

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**  
**BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

**Nurdan SARMUSAKCI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI**

**2023-İZMİR**



**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**  
**BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

**Nurdan SARMUSAKCI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI**

**2023-İZMİR**

## **KABUL VE ONAY SAYFASI**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- **Tezimin/Raporumun 03/02/2024 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

03/02/2023

Nurdan SARMUSAKCI

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz şANLI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Ktip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

03/02/2023

Nurdan SARMUSAKCI

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez hazırlık sürecimin her aşamasında yanımda olan, akademik tüm bilgi ve birikimiyle bana yol gösteren, samimiyeti ve desteğini esirgemeyen, beni ışığıyla aydınlatan çok değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI'ya,

Tez izleme komitesi üyeleri olarak tez ile ilgili çalışmaların izlenmesi ve değerlendirilmesinde sundukları katkılarından dolayı değerli hocalarım Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Özlem BİLİK ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL'a,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli kurum izni veren İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne,

Araştırmama katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm cerrahi hastalarına, Araştırmanın uygulanması aşamasında içtenlikle destek olan arkadaşlarıma,

Çıktığım bu yolculukta motivasyonumu her zaman yükseltebilmem için çabalayan, hayatım boyunca aldığım her kararda arkamda olan, desteklerini her zaman hissettiğim annem, babam ve her koşulda en büyük destekçim biricik ablama,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nurdan SARMUSAKCI

## ÖZET

### AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının değerlendirilmesidir. Bu amaçla, hastaların nicel yöntem ile ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri ve bu düzeylerin sosyodemografik ve klinik etmenlere göre değişme durumları incelenmiş, nitel yöntem ile ameliyat sonrası iyileşmeye ilişkin algı ve düşünceleri açıklanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Karma yöntem kullanılarak yapılan bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin cerrahi kliniklerinde Mart 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi, cerrahi girişim geçiren ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan, nicel yöntem için 140, nitel yöntem için 12 hastadan oluşmuştur. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, nicel yöntem için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi, nitel yöntemde içerik analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın nicel bölümünde, alt boyut ve tüm indeks puan ortalamaları incelenmiştir. Fiziksel aktiviteler için  $3.54 \pm 0.80$ , bağırsak semptomları için  $2.38 \pm 0.87$ , genel semptomlar için  $2.41 \pm 0.93$ , istek-arzu semptomları için  $3.03 \pm 0.84$ , psikolojik semptomlar için  $2.35 \pm 0.74$  ve tüm indeks için  $2.85 \pm 0.55$  olduğu bulunmuştur. Yaş, beden kitle indeksi, tütün kullanma durumu, kronik hastalığı olma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, ameliyat türü ve anestezi türüne göre alt boyut ve tüm indeks puanlarında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Nitel bölümde, ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler, ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler, ameliyat sonrası iyileşme durumu, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar, ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler ve ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı temaları ortaya çıkarılmıştır.

**Sonuç:** Hastaların, fiziksel aktivitede kısıtlanmada aşırı güçlük, istek-arzu semptomları ve tüm indekste çok güçlük, bağırsak semptomları, genel semptomlar ve psikolojik semptomlarda orta düzeyde güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Bu sonuçların



birçok değişkene göre farklılaştığı belirlenmiştir. Hastalar ameliyat sonrası iyileşmeye yönelik olumlu ve olumsuz algı ve düşüncelerinin olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat sonrası bakım, ameliyat sonrası dönem, ameliyat sonrası iyileşme, iyileşme

## ABSTRACT

### EVALUATION OF POSTOPERATIVE RECOVERY: A MIXED METHOD STUDY

**Objective:** In this study, it was aimed to evaluate the postoperative recovery status of patients who underwent surgical interventions. Thus, while the quantitative method was used to investigate the postoperative recovery levels of the patients and the changes in their recovery levels according to their sociodemographic characteristics and clinical factors, the qualitative method was used to assess their perceptions and thoughts on postoperative recovery.

**Materials and Methods:** This study, which was conducted using the mixed method, was carried out in the surgical clinics of a training and research hospital between March 2022 and February 2023. The sample of the study consisted of 140 patients for the quantitative method and 12 for the qualitative method, all of whom had undergone surgical intervention and met the inclusion criteria. The study data were collected using the Personal Information Form, Postoperative Recovery Index and Semi-Structured Interview Form. In the analysis of the data, the independent sample t-test and one-way analysis of variance were used for the quantitative method, and the content analysis was used for the qualitative method.

**Results:** In the quantitative part of the study, the mean scores obtained from the overall Postoperative Recovery Index and its sub-dimensions were analyzed. The mean scores were as follows:  $3.54 \pm 0.80$  for the physical activities,  $2.38 \pm 0.87$  for the bowel symptoms,  $2.41 \pm 0.93$  for the general symptoms,  $3.03 \pm 0.84$  for the appetite symptoms,  $2.35 \pm 0.74$  for the psychological symptoms, and  $2.85 \pm 0.55$  for the overall index. It was determined that there were differences between the mean scores obtained from the overall Postoperative Recovery Index and its sub-dimensions according to the variables such as age, body mass index, tobacco use, chronic disease, previous surgery, clinic in which the patient is hospitalized, surgery type and anesthesia type ( $p < 0.05$ ). The themes emerged in the qualitative part were as follows: opinions on postoperative complaints, post-operative changes, post-operative recovery, conditions affecting

post-operative recovery, opinions on the results of the operation, and the meaning of post-operative recovery.

**Conclusion:** The patients experienced extreme difficulty in physical activities, severe difficulty in appetite symptoms and overall index, moderate difficulty in bowel symptoms, general symptoms and psychological symptoms. These results differed according to many variables. It was observed that the patients had positive or negative perceptions and thoughts about post-operative recovery.

**Keywords:** Postoperative care, postoperative period, postoperative recovery, recovery

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ .....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Amaç .....	4
1.3. Araştırmanın Soruları .....	4
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi .....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. İyileşmenin Tanımı ve Önemi .....	7
2.2. İyileşmenin Evreleri .....	8
2.2.1. Erken İyileşme Evresi .....	8
2.2.2. Orta İyileşme Evresi.....	9
2.2.3. Geç İyileşme Evresi .....	9
2.3. İyileşmenin Boyutları .....	9
2.3.1. Fizyolojik İyileşme.....	10
2.3.2. Psikolojik İyileşme.....	16
2.3.3. Sosyal İyileşme .....	17
2.3.4. Habitual İyileşme .....	17
2.4. İyileşmenin Değerlendirilmesi .....	18
2.4.1. İyileşmenin Değerlendirilmesinde Memnuniyet.....	20
2.5. İyileşmeyi Etkileyen Etmenler .....	21
2.5.1. Yaş .....	21

2.5.2.	Cinsiyet .....	22
2.5.3.	Medeni Durum .....	23
2.5.4.	Beslenme .....	23
2.5.5.	Tütün ve Alkol Kullanımı .....	24
2.5.6.	Kronik Hastalıklar .....	25
2.5.7.	Ameliyat Deneyimi .....	26
2.5.8.	Psikolojik Durum .....	26
2.5.9.	Sosyal Destek .....	27
2.5.10.	Sağlık Okuryazarlığı Becerisi .....	27
2.5.11.	Anestezi Türü .....	28
2.5.12.	Ameliyat Özellikleri .....	29
2.6.	İyileşmeyi Sağlama Stratejileri.....	29
2.6.1.	Ameliyat Öncesi Değerlendirme.....	29
2.6.2.	Ameliyat Öncesi Bilgilendirme.....	30
2.6.3.	Ameliyat Sonrası Bakım ve İzlem .....	32
2.6.4.	Etkili İletişim.....	33
2.6.5.	Kararlara Katılımın Sağlanması .....	33
2.6.6.	Taburculuk Sonrası İzlem .....	33
2.7.	ERAS Protokolleri.....	35
2.8.	İyileşmeyi Sağlamada Hemşirenin Rolü .....	39
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	41
3.1.	Araştırmanın Türü .....	41
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	41
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	41
3.3.1.	Örnekleme Alınma ve Dışlanma Ölçütleri.....	42
3.3.2.	Örneklem Büyüklüğü .....	42
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri.....	43
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	43
3.5.1.	Kişisel Bilgi Formu .....	43
3.5.2.	Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ).....	44
3.5.3.	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	46
3.6.	Araştırmanın Planı ve Takvimi .....	48
3.7.	Verilerin Toplanması.....	49

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.9. Araştırmanın Bütçesi .....	51
3.10. Araştırma Etiği .....	51
4. BULGULAR.....	52
4.1. Nicel Yöntem için Bulgular.....	52
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri .....	52
4.1.2. Hastaların ASIİ Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Medyanları .....	54
4.1.3. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre ASIİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
4.2. Nitel Yöntem için Bulgular .....	65
4.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri .....	66
4.2.2. Çalışmada Oluşturulan Tema, Kategori/Alt Tema ve Kodlar .....	67
5. TARTIŞMA .....	104
Araştırma bulgularının tartışması nicel ve nitel yöntem için ayrı başlıklar altında sunulmuştur. ....	104
5.1. Nicel Yöntem için Tartışma .....	104
5.1.1. Hastaların ASIİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması .....	104
5.1.2. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre ASIİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması .....	106
5.2. Nitel Yöntem için Tartışma .....	113
5.2.1. Oluşturulan Temaların Tartışması.....	113
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	125
6.1. Sonuçlar.....	125
6.2. Öneriler.....	127
KAYNAKLAR .....	130
EKLER.....	146
EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....	146
EK 2. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ .....	148
EK 3. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ KULLANIM İZİNİ.....	151
EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU .....	152
EK 5. ETİK KURUL ONAYI.....	154
EK 6. KURUM İZİNİ.....	155
ÖZGEÇMİŞ .....	156

## KISALTMALAR DİZİNİ

**AORN:** Association of Perioperative Registered Nurses (Perioperatif Hemşireler Derneği)

**ASA:** American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)

**ASİİ:** Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi

**BİS:** Bispectral İndeks

**BKI:** Beden Kitle İndeksi

**DVT:** Derin Ven Trombozu

**ERAS:** Enhanced Recovery After Surgery (Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme)

**IV:** İntravenöz

**KDU:** Kanıta Dayalı Uygulama

**NICE:** National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)

**PABÜ:** Postanestezik Bakım Ünitesi

**PE:** Pulmoner Emboli

**PoRI:** Postoperative Recovery Index (Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi)

**PQRS:** Postoperative Quality of Recovery Scale (Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Ölçeği)

**PRP:** Postoperative Recovery Profile (Postoperatif İyileşme Profili)

**QoR-15:** Quality of Recovery-15 Questionnaire (İyileşme Kalitesi-15 Ölçeği)

**QoR-40:** 40-item Quality of Recovery Score (İyileşme Kalitesi-40 Anketi)

**RKÇ:** Randomize Kontrollü Çalışma

**TARD:** Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

**VTE:** Venöz tromboemboli

**YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen fizyopatolojik faktörler.....	11
<b>Şekil 2.</b> Araştırma planı ve takvimi .....	48
<b>Şekil 3.</b> Çalışmanın temalarının gösterimi.....	69
<b>Şekil 4.</b> Ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.....	70
<b>Şekil 5.</b> Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.....	81
<b>Şekil 6.</b> Ameliyat sonrası iyileşme durumu temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.....	85
<b>Şekil 7.</b> Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi .....	89
<b>Şekil 8.</b> Ameliyatın sonuçları temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi .....	94
<b>Şekil 9.</b> Ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi.....	99
<b>Şekil 10.</b> Kod bulutu. ....	103



## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> ERAS protokollerinin temel öğeleri.....	37
<b>Tablo 2.</b> Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin oranları. ....	52
<b>Tablo 3.</b> Hastaların ASİİ alt boyutları puan ortalamaları ve medyanları. ....	54
<b>Tablo 4.</b> Hastaların yaşlarına göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	55
<b>Tablo 5.</b> Hastaların cinsiyetlerine göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	56
<b>Tablo 6.</b> Hastaların BKİ değerlerine göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	57
<b>Tablo 7.</b> Hastaların tütün kullanma durumlarına göre alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	58
<b>Tablo 8.</b> Hastaların kronik hastalığı olma durumlarına göre alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	59
<b>Tablo 9.</b> Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	60
<b>Tablo 10.</b> Hastaların yattıkları kliniklere göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	61
<b>Tablo 11.</b> Hastaların yapılan ameliyat türüne göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	63
<b>Tablo 12.</b> Hastaların uygulanan anestezi türüne göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması. ....	64
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	66
<b>Tablo 14.</b> Çalışmada oluşturulan tema, kategori/alt tema ve kodlar .....	67
<b>Tablo 15.</b> Katılımcılara göre ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler. ....	80
<b>Tablo 16.</b> Katılımcılara göre ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler.....	84
<b>Tablo 17.</b> Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşme durumu.....	88
<b>Tablo 18.</b> Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar.....	94
<b>Tablo 19.</b> Katılımcılara göre ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler .....	98
<b>Tablo 20.</b> Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı. ....	102

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ameliyat sonrası iyileşme, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik dahil, birçok durumu etkileyen çok boyutlu bir yapıdır. Bu çok boyutlu doğasına bağlı olarak karmaşık bir süreçtir (Borrell-Vega ve ark., 2018; Ferraz ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2022). Bu süreçte, cerrahi girişim gerektiren durumdan sonra kapasite ve homeostaz yeniden kazanılarak normale dönme gerçekleşir (Ferraz ve ark., 2018). Perioperatif bakımı değerlendirmek ve iyileştirmek için iyileşmenin değerlendirilmesi önemlidir (Jaensson ve ark., 2022). Ameliyat sonrası iyileşme durumunu ölçen değerlendirme sistemleri aracılığıyla hasta sonuçlarının ve semptomların ölçülmesi, cerrahi sonrası hızlı iyileşmenin sağlanması ve bakımın en üst düzeye getirilmesi açısından önemlidir (Butler ve ark., 2012). Tam olmayan ameliyat sonrası iyileşme uzun vadeli olumsuz sonuçların habercisi olduğundan bu belirtilerin erken ve doğru tanınması, bu tür olumsuz sonuçları önlemek için zamanında girişimleri kolaylaştırır (Ferraz ve ark., 2018).

Birçok hastaya durumunu iyileştirmek veya yaşamını uzatmak için cerrahi girişim uygulanmaktadır (Fritz ve ark., 2019). Günümüzde cerrahi girişim sayısı giderek artmaktadır (Aksoy ve ark., 2021). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 2020 verilerine göre, bir yıllık toplam ameliyat sayısı 3.722.218 olarak açıklanmıştır. Ameliyathane hizmetleri altyapısına bakıldığında, toplam 2.269 ameliyathane, 7.878 ameliyathane odası ve 7.756 ameliyathane masası bulunduğu bildirilmiştir (Bora Başara ve ark., 2022). Artan bu ameliyat ve ameliyathane hizmetleri sayıları, ameliyat sonrası izlem ve değerlendirme gerektiren hasta sayısının da arttığına işaret etmektedir.

Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası 30 günlük komplikasyon insidansının %5.8 ile %43.5 arasında değiştiği bildirilmiştir (Tevis ve Kennedy, 2013). Sıvı-elektrolit dengesizliği, kanama, dolaşım bozukluğu, ortostatik intolerans, venöz trombemboli (VTE), ağrı, ileus ve bilişsel işlev bozukluğu ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyen fizyopatolojik faktörlerdir (Kehlet, 2020). Güncel ulusal bir çalışmada, ameliyat sonrası komplikasyon olarak; ağrı, hipotermi, hipotansiyon, hipertansiyon, bulantı, kusma ve hipokseminin daha fazla görüldüğü, daha az görülen

komplasyonların ise uyanmada gecikme, kanama, oligüri, bilişsel değişiklikler ve anksiyete olduğu belirlenmiştir (Sözen, 2020).

Ameliyat sonrası komplasyonlar, yeniden ameliyat olma riskine, hastanede yatış süresi ve mortalitenin artmasına yol açar (Tevis ve Kennedy, 2013). Fritz ve arkadaşları (2019) tarafından ameliyat sonrası mortaliteyi tahmin etmek amacıyla yapılan çalışmada, 95.907 hastanın 941'inin (%1) 30 gün içinde yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (Fritz ve ark., 2019).

Geleneksel olarak iyileşmeyi değerlendirmek için fiziksel belirtilere büyük önem verilmiştir (Ferraz ve ark., 2018). Günümüzde eğilimler iyileşmenin çok boyutlu yönlerini değerlendirmeye doğru değişmiştir. Bu değerlendirmede yer alan boyutlar, psikolojik aktivite (duygu ve memnuniyet), işlevsel aktivite (günlük yaşam aktiviteleri), fizyolojik iyileşme (nosisepsiyon, fizyolojik sıkıntı ve advers semptomatoloji) ve son zamanlarda bunlara eklenen bilişsel durumdur (Borrell-Vega ve ark., 2018). Hasta merkezli sonuçların değerlendirme kapsamına alınması, iyileşme değerlendirmesinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır (Bowyer ve Royse, 2018c).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, ameliyat sonrası iyileşmenin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitual boyutlarının incelendiği görülmektedir (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Karaman ve ark., 2014; Özmen, 2020; Yolcu ve Akın, 2015). Bu çalışmalarda hastaların genel ameliyat sonrası iyileşmede çok güçlük (Cengiz ve Aygin, 2019; Özmen, 2020) veya aşırı güçlük (Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021) yaşadıkları, genel ameliyat sonrası iyileşmelerinin orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur (Kara ve ark., 2022; Karaman ve ark., 2014; Yolcu ve Akın, 2015). Uluslararası çalışmalarda da ameliyat sonrası iyileşmenin tüm boyutları değerlendirilmiş (Allvin ve ark., 2012; Chazapis ve ark., 2016; Royse ve ark., 2010; Shida ve ark., 2015), genel ameliyat sonrası iyileşme kısmen (Allvin ve ark., 2012) veya orta düzeyin üzerinde (Shida ve ark., 2015) olarak saptanmıştır.

İyileşme algısı bireyseldir ve ameliyat öncesi sağlık durumu, cerrahi girişim ve ameliyatın sonuçlarına ilişkin beklentiler gibi bir dizi etmenle ilgilidir (Forsberg ve ark., 2018). Yaş ve cinsiyet gibi demografik özelliklerin yanı sıra sağlık okuryazarlığı, hastanın ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmesi, taburcu olduktan sonra izlem ve destek gibi faktörlerin hasta iyileşmesi üzerine etkileri olabileceği öne sürülmektedir (Jaensson ve ark., 2019). Jaensson ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir

kapsamlı derlemede, ameliyat sonrası iyileşmenin ameliyat türü, anestezi türü ve kronik hastalık varlığı ve sayısına göre anlamlı farklılık gösterip göstermeyeceğini belirlemek için ileri çalışmalar gerektiği belirtilmiştir (Jaensson ve ark., 2022).

Yapılan çalışmalarda yaşlı (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Lin ve ark., 2018; Shida ve ark., 2015; Süerdem, 2019; Yolcu ve Akın, 2015), kadın (Buchanan ve ark., 2011; Cengiz ve Aygin,2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Rahman ve ark., 2017; Yolcu ve Akın, 2015; Zimmerman ve ark., 2011), obez (Bilgici ve ark., 2010; Çeçen ve ark., 2015), kronik hastalığı olan (Özmen, 2020; Süerdem, 2019), daha önce ameliyat olan (Yolcu ve Akın, 2015), açık cerrahi uygulanan (Kim ve ark., 2018) ve genel anestezi uygulanan (Grauman ve ark., 2016; Nilsson ve ark., 2019; Pascarella ve ark., 2021) hastalarda ameliyat sonrası iyileşmenin daha kötü olduğu gösterilmiştir.

Son yıllarda, ameliyat sonrası tedavi ve iyileşme döneminin çok faktörlü patogenezi göz önüne alındığında, komplikasyonları en aza indirmek ve hastanede kalış süresini kısaltmak için cerrahi ekibin, anestezi uzmanlarının ve bir ERAS koordinatörünü içeren multidisipliner bir yaklaşımın gerektiği açıkça görülmektedir (Nilsson ve ark., 2020). Bu süreçte, hastalarda gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde fark edilmesini ve gerekli tedavi ve bakımın zamanında uygulanmasını amaçlayan hemşirelik bakımı büyük önem taşır (Eyi ve ark., 2016). Hemşirelerin, hastaların iyileşme süreçlerindeki başarıları, sorunlarının doğru olarak tanınması ve belirlenmesi ile başlar; en uygun bakımın sağlanması ve çeşitli iyileşme yöntemlerinin uygulanması ile devam eder. Hemşirelik bakımı, en iyi hasta sonuçlarına ulaşılmasını hedefler (Özkan ve Bilgin, 2016).

Tüm bu unsurlar nedeniyle ameliyat sonrası pek çok değişkenden etkilenen bu iyileşme sürecinde, hastanın ameliyattan sonra sistematik, doğru bir ölçüm aracıyla değerlendirilmesi, doğru şekilde izlenmesi ve sorunlarının erken evrede tanınması oldukça önem taşımaktadır. İyileşme sürecinin tüm boyutlarıyla ve aynı zamanda hasta açısından da değerlendirilmesi esastır. Yapılan çalışma ile bunun sağlanabileceği düşünülmektedir. Ulusal literatürde bu konuda yapılan çalışma sayısının sınırlı olması ve nitel çalışmaya rastlanmamış olması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu ve diğer çalışmalar, ameliyat sonrası gerekli bakım ve tedavinin zamanında uygulanmasının yolunu açacaktır. Bu bakım ile iyileşme sağlanarak hastanın sağlıklı

durumuna geri dönebilmesi, ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastanede yatış süresinin azaltılmasının mümkün olacağı düşünülmüştür.

## **1.2. Amaç**

Bu araştırmada cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, nicel yöntem ile hastaların ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri ve bu düzeylerin sosyodemografik ve klinik etmenlere göre değişme durumları incelenmiştir. Nitel yöntem ile ise hastaların ameliyat sonrası iyileşmeye ilişkin algı ve düşünceleri açıklanmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

**Soru 1:** Cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme durumu nasıldır?

**Soru 2:** Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) puan ortalamaları farklılık göstermekte midir?

**Soru 3:** Hastaların ameliyat sonrası iyileşmeye yönelik algı ve düşünceleri nelerdir?

## **1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi**

Cerrahi tedavinin başarısı, anestezi uygulamalarındaki ve cerrahi girişimlerdeki ilerlemelerin yanında ameliyat sonrasında en iyi düzeyde bakım verilmesine bağlıdır (Aksoy ve ark., 2021). Son yıllarda kanıta dayalı uygulamalarla (KDU) ameliyat sonrası erken iyileşmenin sağlanabileceği, komplikasyonların önlenebileceği, mortalite ve morbiditenin azaltılabileceği öngörülmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017; Demirhan ve Pınar, 2014). Ameliyat sonrası bakımda temel amaç, bireyin bozulan homeostatik dengesinin düzeltilmesi, mümkün olan en kısa zamanda normal yaşantısına geri dönmesinin sağlanmasıdır (Aksoy ve ark., 2021).

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın gerçekleştirilmesinde rol alan hemşireler, hastalıkların önlenmesi, bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve böylece yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rol oynamaktadır. Hemşireler, bilimsel bilgi içeriğine temelli, yeterlilikten mükemmelliğe kadar uzanan bir yelpazede bireyselliğe odaklanarak planlanmış hemşirelik bakımı ile homeostatik dengenin düzeltilmesine, ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken evrede belirlenmesi ve ayrıca hastanın içinde bulunduğu topluma üretken bir üye olarak geri dönmesine katkı sağlamaktadır (Aksoy ve ark., 2021; Eyi ve ark., 2016). Yapılan bu çalışma ile

hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumları ortaya koyulmuştur. Bu durumun belirlenmesi, girişimlerin planlanması için yol gösterecek ve böylece komplikasyonların önlenmesi/erken tanınması ve morbidite ve mortalite oranının azaltılmasına katkı verilebilir. Bu sonuç, ekonomik/sosyal yaygın etki olarak değerlendirilebilir.

Hastaların algıladığı iyileşme kalitesi ile geleneksel göstergeler arasında bir uyumsuzluk vardır (Bowyer ve ark., 2016a). Hastalar iyileşmeyi, ameliyat öncesi yaşam şekline dönüş olarak tanımlar ve eğilimleri buna yöneliktir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Ameliyat sonrasında meydana gelen ağrı, bulantı, duygusal ve psikolojik sıkıntı ve ameliyatın komplikasyonları, yetersiz iyileşmenin temel göstergeleridir. Klinisyenler için bunların olmaması yeterliyken hastalar yalnızca semptomların yokluğunu değil aynı zamanda aktivitelerini ameliyattan öncekiyle aynı düzeye geri getirmelerini de içeren iyileşme kavramını dikkate almaktadır (Ferraz ve ark., 2018). Bu çalışmada iyileşmenin fizyolojik boyutu ile birlikte psikolojik, sosyal ve habitual boyutu da ele alınmıştır.

Ülkemizde cerrahi hemşireliğinde ameliyat sonrası iyileşme kavramını ele alan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmanın cerrahi hemşireliği bilgisine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Çalışmanın, ameliyat sonrası iyileşmeyi hem nicel hem de nitel olarak değerlendiren ilk çalışma olması özgün değerini ortaya koymaktadır. Cerrahi hemşireliğinin de dahil olduğu profesyonel bir meslek olan hemşirelik, var olan bilgileri doğrulamak, kendi alanına yeni bilgiler kazandırmak ve bilimsel bilgi içeriğini zenginleştirmek amacıyla çalışmaktadır. Hemşirelik araştırmaları, sağlığın korunması/geliştirilmesi ve hastalıkların yönetimi için bireyin yanıtlarını doğru olarak anlamaya odaklanmaktadır. Günümüzde hemşirelik bilgilerinin güçlendirilmesi ve bu bilgilerin bakımın kalitesini artırmak için kullanılması giderek artan bir gereksinim haline gelmiştir (Erdoğan ve ark., 2020).

Yapılan bu çalışma ile hastaların ameliyat sonrası fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitual iyileşme durumları belirlenmiş ve iyileşmeye yönelik algı ve düşünceleri ortaya çıkarılmıştır. Hasta iyileşmesini tüm boyutlarıyla değerlendirerek yürütülen bu çalışma, Türkiye’de ameliyat sonrası iyileşme uygulamalarına yönelik geliştirilecek yöntemlere yol göstermek ve bu konuda yapılacak çalışmalara fikir vermek açısından önem taşımaktadır.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmalarda kuramsal ve metodolojik sınırlılıklar olmak üzere iki tipte sınırlılık tanımlanmaktadır. Metodolojik sınırlılıklar daha çok araştırma metodolojisindeki (örneklem özellikleri, ölçüm ve veri toplama araçları/yöntemleri vb.) yetersizliklerden kaynaklanır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmada bulunan metodolojik sınırlılıklar şu şekilde sıralanabilir: Araştırma İzmir ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde cerrahi girişim geçiren hastalarda yürütülmüştür. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulgular belirtilen hastalarla sınırlıdır. Bulgular ayrıca Mart-Haziran 2022 tarihlerinde cerrahi girişim geçiren hastaların verileri ile sınırlıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İyileşmenin Tanımı ve Önemi

Ameliyat sonrası iyileşme, ardarda gelen ameliyat sonrası evreler boyunca uzanan sürekli bir süreç anlamına gelir (Bowyer ve Royse, 2018c). Bireyin olağan durumuna veya cerrahi öncesi düzeyine veya daha iyisine tam geri dönüş algısı ve ameliyat öncesi normallik düzeylerine ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve habitual işlevlerine ilişkin bütünlük düzeylerine dönme için enerji gerektiren bir süreçtir (Forsberg ve ark., 2018). Bireyin ameliyat öncesi durumuna (veya daha iyisine) dönmesi, işlevlerini yeniden kazanması ve en yüksek iyilik haline ulaşması olarak tanımlanmaktadır (Jaensson ve ark., 2022). Bir başka tanıma göre, ameliyat öncesi duruma geri dönebilen yeni bir kararlı durumdur. Ancak ameliyat öncesi durumdan daha iyi ya da daha kötü olabilir (Jaensson ve ark., 2022).

Benzer şekilde, gözlemsel bir yorum, iyileşmenin çok boyutlu olduğunu, öngörülebilir, zamana bağlı bir yörünge izlediğini ve temel olarak hastanın ameliyat öncesi ideal ile karşılaştırılarak ameliyat sonrası performansını ölçmek için bir süreç olduğunu vurgulamıştır (Bowyer ve Royse, 2018b).

İyileşme kavramı genişler ve tıp ve hemşirelik literatüründe yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu kavram her zaman açıkça tanımlanmamıştır. İyileşme terimi, sağlığı geri getirebilmek için geri dönüşüm anlamına gelmektedir. İyileşme, bir sonuç ve bir süreç olarak görülebilir. İyileşmenin bir sonuç olarak görülmesi, hastanın yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kaldıktan sonrasındaki tedavisine, semptomların veya hastalık belirtilerinin azalmasına veya mortalite oranlarına odaklanabilir. Bu tip iyileşme klinik iyileşme olarak da adlandırılır. İyileşmeyi bir süreç olarak görmek ise, ameliyat öncesi kapasitenin ve homeostazisin ameliyat sonrasında yeniden kazanılması ve böylece ameliyattan önceki duruma veya daha iyiye geri dönüşle sonuçlanması olarak tanımlanmaktadır (Forsberg ve ark., 2018).

Ameliyat sonrası iyileşme, hedeflenen tedavinin uygulanmasındaki gecikmeyi en aza indiren bir zaman dilimi içinde, hastalarda yetersiz iyileşmenin belirlenmesini sağlayan verilerin güncel olarak toplanması, analizi ve raporlanmasıdır (Bowyer ve Royse, 2018c).



