireliğine ilişkin kararların irdelenmesi, açıklamalar ve geliştirilmesine kaynak oluşturabilecek araştırmalar, bakımın niteliğini yükseltmede en önemli adımlardır. Cerrahi hemşireliğinin gelişiminde temel alınması gereken en önemli parametre, hemşirelik uygulamalarına ilişkin çok daha fazla araştırmanın yapılması ve geliştirilmesidir (2,3,21).

Tarihsel gelişim içinde cerrahi hemşireliğinin, acil ameliyat öncesi, sırası ve sonrası cerrahi deneyim dönemlerinde, hastanın bakımını tanımlamada kullanıldığı gözlenmekte ve bunun çok belirgin olmasa da yalnızca cerrahi kliniklerinin yerel özellikleri ile sınırlandırıldığından söz edilmektedir (21,48). Oysa, günümüzde ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın gerçekleştirilmesine ayrı bir anlam katan cerrahi hemşiresi, yeni bir bakış açısı ile veri toplama, tanılama, organize etme, hasta verilerinde öncelikleri analiz etme, hemşirelik tanısı koyma, beklenen hedefleri belirleme, bakım planını uygulama ve geliştirme, belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirme sorumluluklarını üstlenir (37,43). Cerrahi hemşiresine genel anlamda bakıldığında; hemşirelik bakım aktivitelerinin gerek bağımsız, gerekse bağımlı fonksiyonlarını gerçekleştirerek, diğer sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği içinde, hastanın nitelikli bakım almasını sağlayıcı profesyonel bir meslek üyesi olarak tanımlanır (24). Bu bakış açısı ile hemşirelik yaklaşımlarını yalnızca cerrahi kliniklerin belirlenen alanı ile sınırlamadığı gibi, cerrahi işlem uygulanan her ünitenin yanı sıra hastanın evine kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamına alır (48).

Cerrahi hemşireliğinin birçok rolü, profesyonel hemşireliği karakterize eden davranış ve eylemlere ilişkin öğeleri içerir (49). Büyük olasılıkla hemşireliğini diğer alanları ile kıyaslandığında, geniş bilgi temeli, bilimsel bilginin hızla bakıma yansıtılması gerekliliği, geçmiş deneyimlerin ve sezginin gereksinimlerinin karşılanmasında yol gösterici olduğu, düşünce ve eylem çeşitliği, hemşirelik uygulamalarındaki esnekliğin



oldukça önemli olduğu bir alan olarak ele alınmasında oldukça etkin olduğu söylenebilir (24).

Cerrahi hemşireliği bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel gereksinimlerinin cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası, sağlığın yeniden kazanılması ve yükseltilmesinde fizyolojik, biyolojik ve davranış bilimleri üzerine temellendirilen hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulandığı bir dal olarak tanımlanmaktadır (3,21). Bu hemşirelik faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde amaç, algılanan hasta gereksinimlerine göre bakımı yapılandırmaktır. Belirlenen gereksinimleri karşılamak üzere akılcı ve sistematik bir yol izlenerek bakımın biçimlendirilmesi hemşirelik süreciyle gerçekleştirilir (21,49). Cerrahi hemşireleri, kendilerine özgü bir model geliştirebilir ancak her modelin içeriğinde yardım etmek, rahatı sağlamak, desteklemek, bütünlüğü korumak, öneriler getirmek ve hastanın kararlara katılımını ve doğru karar vermesine yardımcı olacak sağlık eğitimi gibi ana ilkelerin göz önüne alınması ile oluşturulması gereklidir (2,3). Cerrahi hemşirelerinin bilimsel ilkelere temellendirilmiş, gereksinimleri karşılamada geçerli, uygulanabilir, bakımda amaçlanan hedeflere erişilmesine rehberlik edebilecek bakım planları oluşturmaları beklenir (2,3,21). Hazırlanan bakım planı doğrultusunda uygulamaların sonucunda, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğudur (50).

Cerrahi uygulamalarında;

- Cerrahi asepsiye duyarlılık, kanıtlanmış yeni yöntemlerin kullanılması,
- Tanı ve tedavide sağlanan gelişmeler,
- Anestezi alanında sağlanan hızlı ilerlemeler,
- Yeterli sıvı replasmanı,
- Transfüzyon olanakları,
- Laboratuvar hizmetlerinin gelişimi,
- Bilinçli antibakteriyel tedavi,
- Nükleer tedavi alanında ilerleme, lazer kullanımı,
- Ekip yaklaşımının önemsenmesi,
- Sürekli gözlemin sürdürülmesi ve
- Nitelikli bakım yöntemleri uygulanması girişimlerde başarıyı etkileyen faktörlerdir (2,21).

Gerek genel cerrahi alanında, gerekse özel cerrahi alanlarında cerrahi hemşiresinin cerrahi girişim nedeniyle oluşan anatomi, fizyolojik değişimler, hasta açısından sonuç, ameliyat sırasındaki risk faktörleri, olası hasta yaralanmaları ve bunların önlenmesi, hasta ve ailenin cerrahi uygulama konusuna yaklaşımlarında yol gösterici ve yeterli bilgiye sahip olması gerekir (50). Bu temel bilgi, cerrahi hemşiresinin hasta ile cerrahi ekip üyelerinin gereksinimlerini önceden belirleme ve derhal uygun hemşirelik girişimlerini başlatmada yeterli ve yetenekli olmasını sağlarken, hastanın savunuculuğunu üstlenme, güvenliği için gerekeni yaparak güvenli çevre oluşturmaya rehberlik edecektir (51).

Sürekli gelişen ve değişen bir yapıya sahip olan cerrahi hemşireliğinde bakımı planlama, gerekli hemşirelik yaklaşımlarını belirleme yoluyla alanda görev üstlenen hemşireler, cerrahi hastasının bilimsel temele dayanan profesyonel hemşirelik bakımını gerçekleştirir (3). Cerrahi ekibin, hastada beklenen hedeflere ulaşmalarında, hemşirelerin kusursuz ve etkin fonksiyone olmalarının yanı sıra hasta açısından olduğu kadar cerrahi ekip açısından da güvenli ve etkili çevre oluşturma sorumlulukları vardır (2,3,50). Cerrahi hemşireliğinde başarının ilk adımı, bilimsel bilgi içeriğine temelli hemşirelik yaklaşımlarının yanı sıra bunların rahatlatıcı davranışlarla bütünleştirilmesidir (51).

Hemşirelik girişimleri sırasında uygulanan her bakım modelinin, yeterlilikten mükemmelliğe kadar uzanan bir yelpazede bireyselliğe odaklanmış, aile gereksinimlerini de karşılayacak biçimde planlanması gerekir (2,3). Cerrahi hemşireleri aktivitelerinde, olası fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlara çözüm aramada en etkin rolü oynar. Cerrahi hemşireliği, seri halinde entegre adımların gerçekleştirildiği, sistematik, planlanmış bir süreçtir, bilimselliği temel alır ve hemşirelerin nitelikli bakım sunumunu motive eder (52).

Bağımsız hemşirelik uygulamaları, hemşirenin sorumluluğunda, hekim, psikolog, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanları gibi diğer sağlık bakım uygulayıcıları ile işbirliği içinde gerçekleştirilen bakım aktiviteleridir (2,3). Bakımı planlayabilme, uygulayabilme, hastanın durumunu izleme ve etkin tedaviyi uygulama yalnızca birey ve sağlığına ilişkin faktörler konusunda değil, fizyopatolojik süreçler konusunda da derinlemesine ve genişlemesine bir bilgi temeli gerektirir (3,53). Hastalık konusunda yeterli ve güncel bilgiyi izleyerek bakımın planlanması ve uygulanmasında epidemiyoloji, anatomi, fizyoloji, fizyopatoloji, hastalık bulgu ve belirtileri ile tıbbi tedaviye ilişkin bilgi içeriğine gereksinim vardır (2,3,4,21).

Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat sırası (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakımını kapsayan hasta bakım uygulamalarını içermektedir (24).

- 1) **Ameliyat öncesi evre:** Cerrahi girişim kararı verildiğinde başlayan hasta ameliyathaneye gönderilinceye kadar geçen dönemdir (24). Cerrahi hemşireliği hastanın güvenliğinin sağlanmasını ve eğitimini ele alan hemşirelik alanıdır. Ameliyat girişimine hastanın hazırlanması, girişimin hedeflerine ulaşılmasında önemlidir (54). Ameliyat öncesi bakımda temel öge, hastanın hazırlığı ve güveni üzerinde odaklanır (21,43,55).
- 2) **Ameliyat sırası evre:** Hastanın ameliyathaneye gelmesiyle başlayan ayılma ya da yoğun bakım ünitesine nakledilmesine kadar geçen dönemdir (24). Bu dönemdeki hemşirelik bakımı, birey ve ortamın güvenliğini sağlama, fizyolojik izlem ve psikolojik destek temelinde gerçekleştirilir (49). Sirküler ve steril hemşireler, spesifik rol tanımlarına göre bireyin bakımını yapar, destekler ve cerraha yardım eder (56,21).
- 3) **Ameliyat sonrası evre:** Hastanın ameliyatından hemen sonra başlayan ve hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ya da tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden süreçtir (54). Hemşire ameliyatın türü ve tipine bağlı olmaksızın hastanın ameliyata hazırlanmasında, ameliyat esnasında gözetimi sürdürmede, komplikasyonları önleme ve ameliyat sonrası bakımda önemli rol oynar (24). Çeşitli faktörlerin etkisi ile birkaç günden, birkaç haftaya kadar uzayabilen ameliyat sonrası dönemde bakımın amacı; bozulan homeostatik dengenin yeniden oluşturulması, komplikasyonların önlenmesi ve kısa sürede normal yaşama geri dönüşün sağlanmasında, hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (26,21).

Başarılı bir cerrahi hemşiresi; ameliyata gereksinim duyulan hastalıklar ve buna eşlik eden süreci, hastaların bu stresli duruma tepkilerini ameliyat öncesi uygun tanı testleri ve bunların sonuçlarını değerlendirmeyi cerrahi işlem ile ilgili yan etkiler, mümkün olan riskler ve bu konuda alınacak önlemleri bilmelidir (24).

Cerrahi hemşireliği, cerrahi girişimlere ilişkin gereksinimlere paralel bir gelişim süreci içinde olmalıdır. Gelişme ve değişimin, cerrahi hastasının bakımına yansıtılabilir olması ile değer kazanacağı gerçeği, eğitimin sürekliliği ile doğrudan ilişkilidir (2). Hastaların

sorunlarının çözüme ulaştırılması, sağlıklı ve üretken bir yaşama geri dönüşünün sağlanmasında etkin, yaşamsal önemi olan sorumlulukların yerine getiren cerrahi hemşiresinin bu bağlamda;

- Hizmet sunduğu hastalarına,
- Bağlı bulunduğu kuruma,
- Nitelikli bakımı gerçekleştirerek mesleğine,
- Kendi sağlığını korumak için bireyselliğine ve
- Diğer ekip üyelerine karşı sorumlulukları vardır (2,3,21).

Cerrahi hemşiresinin hizmet sunduğu hastalarına karşı olan sorumluluğu önceliklidir. Cerrahi girişim kararı alındığı andan başlayan sorumluluğu, hastanın evine kadar uzanan geniş bir zaman dilimini kapsar (2,3,57). Cerrahi hemşiresinin sunduğu hizmetin niteliğinden ve uygulamalarından, etik ilkeler doğrultusunda, yasal olarak sorumlu olmasının yanı sıra birey ve topluma nitelikli bakım sunumunu gerçekleştirmede, kendi bedensel ve akılsal sağlığını koruma sorumluluğunu da üstlenmesi önemlidir (2,3). Kültürel ve mesleki gelişimini sağlamak üzere sürekli eğitim faaliyetlerini izleme ve gelişmeleri bakım uygulamalarına yansıtma becerikli olması, kendine güven duygusunu destekleyici, hastanın ve kurumunun gelişimine katkı sağlayıcıdır (57). Bireysel ve mesleki, rol, sorumluluk, yetki ve hakları konusundaki duyarlılığı, öz saygı ve mesleki onurunu korumada önemlidir (3).

Cerrahi hemşirelerinin, zaman ve enerji kaybını en aza indirmeyi hedef edinmeleri meslekleri açısından önemlidir (57). Hasta gereksinimleri ile ekip üyeleri ve kurum gereksinimlerini bütünleyici, öncelikleri belirleyici ve beklenmedik durumlara hazırlıklı olma gibi nitelikleri, görevinde yeterlilik ve iyi organize olmada ön koşuldur (3,21). Cerrahi hastasının değişken ve ani durumlarla karşı karşıya gelme olasılığının yüksek olması, bilimsellik kadar ilkelere ödün vermeksizin bir esnekliği de zorunlu kılarken hemşirenin, sakin, uyumlu davranışları, ortamın gerilmesini engelleyici olacaktır (58). Hasta/ailenin duygularını ifade etmelerine olanak sağlama, iyi bir dinleyici olma ve daima yanlarında, onları düşünen bir hemşire varlığı, güven duygusunu destekleyecektir (3,21).

Cerrahi hemşireleri, kendi inanç ve değer yargılarının baskı unsuru olmasını engelleyerek, tarafsız şekilde hastanın inanç ve değer yargılarını ön planda tutmalıdır (2,47). Ayrıca, cerrahi hemşiresinin elde bulunan kaynakları kullanma yoluyla hasta, ekip

ve kurum yararına, bakımda etkili yeni yöntemler geliştirmede yaratıcılık yeteneğini kullanması, bakımın niteliğini yükseltmede etkilidir (3,21). Cerrahi hemşiresinin, ahlak ilkelerine duyarlı, bireyin hak ve özgürlüklerine saygılı, sabırlı ve dikkatli bir gözlemci, hoşgörölü ve iletişimi sağlamada yetenekli olması gerekir (47). Bu özellikleri ile cerrahi hemşiresi, hastasının kısa sürede ait olduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesinde en önemli katkıyı sağlayan sağlık çalışanı olacaktır (2,21).

Genel olarak cerrahi hemşiresinin;

- Hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası değerlendirmede,
- Hasta ve ailesinin eğitiminde,
- Hasta ve ailesinin desteğinde,
- Skrap ve sirküle hemşire olarak görev yapmakta,
- Çevrenin kontrolünde,
- Hastanın bakımıyla ilişkili aktivitelerin kontrolünde,
- Diğer takım üyeleriyle iş birliği, iletişim ve danışmanlık sürecinde,
- Asepsinin bakımında ve
- Yardımcı personelin denetlenmesinde sorumlulukları vardır (59).

## **4.7.AMELİYAT ÖNCESİ HASTA HAZIRLIĞI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ**

Ameliyat öncesi dönem, cerrahinin planlanması ile başlayan ve anestezinin verilmesi ile son bulan dönemdir (11). Bu dönemde bireyin farklı açılardan kapsamlı olarak değerlendirilmesi, psikolojik, fiziksel hazırlık ve hasta eğitiminin ele alınması cerrahi girişimin başarısı açısından önemlidir (1).

Preoperatif değerlendirmede, cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerinin erken saptanması, mümkünse durumun ameliyat öncesi düzeltilmesi amacıyla yapılır (2). İşlem öncesi bireyin, tüm sistemleri içeren tam bir taramadan geçmesi, elde edilen bulguların değerlendirilmesi gerekir (11). Ameliyat öncesi dönem bakım ve hazırlığı; cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerini erken saptamak, risk faktörleri kontrol altına almak, hastanın ameliyat sırası ve sonrası stresle baş edebilmesini kolaylaştırmak, hastanın ameliyat sonrası bakıma katılımını sağlayarak iyileşme sürecini hızlandırmak ve olası komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek için önemlidir (14,22).

Ameliyat öncesi hasta bakımında;

- Hasta konusunda doğru, ayrıntılı bilgi edinme,
- Var olan patolojik olayın ortaya çıkarılması,
- Oluşan sistemik etkilerin olabildiğince tedavi/bakımının sağlanması,
- Üst düzeyde güvenli çevre oluşturulması ve
- Hasta/ailenin bilgilendirilmesi ve kararlara katılımlarının sağlanması hedeflenir (21).

### **4.7.1. Ameliyat Öncesi Psikososyal Değerlendirme ve Psikolojik Hazırlık**

Psikolojik hazırlıkta, yaşamı ve geleceği konusunda büyük endişe ve korku içinde olan hasta ve ailenin güvenilir bir destek aramaları doğaldır (1). Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (27). Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkusudur (45). Kullanılacak araç gereç konusunda hasta ve aile bilgilendirilirken etkili bir iletişim kullanılmalı ve ayrıntıya inen açıklamalardan

kaçınılmalıdır (60). Hastanın tüpler, drenler ve vasküler araçların olası kullanımına hazırlanması, hasta/ailenin anksiyete ve korkusunun yanı sıra olumsuz tepkilerinin azaltılmasına yardımcı olabilir (46).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık; anksiyeteyi gidermeye, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrası yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine, strese tepki olarak salınacak olan steroid hormonların az salınmasına, ameliyat sonrası hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (46,61).

#### **4.7.2. Ameliyat Öncesi Fiziksel Hazırlık**

Fiziksel hazırlıkta, cerrahi girişime ilişkin sorunların ve riskin en aza indirilmesinde, ameliyat öncesi genel durumun optimal düzeye getirilmesi önemli bir rol oynar (1). Hastanın fizyolojik açıdan değerlendirilmesi, genel sağlık durumunun belirlenmesi, gerekli girişimleri planlamada yol gösterici olacaktır (55). Hastaların fiziksel açıdan değerlendirilmeleri, hastalığın organizmada meydana getirdiği olumsuz etkileri, anestetik maddelerin eliminasyonu, ameliyat sonrası olabilecekleri belirleme ve tedavinin başarısı ile direkt olarak ilişkilidir (22,55). Cerrahi girişimin hasta üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler, hastalığın kapsamının yanı sıra hastanın genel sağlık durumuna bağlıdır (22). Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu mümkün olan en yüksek seviyeye getirilmelidir. Ameliyat öncesinde hastanın sağlık durumu, iyi bir fizyolojik değerlendirmeyle belirlenebilir (47). Ameliyattan önce hastanın ruhsal olduğu kadar fiziksel bakımdan da en iyi durumda olması gerekir (43,61).

Hasta; yaş, ağrı, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Kardiyovasküler fonksiyon, pulmoner fonksiyon, renal fonksiyon, intestinal fonksiyon, karaciğer fonksiyonu, endokrin fonksiyon, nörolojik fonksiyon ve hematolojik fonksiyonları değerlendirmeye yönelik tetkikler yapılmalıdır (27,43). Ameliyat öncesi dönemde hastanın fiziksel muayenesi ve fiziksel hazırlığı önemlidir. Fizik muayene ile baştan ayağa genel değerlendirme yapılır (Tablo 4.7.1).

**Tablo 4.7.1. Ameliyat Öncesi Fiziksel Muayene**

<b>Tanımlama Faktörleri</b>	<b>Sorunlar ve Yaklaşımlar</b>
<b>Genel Muayene</b>	Genel sağlık durumunu kayıt et. Vücut pozisyonunu ve boyunu değerlendir.
	Yaşam bulgularını ölç ve kayıt et.
<b>Deri</b>	Deriyi renk ve özellikleri yönünden değerlendir. Varsa yaraların yer ve görünümünü değerlendir. Kemik çıkıntıları üzerindeki deriyi değerlendir. Deri turgorunu dokunarak muayene et.
<b>Göğüs ve Akciğerler</b>	Göğüs simetrisini ve farklılıkları, toraksın çapını ve şeklini değerlendir. Solunum seslerini dinle. Herhangi bir ağrı veya hassasiyet varlığını dokunarak muayene et.
<b>Kardiyovasküler Sistem</b>	Jugular (boyun veni) veni şişme yönünden değerlendir. Apikal nabız hızını, ritmini ve özelliğini stetoskop ile dinle. Kalp seslerini stetoskop ile dinle. Periferik ödem varlığını kontrol et. Periferik nabızların özelliğini dokunarak muayene et.
<b>Karın</b>	Son defekasyon zamanını sorgula. Karın çevresini gözle muayene et. Barsak seslerini stetoskop ile dinle. Boşaltım ile ilişkili anormal durum (kanlı dışkı ya da idrar vb.) varlığını sorgula.
<b>Nörolojik Sistem</b>	Hastanın oryantasyonunu ve bilincini, farkındalık ve konuşma düzeyini belirle. Refleksleri muayene et. Motor ve duysal yeteneği değerlendir. Görme ve işitme yeteneğini değerlendir.
<b>Kas ve İskelet Sistemi</b>	Eklem hareketlerini incele ve değerlendir. Kas gücünü elle muayene et. Hastanın yürüme yeteneğini değerlendir.

(62) Turgay AS. Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010, sayfa: 644.



- 1. Yaş:** Çocuklar, gençler ve orta yaştaki erişkinler genelde ameliyatı iyi tolere ederler. Küçük bebek ve yaşlılarda ameliyat riski yüksektir (2). Yaşlı kişilerin kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal ve renal sistemlerinde yaşlılığa bağlı olarak gelişen fizyolojik değişiklikler ameliyat sonucunu etkileyebilir (46). Ateroskleroz, beslenme bozukluğu, anemi, sıvı açığı (dehidrasyon) da önemli sorunlardır. Çoğunlukla azalmış iştme ve görme gibi duyuusal kısıtlılıklar da fiziksel değerlendirmede dikkate alınmalıdır (46).
- 2. Ağrı:** Ağrı önemli bir fizyolojik belirleyicidir ve dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Hastayı değerlendirirken akut ve kronik ağrı ayırımı yapılmalıdır (18). Bu, ameliyat sonrası ağrı ile kronik durumları ayırt edebilmeyi sağlar. Ağrıyı değerlendirmede bir ağrı ölçeği kullanılmalı ve bu hastaya anlatılmalıdır (18,43). Buna ek olarak hastanın ameliyat sonrası yaşadığı ağrı hemşire tarafından gözlenmeli, kayıt edilmeli, yeri, sıklığı ve şiddeti gibi önemli bulgular dikkatle izlenmelidir. Ayrıca hemşire hastanın ilaç alerjilerine karşı uyanık olmalı ve buna göre ağrı kesici uygulamalıdır (63).
- 3. Beslenme durumu:** Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme, beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir (62). Ameliyat öncesi beslenmesi iyi olan hasta ameliyat stresiyle daha kolay baş edebilir. Beslenmeyle ilişkin temel sorunlar; protein, demir ve vitaminden yetersiz olarak beslenme ve şişmanlıktır (18,62). Ameliyat öncesi beslenme yetersizliğini karşılamak, enerji ihtiyacı ve yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde karbonhidrat, protein, vitamin, minerallerden zengin beslemek gerekir (46). Obez hastalarda ameliyat acil değilse ameliyat öncesi dönemde normal vücut ağırlığına inmesi sağlanmalıdır. Obez hastalarda yağ dokunun fazla olması, teknik açıdan güçlük oluşturur ve ameliyat yarası normalden daha geniş olur (18). Bu nedenle insizyonel herni, yara açılması ve enfeksiyon riski yüksektir. Obez hastalarda karında gaz (abdominal distansiyon), flebit, kalp damar, endokrin, karaciğer ve safra hastalıkları daha sık gelişir (64).
- 4. Sıvı-Elektrolit dengesi:** Sıvı elektrolit dengesinin sürmesi cerrahi hastası için son derece önemlidir. Sıvı açığı (dehidrasyon), hastada şoka neden olarak ölüme neden olabilir (65). Yaşlılarda, kronik hastalığı olanlarda hipovolemi var ise giderilmelidir. Mümkünse ağız yoluyla sıvı alımı (2500-3000 lt.) sağlanmalı veya parenteral olarak sıvı açığı giderilmelidir (65).

5. **Enfeksiyon:** Daha önce de belirtildiği gibi beslenme yetersizliği olan kişilerde enfeksiyon riski yüksektir. Hemşire hastayı enfeksiyon bulguları açısından gözlemelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenebilir (65). Önce var olan enfeksiyon giderilir ve ameliyat sonra planlanır.
6. **Kardiyovasküler fonksiyonlar:** Ameliyat öncesi kalp damar sisteminin hazırlanmasında amaç, sistemin ameliyat döneminde hastanın oksijen, sıvı ve beslenme gereksinimlerini karşılayabilmesidir (66,67). Ameliyat riskini artıran kalbe ilişkin sorunlar arasında; anjina pektoris, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, aritmiler, hipertansiyon, konjenital kalp hastalıkları sayılabilir. Periferik damar hastalığı olanlara ekstremitelere ilişkin ameliyat uygulandığında, doku iyileşmesi gecikebilir (67).
7. **Solunum fonksiyonu:** Astım, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH), amfizem ve bronşektazi gibi pulmoner hastalıklar karbondioksit (CO<sub>2</sub>) ve oksijen (O<sub>2</sub>) değişimini engelleyerek ameliyat riskini artırır ve pulmoner enfeksiyon gelişmesine neden olurlar (62). Pulmoner hastalıktan kuşku duyulan hasta, tanısı kesinleştirildikten sonra ameliyat öncesi dönemde tedavi edilerek ameliyatta ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmesi önlenmiş ya da risk en aza indirilmiş olur (56).
8. **Böbrek fonksiyonu:** Ameliyat olacak hastanın böbrek fonksiyonu sıvı elektrolit dengesinin korunması ve artık ürünlerin bedenden atılabilmesi için yeterli olmalıdır (1,2). Böbrek fonksiyonu, idrar yapım ve atım bozuklukları, idrar görünümü, idrarda lökosit, eritrosit, protein, glikoz, dansite, kan üre nitrojen (BUN), nonprotein nitrojen (NPN) ve kreatinin açısından izlenmelidir (54).
9. **Sindirim sistemi fonksiyonu:** Sıvı elektrolit dengesizliklerinin büyük çoğunluğunun sindirim sisteminden kaynaklanması nedeniyle ameliyat olacak hastanın sindirim sistemi yönünden değerlendirilmesi önemlidir (56). Hastanın kusması, kusmuğun kanlı ya da yeşil olması, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve rektal yolla kanama olup olmadığı değerlendirilmelidir (62).
10. **Karaciğer fonksiyonu:** Anestezik maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasında karaciğer önemli rol oynar (64). Karaciğer hastalıkları anesteziklerin metabolize edilmesini etkiler, bu yüzden de akut karaciğer hastalıkları yüksek cerrahi mortaliteye neden olur. Yine karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında ve

pıhtılaşmada rol oynaması nedeniyle siroz gibi hastalık durumlarında ameliyat riski artar (65). Karaciğer fonksiyonları yetersiz ise yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyon riski artar. Bu nedenle ameliyat öncesi karaciğer fonksiyonlarında iyileşme amaçlanır (65).

**11. Endokrin fonksiyonu:** Endokrin bezlerin fonksiyonu ameliyat öncesi dönemde iyi değerlendirilmelidir (54). Tiroid bezinin fonksiyonu cerrahi riski en aza indirmek için değerlendirilmelidir (54). Hipertiroidizm ameliyat sırası veya sonrası tiroid krizine, hipotiroidizm ise anestezi sırası hipotansiyon ve kardiyak arreste neden olabilir. Bu nedenle tiroid bezine ilişkin sorunlar ameliyat öncesi dönemde tedavi edilmelidir (2). Cerrahi girişim yapılacak diyabetli bir hasta kan glikoz değerinin düşmesi (hipoglisemi) ve kan glikoz değerinin yükselmesi (hiperglisemi) açısından risk altındadır (55). Hipoglisemi yetersiz karbonhidrat alımına veya aşırı insülin uygulanmasına bağlı olarak anestezi veya ameliyat sırasında gelişebilir (2). Hiperglisemi cerrahi yarada enfeksiyon için riski artırabilir. Diğer riskler asidoz ve glikozüridir. Cerrahi öncesi, sırası ve sonrası kan glikoz düzeyi takip edilmelidir (1,2).