## **2.2. İyileşmenin Evreleri**

Ameliyat sonrası iyileşme anestezi tamamlandıktan hemen sonra başlayıp ameliyattan 3 ay sonrasına kadar sürebilir (Forsberg ve ark., 2018). Erken, orta ve geç olarak üç evreye ayrılmaktadır (Aksoy ve ark., 2021; Bowyer ve ark., 2016a; Feldman ve ark., 2015; Jaensson ve ark., 2022).

Bu erken, orta ve geç iyileşme evreleri hastaneden taburcu olma (fizyolojik işlev ve olumsuz semptomların olmaması), eve başarılı bir şekilde dönme (nosiseptif, duygusal, işlevsel ve bilişsel iyileşme) ve önceki işlev düzeyine dönme (zayıf işlevsel iyileşme, kalıcı ağrı, bulantı ve bilişsel düşüş) açısından tanımlanmış ve değerlendirilmiştir (Bowyer ve ark., 2014; Bowyer ve ark., 2018c).

### **2.2.1. Erken İyileşme Evresi**

Ameliyatın sonlanmasından başlayıp postanestezik bakım ünitesinden (PABÜ) kliniğe kadar geçen süreçtir. İlk 24 saat veya ilk 7 günü kapsar. Bu süreçte meydana gelen ve ağırlıklı olarak fizyolojik parametrelerin geri getirilmesine odaklanılan zaman olarak tanımlanır (Bowyer ve ark., 2016a). Öncelikle biyolojik ve fizyolojik süreçleri içerir ve PABÜ'den güvenli hasta taburculuğu ile ilgilidir (Feldman ve ark., 2015). Ağırlıklı olarak basit fizyolojik değişkenler ilk evreyi etkiler. Erken evrede iyileşme hızı ve kapsamı en çok ağrı, bulantı, ameliyatta kullanılan ilaçlar ve deliryumdan etkilenmektedir (Bowyer ve ark., 2016a).

Erken iyileşme evresi hasta uyanana, koruyucu refleksler dönene ve ağrı kontrolü sağlanana kadar devam eder. PABÜ'den ayrılmadan önce hasta uyanık olmalı, yaşam bulguları bireye ait normal değerlerde ve stabil olmalı, kişi, yere ve zamana oryante olmalı, komutlara yanıt verebilmelidir (Aksoy ve ark., 2021).

Bu evre ideal olarak uygun ekipman ve çalışanların olduğu bir PABÜ'de geçmelidir. Sık görülen ameliyat sonrası sorunlara (bulantı, kusma, ağrı) ve acil durumlara (kardiyovasküler olaylar, kanama) müdahale edebilecek yeterli çalışan ve ekipman bulunmalıdır. Gerektiğinde anestezi ve cerraha ulaşılabilir. Uzlaşmış protokoller kullanılarak hemşire yönetimli taburculuk planlanmalıdır (Aksoy ve ark., 2021).

Elektif cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası 1. günde 2. günden daha az alanda iyileşme olduğu tanımlanmıştır (Ferraz ve ark., 2018).

### **2.2.2. Orta İyileşme Evresi**

Hastanın PABÜ'den ayrılmasını takiben iyileştiği dönem orta iyileşme ya da ara düzey olarak adlandırılır (Aksoy ve ark., 2021). Hastaneden taburcu olana kadar geçen sürede ortaya çıkan olumsuz semptomların ve aktivitelerin temel olarak azaldığı süreç olarak tanımlanır. İlk 28 veya 60 günü kapsar (Bowyer ve ark., 2016a). Esas olarak hastaneden taburcu olmaya hazır olmayı belirleyen etmenlerden (gastrointestinal işlev, advers semptomatoloji ve temel günlük yaşam aktiviteleri performansı) etkilenir (Feldman ve ark., 2015). Orta iyileşmede, iyileşmenin derecesini en çok etkileyen ağrı başta olmak üzere, anksiyete ve depresyon, fiziksel bozukluk ve bilişsel işlev bozukluğudur (Bowyer ve ark., 2016a). Hastanın taburculuk öncesi yaşam bulgularının stabil olduğundan, ağrı, bulantı ve kusmanın olmadığından emin olunmalıdır (Aksoy ve ark., 2021).

### **2.2.3. Geç İyileşme Evresi**

Normal işlevlerin geri döndüğü süreçtir. İlk 6 hafta veya 3 ayı kapsar (Bowyer ve ark., 2016a). Hastane sonrası taburculukta meydana gelen ve hastanın normal aktivitelerine dönene kadar olan süre olarak tanımlanır (Nicholson ve ark., 2014). Geç iyileşme hem sağlık personeli hem de hastaya odaklanır ve hastanın organ işlevlerinin, bilişsel durumunun ve sağlığının cerrahi öncesi değerlere genel geri dönüşünü ele alır (Feldman ve ark., 2015). Erken ve orta aşamalarındaki iyileşmeyi etkileyen komplikasyonlar bu sürede devam edebilir (Bowyer ve ark., 2016a). Üçüncü evreler daha çok ağrıdan etkilenir (Bowyer ve ark., 2016a).

Geç iyileşme dönemi, uygulanan cerrahi girişimle ilgili olarak hasta fizyolojik ve psikolojik olarak tam bir iyileşme gösterdiğinde sonlanır. Bu dönem haftalar veya aylar sürebilir (Aksoy ve ark., 2021).

## **2.3. İyileşmenin Boyutları**

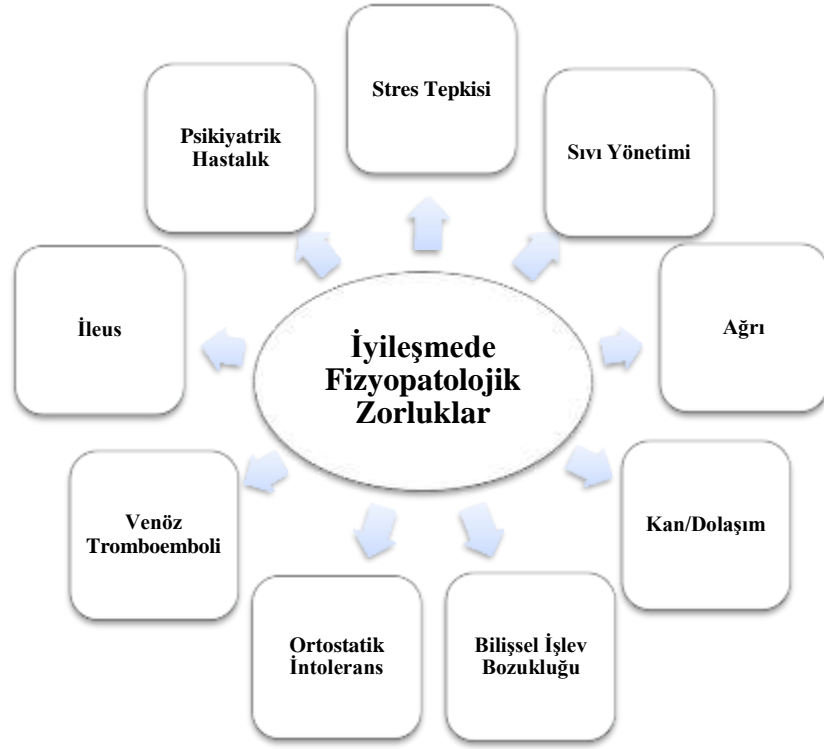
Ameliyat sonrası iyileşme döneminde birey; uyku kalitesinde düşme, genel refah hissetmeme, daha fazla acı ve ağrı hissetme, konsantre olmada ve olağan ev aktivitelerine geri dönmede zorluk yaşayabilir (Jaensson ve ark., 2019).

Literatürlere bakıldığında, ameliyat sonrası iyileşmenin; fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitusta iyileşme olmak üzere dört boyuta ayrıldığı görülmektedir (Allvin ve ark., 2007; Forsberg ve ark., 2018).

### 2.3.1. Fizyolojik İyileşme

Fizyolojik iyileşme, hastanın işlevsel durumunun normale dönmesini, iyileşmiş refleksler ve motor aktivitelerini, normalleşmiş ve kontrollü bedensel hareketlerini, ağrı ve yorgunluğun giderilmesini içerir (Allvin ve ark., 2007). Aynı zamanda bulantı, iştah değişiklikleri ve uyku güçlükleri de buna dahildir. Bu boyut içinde hastanın gastrointestinal işlevi, mesane işlevi, mobilizasyonu ve kas güçsüzlüğü değerlendirilir (Forsberg ve ark., 2018).

Komplikasyon riski ve hızlı yanıt gereksinimi en üst düzeydedir. Anestezi sırasında bilinç kaybı ve normal kardiyovasküler regülasyonda bir azalma vardır. İyileşme sırasında bu durum tersine döner ancak iyileşme hemen gerçekleşmez. İlaçların etkisiyle bilincin azalması, yeniden dağıtım, metabolizma, atılım, verilen ilaç miktarına bağlı olarak hastanın genel sağlığına aşamalı bir süreç ile geri dönüşü vardır. İyi bir iyileşme, hızlı ve kontrollü olması için verilen ilaçların zamanında azaltılmasını ve durdurulmasını içerir. İyileşme ameliyathanede başlar; nakil sırasında ve PABÜ'de de devam eder. İyileşmenin üç ana hedefi; yeterli hava yolu (spontan solunumun geri dönmesi, hava yolu refleksleri), düzenli sağlanan dolaşım (aşırı varyasyon olmadan kardiyak outputun korunması), sağlıklı bilinç (acı veya bilinç bulanıklığı olmaması) olarak sıralanır (Miller, 2006).



**Şekil 1.** Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen fizyopatolojik faktörler (Kehlet, 2020).

İyileşme ve ameliyat sonrası dönem önemli fizyolojik değişimlerin olduğu zamanlardır. Şekil 1’de ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen fizyopatolojik faktörler görülmektedir (Kehlet, 2020).

Ameliyat sonrası bir komplikasyonun ortaya çıkması hastanın iyileşmesinde önemli bir değişikliği gösterir (Tevis ve Kennedy, 2013). Ameliyat sonrası iyileşme dönemi vücuttaki fizyolojik değişiklikler sonucu bazı komplikasyonları da beraberinde getirir. Bu bölümde ameliyat sonrası fizyolojik iyileşme ameliyat sonrası komplikasyonlarla açıklanmıştır.

### **2.3.1.1. Sıvı-Elektrolit Dengesizliği**

Cerrahi girişim vücudun sıvı-elektrolit dengesinde büyük bir etki oluşturmaktadır. Ameliyat sonrası dönemdeki hastalar; cerrahi stres yanıt, altta yatan cerrahi hastalık, kan ve vücut sıvılarının kaybı, intravenöz (IV) sıvı uygulamaları, kan transfüzyonu gibi durumlar nedeniyle sıvı-elektrolit dengesi komplikasyonlarına yatkınlık göstermektedirler (Yıldız Fındık, 2019).

Erken iyileşmeyi kolaylaştırmada perioperatif sıvı yönetiminin önemi gösterilmiştir. Ancak kristaloid seçimi, kolloid kullanımı, hacim yönetimi ve hedefe

yönelik sıvı tedavisi dahil olmak üzere karmaşık çok faktörlü girişimsel farklılıklar nedeniyle gerçek etki tartışılmıştır. Aşırı sıvı uygulamasının erken iyileşme için zararlı olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan eğilim, çok fazla kısıtlayıcı olmaya doğru kaymıştır. Ancak bu uygulama, kendi başına iyileşmeyi önleyebilecek bir yaklaşım olmuştur. Günümüzde perioperatif sıvı yönetiminin bu iki uç noktasının zararlı etkilerinden kaçınmak için 1-1.5 l pozitif sıvı dengesinin tercih edilebilir olduğu konusunda görüş birliği vardır (Kehlet, 2020). Sıvı yönteminin sağlanması, ameliyat sonrası dönemde baş dönmesi, ağrı, bulantı ve kusma yakınmaları azaltmaktadır (Çilingir ve Şimşek, 2017).

### **2.3.1.2. Anemi**

Anemi, ameliyat sonrası komplikasyonların ve mortalitenin bir belirleyicisidir (Baronu ve ark., 2014; Parks ve ark., 2018). Anemi, cerrahi hastalar arasında yaygındır ve kötü klinik sonuç ve artan sağlık hizmeti kaynakları kullanımı ile ilişkilidir (Baronu ve ark., 2014). Perioperatif anemi ve demir eksikliği yönetimi konsensusuna göre, hemoglobin düzeyinin kadınlarda 12 gr/dl, erkeklerde ise 13 gr/dl'den düşük olması anemi olarak tanımlanmaktadır (Munoz ve ark., 2017).

Perioperatif dönemdeki kan yönetiminde üç faktör önemlidir. Bunlar; ameliyat öncesi aneminin tanı ve tedavisi, ameliyat sırasında kan kaybının azaltılması (minimal invaziv cerrahi vb.) ve ameliyat sonrası anemi ve transfüzyon yönetimidir (Kehlet, 2020).

### **2.3.1.3. Ağrı**

Ameliyat sonrasında, hastanın ameliyat sırasındaki pozisyonu, girişimin türü, meydana gelen doku hasarı gibi gerekçelerden dolayı hastada ağrı gelişebilir. Ağrı hastanın irritabilite, umutsuzluk, öfke, korku, çaresizlik ve anksiyete ve yetersiz hissetmesine neden olur, çevresi ile iletişimini zayıflatır, fiziksel aktivite düzeyini azaltır ve yaşam kalitesini düşürür (Faydalı, 2010).

Willingham ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve kalıcı ağrı arasındaki ilişkinin incelendiği, 11.986 yetişkin cerrahi hastayı içeren gözlemsel bir kohort çalışmada, hastaların %13.3'ünde en az bir komplikasyon (kardiyovasküler, solunum, renal/gastrointestinal, yara, trombotik veya nöral) geliştiği ve bu hastaların %19.7'sinde cerrahi sonrası kalıcı ağrının işlevsel yaşamı sınırladığı belirtilmiştir (Willingham ve ark., 2019).

Ağrının yeterli düzeyde giderilmesi, iyileşmeyi artırmak için bir ön koşuldur, ancak ideal analjezik stratejileri hala tartışmalıdır. Açık olan şey, analjezinin, cerrahi girişime özgü bir temelde, çok modlu, opioid koruyucu tekniklerle yönetilmesi ve dengeli (multimodal) analjezinin benimsenmesi gerektiğidir. Ancak ağrı yönetimi son zamanlarda yalnızca işleme özgü değil aynı zamanda hastaya özgü olan tedaviye yönelmiştir çünkü yüksek ağrıya yanıt veren (ameliyat öncesi opioid kullanan, ağrıya duyarlı vb.) hastalar daha spesifik zenginleştirilmiş tedavi gerektirebilir (Kehlet, 2020).

#### **2.3.1.4. Hipotermi**

Ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde normoterminin sürdürülmesi oldukça önemlidir (Yıldız Fındık, 2019). Hipotermi, cerrahi hastalarında sık görülen bir komplikasyondur (Gürel ve Koçaşlı, 2022).

Ameliyathaneye gelen hastalarda, birçok etmenin etkisiyle termoregülasyon mekanizmasının bozulması sonucu hipotermi gelişebilmektedir. Ameliyathane ortamının ısısı, uygulanan anestezi, IV sıvılar, ameliyat türü hastanın vücut sıcaklığını etkilemektedir (Gürel ve Koçaşlı, 2022). Hipotermiye bağlı olarak hipotansiyon, hipertansiyon, taşikardi, bradikardi, titreme ve ajitasyon gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Özellikle hipotermiye bağlı olarak gelişen titreme, solunum, kardiyovasküler, hematolojik ve immün sistem işlevlerinde oluşan değişiklikler ile yara yeri iyileşmesinde gecikme, kanama, cerrahi alan enfeksiyonları, konfor düzeyinde azalma, hastanede yatış süresinde uzama ve mortalitede artma gibi ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilir (Yıldız Fındık, 2019; Koyuncu ve ark., 2015). Ameliyat sırası ve sonrası dönemde normoterminin sürdürülmesi, cerrahi alan enfeksiyonu riskini %64'e kadar azaltmakta ve taburculuk süresini %40'a kadar kısaltmaktadır (Hooven, 2011).

#### **2.3.1.5. Bulantı ve Kusma**

Ameliyat sonrası sık görülen komplikasyonların başında bulantı ve kusma yer alır (Eren, 2019; Gürel ve Koçaşlı, 2022). Bulantı ve kusma insidansı %20 ile %30 arasındadır (Aktaş ve ark., 2018; Apfell ve ark., 2015; Parks ve ark., 2018).

Bir çalışmada hastalarda ameliyat sonrası 1. günde %35.8 oranında bulantı, %19.4 oranında kusma yaşandığı belirlenmiştir (İzveren ve Dal, 2011). Başka bir çalışmada ameliyat sonrası hastaların orta düzeyde bulantı ve hafif düzeyde kusma

yaşadıkları gösterilmiştir (Yolcu ve Akın, 2015). Amirshahi ve arkadaşları (2020), 11 ülkede 22.683 hasta ile yürüttükleri çalışmada %27 oranında bulantı, %16 oranında kusma belirlemişlerdir (Amirshahi ve ark., 2020). Bir kohort çalışmada saptanan bulantı oranı %20, kusma oranı %3'tür (Stephenson ve ark., 2021).

Ameliyatta uygulanan anestezi türü ve süresi ile opioid dozuna bağlı olarak bulantı ve kusma gelişebilmektedir (Aktaş ve ark., 2018; Apfell ve ark., 2015; Stephenson ve ark., 2021).

Ameliyat sonrasında hastalar, bulantı ve kusmaya bağlı pulmoner aspirasyon, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği ve yara açılması gibi sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Gül, 2021). Bulantı ve kusma, hastaların iyileşmesini yavaşlatan, konforlarını bozan, memnuniyetlerini azaltan, hastanede kalma sürecini uzatan ve mali olarak da olumsuz etkiye sahip komplikasyonlardandır. Cerrahi açıdan, yaygın görülmesine de aspirasyon pnömonisi, özofageal rüptür ve pulmoner aspirasyon gibi ciddi boyuttaki komplikasyonlara da neden olabilmektedir (Eren, 2019). Ameliyat sonrası kontrol altına alınmamış bulantının ameliyat sonrası bakım memnuniyetini azalttığı saptanmıştır (Royse ve ark., 2013).

Hastanın bulantı ve kusma yönetimindeki temel hedef, bulantı ve kusmanın en az düzeye indirilmesi, sıvı-elektrolit değerlerinin normal aralıkta bulunması, hastanın sıvı alımının ve beslenmesinin normale dönmesini sağlamak olmalıdır (Eren, 2019). Ameliyat sonrası açlığın azaltılması, karbonhidrat yüklemesi ve yeterli hidrasyon sağlanması bulantı ve kusmayı azaltabilir (Parks ve ark., 2018).

#### **2.3.1.6. VTE**

VTE, venöz dolaşımında dolaşan trombozların genel adıdır. Derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboliyi (PE) içerir. Önlenilebilir, kronik hastalık ve sakatlık gelişmesine neden olabilen ve ölümlü sonuçlanabilen bir klinik tablodur (Geçit ve Yavuz Van Giersbergen, 2021). İmmobilizasyon, VTE için önemli bir risk faktörüdür (Kehlet, 2020).

VTE, hastane ölümlerinin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Bu ölümlerin %25'i cerrahi kliniklerinde görülmektedir. Hastanede yatan cerrahi girişim geçiren hastaların %64'ünün DVT açısından risk altında olduğu ve bu hastaların yalnızca %59'una VTE profilaksisi uygulandığı belirtilmiştir (Demir ve ark., 2010).

Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, tromboz tedavi amacının PE ve VTE nüksü, periferik venöz hastalıklar, posttrombotik sendrom ve pulmoner hipertansiyon gibi kronik komplikasyonların gelişmesini önlemek olduğunu belirtmiştir. DVT tanısı alan tüm hastaların antikoagülasyon tedavisine mümkün olduğunca hızlı başlanması gerektiğini belirtmektedir (Demir ve ark., 2010). Ameliyat sonrası dönemde tromboembolik ve pulmoner komplikasyonları azaltmak amacıyla erken mobilizasyon gereklidir (Kehlet, 2020).

### **2.3.1.7. Fiziksel Aktivitede Yetersizlik/Mobilizasyonda Gecikme**

Bireyin her koşulda yürüme, koşma, eğilme, doğrulma, merdiven çıkma gibi fiziksel dayanıklılık gerektiren aktivitelerini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor olması, öz bakımını tek başına sağlayabilmesi ve bunları yeterli düzeyde gerçekleştirebiliyor olması sağlıkla ilgili önemli objektif yaşam kalitesi göstergeleri arasındadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Ameliyat sonrası dönemde uzayan immobilizasyona bağlı; kaslarda atrofi, insülin rezistansında artma, solunum işlevlerinde bozulma ve VTE riskinde artma yaşanmaktadır (Birlikbaş ve Bölüşbaş, 2019). Yatak istirahati sonucunda normal venöz pompa işlevi azalır ve venöz staz belirginleşmektedir (Korkmaz ve Çullu, 2015).

Yapılan bir sistematik derlemede, ameliyattan sonra ilk 24 saatte ayağa kaldırılan hastalarda; ameliyat öncesi hareketliliğe ulaşma zamanı, ameliyat sonrası komplikasyonların gelişme oranı, hastanede yatış süresi ve yatış maliyetlerinde anlamlı bir azalma meydana geldiği ve sonuçta erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Uğurlu ve ark., 2017). Kanser cerrahisi geçiren yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada fiziksel olarak daha az aktif olan hastaların hastaneye yeniden yatışlarının ve ameliyat sonrası komplikasyon görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (Jonker ve ark., 2021).

Ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmanın stazı önlediği ve VTE oluşum riskini azalttığı bilinmektedir (Korkmaz ve Çullu, 2015). Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolleri ameliyat sonrası dönemde VTE riski arttığı için mümkün olan en kısa sürede ayağa kaldırma önerilmektedir. ERAS protokollerine göre, ameliyat günü iki saat, sonraki günlerde ise taburculuğa kadar altı saat hastanın yatak dışında olması gerekmektedir (ERAS



Türkiye Derneği, 2022). Perioperatif Hemşireler Derneğine (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN) göre hastanın ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılmasını sağlamada en aktif görev alan sağlık ekibi üyesi hemşiredir (AORN, 2018).

### **2.3.1.8. Ortostatik Hipotansiyon**

Erken ameliyat sonrası mobilizasyon sırasında bazı hastalar tekrarlayan baş dönmesi, bulantı ve hatta bayılma yaşayabilmektedir. Bu tür ortostatik intolerans özellikle büyük cerrahi sonrası hastaların %40-50'sinde görülebilmektedir. Ortostatik intoleransın patofizyolojik mekanizmaları değerlendirildiğinde, bunların ağırlıklı olarak artan parasempatik yanıtla birlikte mobilizasyon sırasında bozulmuş sempatik yanıtta kaynaklandığı belirlenmiştir. Ortostatik intolerans, majör cerrahi travmaya özgü bir stres tepkisini temsil eder (Kehlet, 2020).

### **2.3.2. Psikolojik İyileşme**

Geçici veya kalıcı bir sağlık kaybının yaşanması, hastalar zor kabul edilen bir durumdur. Hastalığa uyum sürecinin; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul aşamaları bulunmaktadır. Bu aşamalarda verilen tepkiler, sıralama, süre ve yoğunluk açısından bireye göre farklılık gösterebilir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

Psikolojik iyileşme, refah ve eski bütünlüğe erişme, hastalıktan sağlığa geçiş ile birlikte anksiyete, öfke ve depresyon olmamasını içerir (Allvin ve ark., 2007). Literatürde psikolojik iyileşmenin kendini değersiz, yalnız, terk edilmiş hissetme ve konsantre olmada zorluk yaşamayı da içerdiği bildirilmiştir (Forsberg ve ark., 2018).

Anksiyete, yaşamı tehdit eden durumlarda gösterilen normal bir tepkidir. Genellikle cerrahi girişim, semptomlar, komplikasyonlar, bakımın verilmesi ve iyileşme süreci ile ilgilidir (Gürel ve Koçaşlı, 2022).

Cerrahi girişim geçiren hastalarda anksiyete ve depresyon yaygındır ve perioperatif dönem süresince rahatsızlığa yol açar. Bilinmezlik, yaşanan cerrahi deneyimler, kaybedilen organlar, hastalarda anksiyete ve depresyon oluşmasına neden olmaktadır (Gürel ve Koçaşlı, 2022). Yapılan bir çalışmada cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Akıncı, 2022).

Ameliyat sonrası gelişen bilişsel işlev bozukluğu son dönemlerde oldukça önem kazanmaktadır. Ağrı, opioid kullanımı, uyku bozukluğu ve nöroenflamatuar

tepki de dahil olmak üzere çok faktörlü patogenezi sorununun ihmal edilmesi sonucu hastalarda ameliyat sonrası bilişsel işlev bozukluğu gelişmektedir. Bu faktörler perioperatif patofizyoloji ile yakından ilişkilidir ve özellikle de yaşlı hastalarda, bilişsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Kehlet, 2020). Ameliyat sonrası bilişsel bozukluk, akut deliryum ve beyin işlevlerinin bozulmasını içerir (Bowyer ve ark., 2016a).

Deliryum, en sık görülen nörolojik komplikasyonlar arasındadır. Deliryum, bilinç düzeyinde değişme, düşünce sürecinde bozulma ve dikkatte azalma ile ortaya çıkan akut bir beyin işlev bozukluğudur (Gürel ve Koçaşlı, 2022). Hastaların yaşam kalitesini azaltan, sağlık kaynaklarının tüketimini artıran önemli bir sorundur (Yıldız Fındık, 2019).

Bilişsel iyileşme hem tedaviye hem de prognozun değerlendirilmesine yardımcı olmak için birden fazla ameliyat sonrası zaman noktasında değerlendirilmelidir (Bowyer ve ark., 2016a).

### **2.3.3. Sosyal İyileşme**

Sosyal boyutta ameliyat sonrası iyileşme, hastanın tam sosyal işlevlerinde kararlı duruma gelmesini, diğer insanlarla etkileşimini sağlamayı içerir (Allvin ve ark., 2007). Sosyal boyut, sınırlı sosyal aktiviteler, başkalarına bağımlılık ve çevreye azalan ilgiyi de kapsar (Forsberg ve ark., 2018).

Yaşam kalitesinin önemli göstergelerden biri de bireylerin boş zamanlarını nasıl değerlendirdikleri ve sosyal aktiviteleridir. Bireylerin zorunlu şekilde gerçekleştirdikleri çaba ve eylemler dışında, yapmakta serbest oldukları, kendi istekleri doğrultusunda şekillendirdikleri zamanlarda yaptıkları boş zaman aktivitelerinin, kendini geliştirme, eğlenme ve dinlenme gibi önemli işlevleri bulunmaktadır. Bireylerin boş zamanlarında yaptıkları aktiviteler, bireyin yenilenmesine, kendini keşfetmesine ve ortaya koyabilmesine olanak sağlamaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

### **2.3.4. Habitual İyileşme**

Habitual iyileşme, hastanın günlük yaşam aktivitelerine dönmesini, normal yeme ve içme alışkanlıklarına devam etmesini, işe dönme gibi sorumluluklarını yerine getirebilmesini ve araba kullanma gibi aktivitelerini devam ettirmesini içerir (Allvin ve ark., 2007).

Bireylerin ameliyat sonrasında kendine yetebilmesi arttıkça özgüveni artmakta, iyileşme süreci hızlandığında sağlık kurumundan yardım alma gereksinimi azalmakta, bakım için harcamaları düşmekte ve bakım kalitesi yükselmektedir (Özşaker ve ark., 2019).

Bireylerin hoşlarına giden, ilgilerini çeken, sorumluluk alabildikleri bir işe sahip olduklarında, yaşamdan doyum alma düzeylerinin arttığı, aynı zamanda işyerindeki pozisyonları ve gelirleri yükseldikçe iş doyumlarının ve sonuçta yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

#### **2.4. İyileşmenin Değerlendirilmesi**

İyileşmenin değerlendirilmesinde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönem sonuçlarının birlikte kullanılması uygundur. Hastanın ameliyat öncesi durumu, ameliyat sonrası durumu ile karşılaştırılır. Bu değerlendirme bireysel bir hasta iyileşme değerlendirmesine izin vermenin yanı sıra, her iyileşme boyutunda düzey olarak da değerlendirme yapabilmeyi mümkün kılar (Bowyer ve Royse, 2018b).

Ameliyat sonrası dönemde fizyolojik işlevin hızlı geri dönüşü iyileşmenin değerlendirilmesinde önemlidir. Hastanın taburcu olma durumu ve hastane maliyetleri üzerinde doğrudan etkisi olan parametreler; hastanede yatış, kardiyovasküler durum, temel işlevler, nosisepsiyon, psikolojik sıkıntı ve ameliyat sonrası bulantı ve kusma olup bunlar en sık kullanılan ölçümlerdir (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Geçmişte iyileşmenin değerlendirilmesinde tamamen fizyolojik iyileşmeye odaklanılmıştır (Borrell-Vega ve ark., 2018). Ameliyat öncesi risk sınıflandırması kullanılarak, ameliyat sonrası iyileşmenin tamamen ön görülmesi mümkün olmamaktadır (Bowyer ve Royse, 2018c). Çağdaş tıptaki gelişme ve ilerlemeler, hasta tarafından bildirilen görüşlere doğru yönelmektedir (Bowyer ve Royse, 2018c). Kalkman ve Kappen (2015) durumu şöyle ifade etmektedir: “Biz şimdi tıpta hasta merkezli sonuçlardaki farklılıkları ortaya çıkaracak, tıbbi başarı veya başarısızlığı neyin oluşturduğunu belirleyecek yeni bir döneme giriyoruz.” (Kalkman ve Kappen, 2015). Ortak karar verme yoluyla hastaların kendi bakımlarına aktif katılımını sağlamak, hasta beklentilerini değerlendirme sürecine dahil etmek ve hasta gereksinimlerini dikkate almak, birçok uluslararası sağlık sisteminin başlıca önceliklerindedir (Jaensson ve ark., 2019).

Standart bir hasta merkezli sonuç seti bulunmamakla birlikte hastalar için önemli olan ve tıbbi karar vermede hastalara yardımcı olan herhangi bir sonuç tipik olarak hasta merkezli sonuç olarak kabul edilir. Örneğin hayatta kalma, morbidite, semptomlar, işlev, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti hasta merkezli sonuçlar olarak tanımlanmıştır (Tevis ve Kennedy, 2013).

İyileşme kalitesi, hem nesnel hem de öznel ölçümler kullanarak ameliyat sonrası deneyimi değerlendiren çok boyutlu bir yapıdır (Royse ve ark., 2017). İyileşme kalitesinin tanımlanma şekli hastalar, sağlık personeli ve hastane yöneticisine göre farklılık gösterir (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Hasta ameliyat olmak zorunda olduğunda, bu olay iyileşme sürecine bağlı olarak hasta yaşamının doğasını geçici veya kalıcı olarak değiştirebilir (Forsberg ve ark., 2018). Hastalar iyileşmeyi, ameliyat öncesi yaşam şekline dönüş olarak tanımlar ve eğilimleri buna yöneliktir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Klinisyen tarafından kabul edilen iyilik halinin hastanın ameliyat öncesi durumuna dönme tanımı hasta için geçerli olmayabilir. Çünkü ameliyat sonrası komplikasyon veya olumsuz semptom olmaması her zaman hastanın ameliyattan önceki yaşamı ile benzerlik göstermez. Bu nedenle olağan değerlendirmeler, hastanın bakış açısından kabul edilebilir bir iyileşme algısında başarısız olmaktadır. Örneğin total kalça artroplastisi geçiren bir ortopedi hastası ameliyattan bir ay sonra artık kalça ağrısı veya başka bir ağrı yaşamamaktadır. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmediği ve eski yaşamına geri döndüğü için hasta iyi olarak değerlendirilecektir. Ancak, hasta kendini aşırı yorgun hissetmekte, normal spor aktivitelerine devam edememekte ve ruh hali ve sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkiler hissetmektedir. Hasta açısından bakıldığında, birçok alanda ameliyat öncesi düzeyinden daha iyi değildir. Bu durum, ameliyat sonrası iyileşmenin birçok yönünün olduğunu ve neden hastalar için karmaşık bir deneyim olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kesin olarak tanımlanması ve ölçülmesi zordur (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Günümüzde birçok çalışma hasta merkezli bakıma daha fazla odaklanmış ve ameliyat sonrası konforun, hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin önemini vurgulamıştır (Nilsson ve ark., 2020). 2000 yılından önce araştırma grupları yalnızca nicel ve ölçülebilir değişkenleri (ağrı skoru, kusma ve titreme) içeren araçlar geliştirmiştir. Yakın zamanda geliştirilen ölçekler ise hastaya verilen bilgilerin kalitesi, duygusal gereksinimler ve anksiyete ve yüksek güvenlik algısı gibi değerlendirmeleri

de içermektedir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Günümüzde çalışmalar en sık sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, memnuniyet, semptom yükü, işlevsel durum ve bireysel bakım deneyimi gibi hastanın düzelmesine öncelik verdiği soyut kavramları ölçmeyi amaçlamaktadır (Bowyer ve Royse, 2018a).

Kapsamlı iyileşme kalitesi değerlendirmesi, hem istenen işlevsel durum ve istenen tedavi sonuçlarının elde edilmesi gibi iyileşmenin nesnel boyutlarına hem de hastanın kendi beklentileri ve refah düzeyine ulaşma gibi iyileşmenin öznel boyutlarına sahip olmalıdır (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Gelecekte iyileşme değerlendirmesi, hem sağlık personeline hem de hastaya bireyselleştirilmiş iyileşme verileri sağlamak için mevcut biyometrik teknoloji, kablosuz cihazlar ve dijitalleştirilmiş platformların kullanılmasıyla kolaylaştırılabilecektir (Bowyer ve Royse, 2018c).

#### **2.4.1. İyileşmenin Değerlendirilmesinde Memnuniyet**

Sağlık hizmetlerinin amacı yüksek kalitede bakım sağlamaktır. Bu amacın yerine getirilmesini sağlamanın bir yolu da hastaların memnuniyetlerini değerlendirmektir. Memnuniyet kavramı karmaşıktır. Hasta memnuniyeti kavramının karmaşık olması ve birçok çalışmada uzlaşma olmaması karşın kaliteli bakım sağlanmasında önemli bir bileşen olduğu inkar edilemez (Jaensson ve ark., 2019). Ameliyat döneminin bir sonuç ölçütü olarak memnuniyet, kendi başına içsel değere sahiptir ve çağdaş hasta merkezli bakım kavramının merkezinde yer alır (Heidegger ve ark., 2013).

Hasta memnuniyeti, refah girişimlerini ve hasta tarafından bildirilen sonuçları daha geniş çerçevede inceleyen bir sonuçtur. Hasta tarafından bildirilen sonuç, hastanın bir klinisyen veya başka biri tarafından yanıtını yorumlamadan doğrudan hastadan gelen sağlık durumunun bir raporudur (Johnston ve ark., 2013). Çoğunlukla bakıma veya sağlık hizmetlerine ilişkin tutumları temsil eder. Hastaların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin duyguları ve algıları olarak ifade edilmektedir. Öte yandan gerçek bakım ile hastaların bakıma yönelik beklentileri arasındaki uyum düzeyi şeklinde de tanımlanmaktadır (Al-abri ve Al-balushi, 2014). Bilişsel bir değerlendirmenin ve ameliyat dönemindeki bakıma duygusal yanıtın sonucudur. Klinik çalışmalarda hasta memnuniyetinin ölçülmesi, anestezi bakımının kalitesini

değerlendirmek ve hasta yönetimini geliştirmek için önemli bir sonuç ölçütüdür (Bruder ve ark., 2018).

Hasta memnuniyetini değerlendirmek kesinlikle karmaşıktır. Çünkü karşılaştırma için altın standart yoktur. Bu özellikle ameliyat döneminde değişiklik gösteren birçok nedenden dolayı doğrudur. İlaçların değerlendirilmesi ve çeşitli etkileri arasındaki zaman aralığı, çeşitli cerrahi girişimler, birkaç gün içinde hızla değişen yüksek duygusal gerginlik ve anestezi yönetimindeki değişkenlik buna örnektir (Bruder ve ark., 2018).

Hastanın deneyimleri ve genel bakım beklentileri memnuniyet düzeyini etkileyebilir. Ayrıca yaş ve cinsiyet gibi demografik özelliklerin ve kişilik özelliklerinin hastaların memnuniyeti üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (Jaensson ve ark., 2019).

## **2.5. İyileşmeyi Etkileyen Etmenler**

Bireylerin sağlığa yönelik temel inançları ve sağlık bakım davranışları ile kullanılan bakım modelleri iyileşme süreçlerini değiştirmektedir (Özkan & Bilgin, 2016). İyileşme algısı bireyseldir ve ameliyat öncesi sağlık durumu, cerrahi girişim ve ameliyatın sonuçlarına ilişkin beklentiler gibi bir dizi etmenle ilgilidir (Forsberg ve ark., 2018). Ameliyat öncesi dönemde hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, fizyolojik ve psikolojik durum, kronik hastalıklar, beslenme, tütün ve alkol kullanımı, sosyal destek ve sağlık okuryazarlığı becerisinin değerlendirilmesi gerekir. Çünkü bu etmenlerin hastanın ameliyat sonrası iyileşme kalitesi ve sonrasında iyileşme memnuniyeti üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir (Jaensson ve ark., 2019).

### **2.5.1. Yaş**

Çocuklar, gençler ve orta yaştaki yetişkinlerin ameliyatın olumsuz sonuçlarına karşı daha dayanıklı olmalarına karşın yaşlılarda ameliyatın olumsuz etkileri daha fazladır (Yılmaz, 2016).

Yaşlanmaya paralel olarak immun sistem işlevleri azalır. Yaşlılarda çoğunlukla birden fazla kronik hastalık birlikte bulunur. Bu durumun iyileşmeyi geciktirdiği bilinmektedir (Acar ve Aygin, 2015).

Yaşlı bireylerde yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak yara iyileşmesinin yavaşladığı bilinmektedir. Sık görülen diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi sorunlar yara oluşumunu kolaylaştırmakta ve yara iyileşmesini negatif olarak

etkilemektedir. Bununla birlikte yaşlılıkta bazı hormonların azalması, çoklu ilaç kullanımı, obezite, beslenme sorunları ve stres gibi faktörler de yara iyileşmesini zorlaştırmaktadır (Acar ve Aygin, 2015). Yaşlılarda yara iyileşmesi, genç bireylerle karşılaştırıldığında daha geç başlamakta ve daha yavaş ilerlemektedir. Örneğin, yara yüzeyi 40 cm<sup>2</sup> olan bir yara, 20 yaşındaki bir hastada ortalama 40 günde kapanırken 80 yaşın üzerindeki bir hastada ortalama 76 günde kapanmaktadır. Benzer olarak, 30 yaşındaki bir hastayla karşılaştırıldığında 80 yaşındaki bir hastada ameliyat sonrası insizyonun açılması riski 600 kat daha yüksektir (Acar ve Aygin, 2015). 1.158 hasta ile yapılan ve 5 yıl süreli epidemiyolojik bir çalışmada, yaşlılarda genç yetişkinlere göre yara kapanma süresinin daha fazla olduğu ve 60 yaşından sonra yara kapanma süresinin arttığı ve bunun klinik olarak gözlenebilir olduğu belirlenmiştir (Wicke ve ark., 2009).

Yaşlılık döneminde, yaşam kalitesinde düşüş en yüksek düzeydedir. Bu dönemde sağlık sorunlarının artması, bilişsel becerilerin azalması, rol ve statü kaybı, çocukların evden gitmesi, eş veya anne babanın vefat etmesine bağlı yalnızlık, sosyal yaşam kopma yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada, kronik hastalığın, yaşam kalitesinin mental skorunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Onat, 2013).

Çeşitli yaş gruplarında yapılan memnuniyet çalışmalarında yaş genellikle memnuniyeti artırıcı bir etmen olarak analiz edilmektedir. Genelde yaşlı hastalar daha memnun olma eğilimindedir. Yaşlı hastalar ameliyat sonrası iyileşmenin daha iyi kalitede olduğunu bildirilmektedir (Jaensson ve ark., 2019).

Yaşlı yetişkinlerin artan nüfusu ve artan bilişsel bozukluk prevalansı göz önüne alındığında, sağlık personeli tarafından verilecek olan eğitimin uygunluğu önem taşımaktadır (Stoice ve ark., 2018). Yaşlılarda bakım multidisipliner bir yaklaşımla sağlanmalıdır. İyileşme, semptom yönetimi ve palyatif bakım hedeflenerek bireye holistik bakım verilmelidir (Acar ve Aygin, 2015).

### **2.5.2. Cinsiyet**

Cinsiyetin ameliyat sonrası iyileşmeyi etkilediği ve kadınların iyileşmeye daha az eğilimli olduğu görülmektedir. Kadınlar taburculuk sonrası bulantı ve kusmaya da daha eğilimlidir (Jaensson ve ark., 2019). Cerrahi yara iyileşmesinde cinsiyet hormonları etkilidir. Yaşlı kadınlarda, yaşlı erkeklere göre yara iyileşmesi daha

erkendir (Acar ve Aygin, 2015). Psikolojik durum açısından da cinsiyet farkı olduğu görülmektedir. Kadınların psikolojik durum açısından daha hassas olabileceği bildirilmektedir (Jaensson ve ark., 2019).

Kadınların sağlık riskleri, sağlık hizmetinden yararlanma düzeyleri ve karşılaştıkları sağlık sorunları ile baş etme stratejileri erkeklerden farklıdır. Gelişmekte olan ülkelerde cinsiyet açısından istihdam ve eğitim alanlarında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

### **2.5.3. Medeni Durum**

Eşini kaybeden ve yalnız yaşayan yaşlılarda hüznün, terk edilmişlik, yalnızlık duygularının artmasına ve depresyon düzeylerinin yüksek olmasına bağlı yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Çam ve ark., 2018).

Evli olma veya bir eş ile birlikte yaşama yaşam kalitesini önemli düzeyde artırmaktadır. Çünkü evlilik veya eşlilik, bireye birincil ve sürekli bir sosyal destek sistemi oluşturmakta, yalnızlık algısını ortadan kaldırmakta, karşılaşılan sorunların paylaşımı ile bireylerin üzerindeki psikolojik yükü azaltmakta ve ekonomik açıdan (çift gelir) bireyi güçlendirmektedir (Onat, 2013; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bir çalışmada ameliyat sonrası iyileşmede, evli hastalarla karşılaştırıldığında bekar hastaların daha çok güçlük yaşadığı belirlenmiştir (Cengiz ve Aygin, 2019). Total kalça artroplastisi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada cerrahi sonrası işlevsel sonuçların bekar hastalarda daha kötü olduğu bulunmuştur (Lall ve ark., 2021). Omurga cerrahisi geçiren hastaların dahil edildiği bir çalışmada, bekar hastaların hastanede daha uzun yatış süresine sahip olduğu saptanmıştır (Adogwa ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada, maksillektomili hastalarda yaşam kalitesinin medeni durumdan önemli ölçüde etkilendiği ve evli hastaların yaşam kalitesinin daha iyi düzeyde olduğunu belirlenmiştir (Ali ve ark., 2018).

### **2.5.4. Beslenme**

Beslenme durumu, ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme ile doğrudan ilişkilidir. Bir hastanın beslenme düzeyinin değerlendirilmesi; beslenme bozukluğu, kilo kaybı, şişmanlık, beslenme yetersizliği (malnütrisyon), metabolik anormallikler, özellikle besinlerde yetersizlik, ilaçların beslenme üzerindeki etkisi ve hastanede yatan hastalarda gelişebilecek özel sorunlar hakkında fikir oluşturur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).



Cerrahi hastalarında uygun beslenme, bakterilerin intestinal bariyeri geçişini, komplikasyonları, ileusu ve enfeksiyon riskini azaltır. Kas yıkımını önler ve kas gücünü artırır. Yara iyileşmesini hızlandırır. Mortalite ve morbidite oranlarını azaltır (Bozdoğan ve Koçaşlı, 2022).

Obez hastalarda konjessif kalp yetersizliği, hipertansiyon ve diyabet gibi metabolik sorunlar oluşabileceği için ameliyatlarında risk yüksektir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Obez hastalarda ameliyat sonrası yara enfeksiyonunun gelişmesi, yara yeri açılması, hematoma oluşumu, basınç ülserleri gibi ciddi yara komplikasyonlarına sık rastlanmakta ve bu hastalarda ameliyat sonrası cerrahi alan enfeksiyonu daha sık görülmektedir (Acar ve Aygin, 2015).

Cerrahi hastalarda malnütrisyonun önemli ve sık karşılaşılan bir sorun olduğu görülmektedir (Güler ve Tireli, 2018; Yıldız Fındık, 2019). Cerrahi hastalarda malnütrisyon görülme sıklığı %20 ile %50 arasında değişmektedir (Güler ve Tireli, 2018). Belirli besin gruplarının eksiklikleri veya yetersizliği, ameliyat sonrası yara iyileşmesi ve tedavi süreci üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Vitamin, mineral, enerji, yağ, protein ve karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerin iyileşme sürecini etkilediği bilinmektedir. Yetersiz beslenme ile tedavi maliyetleri ve hastanede yatış süresi artar (Acar ve Aygin, 2015). Malnütrisyon çoğunlukla cerrahi girişimlerde risk faktörüdür ve hastaların morbidite ve mortalitesini etkileyen unsurlardan biridir (Yıldız Fındık, 2019).

Cerrahi yaranın iyileşmesi, iyi beslenme, yüksek protein alma (doku onarımı ve iyileşmesi), çinko (doku büyümesi, cilt bütünlüğü) ve C vitamini (kolajen oluşumu) ile desteklenme ile sağlanır (Williams, 2015).

#### **2.5.5. Tütün ve Alkol Kullanımı**

Tütün kullanımı cerrahi riski artırmaktadır. Tütün kullanan bireylerde akciğer sekresyonları artar ve sekresyonların atılmasına yardımcı olan siliaların hareketleri yavaşlar. Akciğerlerin savunma mekanizmalarının etkisi tütün kullanmayan kişilerde daha fazladır. Ameliyat sırasında ve ameliyattan sonra, kanın oksijen taşıma kapasitesinin artması yara iyileşmesini kolaylaştırmaktadır (Williams, 2015). Tütün kullanan hastalarda ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu, yara rüptürü, yaranın gerilme kuvvetinde azalma, flep nekrozu, anastomoz kacağı, yara iyileşmesinde gecikme gibi komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir (Acar ve Aygin, 2015). Bir

çalışmada, tütün kullanmanın fiziksel aktivite düzeyini, solunumsal semptomları insidansını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Efendi ve ark., 2018).

Uzun süreli alkol kullanımında, karaciğer hasarı ve beslenme yetersizlikleri ile karşılaşılabilir. Bu durum sıvı-volüm dengesizliği, kanama ve ilaç metabolizmasında değişikliklere yol açar. Vücutun metabolik stres tepkisini ve bağışıklık işlevini bozar (Parks ve ark., 2018; Williams, 2015). Alkol kullanımı enfeksiyon riskini artırır ve yara iyileşme sürecine zarar verir. Etanole maruz kalma iyileşmenin ikinci fazı olan proliferatif fazını olumsuz etkiler (Acar ve Aygin, 2015). Orta derecede alkol kullanan hastalarda (Dünya Sağlık Örgütü tarafından günde 3 iğecek olarak tanımlanmıştır) kanama ve yara enfeksiyonu riski artar (Parks ve ark., 2018).

#### **2.5.6. Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalık, her yaştan insanı etkiler; çok genç, orta yaşlı ve çok yaşlı (Smeltzer ve ark., 2017). Yaş artıkça kronik hastalık sayısı artmaktadır. Yaşlı yetişkinler genellikle birden fazla kronik hastalıkla yaşarlar (Lewis ve ark., 2016). Tüm etnik, kültürel ve ırksal gruplarda bulunur, ancak bazı bozukluklar bazı gruplarda diğerlerinden daha sık görölür. Tüm sosyoekonomik gruplarda görölmele birlikte düşük gelirli ve dezavantajlı geçmişe sahip kişilerin sağlıklarının kötü olduğunu bildirme olasılığı daha yüksektir. Yoksulluk ve yetersiz sağlık sigortası gibi etmenler, kronik hastalığı olan kişilerin sağlık hizmeti ve sağlık taraması önlemleri alma olasılığını azaltır (Smeltzer ve ark., 2017). Yetersiz fiziksel aktivite, taze meyve ve sebzelere erişim eksikliği, artan tütün kullanımı ve alkol tüketimi gibi toplumsal değişimler kronik hastalıkların artmasına katkıda bulunur (Lewis ve ark., 2016).

Kronik hastalıklar, önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Smeltzer ve ark., 2017). Kronik hastalıklar iyi kontrol edilmediğinde hastanın cerrahi riskini artırır (Williams, 2015). Kronik hastalığı olan pek çok kişi, günlük yaşamlarında yalnızca küçük rahatsızlıklarla bağımsız olarak işlev görür. Diğerleri ise sık ve yakın izlem veya uzun süreli bakım kurumlarına yatırılmayı gerektirir. Bazı kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde çok az etkisi olsa da bazılarının önemli bir etkisi vardır (Smeltzer ve ark., 2017). Kronik hastalıklar, fiziksel işlevsellik, iş üretkenlik ve yaşam kalitesinde sınırlamalara neden olmaktadır (Lewis ve ark., 2016).

Kronik hastalıklar, iyi kontrol edildiğinde optimum işlevsellik düzeyinde olabileceği gibi, bireyin yardıma gereksinim duyabileceği bir istikrarsızlık dönemine

geçtiği akut alevlenmelere sahip olabilir. Kronik hastalıkların seyri genellikle tahmin edilemez. Çoğu, daha fazla sakatlık veya ölümlü sonuçlanabilecek semptomların akut alevlenmesi ile sonuçlanabilir. Bu nedenle hastaların kendi sağlıklarını anlamaları ve yönetmeleri giderek daha önemli hale gelmektedir. Kronik hastalık yönetimi, hasta, aile ve bakım verenlerin yaşamlarını ve kimliklerini derinden etkileyebilir (Lewis ve ark., 2016).

#### **2.5.7. Ameliyat Deneyimi**

Komplikasyon görünme oranları ikinci kez ameliyat olan hastalarda daha fazladır (Aydın ve Çilingir, 2017). Olumsuz ameliyat deneyimi olan hastalarda, ameliyat öncesi anksiyeteye bağlı iletişim zayıflığının da katkısıyla ameliyat sonrası komplikasyon görülme olasılığı artabilir (Bowyer ve Royse, 2018a). Hastanın daha önceki deneyimleri nedeniyle kaygı ortaya çıkabilir (Smeltzer ve ark., 2017). Tekrar ameliyat olma, ameliyat stresini tekrar yaşamaya neden olarak korku ve anksiyetenin artması ve psikolojik travmalar ile sonuçlanmaktadır. Hastanın ilk ameliyata oranla bu ameliyatta, daha çok stres yaratacağı, korku ile baş edebilmesinin daha zor olacağı, iyileşme döneminde fiziksel sorunlara ek olarak psikolojik sorunlara da yaşayabileceği göz önünde tutulmalıdır (Aydın ve Çilingir, 2017).

#### **2.5.8. Psikolojik Durum**

Ameliyat öncesi psikolojik durum, anksiyete ve/veya depresyon, cerrahi sonuçtan memnuniyetsizliğin önemli bir etkenidir. Ruhsal sağlığın kötü olmasının ameliyat sonrası iyileşme üzerinde olumsuz etkisi vardır (Jaensson ve ark., 2019). Ameliyat olma düşüncesi, anksiyete yaratabilir ve duygusal tepkilere neden olur. Ameliyat sonrası gelişebilecek beden imajının bozulması, hasar ve yara izi kalması, anestezi sonrası uyanamama ve ölüm gibi durumlar anksiyete ve korku oluşturabilir (Aksoy ve ark., 2021; Williams, 2015). Yine ameliyat sonrası dönemde yaşanacak ağrı, işe dönüşle ilgili sorunlar ve yaşam kalitesinin düşmesi bireyde anksiyeteye neden olabilir (Jaensson ve ark., 2019). Özellikle genç erişkinlerde cinsiyeti ifade eden organlara ilişkin girişimi, daha yoğun duygular yaşanmasına neden olabilir (Aksoy ve ark., 2021).

Hemşire, bireylerin göstermiş oldukları tepkilerin farkında olmalı ve başa çıkmaları konusunda onları desteklemelidir (Williams, 2015). Hemşire empatik olmalı, iyi dinlemeli, korku ve endişeleri gidermeye yardımcı olacak bilgiler

vermelidir. Psikososyal değerlendirmenin önemli bir sonucu, hastanın destek ağının kapsamının ve rolünün belirlenmesidir. Mevcut destek sistemlerinin değeri ve güvenilirliği değerlendirilir. Olağan işlevsellik düzeyi ve tipik günlük aktiviteler gibi diğer bilgiler, hastanın bakımına ve iyileşmesine yardımcı olabilir (Smeltzer ve ark., 2017). Müzik dinletme, ameliyat öncesi eğitim materyallerini (basılı metin, video, resim vb.) kullanma hastanın anksiyetesini azaltmaya yardımcı olur (Williams, 2015). Tong ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında, ortopedik cerrahi hastalarında psikolojik girişimlerin, hastaların ameliyat sonrası akut dönemdeki anksiyete düzeyleri ve uzun süreli izlemlerde yaşam kalitesinin zihinsel bileşenlerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Tong ve ark., 2019).

### **2.5.9. Sosyal Destek**

Hastalık sürecinde hastaya etkin şekilde destek verilmesi önemlidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Sosyal destek, stres yaratan zorlu olaylarla karşılaşıldığında, bireylerin çevresindeki kişilerden aldığı yardım olarak tanımlanır ve insanların yaşamlarında önemli bir role sahiptir (Uchino ve ark., 2018). Hastalığın etkisiyle hastanın bağımsızlığının azalması sonucunda, aile bireyleri ve arkadaşları tarafından sağlanan sosyal desteğin, anksiyete gibi patolojik sorunlardan hastayı koruyarak, psikolojik dayanıklılığının artmasında ve sorunlarla başa etmesinde koruyucu bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Annisa ve Suhermanto, 2019).

### **2.5.10. Sağlık Okuryazarlığı Becerisi**

Sağlık okuryazarlığı kavramı bireyin sağlığını geliştirmek için verilen bilgileri anlama, koruma veya değerlendirme yeteneğiyle ilgilidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerdeki reçeteyi anlamada zorluk, ilaç alma sorunları, verilen bilgileri unutma gibi sonuçların tümü daha kötü sağlık durumu ve daha kötü ameliyat sonrası iyileşme gerçekleştiğini desteklemektedir. Ayrıca, sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisine sahip bireyler, tıbbi konularda yeterli bilgiye sahip olanlardan daha az soru sorabilir. Bu büyük olasılıkla zayıf anlama nedeniyledir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerileri olan hastalar ortak karar verme sürecine dahil almada daha pasif bir rol almaktadır (Jaensson ve ark., 2019).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı riski yüksek olan alt gruplar; ileri yaş, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyine sahip gruplardır (Jaensson ve ark., 2019).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından 6228 hane üzerinden yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırmasında sağlık okuryazarlığı düzeyinin; %30.9 oranında yetersiz, %38 oranında sorunlu-sınırlı, %23.4 oranında yeterli ve %7.7 oranında mükemmel olduğu saptanmıştır (Özkan, 2018).

### **2.5.11. Anestezi Türü**

Rejyonel anestezinin, opioid bazlı analjezik tekniklerle karşılaştırıldığında daha üstün analjezik sonuçlarla ilişkili olduğuna ve ayrıca kronik ağrıyı azaltabileceğine dair kesin kanıtlar vardır. Rejyonel anestezi, genel anestezide göre ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı ve pulmoner komplikasyonları belirgin şekilde azaltır. Rejyonel anestezi bağımsız olarak hastanede yatış süresini azaltır. ERAS protokollerinin ortak bir bileşenidir. Güncel ancak daha az sağlam veriler, nöraksiyel anestezinin ve daha az ölçüde analjezinin, kan transfüzyonu gereksinimlerini, cerrahi alan enfeksiyonunu, YBÜ yatışını, kanser nüksünü ve hatta mortalite oranını azaltabileceğini düşündürmektedir (Hill ve Macfarlane, 2021).

Hastalar uyutulurken genellikle propofol gibi kısa etkili genel anestezi ajanları tercih edilmektedir. Bu yöntemle, minimal rezidüel etki sağlanması ve hızlı bir şekilde uyanma hedeflenmektedir (Gustafsson ve ark., 2019; Wigmore ve ark., 2016). Opioid türevi ilaçlar kullanılmamaya çalışılsa da gerektiğinde induksiyonda propofol, kısa etkili opioid türevi olan fentanil grubu ilaçlar kullanılabilir. İdame olarak ise, kısa etkili inhalasyon ajanları olan sevofluran veya desfluran kullanılması önerilmektedir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya yol açtığı için belirli olgular haricinde titröz oksid kullanılması önerilmemektedir (Martin ve Grocott, 2015; Myles ve ark., 2014). Ameliyat boyunca genel anestezide ek olarak rejyonel anestetik blok uygulanması, ameliyat sonrası IV opioid kullanımını azaltmaktadır. Anesteziden erken uyanmayı sağlayarak ameliyat günü erken mobilizasyonu ve erken oral alımı kolaylaştırmaktadır (Dağistanlı ve ark., 2018).

Yapılan bir çalışmada major alt ekstremitte cerrahisinde rejyonel ve genel anestezi uygulamalarında ameliyat sonrası bir aylık dönem süresince komplikasyonlar karşılaştırılmış ve rejyonel anestezi lehine anlamlı fark bulunmuştur. Rejyonel anestezinin tromboembolik olayları, cerrahi alan enfeksiyonunu ve buna bağlı olarak ölüm insidansını düşürdüğü saptanmıştır (Bakış ve ark., 2014).

Ameliyat sonrası bilişsel işlev bozukluğu ve deliryumu için yaşlı hastalarda serebral işlevlerin izlenmesi gerekmektedir. Bispektral indeks kullanılarak değerin 40-60 arasında olacak şekilde ayarlanması gerekmektedir (Debono ve ark., 2021).

### **2.5.12. Ameliyat Özellikleri**

Kanıtlar, minör cerrahi sonrası iyileşmenin birkaç gün veya hafta, buna karşılık büyük cerrahi sonrası iyileşmenin bir yıl veya daha fazla sürebileceğini göstermektedir (Jaensson ve ark., 2022).