**12. Nörolojik fonksiyon:** Ameliyat öncesinde nörolojik muayeneyle hastanın kranial sinirleri alt ve üst ekstremité refleksleri duyu refleksleri değerlendirilmelidir (65,66). Nörolojik değerlendirme hastanın ameliyat öncesi genel sağlık durumu hakkında fikir verir; anestetikler ve analjezikler santral sinir sistemini etkileyeceğinden bu ilaçlara karşı oluşabilecek reaksiyonların önceden saptanmasına izin verir; özellikle ameliyat hastanın nörolojik fonksiyonlarını etkileyecek ise ameliyat sonrası durumun ameliyat öncesi nörolojik durumla karşılaştırılmasına olanak sağlar (65).

**13. Hematolojik fonksiyon:** Tüm ameliyatlarda kan kaybı olur. Ameliyat öncesi kan grubu tayini ve uygunluk testi (cross-match testi) yapılmalıdır (67). Hastanın genel durumu, yaşı, ameliyat bölgesine göre doktor tarafından istenen kan hazır bulundurulmalıdır (46). Ameliyat pıhtılaşma sorunu olan hastalarda kanama ve şok riskini önemli ölçüde artırır. Hastanın değerlendirmesinde; kanamaya yatkın olma, diş çekimi ve traş sonrası aşırı kanama, burun kanaması, hepatik ya da renal hastalık, antikoagülan ilaç kullanma anormal kanama zamanı ve protrombin zamanı ya da trombosit sayısı dikkate alınmalıdır (67). Ameliyat öncesi yapılan rutin tarama testleri Tablo 4.7.2'de verilmektedir.

**Tablo 4.7.2. Ameliyat Öncesi Yapılan Rutin Tarama Testleri**

<b>Test Adı</b>	<b>Açıklama</b>
<b>Tam kan sayımı</b>	Eritrositler, hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Htc) kanın oksijen taşıma kapasitesi için önemlidir. Lökositler, bağışıklık fonksiyonunun bir göstergesidir.
<b>Kan grubu ve Uygunluk testi (cross-match testi)</b>	Kan grubu tayini tüm cerrahi girişimlerden önce belirlenmesi gereken bir testtir. Uygunluk testi ise cerrahi işlem sırasında veya sonrasında kan transfüzyonu gerekli olan vakalarda belirlenir.
<b>Serum Elektrolitleri (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Cl<sup>-</sup>, HCO<sup>-3</sup>)</b>	Sıvı elektrolit durumunu değerlendirmek için yapılan testlerdir.
<b>Açlık kan şekeri</b>	Yüksek düzeyler, tanı koyulmamış diyabetes mellitusü gösterir.
<b>Kan üre, nitrojen ve kreatinin</b>	Böbrek fonksiyonunu değerlendirmek için yapılan testlerdir.
<b>ALT (Alanin transaminaz), AST (Aspartat aminotransferaz), LDH (Laktat dehidrojenaz) ve Bilirubin</b>	Karaciğer fonksiyonunu değerlendirmek için yapılan testlerdir.
<b>Serum Albümin ve Total Protein</b>	Beslenme durumunu değerlendirmek için yapılan testlerdir.
<b>İdrar tahlili</b>	İdrar bileşimini ve olası anormal bileşenleri (Protein ve glikoz) veya enfeksiyonu saptamak için yapılan testlerdir.
<b>Göğüs röntgeni</b>	Solunum durumunu ve kalp boyutunu değerlendirmek için yapılan testlerdir.
<b>Elektrokardiyogram</b>	Kalp problemlerini ya da hastalığı önceden tanımlama için yapılan testtir.

(62) Türgay AS. Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010, sayfa: 648.

**14. İmmun Fonksiyon:** Hastanın ilaçlara karşı var olan herhangi bir hassasiyeti ve bunun neden olduğu önceki tepkiler saptanmalı ve belgelenmelidir (62). Hastadan daha önceki alerjik reaksiyona neden olmuş olabilecek bütün maddeleri tanımlaması ve oluşan tepkileri anlatması istenmelidir (62).

**15. Alkolizm:** Aşırı miktarlarda alkol kullanarak akut alkol intoksikasyonuna giren birçok kişi acil nedenlerle ameliyata alınmaktadır (56). Acil cerrahi gerekiyorsa küçük ameliyatlara için lokal, spinal veya blok anestezi kullanılır. Anestezi ile cerrahi girişim uygulanırken, genel anesteziye de gereksinim duyulabilir (46). Eğer mümkünse alkol intoksikasyonu geçinceye kadar cerrahi girişim ertelenir.

**16. Kullanılan İlaçlar:** Bireyin düzenli kullandığı tüm ilaçlar ya da son bir hafta içinde aldığı ilaçlar sorgulanarak listelenmelidir. Konvülsyonları durduran veya engel olan ilaçlar gibi bazı ilaçların kandaki düzeyini sürdürmek yaşamsal öneme sahiptir. Antikoagülanlar gibi düzenli kullanılan bazı ilaçlarda ameliyat açısından risk yaratır (67).

*Antikoagülanlar;* kanamaya neden olabilir, ameliyattan önce kesilmelidir.

*Antibiyotikler;* bazı anestetiklerde istenmeyen etki oluşturabilirler. Örneğin neomisin, daha az sıklıkla streptomisin kas gevşeticilerle beraber kullanıldığında sinir iletimini keserek solunum paralizisi ile sonuçlanabilir. İlaç uygulama sonrasında hasta dikkatle izlenmelidir.

*Tranklizanlar;* kan basıncını düşürerek şoka neden olabilir, doz ayarı yapılarak verilmelidir.

*Thiazid diüretikler;* potasyum ve sıvı kaybına neden olabilir.

*Steroidler;* uzun süre kullanıldıysa, adrenal bezlerin korteksi baskılanır. Stres durumunda yeterince steroid hormon salınmaz ve hastanın anestezi ve ameliyat sonrası stresine baş etmesi zorlaşır.

*Antihipertansifler;* anestezide hipotansiyona neden olabilir (67).

#### **4.7.3. Ameliyat Öncesi Yasal Hazırlık**

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır (2). Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hastaya ameliyat hakkında yeterli açıklama yapılmalı, gerekirse şekil ve tablolardan yararlanılmalıdır. Ameliyatta ve

ameliyat sonrasında nelerle karşılaşacağı konusunda bilgi verilmelidir. Ayrıca hastaya ameliyatın komplikasyonları, gelişebilecek şekil bozuklukları da söylenmelidir. Hasta herhangi bir organı çıkarılacaksa da bilmelidir. Kısaca hasta, ameliyatta ve ameliyat sonrasında nelerle karşılaşacağını bilmelidir (68). Erişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izni formlarını imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri, aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır (68). Bilinçsiz ve 18 yaşından küçükler için de izin formu ebeveynlerine imzalatılmalıdır. Yalnız hayat kurtarıcı ameliyatlar acil olduğu durumda izin almadan yapılabilir. Ameliyat izin formu hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce kontrol edilmelidir (68). Hiçbir hasta ameliyat onay formunu imzalatırmak için zorlanmamalı ve acele ettirilmemelidir. Ameliyata girmek istememek bir hastanın en doğal ve yasal hakkıdır. Ancak bu tip bilgiler belgelenmelidir (62).

*Ameliyat öncesi alınan bilgilendirilmiş izin formu;*

- Ameliyat türü ve amacını,
- Ameliyatı yapan cerrahın adını,
- Ameliyat risklerini (doku hasarı ve ölümü),
- Ameliyatın başarı şansını,
- Olası alternatif yöntemleri ve
- Hastanın izini reddetme veya sonra izni geri çekme hakkı olduğu bilgisini içermelidir (62).

#### **4.7.4. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi**

Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi duyumsamasına ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır (21). Ameliyat öncesi eğitim, olabildiğince erken dönemde, hastalık tanısı konulduğunda başlamalı ideal zamanda hastaya verilmelidir (21). İyi planlanmış eğitim, hastanın işine ve diğer günlük yaşam aktivitelerine daha erken dönmesini sağlar (65). Planlanan eğitimler, sözlü, yazılı, göstererek yaptırma gibi yollarla anlatılarak, hastanın ihtiyaç ve yeteneklerine dayandırılarak hazırlanmalıdır (69). Ameliyattan önce yeterli bilgi almayan hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası emosyonel sıkıntılara rastlanmakta ve

ameliyat sonrası komplikasyonların görülme riski artmakta bunun sonucunda hastanede kalma süresi uzamaktadır (18,21).



*Hemşire hasta öğretiminde temel öğretim ilkelerini esas almalıdır;*

- Cerrahın hastaya ne kadar açıklama yaptığı öğrenilerek, hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır,
- Gerektiğinden fazla bilgi verilmesi hasta anksiyeteye neden olabileceğinden, hastayla ilgili bir görüşme yapılarak ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmeli ve bu doğrultuda açıklama yapılmalıdır,
- Hastanın eğitim düzeyine göre anlayabileceği terimlerle açıklama yapılmalıdır,
- Hastayı bir seferde fazla bilgi verip bunaltmamak için kısa sürmeli ve belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır,
- Hastanın soru sorabilmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır,
- Hasta eğitiminde gerekli görsel ve işitsel araçlardan yararlanılmalıdır,
- Hastadan öğretilen yeni beceri ya da tekniği yaparak göstermesi istenmelidir,
- Hasta ailesi ya da yakınları ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine katılmalıdır (39).

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterse de, ameliyat olacak hastalara derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri öğretilmelidir (2).




**1. Derin solunum egzersizleri:** Derin soluk almada karın kaslarını kullanarak burun yoluyla yavaşça içeriye alınan hava, dudakların arasından yavaşça dışarıya verilir (64,66). Doğru şekilde derin soluk alabilmek için sadece göğüs kafesi kasları değil, diyafragma ve karın kasları da kullanılmalıdır (45,66).

**Tablo 4.7.3. Derin Solunum Egzersizleri**

<b>Derin Solunum Egzersizleri İşlem Basamakları (Büzük dudak- Pursed Lip ve Diyafragmatik Solunum)</b>	<b>Mantıksal Gerekçesi</b>
1. Hastaya uygulama hakkında bilgi ver.	Böylece hastanın endişeleri giderilir, iş birliği yapması sağlanır.
2. İşlem için hastadan izin al.	Hasta olarak kişisel haklarının farkına varmasını sağlar.
3. Hastaya pozisyon ver. 	Göğüs kafesinin rahat olmasını sağlar ve abdominal kasların gergin olmasını engeller.
Pursed Lip Solunum için; hastayı oturt ya da yatak içinde dik oturur pozisyon ver.	
Diyafragmatik Solunum için; hastaya sırt üstü yatar pozisyon ver. Dizlerinin başının altına yastık yerleştir.	
4. Kağıt mendil ve atık kutusunu kolay ulaşılabilir şekilde yerleştir.	Egzersiz sırasında sekresyon çıkışı ya da kusma olabilir.
5. Hastanın ellerini göğüs kafesi ve karın üzerine yerleştir.	
Pursed Lip Solunum için; hastaya ellerini kaburga kemikleri altına, orta parmaklar birbirine dokunacak biçimde diyafragma üstüne yerleştirmesini söyle.	Hasta soluk alıp verdiğinde göğüs kafesindeki yükselmeyi hisseder.
Diyafragmatik Solunum için; sağ el üst karın bölgesine, sol el göğsün üst tarafına yerleştirilir.	Sağ el altındaki karın bölgesinin yukarıya doğru hareketi hissedilmelidir. Sol el altındaki üst göğüs bölgesinin hareketi minimal olmalıdır.
6. a) Hastadan, içinden dörde kadar saymasını ve burundan yavaş ve derin bir nefes almasını iste. 	Nefes alma ve verme sürelerinin kontrolünü kolaylaştırır.



**Tablo 4.7.3. Derin Solunum Egzersizleri (Devamı)**

<p>b) Diyafragmatik solunumda da dört sayıncaya kadar burun yoluyla nefes alırken, sağ el altındaki karın bölgesinin yukarıya doğru hareketi hissedilmelidir.</p> <p>Nefes al</p> 	 <p>Nefes ver</p>
<p>7. Nefes alınan süre kadar, havayı içinde tutmasını söyle (Hasta isterse içinden dörde kadar sayabilir).</p>	<p>Alveollerde gaz değişimi gerçekleşir.</p>
<p>8. Hastadan dudaklarını ıslık çalar gibi büzerek, uzun sürede nefesini ağızından dışarı vermesini söyle.</p> 	<p>Uzun ekspirasyon ile akciğerlerde kalan hava miktarı azalır. Daha derin nefes alma gereksinimi doğar. Diyafragmatik solunumda hasta karın bölgesinin aşağıya doğru hareketi hissetmelidir.</p>
<p><b>UYARI:</b> Egzersizler yemeklerden iki saat sonra, başlangıçta 2-3 dakika gibi kısa sürelerde, hastanın tolere etmesiyle 10 dakikalık süreler halinde, günde ortalama 30 dakika olacak şekilde tekrarlanmalıdır.</p>	
<p>9. İşlem sonrası hastaya rahat pozisyon ver.</p>	<p>Hastanın rahat etmesini sağla.</p>
<p>10. Malzemeleri ortamdan uzaklaştır.</p>	
<p>11. Yapılan uygulamayı, bireyin tepkilerini, gözlem bulgularını kayıt et.</p>	<p>Bakımın devamlılığını sağlar ve yasal olarak yazılı kaynak oluşturur.</p>

(70) Süzen BL. Solunum Sistemi Uygulamaları. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010, sayfa: 538.

Büzük dudak solunumu, nefes verme süresi alma süresinin en az iki katı olacak biçimde ve sürekli olarak, zorlamadan büzölmüş dudakların arasından nefes verme şeklidir (71). Diyafragmatik solunumda burundan nefes alınırken karın mümkün olduğunca şişirilmeye çalışılır (71).

**2.Öksürük egzersizleri:** Öksürme egzersizi, bronşlarda biriken sekresyonun kolay çıkartılmasına ve öksürüğü kontrol etmeye yardımcı olur (69). Etkili öksürme,

sekresyonun akciğerlerden dışarı atılmasını kolaylaştırır, bakterilerin çoğalarak pnömoni vb. hastalıkların oluşmasını engeller (48). Özellikle ameliyat sonrası dönemde anestezi ilaçları akciğer sekresyonunu artırır ve hareketsizlik bronşlarda sekresyon birikmesine neden olur. Sekresyonların birikme riskinin fazla olduğu hastalar, öksürme egzersizlerine ameliyattan önce başlamalıdır (46).



**Tablo 4.7.4. Öksürme Egzersizleri**

<b>Öksürük Egzersizleri İşlem Basamakları</b>	<b>Mantıksal Gerekçesi</b>
1. Hastaya uygulama hakkında bilgi ver.	Böylece hastanın endişeleri giderilir, iş birliği yapması sağlanır.
2. İşlem için hastadan izin al.	Hasta olarak kişisel haklarının farkına varmasını sağlar.
3. Hastayı sandalyeye oturt ya da yatak içinde dik oturur pozisyon ver.	Göğüs kafesinin rahat olmasını sağlar ve abdominal kasların gergin olmasını engeller.
4. Batın ameliyatı geçirmiş ise, bir yastık ya da katlanmış havluyu insizyon bölgesi üstüne gelecek biçimde yerleştir. Öksürme sırasında bölgeyi yastıkla kuvvetlice desteklemesi konusunda hastayı uyar	Öksürme sırasında oluşabilecek gerilmeyi ve gerilme nedeniyle oluşabilecek ağrıyı azaltır.
5. Hastanın diğer eline kağıt havlu ya da mendil ver.	Balgam çıkışı sırasında öğürme ve kusma olabilir.
6. Hastaya üç kez solunum egzersizinde olduğu gibi nefes alıp vermesini söyle. Son nefesten sonra, burundan derin bir nefes almasını ve nefes verirken güçlü ve kesik, ard arda öksürmesini söyle. Öksürme sırasında hastanın sırtına tapotman yap.	Biriken sekresyonun dışarı atılmasını kolaylaştırır. Ard arda öksürme, mukus hareket etmesini ve dışarı atılmasını kolaylaştırır. Tapotman titreşim sağlayarak sekresyonun çıkışını kolaylaştırır.
<b>UYARI:</b> Egzersizler yemeklerden iki saat sonra, başlangıçta 2-3 dakika gibi kısa sürelerde, hastanın tolere etmesiyle 10 dakikalık süreler halinde, günde ortalama 30 dakika olacak şekilde tekrarlanmalıdır.	
7. İşlem sonrası hastaya rahat pozisyon ver.	Hastanın rahat etmesini sağla.
8. Malzemeleri ortamdan uzaklaştır.	
9. Yapılan uygulamayı, bireyin tepkilerini, gözlem bulgularını kayıt et.	Bakımın devamlılığını sağlar ve yasal olarak yazılı kaynak oluşturur.

(70) Süzen BL. Solunum Sistemi Uygulamaları. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay, İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, 2010,sayfa: 561.

Bu egzersizler ameliyat olacak her hasta için önemli olmakla birlikte solunum problemi olan ve 50 yaş üstündeki hastalar için önemlidir (70). Öksürük egzersizleri yeterince yapılmadığı takdirde hipostatik pnömoni ve diğer akciğer komplikasyonları oluşabilir. Ancak kulak veya göz cerrahisi geçirecek, ya da hiatus veya büyük karın fitik tamiri yapılacak hastalarda öksürme egzersizi yaptırılmamalıdır (70). Ayrıca beyin cerrahisi geçiren hastalar ameliyat sonrası kafa içi basıncı arttırmamak için öksürmemelidirler (18).

**3.Spirometre (triflow) ile solunum egzersizi:** Akciğer ventilasyonunu ve oksijenlenmeyi düzeltmek, solunum sekresyonlarını yumuşatmak ve kollabe alveolleri şişirerek atelettaziyi önlemek ya da tedavi etmek amacıyla yardımcı araçlar kullanılarak solunum egzersizi yaptırılabilir (69,71). Spirometre (Triflow) akciğerlerin genişlemesine, havayolu ile anestetik gazların ve mukusun çıkmasına ayrıca dokuların oksijenlenmesine yardımcı olan araçlardır (70). Tüm spirometreler yavaş ve maksimum inspirasyonu destekler. Spirometreler hacim arttırıcı ve akım arttırıcı (volumetrik) olarak iki grupta incelenir (45). Hacim arttırıcı spirometreler hastanın akım hızından soluduğu havanın hacmini hesaplar, daha büyük, daha karmaşık ve daha pahalıdır (71). Akım arttırıcı spirometreler solunum çabasını (akım hızını)  $\text{cm}^3$  olarak ölçer ( $\text{cm}^3/\text{sn}$ ) (70). Bu spirometrelerin genellikle üç silindiri (triflow), her silindirin de bir renkli topu bulunur. Örneğin hasta nefes aldığıında, ilk top yükseldiğinde akım hızı 600cc/sn, 2.topta 900 cc/sn ve 3. Topta 1200 cc/sn olur (70).

**Tablo 4.7.5. Spirometre (Triflow) İle Solunum Egzersizi**

<b>Spirometre (Triflow) ile Solunum Egzersizi İşlem Basamakları</b>	<b>Mantıksal Gerekçesi</b>
1. Hastanın durumunu değerlendir ve uygulamaya engel bir durum olup olmadığını belirle.	Olası riskleri önler.
2. Uygulama için gerekli malzemeleri hazırla.	Uygulamanın etkin biçimde yapılması için gerekli malzemelerin hazır olmasını sağlar.
3. Ellerini yıka.	Mikroorganizmaların taşınmasını önler.
4. Bireye ismiyle seslenerek, kolay anlaşılır biçimde işlemi açıkla.	Yapılacak işlemi anlamasını ve işbirliği yapmasını sağlar, anksiyeteyi azaltır. Kimlik kontrolü olası yanlışları önler.
5. Hastayı dik pozisyonda oturt.	Bu pozisyon akciğerlerin en üst düzeyde genişlemesini sağlar.
6. Spirometreyi dik pozisyonda tut. Spirometre ekspiryum sırasında ters çevrilmeli, inspiryum sırasında düz tutulmalıdır.	Spirometrinin dik tutulması hava akımını kolaylaştırır ve cihazın doğru çalışmasını sağlar. Her insan, farklı akciğer kapasitesine sahiptir. Cihazın bireye uygun olarak ayarlanması, optimal akciğer inflamasyonunu sürdürür.
7. Hastadan, spirometrenin ağızlığını dişler arasına yerleştirmesini ve dudaklarını sıkıca kapatmasını iste.	Dudakların sıkıca kapatılması ağızlığın etrafından hava sızmasını engeller.
8. Burnundan yavaşça ve derin nefes almasını 2-3 saniye için nefesini tutmasını söyle.	Nefesi tutma alveollerin maksimum düzeyde şişmesini sağlar.
9. Ağızdan yavaşça, akciğerlerindeki tüm havayı üfleyecek biçimde nefes vermesini iste. Bu sırada spirometre ters pozisyonda tutulmalıdır. Birkaç kez arka arkaya nefes alıp verme işlemini tekrarlamasını iste ve hastayı gözlemler.	Hiperventilasyon önlenir.

**Tablo 4.7.5. Spirometre (Triflow) İle Solunum Egzersizi (Devamı)**

<b>10.</b> Spirometreyi ağızdan çıkar ve hastanın 4-5 normal nefes almasını iste.	Hastanın dinlenmesine fırsat verir.
<b>11.</b> Spirometreyi düz pozisyonda tut ve ağızlığını tekrar dudakları arasına almasını iste.	
<b>12.</b> Hastadan spirometre ağızlığı ağızda iken ağızdan derin bir nefes almasını iste. Bu sırada spirometre düz pozisyonda tutulmalıdır.	Spirometre ekspirum ve inspirum için iki farklı pozisyonda kullanılır.
<b>13.</b> Alınan havayı kısa bir süre akciğerlerde tuttuktan sonra burundan nefes vermesini söyle.	Solunum havadaki oksijenin kana geçtiğini ve akciğer kapasitesinin genişlemesini sağlar.
<b>14.</b> Ameliyat sonrası dönemde, spirometrenin her iki pozisyonunda solunum egzersizinin 1-2 saatte bir, 5-10 kez tekrarlanması gerektiği konusunda hastaya bilgi ver.	Sık uygulama alveol kollapsını önler.
<b>15.</b> Uygulama sonrası hastaya rahat pozisyon ver.	Hastanın rahat etmesini sağlar.
<b>16.</b> Malzemeleri ortamdan uzaklaştır.	Mikroorganizmaların taşınmasını önler.
<b>17.</b> Yapılan uygulamaları, bireyin tepkilerini, ortaya çıkan beklenmeyen sonuçları kaydet.	Kayıt etme, hasta için verilen bakımın devamlılığını sağlar ve sağlık bakım profesyonelleri için yasal kaynak oluşturur.

(62) Turgay AS. Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010,sayfa: 647.


**4.Dönme egzersizi:** Ameliyat öncesi dönemde hastaya karyola kenarlıklarını kullanarak bir yandan diğer yana dönme uygulaması yapılmalıdır. Dönme hareketi venöz dolaşımı geliştirir ve solunum problemlerinin gelişimini önler. Ameliyattan sonra saatte 1 kez ya da 2 saatte bir kez dönmesi söylenmelidir (62).

**5.Bacak-ayak-eklem egzersizleri:** Hastalara tüm eklemlerini özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmeleri ve ayaklarını çevirmeleri söylenmelidir (28). Bu egzersizler venöz dönüşü kolaylaştırır, tromboflebit gibi dolaşım problemlerini önlemeye

yardımcı olur. Ayrıca dize kadar uzanan elastik çorap ve bandajlar venöz durgunluğu azaltmada yardımcıdır (2,14). Aynı zamanda, ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrıların da giderilmesini sağlar (14). Ameliyat sonrası dönemde, uygun ise hasta erken dönemde ayağa kaldırılmalıdır. Erken ambulasyon ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde yardımcıdır (2).



**Tablo 4.7.6. Bacak- Ayak Egzersizleri**

<b>Bacak-Ayak Egzersizleri İşlem Basamakları</b>	<b>Mantıksal Gerekçesi</b>
<b>1.</b> Hastanın durumunu değerlendir ve uygulamaya engel bir durum olup olmadığını belirle.	Olası riskleri önler.
<b>2.</b> Uygulama için gerekli malzemeleri hazırla.	Uygulamanın etkin biçimde yapılması için gerekli malzemelerin hazır olmasını sağlar.
<b>3.</b> Ellerini yıka.	Mikroorganizmaların taşınmasını önler.
<b>4.</b> Bireye ismiyle seslenerek, kolay anlaşılır biçimde işlemi açıkla.	Yapılacak işlemi anlamasını ve işbirliği yapmasını sağlar, anksiyeteyi azaltır. Kimlik kontrolü olası yanlışları önler.
<b>5.</b> Hastanın ayaklarının bilekten ileriye (aşağı) doğru (Plantar fleksiyon) ve arkaya (yukarı) doğru dorsofleksiyon) pedal gibi hareket ettirmesini söyle.  Bileklerini dairesel hareketlerle sağa ve sola doğru döndürmesini iste.	Ameliyat sonrası venöz dolaşımı artırır.
<b>6.</b> Dizlerini bükerek ve uzatarak hareket ettirmesini ve ayakları dorsofleksiyonda iken dizlerinin arka kısımlarını yatak yüzeyine bastırmasını söyle.	Ameliyat sonrası venöz dolgunluğu önler.
<b>7.</b> Bacaklarını yatak yüzeyinden yükseltmesini ve tekrar eski pozisyonuna getirmesini iste.	Ameliyat sonrası dolaşımı artırır.

(62) Türgay AS. Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Editör: Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010, sayfa: 654.



## 4.8.AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI HEDEFLERİ

Ameliyatın sona ermesiyle başlayan, hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ya da tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden bir süreçteki hemşirelik girişimlerini içerir (59). Ameliyat sonrası dönem birkaç günden birkaç haftaya kadar uzayabilir (21). Hemşirelik bakımının amacı; bozulan homeostatik dengenin yeniden oluşturulması, komplikasyonların önlenmesi, ağrının giderilmesi ve kısa sürede normal yaşama geri dönüşün sağlanmasında hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (22).

Ameliyat sonrası bakım ve takip, anestezi sonrası bakım (ayılma ünitesinde bakım) ve devam eden bakım (ameliyat sonrası klinik bakım) olarak iki aşamada gruplandırılabilir (72). Hasta ameliyattan hemen sonra anestezi sonrası bakım ünitesine (hasta ayılma ünitesine) alınır (72).