Transvers kesilerin ameliyat sonrası pulmoner etkiler ve ağrı yönünden daha avantajlı olduğu bilinmektedir. ERAS protokollerinde, kesinin şekli ile ilgili bir unsur belirtilmemekle birlikte, mümkün olan en kısa kesininin kullanılması önerilmektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

Kolorektal cerrahide son yıllarda minimal invaziv yaklaşım için sık kullanılmaya başlayan laparoskopik cerrahinin açık cerrahiden daha iyi sonuçlar verdiği, kan kaybını azalttığı, daha iyi ağrı yönetimi sağladığı, pulmoner işlevleri iyileştirdiği, ileus, insizyonel herni ve adhezyon gibi cerrahi kaynaklı komplikasyonları azalttığı, iyileşmeyi hızlandırarak taburculuk süresini kısalttığı belirlenmiştir (Gustafsson ve ark., 2019).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneğinin (TARD) yayınladığı kılavuzda, hastada rahatsızlık hissi oluşturduğu ve mobilizasyonu bozduğu için hastalara gerekmedikçe dren takılmaması önerilmektedir. Drenler gerekli durumlarda kullanılmalıdır (İnan ve Tuncer, 2020). Elektif kolon cerrahisinde dren kullanılmasının ameliyat sonuçları üzerinde olumlu katkısını kanıtlayan güncel bir çalışmaya rastlanmamıştır (Gündoğdu, 2016). ERAS kılavuzuna göre kolorektal cerrahide dren kullanımı mortalite oranlarıyla değildir. Ancak enfeksiyon oranlarında artışa neden olabileceği için dren kullanımı önerilmemektedir (Gustafsson ve ark., 2019).

### **2.6. İyileşmeyi Sağlama Stratejileri**

Ameliyat öncesi değerlendirme ve bilgilendirme, ameliyat sonrası bakım ve izlem, etkili iletişim, kararlara katılımın sağlanması, taburculuk sonrası izlem, ameliyat sonrası yeterli iyileşmeyi sağlama stratejileri olarak sıralanmaktadır.

#### **2.6.1. Ameliyat Öncesi Değerlendirme**

Ameliyat öncesi değerlendirmenin amacı, hasta için güvenli bakım sağlamak, ameliyat sırasında gelişebilecek komplikasyonları öngörmek ve önlemek ve ameliyat

sonrası erken iyileşmeyi sağlamaktır. Hastanın yalnızca fiziksel değil psikolojik sağlık durumu da değerlendirilmeli, gerektiğinde resmi danışmanlık sağlanmalıdır. Hastayı fizyolojik olduğu gibi psikolojik olarak da ameliyata hazırlamak ve desteklemek gerekir (Jaensson ve ark., 2019).

Ameliyat öncesi değerlendirmede, cerrahi girişim ve iyileşmeyi etkileyebilecek risk faktörleri belirlenerek cerrahi deneyim süresi boyunca hastanın rahatını ve güvenliğini sağlamak için veri toplanır. Bu süreçte, hastanın planlanan girişimle başa çıkma yöntemlerini güçlendirmek için psikolojik durumu değerlendirilir. Girişim sonrası ile karşılaştırmak üzere hasta verileri toplanır. Cerrahi girişimle ilişkili risk oluşturabilecek faktörler belirlenir. Cerrahi girişimden beklenen sonuçları etkileyebilecek sürekli kullanılan ilaçlar kaydedilir. Tüm ameliyat öncesi laboratuvar ve görüntüleme testi sonuçlarının raporlandığını doğrulamak için ekiple iş birliği yapılır. Tüm gerekli bilgilerin verildiği ve izin belgelerinin imzalandığı kontrol edilir. Hemşirelik girişimleri, hastanın değerlendirme verileri esas alınarak hastaya özgü ve bireysel olarak planlanmalı ve hastanın tüm gereksinimlerini karşılamayı hedeflemelidir. Hastanın bireyselliği, fiziksel ve psikososyal değerlendirme verileri, uygulanacak girişimin türü, hastanın gereksinimleri göz önüne alınarak, etik ilkeler doğrultusunda ameliyat öncesi eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır (Aksoy ve ark., 2021).

### **2.6.2. Ameliyat Öncesi Bilgilendirme**

Hastaların ameliyata ilişkin beklentileri, cerrahi girişim sürecinin sonuçları ve ameliyat sonrası iyileşmeyi doğru bir şekilde öngörmeleri ve sonuçların ne kadar iyi olduğunu tahmin etmeleri ameliyat öncesi bilgilendirilmelerine dayanır (Bowyer ve Royse, 2018c).

Hemşirelerin en önemli rollerinden birisi hasta eğitimidir. Bakımı ve tedaviyi yürüten hemşire, hasta ile doğrudan ve sürekli iletişimde olduğu için diğer sağlık personeline göre hasta eğitiminde daha etkili rol oynamaktadır. Hemşire, hasta eğitimine değer verdiğinde ve bunu gerçekleştirebildiğinde hasta sağlık bakım sorumluluğunu üstlenmeye daha iyi hazırlanır (Ongun, 2012).

Hemşire iyi bir eğitmen olmak için yalnızca gerçeklerin üzerinden geçmekten daha fazlasını yapmak zorundadır. Hastanın ne öğrenmeye gereksinim duyduğunu dikkatlice belirlemelidir. Eğitim, sağlığın sürdürülmesinde çok önemli rol



oynadığından, eğitimci bilgili olmalı, ciddiyet ve özveriyle çalışmalıdır. Bireylere, hem mevcut hastalığın iyileşmesi ve sağlığın sürdürülmesi, hem de başka hastalıklardan korunması için eğitim yapılmalıdır (Ongun, 2012).

Hemşire hastanın öğrenmeye hazır olduğu zamanı bulmalıdır (Ongun, 2012). Hastanın öğrenmeye hazır olup olmadığını değerlendirmek ve anlamayı en üst düzeye çıkarmak için en iyi yaklaşımı belirlemek, ameliyat öncesi hasta eğitiminin temelini oluşturur. Bu, özellikle gelişim geriliği olan hastalarda ve bilişsel bozukluğu olan hastalarda, hasta eğitimi ve onamı konusundaki yaklaşımın yasal vasiyi de içereceği durumlarda önemlidir (Smeltzer ve ark., 2017). Başlangıçta hastanın beklentilerini belirlemeli ve hastalara gerçekçi bilgiler verilmelidir (Forsberg ve ark., 2018). Hastane prosedürlerindeki rutin yapılan standart bilgilendirme yerine bireyselleştirilmiş bilgilendirmenin cerrahi hazırlık sürecinde hasta anksiyetesini azalttığı belirtilmektedir (Jaensson ve ark., 2019). Anlaşılır, hasta odaklı ve bireye özel bilgi sunmak yüz yüze görüşme ile sağlanabilir (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi bilgi verirken sade bir dil kullanmak, eğitim için uygun adım atmaya olanak tanır (Jaensson ve ark., 2019). Hastalara ameliyat öncesi değerlendirme amacıyla yapılan görüşme sırasında bilgi kitapçığı veya bilgi formu ile yazılı bilgi verilerek ilgili gerçekleri okumaları sağlanabilir ve hastaneye yatmadan önceki süreç öğretilir (Borrell-Vega ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2019). Eğitimin planlama aşamasından itibaren hastanın aktif katılımının sağlanması, hastanın güven duygusunu ve eğitimin başarısını desteklemektedir (Aksoy ve ark., 2021). Ameliyat öncesi hastalara ayrılan zaman yetersizliği, hastanın bilgiyi anlayıp anlamadıkları değerlendirilemediğinden iyileşme kalitesinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Sağlık personelinin hastayı bilgilendirirken sınırlı sağlık okuryazarlığı sorununun farkında olmalıdır. Bu sorunu olan bireyler daha az soru sorabileceği için soru sormaya cesaretlendirilmelidir. Hastane bilgilendirmelerinin ve web sitelerinin farklı düzeyde sağlık okuryazarlığını karşılamak için daha fazla geliştirilmesi gerekmektedir (Jaensson ve ark., 2019). Hasta eğitiminin istenen sonucu davranış değişikliğidir (Ongun, 2012).

Hemşire anestezinin olası yan etkileri hakkında hastaya bilgi vermelidir. Ameliyata bağlı (eğer varsa) beklenmedik komplikasyonlar hakkında açıklama yapmalıdır (Borrell-Vega ve ark., 2018).



Perioperatif anksiyete için planlanmış yetişkin cerrahisi öncesi bilgi formatı ve zamanlaması üzerine yapılan sistematik bir derlemede, hastaya ameliyat öncesi bilgi verilmesinin hastanın ameliyat öncesi ve sonrası tedavi sürecine uyumunu artırdığı gösterilmiştir (Hounsome ve ark., 2017). Kolorektal cerrahi hastalarıyla yapılan çalışmada, hastaya verilen yeterli ve uygun bilginin, hastaların ameliyat için kendilerini daha hazır hissetmelerini ve kendi bakımları sağlamada daha fazla sorumluluk almalarını sağladığı bulunmuştur (Aasa ve ark., 2013). Avrupa’da yedi ülkede 34 hastanede cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların hemşirelerden beledikleri en önemli bakım davranışının bilgi ve yetenek/beceri olduğu belirlenmiştir (Palese ve ark., 2011).

Bireylerin konu ile ilgili bilgileri beklentilerini güçlü bir şekilde etkiler. Günümüzde bilgiye (internet gibi) ücretsiz erişimin kolaylığına bağlı olarak hastalar giderek daha bilgili duruma gelmekte ve beklentileri değişmektedir. Bakım kalitesinin artması (yeni teknikler, yeni işlemler, daha az komplikasyon) sonucunda hastaların daha fazlasını beklemesi nedeniyle memnuniyet daha düşük olabilir (Borrell-Vega ve ark., 2018).

### **2.6.3. Ameliyat Sonrası Bakım ve İzlem**

Ameliyat sonrası bakım gereksinimleri; hastaların bireysel özelliklerine, geçirilen cerrahi girişim türüne ve birey üzerindeki etkilerine, gelişen komplikasyonlara göre aylarca devam edebilir (Bilik, 2017). Ameliyat sonrası dönem boyunca bakımın amacı, homeostatik dengeyi yeniden düzenlemek, spontan solunumun sürdürülmesini sağlamak, ağrıyı kontrol altında tutmak ve komplikasyonları önlemektir. Dikkatli bir değerlendirme, doğru ve zamanında yapılan girişimler hastanın normal işlevlerinin hızlı, güvenli ve olabildiğince konforlu şekilde geri dönmesine yardımcı olur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

Ameliyat sonrası rahatsızlık ve komplikasyonlardan kaçınma, erken enteral beslenme ve erken mobilizasyonu en iyi duruma getirme ve taburculuğu kolaylaştırma çabaları, iyileşme kalitesini ve hasta memnuniyetini artırır. Bunlar iyi perioperatif bakımın temel amaçlarıdır (Gornall ve ark., 2013).

Günübirlik cerrahi geçiren hastalarda standart bakım ile iyileşme değerlendirmesini kullanan akıllı telefon tabanlı sistematik bir takip değerlendirmesini karşılaştıran bir RKÇ’de (randomize kontrollü çalışma), deney grubundaki hastaların

daha az ağrı, cerrahi yarada şişlik, baş dönmesi, baş ağrısı, uyku güçlüğü ve daha iyi bir genel refah ve rahatlama hissi bildirdikleri, bunun da iyi bir ameliyat sonrası iyileşme anlamına geldiği saptanmıştır (Jaensson ve ark., 2017).

#### **2.6.4. Etkili İletişim**

Etkili iletişim tartışmasız olarak hasta merkezli en önemli çabadır. Hastalardan alınan geri bildirimlere göre hastaların beklentilerinde en üst sırada hastalara yeterli bilgi sağlama ve etkili iletişimi sürdürme yer almaktadır (Borrell-Vega ve ark., 2018).

Perioperatif süreçteki olumsuz olayların kısmen hasta-sağlık personeli ilişkisinin gücüyle azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Bowyer ve Royse, 2018a). Ameliyat öncesi bakım aşamasında, hasta kaygılarını iletmeye teşvik edilmeli ve sonra tüm sorularına yanıt verilmelidir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Ayrıca hasta ailesi veya arkadaşları ile görüşebilir ve kendi anksiyetesini azaltmak için tartışabilir (Jaensson ve ark., 2019).

Hasta iletişiminin etkili olmasının sağlanması için hastanın öncelikleri, gereksinimleri, deneyimleri, gelişimsel yapısı, kültürel yapısı ve çevre koşulları göz önünde bulundurulmalıdır (Aksoy ve ark., 2021).

#### **2.6.5. Kararlara Katılımın Sağlanması**

Hasta bakımındaki paradigma hastanın karar verme sürecine dahil edilmesi yönüne kaymıştır (Jaensson ve ark., 2019). Hastanın öz yeterliliği ve katılımı, işlevsel ve psikolojik iyileşmeyi olumlu yönde etkiler (Bowyer ve Royse, 2018c). Hastaları karar verme sürecine dahil etme, hasta memnuniyeti ile yakından ilişkilidir. Hastanın iyileşme sürecinde kontrolü ele alması, otonomi sağlaması ve cesareti, sağlık çalışanları ve hasta arasında iş birliğine dayalı bir ilişki oluşturma iyileşme sürecini olumlu yönde etkiler (Bowyer ve Royse, 2018a; Forsberg ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2019). Hastanın karar verme sürecine katılması iyileşme için istekli olduğunu gösterir. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışın öğretilmesi yaşam kalitesinin artırma, optimal fizik ve psikolojik sağlığı artırmaya yardımcı olur. Bireyin kendine saygısı artar. Böylece birey, bakımın sağlanmasında aktif bir paydaş haline gelir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

#### **2.6.6. Taburculuk Sonrası İzlem**

Ameliyat sonrası öz bakım ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirme taburculuk sonrası için önemli stratejilerdir (Kanga ve ark., 2018). Hastanın ameliyat

sonrası bilgi gereksinimini karşılamak, rahatsızlık verici ve ameliyat sonrası iyileşme sırasında ortaya çıkabilecek semptomlar hakkında eksikleri giderebilmek için taburculukta izlem önemlidir (Jaensson ve ark., 2019).

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra evde iyileşme için bilgi düzeyini artırmak amacıyla sağlık personeli tarafından sağlanan planlı eğitimin verilmesi olarak tanımlanmaktadır (Lin ve ark., 2012). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) tarafından yapılan tanıma göre taburculuk planlaması, sağlık hizmeti alan hastayı bakımın bir sonrası aşamasına, evde ya da başka bir kurumda bakıma hazırlamak, hastanın bakımının kendisi, bakım verenleri veya sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sürekli bakım sürecinin bir parçasıdır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

Taburculuk eğitiminin amacı, hastanın hastaneden ayrıldıktan sonra iyileşmesinin özyönetimi için uygun bilgiye sahip olmasını sağlamak, ameliyat sonrası komplikasyonların ortaya çıkmasını ve beklenmedik hastaneye dönüşü azaltmaktır. Taburculuk eğitimi, ameliyat sonrası hastalar için kendi kendine bakım talimatlarına uyma ve bağımsızlıklarını yeniden kazanma becerilerini geliştirmek ve iyileşmelerini artırmak için kritik öneme sahiptir. Taburculuk eğitiminin temel işlevlerinden biri, taburcu olduktan sonra bakımına katılmak için gerekli bilgiye sahip olması için hastayı hazırlamaktır (Kanga ve ark., 2018).

Taburculuk eğitimi ile ilgili stratejiler hastanın profesyonel girişim gereken durumları fark etmesini sağlayabilir. Ameliyat sonrası iyileşme ve daha yakın izlem ile hastane geri kabullerinin %50'sinin önlenebileceği tahmin edilmektedir (Kanga ve ark., 2018). Taburculuk eğitimi ile hastaların öz bakım yeteneklerine paralel olarak özgüvenlerinin arttığı, iyileşme sürecinin hızlandığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvurularının azaldığı, buna bağlı olarak bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği saptanmıştır (Ongun, 2012; Yalçın ve ark., 2015). Taburculuk eğitimi hastanın gereksinim duyduğu alanlarda eğitim almasına katkı sağlayarak memnuniyetini artırır (Yalçın ve ark., 2015).

Taburculuk planı, bakım planının bir parçasıdır ve bakımın sürekliliğinin sağlamada önemli bir rol oynar (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Bu bağlamda hemşireler, ameliyat öncesi dönemde yapılan planlama ile hastaların özellikle

taburculuk sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri sorunları belirleyerek cerrahi süreç boyunca hasta eğitimlerini sürdürmelidir (Çilingir & Candaş, 2017). Taburculuk eğitiminde temel elementler, taburcu olduktan sonra bireyin sağlıkla ilgili gereksinimleri için sağlık ve sosyal hizmetlerin koordinasyonunu sağlamak, sorun ve engelleri aşarak daha açık ve düzgün girişim yapmak, birey, aile ve hemşirenin belirlediği ortak istekler, hedefler, bakım konusundaki düşünceler ve öncelikleri planlamaktır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Yapılan bir sistematik derlemede taburculuk eğitimi için dört tema belirlenmiştir: Taburculuk eğitiminin kalitesi, sağlık personelinin hastalara taburculuk eğitimi verilmesindeki rolleri hakkındaki algısı, hastanın eğitim sunumuna ilişkin tercihi ve hastanın bireysel bakımına katılımı (Kanga ve ark., 2018).

Taburculuk planlanmasına hastanın hastaneye kabulü ile başlanır. Planlamanın başarısı, sağlık profesyonellerinin koordinasyonuna bağlıdır. Genellikle taburculuk planlayıcısı hastanın hemşiresidir. Taburculuk eğitimi, hastanın ilk sağlık değerlendirmesi ve bakım süreci boyunca eklenen yeni verilerle oluşturulur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Hasta eğitiminde hemşirenin hedefi, hastayı komplikasyonlardan ve gelişebilecek diğer sağlık sorunlarından koruyarak hastanın sağlığına en kısa sürede ulaşmasını sağlamaktır. Verilen eğitimlerde sağlık sorunları ve belirli hastalıklara yönelik kısa/orta/uzun dönemli ve evde bakımı da kapsayan bilgiler yer almalıdır. Bu eğitimler hastayı, ailesini ve bakım verenlerini kapsamalıdır. Taburculuk eğitimi planlanırken hastanın bireysel özellikleri de dikkate alınmalıdır (Yalçın ve ark., 2015).

Hastanın taburculuk sonrasında ne zaman ve nasıl izlenmesi gerektiğine dair fikir birliği yoktur. Ameliyat türüne göre değişiklik gösterebilir (Jaensson ve ark., 2019). Ameliyat sonrası ilk 30 günlük iyileşme süreci komplikasyonların çoğunun ortaya çıktığı zamandır (Kanga ve ark., 2018).

## **2.7. ERAS Protokolleri**

Cerrahide tedavi ve bakımla ilişkin güncel yaklaşım, KDU'nun da uygulanmasıyla, cerrahi sonrası stres yanıtın azaltılarak ve nitelikli bakım hizmeti sağlanarak, erken iyileşmenin sağlanabileceği, morbidite ve mortalite oranının azaltılabileceği yönündedir (Çilingir ve Candaş, 2017; Demirhan ve Pınar, 2014). İlk kez 1990'larda Henrik Kehlet tarafından cerrahi yaralanma ve fizyolojik stresin

sekellerini azaltmayı amaçlayan ve daha iyi ameliyat sonrası iyileşme sağlayan bir dizi girişim olarak tanıtılan bu fikir, daha sonrasında, bu durumun bilimsel bir protokol çerçevesinde, kanıta dayalı tıp bilimine uygun şekilde incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla çalışma grupları oluşturularak genişletilmiştir. 2001 yılında Kuzey Avrupa ülkelerinden beş merkez (İsveç, İskoçya, Hollanda, Danimarka ve Norveç) bir araya gelerek bir çalışma grubu oluşturmuştur. ERAS olarak adlandırılan protokoller geliştirilmiş ve bu beş merkezde uygulanmaya başlanmıştır. O zamandan beri, ERAS protokolleri birçok cerrahi uzmanlık alanında giderek yaygınlaşarak dünya çapında popüler hale gelmiştir (Jensen, 2019).

ERAS protokolleri, cerrahi nedeniyle oluşan travmanın cerrahi süreç boyunca hastada ortaya çıkardığı organ işlev bozukluklarını ve psikolojik sorunları önleyerek bu süreci standardize etmek ve olası en iyi bakım ve tedaviyi sunarak hastanın mümkün olan en kısa sürede taburcu olmasını sağlamak olarak tanımlanmıştır (Jimenez ve ark., 2014). ERAS protokolleri hastanın cerrahi sonrası iyileşme dönemini hızlandırmak için birlikte çalışan ve cerrahi girişim sürecinin farklı aşamalarında hasta bakımı ile ilgili önerileri içeren kanıta dayalı bilgiler birleşimidir (Çilingir & Candaş, 2017).

Protokollerin temel amacı; hastaların cerrahiye karşı gösterdikleri stres tepkisini azaltmak, cerrahiye yönelik algılarını olumlu yönde etkilemek, ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranlarını ve hastanede yatış süresini azaltmaktır. Ayrıca ERAS protokolleri ile taburculuk sonrası oluşabilecek sistemlerin işlev bozuklukları ve komplikasyonların en düşük düzeye indirilmesi hedeflenmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017).

ERAS protokolleri, ameliyat sonrası iyileşmeyi iyileştirmek için çok boyutlu perioperatif yönetimden oluşur. Ameliyattan sonraki iyileşme süreçleri, ameliyattan taburculuk gününe kadar geçen süreyi kapsar. Bu protokoller ile iyileştirilmiş ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve bulantı kontrolü sağlandığı, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın bütünleştirildiği ve hasta ve ailenin bakıma katılmaları ile hastanede yatış süresinin ve maliyetin azaldığı gösterilmiştir (Parks ve ark., 2018).

**Tablo 1.** ERAS protokollerinin temel ögeleri.

ERAS protokolleri, perioperatif dönemde uygulanacak 20'den fazla KDU'yu içermektedir. Bunlar Tablo 1'de gösterilmiştir (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

ERAS protokolleri oluşturulması ve uygulanması birçok adım içerir. İlk adım, hastanın bakımında yer alacak multidisipliner bir ekip oluşturmaktır. Bir sonraki adım, ekibin hizmet verilecek hasta popülasyonunu ve tıbbi/hemşirelik tedavisini tanımlamasıdır. Popülasyon belirlendikten sonra, sistematik bir literatür araştırması yapılır. Literatür taramasından sonra, klinik yollar ve süreç haritaları, en iyi bakım standartları ve KDU kullanılarak tasarlanır. Bir sonraki adım, gerekli tüm belgelerin standart bakım haline gelmesini sağlayan standartlaştırılmış talimatlar oluşturmaktır. Son adım ise, klinik yolları ve hasta bakımını gözden geçirmek ve iyileştirmek için hasta sonuçlarını izlemekten ve veri toplamaktan sorumlu kişileri belirlemektir (Parks ve ark., 2018).

ERAS uygulamasının başarısı; anesteziist, cerrah, hemşire, fizyoterapist ve ERAS programına katılan diğer tüm personel dahil cerrahi bakım ekibinin tüm üyelerini kapsar (Clifford ve ark., 2016). Süreçte görev alan tüm sağlık personelleri, 15 günde bir kez toplanarak gerekli değerlendirmeleri ve buna yönelik eğitim çalışmalarını yapmalıdır (Birlikbaş ve Bölüşbaş, 2019).

Sonuç olarak, ERAS hastaya özel bir süreçtir. Her hastanın kendi deneyimi vardır ve başarılı bir program oluşturmak için hastaların geri bildirimleri büyük önem taşımaktadır. Genel hasta bakım kalitesinde sürdürülebilir bir iyileşme sağlama amacına ulaşmak için bir protokol oluşturmak yeterli değildir, çok daha fazla çaba ve değişikliğe gereksinim vardır. Bu nedenle ERAS tek ve katı bir protokol değil bilgi geliştikçe değişiklik yapmaya hazır bir multidisipliner ekip çalışmasının yeni bir yolu, bir yöntem, bir çalışma şeklidir (Taurchini ve ark., 2018).

Bir sistematik derlemede ERAS protokollerinin en sık görülen yararlarının daha kısa hastanede yatış süresi, azalan komplikasyon oranı ve daha düşük ameliyat sonrası ağrı skoru olduğu görülmüştür (Zaez ve ark., 2022). Bir çalışmada ERAS protokollerinin hastanede yatış süresini 2.5 gün ve ameliyat sonrası komplikasyonları %50 oranında azalttığı gösterilmiştir (Gustafsson ve ark., 2011). Bir diğer çalışmada ERAS uygulanan hastalarda hastanede yatış süresinin ve malnütrisyon riskinin azaldığı, mobilizasyonun ve ameliyat sonrası beslenmeye erken geçişin arttığı belirlenmiştir (Martin ve ark., 2018). Bir RKÇ'de ERAS uygulanan hastalarda ameliyat sonrası dönemde daha iyi ağrı ve glisemik kontrol sağlandığı, ERAS'ın hastanede yatış süresinin azalmasına katkıda bulunduğu belirlenmiştir (Elayat ve ark.,

2021). Terzioğlu ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir hemşirelik çalışmasında, ameliyat sonrası dönemde ERAS protokollerinin uygulandığı hastalarda daha erken oral beslenmeye geçildiği, bunun yanı sıra hastanede yatış süresinin azaldığı, tekrar hastaneye yatış ve komplikasyon oranlarında düşme olduğu belirlenmiştir (Terzioğlu ve ark., 2013).

## **2.8. İyileşmeyi Sağlamada Hemşirenin Rolü**

Hemşirelik var olduğundan beri hemşireler, insanların yaralarını sarmak, acılarını dindirmek ve yaşama yeniden uyum sağlamalarını desteklemek amacıyla bir iyileşme sürecinde bir uygulayıcı olmuşlardır. Günümüzde tıp ve hemşirelik biliminde, biyomedikal ve teknoloji alanlarındaki gelişmelerle iyileştirme sürecinde birçok farklı yöntemden yararlanılmaktadır. Bu gelişmeler hemşirelik felsefesini ve bakımını etkilemiş olsa da iyileştirme felsefesi her zaman korunarak bakımın amacı olmayı sürdürmüştür (Özkan ve Bilgin, 2016).

İyileştirme kavramı ilk kez Florence Nightingale'in 1860'da hemşireliği, "hastanın çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi" şeklinde tanımlamasıyla hemşirelik literatüründe yer almıştır. İyileştirme kavramı, hemşirelik bilimi ve sanatında hemşireliğin özüdür ve iyileşme ve bakım amacıyla yapılan her türlü girişim ve uygulamayı kapsar. İyileştirme, bireyi tanıma, onunla beraber olma, onun için eylemde bulunma ve onun yaşamını kolaylaştırma gibi birden çok eylemi içinde barındırır. İyileştirici bakımın temelinde sürekli ilişki vardır. Hemşire ve hasta iyileşme sürecinin ortaklarıdır. Hemşireler hastaların yanlarında olarak iyileşme süreçlerini hızlandırır. Hemşirelerin iyileştirme sürecinde başarılı olmaları, hastaların sorunlarının doğru belirlenmesi ve tanımlanması ile başlar, farklı iyileşme yöntemlerinin kullanılması ile sürer ve hastaya en uygun bakımı sağlayarak hastanın en iyi sonuçlara ulaşmasını hedefler (Özkan ve Bilgin, 2016).

Hemşireler, cerrahi sürecin her aşamasında aktif bir rol alırlar (Demirhan ve Pınar 2014). 24 saat boyunca hasta ile iletişimde olan sağlık profesyonelleridir. Cerrahi sürecin izleminden primer olarak sorumludurlar (Çilingir ve Candaş, 2017). Hemşirelerin hastaları yakından gözlemleyebilmeleri, hasta sorunlarının belirlenmesinde ve sorunların çözümünde hemşireyi önemli bir konuma getirmektedir (Çatal ve Cebeci, 2020).



Uygulanan herhangi bir cerrahi girişim, hasta için ağrı yaşama, bağımsızlık kaybı ve beden imajında bozulma gibi anlamlar taşır. Tüm bunlar hastalar tarafından tehdit olarak algılanır. Algılanan bu tehditler komplikasyonların gelişmesine neden olarak iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Bu durum, hastalarda gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde fark edilmesini, gerekli bakım ve tedavinin zamanında uygulanmasını amaçlayan hemşirelik bakımının önemini ortaya çıkarır (Eyi ve ark., 2016).

Uygulanacak hemşirelik bakımında temel hedef, homeostatik dengenin düzeltilmesi, ağrının azaltılması, ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması ve kişinin normal yaşamına en kısa sürede kavuşması gibi her türlü konuda desteklenmesidir (Aksoy ve ark., 2021). İyileşme sürecindeki hemşirelik bakımı; bilimsel temele dayalı bakım gerçekleştirme, bakıma ilişkin yeni ve güncel teknikleri öğrenme, bunları ne zaman ve nasıl kullanacağını bilme, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirme, güven sağlama gibi öğeleri içermelidir. Hemşireler cerrahi girişimin başarısı ve hasta bakım kalite ve memnuniyetinin yükseltilmesi için gerekli eylemleri bilmelidir (Demirhan ve Pınar, 2014). Cerrahideki güncel yaklaşımları yakından izlemeli ve bilgisini bakım hizmetine aktarmalıdır (Çilingir ve Candaş, 2017). Hastada ameliyat ile ilgili oluşabilecek komplikasyonları erken fark edip önleyebilmesi için yeterli bilgiye sahip olmalı ve hastayı da bu konuda bilgilendirmelidir (Demirhan ve Pınar, 2014).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırmada, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin birlikte uygulandığı karma yöntem (mixed-method) kullanılmıştır (Alkan ve ark., 2019). Karma yöntem çalışmaları, araştırmacının araştırma problemlerini anlamak amacıyla nicel verilerle birlikte nitel verileri de topladığı, her iki veri setinin birbiriyle bütünleştiği ve sonrasında bu bütünleştirmenin avantajlarından yararlanarak sonuçlara ulaştığı, sağlık, davranış ve sosyal bilimleri alanında kullanılan bir araştırma yaklaşımıdır (Creswell, 2017). Bu çalışmalar, nicel ve nitel yöntemleri tek bir çalışmada birleştirerek daha bütüncül bir anlayış sağlamakta, her iki yöntemin avantajlı yönlerini güçlendirmekte ve araştırılan olayın farklı yönlerini açıklamaya yardım etmektedir (Baki ve Gökçek, 2012).

Bu araştırmada kullanılan karma yöntem deseninde, nicel ve nitel veriler araştırmanın amacına ulaşmada eşit öneme sahiptir ve eş zamanlı uygulanır (Alkan ve ark., 2019; Baki ve Gökçek, 2012). Veriler birbirinden bağımsız olarak toplanarak ayrı ayrı analiz edilir. Elde edilen nicel ve nitel sonuçlar yorum aşamasında birleştirilir (Baki ve Gökçek, 2012; Katıtaş, 2019). Bu yöntemde, aynı konu üzerinde ayrı ancak birbirini tamamlayan veriler toplanarak analiz edilir ve böylece araştırma problemine yönelik daha eksiksiz ve kesin bilgileri ortaya koyulur (Katıtaş, 2019).

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinin cerrahi kliniklerinde yapılmıştır. Araştırma, hastanede cerrahi klinik olarak bulunan; beyin cerrahi 1 ve 2, genel cerrahi 1, 2, 3 ve 4, kalp damar cerrahisi 1 ve 2, kulak burun boğaz hastalıkları 1 ve 2, ortopedi ve travmatoloji 1 ve 2, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ve üroloji kliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırma Mart 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, hastanenin cerrahi kliniklerinde araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında cerrahi girişim geçiren hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme ise hastanenin cerrahi kliniklerinde araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında cerrahi girişim geçiren ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır.

### 3.3.1. Örneklem Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

#### Nitel Yöntem için:

Örneklem kapsamına alınan bireyler;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Ameliyat sonrası 1. günde olması,
- Ameliyatın elektif yapılmış olması,
- Türkçe anlayıp konuşabilmesi,
- Görme ve işitme sorunu olmaması,
- Majör psikiyatrik tanı almamış olması,
- Bilişsel sorunu bulunmaması ölçütleri dikkate alınarak seçilmiştir.

Örneklemin dışında tutulan bireyler;

- Ameliyatın acil yapılmış olması,
- Günübirlik cerrahi hastası olması,
- Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmiş olması,
- Genel durum bozukluğunun olması ölçütleri dikkate alınarak belirlenmiştir.

#### Nitel Yöntem için:

Nitel bölümde araştırmaya alınan hastalar, nicel bölümde alınan hastalardan farklı seçilmiştir. Hastaların nicel verilerden etkilenebilecekleri düşünülmüştür.

### 3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

#### Nitel Yöntem için:

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G\*Power programı kullanılmıştır (Erdoğan ve ark., 2020). Etki büyüklüğü 0.50, Cronbach alfa 0.05 ve güç 0.80 alınarak minimum örneklem hacmi 130 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın nicel bölümü 140 hasta ile tamamlanmıştır.

#### Nitel Yöntem için:

Nitel araştırmalarda örneklemin niceliğindense niteliği önem taşımaktadır. Geçerlik ve güvenilirliği artırmak için evrenin detaylarını belirginleştirebilecek bir öge sayısı olarak belirtilen örneklem büyüklüğü, dengeli şekilde ayarlanmalıdır. Araştırmanın amaçlarına uygun detaylı veri sağlayabilecek bir örneklem belirlenmelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural bulunmamaktadır. Örneklem büyüklüğü seçilen örneklemin çeşitliliğine, nitel

araştırma yaklaşımına ve katılımcının yeterli bilgi verme durumuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Örneklem büyüdükçe verilerin derinliği kaybolduğu için genel olarak büyük bir örneklem önerilmemektedir (Erdoğan ve ark., 2020). Örneklem büyüklüğünün, örnekten elde edilecek bilgi miktarına dayalı olarak belirlenmesi gerekir. İdeal olarak örneklem büyüklüğü, verilerin doygunluğa ulaştığı ve tekrarlamaya başladığı noktadır (Erdoğan ve ark., 2020; Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Nitel araştırmalarda elde edilen sonuçlar tüm evrene genellenememektedir. Ayrıca bireysel ifadeleri tanımlayan test ve ölçekler kullanılmamaktadır. Bu nedenlerle örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için istatistiksel güç analizleri yapılmamaktadır (Collins, 2009).

Araştırmanın nitel bölümü, veriler doygunluğa ulaştığı ve tekrarlamaya başladığı için 12 hasta ile tamamlanmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

##### **Nitel Yöntem için:**

Araştırmanın bağımlı değişkeni; hastaların ASIİ puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerdir. Sosyodemografik özellikler olan değişkenler; yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ) ve tütün kullanma durumudur. Klinik özellikler olan değişkenler ise kronik hastalığı olma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, yapılan ameliyat türü ve uygulanan anestezi türüdür.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

##### **Nitel ve Nitel Yöntem için:**

##### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda elde edilen verilere dayanarak hazırlanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine yönelik 17 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler; yaş (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Lin ve ark., 2018; Shida ve ark., 2015; Süerdem, 2019; Yolcu ve Akın, 2015), cinsiyet (Buchanan ve ark., 2011; Cengiz ve Aygin,2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Rahman ve ark., 2017; Yolcu ve Akın, 2015; Zimmerman ve ark., 2011), eğitim durumu ve medeni durumdan oluşmaktadır. Hastanın klinik özellikleri kapsamında antropometrik özellikleri, sağlık/hastalık öyküsü ve şu anki ameliyat özellikleri

bulunmaktadır. Antropometrik özellikler hastaların boy ve kilo değerlerini içermektedir (Cengiz ve Aygin, 2019). Sağlık/hastalık öyküsünde tütün kullanma durumu, herhangi bir kronik hastalık varlığı ve türü (Özmen, 2020; Süerdem, 2019) ve cerrahi girişim öyküsü (Yolcu ve Akin, 2015) yer almaktadır. Şu anki ameliyat özellikleri ise yattığı klinik, tıbbi tanı (Cengiz ve Aygin, 2019), yapılan ameliyat, ameliyat tarihi, ameliyat türü (Kim ve ark., 2018) ve anestezi türüdür (Grauman ve ark., 2016; Nilsson ve ark., 2019; Pascarella ve ark., 2021).

Çalışma verilerini toplamaya başlamadan önce pilot uygulama yapılmıştır. Literatürde örneklemin %10'una uygulanması önerildiği (Erdoğan ve ark., 2020) için form örneklemin %10'una uygulanmıştır. Öneriler doğrultusunda hazırlanan soruların işlerliğine ve anlaşılabilirliğine yönelik düzenlemeler yapılarak formun son şekli verilmiştir.

#### **Nicel Yöntem için:**

#### **3.5.2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ)**

İdeal olarak, ameliyat sonrası iyileşmeyi ölçen araçların tüm iyileşme sürecini kapsayacak şekilde dört boyutu (fiziksel, psikolojik, sosyal ve habitual) da içermesi gerekmektedir (Jaensson ve ark., 2022). Bu çalışmada da Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) (Ek 2) kullanılmıştır. İndeksin orijinali olan Postoperative Recovery Index (PoRI) Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiştir (Butler ve ark., 2012). İndeks, çeşitli ameliyat türlerine uyarlanabilen ve hastanın çok yönlü öz bildirimlerini yansıtabilen bir ölçüm aracı olarak değerlendirilmektedir. İndeksteki semptomlar taburculuk sonrasında da 30 güne kadar değerlendirilebilmektedir. İndekste 37 madde ve 5 alt boyut (fiziksel aktiviteler, bağırsak semptomları, genel semptomlar, istek-arzu semptomları ve psikolojik semptomlar) yer almaktadır. İndeksin puanlaması yapılırken alt boyut puanını belirlemede, alt boyutun içerdiği maddelerin puanı toplanarak aritmetik ortalaması alınır. Toplam puanı belirlemede ise 37 maddenin tümünün puanı toplanarak aritmetik ortalaması alınır. İndeksten alınan yüksek puan, ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığını, buna karşılık düşük puan ameliyat sonrası iyileşmenin daha kolay olduğunu ifade eder. İndeksin alt boyut ve toplam puanlama sisteminde, puanın 1 olması güçlük olmadığını, >1-<1.5 olması az düzeyde güçlük yaşandığını, 1.5-<2.5 olması orta düzeyde güçlük

yaşandığını, 2.5-<3.5 olması çok güçlük yaşandığını, 3.5-5 olması ise aşırı güçlük yaşandığını göstermektedir (Cengiz Açıl ve Aygin, 2020; Cengiz ve Aygin, 2019).

PoRI'nin geçerlik ve çapraz geçerlik örneklemelerinde alt boyutlar düzeyinde iç tutarlılık açısından 0.813 ile 0.932 arasında değişen katsayılar elde edilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği ise 0.660 ile 0.881 arasında değişmektedir (Cengiz, 2018).

İndeksin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Cengiz (2018) tarafından yapılmıştır. İndeks 25 maddeden oluşmaktadır. İndeksin fiziksel aktiviteler, bağırsak semptomları, genel semptomlar, istek-arzu semptomları ve psikolojik semptomlar olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır (Cengiz, 2018; Cengiz Açıl ve Aygin, 2020). İndeksteki fiziksel aktiviteler alt boyutu 8 madde (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), bağırsak semptomları alt boyutu 5 madde (17, 18, 19, 20, 21), genel semptomlar alt boyutu 4 madde (13, 14, 15, 16), istek-arzu semptomları alt boyutu 4 madde (22, 23, 24, 25) ve psikolojik semptomlar alt boyutu 4 maddeden (1, 2, 3, 4) oluşmaktadır (Cengiz ve Aygin, 2019).

Fiziksel aktiviteler alt boyutu, fiziksel aktiviteleri yapamama, kendi kendine giyinememe ve banyo yapamama ve araba sürememe; bağırsak semptomları alt boyutu, gaz ve bağırsak boşaltım sorunu semptomları; genel semptomlar alt boyutu, tat alamama, normal porsiyonda yiyememe ve iştahsızlık; istek-arzu semptomları alt boyutu, cesareti kırılmış hissetme, iyileşememe endişesi, üretken hissetmeme ve motivasyon düşüklüğü; psikolojik semptomlar alt boyutu, uyku sorunu, zihinsel görevlere odaklanamama ve dil sürçmesi ile ilgili maddeleri içermektedir.

İndeksin kapsam geçerliliğine yönelik Kendall W Uyum testi sonucunda, uzman görüşleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Kendall W=0.070; p=0.071). Ölçüte bağlı geçerliği ölçmede eşzaman geçerliğinden yararlanılmış, ASİİ ve İyileşme Kalitesi-40 Anketi (40-item Quality of Recovery Score-QoR-40) aynı anda uygulanmıştır. ASİİ puanları ile QoR-40 puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Yapı geçerliğinde açıklayıcı faktör analizi yapılarak 37 olan madde sayısı 25'e düşürülmüştür. Toplam varyansın fiziksel aktiviteler alt boyutu %28.709'unu, bağırsak semptomları alt boyutu %19.807'sini, genel semptomlar alt boyutu %14.405'ini, istek-arzu semptomları alt boyutu %14.340'ını ve psikolojik semptomlar alt boyutu %12.646'sını açıklamıştır. Doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen bulgulara göre, indeksin 25 ifadeden meydana gelen beş faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmüştür.

Güvenirliğin değerlendirilmesi için iç tutarlılık ölçüsü olan Cronbach alfa değeri kullanılmıştır. Cronbach alfa değerleri alt boyutlarda, fiziksel aktiviteler için 0.978, bağırsak semptomları için 0.977, genel semptomlar için 0.971, istek-arzu semptomları için 0.983, psikolojik semptomlar için 0.930 ve tüm indeks için 0.967 olarak bulunmuştur. Bulunan değerlerin genelde kabul edilebilir değer olan 0.70'ten yüksek olduğu görülmüştür (Cengiz ve Aygin, 2019).

ASİİ'nin bu çalışmada kullanılabilmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Cengiz ve Aygin'den izin alınmıştır (Ek 3).

Bu çalışmada ASİİ'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt boyutlarda fiziksel aktiviteler için 0.905, bağırsak semptomları için 0.881, genel semptomlar için 0.782, istek-arzu semptomları için 0.795, psikolojik semptomlar için 0.658 ve tüm indeks için 0.886 olarak bulunmuştur.

### **Nitel Yöntem için:**

#### **3.5.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Araştırmada nitel verilerinin toplanması amacıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek 4) kullanılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme yönteminde tüm soru alanlarını kapsayan başlıkları listeleyen yazılı bir form kullanılır. Bu form araştırmacının konu başlıkları ve alanları ile ilgili sorular üretmesine yardımcı olmaktadır. Araştırmacı önceden hazırladığı sorularla birlikte görüşmenin duruma göre katılımcıları cesaretlendirmek amacıyla serbest soru sorma özgürlüğünü de kullanabilmektedir. Bu yöntem, araştırma problemi ile ilgili tüm soruların ve boyutlarının ele alınmasını güvence altına alır (Erdoğan ve ark., 2020).

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik nicel araştırmalardan farklı olarak ele alınmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik yerine inandırıcılık olması gerektiği belirtilmiştir. İnandırıcılık için kullanılan kriterler; inanılabilirlik, aktarılabilirlik, güvenilebilirlik ve doğrulanabilirlik olarak dört ana başlık altında toplanmıştır. Bu kriterler altın standart olarak literatürde yer almaktadır (Creswell, 2018; Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2012; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Ayrıca nitel araştırmada yöntem uygunluğu (kayıt ve işlemlerin doğruluğu ve etik ilkelere uygunluğu) ve teorik uygunluk (var olan bilgi ile ilişki kurulabilmesi ve uygulanabilir olması) gereklidir (Erdoğan ve ark., 2020).

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, tez önerisindeki uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenmiştir.

Hazırlanan görüşme sorularının işlerliğine ve anlaşılabilirliğine yönelik iki hasta ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme yapılan hastalar örnekleme alınmamıştır.



### **3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi**

**Şekil 2.** Araştırma planı ve takvimi.

Bu tez çalışması, Şubat 2020 tarihinde kavramsal hazırlık ile başlamıştır. Tez çalışmasının uygulama aşaması Mart 2022'de başlamıştır. Çalışma, Şubat 2023 tarihinde sonuçları raporlama ile sonlanmıştır. Çalışmanın tüm aşamalarını içeren araştırma planı ve takvimi Şekil 2'de gösterilmiştir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

#### **Nicel Yöntem için:**

Araştırmacı tarafından örnekleme alınan tüm hastalarla ameliyat sonrası dönemde yüz yüze görüşülerek ve gerekli bilgiler verilerek hastaların veri toplama araçlarını doldurmaları sağlanmıştır. Veriler ameliyattan sonra 1. gün toplanmıştır. Hastanın son 24 saatini değerlendirmesi istenmiştir. Bu işlem her bir hasta için 10-15 dakika sürmüştür. Okuryazar olmama veya sınırlı sağlık okuryazarlık beceresine sahip olma durumunda veri toplama araçlarında yer alan sorular araştırmacı tarafından hastaya sorularak hastanın verdiği yanıtlar doğrudan kaydedilmiştir. Kişisel Bilgi Formunda yer alan şu anki ameliyat özelliklerine ilişkin bilgiler araştırmacı tarafından yazılı ve elektronik hasta kayıtlarından alınmıştır.

#### **Nitel Yöntem için:**

Nitel veriler görüşme metotlarından derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi, insanların duyarlı oldukları konuların bire bir görüşülerek derinlemesine incelenmesidir (Erdoğan ve ark., 2020). Derinlemesine görüşmede hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumları ilgili algıları, düşünce ve deneyimleri, iyileşmelerini önleyen durumlar ve yaşadıkları güçlüklerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Görüşme, araştırmacı tarafından belirlenen sorular doğrultusunda, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Görüşmede Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır.

Görüşmeyi araştırmacı tek başına yürütmüştür. Görüşme sırasında gözlemci olmamıştır. Katılımcılara, görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı, yürütülmesi, araştırmacı ve hasta açısından elde edilecek kazanımlar açıklanmış ve görüşmelerin ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınacağı konusunda bilgi verilmiştir. Açıklama sonrası hastaların gönüllülük esasına göre görüşmeye katılma durumları belirlenmiştir. Görüşmeyi kabul eden hastalarla görüşme tarihi ve zamanını kapsayan görüşme planı oluşturulmuştur. Plana uygun olarak belirlenen hastalarla görüşmeye başlamadan önce gönüllü olarak katıldıklarını gösteren yazılı onam alınmıştır.

Görüşmeleri kayıt etmede Olympus VN-541C dijital ses kayıt cihazından yararlanılmıştır. Cihazın 4 GB dahili belleği ve 1570 saate kadar kayıt yapabilme özelliği bulunmaktadır. Cihaza kaydedilen sesler USB kablosu aracılığıyla bilgisayara aktarılabilmektedir. Yapılan görüşmelerin ses kayıt cihazı ile kaydedilmesinin yanı sıra araştırmacı görüşme sırasında gözlemlerini de not almıştır. Soruların anlaşılmasını sağlamak için görüşmelerde sade bir dil kullanılmıştır. Görüşmeler, hastaların buldukları kliniklerde belirlenen sessiz, bölünmelerin yaşanmayacağı, aydınlanmanın ve havalandırmanın yeterli olduğu bir odada yürütülmüştür. Görüşmeler 30-45 dakika sürmüştür.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **Nicel Yöntem için:**

Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizi bilgisayarda SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Veriler değerlendirilirken numerik veriler için merkezi eğilim ölçüleri (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyrekler arası genişlik, minimum ve maksimum değerler), kategorik veriler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenmiştir. Normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. 50 kişiden az olan gruplar Shapiro-Wilk Normallik Testi, 50 kişiden fazla olan gruplar Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilmiştir. Numerik verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım varsayımı sağlandığı için, iki grup arasında farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grupta farklılık olup olmadığı ise tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Ortalamaları arasında fark yaratan grubu bulmak için ise Post Hoc testlerden Bonferroni ikili karşılaştırma kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir (Erdoğan ve ark., 2020; Aktürk ve Acemoğlu, 2011).

ASİİ'nin alt boyutlarına ve tüm indekse ilişkin güvenirlik Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir (Erdoğan ve ark., 2020).

#### **Nitel Yöntem için:**

Nitel veri analizinde içerik analizi yöntemi uygulanmıştır. İçerik analizi yönteminde amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve bu kavramlar arasındaki ilişkilere ulaşmaktır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu amaçla toplanan veriler önce kavramsallaştırılmalı, daha sonra da belirlenen kavramlara göre düzenlenmeli ve

buna göre veriyi açıklayan temalar oluşturulmalıdır. Burada yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavram ve temalar çerçevesinde birleştirerek anlaşılabilir şekilde düzenleyip yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmacı tarafından, yarı yapılandırılmış sorular aracılığıyla gerçekleştirilen görüşmelerinden elde edilen ve ses kayıt cihazına kaydedilen veriler, Maxqda programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tema, kategori/alt tema ve kodlar oluşturulmuştur. Katılımcıların gizliliğinin sağlanmasına yönelik olarak görüşmeye katılan katılımcılara sayısal kod verilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırma giderlerinde, araştırma yerinden hizmet alımı, araştırma yeri dışından hizmet alımı, gönüllülere verilecek hizmet veya diğer hizmetler (seyahat, anketör gibi) bulunmamaktadır. Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş bulunmamaktadır.

### **3.10. Araştırma Etiği**

Araştırma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi ilkeleri dikkate alınarak yapılmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek 5).

Yine araştırmanın uygulanabilmesi için hastaneden araştırma ön izni alınmıştır (Ek 6).

Araştırmada kullanılan ASİİ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Cengiz ve Aygin'den bu indeksin kullanılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek 3).

Örnekleme oluşturan hastalarda evrensel araştırma etiği ilkelerinden zarar vermeme, gönüllülük, yaşama saygı, gizlilik ve adalet ilkeleri göz önünde bulundurulmuştur. Aydınlatılmış onam formu kapsamında çalışmanın adı ve amacı, çalışma için izin alındığı, formun nasıl doldurulacağı, çalışmanın yararı, çalışmaya katılmama ve çalışmadan ayrılma hakkı, bilgilerin yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı ve gizli tutulacağı açıklanmıştır.

## **4. BULGULAR**

Araştırmanın bulguları nicel ve nitel yöntem için ayrı başlıklar altında sunulmuştur.

### **4.1. Nicel Yöntem için Bulgular**

#### **4.1.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri**

**Tablo 2.** Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin oranları.

n=140

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin oranları Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalamalarının  $57.75\pm 15.51$ , %37.8’inin 65 yaş ve üzeri, %57.9’unun erkek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu açısından bakıldığında, ilk sırada ilkokul/ortaokul mezunu olmanın (%49.3) olduğu ve bunu lisenin (%30) izlediği belirlenmiştir. Hastaların büyük bir bölümü (%80.7) evlidir. Hastaların %41.4’ünün fazla kilolu, %35.7’sinin normal ve %22.9’unun ise obez olduğu saptanmıştır. Hastaların %34.3’ünün tütün kullandığı belirlenmiştir. Tütün kullanma sıklığı haftada ortalama  $7.00\pm 0.00$  gün, miktarı günde ortalama  $17.3\pm 6.49$  adet ve süresi ortalama  $25.72\pm 13.80$  yıl olarak bulunmuştur. Kronik hastalıklardan ilk sırada %42.9 ile hipertansiyon gelmektedir. Bunu sırasıyla kalp hastalıkları (%24.3), diğer hastalıklar (%17.9) ve diyabet (%17.1) izlemektedir. Hastaların %62.1’i daha önce ameliyat olmuştur. Hastaların kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, tüm kliniklerin aynı oranda (%14.3) olduğu görülmektedir. Ameliyat türünün %89.3 açık, anestezi türünün %72.9 genel olduğu gösterilmiştir (Tablo 2).

#### 4.1.2. Hastaların ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Medyanları

**Tablo 3.** Hastaların ASİİ alt boyutları puan ortalamaları ve medyanları.

n=140

ASİİ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel aktiviteler için  $3.54 \pm 0.80$  (aşırı güçlük), bağırsak semptomları için  $2.38 \pm 0.87$  (orta düzeyde güçlük), genel semptomlar için  $2.41 \pm 0.93$  (orta düzeyde güçlük), istek-arzu semptomları için  $3.03 \pm 0.84$  (çok güçlük), psikolojik semptomlar için  $2.35 \pm 0.74$  (orta düzeyde güçlük) ve tüm indeks puan ortalaması  $2.85 \pm 0.55$  (çok güçlük) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

### **4.1.3. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

#### **4.1.3.1. Hastaların Yaşlarına Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

**Tablo 4.** Hastaların yaşlarına göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların yaşlarına göre fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarında anlamlı fark olduğu ortaya çıkarılmıştır ( $F=5.024$ ,  $p=0.002$ ). Yaşı 55-64 ( $3.80\pm0.67$ ). 65 yaş ve üstü ( $3.58\pm0.81$ ) olan hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarının 45 yaş altı ( $3.05\pm0.68$ ) olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların yaşlarına göre bağırsak semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $F=3.437$ ,  $p=0.019$ ). Yaşı 55-64 ( $2.71\pm0.81$ ) olan hastalarda, 45 yaş altı ( $2.05\pm0.84$ ) olan hastalara göre bağırsak semptomları puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşlarına göre tüm indeks puanlarında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $F=5.397$ ,  $p=0.002$ ). Yaşı 55-64 ( $3.08\pm0.47$ ) ve 65 yaş ve üstü



(2.89±0.51) olan hastaların tüm indeks puanlarının 45 yaş altı (2.55±0.53) olan hastalardan daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Buna karşılık hastaların yaşlarına göre genel semptomlar (F=1.921, p=0.129), istek-arzu semptomları (F=1.281, p=0.283) ve psikolojik semptomlar (F=2.503, p=0.062) puanlarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4).

#### **4.1.3.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

**Tablo 5.** Hastaların cinsiyetlerine göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel aktivitede kısıtlanma (t=1.612, p=0.109), bağırsak semptomları (t=-0.088, p=0.930), genel semptomlar (t=-0.357, p=0.721), istek-arzu semptomları (t=-0.016, p=0.987), psikolojik semptomlar (t=0.570, p=0.570) ve tüm indeks (t=0.729, p=0.467) puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

#### 4.1.3.3. Hastaların BKİ Değerlerine Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.** Hastaların BKİ değerlerine göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların BKİ değerlerine göre yalnızca genel semptomlar puanlarında anlamlı fark olduğu gösterilmiştir (F=3.437, p=0.019). Obez hastaların (2.63±1.06), fazla kilolu hastalarla (2.19±0.84) karşılaştırıldığında genel semptomlar puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanma (F=1.207, p=0.302), bağırsak semptomları (F=0.698, p=0.499), istek-arzu semptomları (F=1.944, p=0.147), psikolojik semptomlar (F=0.973, p=0.381) ve tüm indeks (F=1.938, p=0.148) puanlarında BKİ değerlerine göre anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir (Tablo 6).

#### 4.1.3.4. Hastaların Tütün Kullanma Durumlarına Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 7.** Hastaların tütün kullanma durumlarına göre alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların tütün kullanma durumlarına göre bakıldığında yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu görülmüştür ( $t=2.092$ ,  $p=0.038$ ). İstek-arzu semptomları puanının, tütün kullanan hastalarda ( $3.23\pm0.88$ ) kullanmayan hastalara ( $2.92\pm0.79$ ) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların tütün kullanma durumlarına göre fiziksel aktivitede kısıtlanma ( $t=0.110$ ,  $p=0.913$ ), bağırsak semptomları ( $t=1.663$ ,  $p=0.099$ ), genel semptomlar ( $t=-0.313$ ,  $p=0.755$ ), psikolojik semptomlar ( $t=0.009$ ,  $p=0.993$ ) ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $t=0.987$ ,  $p=0.325$ ) (Tablo 7).

#### 4.1.3.5. Hastaların Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 8.** Hastaların kronik hastalığı olma durumlarına göre alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların kronik hastalığı olma durumlarına göre yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $t=2.076$ ,  $p=0.040$ ). Kronik hastalığı olan hastaların ( $3.13\pm0.83$ ) istek-arzu semptomları puanlarının kronik hastalığı olmayan hastalardan ( $2.81\pm0.80$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanma ( $t=1.255$ ,  $p=0.212$ ), bağırsak semptomları ( $t=1.466$ ,  $p=0.145$ ), genel semptomlar ( $t=-1.283$ ,  $p=0.202$ ), psikolojik semptomlar ( $t=1.573$ ,  $p=0.118$ ) ve tüm indeks ( $t=1.527$ ,  $p=0.129$ ) puanlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre anlamlı fark olmadığı ortaya koyulmuştur (Tablo 8).

#### 4.1.3.6. Hastaların Daha Önce Ameliyat Olma Durumlarına Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 9.** Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ASİİ alt boyutlarında farklılık olup olmadığına bakıldığında, yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu görülmüştür ( $t=2.145$ ,  $p=0.034$ ). Daha önce ameliyat olan hastaların ( $3.14\pm 0.82$ ) istek-arzu semptomları puanlarının, olmayan hastalara ( $2.83\pm 0.83$ ) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre fiziksel aktivitede kısıtlanma, bağırsak semptomları, genel semptomlar, psikolojik semptomlar ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla;  $t=0.150$ ,  $p=0.881$ ;  $t=-0.401$ ,  $p=0.689$ ;  $t=-0.994$ ,  $p=0.322$ ;  $t=-0.365$ ,  $p=0.716$  ve  $t=0.110$ ,  $p=0.912$ ) (Tablo 9).

#### 4.1.3.7. Hastaların Yattıkları Kliniklere Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 10.** Hastaların yattıkları kliniklere göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların yattıkları kliniklere göre fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarında anlamlı fark olduğu ortaya çıkarılmıştır ( $F=3.525$ ,  $p=0.003$ ). Genel cerrahi hastalarının ( $3.99\pm0.63$ ), fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarının, üroloji ( $3.24\pm0.46$ ) ve plastik cerrahi ( $3.12\pm0.86$ ) hastaları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların bağırsak semptomları puanlarının kliniklere göre farklılaştığı saptanmıştır ( $F=5.735$ ,  $p=0.000$ ). Genel cerrahi hastalarının ( $3.10\pm1.11$ ), bağırsak semptomları puanlarının, beyin cerrahi ( $2.08\pm0.53$ ) ve plastik cerrahi ( $1.71\pm0.75$ ) hastalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kalp damar cerrahisi ( $2.50\pm0.74$ ) ve ortopedi ( $2.49\pm0.74$ ) hastalarının, bağırsak semptomları puanlarının, plastik cerrahi hastalarına ( $1.71\pm0.75$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların kliniklere göre genel semptomlar puanlarında anlamlı fark olduğu gösterilmiştir ( $F=6.198$ ,  $p=0.000$ ). Genel cerrahi ( $2.85\pm0.88$ ) ve kalp damar cerrahisi ( $2.05\pm0.62$ ) hastalarının, beyin cerrahi hastalarına ( $1.94\pm0.80$ ) göre, genel semptomlar puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kulak burun boğaz hastalarının ( $3.20\pm1.17$ ), genel semptomlar puanlarının, kalp damar cerrahisi ( $3.20\pm1.17$ ), üroloji ( $2.09\pm0.76$ ) ve plastik cerrahi ( $2.26\pm0.88$ ) hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların istek-arzu semptomları puanlarının klinikler açısından farklılaştığı ortaya koyulmuştur ( $F=2.553$ ,  $p=0.023$ ). Ortopedi hastaları ( $2.45\pm0.79$ ) ile karşılaştırıldığında, beyin cerrahi hastalarının ( $3.34\pm0.67$ ) istek-arzu semptomları puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların kliniklere göre tüm indeks puanlarında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $F=3.252$ ,  $p=0.005$ ). Tüm indeks puanlarının, genel cerrahi hastalarında ( $3.22\pm0.55$ ), üroloji ( $2.63\pm0.51$ ) ve plastik cerrahi ( $2.58\pm0.63$ ) hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların<sup>62</sup> kliniklere göre psikolojik semptomlar puanlarında ise anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $F=1.527$ ,  $p=0.174$ ) (Tablo 10).