### 4.8.1.Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakımı

**1.Ayılma ünitesinde bakımın yönetimi:** Ayılma ünitesi, ameliyat bittikten sonra, anestezi ilaçlarının etkisinden kurtuluncaya ve yaşam bulguları stabil oluncaya kadar hastanın izlendiği bölümdür (54). Ayılma ünitesinde kalış süresi verilen anestezi süresine bağlı kalmakla birlikte, yaklaşık yarım saat ile 1-2 saat gibi kısa bir süredir (56). Hemşire hasta gelmeden önce tansiyon aleti, airway, iv ilaç uygulama malzemeleri, aspirasyon cihazı, böbrek küvet, kardiyak monitör ve acil durumda kullanacağı aletleri hazır bulundurur (54). Hastanın anestezi sonrası bakım ünitesinde, solunum, kardiyovasküler fonksiyonlar, santral sinir sistemi, sıvı dengesi, yara durumu ve genel durumu her 10-15 dakikada bir değerlendirilir. Hastaya dönme ya da öksürme sırasında yardım edilir. Hastaya spinal anestezi uygulanmış ise, hasta belli bir zaman sürecinde düz olarak yatmalıdır (56). Hastanın yutma ve öğürme gibi reflekslerinin geri dönmesi, anestezinin sonlandığını gösterir (67). Hastaya adıyla seslenilerek hasta uyandırılmalı, normal ses tonu ile ameliyatının bittiği ve anestezi sonrası bakım ünitesinde olduğu söylenmelidir (67).

*Ameliyattan hemen sonraki hemşirelik bakımı hedefleri şu şekilde sıralanabilir;*

- Hastanın solunum yolunun açık olması için uygun pozisyon verilir. Anestezi sonucu gevşeyen dil arkaya düşerek solunum yolunu tıkayabilir. Dili ön tarafta tutmak ve hava yolunun açık olmasını sağlamak için airway hastanın kendine gelmesiyle alınır,
- Hastanın ayılma ünitesine alındığı saat kaydedilir,
- Hastanın bilinç düzeyi takip edilir,
- Hastanın yaşam bulguları stabil oluncaya kadar 15 dakikada bir ölçülür ve kaydedilir,
- Hastanın cilt rengi ve nemi kontrol edilir. Cildin soluk, soğuk ve nemli olması kanama belirtisi olabilir. Cilt ve mukozaların siyanoze olması oksijensizlik belirtisidir. Hekime haber verilir,
- Hastanın kirli ve ıslak ameliyat gömleği çıkarılır. Temiz, kuru kıyafet giydirilir. Üzeri battaniye ile örtülür,
- Pansumanlara bakılır, ıslak ve kanama var mı kontrol edilir. Kanama varsa hekime haber verilir,
- Intravenöz (IV) sıvılar; sıvının cinsi, miktarı ve gidiş hızı kontrol edilir. Kan veriliyorsa hızı kontrol edilir ve reaksiyon belirtileri izlenir,
- Üretral ve diğer kateter yerinden gelen miktar ve özellikleri kaydedilir,
- Hasta anesteziden uyandığında ağrıdan şikayet eder. Ağrının değerlendirilmesine ve giderilmesine çalışılır ve
- Hasta gelişebilecek komplikasyonlar açısından takip edilir (73).

#### **4.8.2.Ameliyatı Takip Eden Günlerde Hemşirelik Bakımı**

Hasta servise geldiğinde servis hemşiresi hastanın sedyeden yatağa alınmasına yardım eder ve hastanın yataktaki pozisyonunu verir (8). Özel bir durumu yoksa ayılma odasındaki gibi sırtüstü veya lateral pozisyon verilir. Kusma ihtimaline karşı başı yana çevrilir (21). Hastanın yaşam bulguları ameliyattan sonra ilk 3 saat 15 dakikada bir, sonraki 2 saat 30 dakikada bir, daha sonra saatte bir izlenmelidir (24).

**1.Kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek:** İyi bir doku perfüzyonu için kardiyak debi yeterli olmalıdır. Kardiyak debinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hastanın kan basıncı, nabız ve solunum değerlendirilmelidir (21).

**Kan basıncı:** Kan basıncının normal sınırlarda olup olmadığını değerlendirmek için hastanın ameliyat öncesi temel kan basıncı değeri bilinmelidir. Doktora bildirilmesi gereken anormal durumlar (65);

- Sistolik basıncın temel dengelerinden 20 mm/Hg'dan daha fazla düşmesi,
- Sistolik basıncın 80 mm/Hg altında olması ve
- Kan basıncının her ölçümde 5-10 mm/Hg'lik düşüş göstermesidir (65).

**Nabız: Bradikardi;** (Nabız 60 dk.↓) genellikle anestezi ilaç nedeniyle gelişir.

**Taşikardi;** (110 dk↑) kan kaybı, kardiyak aritmiler, ateş, atelektazi, pnömoni, pnömotoraks, anksiyete, anestezi ajanlar, oksijen azlığı ile oluşabilir (70).

**Solunum: Hızlı ve zor solunum;** Anoksi, şok ve oksijen azlığı nedeniyle gelişebilir.

Yüzeysel yavaş solunum: solunum sistemi depresyonu nedeniyle gelişir.

**Yüzeysel ve zor solunum;** (Boyun, diyafragma kasının kullandığı solunum) anestezi nedeniyle gelişebilir. Ağrının varlığı da solunumu zorlaştırabilir. Bu yüzden ağrı giderilmelidir (70).

**2.Solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek:** Solunum fonksiyonunun sürdürülmesinde uygun pozisyon, açık hava yolunun sağlanması temeli oluşturur (1).

Ameliyat sonrası erken dönemde solunum fonksiyonu geliştirmek için yapılması gerekenler;

- Hastaya uygun pozisyon verilerek dilin geriye kaçmasını önlemek,
- Doktor istemi doğrultusunda oksijen tedavisine başlamak, oksijen desteğine başlamak ve
- Aspirasyon sondası ile hastanın ağız ve farenksteki sekresyonlarını temizlemek (1).

Solunum komplikasyonları gelişmesini önlemeye yönelik olarak başlıca hemşirelik uygulamaları;

- Ameliyat öncesi hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırmak. Bunu yaparken de insizyon yerini nasıl destekleyeceğini göstermek,
- Hastanın çıkardığı balgamı kontrol etmek,
- Yeterli sıvı alımı sağlanarak sekresyonların yumuşamasına yardımcı olmak,
- En erken dönemde hastayı mobilize etmek,
- Ağrı için narkotikler veriliyorsa hastayı solunum depresyonu yönünden izlemek ve
- Solunum enfeksiyonu yönünden hastayı izlemektir (74).

**3.Yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak:** Mümkün olduğunca erken dönemde normal beslenmeye geçiş sindirim sistemi fonksiyonlarının normale dönmesini sağlarken, psikolojik olarak da hastayı olumlu yönde etkiler (75). Ameliyat nedeniyle hastada negatif nitrojen dengesi (protein yıkımının artması) gelişir ve bunun kısa sürede düzeltilmesi için diyet önemlidir (76). Anabolik etki (bedende proteinlerin yapımı) genellikle beslenme durumu normal olan hastalarda ameliyattan sonra 7. ve 10. günlerde başlar (76). Hastanın ameliyattan sonra normal diyet almaya başlama zamanını doktor anesteziyi, uygulanan ameliyatı ve hastanın sindirim sistemi fonksiyonlarını dikkate alarak belirler (46). Bazı ameliyatlardan sonra (örneğin kolesistektomi) hastaların 24-48 saat ağız yoluyla sıvı ve besin almamaları gerekir. Nazogastrik tüp uygulanan hastalar ağız yoluyla beslenemez. Uzun süre ağızdan beslenemeyecek hastalar total parenteral yolla beslenir ve hasta izlenir (65).

Genellikle ameliyattan sonraki ilk 24-36 saatlik sürede hastaların bulantısı vardır (77). Bu dönemde hastalara limonlu çay, meyve suyu, çorba verilebilir. Ameliyattan 36 saat sonra hasta az posalı veya normal diyet alabilir (77). Ameliyattan sonra hastanın barsak hareketleri de değerlendirilir. Bağırsak hareketleri ameliyat sonrası 2-3 günde yoksa doktor laksatif ilaç verilmesini ya da boşaltıcı lavman yapılmasını isteyebilir (78).

**4.Sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek:** Ameliyatı takiben uygun sıvı-elektrolit alımı ve çıkarılması sürekli gözlenerek kaydedilmelidir (73,79). Alım ve çıkarma arasındaki dengesizlik metabolik atık ürünlerin birikimine, sonuçta da kardiyolojik ve nörolojik

sorunların oluşmasına yol açar (45). Ameliyat bir travmadır ve bedenin bu travmaya karşı oluşturduğu nöro-endokrin tepkiye bağlı olarak 2 ile 5 günde (73);

- Bedende sodyum ve su tutulumu vardır,
- Potasyum kaybı vardır,
- Ekstrasellüler sıvı hacmi artar ve
- İdrar miktarı azalır (80).

Ameliyattan sonraki 5-7. günlerde bedenin ameliyata karşı oluşturduğu stres tepkisinin etkisi geçer ve sodyum ve potasyum normale döner, idrar miktarı artar, hücre dışı sıvı hacmi normale döner (45).

*Ameliyat sonrası sıvı-elektrolit tedavisinin iki temel amacı vardır;*

- Yeterli sıvı vererek hücre dışı sıvı ve kan hacmini korumak, böylece uygun kardiyak debi, kan basıncı ve idrar atılımını sağlamak ve
- Konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner ödeme yol açabilecek aşırı sıvı yüklenmesini önlemek (45).

*Hemşirenin sıvı elektrolit dengesini sürdürmeye yönelik yapması gerekenler;*

- Hastanın aldığı ve çıkardığını doğru bir şekilde ölçülüp kayıt etmek,
- Normal olmayan laboratuvar bulgularını doktora bildirmek,
- Sıvı elektrolit dengesizliğinin belirti ve bulgularını izlemek,
- Tüpleri uygun şekilde irrigate etmek,
- Solunum asidozunu önlemek için öksürük ve solunum egzersizlerini yaptırmak ve
- Barsak sesleri başladığında uygun sıvıları ağız yoluyla vermek (45).

**5.Böbrek fonksiyonunu sürdürmek:** Ameliyat sonrası hastanın yeterli sıvı alması için desteklenmesi böbrek fonksiyonun gelişmesine yardım eder (80). Hastaya sıvı verilmeden önce sıvı kısıtlamasının olup, olmadığı öğrenilmelidir. Ameliyat sonrası erken dönemde antidiüretik hormon ve aldosteron miktarının artmasına bağlı olarak bedende su ve sodyum tutulacağından sıvılar dikkatli verilmelidir (47). Yeterli sıvı alan hastaların ameliyattan sonra 6-8 saat içinde idrar yapması beklenir. Ameliyat sonrası idrar

yapamama nedenleri; anestezi, korku, ağrı, utanma, kateter varsa tıkalı olması ve hasta pozisyonu olabilir. Hasta idrar yapamıyor ise mesane distansiyonu belirtileri açısından izlenmelidir (54).

*Hastanın idrar yapmasına yardımcı olacak girişimler,*

- Hasta odasındaki çeşme açılarak, su sesiyle perineal kaslarının gevşemesi sağlanır,
- Erkek hastanın yatak kıyısında dik durarak idrar yapması sağlanır,
- Kadın hastaların perianal bölgesine ılık su dökülebilir,
- Sürgü ısıtılır, soğuk sürgü otomatik olarak kasların kasılmasına neden olur,
- Pozisyon değiştirme ve istemde varsa ağrı kesici ilaçlar vererek hasta rahatlatılmaya böylece idrar yapımına yardımcı olunmaya çalışılır,
- Tüm bunlara rağmen idrar yapılmıyorsa üretral kateter takılabilir. Kateter ile üriner enfeksiyon riski artacağı unutulmamalıdır ve enfeksiyon belirtileri izlenmelidir (45).

**6.İstirahati sağlamak:** Hastanın istirahat edebilmesi için ağrı, huzursuzluk, bulantı ve kusmasının olmaması gerekir. Bu nedenle hastanın rahatsızlıkları giderilerek istirahati sağlanmalıdır. Böylece hastada oluşabilecek komplikasyonlar giderilerek hastanın ameliyat sonrası dönemde iyileşmesi sağlanabilir.

**Ağrı:** Ameliyat sonrası ağrı gelişmesinde hastaya uygulanan anestezi madde, hastanın anksiyete düzeyi, ameliyatın büyüklüğü ve uzun sürmesi rol oynar (15). Analjezikler verilmeden önce mesane distansiyonu, sıkı alçı ve kötü pozisyon gibi ağrıya neden olacak bir sorunun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Böyle bir sorun varsa öncelikle bunlar giderilmelidir (15). Ağrı ve anksiyeteyi kontrol altına almak ve tedavinin etkisini artırmak için hastaya gevşeme teknikleri öğretilmelidir (15). Ağrısı şiddetli değil ise gevşeme teknikleriyle hasta rahatlayabilir (51). Hastalara ağrı kesiciler verildiğinde etkisini gösterinceye dek, kas gevşetme, çene gevşetme, yavaş solunum ve müzik dinletme tekniği kullanılarak hastanın rahatlaması sağlanabilir (76).

**Huzursuzluk:** Ağrı, mesane distansiyonu, abdominal distansiyon, anksiyete, oksijen azlığı, kanama, pansumanların sıkı ve ıslak olmasıyla huzursuzluk gelişebilir. Nedene yönelik sorun giderilmelidir (51).

**Bulanti-Kusma:** Bulanti kusma nedenleri, premedikasyon, anestezinin türü, gastrik alanda biriken sıvı, abdominal distansiyon, anksiyete ve korku ile ilişkilidir (81). Hastaya ağız bakımı vererek, yüzüne soğuk kompres uygulayarak ve antiemetik vererek bulantı önlenmeye çalışılır (81).

**7.Yara iyileşmesini sağlamak:** Yara bakımının amacı yara bölgesinde enfeksiyon gelişimini önlemek ve skar dokusunu azaltarak iyileşmeyi hızlandırmaktır. Yara iyileşmesinin sağlanmasında ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması en önemli faktördür. Enfeksiyon gelişmesini önlemek için pansuman ve drenlerin bakımına özen gösterilmelidir (42). Drenler; ameliyat yapılan bölgede sıvı birikimini önlemek amacıyla kullanılır. Sıvı birikimi çevre dokulara baskı yapar, sıvıda biriken bakteriler, kolayca çoğalıp enfeksiyona neden olur (81). Drenler yaraya yerleştirilebileceği gibi beden içindeki bir organ ya da boşluğa da yerleştirilebilir. Drenlerin sayısı, sıvı drenajı gözlenip kaydedilir. Pansumanlarda aşırı drenaj yara etrafında kızarıklık, ateş enfeksiyon belirtileridir ve doktora haber verilmelidir (42).

**8.Erken ayağa kaldırmak (erken mobilizasyon):** Hemşire sağlık bakımı ekibi üyeleri ile işbirliği yaparak, hastanın fiziksel, duyuşal ve mental durum göz önüne alınarak ameliyat sonrası mümkün olduğunca en kısa zamanda hastanın mobilizasyonunu sağlamalıdır (82). Kendine geldiği andan itibaren hastaya derin solunum, öksürme ve yatak içi egzersizleri uygulanmalı ve ayağa erken kaldırılmalıdır (83). Yapılacak olan derin solunumu ve öksürme egzersizleri pulmoner emboli gelişim riskini azaltmada etkili girişimlerdir (84). Hastanın bilinci açıksa yaşama bulguları stabil ise ve özel bir durum yoksa hasta ameliyattan 5-8 saat sonra ayağa kaldırılmalıdır (40). Hastada mayi, dren ya da göğüs tüpünün olması hastanın ayağa kaldırılmasını ertelememelidir. Birçok cerrahi hastası olabildiğince kısa sürede yataktan çıkmaya cesaretlendirilir (39).

Uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, dolaşım problemleri (ortostatik hipotansiyon, venözstaz, trombüs oluşması gibi), idrar retansiyonu, böbrek taşları gelişir (21). Hareketsizlik, böbrekleri etkileyerek idrar retansiyonu ve böbrek taşı oluşumunu hızlandırır, solunum problemleri, sindirim sisteminde konstipasyon ve negatif nitrojen dengesinin gelişimi gibi sorunlar belirir (85). Bunun yanında deride basınç yarısı oluşumuna neden olabilir (21). Aktivite, solunumu düzenler, akciğerlerde sekresyon

biririmini azaltır (40). Aynı zamanda peristaltizimi hızlandırarak, abdominal duvar tonüsü ve GİS fonksiyonlarını arttırarak ameliyat sonrası abdominal distansiyonu azaltır, ekstremelerde dolaşımı hızlandırarak venöz dönüşü hızlandırdığı için bu hastalarda tromboflebit ve flebotrombosis daha az görülür (86). Erken ayağa kalkma ile ağrı azaltılır, hastanede kalış süresi kısalır, bakım maliyet azalır (87). Erken ayağa kalkmanın bu avantajlarına karşın, hasta cerrahi sonrası bu aktiviteleri yapmada istekli olmayabilir (21). Hastanın bazı korkuları olabilir ayrıca bu dönemde ani hareketlere bağlı olarak ortostatik hipotansiyon gelişebilir (21).

Ortostatik hipotansiyon belirtileri sistolik kan basıncında 20 mmHg'lik, diastolik basınçta 10 mmHg'lik düşme, halsizlik, baş dönmesidir (88). Hastanın önce sırtüstü yatar pozisyondaki kan basıncı değerlendirilmeli, sonra oturtulmalı ve iki üç dakika sonra kan basıncı ölçümü tekrarlanmalıdır (88). Kademeli pozisyon değişimi, dolaşım sisteminin değişime uyumunu kolaylaştırır. Hastada baş dönmesi varsa, tekrar sırtüstü yatırılmalı, ayağa kalkma birkaç saat ertelenmelidir (88).

*Cerrahi sonrası ilk ayağa kalkmada izlenecek adımlar;*

- Baş dönmesi geçinceye kadar, hasta yatar pozisyondan oturur pozisyona kademeli olarak getirilir. Bu aktiviteye yatağın başını yükseltmekle başlanır,
- Hastanın yaşam bulguları kontrol edilir ve kayıt edilir,
- Yatakta oturma işleminden sonra her iki bacak yatağın ucuna getirilir. Hastaya yatağın kenarında oturması için yardım edilir,
- Yatak kenarına getirilen hasta 3-5 dakika oturmalı ve yaşam bulguları kontrol edilmelidir,
- Hasta oturur pozisyona alıştığında yürümeye başlayabilir. İlk yürüyüşte hastaya eşlik edilmeli ve desteklenmelidir. Hastanın aktivitelere toleransı cerrahi girişim türü, yaşı ve fiziksel durumuna göre değişir ve
- Hasta cerrahi girişim sonrası erken ayağa kaldırılmalı ya da kaldırılmasın, dolaşımı hızlandırmak için yatak içi aktiviteler sürdürülür (21).



*Yatak içi egzersizler;*

- Kol egzersizleri,
- El ve parmak egzersizleri,
- Derin ven trombozu, ayak düşmesi, parmak deformitesini önlemek ve dolaşımın sürdürülmesine yardım etmek için ayak egzersizleri,
- Ambulasyona hazırlık için ayak fleksiyonu ve ayakların yükseltilmesi ve
- Abdominal ve gluteal kontraksiyon egzersizleridir (21).

Ağrı, pansumanlar, IV perfüzyon ve drenler birçok hastanın yardımsız hareketini engeller. Uzamış yatak istirahatı ise bası yarası, derin ven trombüsü, atelektazi ve pnömoniye yol açar. Bu nedenle erken ayağa kalkma ve kendi bakımını sürdürmeye teşvik tüm sağlık profesyonellerinin önemli bir sorumluluğudur (86).

**9.Psikolojik destek sağlamak:** Hastaların büyük çoğunluğu ameliyata bağlı korku ve anksiyeteyi kolayca atlatırken, bazı hastalarda ameliyattan sonra akut konfüzyon durumu gelişir. Dikkatsizlik, unutkanlık, uygun olmayan davranış ve tutarsız konuşmayla belirlenen akut konfüzyon durumu; ameliyatın neden olduğu dehidratasyon, oksijenasyon sorunları, anemi, düşük kan basıncı ve hormonal dengesizlik gibi fizyolojik nedenlerden kaynaklanabilir (1).

Duygusal bozukluklar; depresyon uyku bozuklukları, kendi bakımına katkıda bulunamama, ağrının artması, fazla analjezik ilaç alma ve aktivitenin artması şeklinde ortaya çıkabilir. Bazen hastada strese bağlı olarak gastrointestinal fonksiyon bozukluğu ve kardiyovasküler sorunlar gelişebilir. Bu durumda hemşire, hasta ve yakınları ile görüşerek yeterli psikolojik desteği sağlamalıdır (2).

**10.Komplikasyonları önlemek:** Ameliyattan sonra 30 gün içerisinde çıkan ve istenmeyen herhangi bir durum, ameliyat komplikasyonu olarak tanımlanmaktadır (49). Ameliyat sonrası erken dönemde oluşan komplikasyonlar ameliyat sonrası erken komplikasyonlar olarak nitelendirilir. Anestezinin son bulunduğu andan itibaren 2-3 gün içerisinde oluşan komplikasyonları kapsar (50). Geç ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar ameliyat sonrası geç komplikasyon olarak nitelendirilir. Bu komplikasyonlar genellikle ameliyat sonrası dönemin 3-10. günlerinde ortaya çıkar (50).

**Tromboflebit:** Ameliyattan 7-14 gün sonra ortaya çıkar. Tromboflebit oluşmasında ven duvarının yaralanması, kan akışının yavaşlaması ve kanın pıhtılaşma bozuklukları rol oynar. Uzun süre hareketsizlik ve obezite bu komplikasyonların gelişmesinde rol oynar (84). Tromboflebitin en büyük tehlikesi ven duvarından kopan pıhtının dolaşıma katılarak akciğer, koroner ve serebral damarlarını tıkamasıdır. Ameliyattan sonra hastaya bacak egzersizinin yaptırılması, varsa varis çorabı giydirilmesi ya da elastik bandaj uygulanması ve hastanın erken dönemde mobilize edilmesiyle tromboflebit gelişmesi önlenbilir (84).

**Yara enfeksiyonu:** Genellikle ameliyattan sonraki 5.gününde ortaya çıkar. Yara enfeksiyonunun gelişmesinde rol oynayan başlıca faktörler;

- Obezite; yağ dokusunun dikilmesi ve iyileşmesi güçtür.
- Zayıflık; kanser malnütrasyonu, ülseratif kolit gibi nedenler organizmanın direncini düşürür.
- Yaşlılık.
- Uzun süren komplikasyonlu ameliyatlarda daha fazla stres yaratarak direnci düşürür.
- Steroid, radyasyon, antikanser ilaçlarıyla tedavide lökosit sayısını azalttıkları için enfeksiyona direnci azaltırlar.
- Ameliyathanede pansumanların değiştirilmesinde asepsi kurallarına uyulmaması (89).
- Enfeksiyon bulguları lokal ve sistemik olarak kendini gösterir. Tedavide lokal veya parenteral antibiyotik kültür sonucuna göre verilir. Yara cerrah tarafından steril serum fizyolojik ile yıkanır ve insizyon yerine dren yerleştirilir. Vücut direncini artırmak için hastanın uygun beslenmesi sağlanır (62).

**Yara açılması ve eviserasyon:** Yara açılması ameliyat yarasının birleşim yerinde bir açıklık olmasıdır; eviserasyon ise beden içindeki organın insizyon yerinden dışarıya çıkmasıdır (65). Kronik hastalığı olan, şişman ve zayıf hastalarda sık görülür. Yara açılması ve eviserasyonda yara enfeksiyonuna neden olan faktörlerin yanı sıra ameliyatta yaranın uygun şekilde kapatılmaması, öksürük, kusma nedeniyle dikişlerin aşırı gerilmesi de rol oynar (1). Yara açılması ve eviserasyonu önlemek için öksürürken

insizyon desteklenmeli, yara enfeksiyonu önlenmeli, hastanın yeterli besin sıvı alması sağlanmalıdır (1).

*Yara açılmasında hemşirenin görevleri;*

- Sakin olmalı,
- Doktora durumu bildirmeli,
- Hastanın yanından ayrılmamalı,
- Hastaya doktorun geleceğini söylemeli,
- Eviserasyon yerinin üstü serum fizyolojik ile ıslatılmış pansuman malzemesi kullanılarak kapatılmalı,
- Hastaya semi-fowler pozisyonu vermeli,
- Hastanın yaşam bulgularını ölçmeli,
- Hastayı ameliyat için hazırlamalı ve
- Damar içi sıvı malzemesini, gastrik tüp ve sakşın cihazını hazır bulundurmalıdır (62).

**Paralitik ileus:** Ameliyattan sonra paralitik ileus (bağırsak hareketlerinin durması) anestezi, ameliyat sırasında batın içindeki organların ellenmesi, sıvı elektrolit dengesizlikleri ve ameliyat yarasının enfekte olması nedeniyle gelişebilir (45). Paralitik ileus belirtileri bağırsak seslerinin olmayışı ve gaz-gaita çıkışının olmamasıdır. Derhal hastanın oral yolla beslenmesi durdurulur, nazogastrik veya intestinal tüp yerleştirilir ve sakşına bağlanır. Damar içi mayi uygulanır ve elektrolit dengesizliği giderilir (45).

**Emosyonel bozukluklar:** Beden imajındaki değişikliklerle sonuçlanan ameliyatlarda emosyonel bozukluklar ortaya çıkabilir (76). Emosyonel bozukluklar depresyon, ağrının artması, uyku bozuklukları, kendi bakımına katkıda bulunmama gibi belirtilerle ortaya çıkabilir (76). Bazen de strese bağlı olarak gastrointestinal sistem bozukluğu ve kardiyovasküler sorun ortaya çıkabilir. Hemşire hastayla etkili iletişim kurarak yeterli psikolojik destek sağlamalıdır (2).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın konforunun artırılması, iyileşmenin desteklenmesi ve ameliyat ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi sürecinde hemşirelik izlem ve bakımı çok önemli yer tutar. Ameliyat sonrası dönemde tedavi ve hemşirelik

bakımının hedefine ulaşması için hastaların ameliyat ile ilişkili yaşadıkları sorunların yakından ve bütüncül yaklaşımla tanınması gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadıkları semptomların kontrolü ve iyileşmenin desteklenmesi cerrahi girişimin başarısını ve bakımın kalitesini artırarak, ameliyat ile ilişkili komplikasyonları önleyecek, hastane yatışları ve mortalite oranlarının azalmasına olumlu katkılar sağlayacaktır. Ameliyat sonrası hastaların yakından izlemi ve tanınmasına, hemşirelerin ameliyat sonrası bakım kalitesini geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasına ve dolayısıyla ameliyat sonrası bakımın kalitesine katkıda bulunulacağı için hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve sosyal sorunların belirlenmesine ilişkin araştırmaların yapılması önem taşımaktadır.

Bu bağlamda, bu çalışma ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ile bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bakıma rehber olacak önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlandı.

## **5.MATERYAL VE YÖNTEM**

### **5.1.ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırma, ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve araştırma sonuçları doğrultusunda ameliyat sonrası hemşirelik bakımına rehber olacak önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlandı.

### **5.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

### **5.3.ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumu ve destek gereksinimleri nelerdir?
2. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel aktivite ve hareket düzeyi nasıl etkileniyor?

### **5.4.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma İstanbul Bilim Üniversitesi Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nin cerrahi servislerinde gerçekleştirildi. Şişli Florence Nightingale Hastanesi 30.000 m<sup>2</sup> kapalı alanda 300 yatak ve 12 ameliyathane ile hizmet vermektedir. Çalışmanın gerçekleştirildiği cerrahi servisleri toplam 36 yatak kapasitesine sahiptir. Yılda yaklaşık 1800 hasta ameliyat olmaktadır. Cerrahi servislerinde sıklıkla Koroner Arter Bypass Grefti ameliyatı, Mitral Valf Replasmanı, Aort Kapak Replasmanı, karotis arter cerrahisi, stent takılması, mide fitiği, hemoroid, anal fistül tamiri, troidektomi, mastektomi, kolesistektomi, apandektomi, skolyoz ve servikal disk gibi ameliyatlara yapılmaktadır.