#### 4.1.3.8. Hastaların Yapılan Ameliyat Türüne Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 11.** Hastaların yapılan ameliyat türüne göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=140

Hastaların yapılan ameliyat türüne göre ASİİ alt boyutları puanlarında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarında olduğu bulunmuştur ( $t=2.791$ ,  $p=0.006$ ). Ameliyat türü açık olan hastaların ( $3.64\pm0.75$ ), fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarının, kapalı olan hastalara ( $3.20\pm0.85$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların istek-arzu semptomları puanlarında ameliyat türüne göre anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $t=2.158$ ,  $p=0.033$ ). Ameliyat türü açık olan hastaların ( $3.11\pm0.85$ ), kapalı olan hastalara ( $2.75\pm0.70$ ) göre, istek-arzu semptomları puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastaların ameliyat türüne göre psikolojik semptomlar puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $t=2.117$ ,  $p=0.036$ ). Ameliyat türü açık olan hastaların ( $2.42\pm0.71$ ), psikolojik semptomlar puanlarının, kapalı olan hastalara ( $2.11\pm0.75$ ) göre daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Hastaların ameliyat türüne göre tüm indeks puanlarında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $t=3.076$ ,  $p=0.003$ ). Ameliyat türü açık olan hastaların ( $2.93\pm0.53$ ), tüm indeks puanlarının, kapalı olan hastalarla ( $2.60\pm0.56$ ) karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastaların bağırsak semptomları ( $t=1.311$ ,  $p=0.192$ ) ve genel semptomlar ( $t=1.362$ ,  $p=0.175$ ) puanlarının, ameliyat türüne göre farklılaşmadığı bulunmuştur (Tablo 11).



#### 4.1.3.9. Hastaların Uygulanan Anestezi Türüne Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 12.** Hastaların uygulanan anestezi türüne göre ASİİ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

n=138. Sinir bloğu uygulanan n=2 hasta analiz dışı bırakılmıştır.

Hastaların uygulanan anestezi türüne göre fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $t=2.994$ ,  $p=0.003$ ). Anestezi türü genel olan hastaların ( $3.66\pm 0.81$ ) fiziksel aktivitede kısıtlanma puanlarının, spinal olan hastalara ( $3.21\pm 0.64$ ) göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Uygulanan anestezi türüne göre hastaların istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $t=2.916$ ,  $p=0.004$ ). Anestezi türü genel olan hastaların ( $3.15\pm 0.83$ ) istek-arzu semptomları puanlarının, spinal olan hastalara ( $2.69\pm 0.75$ ) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların uygulanan anestezi türüne göre psikolojik semptomlar puanlarında anlamlı fark olduğu ortaya çıkarılmıştır ( $t=2.507$ ,  $p=0.013$ ). Anestezi türü genel olan hastaların ( $2.45\pm 0.70$ ), spinal olan hastalara ( $2.10\pm 0.77$ ) göre psikolojik semptomlar puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uygulanan anestezi türüne göre hastaların tüm indeks puanlarında da anlamlı fark olduğu gösterilmiştir ( $t=3.029$ ,  $p=0.003$ ). Anestezi türü genel olan hastaların ( $2.94\pm 0.54$ ) tüm indeks puanlarının, spinal olan hastalarla ( $2.63\pm 0.52$ ) karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastaların uygulanan anestezi türüne

göre bağırsak semptomları ve genel semptomlar puanlarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (sırasıyla;  $t=0.610$ ,  $p=0.543$ ;  $t=0.754$ ,  $p=0.452$ ) (Tablo 12).

#### **4.2. Nitel Yöntem için Bulgular**

Araştırma problemine açıklık getirmek için yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında verilmiştir.

#### 4.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

**Tablo 13.** Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri.

n=12

Çalışmanın nitel bölümüne toplamda 12 katılımcı dahil olmuştur. Katılımcılar K1-K12 olarak kodlanmıştır. Tablo 13'te katılımcıların demografik özelliklerine yer verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 6'sının <45 yaş, 3'ünün 45-54 yaş ve diğer 4'ünün 55-64 yaş grubunda; 6'sının kadın, 6'sının erkek; 2'sinin ilkokul, 5'inin lise ve 5'inin üniversite mezunu; 6'sının evli, 6'sının bekar olduğu belirlenmiştir. BKİ'ye göre 5 katılımcı normal, 6 katılımcı fazla kilolu, 1 katılımcı ise obez kategorisindedir. Katılımcılardan 5'inin tütün kullandığı, 2'sinin kronik hastalığı olduğu, 3'ünün daha önce ameliyat olduğu bulunmuştur. Klinikleri en fazla beyin cerrahi (n=4) ve genel cerrahidir (n=4). Katılımcılardan 11'i açık cerrahi girişim geçirmiş, 9 katılımcıya genel anestezi uygulanmıştır.

#### **4.2.2. Çalışmada Oluşturulan Tema, Kategori/Alt Tema ve Kodlar**

**Tablo 14.** Çalışmada oluşturulan tema, kategori/alt tema ve kodlar.



Çalışmada oluşturulan tema, kategori/alt tema ve kodlar Tablo 14’te sunulmuştur.

**Şekil 3.** Çalışmanın temalarının gösterimi.

Çalışma, şekil 3’te görüldüğü üzere 6 tema altında toplanmıştır. Bunlar; ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler, ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler, ameliyat sonrası iyileşme durumu, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar, ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler ve ameliyat sonrası iyileşmenin anlamıdır.

#### **4.2.2.1. Tema 1: Ameliyat Sonrası Şikayetlere İlişkin Görüşler**

**Şekil 4.** Ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan ilk tema olan ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasına ait 4 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; fiziksel şikayetler, psikolojik şikayetler, sosyal şikayetler ve habitual şikayetlerdir (Şekil 4).

##### **Tema 1-Kategori 1: Fiziksel Şikayetler**

Fiziksel şikayetler kategorisi kapsamında 10 kod oluşturulmuştur. Bunlar; hareket kısıtlılığı, gaz/bağırsakların çalışmaması, idrar yapamama, iştahsızlık/kilo kaybı, bulantı, nefes almada zorluk, his kaybı/uyuşukluk, ağrı, halsizlik/yorgunluk, uyuyamamadır.

##### **Tema 1-Kategori 1-Kod 1: Hareket Kısıtlılığı**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar hareket kısıtlılığı ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hareketlerinde zorlandıklarından ve bazı hareketleri yapamadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (11) ifade etmişlerdir:

*“Zaten artık belimde bir problem olduğu belli. Bazı hareketlerimi eskisi gibi yapamıyorum. Mesela spor yapamıyorum, atlayamıyorum, koşamıyorum.”*

*(K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Yürürken zorlanıyorum. Ayağa kalkarken ve doğrulurken zorlanıyorum.”*

*(K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat sonrası benim gibi biri için çok da iyi olmadı. Şöyle, kendim sürekli spor yapan, ara sıra futbol oynayan, folklor oynamayı ve oynatmayı çok seven biri olarak, bir anda çökmenin dahi yasaklanması, zıplamanın yasaklanması, benim için bir yıkım oldu.”* (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)

*“Desteksiz ayağa kalkamıyorum. Kolumda da kırık olduğu için koltuk değneği kullanamıyorum. Kolumdan askıyı çıkarmamam gerekiyormuş.”* (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)

*“Şu an dikişlerim olduğu için hareket etmekte biraz zorlanıyorum.”* (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)

*“Hareketlerim de kısıtlandı tabii ki.”* (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)

*“Ameliyat sonrası tabii ki bazı ufak tefek şikayetlerim oldu. Başta ağrılarım, daha sonra harekette zorlanmalarım.”* (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Şimdi de henüz ayağa kalkabilmiş değilim.”* (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

*“Ameliyatın olduğu aynı günün akşamı hemşireler gelip çoktan ayağa kalkmam, yürümeye başlamış olmam gerektiğini söylediler. Beni ayağa kaldırmak istediler. Ama daha saatler önce ameliyat olmuşum. Ayağa kalkmaya çalışmak öyle bir ağrı yaratıyordu ki ‘Belki bir hafta boyunca ben buradan yerimden kalkamam.’ dediğimi hatırlıyorum. Ağrı kesiciler, serumlar derken ilk gece uyuyup sabah 7’de kaldırıldım. Kahvaltımı yaptım. Tekrardan serumlar, ağrı kesiciler. Doktor bir yandan, hemşireler bir yandan ayağa kaldırmak için zorladılar.”* (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

*“İşte şimdi de sadece oturup kalkarken ya da uzanırken zorlanıyorum. Dikiş yerim de var, zorlamamam gerekiyor. Bu sebeple hareketlerim yavaş ve kısıtlı. Kaplumbağa hızıyla hareket ediyorum ve bu halim daha ne kadar sürer bilmiyorum.”* (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)



*“Şu an düz yatamıyorum.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 2: Gaz/Bağırsakların Çalışmaması**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar gaz/bağırsakların çalışmaması ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar gaz sorunundan ve bağırsakların düzgün çalışmadığından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K11 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Belirttiğim gibi en büyük sorun ameliyatımın riskinden dolayı bağırsaklarımın düzgün çalışmamasıydı.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonraki saatlerim çok zorlu geçti. Yatıp kalkmada zorluk, tuvalete gitmede zorluk, yani yediğim yemeklerin midemde yaptığı gaz. O gazlı basıncın ağırları. Bu yaşadığım ağrılar nedeniyle doktora tekrar ‘Bu ağrılar normal mi?’ diye sormak zorunda kaldım. ... Yediğiniz yemekler hepsi midede kalıyor, gaz üretiyor ve oradan dışarı çıkmıyor ve bu nedenle de ağrılar akşamları çok artıyor. Uyku uyutmuyor.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 3: İdrar Yapamama**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod idrar yapamama olmuştur. Katılımcılar tuvalete gitmekte zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K10 ve K11 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“İdrarım var ama yapamıyordum. Çok sancı yapmıştı. Doktor sonda taktı. Öyle tuvaletime çıkabildim.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Uyuşukluk hali devam ettiğinden tuvaletinizin gelip gelmediğini hissetmiyorsunuz. Üç dört saat geçtikten sonra uyuşukluk kalkınca mesanede birikmiş olan sıvılar öyle bir basınç uyguluyor ve ağrı yapıyor ki hayatımda böyle bir ağrı yaşadığımı hatırlamıyorum. Sonra hemşire gelip sonda taktırdı, öyle rahatladım. Ağrılar biraz dindi ve rahatlayabildim. İlk gece tuvalete gitmek ya da tuvalete yürüyebilmek tam bir eziyet. Bu nedenle sondanın takılması kesinlikle çok iyi oldu.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ağrı çekiyorsun, yemek yemiyorsun, tuvalete gidemiyorsun.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

#### **Tema 1-Kategori 1-Kod 4: İştahsızlık/Kilo Kaybı**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar iştahsızlık/kilo kaybı ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar iştahsız olduklarından ve kilo kaybı yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K6 ve K10 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Çok fazla bir şey tüketemiyorum. Ameliyat sonrası bulantılarım oldu. O yüzden çok fazla bir şey yemedim.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Söylediğim gibi beslenmem değişti. Kilo kaybettim.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Bulantım oldu, iştahsızım.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

#### **Tema 1-Kategori 1-Kod 5: Bulantı**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod bulantı olmuştur. Katılımcılar bulantıları olduğunu bu nedenle yemek yemekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Ameliyat sonrası bulantılarım oldu. O yüzden çok fazla bir şey yemedim.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ve aldığım anesteziden dolayı bulantılarım oldu. Hala daha çok katı bir şey yemedim, çorba içtim.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Onun dışında hemen yemek yiyemedim. Bulantım oldu, iştahsızdım. Bulantım için ilaç yaptılar. Çok sıvı tüketmememi söylediler.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

#### **Tema 1-Kategori 1-Kod 6: Nefes Almada Zorluk**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar nefes almada zorluk ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar nefes alırken ağrı çektiklerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K7 kodlu katılımcı şunları (3) ifade etmiştir:

*“Geceleri uyurken biraz zorlandım. Çünkü ameliyat yerimden dolayı çok kolay nefes alamadım.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Şu anda ameliyat yerimde bazen nefes alırken bile ağrı oluyor ama inanın o ilk hissettiğim ağrı gibi değil.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Çok derin nefes alamıyorum.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 7: His Kaybı/Uyuşukluk**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar his kaybı/uyuşukluk ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar özellikle bacaklarında ve ayaklarında hissizlik yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K6, K9 ve K11 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Ayaklarımın altının hala uyuşukluğu geçmedi.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra özellikle bacaklarımda his kaybı oldu, hala yürüyemedim.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Uyuşukluk hali devam ettiğinden tuvaletiniz gelip gelmediğini hissetmiyorsunuz.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 8: Ağrı**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar ağrı ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (12) ifade etmişlerdir:

*“Ameliyatın güzel geçmiş olmasına rağmen o yaşadığım korku ve uykumu bile kaçırarak derecede olan sancılarımı unutabileceğimi sanmıyorum.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra ister istemez ağrılarım ara ara devam ediyor.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyat sonrası ağrılarım devam ediyor. Ayağa kalkarken ve otururken ayağımı çok zor hareket ettiriyorum. Bacağımı uzattığımda herhangi bir sorun olmuyor ancak kendime çekemiyorum. Ayağımı bükmeye çalıştığımda çok ağrım oluyor.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyat sonrası tabii ki bazı ufak tefek şikayetlerim oldu. Başta ağrılarım, daha sonra harekette zorlanmalarım.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ve belimde yani ameliyat yerimde ağrılarım var. Bu, ameliyat yeri kesisi sebebiyle olabilir.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra ağrılarım oldu tabii ameliyat yerimde. Ama hemen ağrı kesici yaptılar. Gece ağrılarım tekrar başlayınca uyuyamadım. Ama hemen hemşireler yine ağrı kesici yaptılar. Bu, ağrılarımı azalttı. Fizik tedavi gördüğüm zaman, yani, egzersiz yaptırdıklarında bacağımın açılması için, o*

*eklemlerimin çalışması için hareket yaptırdıklarında, çok şiddetli ağrı oluyor. Yani kopacak zannettiğim bile oldu. Ama dinlendirince ve ağrı kesici yapılıncaya ağrı hafifliyor.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyattan korkum vardı ama ameliyat en kolay kısmıymış. Aslında en büyük dert ameliyattan sonra başlıyormuş. Ameliyatın ardından kesi yapılan bölgeye kum torbası konuluyormuş galiba. Yani ameliyat yapılan yerin sabit kalması için, kanamaması için. İlk saatlerde belden aşağısını uyusuk olduğu için bölgeye konulmuş olan kum torbasının ağırlığını hissetmedim. Sanırım beş kiloydu. Zaman geçtikçe kum torbasının ağırlığını öyle bir hissetmeye başladım ki ağrıdan duramaz oldum ve kum torbasını kaldırmak zorunda kaldım. Normalde tutmam gerekiyormuş ama daha fazla dayanamadım.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“İkincisi uyusukluk hali devam ettiğinden tuvaletiniz gelip gelmediğini hissetmiyorsunuz. 3-4 saat geçtikten sonra uyusukluk kalkınca mesanede birikmiş olan sıvılar öyle bir basınç uyguluyor ve ağrı yapıyor ki hayatımda böyle bir ağrı yaşadığımı hatırlamıyorum. Sonra hemşire gelip sonda taktırdı öyle rahatladım. Ağrılar biraz dindi ve rahatlayabildim. İlk gece tuvalete gitmek ya da tuvalete yürüyebilmek tam bir eziyet. Bu nedenle sondanın takılmasını kesinlikle çok iyi oldu. Ameliyatın olduğu aynı günün akşamına hemşireler gelip çoktan ayağa kalkmam, yürümeye başlamış olmam gerektiğini söylediler. Beni ayağa kaldırmak istediler ama daha saatler önce ameliyat olmuşum ve ayağa kalkmaya çalışmak öyle bir ağrı yaratıyordu ki yani ‘Belki bir hafta boyunca ben buradan yerimden kalkamam.’ dediğimi hatırlıyorum.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonraki saatlerim çok zorlu geçti. Yatıp kalkmada zorluk, tuvalete gitmede zorluk, yani yediğim yemeklerin midemde yaptığı gaz. O gazlı basıncın ağrıları. Bu yaşadığım ağrılar nedeniyle doktora tekrar ‘Bu ağrılar normal mi?’ diye sormak zorunda kaldım. Ama sonra daha az ağrılı ve sancılı geçmeye başladı. ... Yediğiniz yemekler hepsi midede kalıyor, gaz üretiyor ve oradan dışarı çıkmıyor. Bu nedenle de ağrılar akşamları çok artıyor. Uyku uyutmuyor.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Çok zordu. Ağrılarım oldu. Stresi, korkusu bile yetiyor zaten. Ağrılarım geçecek, normale döneceğim inşallah. Ama süreci çok zor.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

*“Odaya çıktığımda birkaç saat anestezinin etkisinden dolayı uykulu olduğum için çok hızlı geçti, hatırlamıyorum. Ama o gece işte serumlar, ağrı kesiciler, ilaçlar verildi. Ağrım hala ufak ufak oluyor, ağrı kesici veriyorlar. Ertesi gün doktor ‘Nasıl durumun? Ağrın, sizin nasıl?’ bu soruları sordu. Normalde taburcu edecekmış. Ama ağrım olduğunu söyleyince bir gece daha tutmaya karar verdi.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ağrı çok olmuyor. Yani oluyor ama ağrı kesici verildiği için geçiyor.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 9: Halsizlik/Yorgunluk**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod halsizlik/yorgunluktur. Konuyla ilgili K6 ve K8 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Kendimi halsiz hissediyorum. Halsizlik ve yorgunluğum çok fazla var.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“İlaçlardan mı bilmiyorum. Çok fazla halsizliğim, yorgunluğum, isteksizliğim vardı.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 1-Kod 10: Uyuyamama**

Fiziksel şikayetler kategorisinde katılımcılar uyuyamama ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar geceleri ağrılar ve nefes darlığı nedeniyle rahatlıkla uyuyamadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Geceleri ağrım oldu, uyuyamadım. Uyku sorunu çektim. Hemşireler hemen serum taktı. Böylece ağrılarım da azalmış oldu.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Geceleri uyurken biraz zorlandım. Çünkü ameliyat yerimden dolayı çok kolay nefes alamadım.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Gece ağrılarım tekrar başlayınca uyuyamadım. Ama hemen hemşireler yine ağrı kesici yaptılar.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Yediğiniz yemekler, hepsi midede kalıyor, gaz üretiyor ve oradan dışarı çıkmıyor ve bu nedenle de ağrılar akşamları çok artıyor. Uyku uyutmuyor.”*

*(K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 2: Psikolojik Şikayetler**

Psikolojik şikayetler kategorisi altında 2 kod oluşturulmuştur. Bunlar; korku ve kaygıdır.

#### **Tema 1-Kategori 2-Kod 1: Korku**

Psikolojik şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir kod korku olmuştur. Katılımcılar cerrahi girişim sürecindeki korkularından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (8) ifade etmişlerdir:

*“Tabii ki kötü bir tecrübeydi. Ameliyatın güzel geçmiş olmasına rağmen o yaşadığım korku ve uykumu bile kaçırarak derecede olan sancılarımı unutabileceğimi sanmıyorum. Umarım tekrar böyle bir süreç yaşamak zorunda kalmam.”* (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Çok ağladığım, üzüldüğüm zamanlarım oldu. Bana bir şey olursa diye eşim ve çocuklarımı çok düşündüm. Ölüm korkusunu tattım diyebilirim.”* (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Normalde pek ağlayan biri değilimdir. Ama ameliyattan sonra ağladığımı hatırlıyorum. Bu hem ağrıdan hem de yaşadığım olayın korkusundan olmuş olabilir, bilemiyorum.”* (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)

*“Ameliyat olma korkutucu bir süreç. Sonuçta hayatta risk alıyorsunuz ama yine de daha kötü bir şey olmasını engelliyor.”* (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

*“Ameliyat olmak, yani nasıl söylemeliyim, inşallah bir daha ömrüm boyunca tekrar olmak zorunda olmam. Bilmediğim bir şehirdeyim, bilmediğim bir yerdeyim, başka insanlarla aynı odada kalmak zorunda kalıyorum. Ağrı çekiyorsun, yemek yemiyorsun, tuvalete gidemiyorsun. Çok zor bir süreçmiş. Hayatımda ilk defa ameliyathane gördüm mesela. İçerisi buz gibi. Herhalde orayı, orda ettiğim duaları, yaşadığım korkuyu unutamayacağım. Ameliyat olunca da bitmedi. Ameliyattan sonra da yaşamımda bir sürü değişiklik, ağrılar, inşallah kurtulacağız. Bütün hayatım etkileniyor. Bilmediğin şeyler yaşıyorsun. Hayatımda hiç tecrübe etmediğim şeyler bunlar. Atlattım ama hani*

diyorlar ya 'Allah düşürmesin, eksik de etmesin.' gerçekten de öyle." (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

"Ameliyat korkum vardı." (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

"Hem iyileşmek için gerekli hem de birçok riski olduğu için tehlikeli, korkutucu. Hayatının dönüm noktaları olur ya hani, ameliyattan öncesi, ameliyattan sonrası gibi, öyle. İkisi de ayrı. Korkum, tedirginliğim çoktu." (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)

"Çok zordu. Ağrılarım oldu. Stresi, korkusu bile yetiyor zaten." (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)

### **Tema 1-Kategori 2-Kod 2: Kaygı**

Psikolojik şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod kaygıdır. Katılımcılar, iyileşememe, komplikasyon gelişme, tekrar ameliyat olmaya yönelik endişelerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (6) ifade etmişlerdir:

"Ameliyat öncesi kaygı, korku. Sonrasında her yaptığım harekette, her yürüdüğüm, adım attığım yolda, her çıktığım basamakta, korku, kaygı, tedirginlik yarattı. 'Yine aynısı mı olacak?' diye. ... Şimdi bu ikinci ameliyatımı olduktan sonra korkularım çoğaldı. Neden? Çünkü belim çok hassaslaştı. İkinci ameliyattan sonra belim çok hassas olduğu için şimdi daha çok kaygı duyuyorum. Üçüncü ameliyatı olmamak için kaygı içerisindeyim. Normal yaşantımı, sosyal yaşantımı etkileyecek bu 'Acaba üçüncü ameliyatı olur muyum?' kaygısı. Zaten artık belimde bir problem olduğu belli." (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)

"Endişeliydim, endişeliydim. Olduğum ameliyatta bazı yan etkiler ameliyat sonrası çıkar diye duydum. Hakikaten çok endişelendim. Bunlardan en büyüğü görme kaybıydı." (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)

"Tuvaletimi yapma endişem. Nasıl yapacağım, nasıl temiz tutacağım, enfeksiyondan nasıl korunacağım hakkında birçok endişem mevcut." (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

"Vücudunuzda bir kesi var. İnsan ister istemez tedirgin oluyor. Ameliyattan önce de çok tedirgindim." (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

*“Kendi başıma tuvalete gidip gidemeyeceğim diye çok korkuyordum. Onu başarabilmek çok güzel. Evde de rahatça gideceğim. Yani arkadaşşıma yük olmayayım, altıma sürgü sürmesinler diye tedirgindim.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Korkum, tedirginliğim çoktu.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 3: Sosyal Şikayetler**

Sosyal şikayetler kategorisinde kalabalıktan/dışarı çıkmaktan kaçınma olarak 1 kod oluşturulmuştur.

#### **Tema 1-Kategori 3-Kod 1: Kalabalıktan/Dışarı Çıkmaktan Kaçınma**

Sosyal şikayetler kategorisinde katılımcılar, kalabalıktan/dışarı çıkmaktan kaçınma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K11 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Mesela artık insanlar arasına eskisi gibi karışamıyorum. İnsanlarla özellikle kalabalık ortamlara girmemeye özen gösteriyorum.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Taburcu olduktan sonra evden dışarı çıkmayı düşünmüyorum. İyileşene kadar evde dururum. Evde yaparım yürüyüşümü.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 1-Kategori 4: Habitual Şikayetler**

Habitual şikayetler kategorisinde 1 kod oluşturulmuş olup bu kod işe geri dönemeyeceğini düşünmedir.

#### **Tema 1-Kategori 4-Kod 1: İşe Geri Dönemeyeceğini Düşünme**

Habitual şikayetler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri kod işe geri dönemeyeceğini düşünme olmuştur. Konuyla ilgili K11 kodlu katılımcı şunu (1) ifade etmiştir:

*“İşe geri dönebilme tahminlerime gelirse eğer, fiziksel iş gücü gerektirmeyen yani mesela masa başı işi yapıyor olsaydım herhalde sekiz-on gün içinde işe geri dönebilirdim. Ama benim gibi araç kullanan ya da eşya indirip kaldıranların iki hafta içinde işe geri dönebileceğimi pek zannetmem.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*



**Tablo 15.** Katılımcılara göre ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler.

Ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 63 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, ağrı (12), hareket kısıtlılığı (11) ve korku (8) kodları üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 15).

### **1.1.1.1. Tema 2: Ameliyat Sonrası Yaşanan Değişiklikler**

**Şekil 5.** Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan ikinci tema olan ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasına ait 3 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; tedavi alma, yaşam tarzı değişikliği ve sağlık ile ilgili farkındalıktır (Şekil 5).

#### **Tema 2-Kategori 1: Tedavi Alma**

Tedavi alma kategorisi altında 4 kod oluşturulmuştur. Bunlar; ilaç kullanma, diyet yapma/kilo verme, fizik tedavi ve yardımcı araç kullanmadır.

#### **Tema 2-Kategori 1-Kod 1: İlaç Kullanma**

Tedavi alma kategorisinde katılımcılar ilaç kullanma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar vitamin takviyesi aldıklarını ve sürekli ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili K4 ve K5 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Kilo vermeme ve kalsiyum, magnezyum gibi kemiklerimin güçlenmesi için gerekli vitaminleri almamı söylediler.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Sadece bundan sonra sürekli ilaç kullanacak olmam ve ilaçlarımın dozunun yüksek olması biraz canımı sıktı. İlaçlarımın dozu kiloma göre düzenleniyormuş. Eğer kilomu azaltabilirsem ilaçlarımın dozu da düşecekmiş.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Şimdi de gayet iyiyim. Ama bundan sonra sürekli ilaç kullanmam gerekecektmiş.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

### **Tema 2-Kategori 1-Kod 2: Diyet Yapma/Kilo Verme**

Tedavi alma kategorisinde katılımcılar diyet yapma/kilo verme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K4 ve K5 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Kilo vermeme ve daha çok kalsiyum, magnezyum gibi kemiklerimin güçlenmesi için gerekli vitaminleri almamı söylediler.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra eski haline gelebilmek ... beslenmeme daha çok dikkat etmemi söylediler.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Bundan sonra diyet yapmam gerekiyormuş. Beslenmeme dikkat edersem benim için her şey daha kolay olurmuş.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

### **Tema 2-Kategori 1-Kod 3: Fizik Tedavi**

Tedavi alma kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod fizik tedavi olmuştur. Konuyla ilgili K1 ve K4 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Fizik tedavi bir süre devam etti. Hareketler vardı, bel hareketleri, düzenli olarak yapmam için. İlk zamanlar yaptım iyileşene kadar. Ama iyileştikten sonra aslında ömür boyu bu hareketleri yapmam gerekiyormuş. Ama hiçbirine maalesef iyileştikten sonra devam etmedim.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra eski haline gelebilmek için fizik tedavi uygulamam gerektiğini söylediler.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 2-Kategori 1-Kod 4: Yardımcı Araç Kullanma**

Tedavi alma kategorisinde katılımcılar yardımcı araç kullanma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar boyunluk, korse ve kolostomi torbası kullandıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Belki ameliyat yerimi zorlamamak ve dikişlerimin açılmaması için bel korsesi kullanabilmişim.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyattan sonra kolostomi torbası ile yaşamımı idame ettiriyorum.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ama bahsettiğim gibi yeni yaşama biçimi ile hayatım değişti. Şimdi kolostomi torbası ile birlikte yaşayacağım. Bu beni psikolojik olarak yine üzgün hissettiriyor. Nasıl görüneceğim, nasıl kullanacağım ile ilgili endişelerim var. Hemşirem ve doktorlarım kullanımı hakkında bana bilgiler verdi. Ancak hala beni zorlayıcı bir sürecin beklediğini biliyorum. Her şeye alıştığım gibi bu sürece de alışacağım.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Boyunluk almamı söyledi. Boyunluğu 30 gün boyunca takmam gerektiğini söyledi. 30 gün boyunca çıkarmayacağımı söyledi.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 2-Kategori 2: Yaşam Tarzı Değişikliği**

Yaşam tarzı değişikliği kategorisi altında 1 kod oluşturulmuştur. Bu; yaşamında değişiklik yapmadır.

### **Tema 2-Kategori 2-Kod 1: Yaşamında Değişiklik Yapma**

Yaşam tarzı değişikliği kategorisinde katılımcılar yaşamında değişiklik yapma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K12 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Yine beslenmem olsun, hareketlerimde kısıtlamalar olsun, dikkat etmem gereken bir sürü şey ve kullanmam gereken ilaçlar olmasına rağmen kendimi iyileşmiş hissediyorum.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Altı ay boyunca ağır kaldıramayacaktım. Futbol oynamak yasak. Zor işler yok. Bunlara dikkat etmem gerektiğini söyledi doktorlar.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 2-Kategori 3: Sağlık ile İlgili Farkındalık**

Sağlık ile ilgili farkındalık kategorisi altında oluşturulan 1 kod kendine önem vermedir.