## 5.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışma evrenini İstanbul Bilim Üniversitesi Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nin cerrahi servislerinde ameliyat geçiren tüm hastalar oluşturmaktadır.

## 5.6.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini 3 aylık sürede ameliyat geçiren ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu.

*Örnekleme alınma kriterleri;*

- Kardiyovasküler cerrahi, genel cerrahi ve ortopedi ameliyatı geçirmiş olmak,
- Ameliyat sonrası dönemde en az iki gün cerrahi servisinde bakımı devam etmiş olmak,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Genel durumu görüşmeye uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi.

*Araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek aşağıda sıralanan özellikleri karşılayan hastalar örnekleme alınmadı:*

- Ameliyat sonrası cerrahi servisinde iki günden daha kısa süre yatmak,
- Günübirlik operasyon geçirmiş olmak,
- Genel durumu görüşmeye uygun olmamak ve
- Beyin ameliyatı geçiren hasta olmak.

Örnekleme; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisi olan gelişigüzel örnekleme (convenience sampling) yöntemiyle oluşturuldu. Örneklemin oluşturulması aşamasında, kriterlere uyan 105 hastaya ulaşıldı. Bu hastalardan 15'i 18 yaş altı, 8'i günübirlik, 2'si de beyin ameliyatı geçirdiği için örnekleme dahil edilmedi.

## 5.7.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

**Bağımlı Değişkenler:** Ameliyat sonrası hareket düzeyi, ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumu.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, ameliyat türü.

## 5.8.VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul ve kurum izinleri (Ek 1) alındı. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeklerin kullanılabilmesi için izin alındı (Ek 2). Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak bilgilendirilmiş sözel ve yazılı onamları alındı (Ek 3).

## 5.9.VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinin cerrahi servislerinde 3 aylık sürede toplandı. Veriler; yüz yüze görüşme yöntemiyle aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Hasta ile görüşme hasta odasında gerçekleştirildi. Görüşme yaklaşık 15-20 dakikalık bir süre içinde tamamlandı.

### 5.9.1. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, görüşme yöntemiyle aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Ameliyat endikasyonu ve ameliyata ilişkin veriler hastanın tıbbi kayıtlarından elde edildi.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde hareket düzeyleri ve hareket etme sırasında yaşadıkları güçlükler “Hareketlilik Ölçeği” kullanılarak değerlendirildi. İlk olarak, hastalardan “Hasta Hareketlilik Ölçeği”ni kullanarak ameliyat sonrası dönemde kendi hareket düzeyleri ve hareket etme sırasında yaşadıkları güçlükleri değerlendirmeleri istendi. Daha sonra, hastaların ameliyat sonrası dönemde hareket düzeyleri ve hareket etme sırasında yaşadıkları güçlükler ayrıca araştırmacı tarafından “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” kullanılarak değerlendirildi.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde konfor düzeyleri, ameliyat sonrası duyguları, ameliyat sonrası ağrı düzeyi, ameliyat sonrası hareket edebilme durumları ve ameliyat sonrası hastaların çevresinden aldıkları destek düzeyi ameliyat sonrası 2. ya da 3. günde “İyileşme Kalitesi Anketi” (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40]) kullanılarak değerlendirildi.

Hastalar mobilize edilmeden önce kan basıncı, nabız ve solunum değerleri alındı. Hastalar mobilize edildikten 20-30 dakika sonra tekrar kan basıncı, nabız ve solunum değerleri tekrar ölçüldü. Yaşam bulguları izlemi ve mobilizasyonu takiben araştırmacı tarafından “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve hasta tarafından “Hasta Hareketlilik Ölçeği” doldurularak hastaların hareket düzeyi değerlendirildi.

### 5.9.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Bilgi Formu” (Ek 4), “İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40])” (Ek 5), “Hasta Hareketlilik Ölçeği” (Ek 6) ve “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” (Ek 7) kullanıldı.

**1.Hasta Bilgi Formu:** Hasta Bilgi Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlandı. Bilgi formu üç bölümden oluşmaktadır. *Birinci bölüm:* Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence ve gelir düzeyi algısını sorgulayan toplam yedi sorudan oluşmaktadır. *İkinci bölüm:* Hastaların sağlık durumu ve hastane yatışına ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik (sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, hastaneye yatış öyküsü,



hastanede yatış süresi) beş soru içermektedir. *Üçüncü bölüm:* Hastaların hastalığı ve ameliyat ile ilişkili (cerrahi girişim türü, anestezi türü, ameliyat sonrası görüşme zamanı, ameliyat öyküsü) özelliklerini sorgulayan yedi sorudan oluşmaktadır.

**2.İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40]):** Myles ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (90). İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40]); anestezide ve genel, nöroloji, kalp ve diz ameliyatlarında kullanılan bir tanılama aracıdır (91,92,93,94,95). İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40]), kişinin kendi durumunu değerlendirdiği 40 maddelik bir anket olup, hastaların ağrı düzeyleri ile fiziksel ve duygusal durumlarını değerlendirmeye yönelik beş alt boyuttan (Duygusal Durum, Fiziksel Konfor, Hasta Desteği, Fiziksel Bağımsızlık ve Ağrı) oluşmaktadır. Her bir madde 1 ile 5 arasında değişen beşli Likert ölçeğiyle değerlendirilmektedir. Beşli Likert ölçeğindeki öğelerle daha kapsamlı hale gelen anket; pozitif maddeler için “hiçbir zaman: 1”, “her zaman: 5” ve negatif maddeler için ise ters çevrilerek puanlanmaktadır. Alt boyut puanları ilgili maddelerin toplamıyla, toplam puan ise tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 40 ile 200 arasında değişmektedir (90,96). Puan artışı hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumlarının ameliyat sonrası dönemde beklenen düzeyde iyi olduğunu, puanların azalması ise hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumlarının ameliyat sonrası dönemde negatif yönde etkilendiği şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaman ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır (96). Karaman ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, genel anestezi altında genel, ortopedi ve kulak-burun-boğaz ameliyatlarına gün verilmiş elektif cerrahiye bağlı olarak ameliyat öncesi muayeneler için anestezi kliniğine kabul edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir (96). Karaman (2014)’ın çalışmasında, İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40])’ nin iç tutarlılığı değerlendirildiğinde, Cronbach alfa katsayısı ölçek alt boyutları için 0,70 ile 0,95 arasında bulunmuştur (96). İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40]) skoru ile beraber ameliyat sonrası üçüncü günde Cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayıları Fiziksel Konfor, Fiziksel Bağımsızlık, Hasta Desteği ve Ağrı alt boyutları için sırasıyla; 0,90, 0,88, 0,86, 0,93 ve 0,83; Spearman ( $\rho$ ) korelasyon katsayıları alt boyutları için ise sırasıyla; 0,86, 0,77, 0,60, 0,61 ve 0,68 bildirilmiştir (96). Üçüncü gün İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of

Recovery-40 questionnaire [QoR-40])'ın Cronbach alfa katsayısı ameliyat sonrası 3.günde 0,94 bulunmuştur (96).

Bu çalışmada ise Cronbach alfa ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayıları Fiziksel Konfor, Duygusal Durum, Fiziksel Bağımsızlık, Hasta Desteği ve Ağrı alt boyutları için sırasıyla; 0,92, 0,86, 0,91, 0,91 ve 0,87 olarak bulundu. İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 questionnaire [QoR-40] toplam Cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayısı 0,91 olarak bulundu (Tablo 5.9.1).



**Tablo 5.9.1. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (N=80)**

		Alt Boyut		Ölçek Toplam	
Alt Boyutlar		$r_s$	p	$r_s$	p
Fiziksel Rahatlık	Rahatça nefes alıp verebiliyorum	0,70	<b>0,000</b>	0,69	<b>0,000</b>
	İyi bir uyku uyudum	0,81	<b>0,000</b>	0,81	<b>0,000</b>
	Yediklerimden tad alabiliyorum	0,81	<b>0,000</b>	0,81	<b>0,000</b>
	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	0,79	<b>0,000</b>	0,80	<b>0,000</b>
	Bulantı	0,67	<b>0,000</b>	0,58	<b>0,000</b>
	Kusma	0,79	<b>0,000</b>	0,73	<b>0,000</b>
	Öğürme	0,73	<b>0,000</b>	0,61	<b>0,000</b>
	Huzursuzluk hissetme	0,74	<b>0,000</b>	0,65	<b>0,000</b>
	Sallanma ya da seğirme	0,70	<b>0,000</b>	0,63	<b>0,000</b>
	Titreme	0,64	<b>0,000</b>	0,54	<b>0,000</b>
	Üşüdüğünü hissetme	0,64	<b>0,000</b>	0,54	<b>0,000</b>
	Baş dönmesi hissetme	0,61	<b>0,000</b>	0,48	<b>0,000</b>
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>:</b>		<b>0,91</b>		
Duygusal Durum	Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	0,78	<b>0,000</b>	0,78	<b>0,000</b>
	Kendime hakimim	0,72	<b>0,000</b>	0,78	<b>0,000</b>
	Kendimi rahat hissediyorum	0,70	<b>0,000</b>	0,74	<b>0,000</b>
	Kötü rüya görme	0,63	<b>0,000</b>	0,50	<b>0,000</b>
	Kaygılı hissetme	0,75	<b>0,000</b>	0,62	<b>0,000</b>
	Öfkeli hissetme	0,71	<b>0,000</b>	0,56	<b>0,000</b>
	Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	0,72	<b>0,000</b>	0,61	<b>0,000</b>
	Kendini yalnız hissetme	0,78	<b>0,000</b>	0,67	<b>0,000</b>
	Uykuya dalmakta güçlük çekme	0,52	<b>0,000</b>	0,49	<b>0,000</b>
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>:</b>		<b>0,86</b>		
Hasta Desteği	Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum	0,70	<b>0,000</b>	0,51	<b>0,000</b>
	Ailem ve arkadaşarımla iletişim kurabiliyorum	0,82	<b>0,000</b>	0,60	<b>0,000</b>
	Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	0,89	<b>0,000</b>	0,75	<b>0,000</b>

**Tablo 5.9.1. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (N=80) (Devamı)**

	Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	0,88	<b>0,000</b>	0,78	<b>0,000</b>
	Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	0,90	<b>0,000</b>	0,75	<b>0,000</b>
	Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	0,85	<b>0,000</b>	0,73	<b>0,000</b>
	Kafası karışık hissetme	0,62	<b>0,000</b>	0,70	<b>0,000</b>
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>:</b>	<b>0,92</b>			
<b>Hareket Özgürlüğü</b>	Normal konuşabiliyorum	0,40	<b>0,000</b>	0,28*	<b>0,012</b>
	Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum	0,91	<b>0,000</b>	0,79	<b>0,000</b>
	Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	0,94	<b>0,000</b>	0,78	<b>0,000</b>
	Yazı yazabiliyorum	0,95	<b>0,000</b>	0,77	<b>0,000</b>
	İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	0,93	<b>0,000</b>	0,78	<b>0,000</b>
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>:</b>	<b>0,91</b>			
<b>Ağrı</b>	Orta şiddette ağrı	0,65	<b>0,000</b>	0,50	<b>0,000</b>
	Şiddetli ağrı	0,89	<b>0,000</b>	0,67	<b>0,000</b>
	Baş ağrısı	0,87	<b>0,000</b>	0,68	<b>0,000</b>
	Kas ağrısı	0,88	<b>0,000</b>	0,72	<b>0,000</b>
	Sırt ağrısı	0,81	<b>0,000</b>	0,73	<b>0,000</b>
	Boğaz ağrısı	0,63	<b>0,000</b>	0,56	<b>0,000</b>
	Ağızda yaraya bağlı ağrı	0,26	<b>0,020</b>	0,24	<b>0,035</b>
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>:</b>	<b>0,87</b>			
<b>Toplam Ölçek Cronbach <math>\alpha</math>:</b>		<b>0,91</b>			

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı

### 3. Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Heye ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Observer Mobility Scale); cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir (97). Heye'nin (2002) çalışmasında olduğu gibi elektif abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların yaptığı 4 aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) ile oluşan ağrı ve güçlük düzeyi değerlendirilmektedir (97). Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayoğlu (2011) tarafından abdominal cerrahi girişim deneyimlemek üzere yatan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir (98).

**Hasta Hareketlilik Ölçeği:** Hasta Hareketlilik Ölçeği, cerrahi girişim sonrası yapılan 4 aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) ile oluşan ağrıyı ve güçlük düzeyi değerlendirilmektedir (97). Ağrı ve güçlük derecesinin sayısal değeri, hastanın ölçek üzerinde koyduğu işaret ile "0" arasındaki mesafenin, kalibrasyonu yapılmış bir cetvelle ölçümü yapılarak belirlenmiştir. Hasta Hareketlilik Ölçeği 4 soru ve bunların da alt soruları olmak üzere toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin soruları; "Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme, Yatak Kenarında Oturma, Yatak Kenarında Ayağa Kalkma ve Hasta Odasında Yürüme" kategorilerinden oluşmaktadır. Her bir aktivite için ikişer alt grup soruları hastalara yöneltilmektedir. Yöneltilen soruların yanıtlanması ağrı algılama düzey ve şiddetlerini ölçen beşli likert tipinde [(1) Ağrı yoktu, (2) Biraz ağrı vardı, (3) Orta derecede ağrı vardı, (4) Çok ağrı vardı, (5) Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı], benzer şekilde aktivitelerin zorluk dereceleri ise beşli likert tipinde [(1) Çok kolaydı, (2) Kolaydı, (3) Biraz zordu, (4) Zordu, (5) Çok zordu] ifadeler şeklinde yanıtlanmaktadır (98). Elde edilen puanlar, hastanın her bir aktiviteye ilişkin hareketlilik puanını vermektedir (97). Çalışmanın sonucunda Global Hasta Hareketlilik puanını elde etmek için tüm aktivitelere ilişkin puanlar toplanarak hesaplanmaktadır (97). Her bir maddeden alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 0-15 arasında, toplam ölçek puanı 0-120 arasındadır (98). Çalışmada yer alan soruların yanıtları için ölçek puan artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğü arttığına işaret etmektedir. Puanın azalması, hastalarda dört hareketi yaparken ağrının azaldığını ve hareket etme zorluklarının azaldığını göstermektedir. Tablo 5.9.2'de ölçeğin toplam ve alt boyut maddeleri verilmektedir (98).

Ayoğlu (2011)'nin çalışmasında Hasta Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının  $\alpha=0,90$  olduğu belirlenmiş olup, elde edilen sonuç ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (98).

**Tablo 5.9.2. Hasta Hareketlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Maddeleri ve Puanları**

<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b>Madde sayısı</b>	<b>Maddeler</b>	<b>En düşük ve en yüksek puan</b>
– <b>Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (ağrı ve zorluk derecesi)</b>	2	1-2	0-15*
– <b>Yatak kenarında oturma</b>	2	3-4	0-15*
– <b>Yatak kenarında ayağa kalkma</b>	2	5-6	0-15*
– <b>Hasta odasında yürüme</b>	2	7-8	0-15*

\*Dört harekette bulunan ikişer maddenin her birinin puanı 0-15 arasında ayrı hesaplanmaktadır.

(98) Ayoğlu, T. Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi, İstanbul, 2011, sayfa:75.

Hasta Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak bulundu. Araştırmada Hasta Hareketlilik Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonu katsayıları ise tüm maddeler ( $r_s$ ) için 0,81 - 0,92 arasında bulundu (Tablo 5.9.3).

**Tablo 5.9.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=80)**

Madde	Ölçek Toplam	
	$r_s$	p
<b>1. Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme</b>		
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?	0,81**	<b>0,000</b>
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?	0,84**	<b>0,000</b>
<b>2. Yatak kenarında oturma</b>		
Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?	0,87**	<b>0,000</b>
Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?	0,90**	<b>0,000</b>
<b>3. Yatak kenarında ayağa kalkma</b>		
Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?	0,89**	<b>0,000</b>
Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?	0,92**	<b>0,000</b>
<b>4. Hasta odasında yürüme</b>		
Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?	0,89**	<b>0,000</b>
Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?	0,92**	<b>0,000</b>
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,96</b>		

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı \*\* p < 0,01

**A. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği:** Cerrahi girişim sonrası 4 aktivitenin yapılması sırasında, bağımlılık bağımsızlık durumu/derecesi “1” ile “5” arasında puanlanmaktadır. Ölçek puanı olarak “1”, sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; “5” sayısı, sözlü uyarı ya da fiziksel yardıma rağmen, hastanın ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini göstermektedir. Dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme puanları toplanır ve ortalama puan değeri hesaplanır (97).

Ölçekte bulunan dört aktiviteye ilişkin puanlarının toplanması ile Global Gözlemci Hareketlilik puanı elde edilir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puan 1-5 arasında, toplam puan ise 4-20 arasındadır. Puanın artması hastaların hareket becerilerinin yetersiz, puanın düşmesi de cerrahi girişim sonrası hareket edebilmelerinin iyi/yeterli

olduğunu göstermektedir (97,98). Global Gözlemci Hareketlilik puanını hesaplamak için 4 aktiviteye ilişkin Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları toplanmaktadır (97,98).

Ölçek Türkçe'ye Ayoğlu (2011) tarafından uyarlanmıştır (97,98). Ayoğlu'nun (2011) araştırmasında Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı  $\alpha=0,73$  olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddelerin korelasyon katsayılarının  $r_s=0,63$  ile  $0,79$  arasında, pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (98).

Bu çalışmada, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa  $0,91$ , madde-toplam puan korelasyonu katsayıları ise tüm maddeler için  $0,86 - 0,93$  arasında bulundu (Tablo 5.9.4).

**Tablo 5.9.4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=80)**

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddeleri	Ölçek Toplam Puan	
	$r_s$	p
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	0,86**	0,000
Yatak kenarında oturma	0,87**	0,000
Yatak kenarında ayağa kalkma	0,92**	0,000
Hasta odasında yürüme	0,93**	0,000
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,91</b>		

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı      \*\* p < 0,01



## 5.10.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi ve anlamlılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için ileri düzey çözümlenmelerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal-Wallis testi, mobilizasyon öncesi ve sonrası yaşam bulgularının karşılaştırılması için Paired-Samples T Testi (Bağımlı Örneklem t-Testi) ilişki analizleri için ise Spearman's korelasyon katsayıları kullanıldı.



## **6. BULGULAR**

Araştırmadan elde edilen veriler üç başlıkta ele alındı:

6.1. Örneklemin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumu ve destek gereksinimlerine ilişkin bulgular

6.3. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel aktivite ve hareket düzeyine ilişkin bulgular

### **6.1. ÖRNEKLEMİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Örneklemin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş dağılımı, eğitim düzeyi, meslekleri, medeni durumu ve gelir algılarına ait değişkenlere ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 6.1.1’de verilmektedir.

**Tablo 6.1.1. Örneklemin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=80)**

<b>Demografik Özellik</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	$\bar{x}\pm ss$ 49,46 $\pm$ 15,07 (Dağılım 20-79) Medyan: 51,5		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	36	45
	Erkek	44	55
<b>Yaş</b>	20-29	9	11,3
	30-39	12	15
	40-49	16	20
	50-59	20	25
	60-69	17	21,2
	70-79	6	7,5
<b>Medeni Durum</b>	Evli	56	70
	Bekar	24	30
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	27	33,8
	Lise	38	47,5
	Ön Lisans	9	11,2
	Lisans	6	7,5
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	27	33,7
	Memur	18	22,5
	Emekli	11	13,7
	Serbest meslek	7	8,8
	Diğer (Örn; öğretmen, hasta bakıcı)	7	8,8
	Öğrenci	6	7,5
	İşçi	4	5
<b>Gelir Düzeyi Algısı</b>	Gelirim giderime denk	66	82,5
	Gelirim giderimden fazla	7	8,75
	Gelirim giderimden az	7	8,75
<b>Sosyal Güvence</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu	56	70
	Özel sigorta	12	15
	Emekli Sandığı	8	10
	Yok	4	5

Araştırmaya katılan hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımlar incelendiğinde, %55'inin (n=44) erkek ve %70'inin (n=56) evli olduğu, %25'inin (n=20) 50-59 ve %21,2'ünün (n=17) 60-69 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hastaların eğitim durumlarına incelendiğinde, %47,5'inin (n=38) lise mezunu, %33,8'inin ise (n=27) ilkokul mezunu oldukları dikkat çekmektedir (Tablo 6.1.1).

Meslek gruplarına göre dağılımlar incelendiğinde, %33,7'nin (n=27) ev hanımı, %22,5'inin (n=18) memur olduğu görülmektedir. Araştırma grubunun %82,5'i (n=66) gelirinin giderine denk olduğunu bildirdi (Tablo 6.1.1).



**Tablo 6.1.2. Hastaların Hastaneye Yatış Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=80)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>	Hayır	50	62,5
	Evet	30	37,5
<b>Alkol Kullanımı</b>	Hayır	69	86,25
	Evet	11	13,75
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	Hayır	39	48,8
	Evet	41	51,2
<b>Mevcut Kronik Hastalıklar<sup>#</sup></b>	Hipertansiyon	24	30
	Diyabet	14	17,5
	Koroner arter hastalığı	11	13,75
	Gastro özefajial reflü	3	3,75
	Hiperkolestrolemi	3	3,75
	Solunum sistemi hastalıkları	3	3,75
	Aritmi	2	2,5
	Kanser (Örn; kolon ve meme kanseri)	2	2,5
	Epilepsi	1	1,25
	Migren	1	1,25
<b>Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu</b>	Hayır	54	67,5
	Evet	26	32,5
<b>Daha Önce Hastaneye Yatan Hastaların Yatma Sayısı<sup>#</sup></b>	1 kez	21	22,5
	2 kez	8	10
	3 kez	1	1,25
<b>Şimdiki Hastane Yatış süresi</b>	2 gün	47	58,8
	3 gün	22	27,5
	4 gün	7	8,8
	5 gün	2	2,5
	7 gün	1	1,3
	10 gün	1	1,3
<b>Şimdiki Hastane Yatış Süresi</b>	$\bar{x} \pm ss$ 2,69±1,23		

<sup>#</sup>Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastaların hastane yatış özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık öyküsü, daha önce hastaneye yatış sayısı ve şimdiki hastane yatış süresi değişkenlerine ait frekans dağılımları Tablo 6.1.2’de verilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %62,5’unun (n=50) sigara kullanmadığı, sadece %13,7’inin (n=11) alkol kullandığı saptandı.

Hastaların kronik hastalığa sahip olma yüzdeleri incelendiğinde, %51,2’sinde (n=41) kronik hastalığının olduğu saptandı. Kronik hastalığı olduğunu bildiren hastaların araştırma %30’u (n=24) hipertansiyon tanısı ile tedavi gördüğünü bildirdi (Tablo 6.1.2).

Araştırmaya dahil edilen hastalardan %32,5’inin (n=26) daha önce hastaneye yattığı saptandı. Çalışmaya dahil edilme zamanında hastanedeki yatış süreleri incelendiğinde, görüşme sırasında hastaların %58,8’inin (n=47) ameliyat sonrası 2.günde, %27,5’inin (n=22) ise 3.günde oldukları belirlendi (Tablo 6.1.2).

**Tablo 6.1.3. Hastaların Hastalık ve Ameliyat ile İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular (N=80)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cerrahi Girişim Türü</b>	Genel cerrahi	37	46,3
	Ortopedik cerrahi	22	27,5
	Kalp cerrahisi	21	26,3
<b>Cerrahi Girişimler</b>	Gastrointestinal sistem ameliyatları	21	26,2
	Ortopedi ve eklemler ile ilgili ameliyatlar	13	16,6
	Koroner arter bypass grefti ameliyatı	11	13,8
	Vertebra cerrahisi ameliyatları	7	8,8
	Troidektomi	7	8,8
	Mastektomi	6	7,5
	Aort kapak replasmanı	4	5
	Mitral valf replasmanı	3	3,8
	Kalça protezi	2	2,5
	Obezite cerrahisi	2	2,5
	Stent takılması	2	2,5
	Karotis arter cerrahisi	1	1,3
	Kasık fitiği	1	1,3
<b>Anestezi Türü</b>	Genel anestezi	80	100
<b>Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu</b>	Hayır	55	68,7
	Evet	25	31,3
<b>Geçmişte Geçirilen Ameliyatlar/İnvazif Girişimler</b>	Kulak burun boğaz ameliyatları (Örn; tonsillektomi)	5	6,3
	Vertebra cerrahisi (Örn; bel fitiği ameliyatı)	4	5,1
	Prostatektomi	2	2,5
	Göz ameliyatı	2	2,5
	Kasık fitiği ameliyatı	1	1,3
	Apendektomi	1	1,3
	Diğer (Örn; anjiyografi, meme biyopsisi)	10	12,7
<b>İlaç Tedavisi</b>	Analjezik	80	100

Hastaların hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, geçirilen cerrahi girişim türü, ameliyat öyküsü/invazif girişim, uygulanan anestezi tipi ve verilen ilaç tedavisine ilişkin bulgular Tablo 6.1.3'de verilmektedir.

Hastaların geçirdiği cerrahi girişim türleri incelendiğinde, hastaların sırasıyla genel cerrahi, ortopedi ve kalp ameliyatları; (%46,3, %27,5 ve %26,3) geçirdikleri belirlendi. Hastaların geçirdiği cerrahi girişimler incelendiğinde, gastrointestinal sistem ameliyatları (%26,2), ortopedi ve eklemler ile ilgili ameliyatları (%16,6) ve bunu koroner arter bypass grefti ameliyatları (%13,8) izlemektedir. Hastaların %68,8 'inin (n=55) daha önce herhangi bir ameliyat geçirmediği belirlendi. Hastaların %68,7'nde (n=55) ameliyat öyküsü bulunmamaktadır.

## **6.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL VE DUYGUSAL İYİLİK DURUMU VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6.2.1' de verilmektedir.



**Tablo 6.2.1. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde Puan Ortalamaları (N=80)**

<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b>Ölçek Maddeleri</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$
<b>Fiziksel Rahatlık</b>	Rahatça nefes alıp verebiliyorum	4,07	0,85
	İyi bir uyku uyudum	3,66	0,81
	Yediklerimden tad alabiliyorum	3,63	0,93
	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	3,70	0,95
	Bulantı	3,85	0,87
	Kusma	4,15	0,93
	Öğürme	4,03	0,86
	Huzursuzluk hissetme	4,13	0,72
	Sallanma ya da seğirme	4,41	0,72
	Titreme	4,57	0,61
	Üşüdüğünü hissetme	4,49	0,66
	Baş dönmesi hissetme	4,09	0,86
<b>Duygusal Durum</b>	Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	3,89	0,94
	Kendime hakimim	4,11	0,91
	Kendimi rahat hissediyorum	4,04	0,95
	Kötü rüya görme	4,29	0,70
	Kaygılı hissetme	4,14	0,70
	Öfkeli hissetme	4,38	0,72
	Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	4,34	0,71
	Kendini yalnız hissetme	4,34	0,80
Uykuya dalmakta güçlük çekme	3,67	0,85	
<b>Hasta Desteği</b>	Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum	4,44	0,63
	Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	4,46	0,66
	Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	4,30	0,64
	Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	4,34	0,66
	Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	4,36	0,66
	Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	4,45	0,61
	Kafası karışık hissetme	4,11	0,76

**Tablo 6.2.1. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Madde Puan Ortalamaları (N=80) (Devamı)**

<b>Hareket Özgürlüğü</b>	Normal konuşabiliyorum	4,69	0,59
	Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum	3,91	0,90
	Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	3,81	0,84
	Yazı yazabiliyorum	3,81	0,86
	İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	3,84	0,89
<b>Ağrı</b>	Orta şiddette ağrı	3,34	0,73
	Şiddetli ağrı	3,43	1,02
	Baş ağrısı	3,49	0,86
	Kas ağrısı	3,55	0,93
	Sırt ağrısı	3,78	0,90
	Boğaz ağrısı	3,94	0,86
	Ağızda yaraya bağlı ağrı	4,75	0,46

Ölçeğin her bir maddesi için hastalar, 1 ile 5 arasında “Hiçbir zaman” dan başlayıp, “Çoğu zaman” a kadar bir sayı seçerek yanıt verebilmektedir. Buna göre; en yüksek puanı “Ağrı” alt boyutunun “*Ağızda yaraya bağlı ağrı*” maddesi ( $4,75 \pm 0,46$ ) alırken, en düşük puanı “Ağrı” alt boyutunun “*Orta şiddette ağrı*” maddesi ( $3,34 \pm 0,73$ ) almaktadır (Tablo 6.2.1).

**Tablo 6.2.2. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puanları (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Potansiyel Dağılım	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
- Fiziksel Rahatlık	12-60	48,78	7,16	33	60
- Duygusal Durum	9-45	37,19	5,05	26	45
- Hasta Desteği	7-35	30,46	3,78	22	35
- Hareket Özgürlüğü	5-25	20,06	3,54	10	25
- Ağrı	7-35	26,26	4,37	12	34
<b>QoR-40 Toplam Puan</b>	<b>40-200</b>	<b>162,75</b>	<b>20,81</b>	<b>120</b>	<b>197</b>

Hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanlarının dağılımı ise Tablo 6.2.2’de görülmektedir. Buna göre;

“*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalaması  $48,78 \pm 7,16$ , en düşük puan 33, en yüksek puan 60;

“*Duygusal Durum*” alt boyutu puan ortalaması  $37,19 \pm 5,05$ , en düşük puan 26, en yüksek puan 45;

“*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalaması  $30,46 \pm 3,78$ , en düşük puan 22, en yüksek puan 35;

“*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalaması  $20,06 \pm 3,54$ , en düşük puan 10, en yüksek puan 25;

“*Ağrı*” alt boyutu puan ortalaması ise  $26,26 \pm 4,37$ , en düşük puan 12, en yüksek puan 34 olarak bulundu.

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam puanları ise 120 ile 197 arasında değişmekte olup, ortalama puan  $162,75 \pm 20,81$  olarak bulundu.

**Tablo 6.2.3. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Fiziksel Rahatlık	Duygusal Durum	Hasta Desteği	Hasta Özgürlüğü	Ağrı	QoR-40 Toplam
– Fiziksel Rahatlık	1,00	-	-	-	-	-
– Duygusal Durum	0,80**	1,00	-	-	-	-
– Hasta Desteği	0,69**	0,77**	1,00	-	-	-
– Hareket Özgürlüğü	0,66**	0,71**	0,72**	1,00	-	-
– Ağrı	0,70**	0,68**	0,53**	0,62**	1,00	-
<b>QoR-40 Toplam Ölçek</b>	<b>0,91**</b>	<b>0,92**</b>	<b>0,84**</b>	<b>0,83**</b>	<b>0,81**</b>	<b>1,00</b>

\*\* p < 0,01 Spearman Korelasyon Katsayısı

Araştırmada kullanılan İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları arasındaki ilişkiler Tablo 6.2.3' de verilmektedir.

Buna göre “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalamaları ile “*Duygusal Durum*” alt boyutu arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,80$ ,  $p < 0,01$ ), “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları arasında ise orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,69$ ,  $p < 0,01$ ), “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,66$ ,  $p < 0,01$ ), “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,70$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

“*Duygusal Durum*” alt boyutunun diğer alt boyutlar ile ilişkisi incelendiğinde, “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,77$ ,  $p < 0,01$ ), “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,71$ ,  $p < 0,01$ ), “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,68$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

“*Hasta Desteği*” alt boyutunun diğer alt boyutlar ile ilişkisi incelendiğinde, “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,72$ ,  $p < 0,01$ ), “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında ise orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,53$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları ile “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam puanı ile alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise; “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalamaları ile çok yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,91$ ,  $p < 0,01$ ), “*Duygusal Durum*” alt boyutu puan ortalamaları ile çok yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,92$ ,  $p < 0,01$ ), “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları ile yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,84$ ,  $p < 0,01$ ), “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları ile yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,83$ ,  $p < 0,01$ ) ve “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları ile yüksek düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,81$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 6.2.3).

Araştırmaya katılan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*”, “*Duygusal Durum*”, “*Hasta Desteği*”, “*Hareket Özgürlüğü*”, “*Ağrı*” alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı hastaların sosyo-demografik, hastalık ve ameliyat ile ilişkili özelliklere göre karşılaştırıldı.

**Tablo 6.2.4. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Kadın	36	48,58	6,86	-0,242	0,81
	Erkek	44	48,93	7,47		
– Duygusal Durum	Kadın	36	37,08	5,14	-0,233	0,82
	Erkek	44	37,27	5,04		
– Hasta Desteği	Kadın	36	30,78	3,80	-0,498	0,62
	Erkek	44	30,20	3,77		
– Hareket Özgürlüğü	Kadın	36	20,17	3,83	-0,555	0,58
	Erkek	44	19,98	3,33		
– Ağrı	Kadın	36	26,47	3,65	-0,213	0,83
	Erkek	44	26,09	4,92		
QoR-40 Toplam Ölçek	Kadın	36	163,08	20,28	-0,082	0,93
	Erkek	44	162,48	21,47		

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney-U Testi

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları ve İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam puanı hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.2.4).

**Tablo 6.2.5. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Yaş Grubu	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
– Fiziksel Rahatlık	20-29	9	50,67	10,63	16,382**	<b>0,006</b>
	30-39	12	53,17 <sup>(5)</sup>	4,78		
	40-49	16	50,88	6,26		
	50-59	20	48,15	6,42		
	60-69	17	44,18	6,79		
	70-79	6	46,67	3,20		
– Duygusal Durum	20-29	9	40,11 <sup>(5)</sup>	6,21	22,873***	<b>0,000</b>
	30-39	12	41,00 <sup>(4,5,6)</sup>	2,59		
	40-49	16	39,00	3,83		
	50-59	20	35,35	4,59		
	60-69	17	34,65	4,82		
	70-79	6	33,67	4,13		
– Hasta Desteği	20-29	9	32,89 <sup>(5,6)</sup>	2,98	21,316**	<b>0,001</b>
	30-39	12	31,58 <sup>(6)</sup>	3,23		
	40-49	16	32,69 <sup>(5,6)</sup>	2,44		
	50-59	20	29,75	3,88		
	60-69	17	28,47	3,57		
	70-79	6	26,67	3,14		
– Hareket Özgürlüğü	20-29	9	20,33	4,90	17,949**	<b>0,003</b>
	30-39	12	21,75 <sup>(6)</sup>	2,73		
	40-49	16	21,75 <sup>(5,6)</sup>	2,96		
	50-59	20	20,10	3,23		
	60-69	17	18,35	2,96		
	70-79	6	16,50	2,88		
– Ağrı	20-29	9	26,56	5,39	15,303**	<b>0,009</b>

**Tablo 6.2.5. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=80) (Devamı)**

	30-39	12	29,67 <sup>(4,5)</sup>	3,23		
	40-49	16	27,63	3,70		
	50-59	20	25,30	4,80		
	60-69	17	24,29	3,77		
	70-79	6	24,17	1,47		
<b>QoR-40 Toplam Ölçek</b>	20-29	9	170,56	28,79	22,394***	<b>0,000</b>
	30-39	12	177,17 <sup>(5,6)</sup>	11,37		
	40-49	16	171,94 <sup>(5)</sup>	15,26		
	50-59	20	158,65	19,93		
	60-69	17	149,94	18,84		
	70-79	6	147,67	10,6		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puan ortalamaları hastaların yaş grubuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p< 0,05). Buna göre;

- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyut puanları, 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 20-29 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyut puanları, 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyut puanları, 50-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 20-29 ve 40-49 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hasta Desteği*” alt boyut puanları, 60-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;

- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hasta Desteği*” alt boyut puanları, 70-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyut puanları, 70-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 40-49 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyut puanları, 60-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyut puanları, 50-69 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam puanları, 60-79 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 40-49 yaş grubunda bulunan hastaların “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam puanları, 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.5).



**Tablo 6.2.6. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
– Fiziksel Rahatlık	İlkokul	27	47,19	6,53	10,130*	<b>0,017</b>
	Lise	38	48,26	6,44		
	Ön Lisans	9	51,56	10,47		
	Lisans	6	55,00 <sup>(1)</sup>	5,37		
– Duygusal Durum	İlkokul	27	35,56	5,41	9,641*	<b>0,022</b>
	Lise	38	37,11	4,33		
	Ön Lisans	9	39,56	5,55		
	Lisans	6	41,50 <sup>(1)</sup>	4,04		
– Hasta Desteği	İlkokul	27	29,15	4,18	7,061	0,07
	Lise	38	30,68	3,29		
	Ön Lisans	9	32,11	3,41		
	Lisans	6	32,50	3,98		
– Hareket Özgürlüğü	İlkokul	27	19,07	3,91	5,587	0,13
	Lise	38	20,13	3,35		
	Ön Lisans	9	21,89	2,76		
	Lisans	6	21,33	3,20		
– Ağrı	İlkokul	27	25,41	3,5	9,404*	<b>0,024</b>
	Lise	38	26,00	4,51		
	Ön Lisans	9	26,67	5,05		
	Lisans	6	31,17 <sup>(1,2)</sup>	3,66		
QoR-40 Toplam Ölçek	İlkokul	27	156,37	21,09	10,810*	<b>0,013</b>
	Lise	38	162,18	17,70		
	Ön Lisans	9	171,78	25,84		
	Lisans	6	181,50 <sup>(1)</sup>	18,82		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*”, “*Duygusal Durum*” ve “*Ağrı*” alt boyut puanları ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam puanları hastaların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre, lisans mezunu hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” ve İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyut puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre; lisans mezunu hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyut puanları, ilkokul ve lise mezunu hastaların puanlarına göre; lisans mezunu hastaların “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Ölçek Toplam” puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.6)

**Tablo 6.2.7. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Evli	56	46,93	6,81	-3,735***	<b>0,000</b>
	Bekar	24	53,08	6,1		
– Duygusal Durum	Evli	56	35,63	4,82	-4,366***	<b>0,000</b>
	Bekar	24	40,83	3,51		
– Hasta Desteği	Evli	56	29,57	3,77	-3,209**	<b>0,001</b>
	Bekar	24	32,54	2,92		
– Hareket Özgürlüğü	Evli	56	19,36	3,71	-2,729**	<b>0,006</b>
	Bekar	24	21,71	2,48		
– Ağrı	Evli	56	25,30	4,26	-2,975**	<b>0,003</b>
	Bekar	24	28,50	3,83		
QoR-40 Toplam Ölçek	Evli	56	156,79	20,23	-4,101***	<b>0,000</b>
	Bekar	24	176,67	14,84		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre, bekar olan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, medeni durumu evli olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.7).

**Tablo 6.2.8. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Düzeyi Algısına Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Gelir Düzeyi Algısı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Gelirim az	7	51,86	4,91	4,194	0,12
	Gelirim denk	66	48,05	6,99		
	Gelirim fazla	7	52,57	9,29		
– Duygusal Durum	Gelirim az	7	38,57	1,62	3,912	0,14
	Gelirim denk	66	36,71	5,13		
	Gelirim fazla	7	40,29	5,65		
– Hasta Desteği	Gelirim az	7	32,00	2,89	5,889	0,05
	Gelirim denk	66	30,03	3,77		
	Gelirim fazla	7	33,00	3,61		
– Hareket Özgürlüğü	Gelirim az	7	21,29	2,49	1,499	0,47
	Gelirim denk	66	19,83	3,62		
	Gelirim fazla	7	21,00	3,65		
– Ağrı	Gelirim az	7	27,43	3,55	3,756	0,15
	Gelirim denk	66	25,85	4,312		
	Gelirim fazla	7	29,00	5,03		
QoR-40 Toplam Ölçek	Gelirim az	7	171,14	11,63	5,543	0,06
	Gelirim denk	66	160,47	20,50		
	Gelirim fazla	7	175,86	25,98		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları hastaların gelir düzeyi algısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.2.8).

**Tablo 6.2.9. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Başka Kronik Hastalık Varlığı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mww}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Hayır	39	51,69	6,71	-3,733***	<b>0,000</b>
	Evet	41	46,00	6,49		
– Duygusal Durum	Hayır	39	39,51	4,39	-4,056***	<b>0,000</b>
	Evet	41	34,98	4,67		
– Hasta Desteği	Hayır	39	32,00	3,25	-3,490***	<b>0,000</b>
	Evet	41	29,00	3,69		
– Hareket Özgürlüğü	Hayır	39	21,62	3,45	-4,247***	<b>0,000</b>
	Evet	41	18,59	2,98		
– Ağrı	Hayır	39	28,08	4,19	-3,669***	<b>0,000</b>
	Evet	41	24,54	3,84		
QoR-40 Toplam Ölçek	Hayır	39	172,90	18,45	-4,497***	<b>0,000</b>
	Evet	41	153,10	18,33		

$Z_{mww}$  : Mann-Whitney-U Testi \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların başka kronik hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre, başka kronik hastalığı olmayan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, başka bir kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.9)

**Tablo 6.2.10. İyileşme Kalitesi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Hastaneye Yatma Öyküsü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Hayır	54	50,43	6,19	-2,738**	<b>0,006</b>
	Evet	26	45,35	7,90		
– Duygusal Durum	Hayır	54	38,52	4,6	-3,315**	<b>0,001</b>
	Evet	26	34,42	4,9		
– Hasta Desteği	Hayır	54	31,30	3,37	-2,715**	<b>0,007</b>
	Evet	26	28,73	4,05		
– Hareket Özgürlüğü	Hayır	54	20,87	3,38	-3,042**	<b>0,002</b>
	Evet	26	18,38	3,31		
– Ağrı	Hayır	54	27,33	3,96	-2,895**	<b>0,004</b>
	Evet	26	24,04	4,42		
QoR-40 Toplam Ölçek	Hayır	54	168,44	18,08	-3,345**	<b>0,001</b>
	Evet	26	150,92	21,46		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların daha önce hastaneye yatış durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Buna göre, daha önce hastaneye yatmayan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, daha önce hastaneye yatan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.10).

**Tablo 6.2.11. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Ameliyat Geçirme Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Ameliyat Geçirme Öyküsü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Hayır	55	50,36	6,14	-2,715**	<b>0,007</b>
	Evet	25	45,28	8,07		
– Duygusal Durum	Hayır	55	38,60	4,47	-3,609***	<b>0,000</b>
	Evet	25	34,08	4,93		
– Hasta Desteği	Hayır	55	31,31	3,34	-2,817**	<b>0,005</b>
	Evet	25	28,60	4,07		
– Hareket Özgürlüğü	Hayır	55	20,89	3,33	-3,216**	<b>0,001</b>
	Evet	25	18,24	3,36		
– Ağrı	Hayır	55	27,42	3,91	-3,306**	<b>0,001</b>
	Evet	25	23,72	4,32		
QoR-40 Toplam Ölçek	Hayır	55	168,58	17,72	-3,484***	<b>0,000</b>
	Evet	25	149,92	21,67		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Buna göre, daha önce ameliyat olmayan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, daha önce ameliyat olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.11).

**Tablo 6.2.12. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamalarının Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Ameliyat Türü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
– Fiziksel Rahatlık	Ortopedik Cerrahi	22	52,95 <sup>(2)</sup>	6,41	21,647***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	43,52	5,26		
	Genel Cerrahi	37	49,27 <sup>(2)</sup>	6,78		
– Duygusal Durum	Ortopedik Cerrahi	22	39,00 <sup>(2)</sup>	4,96	20,500***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	32,95	3,68		
	Genel Cerrahi	37	38,51 <sup>(2)</sup>	4,46		
– Hasta Desteği	Ortopedik Cerrahi	22	32,18 <sup>(2)</sup>	3,22	21,043***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	27,19	3,09		
	Genel Cerrahi	37	31,30 <sup>(2)</sup>	3,34		
– Hareket Özgürlüğü	Ortopedik Cerrahi	22	19,86	3,34	20,002***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	17,57	2,40		
	Genel Cerrahi	37	21,59 <sup>(2)</sup>	3,43		
– Ağrı	Ortopedik Cerrahi	22	26,64 <sup>(2)</sup>	3,87	21,458***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	22,62	3,34		
	Genel Cerrahi	37	28,11 <sup>(2)</sup>	3,96		
QoR-40 Toplam Ölçek	Ortopedik Cerrahi	22	170,64 <sup>(2)</sup>	18,70	25,014***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	143,86	12,72		
	Genel Cerrahi	37	168,78 <sup>(2)</sup>	19,32		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların geçirdiği ameliyat türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Buna göre, ortopedi ve genel cerrahi girişim geçiren hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı, kalp ameliyatı geçiren hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.2.12).

**Tablo 6.2.13. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Puan Ortalamaları ile Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması (N=80)**

İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyutları	Ameliyat Sonrası Gün	
	$r_s$	p
- Fiziksel Rahatlık	-0,42**	0,000
- Duygusal Durum	-0,40**	0,000
- Hasta Desteği	-0,36**	0,001
- Hareket Özgürlüğü	-0,46**	0,000
- Ağrı	-0,47**	0,000
<b>QoR-40 Toplam Ölçek</b>	<b>-0,48**</b>	<b>0,000</b>

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı \*\*  $p < 0,01$

Hastaların hastanede yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40), Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde,

- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,42$ ,  $p < 0,01$ ),
- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,40$ ,  $p < 0,01$ ),
- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,36$ ,  $p < 0,01$ ),
- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,46$ ,  $p < 0,01$ ),
- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,47$ ,  $p < 0,01$ ),



- Hastane yatış süresi ile “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam ölçek ortalama puanı arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,48$ ,  $p < 0,01$ ) ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 6.2.13).

### 6.3. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE HAREKET DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6.3.1'de yer almaktadır.

**Tablo 6.3.1 Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Madde Dağılımı (N=80)**

	Bağımsız olarak yürüdü		Sözlü uyarı ile bağımsız olarak yürüdü		Sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yürüdü		Yürümek için hemşireye bağımlıydı		Yardıma rağmen yürüyemedi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	-	0	6	7,5	43	53,8	29	36,3	2	2,5
- Yatak kenarında oturma	-	0	22	27,5	31	38,8	26	32,5	1	1,3
- Yatak kenarında ayağa kalkma	2	2,5	30	37,5	24	30,0	22	27,5	2	2,5
- Hasta odasında yürüme	10	12,5	21	26,3	31	38,8	15	18,8	3	3,8

Her bir madde için gözlemciler, hastaların davranışı gerçekleştirebilme durumuna göre “Bağımsız olarak yürüdü” ifadesinden başlayıp, “Yardıma rağmen yürüyemedi” ifadesine kadar 1 ile 5 arasında yanıt verdi.

Buna göre yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme hareketini hastaların %53,8'i (n=43) sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturma hareketini hastaların %38,8'i (n=31) sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalkma hareketini hastaların %37,5'i (n=30) sözlü uyarı ile bağımsız olarak, hasta odasında yürüme hareketini hastaların %38,8'i (n=31) sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile gerçekleştirebilmektedir. Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme ve yatak kenarında oturma işlevini bağımsız olarak gerçekleştirebilen hasta bulunmamaktadır (Tablo 6.3.1).

**Tablo 6.3.2. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=80)**

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddeleri	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
- <b>Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme</b>	3,34	0,66	2	5
- <b>Yatak kenarında oturma</b>	3,07	0,81	2	5
- <b>Yatak kenarında ayağa kalkma</b>	2,90	0,92	1	5
- <b>Hasta odasında yürüme</b>	2,75	1,03	1	5
<b>Ölçek Toplam Puan</b>	12,06	3,07	6	20

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 6.3.2'de verilmektedir.

Buna göre, en yüksek puanı “*Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme*” maddesi ( $3,34 \pm 0,66$ ) alırken, en düşük puanı “*Hasta odasında yürüme*” maddesi ( $2,75 \pm 1,03$ ) aldı. Hastaların ölçek puanları ise 6 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama puan  $12,06 \pm 3,07$  olarak bulundu (Tablo 6.3.2).

**Tablo 6.3.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği Ağrı Hissetme Maddesine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=80)**

Ağrı Hissetme	Ağrı yoktu		Biraz ağrı vardı		Orta derecede ağrı vardı		Çok ağrı vardı		En kötü ağrıydı	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	-	0	3	3,8	39	48,8	29	36,3	9	11,3
- Yatak kenarında oturma	-	0	15	18,8	21	26,3	37	46,3	7	8,8
- Yatak kenarında ayağa kalkma	-	0	21	26,3	16	20,0	33	41,3	10	12,5
- Hasta odasında yürüme	2	2,5	22	27,5	16	20,0	32	40,0	8	10,0

Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı hissetme ile ilgili maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6.3.3' de verilmektedir.

Her bir madde için hastalar, davranışı gerçekleştirirken ağrı hissetme derecesine göre “Ağrı yoktu” dan başlayıp, “En kötü ağrıydı” ya kadar 1 ile 5 arasında yanıt verdi.

Buna göre, hastaların %48,8'i (n=39) yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme hareketini gerçekleştirirken orta derecede ağrı hissettiğini, hastaların %46,3'ü (n=37) yatak kenarında oturma hareketini gerçekleştirirken çok ağrı hissettiğini, hastaların %41,3'ü (n=33) yatak kenarında ayağa kalkma hareketini gerçekleştirirken çok ağrı hissettiğini, hastaların %40'ı (n=32) ise hasta odasında yürüme hareketini gerçekleştirirken çok ağrı hissettiğini belirtti (Tablo 6.3.3).

**Tablo 6.3.4. Hasta Hareketlilik Ölçeği Zorluk Derecesine Göre Bulguların Madde Dağılımı (N=80)**

Hasta Hareketlilik Ölçeği Zorluk Yaşama Derecesi	Çok kolaydı		Kolaydı		Biraz zordu		Zordu		Çok zordu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
– Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	-	0	8	10,0	25	31,3	28	35,0	19	23,8
– Yatak kenarında oturma	-	0	19	23,8	22	27,5	22	27,5	17	21,3
– Yatak kenarında ayağa kalkma	2	2,5	19	23,8	15	18,8	21	26,3	23	28,7
– Hasta odasında yürüme	7	8,8	22	27,5	13	16,3	22	27,5	16	20,0

Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği zorluk yaşama ile ilgili maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6.3.4' de verilmektedir.

Her bir madde için hastalar, davranışı gerçekleştirirken yaşadıkları zorluk derecesine göre “Çok kolaydı” dan başlayıp, “Çok zordu” ya kadar 1 ile 5 arasında yanıt verdi.

Buna göre, hastaların %35'i (n=28) yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme işlevini gerçekleştirirken zorlandığını; hastaların %27,5'i (n=22) yatak kenarında oturma işlevini gerçekleştirirken biraz zorlandığını, %27,5'i (n=22) ise zorlandığını; hastaların %28,7'si (n=23) yatak kenarında ayağa kalkma işlevini gerçekleştirirken çok zorlandığını; hastaların %27,5'i (n=22) hasta odasında yürüme işlevini gerçekleştirirken kolay gerçekleştirdiğini, %27,5'i (n=22) ise zorlandığını belirtti (Tablo 6.3.4).

**Tablo 6.3.5. Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=80)**

Hasta Hareketlilik Ölçeği Maddeleri	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Mak
<b>1. Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme</b>				
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?	3,55	0,75	2	5
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?	3,72	0,94	2	5
<b>2. Yatak kenarında oturma</b>				
Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?	3,45	0,90	2	5
Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?	3,46	1,08	2	5
<b>3. Yatak kenarında ayağa kalkma</b>				
Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?	3,40	1,01	2	5
Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?	3,55	1,21	1	5
<b>4. Hasta odasında yürüme</b>				
Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?	3,28	1,06	1	5
Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?	3,22	1,29	1	5
<b>Ölçek Toplam Puan</b>	<b>27,64</b>	<b>7,34</b>	<b>15</b>	<b>39</b>

Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı Tablo 6.3.5'de verilmektedir.

Buna göre en yüksek puanı “*Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?*” maddesi ( $3,72 \pm 0,94$ ) alırken, en düşük puanı “*Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?*” maddesi ( $3,22 \pm 1,29$ ) aldı. Hastaların ölçek puanları ise 15 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalama puan  $27,64 \pm 7,34$  olarak bulundu (Tablo 6.3.5).

**Tablo 6.3.6. Hastaların Mobilizasyon Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması (N=80)**

Özellik	Mobilizasyon Öncesi		Mobilizasyon Sonrası		t	p
	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\bar{x}$	$\pm ss$		
<b>Sistolik kan basıncı (mm/Hg)</b>	123,11	18,93	129,93	19,67	-11,443***	<b>0,000</b>
<b>Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)</b>	71,63	10,84	77,50	10,22	-9,317***	<b>0,000</b>
<b>Nabız atım/dk</b>	72,45	11,11	77,81	10,98	-8,485***	<b>0,000</b>
<b>Solunum/dk</b>	13,61	7,54	13,69	1,46	-0,091	0,93

t: Paired-Samples T-Testi \*\*\* p < 0,001

Araştırmaya katılan hastaların mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası dönemde sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayısı karşılaştırıldığında, hastaların mobilizasyon sonrası sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve nabız sayılarının, mobilizasyon öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 6.3.6).

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların sosyo-demografik, hastalık ve ameliyat ilişkili özelliklerine göre karşılaştırıldı.

**Tablo 6.3.7. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	Kadın	36	12,33	3,09	-0,725	0,47
	Erkek	44	11,84	3,07		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Kadın	36	29,53	7,07	-2,152*	<b>0,031</b>
	Erkek	44	26,09	7,27		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Buna göre, kadın hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları  $29,53 \pm 7,07$ , erkek hastaların puanlarına  $26,09 \pm 7,27$  göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.3.7).

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanı hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0,05).

**Tablo 6.3.8. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Yaş Grubu	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	20-29	9	12,11	3,06	23,032***	<b>0,000</b>
	30-39	12	10,00	1,95		
	40-49	16	10,50	2,1		
	50-59	20	11,85	2,94		
	60-69	17	14,53 <sup>(2,3,4)</sup>	2,53		
	70-79	6	14,00 <sup>(2)</sup>	3,95		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	20-29	9	25,00	8,31	14,586*	<b>0,012</b>
	30-39	12	25,33	6,81		
	40-49	16	24,63	6,46		
	50-59	20	27,95	7,25		
	60-69	17	32,65 <sup>(3)</sup>	5,73		
	70-79	6	29,00	8,15		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların yaş grubuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları incelendiğinde ise;

- 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları 30-59 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre;
- 70-79 yaş grubunda bulunan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.
- 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları 40-49 yaş grubunda bulunan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.3.8).