### **Tema 2-Kategori 3-Kod 1: Kendine Önem Verme**

Sağlık ile ilgili farkındalık kategorisinde katılımcılar kendine önem verme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K8 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Ama bundan sonra kendime daha çok dikkat edeceğim ve en küçük bir ağrımı bile ihmal etmeyeceğim. Bu konuda bana güzel bir tecrübe oldu.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat olmak beni çok etkiledi. Hem bu ameliyatım hem de hastalık sürecinin bana öğrettiği çok şey oldu. Yaşamındaki insanlar hakkında göremediklerimi görmemi sağladı. Kendimi ihmal ettiğimi fark ettim. Artık geç oldu mu bilemiyorum. Ama daha fazla geç olmadan kendime daha fazla önem vermeyi öğrendim.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

#### **Tablo 16.** Katılımcılara göre ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler.

Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 16 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, yardımcı araç kullanma (4), ilaç kullanma (3) ve diyet yapma/kilo verme (3) kodları üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 16).

### 1.1.1.2. Tema 3: Ameliyat Sonrası İyileşme Durumu

**Şekil 6.** Ameliyat sonrası iyileşme durumu temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan üçüncü tema olan ameliyat sonrası iyileşme durumu temasına ait 4 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; fiziksel iyileşme, psikolojik iyileşme, sosyal iyileşme ve habitual iyileşmedir (Şekil 6).

#### **Tema 3-Kategori 1: Fiziksel İyileşme**

Fiziksel iyileşme kategorisi altında 2 kod oluşturulmuştur. Bunlar; fiziksel iyileşme hissetme ve ağrıdan kurtulmadır.

#### **Tema 3-Kategori 1-Kod 1: Fiziksel İyileşme Hissetme**

Fiziksel iyileşme kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir kod fiziksel iyileşme hissetme olmuştur. Katılımcılar kendilerini fiziksel olarak iyileşmiş hissettiklerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K4 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Ama kendimi hem fiziksel hem de ruhsal olarak daha pozitif hissediyorum. Bu ağrılarımın geçeceğini biliyorum. Artık fiziksel olarak beni engelleyecek herhangi bir durum olmadığı ve günlük hayatıma daha rahat devam edebilecek olacağım için kendimi daha iyi hissediyorum.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ama şunu da eklemeyen yapamayacağım. Ameliyat öncesi ile kıyaslandığında şu anki mevcut halim daha iyi. Bugün fizyoterapist ile birlikte ayağa kalktım. En azından yürüyorum.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 3-Kategori 1-Kod 2: Ağrıdan Kurtulma**

Fiziksel iyileşme kategorisinde katılımcılar ağrıdan kurtulma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sonrasında ağrılarının dindiğini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (5) ifade etmişlerdir:

*“Sıkıntılarımı düşündüğümde, çok sıkıntılı süreç yaşadığım için, ağrı, sancı, bu ağrılardan dolayı uyuyamama her türlü hayatı etkilediği için, sonrasında kendimi daha iyi hissediyorum.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat sonrasında yaşadığım en büyük değişiklik ameliyat öncesinde yaşadığım o korkunç ağrının tümünden kurtulmamdı. Şu anda ameliyat yerimde bazen nefes alırken bile ağrı oluyor ama inanın o ilk hissettiğim ağrı gibi değil.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat öncesi çok ağrılar çektim. Ameliyat sonrası o ağrılar bitti.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ben fitik ameliyatı olan bir hasta olarak ağrılarımdan kurtulmak istediğim için ameliyat oldum. Şu an gerçekten de kendimi çok daha iyi hissediyorum.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ben ameliyat olmadan önce bendeki ağrılar şunlardı. Sol kolumda ağrı ve güç kaybı vardı ve uyuşma vardı. Sağa ve sola boynumu çevirdiğim zaman kulağımın arkasında ağrılar oluşuyordu. Baş ağrısı oluyordu. Vücutumda garip reaksiyonlar oluyordu. Meğerse birçok şey ondan dolayıymış. Çünkü benim kollarımdaki ve sırtımdaki ağrılar geçti. Sağa sola kafamı çeviriyorum. O ağrılar geçti. Baş ağrım geçti vesaire. Epey rahatladım.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 3-Kategori 2: Psikolojik İyileşme**

Psikolojik iyileşme kategorisi altında korkuda azalma ve mutlu olma olmak üzere 2 kod oluşturulmuştur.

#### **Tema 3-Kategori 2-Kod 1: Korkuda Azalma**

Psikolojik iyileşme kategorisinde katılımcılar korkuda azalma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Ameliyat öncesindeki durumum biraz kritik olduğu için hem ağrılarım vardı hem de olaydan dolayı umutsuzluk içindeydim. Hem ailemin hem de sağlıklı arkadaşların desteği ile toparlayıp kendime geldim. Hepsine çok teşekkür ediyorum. Şimdi yine ara sıra ağrılarım oluyor. Ama yaşımın genç olmasından dolayı daha hızlı bir iyileşme süreci olacağını söylediler. Bu da benim korkularımı bir hayli azalttı.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Şimdi bu kaybım da benim için çok zor. Psikolojik olarak kendimi kötü hissediyorum. Ama bunun da bir tedavi olduğunu kabullendim.....Ama artık kendimi daha rahatlamış ve korkusuz hissediyorum.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Şimdi ameliyat oldum. Bir göğsümü kaybettim. Ama artık bundan sonrasının daha iyi olacağını hissediyorum. Korkularım azaldı.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Keşke daha önce gelseymişim diyorum. Korkacak hiçbir şey yokmuş.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 3-Kategori 2-Kod 2: Mutlu Olma**

Psikolojik iyileşme kategorisinde katılımcılar mutlu olma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K6 ve K10 kodlu katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Ama kendimi hem fiziksel hem de ruhsal olarak daha pozitif hissediyorum.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyat olmak beni sağlığıma kavuşturacağı için beni mutlu etti. Sürecin zor olduğunu biliyorum. Ama artık bittiğini düşünerek mutlu oluyorum. Yine beslenmem olsun, hareketlerimde kısıtlamalar olsun dikkat etmem gereken bir sürü şey ve kullanmam gereken ilaçlar olmasına rağmen kendimi iyileşmiş hissediyorum.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Şu anda ameliyat olduğum için çok mutluyum. ... Düzeldiğim için çok mutluyum.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Hayata şu anda daha umutla bakıyorum ve topuklu ayakkabı giyebileceğim.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 3-Kategori 3: Sosyal İyileşme**

Sosyal iyileşme kategorisi altında 1 kod oluşturulmuştur. Bu; sosyalleşmedir.



### **Tema 3-Kategori 3-Kod 1: Sosyalleşme**

Sosyal iyileşme kategorisinde katılımcılar sosyalleşme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı şunu (1) ifade etmiştir:

*“Ama şunu da eklemeyen yapamayacağım. Ameliyat öncesi ile kıyaslandığında şu anki mevcut halim daha iyi. ... İnsanlarla sosyalleşiyorum.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 3-Kategori 4: Habitual İyileşme**

Habitual iyileşme kategorisi altında yaşamına/işe geri dönebilme olarak 1 kod oluşturulmuştur.

### **Tema 3-Kategori 4-Kod 1: Yaşamına/İşe Geri Dönebilme**

Habitual iyileşme kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir kod yaşamına/işe geri dönebilme olmuştur. Konuyla ilgili K1, K4 ve K8 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Çok şükür olmadı. Bir ay sonra çalışmaya başlayabileceğimi söylediler. Üstelik işim de ayaktaydı. Uzun süre 12 saat ayakta çalıştığım bir mesleğim var. Sahada koşturan bir mesleğim var.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ama şunu da eklemeyen yapamayacağım. Ameliyat öncesi ile kıyaslandığında şu anki mevcut halim daha iyi. ... Kendi işlerimi görüyorum.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Durumu ne kadar çabuk kabullenip yeni yaşama biçimine alışınca, yaşadığım için şükrediyorum.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

**Tablo 17.** Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşme durumu.

Ameliyat sonrası iyileşme durumu teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 19 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, ağrıdan kurtulma (5), korkuda azalma (4) ve mutlu olma (4) kodları üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 17).

#### **1.1.1.3. Tema 4: Ameliyat Sonrası İyileşmeyi Etkileyen Durumlar**

**Şekil 7.** Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan dördüncü tema olan ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasına ait 3 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; hasta ile ilgili faktörler, hasta yakını ile ilgili faktörler, sağlık personeli ile ilgili faktörlerdir (Şekil 7).

#### **Tema 4-Kategori 1: Hasta ile İlgili Faktörler**

Hasta ile ilgili faktörler kategorisi altında 4 kod oluşturulmuştur. Bunlar; daha önce ameliyat olma, daha önce ameliyat olan kişilerle görüşme, ameliyat sonrası bakıma önem verme, iyileşmeye inanmadır.

#### **Tema 4-Kategori 1-Kod 1: Daha Önce Ameliyat Olma**

Hasta ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcılar daha önce ameliyat olma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K1, K2 ve K9 kodlu katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Yaşantımı çok etkiliyor. Çünkü bu ameliyatı iki kez oldum. İlki kendi hatam. Dikkat etmedim ilk ameliyatımda. Ameliyatım başarılı geçmişti. Sonrasında hiçbir rahatsızlığım olmadı. Ama ben tamamen unuttum ameliyat olduğumu. Olmamış gibi hareket ettim. Spora devam ettim. Doktorumun önerilerine uymadım ve ikinci ameliyatı olmam gerekti. Tekrarladı. Tekrar çıktı ve yırtık olarak çıktı bu sefer. İlk ameliyatta doktorumun tavsiyelerine uysaydım, kendime dikkat etseydim, belki bu ikinci ameliyatı olmama gerek olmayacaktı.”*  
(K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)

*“Çünkü daha öncesinde herhangi bir ameliyat tecrübem olmamıştı.”* (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Daha önce de ameliyat olduğum için bu süreci en baştan yaşamak beni korkuttu.”* (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

*“Daha önce safra kesesi ameliyatı olmuşum. Önceden de ameliyat tecrübem olduğu için şimdi neler yaşayacağımı az çok tahmin edebiliyorum. Ağrılar, sızılar, o kesi yerinin sızısı uzun süre geçmiyor.”* (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)

#### **Tema 4-Kategori 1-Kod 2: Daha Önce Ameliyat Olan Kişilerle Görüşme**

Hasta ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod daha önce ameliyat olan kişilerle görüşme olmuştur. Konuyla ilgili K2 ve K12 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Ve başkalarının anlattıklarından dolayı korkularım vardı. Bu yüzden hastaneye gelmeyi de erteledim. Bu maalesef iyileşme sürecimi daha kötü etkiledi.”* (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Daha önce de çevremde bu ameliyatı geçiren yakınlarım olmuştu. Onlar süreci daha kötü anlatmışlardı. Ben de onlardan dinlediğim için ameliyat öncesi korkuyordum.”* (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)

*“Şunu söyleyeyim, ameliyat olmuş kişilerle iletişime geçmem beni çok rahatlattı. Ama tabii ki herkeste her zaman her şey aynı olacak diye bir kaide yok. Bu anlamda dikkat ettim.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

#### **Tema 4-Kategori 1-Kod 3: Ameliyat Sonrası Bakıma Önem Verme**

Hasta ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir kod ameliyat sonrası bakıma önem verme olmuştur. Katılımcılar ameliyat sonrasında kendilerine iyi baktıklarını ve dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (5) ifade etmişlerdir:

*“Yani bir ay zaten bir iyileşme süreci oldu. Ama gerçek anlamda bir altı ay, iyileşmek, tekrar toparlanmak, yürümek, sosyal hayata dönmek, bir altı ayı buldu. İlk bir ay çok önemliydi. Doktorumun bütün tavsiyelerine uydum. Ben dikkat ettim. Tabii ki çok fark oldu arada, iyileştim.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Tabii bunda hastanın kendine dikkat etmesi önemli.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Burada şu anda hala kontroldeyim. Ben de şu an yediğime, içtiğime dikkat ediyorum.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Normalde çalışan arkadaşlardan bilgi aldığımda, zaman içinde iyileşmesi zor olan bir vakaymışım. Ama hem ameliyatımın iyi geçmesi hem de benim iş birliği yapmam, mevcut durumumu avantajlı kıldı.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyat sonrası iyileşme ile ilgili düşüncelerim şöyle: Eğer kendinize çok iyi bakarsanız ve doktorunuzun söylediği her şeyi eksiksiz yerine getirirseniz iyileşme süresi çok belirgin bir şekilde hızlanıyor ve eski sağlığınıza kavuşmuş oluyorsunuz.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

#### **Tema 4-Kategori 1-Kod 4: İyileşmeye İnanma**

Hasta ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcılar ayrıca iyileşmeye inanma ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar iyileşeceklerine dair inançları olduğundan bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K10 kodlu katılımcı şunu (1) ifade etmiştir:

*“Ben hayırlısıyla hemen çıkacağım hiçbir şey mikrop kapmadan. İyileşeceğime de inanıyorum. Biraz da istemek önemli, düşünce önemli. Hep olumlu*

*düşünmeye çalıştım. İyileşmeyi istedim. Niyetler önemli. 'Ben sağlıklı yaşamak istiyorum.' dedim ve çok mutluyum." (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

#### **Tema 4-Kategori 2: Hasta Yakını ile İlgili Faktörler**

Hasta yakını ile ilgili faktörler kategorisi altında 1 kod oluşturulmuştur. Bu; aile/arkadaş desteğidir.

#### **Tema 4-Kategori 2-Kod 1: Aile/Arkadaş Desteği**

Hasta yakını ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcılar aile/arkadaş desteği ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar arkadaş, aile gibi yakınlarının desteğinin oldukça iyileştirici olduğunu belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (7) ifade etmişlerdir:

*"Zorlayıcı bir süreç geçirdim ve bu süreçte yakınlarımın yanımda bulunması beni çok güçlü hissettirdi." (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*"Bu süreçte ailemin desteği ve doktorların ve buradaki tüm sağlık çalışanlarının desteği benim iyileşmemi kolaylaştırdı." (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*"Yakınlarımın yanımda bulunması ve destek olması çok güçlü hissettirdi." (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*"Hem ailemin hem de sağlıkçı arkadaşların desteği ile toparlayıp kendime geldim. Hepsine çok teşekkür ediyorum." (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*"Bu gelişme süresince önce hekimlerime, sonra benimle ilgilenen hemşirelerime, hasta bakıcı arkadaşlarıma, en önemlisi ise beni bir saniye bile yalnız bırakmayan eşime, bana verdikleri yüksek moral ve motivasyonumu yüksek tutmak için gösterdikleri özveriye ne kadar teşekkür etsem az gelir." (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*"Gerek hekimlerin gerekse hemşireler ve hasta bakıcıların ve ailemin desteği benim diri kalmama neden oldu. Hayata daha da sıkı sarılmama neden oldu." (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*"Ailem beni bir gün bile yalnız bırakmadı. Bu süreçte moral ve motivasyonumun çok önemli olduğunu doktorlarım hep söyledi. Bu sebeple de hem arkadaşlarım hem ailem benim iyi hissedebilmem için ellerinden geleni yaptılar." (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

#### **Tema 4-Kategori 3: Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler**

Sağlık personeli ile ilgili faktörler kategorisi altında 2 kod oluşturulmuştur. Bunlar; sağlık personelinin bilgi vermesi ve sağlık personeli desteğidir.

#### **Tema 4-Kategori 3-Kod 1: Sağlık Personelinin Bilgi Vermesi**

Sağlık personeli ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcılar sağlık personelinin bilgi vermesi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hekim ve hemşirelerin bilgilendirmesinin iyi geldiğinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K8 kodlu katılımcılar şunları (3) ifade etmişlerdir:

*“Doktorlarımın ve hemşirelerimin bilgilendirmesi ile daha da rahatladım.”*

*(K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Buradaki doktorlar ve hemşireler tarafından bilgilendirilmek, onların bana ilgileri, her şeyi detaylı ve açık bir şekilde bana anlatmaları, bu süreci daha kolay atlatmamı sağladı.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ancak hekimim ve diğer sağlık personeli arkadaşlarım ile bu sorunlarla baş etme yöntemleri geliştirdik. Bana bu konuda bilgiler verdiler. Benim yaşamamı daha kolay idame ettirmem için gereken bilgileri anlattılar. Bunlar beni daha da rahatlattı. Endişelerimi bir nebze olsun dindirdi.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

#### **Tema 4-Kategori 3-Kod 2: Sağlık Personeli Desteği**

Sağlık personeli ile ilgili faktörler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod sağlık personeli desteği olmuştur. Katılımcılar doktorların ve hemşirelerin süreç boyunca destek olduklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (6) ifade etmişlerdir:

*“Zorlayıcı bir süreç geçirdim. ... Başta doktorlarım ve hemşirelerim hep yanımdaydı.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Bu süreçte ailemin desteği ve doktorların ve buradaki tüm sağlık çalışanlarının desteği benim iyileşmemi kolaylaştırdı.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Hem ailemin hem de sağlıkçı arkadaşların desteği ile toparlayıp kendime geldim. Hepsine çok teşekkür ediyorum.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Bu gelişme süresince önce hekimlerime, sonra benimle ilgilenen hemşirelerime, hasta bakıcı arkadaşlarıma, en önemlisi ise beni bir saniye bile*

*yalnız bırakmayan eşime bana verdikleri yüksek moral ve motivasyonumu yüksek tutmak için gösterdikleri özveriye ne kadar teşekkür etsem az gelir.”*

*(K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Gerek hekimlerin gerekse hemşireler ve hasta bakıcıların ve ailemin desteği benim diri kalmama neden oldu. Hayata daha da sıkı sarılmama neden oldu.”*

*(K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Doktorlarım ve hemşirelerim benim yanımdalar.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

**Tablo 18.** Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar.

Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 29 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, aile/arkadaş desteği (7), sağlık personeli desteği (6) ve ameliyat sonrası bakıma önem verme (5) kodları üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 18).

**1.1.1.4. Tema 5: Ameliyatın Sonuçlarına İlişkin Görüşler**

**Şekil 8.** Ameliyatın sonuçları temasına ait hiyerarşik kategori-kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan beşinci tema olan ameliyatın sonuçları temasına ait 2 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; hizmet kalitesi ve iyi hissetmedir (Şekil 8).

#### **Tema 5-Kategori 1: Hizmet Kalitesi**

Hizmet kalitesi kategorisi altında ameliyatın iyi geçmesi ve memnuniyet olarak 2 kod oluşturulmuştur.

#### **Tema 5-Kategori 1-Kod 1: Ameliyatın İyi Geçmesi**

Hizmet kalitesi kategorisinde katılımcılar ameliyatın iyi geçmesi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (11) ifade etmişlerdir:

*“Apandistim patlamış ve oldukça da yayılmış. Bağırsaklara çok yakınmış. Ameliyat bu yüzden normal apandisit ameliyatlarından daha uzun sürdü. Ama ameliyatım başarılı geçmiş. Doktorlarımın korktuğu gibi bağırsaklarıma herhangi bir dokunma olmamış.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ama yine de daha kötü olmadığı için ve daha fazla geç kalınmadığı için kendimi şanslı hissediyorum.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Normalde çalışan arkadaşlardan bilgi aldığımda, zaman içinde iyileşmesi zor olan bir vakaymışım. Ama hem ameliyatımın iyi geçmesi hem de benim iş birliği yapmam mevcut durumumu avantajlı kıldı. Tabii verilen tedaviler de çok etkili oldu.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyat olmak benim için çok iyi oldu. Çünkü ayağımdaki hasar ve ağrı çok ciddiydi. Kendi kendine iyileşmesini beklemek çok mantıklı değildi. Dolayısı ile ameliyat olmayı istiyordum. Oldum ve çok iyi geçti. Bundan sonrasının daha iyi olacağını hissediyorum.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Ameliyatım çok güzel geçtiği için ameliyat sonrası hiçbir sancım olmadı. Hiçbir şikayetim olmadı. Hiçbir ağrım yok. Ameliyat yerimde bile iz kalmayabilirmiş. Doktorlarım öyle söyledi.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Olduğum ameliyatta bazı yan etkiler ameliyat sonrası çıkar diye duydum. Hakikaten çok endişelendim. Bunlardan en büyüğü görme kaybıydı. Ama çok şükür. Hiçbiri olmadı. Gayet de güzel geçti.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*



*“Ameliyat olmaktan başka şansım maalesef yoktu ve ameliyat olmak zorunda kaldım. Sağlığıma bu şekilde kavuştum. Yani aslında beni çok iyi anlamda etkiledi.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyata giderken çok fazla tedirgindim, çok fazla korkum vardı. Çünkü aldığım kemoterapilerden dolayı vücudum çok güçsüz kaldı. Ama şimdi çok şükür ameliyattan çıkabildim.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Gerçekten ameliyattan önceki gibi ağrım sızım yok. Yani şu anda ameliyat olmama rağmen çok güzel görüyorum ve ikinci günüm bugün..... Hiç korkmadım, hiçbir şey hissetmedim. Hatta ameliyattan çıktıktan sonra ameliyat olduğuma inanmadım..... Çok az estetik bir dikiş atmışlar zaten. Çok ustaca yapılmış bir ameliyat oldu. Şu an yürümemde de sıkıntı yok. Fizyoterapistim de yardımcı oldu. Korkmadan adımlarımı atmamı söyledi. Bundan daha iyisi nasıl olur. Çok güzel. Teşekkür ediyorum.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Bu kadar mucize beklemiyordum. İnanılmaz bir şey. Maşallah diyeyim.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Açık ameliyat yapıldı. Belden aşağısını uyuşturdular. Verdikleri bir ilaçla da yarı uyanık yarı uyku halinde ameliyatı neredeyse 45 dakikada tamamladılar. Yedi santimetrelilik bir kesi açıldığını söylediler. Hiçbir şey hissetmedim. Ameliyat güzel bir rüyaymış gibi geldi geçti. Yani o kadar çok korkuyordum ki düşüncesi bile benim tansiyonumu düşürüyor başımı döndürüyordu. Neyse ki atlattık, geçti gitti. Tekrar bir daha yaşamayalım yeterli.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 5-Kategori 1-Kod 2: Memnuniyet**

Hizmet kalitesi kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod memnuniyet olmuştur. Katılımcılar cerrahi girişim sürecinden ve özellikle sağlık personellerinin ilgisinden oldukça memnun olduklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (7) ifade etmişlerdir:

*“Çok şükür olmadı. Çok dikkatli davranıyorlar doktorlar ve hemşireler. Ameliyat çorabı giydirdiler mesela, pıhtı atmaması için. Ama daha önceki ameliyatımda, başka bir ameliyat olmuşum, hatırladığım kadarıyla, çok eskiden, orada o çorabı giydirmemişlerdi. Belki teknoloji öyle değildi,*

*bilemiyorum. Ben doktorların başarısına çok inanıyorum. Tabii ki kişinin kendi bünyesi de önemli ama birinci bence doktorlar ve ekibi.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Tabii bunda hastanın kendine dikkat etmesi önemli ama ameliyatın başarılı geçmesi ve yapan doktorun da çok önemi var bence. Doktorun, hastanenin, doktor ekibinin çok önemi var. İyi bir doktora denk gelirsek diye düşünüyorum.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat öncesi çok şiddetli ağrılarım vardı ve günde beş-altı tane ağrı kesici içiyordum. Ama yine de geçmiyordu. Geceleri ağrıdan uyuyamıyordum. Ağrımın sebebini öğrenmek amacıyla birçok doktora gittim. Ve daha sonra bu hastaneye geldim. Burada doğru teşhis koyuldu. ... Ameliyatımın riski sebebiyle doktorlarım ve hemşirelerim neredeyse saat başı tuvaletimi yapip yapamadığımı ve gaz çıkışımın olup olmadığını sordu.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Geceleri ağrım oldu, uyuyamadım. Uyku sorunu çektim. Hemşireler hemen serum taktı. Böylece ağrılarında azalmış oldu. Onun için çok güzel geçti.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Ama bunlar çok da büyük şikayetler değil. O yüzden kendimi çok şanslı hissediyorum. Doktorlarım sayesinde hiçbir sorun yaşamadım.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ben buradaki personele, hastane çalışanlarına, fizyoterapistime de çok teşekkür ediyorum. Herkes çok ilgilendi ve şu anda ameliyat olduğum için çok mutluyum. ... Ben burayı çok uzun süre araştırdığım için en iyi doktor ve hastane seçtiğimden emindim. ... Yani hemen ağrı kesici verdikleri için hiç ağrı hissetmedim ve düzeldiğim için çok mutluyum. Çok az estetik bir dikiş atmışlar zaten. Çok ustaca yapılmış bir ameliyat oldu.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“İlk doktora girdiğimde derdimi anlattım. Güler yüzlü davrandı. “İyileşeceksin, korkma.” dedi. O, bana çok büyük güç verdi. Buraya yattığımda da, yanağımı böyle güzelce severek, ‘Hiç korkmayın. Her şey güzel olacak.’ dedi. O, beni çok rahatlattı. Çok içten, çok emin, çok güler yüzlüydü. ... Ama burası hijyenik, çok güzel.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

## **Tema 5-Kategori 2: İyi Hissetme**

İyi hissetme kategorisi altında 1 kod oluşturulmuştur. Bu; kendini iyi hissetmedir.

### **Tema 5-Kategori 2-Kod 1: Kendini İyi Hissetme**

İyi hissetme kategorisinde katılımcılar kendini iyi hissetme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (7) ifade etmişlerdir:

*“Sıkıntılarımı düşündüğümde, çok sıkıntılı süreç yaşadığım için ağrı, sancı, bu ağrılardan dolayı uyuyamama, her türlü hayatı etkilediği için, sonrasında kendimi daha iyi hissediyorum.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Şimdilik kendimi daha iyi hissediyorum. Bugün yavaşça ayağa kalktım. Koridorda yürüdüm. Daha iyi hissediyorum.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ama yine de daha kötü olmadığı için ve daha fazla geç kalınmadığı için kendimi şanslı hissediyorum.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Evet, kendimi oldukça sağlıklı hissediyorum.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Ama bunlar çok da büyük şikayetler değil. O yüzden kendimi çok şanslı hissediyorum.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ben fitik ameliyatı olan bir hasta olarak ağrılarımın kurtulmak istediğim için ameliyat oldum. Şu an gerçekten de kendimi çok daha iyi hissediyorum.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Şu an çok çok iyim.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

**Tablo 19.** Katılımcılara göre ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler.

Ameliyatın sonuçları teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 25 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, ameliyatın iyi geçmesi (11), memnuniyet (7) ve kendini iyi hissetme (7) kodları üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 19).

#### **1.1.1.5. Tema 6: Ameliyat Sonrası İyileşmenin Anlamı**

**Şekil 9.** Ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi.

Araştırma kapsamında ele alınan son tema olan ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı temasına ait 2 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; sağlıklı olma, yeni başlangıçtır (Şekil 9).

#### **Tema 6-Kategori 1: Sağlıklı Olma**

Sağlıklı olma kategorisi altında 4 kod oluşturulmuştur. Bunlar; sıkıntıların geçmesi, sağlığına kavuşma, normale dönme ve kendi bakımını yapabilmemesidir.

#### **Tema 6-Kategori 1-Kod 1: Sıkıntıların Geçmesi**

Sağlıklı olma kategorisinde katılımcılar sıkıntıların geçmesi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların, ameliyat öncesinde yaşadıkları sıkıntıların, sorunların, şikayetlerin geçtiğini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Bana göre ameliyat sonrası iyileşme, ameliyat öncesi bütün sıkıntıların, ağrıların, sancuların, yürüyememenin, “Böyle mi kalacak? Geçmeyecek mi?” düşüncesinin ameliyat sonrası olmaması, bu sıkıntıların yaşanmaması demek. ... İyileşme benim için tam anlamıyla önceki sıkıntıların tamamen kaybolması demek.” (K1: 52 yaş, Kadın, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Sancuların gidiyor. Ağrıların gidiyor.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Evet, çünkü çok dayanılmaz ağrılar çektim. Hareket edemeyecek hale gelmiştim.” (K9: 46 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

*“Çok doktora gittim. İnternette çok araştırdım. Ameliyat olmuş insanları buldum, sordum, danıştım. Ama sonunda kurtuluş olarak görüp olduk. Normal hareketleri yapabilmek için bile gerekiyor. Ağrısız yaşamak için, sonrasında oluşabilecek riskleri engelleyebilmek için mecburen oluyorsun. Ağrısız, sızısız günlük hareketlerini yapabilmek, başını bile sağdan sola çevirebilmek önemli bir hal alıyor.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 6-Kategori 1-Kod 2: Sağlığına Kavuşma**

Sağlıklı olma kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod sağlığına kavuşma olmuştur. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (4) ifade etmişlerdir:

*“Çünkü sağlığına yeniden kavuşuyorsun.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Bana göre ameliyat sonrası iyileşme, yani ameliyat olmak, sağlığına yeniden kavuşuyor, kendini iyi hissedebiliyor olmaktır.” (K6: 42 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Bana göre ameliyattan sonraki iyileşme, tekrar yürüyebilmek, sağlığıma kavuşmak kendi ihtiyaçlarımı kendim görebilmek, ağrısız yaşamak, dilediğin gibi yaşamak, yaşama yeniden başlamak demek.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“İyileşme bana göre hem fiziksel hem de ruhsal olarak kendini yeterli hissetmektir. Hastalıklardan kurtulmaktır. Sağlıklı olmaktır.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 6-Kategori 1-Kod 3: Normale Dönme**

Sağlıklı olma kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod normale dönme olmuştur. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunu (1) ifade etmiştir:

*“Ameliyat sonrası iyileşme benim için hem fiziksel hem de ruhsal olarak normale dönmedir.” (K3: 28 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

### **Tema 6-Kategori 1-Kod 4: Kendi Bakımını Yapabilme**

Sağlıklı olma kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri son kod kendi bakımını yapabilme olmuştur. Katılımcılar kendi gereksinimlerini karşılayabildiklerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili K10 ve K11 kodlu katılımcılar şunları (2) ifade etmişlerdir:

*“Kendi ihtiyaçlarımı kendim görebilmek.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*

*“Tek başına, özgürce, kimseye muhtaç olmadan, kendi ihtiyaçlarını, kendi bakımını, tek başına karşılayabiliyor olmaktır.” (K11: 37 yaş, Erkek, Beyin cerrahi kliniği)*

### **Tema 6-Kategori 2: Yeni Başlangıç**

Yeni başlangıç kategorisi altında 1 kod oluşturulmuştur. Bu; hayata yeniden başlamadır.