**Tablo 6.3.9. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	İlkokul	27	13,96 <sup>(2,3,4)</sup>	2,68	16,317**	<b>0,001</b>
	Lise	38	11,32	2,93		
	Ön Lisans	9	10,78	3,15		
	Lisans	6	10,17	0,98		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	İlkokul	27	31,48 <sup>(2,3)</sup>	6,10	14,344**	<b>0,002</b>
	Lise	38	26,32	7,06		
	Ön Lisans	9	25,67	8,79		
	Lisans	6	21,67	4,67		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları hastaların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları lise, ön lisans ve lisans mezunu hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

İlkokul mezunu hastaların “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ise lise ve ön lisans mezunu hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (Tablo 6.3.9).

**Tablo 6.3.10. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	Evli	56	12,77	3,13	-3,069**	<b>0,002</b>
	Bekar	24	10,42	2,23		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Evli	56	29,23	7,19	-3,130**	<b>0,002</b>
	Bekar	24	23,92	6,38		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Evli olan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları, bekar olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (Tablo 6.3.10).

**Tablo 6.3.11. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Durumu Algısına Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Gelir Düzeyi Algısı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	Gelirim az	7	10,86	1,46	3,785	0,15
	Gelirim denk	66	12,38	3,20		
	Gelirim fazla	7	10,29	2,22		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Gelirim az	7	26,57	6,08	5,847	0,05
	Gelirim denk	66	28,39	7,26		
	Gelirim fazla	7	21,57	7,16		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların gelir düzeyi algısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.3.11).

**Tablo 6.3.12. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Başka Kronik Hastalık Varlığı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	Hayır	39	10,9	2,38	-3,269**	<b>0,001</b>
	Evet	41	13,17	3,26		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Hayır	39	25,9	6,89	-2,363*	<b>0,018</b>
	Evet	41	29,29	7,45		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların başka kronik hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre; başka bir kronik hastalığı olan hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları, başka kronik hastalığı olmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.3.12).

**Tablo 6.3.13. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatış Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Hastaneye Yatış Öyküsü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik</b>	Hayır	54	11,44	2,78	-2,594**	<b>0,009</b>
	Evet	26	13,35	3,29		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Hayır	54	26,87	7,50	-1,410	0,16
	Evet	26	29,23	6,86		

$Z_{mwu}$  : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların daha önce hastaneye yatış öyküsüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

“Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları incelendiğinde, daha önce hastaneye yatan hastaların puanlarının, daha önce hastaneye yatmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Buna karşın “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları hastaların daha önce hastaneye yatma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.3.13).

**Tablo 6.3.14. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Ameliyat Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Ameliyat Öyküsü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mww}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik</b>	Hayır	55	11,58	2,91	-2,141*	<b>0,032</b>
	Evet	25	13,12	3,21		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Hayır	55	27,07	7,57	-1,035	0,30
	Evet	25	28,88	6,77		

$Z_{mww}$ : Mann-Whitney-U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

“Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları incelendiğinde ise daha önce ameliyat olan hastaların puanlarının, daha önce ameliyat olmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Buna karşın “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.3.14).

**Tablo 6.3.15. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması (N=80)**

Ölçek	Ameliyat Türü	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$\chi^2_{kw}$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	Ortopedik Cerrahi	22	11,73	2,83	29,679***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	15,10 <sup>(1,3)</sup>	2,10		
	Genel Cerrahi	37	10,54	2,40		
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	Ortopedik Cerrahi	22	25,91	6,99	17,775***	<b>0,000</b>
	Kalp Cerrahisi	21	33,10 <sup>(1,3)</sup>	4,98		
	Genel Cerrahi	37	25,57	7,24		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal-Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları ameliyat türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05).

Buna göre, kalp ameliyatı olan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ise ortopedi ve genel cerrahi ameliyatı olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6.3.15).

**Tablo 6.3.16. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması (N=80)**

	Ameliyat sonrası görüşme günü	
	$r_s$	p
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği</b>	0,57**	<b>0,000</b>
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği</b>	0,50**	<b>0,000</b>

$r_s$ : Spearman Korelasyon Katsayısı \*\* p < 0,01

Hastanede yatış süresi ile “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde, “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları arasında ise zayıf düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 6.3.16).

**Tablo 6.3.17. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=80)**

	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	
	$r_s$	p
Hasta Hareketlilik Ölçeği	0,81**	0,000

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı \*\* p < 0,01

Hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları ile “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları arasında ise yüksek düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 6.3.17).

**Tablo 6.3.18. İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=80)**

İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyutları	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği		Hasta Hareketlilik Ölçeği	
	$r_s$	p	$r_s$	p
– Fiziksel Rahatlık	-0,59**	0,000	-0,56**	0,000
– Duygusal Durum	-0,56**	0,000	-0,54**	0,000
– Hasta Desteği	-0,47**	0,000	-0,45**	0,000
– Hareket Özgürlüğü	-0,59**	0,000	-0,43**	0,000
– Ağrı	-0,67**	0,000	-0,59**	0,000
QoR-40 Toplam Ölçek	-0,65**	0,000	-0,60**	0,000

$r_s$  : Spearman Korelasyon Katsayısı \*\* p < 0,01

Hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları arasındaki ilişkiler Tablo 6.3.18’te verilmektedir.

Buna göre “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,59$ ,  $p < 0,01$ ), İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,56$ ,  $p < 0,01$ ), İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,47$ ,  $p < 0,01$ ), İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,59$ ,  $p < 0,01$ ), İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,67$ ,  $p < 0,01$ ), “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Toplam” puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,65$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur.

“Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ile “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise;

- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,56$ ,  $p < 0,01$ ),
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Duygusal Durum*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,54$ ,  $p < 0,01$ ),
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hasta Desteği*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,45$ ,  $p < 0,01$ ),
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,43$ ,  $p < 0,01$ ),
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyutu puan ortalamaları ile arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,59$ ,  $p < 0,01$ ),
- “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Ölçek Toplam” puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde ( $r_s = -0,60$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.



## 7. TARTIŞMA

Ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında ele alınarak tartışıldı:

7.1. Örneklemin kişisel özelliklerinin tartışılması

7.2. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumu ve destek gereksinimlerine ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel aktivite ve hareket düzeyine ilişkin bulguların tartışılması

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımında bozulan homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve ameliyata özgü komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması için etkin hemşirelik bakımı gerekmektedir (8,9). Etkili ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı ile komplikasyonların oluşması önlenerek hastaların en erken sürede iyileşmesi ve günlük hayatına dönmesi sağlanır (2). Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal yönden iyileşme durumları, fiziksel aktivite düzeyi ve hastaların destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

### 7.1. ÖRNEKLEMİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan ameliyat sonrası dönemdeki hastaların kişisel özellikleri incelendiğinde, grubun  $49,46 \pm 15,07$  yaş grubunda olduğu, çoğunluğunun lise mezunu (%47,5) ve ev hanımı (%33,8) olduğu dikkat çekmektedir.

Grubun çoğunda (%51,2) kronik sağlık sorunu öyküsü olduğu, %67,5'i şimdiki yatış dışında hastaneye yatmadığını bildirdi. Araştırma grubunun yarıya yakınının (%46,3) genel cerrahi ameliyatı geçirdiği, tüm hastalara (%100) genel anestezi uygulandığı ve yarıdan fazlasının (%68,8) şimdiki ameliyatı dışında ameliyat geçirmediği belirlendi.

Çalışmaya katılan hastaların %69'u alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanımı ameliyat sonrası psikoz ve daha fazla analjezik kullanımı riskini arttırdığı için hastaların ameliyat öncesi dönemde sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazanmaları konusunda desteklenmeleri önem taşır.

## **7.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL VE DUYGUSAL İYİLİK DURUMU VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Hemşirelik, hasta için tüm sağlık ekip üyeleri ile birlikte çalışan, ekip içinde kendine ait özel görevleri olan, özel eğitim gerektiren, felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş, profesyonel bir meslektir (99). Hemşireler ameliyat olacak hastaya bütüncül yaklaşımla ameliyat öncesi ve sonrası dönem ve taburculuktan sonraki iyileşme sürecine ilişkin eğitim verilmesi hastaların korku ve endişelerini azaltabilir ve ortaya çıkan sorunlarıyla başetmesini destekleyebilmektedir. Ameliyat sonrası bakımın temel amacı, hastanın iyileşmesini sağlamakla beraber bu dönemde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve tedavi edilmesidir. Bu kapsamda hemodinamik parametrelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi önemli hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (100).

Ameliyat sonrası hastanın ağrısının değerlendirilmesi ve yönetimi cerrahi hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçası olarak kabul edilir (101). Ameliyat sonrası ağrı şiddeti ve etkin ağrı kontrolünün yapılan cerrahi müdahalenin çeşidi ve boyutuna, verilen anestezi miktarına ve insizyon büyüklüğüne göre değişiklik gösterebileceği dikkate alınmalıdır. Ameliyat türü ve ameliyat bölgesi ameliyattan sonra yaşanan insizyonel ağrıyı etkilemektedir. Örneğin, abdominal ameliyatlarda insizyonun diyafragmaya yakın olması ve abdominal alanda yoğun sinir ağrı nedeniyle en şiddetli ağrının yaşandığı ameliyat türüdür (102). Şiddetli ağrı nedeniyle hastalar derin solunum/öksürük, mobilizasyon ve uyku gibi iyileşme süreci adına önem taşıyan aktiviteleri yapamamakta ve bu durumda ameliyat ile ilişkili komplikasyon gelişme riski artmaktadır (103). Yapılan bir çalışmada hastaların %31'inin abdominal cerrahi ameliyatı sonrası mobilizasyon sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır (104). Ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin uygulamaların

etkinliğinin sürekli olarak değerlendirilmesi hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlaması açısından önemlidir (51,101).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak ve iyileşme sürecini kolaylaştırmak, tedaviye ilişkin yan etkileri kontrol altına almak veya önlemek, etkili tedavi sağlamaktır (105). Etkili tedavi için ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir (106). Hemşirelik bakım kalitesinin sürdürülmesinde ameliyat sonrası ağrı yönetiminin etkin bir şekilde sağlanması esastır. Etkili ağrı yönetiminin bir hasta hakkı olduğu belirtilmekle birlikte uygulamada henüz hastaların ağrısının değerlendirilmesi ve yönetiminde var olan engellerin üstesinden gelinemediği ve engellerin zaman yönetimi, hasta ve hemşirelerin tutum ve inançlarından kaynaklandığı bildirilmektedir (107). Ayrıca, bu sorunun çözümü için hemşirelerin kendi uygulamalarını denetleme üzerine odaklanması gerektiği, bu şekilde uygulamada ağrı yönetimi ve bakım standartlarının artacağı ileri sürülmektedir (108). Sloman ve arkadaşları (2005) tarafından cerrahi hastalar ve onlara bakım veren hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrıyı kontrol altına alma ve değerlendirme amacıyla yaptıkları çalışmada cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettikleri bulunmuştur (107). Ülkemizde ise Özer ve arkadaşlarının (2001) hastaların ameliyat sonrası ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %93,7'sinin şiddetli, %50,2'sinin yanma/sızı şeklinde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (105). Bu çalışmada ise hastaların ameliyat sonrası dönemde İyileşme Kalitesi Anketi "Ağrı" alt boyutu puanı hastaların ameliyat sonrası orta düzeyde ağrı yaşadıklarını göstermektedir (Tablo 6.2.1). Bu çalışma bulgusu hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolü konusunda desteklenmeye gereksinimleri olduğuna dikkat çekmektedir.

Cerrahi girişim bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir. Kaygı, stres, depresyon, öfke gibi psikososyal risk faktörlerinin kardiyovasküler lezyon oluşumunu artırarak, koroner arter hastalıklarına neden olduğu, yine bu risk faktörlerinin kötü prognoza neden olarak cerrahi girişimin sonuçlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (109). Bazı araştırmacılar hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında da yüksek kaygı düzeyi yaşadığını belirtmiştir (110,111). Bu kaygı ve korku anestezi tipine bağlı olabildiği gibi, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine, cerrahi girişime ait endişelere ve ameliyat sonrası

dönemdeki ağrılarına da bağlı olabilmektedir (112). Hastaların anksiyete seviyeleri daha önceki deneyimleri, hastaneye geliş şekilleri, cinsiyetleri, yaşları ve geçireceği ameliyatın türü gibi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu çalışmada hastaların İyileşme Kalitesi Anketi “Duygusal Durum” alt boyutunda yer alan “kaygılı hissetme” maddesi puan ortalaması yüksek ( $4,14 \pm 0,70$ ) bulundu (Tablo 6.2.1). Bu durum hastaların ameliyat sonrası dönemde emosyonel olarak desteklendiklerini düşündürmesi adına anlamlıdır.

Hasta olma ve hastaneye yatma bireyi çeşitli yönlerden etkilemektedir (113). Birey, sağlıktan sapma durumunda oluşan stresle baş etmeye çalışırken, temel gereksinimlerini de karşılamak durumunda olduğundan normal uyku ve dinlenmenin sağlanması daha çok önem taşır (114). Cerrahi servisinde yatan hastaların hastalıkla ilgili endişeleri, ağrı ve cerrahi girişim sonrası pozisyon kısıtlılığı gibi nedenlerle de uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir (115). Bir çalışmada hastaneye yatan hastaların %45,5’inde uyku düzenlerinde değişim olduğu saptanmıştır (116). Kara’nın (1996) çalışmasında hastaların %72,9’unda uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (117). Başka bir çalışmada hastaların başta ağrı olmak üzere, odanın havasız olması, vücuda takılı tıbbi cihazlar, odanın kalabalık olması ve çevrede gürültünün olmasından yakındıkları ve bu faktörlerin uykuyu etkilediği saptanmıştır (115). Bu çalışmada ise hastaların ameliyat sonrası dönemde orta düzeyde ( $3,67 \pm 0,85$ ) rahat şekilde uyudukları bulundu (Tablo 6.2.1). Bu sonuç iyileşmede en önemli rolü olan uykunun özellikle ameliyat sonrası dönemde düzeninin tekrar geri kazanılmasına yardımcı olunması ve hastanın uyku kalitesinin desteklenmesine yönelik hemşirelik girişimlerine gereksinim olduğuna işaret etmektedir. Buna göre hastaya uygun pozisyon vermek, yatak içinde fiziksel konforu sağlamak, gürültü, ses ve ışık gibi çevresel faktörlerin kontrolünü sağlamak ve ağrı gibi uykuya engel olabilecek faktörleri kontrol altına almak gibi girişimlerinin önemli olduğu dikkate alınmalıdır.

Bulantı, kusma hissi uyandıran nahoş bir duygudur, tek başına olabileceği gibi kusma, dispepsi veya diğer gastrointestinal semptomlar ile birlikte de olabilir. Kusma ise gastrik içeriğin güçlü bir refleks sonucu ağızdan dışarı atılmasıdır. Öğürme, gastrik içerik çıkışının olmamasıyla kusmadan ayrılır (32). Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası dönemde ağrıdan sonra en sık karşılaşılan problem olup, ameliyatın türü, anestezi türü ve hastanın kişisel özelliklerine göre ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı %14-82 arasında değişmektedir (32). İzveren (2011) cerrahi girişimi uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ortaya çıkan sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini belirlemeye yönelik

yaptığı çalışmada ameliyat sonrası 1. günde hastaların %35,8'inin “bulantı”, %19,4'ünün “kusma” yaşadığı saptanmıştır (32). İzveren'in (2011) çalışmada bulantı ve kusmanın 2. ve 3. günde giderek azaldığı görülmektedir (32). Hollington (1999) laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda mide bulantısı ve kusma görüldüğünü, hastaların %17'si ameliyat sonrası yedi günlük sürede sürekli mide bulantısı yakınmalarının olduğunu belirtmiştir (118). Bu çalışmada elde edilen bulgular incelendiğinde; hastaların orta düzeyde “bulantı” ( $3,85 \pm 0,87$ ), az düzeyde “kusma” ( $4,15 \pm 0,93$ ) yaşadıkları belirlendi (Tablo 6.2.1). Bu bulgular ameliyat sonrası dönemde hastalarda bulantı ve kusma kontrolünün iyi olduğuna işaret etmesi adına anlamlıdır. Bulantı ve kusma kontrolü konusunda farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerle hastayı desteklemek, ameliyat sonrası dönemin hasta için daha konforlu hale gelmesine yardımcı olacaktır. Hastalara bu dönemde bulantı ve kusmayı gidermek amaçlı uygulamalarda bulunarak, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanarak (diyetini planlamak, yağlı, baharatlı gıdalardan uzak durmasını sağlamak, ortamdaki kötü kokuyu gidermek ve odasını havalandırmak, gerekirse hekim istemine göre antiemetik ilaç uygulamak gibi) fiziksel ve duygusal rahatlığını sağlamak önerilecek girişimler arasında yer alır.

Bütüncül hasta yaklaşımının amacı, ameliyat sonrasında oluşan rahatsızlığın en aza indirilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir (119). Cerrahi girişim sonrası hastaların çeşitli sorunlarla karşı karşıya kaldıkları ve bunlarla kısmen başedebildikleri bilinmektedir (119). Hastalar iyileşme döneminde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde desteğe ihtiyaç duyarlar (119). Dal ve arkadaşlarının (2012) cerrahi ameliyat geçiren hastaların taburculuk sonrasında evde yaşadıkları sorunları belirlemek için yaptıkları çalışmada, cerrahi girişim uygulandıktan sonra hastaneden taburcu olan hastaların evde bakımında aile üyelerinin %85,2'sinin yardımcı olduğu belirlenmiştir (119). Subaşı ve Özbek (2006) çalışmalarında evde bakılan kişilerin %15,4'ünün ameliyat sonrası bakıma ihtiyacı olduğunu ve evde bakılan yetişkinlerin %81,7'sinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede değişik düzeylerde bağımlı olduğunu bildirmektedirler (120). Bu çalışmada İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları alt boyutlarından “Fiziksel Rahatlık” alt boyutu ile “Duygusal Durum” alt boyutu arasında, “Fiziksel Rahatlık” alt boyutu ile “Hasta Desteği” alt boyutu arasında, “Fiziksel Rahatlık” alt boyutu ile “Hareket Özgürlüğü” alt boyutu arasında, “Fiziksel Rahatlık” alt boyutu ile “Ağrı” alt boyutu puan

ortalamları arasında orta-yüksek düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 6.2.3). Bu çalışma sonuçları; hastaların ameliyat sonrası fiziksel açıdan rahatlığının sağlanması ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanması durumunda, ameliyat sonrası dönemde duygusal durumun; ağrı kontrolü ve ameliyat sonrası hareket düzeyinin olumlu yönde etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların ameliyat sonrası dönemde bakım gereksinimlerinin yakından izlenmesi, biyolojik, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanması önerilir. Hemşirelerin ameliyat sonrası döneminde hastaların mobilizasyon konusunda desteklenmesi, ağrı tanılmasının sürdürülmesi ve ağrı kontrolüne yönelik iş birliği yapılması, duygusal yönden desteklenmesi ve hasta, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimin sürdürülmesi, hastaların kısa sürede eski yaşamına psikolojik, sosyal ve fiziksel yönden sorun yaşamaksızın geri dönmelerini sağlama sürecinde aktif rol ve sorumluluklar almaları beklenmektedir.

Doku hasarına bağlı biyolojik bir tepki olarak ortaya çıktığı düşünülen ağrının aslında genetik, emosyonel, kültürel özellikler, inançlar ve bireysel faktörlerle ilgili boyutunun bulunduğu ve bu nedenle benzer fizyolojik nedenlerle oluşa bile, ağrı deneyimi ve şiddetinde bireysel farklılıklar gözlemlendiği belirtilmektedir (121). Diğer yaş gruplarına göre daha fazla ağrı deneyimleyen yaşlılarda, kadın olmak, eşinden ayrı ya da boşanmış olmak gibi özelliklerin ağrı sıklığını artırdığı ile ilgili bulgularla yaşanan bölge, farklı etnik grup ve ırklara göre ağrı deneyiminin farklı özellikler göstermesi ağrının sadece biyolojik olarak açıklanamayacak kadar karmaşık bir olay olduğunu ve sosyal-kültürel-psikolojik yönünün de bulunduğunu göstermektedir (122). Aslan'ın (1997) çalışmasında yaş ilerledikçe hastaların bildirdikleri ağrı şiddetinin azaldığı görülmektedir (123). Yavuz ve Özbayır'ın (2000) çalışmasında ise yaş ile ağrı şiddetleri arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (124). Yıldız (2011) tarafından yaş açısından ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmada, 54-70 yaş grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının sadece 18-35 yaş grubundaki hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (125). Bu çalışmada ise hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların yaş grubuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 6.2.5). 30-39 yaş grubu hastalarda 60 yaş ve üzeri gruba kıyasla hastaların Fiziksel Rahatlık, Ağrı, Duygusal Durum, Hasta Desteği ve Hareket Özgürlüğü alt

boyutlarının daha iyi olduğu saptandı. Bu kapsamda elde edilen sonuçlar incelendiğinde, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası dönemin ve iyilik halinin daha olumsuz etkilenebileceği, gerek mobilizasyon gerekse ağrı kontrolü konusunda hemşirelik desteğine ihtiyaç duydukları dikkat çekmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde desteklenmesi gereken alanlar ve ameliyat sorunları ile baş edebilme becerileri cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Ancak bu çalışmada fiziksel rahatlık, duygusal durum, hasta desteği, mobilizasyon ve ağrı kontrolünde cinsiyet yönünden fark saptanmadı.

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile ilişkili akut ağrı türüdür (126). Ameliyat sonrası ağrının tedavi ve bakımında amaç; hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, toparlanmasını kolaylaştırmak, ağrıya verilen otonomik ve somatik refleksleri engellemek, hastanın rahat nefes almasını ve hareket etmesini sağlamaktır (126). Etkin ağrı kontrolüyle hastanede kalış süresi ve iyileşme süresi kısaltılabilir. Düzel (2008) çalışmasında hemşire ve hastaların ameliyat sonrası ağrı değerlendirmelerini karşılaştırmış ve hastaların eğitim durumları ile ağrı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı fark bulmuştur (126). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaş ortalaması düştüğü yaş ortalaması düşük olanların ağrı değerlendirme puanı, hemşire değerlendirme puanlarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur (126). Aslan ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı ile baş etme yöntemlerini başarıyla kullandıkları belirtilmektedir (123). Bu çalışmada ise İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) Fiziksel Rahatlık, Ağrı ve Duygusal Durum alt boyut puanları eğitim düzeyi lisans olan hastalarda özellikle eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6.2.6). Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların ağrı kontrolü, mobilizasyon, duygusal ve fiziksel sorunlar ile baş etme konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları belirlendi.

Bu çalışmada hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) ölçeği alt grup puanlarının medeni duruma göre dağılım değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.7). Bekar olan hastaların tüm alt boyutlarda puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bu durumun bekar olan hastaların kendi ihtiyaçlarını günlük yaşamda desteksiz gerçekleştirmek durumunda oldukları için daha bağımsız

kararlar verebilmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aksine evli hastaların tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının düşük çıkması, eşler arasında birbirlerine bağımlılık duygusu ile karşılıklı beklenti içine girdikleri ve bunun gerçekleşmemesi durumunda ve bu gereksinimlerin karşılanmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle evli olan bireylerin fiziksel rahatlık, duygusal durum, ağrı kontrolü, hasta desteği ve fiziksel aktivitelerinin sürdürülmesi adına desteklenmesi önerilmektedir.

Çetin'in (2014) elektif cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesi dönemdeki kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada hastaların gelir durumlarına göre, Kaygı Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (127). Demir ve ark.'nın ise (2010) kalp cerrahisi kliniğinde kalp ameliyatı planlanan ve hastaneye yatışı yapılan hastalara Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Trait Anxiety Inventory - STAI) kullanılarak ulaştırıldığı sonuçlarda anlamlı fark saptanmamıştır (128). Ayoğlu'nun (2011) cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (98). Bu çalışmada benzer şekilde hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları hastaların gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 6.2.8). Bu bulgular doğrultusunda hastaların gelir düzeyinin iyileşme dönemine etkisi yönünden bağımsız olduğu söylenebilir.

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek gerektiren durumlar olarak değerlendirilir (129). Kronik bir hastalığın varlığı, uzun süreli bir problem oluşturacağından, ameliyat sonrası dönemde kaybedilen yetilerden farklı olarak değerlendirilmektedir (129). Nart'ın (2013) açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz-bakım gücünü değerlendirmek amacıyla 152 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, kronik hastalığın varlığı açısından öz-bakım gücü incelendiğinde anlamlı bir sonuç elde etmemiştir (130). Ameliyat geçiren hastaların bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığı olanların, olmayan hastalara oranla hemşirelik bakım memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür (131). Elde edilen sonuçlarla benzer olarak bu çalışmada, hastaların İyileşme



Kalitesi Anketi (QoR-40) puanları hastaların başka kronik hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 6.2.9). Kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel konfor, ağrı kontrolü, mobilize olma durumları ve duygusal destek konularında eğitime ve desteğe ihtiyaçları olduğu belirlendi. Bu araştırma sonucu doğrultusunda kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve yönetim konusunda bilgi ve deneyimlerinin daha fazla olması ile ilişkili olarak beklenti ve gereksinimlerinin fazla olabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde daha destekleyici, hastaların aktif olarak katıldığı ve hastanın gereksinim duyduğu alanlara yönelik bakım girişimlerinin planlanması gerekliliğini düşündürmektedir.

Bireyin ağrı deneyiminde etkili ağrı kontrolü sağlanırsa ileride yaşayacağı ağrıya karşı toleransının yüksek olacağı belirtilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası ağrının etkin kontrolü hastaların başka bir cerrahi tedaviye vereceği yanıtı olumlu yönde etkileyecektir (132,133). Aslan (1997) cerrahi girişim ve ağrı deneyimi olan hastalar ile daha önceden ağrı ile baş etmede ilaç dışı yöntemleri kullanan hastaların daha az ağrı yaşadıklarını belirlemiştir (123). Bu çalışmada daha önce ameliyat olan ve daha önce hastaneye yatış öyküsü olan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, ameliyat olmayan ve daha önce hastaneye yatmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı (Tablo 6.2.10-11). Bu sonuçlar hastaların önceki cerrahi girişim deneyimleri ve hastanede kaldıkları sürede yaşadıklarının etkisi altında kalarak sorunlarla baş etme becerilerinin olumsuz yönde etkilendiğini ve fiziksel rahatlık, duygusal durum, ağrı kontrolü ve fiziksel bağımsızlık düzeylerinin desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hastaların olacağı ameliyat türleri, büyüklük derecesine, yaşayacakları ağrı, hareket kısıtlılığı gibi etmenler ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini etkilemektedir (134). Hastalar ameliyat türünün büyüklüğüne göre ameliyat sonrası anksiyete, korku ve beden imajında bozulma gibi sorunların kendilerine ne kadar zarar vereceklerini düşünerek, ameliyat sonrası dönemde bunun etkisinde kalmaktadırlar (134). Özellikle günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiren hastalar için ameliyat sonrası dönemde bağımlı düzeye gelme düşüncesi hastaların olumsuz şekilde etkilenmelerine yol açmaktadır (134). Çetin'in (2014) çalışmasında hastaların olacakları ameliyat türüne göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark belirlenmiştir (127). Çetin'in (2014) çalışmasında kardiyovasküler cerrahi ve genel cerrahi ameliyatı olacak

hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları diğer bölümlerde ameliyat olacak hastalardan daha yüksek bulunmuştur (127). Turhan (2012) tarafından yapılan araştırmada ameliyat türü ile kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir (134). Gürsoy (2001) orta büyüklükte ameliyat olacak olan hastaların küçük ameliyat olacak bireyler için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (135). Bu araştırmada ise ortopedi ve genel cerrahi ameliyatı olan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı, kalp ameliyatı geçiren hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 6.2.12). Kalp ameliyatı olan hastaların ağrı, hareket özgürlüğü, duygusal durum ve fiziksel rahatlık konularında desteğe gereksinimleri olduğu belirlendi. Bu sonuç, hasta ile ilişkili risk faktörlerine göre değişmekle birlikte, kalp ameliyatları gibi büyük ameliyatlarda hastaların eğitim, fiziksel ve duygusal desteğin öneminin daha da arttığını gösterir.

### **7.3. AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE HAREKET DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

1970’li yıllarda temelleri atılan erken ayağa kalkma kavramı günümüze kadar etkinliğini korumuştur. Günümüzde erken ayağa kalkma cerrahi ve dahili birimlerde yaygın olarak kullanılan önemli destekleyici girişimlerden birisidir (136). Erken ayağa kalkmada cesaretlendirme, komplikasyonların önlenmesinin yanı sıra hastanın bağımsızlığını erken dönemde elde etmesinde önemli rol oynar. Hasta tolere edebildiği ölçüde hareket ettirilir ve hareketlerinde cesaretlendirilir (136). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması, taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir. Ameliyat sonrası mobilize olma, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin daha çabuk olmasını sağlar. Bu nedenle ameliyat sonrası hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmaları ve egzersizler büyük önem taşımaktadır (85).

Hastalanma ve hastaneye yatış, ameliyat olma gibi durumlar insanın yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır. Bireyi ve yakınlarını birçok yönden etkileyen bu gibi olaylar, bireyin yaşamında güç ve sıkıntılı dönemler oluşturmaktadır (105). Cerrahi girişim

uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riski, ağrıdan korkma, beden üzerinde denetimini kaybedeceği, özürlü olacağı ve çalışabilirliğini kaybedeceği konusunda endişeler ve cinsel yeterliliğini kayıp korkusu gibi farklı düzeyde sorun ve korkular yaşanabilmektedir (119). Ameliyat sonrası dönemde aynı zamanda hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizlik oluşturabilmektedir (50). Ayrıca cerrahi yaranın bizzat kendisi, ameliyat sırasında ve iyileşme dönemindeki hareketsizlik (immobilizasyon), hareket kısıtlaması, anestezi ve analjezikler, ameliyat sonrası komplikasyonların nedenleri arasında yer almaktadır (50, 105). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar geliştiğinde tedavi edilmeleri güçtür ve genellikle bir komplikasyon diğer bir komplikasyonu da beraberinde getirir, hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına ve maddi kayıplara neden olur (137).

Erken ayağa kalkma, kardiyovasküler cerrahi ve akut miyokard enfarktüsü sonrası uygulanan kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında, hastaların fiziksel, sosyal, emosyonel ve mesleki durumlarında optimal düzeye ulaşabilmelerini amaçlayan bir süreç olmuştur (136). Ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımı komplikasyonların erken dönemde önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve kontrolü, derin solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon ile desteklenen hastalarda daha az komplikasyon gelişmektedir (8). Erken mobilizasyon oluşabilecek komplikasyonları önlemede ve erken mobilizasyonun sağlanması konusunda hemşire önemli rol ve sorumluluklar üstlenir.

Yılmaz'ın (2001) çalışmasında bağırsak-karın distansiyonunun giderilmesinde hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde aktif ve pasif egzersizlerde bulunmanın distansiyonu önlemede etkili olduğu görülmektedir (20). Bağırsakta gaz ve konstipasyon sorunları açısından çalışmada hemşirelik uygulaması olarak ameliyat sonrası en çok uygulanan girişim; hastanın erken ayağa kaldırılması, hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması ve aktif pasif egzersiz uygulamasının yapılması şeklinde saptanmıştır (32). Konstipasyon ve bağırsakta gaz sorunlarının da hastanın ameliyat sonrası hareketsizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (20). Hastaların erken dönemde mobilize edilmesi ortaya çıkabilecek her türlü komplikasyonun önceden giderilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle hastalar erken dönemde mobilize edilmeli ve hemşire hastaya hareket konusunda destek olmalıdır (20).

Ayoğlu'nun (2011) cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların en fazla yatak kenarında oturmak hareketi sırasında zorlandıkları ve yatak kenarında oturma hareketini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır (98). Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde mobilize olmak için “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme” ( $3,72\pm 0,94$ ) hareketi sırasında; “yatak kenarında oturma”, “yatak kenarında ayağa kalkma” ve “hasta odasında yürüme” aktivitelerine kıyasla daha fazla zorlandıkları bulundu (Tablo 6.3.2). Gözlemci Hareket Ölçeği puanları; ameliyat sonrası mobilize olan hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği sonucuyla benzer şekilde en fazla “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme” ( $3,34\pm 0,66$ ) sırasında zorlandıkları ve yardıma ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Tablo 6.3.2). Bu sonuç hastaların özellikle yatak içinde dönme sırasında daha fazla desteklenmeye gereksinimleri olduğuna işaret etmektedir.

Cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyon, iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanede kalış süresini ve morbiditeyi azalttığı için önerilerek, atelektazi, pnömoni, gastrointestinal sistem rahatsızlık ve dolaşım sorunlarının görülme oranını düşürdüğü bildirilmektedir (76). Erken ayağa kalkmanın bu yararlarına karşın ani hareketlere bağlı olarak ortostatik hipotansiyon ve ağrıya neden olabilmekte ve bu nedenle mobilizasyon ertelenebilmektedir (138). İlk ayağa kalkma sırasında dolaşım sisteminin değişime uyumunu kolaylaştırdığı için kademeli pozisyon değişimi yapılması gerektiği önerilmektedir (2,98). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların kan basıncı değerinin anlamlı derecede yükseldiği görülmüştür (139). Şenduran ve ark. (2010) karaciğer transplantasyonu sonrası hastalara fizyoterapi programı uygulamış ve hastaların ilk yatak içinde oturma, yatak kenarında oturma, yatak kenarında kaldırma, yatak dışında oturma ve yürüme sırasında kan basıncı, nabız ve solunum sayısını değerlendirmişlerdir (140). Buna göre hastaların hareket sonrasında kan basıncı, solunum ve nabız değerlerinin yükseldiğini bulmuşlardır (140). Müller ve arkadaşlarının (2010) meme kanseri cerrahisi sonrası erken ayağa kalkmaya kardiyovasküler yanıt ve ortostatik intoleransı değerlendirdiği çalışmada, hastaların pozisyon değişimi sırasında tüm kardiyovasküler değerşkenlerinin (sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, volüm hacmi) etkilendiğini bildirmişlerdir (138). Bu çalışmada hastaların mobilizasyon sonrası kan basıncı, nabız ve solunum değerlerinin, mobilizasyon öncesi kan basıncı, nabız ve solunum değerlerinden anlamlı derecede daha yüksek olduğuna saptandı (mobilizasyon öncesi sistolik

kan basıncı:  $123,11 \pm 18,93$  mm/Hg, mobilizasyon sonrası sistolik kan basıncı:  $129,93 \pm 19,67$  mm/Hg) (Tablo 6.3.6). Bu sonuç mobilizasyon öncesi, sırası ve sonrasında yaşam bulgularında olası değişiklikler açısından dikkatli olunması, hemodinamik parametrelerin yakından izlenmesi ve mobilizasyon sırasında hasta güvenliğinin sağlanmasının önemine dikkat çekmektedir.

Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmeleri için hastalar ameliyat sonrası dönemde desteklenmelidir. Çınar'ın (2005) kolesistektomi ve sezaryen ameliyatı geçiren hastalarda erken dönemde hareket etmenin bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla 106 hasta üzerinde yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma zamanları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (137). Bu çalışmada ise hastaların cinsiyetine göre Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın hastaların ( $29,53 \pm 7,07$ ) erkek hastalara ( $26,09 \pm 7,27$ ) göre puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 6.3.7). Bu bulgu ile kadın hastaların erkeklere göre mobilizasyon ile ilgili daha fazla desteklenmeye ihtiyacı oldukları saptandı.

Yaş ile birlikte meydana gelen değişikliklerin hücre, doku ve organların fonksiyonel kapasitesini azalması sonucu yaşlı bireylerde, strese yanıt için gerekli homeostatik kontrol mekanizmalarının yetersizliği ve yaş ile ilişkili değişiklikler dolayısıyla ameliyat olan bu bireylerde ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme riski artmaktadır (141). Yaşlanma ile eklem kıkırdağı, iskelet sistemi, yumuşak doku ve nörolojik fonksiyonu (eklem propriyosepsiyonu) etkilenir. Bu etkiler sonucu yaşla birlikte osteoartrit ve osteoporoz insidansı artar. Eklem hareket aralığı azalarak hareketlere başlamada güçlük ve katılık gelişir (141). Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde yaş artışına paralel olarak hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon ile ilgili güçlüklerin arttığı saptandı. 60-69 yaş grubu hastaların, diğer yaş gruplarına göre hareket konusunda daha fazla bağımlı oldukları belirlendi (Tablo 6.3.8). Özellikle yaşlı hastalarda ameliyat sonrası mobilizasyonun sürdürülmesine yönelik izlem ve girişimler sürdürülmelidir.

Hastanın erken ayağa kalkma konusunda cesaretlendirilmesi, komplikasyon oluşumunu engellemesinin yanı sıra hastanın bağımsızlığını erken dönemde elde etmesinde oldukça etkilidir. Hasta tolere edebildiği ölçüde hareket ettirilir ve hareketlerinde cesaretlendirilir (142). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması,

taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir. Yılmaz ve Gürler (2011) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya, hemşirelerin yaklaşımlarına ilişkin görüşleri ile bu yaklaşımlardan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında 360 hastadan %81,9'unun yataktan kalkarken ağrı yaşadıkları, ameliyat sonrası ağrı nedeniyle %96,4'ünün öksürme, %78,3'ünün hareket etme ve %46,7'sinin soluk alma sırasında zorlandıkları bulunmuştur (143). Gürler ve Yılmaz'ın (2011) çalışmasında hastaların %78,3'ünün hareket etmede zorlandığı bulunmuştur (143). Göçgeldi ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada öğrenim durumu ortaokul ve altında olanların lise ve fakülte mezunu olanlara göre yaşam kalitesi puanının düşük olduğu belirlenmiştir (144). Bu çalışmada ise ameliyat sonrası dönemde çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri düştükçe Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 6.3.9). Bu sonuç, eğitim düzeyi düşük olan hastaların ameliyat sonrası hareket etmeleri konusunda daha fazla teşvik edilmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Yel'in (2009) çalışmasında koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiş olup evlilerin dullara göre fiziksel etkinliklerini yerine getirirken daha az kısıtlılık yaşadıkları, enerji düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sağlık düzeylerinin daha iyi olduğuna inandıkları belirlenmiştir (145). Bu çalışmada ise ameliyat sonrası dönemde evli hastaların ayağa kalkma ve yürüme aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duydukları saptandı (Tablo 6.3.10).

Ameliyat sonrası dönemde kronik hastalık varlığı ve iyileşmenin geç ve uzun sürede olmasına neden olur. Bunun yanında, hastanın hareket aktivitesi de etkilenebilmektedir (137). Erken mobilize olamayan şok, ciddi enfeksiyon, kardiyak yetmezlik gibi kronik ve hareketi zorlaştırıcı hastalığı olan hastalara da yatak içi hareketler gösterilmelidir. Hastaların hareketli olmaları iyileşme sürecini hızlandırır, derin ven trombozu insidansını ve respiratuvar komplikasyonları azaltır (137). Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde başka kronik hastalığı olan hastaların hareket ve mobilizasyonu sırasında güçlük yaşadıkları ve desteklenmeye ihtiyaçları olduğu bulundu (Tablo 6.3.12). Bu sonucun kronik hastalık süresinin etkisiyle ortaya çıkan bağımlılık, stres, korku gibi faktörlerin ameliyat sonrası hastalarda hareket etme konusunda öz güven kaybı yaşamaları ve ayağa kalkma konusunda kendilerini bağımlı hissetmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Daha önceden hastaneye yatan hastalar ile daha önceden ameliyat öyküsü olan hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nde istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulundu (Tablo 6.3.13-14). Bu sonuca göre hastaların daha önce ameliyat deneyimi ve yatış öyküsü olmalarına rağmen hareket aktivitesinde yardım alma gereksinimlerinin devam ettiği görülmektedir. Buna yönelik hastalar mobilizasyon sırasında desteklenmeli, cesaretlendirilmeli ve erken dönemde mobilize edilmelidir.

Tüm cerrahi girişimler bireylerin hastanede kalış süresini, fiziksel uyumunu, yaşam kalitesini etkileyebilecek erken veya geç dönem komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar ameliyat sonrası dönemde hastane koşullarında uygun bakımla büyük ölçüde önlenabilmektedir. Dal (2012) çalışmasında özellikle ortopedi ameliyatı geçiren hastalarda ağrı ve aktivite ile ilgili sorunlarının daha fazla olduğunu belirlemiştir (119). Gürler'in (2011) çalışmasında ise ameliyat türü ile yaşadıkları ağrı sırasında yapmaktan zorlandığı aktiviteler incelendiğinde distektomi ameliyatı olan hastaların %100'ü, üriner sistem ameliyatı olan hastaların %97,3'ünün hareket etmede, distektomili hastaların %92,9'unun kardiyovasküler cerrahi olanların %69,1'inin uyumada, kardiyovasküler cerrahi, disektomi, histerektomi ve üriner sistem ameliyatı olan hastaların ise %100'ünün öksürürken zorlandıkları bulunmuştur (143). Bu çalışmada ise kalp ameliyatı olan hastaların ortopedi ve genel cerrahi hastalarına göre ameliyat sonrası dönemde hareket etme ve mobilizasyon sırasında sorunlar yaşadıkları ve daha fazla desteğe gereksinimleri olduğu belirlendi (Tablo 6.3.15).

Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde aktivite ve hareket düzeyi arttıkça ameliyat sonrası iyileşme düzeyinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi. Bu sonuç ameliyat sonrası dönemde mobilizasyonun, hareket düzeyini geliştirmeye yönelik girişimlerin ameliyat sonrası hastaların genel durumunu olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmesi adına oldukça anlamlıdır.

## 8.SONUÇ

Ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada araştırma bulguları şu şekilde özetlenebilir:

### ***Örneklemin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular:***

- Araştırmaya katılan hastaların %55'i erkek ve %70'i evli, %25'i 50-59 yaş ve %21,3'ü 60-69 yaş aralığında yer almaktadır. Hastaların %47,5'inin lise mezunu, %33,8'inin ilkokul mezunu, %33,8'inin ev hanımı olduğu belirlendi.
- Hastalardan %32,5'i daha önce hastaneye yattığını bildirdi. Hastanedeki yatış süreleri incelendiğinde, hastaların %58,8'inin ameliyat sonrası 2.günde, %27,5'inin ise 3.günde oldukları belirlendi.
- Hastaların sırasıyla genel cerrahi, ortopedi ve kalp ameliyatı geçirdikleri (%46,3, %27,5, %26,3) belirlendi. Hastaların %26,2'sinin gastrointestinal sistem ameliyatı (örn; anal fistül, apandisit, hemoroidektomi, kolostomi açılması vb.) geçirdiği dikkat çekmektedir.

### ***Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumu ve destek gereksinimlerine ilişkin bulgular:***

- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) ortalama puanı  $162,75 \pm 20,81$  (Dağılım: 120 - 197) olarak bulundu.
- Hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*” alt boyutu ortalama puanı  $48,78 \pm 7,16$ , “*Duygusal Durum*” alt boyutu ortalama puanı  $37,19 \pm 5,05$ , “*Hasta Desteği*” alt boyutu ortalama puanı  $30,46 \pm 3,78$ , “*Hareket Özgürlüğü*” alt boyutu ortalama puanı  $20,06 \pm 3,54$ , “*Ağrı*” alt boyutu ortalama puanı ise  $26,26 \pm 4,37$  olarak bulundu.
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Ağrı*” alt boyutunun “Orta şiddette ağrı” maddesi en düşük puanı ( $3,34 \pm 0,73$ ) aldı.
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam puanı ile alt boyut puanları arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı



( $r_s = 0,81-0,92$ ,  $p < 0,01$ ). Benzer şekilde, İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyutları arasında pozitif yönde, orta-yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptandı ( $r_s = 0,53-0,80$ ,  $p < 0,01$ ).

- Hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam ve alt boyut puan ortalamaları yaş, eğitim, medeni durum, kronik hastalık öyküsü, hastaneye yatış öyküsü, ameliyat öyküsü ve geçirilen cerrahi girişim türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).
- 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “Fiziksel Rahatlık”, “Duygusal Durum”, “Hasta Desteği”, “Hareket Özgürlüğü”, “Ağrı” alt boyut puanları ve “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam ölçek puanları, 20-29 yaş grubunda bulunan hastaların “Duygusal Durum” ve “Hasta Desteği” alt boyut puanları, 40-49 yaş grubunda bulunan hastaların “Hareket Özgürlüğü” ve “Hasta Desteği” alt boyut puanları ve “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Lisans mezunu hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “Fiziksel Rahatlık” ve “Duygusal Durum” alt boyut puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre; lisans mezunu hastaların “Ağrı” alt boyut puanları, ilkokul ve lise mezunu hastaların puanlarına göre; lisans mezunu hastaların “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam ölçek puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Evli hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, bekar hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Başka kronik hastalığı olan, daha önce hastaneye yatan ve daha önce ameliyat olduğunu bildiren hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) tüm alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Kalp ameliyatı olan hastaların İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı, ortopedi ve genel cerrahi ameliyatı geçiren hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ).

- Hastane yatış süresi ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “*Fiziksel Rahatlık*”, “*Duygusal Durum*”, *Hasta Desteği*”, “*Hareket Özgürlüğü*” ile “*Ağrı*” alt boyutları ve “İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)” toplam puanı arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde ilişki saptandı ( $r_s = -0,36$  ile  $-0,46$ ,  $p < 0,05$ ).
- İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) toplam ve alt boyut puanları hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

***Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel aktivite ve hareket düzeylerine ilişkin bulgular:***

- Hastaların %53,8’i yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken, %38,8’i yatak kenarında oturmak ve %38,8’i odası içinde yürümek için sözlü uyarı ve fiziksel yardım aldıkları, %37,5’inin ise yatak kenarında sözlü uyarı ile bağımsız olarak ayağa kalkabildikleri belirlendi. Araştırma grubunun yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme ve yatak kenarında oturma gibi hareketleri bağımsız olarak gerçekleştiremediği belirlendi.
- Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının dağılımına göre en yüksek puanı “*yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme*” maddesi ( $3,34 \pm 0,66$ ) alırken, en düşük puanı “*hasta odasında yürüme*” maddesi ( $2,75 \pm 1,03$ ) aldı. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalama puanı  $12,06 \pm 3,07$  (Dağılım: 6-20) olarak bulundu.
- Hastaların %48,8’i “*yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme*” sırasında orta derecede ağrı hissettiğini, hastaların %46,3’ü “*yatak kenarında oturma*” sırasında çok ağrı hissettiğini, %41,3’ü “*yatak kenarında ayağa kalkma*” sırasında çok ağrı hissettiğini, %40’ı “*odasında yürüme*” sırasında çok ağrı hissettiğini belirtti.
- Hastaların %35’i yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme sırasında, %27,5’i yatak kenarında otururken ve %27,5’i odasında yürürken “*zorlandığını*” belirtti. Hastaların %27,5’i yatak kenarında otururken “*biraz zorlandığını*”, %28,7’si yatak kenarında ayağa kalkarken “*çok zorlandığını*”, %27,5’i odasında “*rahatlıkla*” yürüyebildiğini belirtti.
- Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği maddeleri en yüksek puanı “*Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?*” maddesi ( $3,72 \pm$

0,94) alırken, en düşük puanı “*Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?*” maddesi ( $3,22 \pm 1,29$ ) aldı. Hastaların ölçek ortalama puanı  $27,64 \pm 7,34$  (Dağılım: 15-39) olarak bulundu.

- Erkek hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları ( $26,09 \pm 7,27$ ), kadın hastaların puanlarına ( $29,53 \pm 7,07$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanı hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).
- Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği puanları hastaların yaş grubu, eğitim düzeyi, medeni durum, kronik hastalık öyküsü, hastaneye yatış öyküsü, ameliyat öyküsü ve şimdiki ameliyat türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).
- 60-69 ve 70-79 yaş gruplarında bulunan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları 30-39 yaş grubunda olan hastalara göre, 60-69 yaş grubunda bulunan hastaların “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları 40-49 yaş grubunda olan hastalara göre istatistiksel olarak fark anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- İlkokul mezunu hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları lise, ön lisans ve lisans mezunu hastaların puanlarına göre, ilkokul mezunu hastaların “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ise lise ve ön lisans mezunu hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Bekar hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları, evli olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Başka bir kronik hastalığı olan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları, başka kronik hastalığı olmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Daha önce hastaneye yatmayan ve daha önce ameliyat olmayan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanlarının, daha önce hastaneye yatan ve daha

önce ameliyat olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı ( $p < 0,05$ ).

- Kalp ameliyatı olan hastaların “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ise ortopedi ve genel cerrahi ameliyatı olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Hastane yatış süresi ile “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ), “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları arasında ise zayıf düzeyde ve pozitif yönde ( $r_s = 0,50$ ,  $p < 0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p < 0,05$ ).
- “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ortalama puanları ile “Hasta Hareketlilik Ölçeği” ortalama puanları arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r_s = 0,81$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu saptandı.
- “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ile; İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40)’nin “Fiziksel Rahatlık”, “Duygusal Durum”, “Hasta Desteği”, “Hareket Özgürlüğü” ve “Ağrı” alt boyutları ve toplam ölçek puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r_s = -0,47$  ile  $-0,67$ ,  $p < 0,01$ ) bulundu.
- “Hasta Hareketlilik Ölçeği” puanları ile İyileşme Kalitesi Anketi (QoR-40) “Fiziksel Rahatlık”, “Duygusal Durum”, “Hasta Desteği”, “Hareket Özgürlüğü”, “Ağrı” alt boyutları ve toplam ölçek puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r_s = -0,43$  ile  $-0,60$ ,  $p < 0,01$ ) saptandı.

## Öneriler:

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirildiğinde şu öneriler getirilebilir:

- Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon ile ilişkili ortaya çıkan ağrının kontrolü için ağrıyı hafifletme tekniklerinin öğretilmesi, ameliyat sonrası dönemde hastaların farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı kontrolü uygulamalarıyla desteklenmesi,
- Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik ameliyat öncesi eğitim programları, cerrahi girişim, derin solunum, öksürük, bacak egzersizleri, yatakta dönme, mobilizasyon ve ağrıyı azaltmaya ilişkin konularda eğitim verilmesi,
- Ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolü, fiziksel konfor, duygusal destek ve mobilizasyon gibi konularda bireysel gereksinimlerin belirlenmesi ve bakım girişimlerinin planlanması,
- Evli, kronik hastalığı olan, daha önce cerrahi girişim geçirmemiş olan ve hastaneye yatış öyküsü olmayan hastaların fiziksel rahatlığın sağlanması, ağrı kontrolü ve mobilizasyon konusunda desteklenmeleri ve duygusal desteğin verilmesi,
- Ameliyat sonrası dönemde eğitim düzeyi düşük olan hastaların fiziksel rahatlık, duygusal durum, ağrı kontrolü ve fiziksel aktivitelerini daha özgür şekilde yerine getirebilmeleri konusunda teşvik edilmeleri,
- Ameliyat sonrası dönemde başka kronik hastalığa sahip olmayan hastalar ve kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon konusunda desteklenmeleri ve yakından izlenmeleri,
- Kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde duygusal, fiziksel ve psikolojik açıdan yakından değerlendirilmesi ve eğitim verilmesi,
- Ameliyat sonrası dönemde yaş artışı ile paralel olarak hastalar, ameliyat sonrası mobilizasyon ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları için özellikle yaşlı hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonun sürdürülmesi ile ilgili izlenmeleri ve mobilizasyon konusunda teşvik edilmeleri,
- Daha önce ameliyat geçiren ve kronik hastalığı olan hastalarda psikolojik destek gereksinimlerinin belirlenmesi,

- Ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma kontrolü konusunda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılması (diyetini planlamak, yağlı, baharatlı gıdalardan uzak durmasını sağlamak, ortamdaki kötü kokuyu gidermek ve odasını havalandırmak, gerekirse hekim istemi doğrultusunda antiemetik ilaç uygulamak gibi), fiziksel ve duygusal olarak rahatlığın sağlanması,
- Ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin desteklenmesi amacıyla erken mobilizasyon ve hareket düzeyinin artırılması konusunda hastanın teşvik edilmesi ve desteklenmesi,
- Erken mobilizasyon sürecinin geciktirilmemesi için kliniklerde hekim ve hemşirenin ortak görüşü ile erken mobilizasyona yönelik olarak yapılan kanıta dayalı veriler doğrultusunda; hastanın geçirdiği ameliyatın niteliği, genel durumu ve yaşı göz önünde bulundurularak belirli bir prosedür ve zamanlama programı oluşturulması,
- Ameliyat sonrası erken mobilizasyon konusunda hekim ve hemşirenin işbirliğinin sağlanması ve ilk ayağa kalkma esnasında hekim ya da hemşirenin kontrolünde olması, hastaların özellikle yatak içinde dönme sırasında desteklenmeleri ve yatak içinde hareket etme tekniği konusunda eğitilmeleri ve cesaretlendirilmeleri,
- Hastaların bakım ve destek konusunda beklentilerini dile getirmeleri açısından teşvik edilmeleri,
- Bireylerin yapılan bütün işlemlerden önce bilgi alma hakkına sahip oldukları göz önünde bulundurularak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bakım gereksinimleri ve uygulamalar konusunda bilgilendirilmeleri,
- Hemşirelerin bakım kapsamında yer alan eğitici, öğretici, danışmanlık rolleri ile ilgili sürekli olarak hizmet içi eğitim programları aracılığı ile bilgilerinin artırılarak davranışlarının değiştirilmesi önerilmektedir.

## 9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında desteği, emeği, sabrı ile bana destek olan, hiçbir zaman bilgi ve tecrübelerini benden sakınmayan değerli danışman hocam Doç. Dr. Semiha AKIN'a, desteklerini her zaman üzerimde hissettiğim saygıdeğer müdürüm sayın Prof. Dr. Zehra DURNA'ya saygılarımla teşekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her aşamasında beni her daim destekleyen, yanımda olan, seven, koruyup kollayan canım anneme, babama, ağabeyime, tüm sevgisiyle elimi bırakmayan hayat arkadaşım Emin Volkan YOLCU'ya ve tez çalışmama katılan, destek veren herkese sonsuz teşekkür ederim.

Sibel KAVRAZLI

## 10. KAYNAKLAR

1. Demir N. Preoperatif Hazırlık-Postoperatif Bakım ve Takip. İçinden: Sağlığın Değerlendirilmesi. Hasta Bakım ve Takibi. Ed: N Sabuncu, F Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.
2. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001.
3. Eti Aslan F. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12:104-113.
4. Karagöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000, 4(1):1-8.
5. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2002, 44(4):475-479.
6. Güngel H. Ameliyat Sonrası Komplikasyonları. Genel Cerrahi. Ed: Ü Değerli. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1995.
7. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner Sistem Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: A Karadakovan, F Eti Aslan. Adana, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.
8. Aktan Ö. Ameliyat Sonrası Bakım. Temel Cerrahi. 3.Baskı. Ed: İ Sayek. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004.
9. Astarçioğlu H. Ameliyat Sonrası Bakım. Probleme Dayalı Öğrenim Yaklaşımıyla Temel Cerrahi Bilimler. 1.Baskı. Ed: C Terzi. İzmir, Dokuz Eylül Yayınları, 2002.
10. Erdil F, Elbaş NÖ. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hazırlık. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı. Ed: F Erdil, NÖ Elbaş. Ankara, Tasarım Ofset, 2002.
11. Kennedy HL. Perioperative Concepts and Nursing Management. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Ed: SC Smeltzer, G Bare, JL Hinkle, KH Cheever. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2010.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Postoperative Management in Adults. A Practical Guide to Postoperative Care for Clinical Staff, National Guideline Clearinghouse, Erişim Tarihi: 02 Aralık 2014, Erişim Adresi: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), 2004.



13. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri, klinik çalışma. *Ağrı* 2011, 23(2):71-79.
14. Akça AF. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul, Nobel Tıp Yayınları, 2011.
15. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı* 2010, 22(1):21-29.
16. Aldemir T. Akut Ağrı Fیزیopatolojisi. Ağrı: Baş-Boyun ve Orofasial Ağrılar. Ed: İ Özcan. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.
17. Öztekin D. Ameliyat Sonrası Uygulamalarda Kanıta Dayalı Öneriler. 6. Türk Cerrahi Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İstanbul, 2009.
18. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Çoşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003, 6(1):14-23.
19. Oğuzalp H, Pamuk AG, Öcal T. Günübürlük cerrahide ebeveyn anksiyetesinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi* 2010, 38(3):208-216.
20. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 5(2):70-74.
21. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
22. Kaptan G. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.
23. Chani PS. Susruta and our heritage. *Indian Journal of Plastic Surgery* 2003, 36:4-13.
24. Aslan F, Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2013.
25. Girard NJ. Clients Having Surgery: Promoting Positive Outcomes. In: Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Eds: JM Black, JH Hawks. Philadelphia, W.B. Saunders, 2009.
26. LeMone P, Burke K. Nursing care of clients having surgery. In: *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care* 2008, 1:53-83.
27. Öz G. Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Ankara, Songür Yayıncılık, 2009.
28. Bayram Z. Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Ankara, Matsa Basımevi, 2009.
29. Orhan B. Cerrahide Muayene Usulleri. Ankara, Türkiye Klinikleri Yayımevi, 2005.

30. Ceylan İ. Türklerde Cerrahinin Gelişimi. Ankara, Türk Cerrahi Derneği Yayını, 2012.
31. Utlu Tan N. Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Cerrahi Hemşireliği, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
32. İzveren AÖ. Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2010.
33. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 5(2): 63-68.
34. Gülay H. Temel ve Sistemik Cerrahi. İzmir, Güven Kitapevi, 2005.
35. Yeniçeri B. Cerrahi Kliniğine Yatan Hastaların Uyku Düzenini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011.
36. Akdağ A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.
37. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (Bireysel öğrenme materyali). Cerrahi Hemşireliğine Giriş. Ankara, 2012.
38. Pektekin Ç. Pskiyatri Hemşireliği El Kitabı. Ed: N Kum. İstanbul, Birlik Ofset Ltd. Şti, 1996.
39. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2003.
40. Vann AM. Perioperative management of ambulatory surgical patients with diabetes mellitus. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2009, 22:718-724.
41. Ide P, Farber E, Lautz D. Perioperative nursing care of the bariatric surgical patient. *AORN Journal* 2008, 88(1):30-58.
42. Frost E. Postoperative care: avoiding complications. *Conferencias Magistrales* 2007, 30(1):43-54.

43. Çadır G. Ameliyat Öncesi Hastaların Ameliyata İlişkin Duygu, Düşünce ve Bilgi İsteklerinin Belirlenmesi. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, 2006.
44. Keller S, Edstrom A, Parker W, Gabriele C, Kriewald M. Scope and standards of medical-surgical nursing practice. *Academy of Medical-Surgical Nurses* 2012, 5:1-27.
45. Engin Ö, Kaçar F, Mete G, Doğan Z, Aldaş D. Cerrahi Gerektiren Hastalıklar Hemşirelik Bakım Rehberi (Eğitim Materyali). T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2013.
46. Yavuz M. Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2.Baskı. Ed: A Karadakovan, AF Eti. Adana, Nobel Tıp Kitapevi, 2010.
47. Toksal M, Arıkan Y. Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, 2006.
48. Taşocak G. Hasta eğitimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını* 2007, 3-93.
49. Yıldırım A, Bakır S. Ameliyathane Hemşireliği. Ankara, Öz Aşama Matbaacılık, 2000.
50. Ignatavicius DD. Critical thinking in the role of the medical-surgical nurse. In: *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care*, Eds. Ignatavicius DD, Workman ML. Philadelphia, 2006.
51. Yüceer S. Nursing approaches in the postoperative pain management. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011, 2 (4):474-478.
52. Akyolcu N. Düünden bugüne acil hemşireliği. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi* 2007, 15(60):173-178.
53. McNamara RN, Sharon A. Perioperative nursing in nursing school curricula. *AORN Journal* 2006, 83(2):301-304.
54. Phillips J. Post-operative care. *Royal College of Anaesthetists* 2012, 3:111-133.
55. Denver C. Association of perioperative registered nurses (AORN). *Perioperative Nursing Data Set (PNDS)*, 2011.
56. Özbayır T. Ameliyat Dönemi Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: A Karadakovan, F Eti Aslan. Adana, Nobel Kitapevi, 2010.
57. Ball K, Doyle D, Oocumma N. Nursing shortages in the or: solutions for new models of education. *Aorn Journal* 2015, 101(1):115-136.

- 58.** World Health Organization. Postoperative care, Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2015, Erişim Adresi: <http://www.who.int/surgery/publications/Postoperativecare.pdf>.
- 59.** Goodman T, Cynthia S. Essentials of Perioperative Nursing. 5<sup>th</sup>. Introduction To Perioperative Nursing. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2015, Erişim Adresi: [http://samples.jbpub.com/9781449688066/87625\\_CH01\\_Pass2.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449688066/87625_CH01_Pass2.pdf)
- 60.** Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011.
- 61.** Tanyer Ş. Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Konya, Ofset Yayıncılık, 2012.
- 62.** Türgay AS. Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Ed: Ay Akça. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010.
- 63.** Gilmour D. Perioperative care. Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2015, Erişim Adresi: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780702027574/9780702027574.pdf>
- 64.** Özarmağan S Ameliyat Öncesi Hazırlık, Genel Cerrahi. Ed: Ü Değerli, Y Erbil. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
- 65.** İğci A, Asoğlu O. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar: Genel Cerrahi. Ed: Ü Değerli, Y Erbil. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
- 66.** Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3(3):10-15.
- 67.** İlhan Erkal S. Perioperatif Bakım. Hemşirelik Bakım Planları. Ed: N Akbayrak, S Erkal İlhan, G Ançel, A Albayrak. Ankara, Alter Yayıncılık, 2007.
- 68.** American Collage of Surgeons (ACS). Statement on ensuring correct patient, correct site and correct procedure surgery. *Bulletin of the American College of Surgeons* 2012, 87(12):22-23.
- 69.** Graling P. Preoperative nursing management. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2015, Erişim Adresi: <https://freemedebbooks.files.wordpress.com/2014/01/brunner-and-suddarths-textbook-of-medical-surgical-nursing.pdf>.
- 70.** Süzen BL. Solunum Sistemi Uygulamaları. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Ed: Ay Akça. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010.

71. Ayoğlu T, Kanan N. Ameliyat Öncesi ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ailelerinin Aksiyete Düzeylerine ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
72. Çilingir D, Bayraktar N. Günöbirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 69-81.
73. Karataş GA, Kebapçı SA, Küçükalp I, Emsal T, Uz A. Meslek Esasları ve Tekniği XI. Sınıf. Ankara, Palme Yayıncılık, 2011.
74. Ay F. Yara ve Yara Bakımı. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Ed: F Ay. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007.
75. Akbulut G, Çiftçi H, Yıldız E. Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008.
76. Eti Aslan F. Ameliyat Sonrası Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: A Karadakovan, F Eti Aslan. Adana, Nobel Kitapevi, 2010.
77. Yıldız H. Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006, 38:1-5.
78. Akbulut G, Çiftçi H, Yıldız E. Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008.
79. Gümüş A. Meslek Esasları ve Tekniği XI. Sınıf. Ankara, Palme Yayıncılık, 2011.
80. Liddle C. Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times* 2012, 108(48):12-13.
81. Ayköse G. Genel Anestezi İle Epidural Anestezi Komplikasyonunun Stress Yanıt Üzerine Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
82. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. *Respiratory Medicine* 2005, 99:1096-1104.
83. Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2009, 18:212-221.
84. Akın S, Horasan E. Venöz tromboembolizm ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2008, 5:7-11.
85. Büyükyılmaz F, Şendir M. Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (DVT) riskinin tanılanması ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 23(1):48-54.

86. Martinez K, Battaglia R, Start R, Mastal FM, Matlock AM. Nursing-sensitive indicators in ambulatory care. *Nursing Economic* 2015, 33(1): 59-66.
87. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012, 7(21):1-17.
88. Türk G, Eşer İ. Ortostatik hipotansiyonun önlenmesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 11(1):32-36.
89. Erdost Ş, Çetinkale O. Yara bakımı ve tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi* 2008, 67:11-15.
90. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a Postoperative Quality of Recovery score: The Qor-40. *Br J Anaesth* 2000, 84(1):11-5.
91. Myles PS, Viira D, Hunt JO. Quality of life at three years after cardiac surgery: relationship with preoperative status and quality of recovery. *Anaesth Intensive Care* 2006, 34:176–183.
92. Myles PS, Hunt JO, Fletcher H, Solly R, Woodward D, Kelly S. Relation between quality of recovery in hospital and quality of life at three months after cardiac surgery. *Anesthesiology* 2001, 95: 862–867.
93. Leslie K, Troedel S, Irwin K, Pearce F, Ugoni A, Gillies R, Pemberton E, Dharmage S. Quality of recovery from anesthesia in neuro surgical patients. *Anesthesiology* 2003, 99: 1158–1165.
94. Buchanan FF, Myles PS, Cicuttini F. Effect of patient on general anaesthesia and recovery. *Br J Anaesth* 2011, 106:832–839.
95. Bost JE, Williams BA, Bottegall MT, Dang Q, Rubio DM. The 8-item Short Form Health Survey and the Physical Comfort Composite Score of the quality of recovery 40-item scale provide the most responsive assessments of pain, physical function, and mental function during the first 4 days after ambulatory knee surgery with regional anesthesia. *Anesth Analg* 2007, 105:1693–1700.
96. Karaman S, Arıcı S, Doğru S, Karaman T, Tapar H, Kaya Z, Süren M, Gürler Balta M. Validation of the Turkish version of the Quality of Recovery-40 questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12(8):1-6.
97. Heye ML, Foster L, Bartlett MK, Adkins S. A Preoperative intervention for pain reduction, improved mobility and self-efficacy. *Applied Nursing Research* 2002, 15(3):174-83.

98. Ayoğlu T. Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Hemşirelik Doktora Tezi, 2011.
99. Barış N, Karabacak Ü. Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013, 3(3):131-137.
100. Pour HA. Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1(4) 309-322.
101. Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nitelik değişimi: iki periyodun karşılaştırılması. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2014, 4(2):62-68.
102. Roykulcharoen V, Good M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *J Adv Nurs* 2004, 48(2):140-148.
103. Haljamae H, Stomberg MW. Postoperative pain management-clinical practice is still not optimal. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2003, 14:207-210.
104. Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Lai HL, Roykulcharoen V. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. *J Adv Nurs* 2001, 33(2):208-15.
105. Özer N, Bölükbaşı N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;4:7-17.
106. Aslan EF. Postoperatif Ağrı. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. 1. Baskı. Editör: EF Aslan. İstanbul, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. şti, 2006.
107. Sloman R, Rosen G, Rom M. Nurses' assesment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005, 52:125-32.
108. Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing* 2009, 18(3):153-156.
109. şengül C, Özveren O, Çevik C. Kırk yaş altında ve üzerinde akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal risk faktörlerinin karşılaştırılması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2011, 39:396-402.
110. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013, 4:1-8.

- 111.** Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *Br J Anaesth* 2010, 104: 369-74.
- 112.** Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013, 41: 44-9.
- 113.** Öztürk M. Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Hemşirelikte Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2003.
- 114.** Yılmaz E, Kutlu AK, Çeçen D. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi* 2008, 25: 149-156.
- 115.** Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış H. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013, 9(3): 121-125.
- 116.** Ertekin Ş. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas,1998.
- 117.** Kara M. Hastanede Yatan Hastaların Uyku İle İlgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu Soruna İlişkin Tutumları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1996.
- 118.** Hollington P, Toogood GJ, Padbury RTA. A Prospective randomized trial of day-stay only versus overnight stay laparoscopic cholecystectomy. *Australian And New Zealand Journal of Surgery* 1999, 69:841-843.
- 119.** Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012, 8:34-40.
- 120.** Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5:21-30.
- 121.** Monsivais D, McNeill J. Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. *Pain Management Nursing* 2007, 8(2):64-71.
- 122.** Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık-Kararman H. Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Geriatry* 2009, 12(4):190-197.




- 123.** Aslan FE. Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi* 1997, 47(6):3-8.
- 124.** Yavuz A. Özbayır T. Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yöntemi ve Rutin Analjezi Yönteminin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2000.
- 125.** Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011.
- 126.** Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2008.
- 127.** Çetin A. Eektif Cerrahi Planlanan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
- 128.** Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan, A. H, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2010, 18 (3): 177-182.
- 129.** Özdemir Ü, Taşcı Ü. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1):56-72.
- 130.** Nart A. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
- 131.** Pamukcu SC. Ameliyat Geçiren Hastaların Bakım Gereksinimlerinin ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
- 132.** Aslan FE. Travmada Ağrı. İçinde: Acil Bakım' da. 3. Baskı. Ed: D Şelimen. İstanbul, Yüce Reklam Yayım Dağıtım AŞ, 2004.
- 133.** Yücel A, Aslan FE, Kuşoğlu S, Babacan A. Ağrı Mekanizması Kavramları Algısını Etkileyen Faktörler Sınıflaması Değerlendirilmesi ve Ölçümü. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü' nde. 1. Basım. Ed: FE Aslan. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2006.

- 134.** Turhan T, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012, 20 (1):27-33.
- 135.** Gürsoy AA. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2001, 1: 21-29.
- 136.** Bölükbaşı N. Kardiyak Rehabilitasyon. İçinde: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed: M Beyazova, Y Gökçe Kutsal. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000.
- 137.** Çınar V. Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2005.
- 138.** Müller RG, Nielsen MB, Kehlet H. Orthostatic function and the cardiovascular response to early mobilization after breast cancer surgery. *British Journal of Anaesthesia* 2010, 104(3): 298-304.
- 139.** Price P. Physiology effects of first-time sitting among male patients after coronary artery bypass graft surgery. *Dynamics* 2006, 17(1):12-19.
- 140.** Şenduran M, Yurdalan US, Karadibak D, Günerli A. Haemodynamic effects of physiotherapy programme in intensive care unit after liver transplantation. *Disabil Rehabil* 2010, 32(17):1461-1466.
- 141.** Tails CR, Fillit MH. Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. London, Churchill Livingstone, 2003.
- 142.** Yaban ZŞ, Karaöz S. Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 11 (1):47-53.
- 143.** Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri, klinik çalışma. *Ağrı* 2011, 23(2):71-79.
- 144.** Göçgeldi E, Babayiğit AM. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008, 50(3):172- 179.
- 145.** Yel P. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009.

## EKLER

### EK 1: KURUM İZİN YAZISI



**T. C.**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

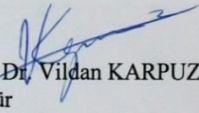
Hasta Anketi (QR - 48)

**SAYI : 50400462/88** **TARİH :12/03/2015**  
**KONU: Anket hk.**

KISIM A

ŞİŞLİ FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sibel KAVRAZLI'nın "Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumlarının ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

**Ek : 1) Anket Formu.**

---

**Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61**



ÖZEL  
ŞİŞLİ  
FLORENCE NIGHTINGALE  
HASTANESİ

SAYI: İDR 2015 - 182  
KONU: Anket hk.

TARİH: 27.03.2015

T.C  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 50400462/88 Sayılı, 12.03.2015 tarihli yazınız.

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Sibel KAVRAZLI' nın, "Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumlarının ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu hastanemizde gerçekleştirmesi uygundur.  
Bilgilerinize sunulur.

Dr. Özey ÜNAL  
Başhekim



Dr. Özey ÜNAL  
Özel Şişli  
Florence Nightingale Hast.  
Mesul Müdür



## EK 2: ÖLÇEK İZİN YAZILARI

Yan: Turkish version of Quality of Recovery-40 questionnaire ile ilgili



serkan karaman 03.11.2014 Belgeler

Kime: Sibel Kavrazlı Yolcu

Kimden: serkan karaman (serkankaraman52@yahoo.com)

Gönderme tarihi: 03 Kasım 2014 Pazartesi 13:57:31

Kime: Sibel Kavrazlı Yolcu (skavrazli@msn.com)



1 ek (28,2 KB)

Outlook.com Etkin Görünüm



Zip olarak indir

Çalışmanızda başarılar dilerim. Çalışmanızda form ile karşılaştığınız sıkıntıları ve yorumlarınızı bildirirseniz sevinirim.

Serkan Karaman  
Assistant Professor  
Department of Anesthesiology and Intensive Care  
Gaziosmanpaşa University  
Tokat, Turkey  
e-mail: serkankaraman52@yahoo.com

1 Kasım 2014 17:42 Cumartesi tarihinde Sibel Kavrazlı Yolcu <skavrazli@msn.com> şöyle yazdı:

Sayın Karaman,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekisans öğrencisiyim. Yüksekisans tezimi cerrahi girişim geçiren hastalar üzerinde yapmayı planlıyorum. Yaptığım taramada "Validation of the Turkish version of the quality of recovery-40 questionnaire" isimli makalenizi buldum ve okudum. Öncelikle bu çalışma için sizi tebrik ediyorum. Çalışmamda sizin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yaptığınız "Quality of Recovery-40 questionnaire" isimli ölçeği kullanmak istiyorum. Çalışmamda bu ölçeği kullanmak üzere izin verirseniz çok mutlu olurum.



E-postada ara



Klasörler



Gelen kutusu

Arşiv

Gereksiz

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş

Yeni klasör

Re: "Hasta Hareketlilik Ölçeği" ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği" ile ilgili



tuluha ayoğlu 04.11.2014

Kime: Sibel Kavrazlı Yolcu

Kimden: **tuluha ayoğlu** (tuluha@gmail.com)

Gönderme tarihi: 04 Kasım 2014 Salı 12:08:17

Kime: Sibel Kavrazlı Yolcu (skavrazli@msn.com)

Sayın Kavrazlı,

Öncelikli olarak tezin için şimdiden başarılar diler, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım "Hasta Hareketlilik Ölçeği" ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeğini" Yüksek Lisans tez çalışmada kullanabileceğini belirtmek isterim. İyi günler...

Yrd. Doç. Dr. Tuluha Ayoğlu

i.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

4 Kasım 2014 08:52 tarihinde Sibel Kavrazlı Yolcu <skavrazli@msn.com> yazdı:

Sayın Ayoğlu,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimi cerrahi girişim geçiren hastalar üzerinde yapmayı planlıyorum. Çalışmamda sizin geçerlik güvenilirlik çalışması yaptığınız "Hasta Hareketlilik Ölçeği" ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği" isimli değerlendirme araçlarını kullanmak istiyorum. Çalışmamda bu ölçeği kullanmak üzere izin verirseniz çok mutlu olurum.

Saygılarımla,

Sibel Kavrazlı

İstanbul Bilim Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

### EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

“AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE HASTALARIN İYİLEŞME DURUMLARININ VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Çalışmanın amacı ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumlarının ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesidir. Araştırma, katılmayı kabul eden cerrahi operasyon geçiren 18 yaş üstü, iletişim kurulabilen hasta bireyler arasında yapılacaktır. Çalışma anket yöntemi (yüz yüze görüşme) ile uygulanacaktır. Soruları dikkatlice okuyarak 20-25 dakikada yanıtlamanız gerekmektedir. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde size ameliyat sonrası dönemde hareket etme konusunda ne kadar zorlandığınızı değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olan anket formu verilecektir. Sorular ameliyat sonrasında yapılan hareketlerin her aşamasında yaşadığınız ağrı ve zorluğun derecesini belirleyici seçeneklerden ibaret olacaktır. Sizi en iyi tanımlayan yere işaret koymanız gerekmektedir. Soruları size verilen formda anlatıldığı gibi yanıtlamanız gerekmektedir. Anlamadığınız soruları mutlaka ilgili araştırmacıya sorunuz. Çalışmada; gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında ek tedavi uygulanmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum.

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

2. Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Gönüllünün Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih/ Telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacının Adı/ Soyadı: Doç. Dr. Semiha Akın, İstanbul Bilim Üniversitesi  
FlorenceNightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

## EK 4: HASTA BİLGİ FORMU

### BÖLÜM 1: KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz nedir?  Kadın  Erkek
2. Yaşınız nedir? \_\_\_\_\_
3. Eğitim durumunuz nedir?  
 Okur-yazar Değil  İlkokul  Lise  Ön lisans  Lisans  Yüksek lisans ve üstü
4. Mesleğiniz nedir?  
 İşçi  Memur  Ev hanımı  Serbest meslek  
 Emekli  Öğrenci  Diğer: \_\_\_\_\_
5. Medeni durumunuz nedir?  Evli  Bekar
6. Sosyal güvenceniz var mı?  Özel sigorta  Emekli sandığı  SGK  Yok
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
 Gelirim giderimden az  Gelirim giderime denk  Gelirim giderimden fazla

### BÖLÜM 2: HASTANE YATIŞINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Sigara kullanıyor musunuz ?  
 Hayır  Evet \_\_\_\_\_ yıl \_\_\_\_\_ miktar  Bıraktım
2. Alkol kullanıyor musunuz ?  
 Hayır  Evet \_\_\_\_\_ yıl \_\_\_\_\_ miktar  Bıraktım
3. Tedavi gördüğünüz sağlık sorunu dışında kronik bir hastalığınız var mı?  
 Hayır  Var: \_\_\_\_\_
4. Daha önce hastaneye yattınız mı?  
 Hayır  Evet ise kaç kez: \_\_\_\_\_
5. Şimdiki hastane yatışı süresi: \_\_\_\_\_ gün

### BÖLÜM 3: HASTALIK VE AMELİYATINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Klinik tanı/Ameliyat endikasyonu: \_\_\_\_\_
2. Cerrahi girişim: \_\_\_\_\_
3. Anestezi Tipi  Genel  Lokal
4. Lokal anestezi türü:  Epidural  Spinal Anestezi  Topikal anestezi  \_\_\_\_\_
5. Ameliyat sonrası görüşme zamanı: \_\_\_\_\_
6. Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?  
 Hayır  Evet ise ameliyat türü: \_\_\_\_\_
7. İlaç tedavisi:  Analjezik  Antiemetik  Diğer \_\_\_\_\_



**EK 5: İYİLEŞME KALİTESİ ANKETİ (QUALITY OF RECOVERY-40  
QUESTIONNAIRE [QOR-40])**

**TARİH:** \_\_ / \_\_ / \_\_

**Hasta Anketi (QoR – 40)**

**Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_

**KISIM A**

**Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz?**

(1'le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)

**Örneğin:** Eğer bu süre içinde hep rahatça nefes alıp verdiyseniz, aşağıda gösterildiği gibi seçeneklerden **5'i (her zaman)** halka içine almalısınız.

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
<b>Rahatlık</b>					
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
İyi bir uyku uyudum	1	2	3	4	5
Yediklerimden tad alabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
<b>Duygular</b>					
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime hakimim	1	2	3	4	5
Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5

## Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
<b>Hareket özgürlüğü</b>					
Normal konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	1	2	3	4	5
Yazı yazabiliyorum	1	2	3	4	5
İşime dönebilirim yada gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	1	2	3	4	5
<b>Hasta Desteği</b>					
Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken)	1	2	3	4	5
Ailem ve arkadaşarımla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Ailem veya arkadaşarımdan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	1	2	3	4	5

## KISIM B

### Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1 = çok kötü ve 5 = Mükemmel)

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	çoğu zaman	Her zaman
<b>Rahatlık</b>					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
grme	5	4	3	2	1
Huzursuzluk hissetme	5	4	3	2	1
Sallanma ya da seğirme	5	4	3	2	1
Titreme	5	4	3	2	1
şdğn hissetme	5	4	3	2	1
Baş dönmesi hissetme	5	4	3	2	1
<b>Duygular</b>					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Kaygılı hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli hissetme	5	4	3	2	1
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	5	4	3	2	1
Kendini yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmakta güçlük çekme	5	4	3	2	1
<b>Hasta desteği</b>					
Kafası karışık hissetme	5	4	3	2	1
<b>Ağrı</b>					
Orta şiddette ağrı	5	4	3	2	1
şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağızda yaraya bağlı ağrı	5	4	3	2	1

Yardımlarınız için teşekkürler.

şayet herhangi bir sorunuz varsa, bizimle iletişime geçiniz.

## EK 6: HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

**YÖNERGE:** Bu form ameliyattan sonra hareket etme konusunda ne kadar zorlandığınızı değerlendirmek için hazırlanmıştır. Bu nedenle hareketin her aşamasını ayrı ayrı değerlendirmeniz istenmektedir. Aşağıdaki hareketleri yerine getirme sırasında yaşadığınız ağrı ve zorluğun derecesini en iyi tanımlayan yere, yatay çizgi üzerinde işaret koyunuz.

### **Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:**

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu vardı	Biraz ağrı ağrı vardı	Orta derecede vardı	Çok ağrı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
---------------------	--------------------------	------------------------	----------	---------------------------------------

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

### **Yatak Kenarında Oturma:**

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu vardı	Biraz ağrı ağrı vardı	Orta derecede vardı	Çok ağrı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
---------------------	--------------------------	------------------------	----------	---------------------------------------

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

### **Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu vardı	Biraz ağrı ağrı vardı	Orta derecede vardı	Çok ağrı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
---------------------	--------------------------	------------------------	----------	---------------------------------------

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

### **Hasta Odasında Yürüme:**

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu vardı	Biraz ağrı ağrı vardı	Orta derecede vardı	Çok ağrı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
---------------------	--------------------------	------------------------	----------	---------------------------------------

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

## EK 7: GÖZLEMCİ HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

Ameliyat Sonrası..... Gün

Gözlem zamanı: .....

Ambulasyon/Ayağa kalkma öncesi (HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA)

Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

### **Kullanım yönergesi:**

1. Tüm bölümlere ilişkin gözlemler, aşağıdakiler gerçekleştirildikten sonra doldurulur:
  - a) Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma ve
  - b) Ameliyat sonrası ikinci günde ayağa kalkma (herhangi bir zamanda)
2. Lütfen, gözlenen yeterliliği en iyi yansıtan sayıyı ilgili ölçek üzerindeki sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

### **Yatak içinde bir taraftan diğer taraf dönme**

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndü	Hasta dönmek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen dönemedi

### **Yatak Kenarında oturma**

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında oturamadı

### **Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı

### **Hasta Odasında Yürüme:**

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi

Ambulasyon sonrası/ Ayağa kalktıktan sonra (HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA)

Kan Basıncı.....

Nabız.....

Solunum.....