### **Tema 6-Kategori 2-Kod 1: Hayata Yeniden Başlama**

Yeni başlangıç kategorisinde katılımcılar hayata yeniden başlama ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sonrası iyileşmenin yeniden hayata başlama, ikinci şans ve yeniden doğma olduğunu belirtmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcılar şunları (9) ifade etmişlerdir:

*“Ameliyat sonrası iyileşme benim için ağrılarımdan kurtulup hayata yeniden başlamak anlamına gelir.” (K2: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Ameliyat sonrası iyileşme benim için yeniden doğma, yeniden emekleme, yeniden yürüme ve yeniden hayata başlama olmuştur diyebilirim.” (K4: 58 yaş, Erkek, Ortopedi kliniği)*

*“Hayata yeniden başlamak.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Yeniden başlıyorsun.” (K5: 64 yaş, Kadın, Kulak burun boğaz kliniği)*

*“Ameliyat sonrası iyileşme benim için yeniden doğuş gibi bir hissiyat yarattı. Dolayısıyla benim için iyileşme çok anlamlı.” (K7: 24 yaş, Erkek, Genel cerrahi kliniği)*

*“Şu anda da yaşamımda yeni bir döngü başlıyor. Alışmam gereken, kabullenmem gereken yeni bir hayat başlıyor.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Bana göre ameliyat sonrası iyileşme, verilen ikinci bir şans, yaşama tutunmak için hastalığa rağmen daha iyi yaşama şansının olmasıdır.” (K8: 56 yaş, Kadın, Genel cerrahi kliniği)*

*“Yaşama yeniden başlamak demek.” (K10: 52 yaş, Kadın, Ortopedi kliniği)*  
*“Ameliyat sonrası iyileşme çok kapsamlı aslında. Ameliyat senin bütün hayatını değiştiren bir olay. Mesela hayatımın sonuna kadar unutamam bu yaşadığım anları. Hem iyileşmek için gerekli hem de birçok riski olduğu için tehlikeli, korkutucu. Hayatının dönüm noktaları olur ya hani, ameliyattan öncesi ameliyattan sonrası gibi, öyle. İkisi de ayrı.” (K12: 32 yaş, Erkek Beyin cerrahi kliniği)*

**Tablo 20.** Katılımcılara göre ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı.

Ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı teması katılımcılara göre incelenmiştir. Bu temada toplam 20 ifade yer almıştır. Katılımcı görüşleri, hayata yeniden başlama (9) kodu üzerine yoğunlaşmıştır (Tablo 20).

**Şekil 10.** Kod bulutu.

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre oluşturulan kodların dağılımı Şekil 10'da gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar, daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri, daha küçük puntolu olarak gösterilen kodlar ise daha az yoğun olarak kullanılan ifadeleri belirtmektedir.



## 5. TARTIŞMA

Araştırma bulgularının tartışması nicel ve nitel yöntem için ayrı başlıklar altında sunulmuştur.

### 5.1. Nicel Yöntem için Tartışma

#### 5.1.1. Hastaların ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması

Bu çalışmada, ASİİ alt boyut puanları, fiziksel aktivitelerde aşırı güçlük, bağırsak semptomlarında orta düzeyde güçlük, genel semptomlarda orta düzeyde güçlük, istek-arzu semptomlarında çok güçlük, psikolojik semptomlarda orta düzeyde güçlük ve tüm indekste çok güçlük yaşandığı şeklinde değerlendirilmiştir.

Yapılan iki çalışmada da bu çalışma ile aynı sonuca ulaşılmıştır (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021). Bir diğer çalışmada çok güçlük yaşandığı şeklinde değerlendirilmiştir (Özmen, 2020). Ülkemizde QoR-40 kullanılarak yapılan bir çalışmada alt boyut puanları; fiziksel rahatlık için 31 (12-60 arasında) (Karaman ve ark., 2014) ve 48.78 (Yolcu ve Akın, 2015), fiziksel bağımsızlık için 20 (5-25 arasında) (Karaman ve ark., 2014) ve 20.06 (Yolcu ve Akın, 2015) olarak bulunmuştur. Bir çalışmada İyileşme Kalitesi-15 Ölçeği (Quality of Recovery-15 Questionnaire-QoR-15) alt boyut puanları fiziksel bağımsızlıkta 11.70 (0-20 arasında) ve fiziksel konforda 38.17 (0-50 arasında) olarak saptanmıştır (Kara ve ark., 2022). Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Ölçeği (Postoperative Quality of Recovery Scale- PQRS) kullanılarak yapılan uluslararası bir çalışmada, fizyolojik iyileşme hastaların %34'ünde 40. dakikada tamamlanmıştır (Royse ve ark., 2010).

Bu çalışmada hastalar ASİİ alt boyutlarından en yüksek puanı fiziksel aktivitelerde almışlar, bu alt boyutta aşırı güçlük yaşamışlardır. Cerrahi girişim hastaların hareketleri üzerinde geçici süre bir kısıtlamaya neden olmaktadır. Hatta yara iyileşmesinin enflamatuvar sürecinde ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için hastaların hareketleri bir süreliğine kısıtlanmaktadır. Hastalardan kendisini zorlayan hareketlerden kaçınması istenmektedir (Aksoy ve ark., 2021). Bu çalışmanın bulguları literatür bilgisi ile örtüşmektedir.

Bu çalışmanın nitel bölümünde oluşturulan ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasının fiziksel şikayetler kategorisinde hastaların görüşlerinin en yoğun olduğu ikinci kod hareket kısıtlılığı (11) olmuştur. Araştırmanın bu alt boyuttaki nicel bulguları nitel bulgularla desteklenmiştir.

Bu çalışmadaki hastalar bağırsak semptomlarında orta düzeyde güçlük yaşamışlardır. Bir diğer çalışmanın bulguları da aynıdır (Dığın ve Kızılıık Özkan, 2021). Cengiz ve Aygin (2019) tarafından çok güçlük yaşadıkları bildirilmiştir (Cengiz ve Aygin, 2019).

Bu çalışmada olduğu gibi diğer iki çalışmada da (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılıık Özkan, 2021) genel semptomlarda orta düzeyde güçlük yaşadığı gösterilmiştir.

Bu çalışmada ve diğer iki çalışmada (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılıık Özkan, 2021) istek-arzu semptomlarında çok güçlük yaşandığı belirlenmiştir. Bu alt boyutta cesareti kırılmış hissetme, iyileşememe endişesi, üretken hissetmeme ve motivasyon düşüklüğü semptomları sorgulanmaktadır. Ülkemizde QoR-40 kullanılarak yapılan çalışmalarda duygusal durum alt boyut puanı 37.19 (9-45 arasında) (Yolcu ve Akın, 2015) ve 38 (Karaman ve ark., 2014) olarak saptanmıştır. QoR-15 kullanılarak yapılan bir çalışmada duygusal durum alt boyut puanı 32.51 (0-40 arasında) olarak bulunmuştur (Kara ve ark., 2022).

Psikolojik semptomlarda, bu çalışmada ve iki çalışmada (Dığın ve Kızılıık Özkan, 2021; Özmen, 2020) orta düzeyde güçlük, bir çalışmada (Cengiz ve Aygin, 2019) ise çok güçlük yaşandığı görülmektedir. Bu alt boyutta uyku sorunu, zihinsel görevlere odaklanamama ve dil sürçmesi semptomları incelenmektedir. Bilişsel işlev, psikolojik iyileşme boyutunun kapsamındadır (Bowyer ve ark., 2016a). PQRS kullanılarak yapılan bir çalışmada 3. günde %33.5 bilişsel iyileşme gerçekleşmiştir (Royse ve ark., 2010). PQRS kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada, hastaların %86.4'ünün bilişsel boyutta iyileştiği, %13.6'sında bilişsel işlevlerinin tam olarak normale dönmediği saptanmıştır (Newman ve ark., 2014).

Bu çalışmada tüm indekste çok güçlük yaşandığı ortaya çıkarılmıştır. Ülkemizde ASİİ kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel cerrahi hastalarında yapılan çalışmalarda aynı sonuca ulaşıldığı görülmektedir (Cengiz ve Aygin, 2019; Özmen, 2020). Genel cerrahi ve ortopedi kliniklerindeki yaşlı hastalar ile yürütölen diğer bir çalışmada ise yaşanan güçlük düzeyi, tüm indekste aşırı olarak belirlenmiştir (Dığın ve Kızılıık Özkan, 2021). Ülkemizde QoR-40 kullanılarak yapılan çalışmalarda toplam puan 162.75 (40-200 arasında) (Yolcu ve Akın, 2015) ve 171 (Karaman ve ark., 2014) olarak bulunmuştur. QoR-40'ta puan artışı iyileşmenin

iyi olduğunu göstermektedir. Kara ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında QoR-15 kullanılmış ve hastaların genel ölçekte 114.50 (0-150 arasında) puan aldıkları belirlenmiştir (Kara ve ark., 2022).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında, kolorektal kanser hastalarında QoR-40 kullanılarak yapılan bir çalışmada, ameliyat sonrası 1. günde toplam puan 154 (40-200 arasında) olarak belirlenmiştir (Shida ve ark., 2015). Postoperatif İyileşme Profili (Postoperative Recovery Profile-PRP) kullanılarak ortopedik cerrahide yapılan bir çalışmada, hastaların PRP puanı 13 olarak (<7-19 arasında) bulunmuş ve hastalar kısmen iyileşmiş olarak değerlendirilmiştir (Allvin ve ark., 2012). PQRS kullanılarak yapılan bir çalışmada 3. günde hastaların %11'inde (tüm boyutlarda) tam iyileşme elde edilmiştir (Royse ve ark., 2010). Ortopedik cerrahi uygulanan gününbirlik cerrahi hastalarında QoR-15 kullanılarak yapılan bir çalışmada da çoğu hastanın 48 saatte ameliyat öncesi durumuna geri döndüğü belirlenmiştir (Chazapis ve ark., 2016).

Özetle bu çalışmanın sonuçları, hastaların genel ameliyat sonrası iyileşmede çok güçlük (Cengiz ve Aygin, 2019; Özmen, 2020) veya aşırı güçlük (Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021) yaşadıklarını ve kısmen iyileştiklerini (Allvin ve ark., 2012) bildiren çalışmaların sonuçları ile benzer; buna karşılık genel ameliyat sonrası iyileşmelerinin orta düzeyin üzerinde olduğunu (Kara ve ark., 2022; Karaman ve ark., 2014; Shida ve ark., 2015; Yolcu ve Akın, 2015) bildiren çalışmaların sonuçları ile çelişkilidir. Bu çalışma üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Bu hastaneye cerrahi girişim için başvuran hastaların daha kompleks olduğu ve genel durumlarının kötü olduğu düşünülebilir. Çalışmada tüm indekste çok güçlük yaşandığı görülmektedir. Nitekim nitel veri analizinde en fazla (14) kodun oluşturulduğu ve en fazla ifadenin yer aldığı tema ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasıdır. Çalışmada nitel ve nicel bulguların örtüştüğü görülmektedir.

### **5.1.2. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

#### **5.1.2.1. Yaşa Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Bu çalışmada hastaların yaşlarına göre fiziksel aktivitede kısıtlanma, bağırsak semptomları ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olduğu, yaşı 55-64 ve 65 yaş ve üstü (bağırsak semptomlarında yalnızca 55-64) olan hastaların puanlarının, 45 yaş altı olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca bakılarak ileri

yaştaki hastaların bu alt boyutlarda iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda bu çalışmadakine benzer şekilde, hastaların yaşları arttıkça ameliyat sonrası iyileşmelerinin güçleştiği sonucuna ulaşılmıştır (Cengiz ve Aygin, 2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Shida ve ark., 2015; Yolcu ve Akın, 2015). Genel cerrahi girişim geçiren hastalarla yürütülen çalışmada, 71 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların derlenme kaliteleri diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha düşük bulunmuştur (Süerdem, 2019). Skolyoz cerrahisi uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada, 60-70 yaş ve üzerindeki hastaların ameliyat sonrası iyileşme açısından riskli grupta olduğu gösterilmiştir (Lin ve ark., 2018).

Yaşlılar cerrahi girişimden daha olumsuz etkilenmektedir (Yılmaz, 2016). Yaşlılığa bağlı gelişen fizyopatolojik değişiklikler, ameliyat sonrası bazı komplikasyonların ortaya çıkma olasılığını güçlendirir (Aksoy ve ark., 2021). Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının artması, bilişsel becerilerin azalması, çocukların evden ayrılması, rol ve statü kaybı, eşin vefatına bağlı yalnızlık, sosyal yaşamdan kopma yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Bu çalışmanın sonucun elde edilmesine neden olan etkenlerin bunlar olduğu düşünülmektedir.

#### **5.1.2.2. Cinsiyete Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre alt boyut ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışma ile benzer şekilde, yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası iyileşmenin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Chazapis ve ark., 2016; Özmen, 2020). Kalça kırığı hastalarıyla yapılan bir RKÇ, kadın ve erkeklerde günlük yaşam aktivitelerinde ve ameliyat sonrası ağrıda tekil farklılıklar olmasına karşın benzer iyileşme süreci yaşadıklarını ortaya koymuştur (Lahtinen ve ark., 2020).

Bu çalışmanın bulguları, cinsiyetin ameliyat sonrası iyileşmeyi etkilediği ve kadınlarda ameliyat sonrası iyileşmenin daha kötü olduğu yönündeki literatür bilgisi (Jaensson ve ark., 2019) ile uyumlu değildir. Bu sonucun elde edilmesinde farklı nedenlerin etkili olabileceği düşünülmüştür. Farklılık, ameliyatın özellikle fizyolojik etkilerinin, cinsiyet özelliğinden bağımsız olması ile ilişkili olabilir.

Buna karşılık yapılan diğer çalışmalarda kadın hastaların erkek hastalarla karşılaştırıldığında ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşadığı

gösterilmiştir (Cengiz ve Aygin,2019; Dığın ve Kızılcık Özkan, 2021; Rahman ve ark., 2017). Bir çalışmada ameliyat sonrası dönemde kadın hastaların erkeklere göre mobilizasyon konusunda daha fazla desteklenme gereksiniminin olduğu belirlenmiştir (Yolcu ve Akın, 2015). Diđer bir çalışmada ameliyat sonrası ağrı, yorgunluk, uyku sorunları, depresyon gibi semptomların kadınlar üzerinde erkeklerden daha fazla etki yarattığı bulunmuştur (Zimmerman ve ark., 2011). Bařka bir çalışmada, cerrahi girişim geçiren kadınların erkeklere oranla ağrı, bulantı ve kusma tedavisine daha çok gereksinim duydukları ve hastanede daha uzun kalmalarına bağlı olarak genel iyileşme kalitelerinin daha dūřük olduğu bulunmuştur (Buchanan ve ark., 2011).

Yukarıdaki çalıřmaların tersine, ön çapraz bađ ameliyatı geçiren hastalar ile yūrutūlen bir çalıřmada erkeklerin kadınlarla karřılařtırıldıđında hem kas gūcūnde hem de iřlevsel sonuçlarda daha geç iyileřme sađladıđı gösterilmiştir (Barnett ve ark., 2020). Kadın ve erkeklerde kalça kırığı sonrası ölūm oranının arařtırıldıđı bir metaanaliz çalıřmasında ölūm oranı erkeklerde kadınlardan daha yūksek bulunmuřtur (Hentjens ve ark., 2010).

### **5.1.2.3. BKİ'ye Gōre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Yapılan çalışmada hastaların BKİ değerlerine göre yalnızca genel semptomlar puanlarında anlamlı fark olduğu, obez hastaların, fazla kilolu hastalara göre genel semptomlar puanlarının daha yūksek olduğu saptanmıştır.

Bir çalıřmada kırık tedavisinde obez hastaların klinik ve radyolojik sonuçlarının normal kiloda olanlara göre kötü olduđu bulunmuřtur (een ve ark., 2015). Diz osteoartriti geçiren obez hastalarda yapılan çalıřmada kilo kaybı ile ađrı ve disabilite skorları arasında pozitif iliřki bulunmuřtur (Bilgici ve ark., 2010). Bariatrik cerrahi sonrası normal kiloya sahip hastalarda pulmoner iřlevlerdeki iyileřme ve komorbiditelerin dūzelme gūcūnūn morbid obez olanlara göre daha yūksek olduđu belirlenmiştir (Yormaz ve ark., 2018).

Obez hastalarda kronik hastalıklar daha fazladır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2022). Bu hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon riski yūksektir (Acar ve Aygin, 2015; Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

Diz osteoartritli aşırı kilolu veya obez kadınlarda total diz artroplastisi sonrası işlevsel iyileşme ve mobilite üzerine BKİ'nin olumsuz bir etkiye sahip olmadığı

bulunmuştur (Dere ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası iyileşme kalitesinin BKİ'ye göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Chazapis ve ark., 2016).

#### **5.1.2.4. Tütün Kullanma Durumuna Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Yapılan çalışmada hastaların tütün kullanma durumlarına göre yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu, istek-arzu semptomları puanının, tütün kullanan hastalarda kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İndeksin istek-arzu semptomları boyutunda, cesareti kırılmış hissetme, iyileşememe endişesi, üretken hissetmeme ve motivasyon düşüklüğü semptomları incelenmektedir. Tütün kullanan bireylerin anksiyete ve stresle baş etmede daha fazla sorun yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmanın nitel veri analizinde oluşturulan psikolojik şikayetler kategorisinde korku (8) ve kaygı (6) kodunun fazla olduğu görülmektedir. Hastaların korku ve anksiyete ile baş etmelerinin yeterli olmadığı düşünülebilir.

Farklı bir sonuç olarak, yapılan çalışmalarda hastaların tütün kullanma durumlarına göre ameliyat sonrası iyileşmelerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (Chazapis ve ark., 2016; Özmen, 2020).

#### **5.1.2.5. Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Yapılan çalışmada hastaların kronik hastalığı olma durumlarına göre yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların istek-arzu semptomları puanlarının, olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmadakine benzer şekilde, bir çalışmada, kronik hastalığı olan hastaların ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Özmen, 2020). Bir çalışmada kronik hastalığı olanların olmayanlara göre derlenme kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Süerdem, 2019). Cerrahi girişim yapılan hastalarda kronik durumların yara iyileşmesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Köklü ve Çankal 2013). Bir çalışmada cerrahi girişim geçiren hastaların kronik rahatsızlık sayısı arttıkça konfor düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (Kubat Bakır ve Yurt, 2020). Cerrahi girişim geçiren, kronik hastalığı olan hastaların olmayanlara göre hemşirelik bakım

memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Pamukçu, 2011; Yolcu ve Akın, 2015).

Bu çalışmanın sonucu, kronik hastalığı olan bireylerin bu hastalıklarının durumlarını kötüleştireceğini düşünerek iyileşmeme endişesi yaşadıkları, bu hastalıklarının üretkenliklerini olumsuz etkileyeceğini düşündükleri şekilde yorumlanabilir.

Diğer çalışmalarda ise kronik hastalık varlığına göre ameliyat sonrası iyileşme (Cengiz ve Aygin, 2019) ve ameliyattan 24 saat sonraki yaşam kalitesinin (Chazapis ve ark., 2016) farklılık göstermediği belirlenmiştir.

#### **5.1.2.6. Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Bu çalışmada hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu, daha önce ameliyat olan hastaların istek-arzu semptomları puanlarının, olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası dönemde ameliyat öyküsü bildiren hastaların, bildirmeyenlere göre iyileşme kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Yolcu ve Akın, 2015). Bir çalışmada da cerrahi girişim geçiren hastaların önceki hastane deneyimlerinin, hasta konforu üzerinde olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (Kubat Bakır ve Yurt, 2020). Açık kalp ameliyatı olan hastalar ile yapılan bir çalışmada daha önce ameliyat olma duruma göre kişilerarası ilişkilerde, ameliyat sonrası onay bağımlılık, empati ve duygu farkındalığı alt boyutlarında anlamlı fark olmadığı, buna karşılık başkalarına güven alt boyutunda olduğu, daha önce ameliyat olanların başkalarına güveninin azaldığı gösterilmiştir (Kendirkıran ve Batmaz, 2020).

Yeniden ameliyat olma, hastanın ameliyatla ilişkili anksiyete, korku ve stresi yeniden yaşamasına yol açabilmektedir. Bu olumsuz duygular, baş etmenin daha zor olmasına, daha çok anksiyete, korku ve stres oluşmasına ve iyileşme döneminde fiziksel sorunlara ek olarak psikolojik sorunlar da yaşanmasına neden olabilir (Aydın ve Çilingir, 2017). Çalışmanın bulguları literatür ile aynı yöndedir.

Farklı olarak, bir çalışmada daha önce ameliyat olmuş olan hastaların derlenme kaliteleri daha yüksek bulunmuş ve hastaların bakım gereksinimlerini karşılarken bağımsızlık oranları daha yüksek bulunmuştur (Süerdem, 2019).

Bir çalışmada ise daha önce ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası iyileşmede farklılık olmadığı bulunmuştur (Özmen, 2020). Günübirlik cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada daha önce ameliyat deneyimi olan hastalar ile olmayan hastalar arasında, konfor ve kaygı açısından farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Amaç ve Çam, 2019).

#### **5.1.2.7. Yattığı Kliniğe Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Hastaların psikolojik semptomlar dışındaki tüm alt boyutlar ve tüm indeks puanlarında yattığı kliniğe göre anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada ortopedik cerrahi hastalarının genel cerrahi hastalarından önemli ölçüde daha az iyileştiği bulunmuştur (Forsberg ve ark., 2015). Ortopedi, jinekolojik ve genel cerrahi ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yapılan çalışmada ortopedi ameliyatı geçiren hastaların diğer hasta gruplarına göre iyileşmelerinin daha yavaş ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Berg ve ark., 2012). Hernioplasti, kolesistektomi ve apendektomi olan hastaların derlenme kaliteleri, iliostomi açılması, kolostomi kapatılması, mastektomi ve splenektomi hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Süerdem, 2019). Bir çalışmada cerrahi girişim uygulanan kliniğe konforun anlamlı bir biçimde farklılaştırdığı, konfor düzeyi en fazla olan kliniğin plastik ve estetik cerrahisi en az olan kliniğin ise üroloji olduğu bulunmuştur (Kubat Bakır ve Yurt, 2020).

Fiziksel aktivitede kısıtlanma ve bağırsak semptomları alt boyutlarında ve tüm indekste, genel cerrahi hastalarının, plastik cerrahi hastalarına göre iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları görülmektedir. İyileşmenin minör cerrahi sonrası birkaç gün veya birkaç hafta sürerken büyük cerrahi sonrası bir yıl veya daha fazla sürebileceği bildirilmektedir (Jaensson ve ark., 2022). Plastik cerrahi hastalarının minör, genel cerrahi hastalarının majör cerrahi girişim geçirdikleri sonucuna varılabilir.

Genel semptomlar alt boyutunda, kulak burun boğaz hastaları, kalp damar cerrahisi, üroloji ve plastik cerrahi hastalarına göre iyileşmede daha fazla güçlük yaşamaktadır. Bu alt boyutta, tat alamama, normal porsiyonda yiyememe ve iştahsızlık semptomları yer almaktadır. Kulak burun boğaz hastalarının yemek yeme ile ilgili semptomları daha fazla yaşamaları beklenen bir durumdur.



Bir çalışmada ise uygulanan cerrahi girişime göre ameliyat sonrası iyileşmede farklılık olmadığı belirlenmiştir (Özmen, 2020).

#### **5.1.2.8. Yapılan Ameliyat Türüne Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Yapılan çalışmada ameliyat türü açık olan hastaların, fiziksel aktivitede kısıtlanma, istek-arzu semptomları, psikolojik semptomlar ve tüm indeks puanlarının, kapalı olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gastrektomi yapılan yaşlı hastalarda, laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre daha hızlı ameliyat sonrası bağırsak iyileşmesi sağladığı ve yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (Kim ve ark., 2018). Laparoskopik ve açık adrenalectomi sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, ameliyat süresi ve erken ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından fark olmadığı ancak laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda ameliyat sonrası ortalama hastanede yatış süresinin daha kısa olduğu ve hastalarda daha az kan kaybı görüldüğü belirlenmiştir (Bostancı ve ark., 2009).

ERAS protokollerine göre, kolorektal cerrahide minimal invaziv yaklaşım için kullanılan laparoskopik cerrahi, açık cerrahiden daha iyi sonuçlar vermektedir. Laparoskopik cerrahide ağrı yönetimi ve pulmoner işlevler iyileşir. Kan kaybı ve cerrahi kaynaklı komplikasyonlar azalır. İyileşme hızlanır ve hastanede yatış süresi kısalmıştır (Gustafsson ve ark., 2019). Bu bilgi ile uyumlu olarak bu çalışmada da laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların iyileşmelerinin daha iyi olduğu görülmektedir.

#### **5.1.2.9. Uygulanan Anestezi Türüne Göre ASİİ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışması**

Çalışmada anestezi türü genel olan hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanma, istek-arzu semptomları, psikolojik semptomlar ve tüm indeks puanlarının spinal olan hastalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Günubirlik cerrahi yapılan hastalarda genel anesteziden sonra rejyonel anestezie göre daha zayıf bir iyileşme olduğu, bu hastaların ameliyat sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal rahatsızlığı daha fazla bildirdikleri belirlenmiştir (Nilsson ve ark., 2019). Bir RKÇ'de, total kalça artroplastisinde sinir bloğu uygulanan hastalarda uygulanmayanlara göre ameliyat sonrası işlevsel iyileşmenin daha iyi olduğu gösterilmiştir (Pascarella ve ark., 2021). Üst ekstremitte cerrahisi sonrası hasta

konforunun incelendiği bir çalışmada, PABÜ’de yatış süresi, analjezik doz sayısı ve uygulanan antiemetik doz sayısı açısından rejyonel anestezinin genel anesteziden üstün olduğu belirlenmiştir (Grauman ve ark., 2016). Kalça kırığı nedeniyle ameliyat edilen yaşlı hastalarla yürütülen bir sistematik derlemede; rejyonel anestezide hastanede yatış süresinin kısa olduğu ve genel anestezide solunum komplikasyonları ve ameliyat sırası hipotansiyonun daha yaygın olduğunu gösteren kanıtların olduğu ancak anestezi tipinin ameliyat sonrası deliryumu veya mortaliteyi etkilediğine dair kanıt olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Patel ve ark., 2018). Bir çalışmada genel anestezinin, spinal anestezie göre küçük ancak anlamlı şekilde komplikasyon riskini artırdığı belirlenmiştir (Pugely ve ark., 2013). Bir çalışma sonucuna göre, genel anestezi altında yapılan ameliyatlarda, epidural veya spinal anestezie göre daha yüksek cerrahi alan enfeksiyonu gelişme riski vardır (Chang ve ark., 2010).

Rejyonel anestezi, ERAS protokollerinin ortak bir bileşenidir. Opioid bazlı analjezik tekniklere göre daha üstün analjezik sonuçlarla ilişkilidir. Genel anestezie karşılaştırıldığında ameliyat sonrası bulantı ve kusmada ve pulmoner komplikasyonlarda belirgin ölçüde azalma sağlar. Tek başına hastanede yatış süresini azaltır. Kan transfüzyonu gereksinimini, cerrahi alan enfeksiyonu oranını, YBÜ yatışını, kanser nüksünü ve hatta mortalite oranını azaltabileceği düşünülmektedir (Hill ve Macfarlane, 2021).

Buna karşılık bir çalışmada uygulanan anestezi türüne göre ameliyat sonrası iyileşmenin değişmediği bulunmuştur (Özmen, 2020).

## **5.2. Nitel Yöntem için Tartışma**

### **5.2.1. Oluşturulan Temaların Tartışması**

Nitel yöntemde, analizler sonucunda ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler, ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler, ameliyat sonrası iyileşme durumu, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar, ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler ve ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı olmak üzere 6 tema belirlenmiştir.

Literatürde ameliyat sonrası iyileşme, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitusta iyileşme olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Fizyolojik iyileşme; hastanın normale dönmesini, reflekslerinin, motor aktivitelerinin ve beden hareketlerinin iyileşmesini, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel semptomlarının giderilmesini kapsar. Psikolojik iyileşme; refaha erişme ve anksiyete, öfke, kendini değersiz, yalnız,

terk edilmiş hissetme duygularının olmamasıdır. Hastanın sosyal aktivitelerinin olması, diğer bireylere etkileşime girmesi, çevreye ilgi göstermesi ve başkalarına bağımlı olmaması sosyal iyileşmeyi gösterir. Habitual iyileşme ise, günlük yaşam aktivitelerine dönme, normal alışkanlıkları devam ettirme, işe dönme gibi sorumlulukları yerine getirme anlamını taşır (Allvin ve ark., 2007; Forsberg ve ark., 2018). Çalışmada oluşturulan ilk temanın fiziksel şikayetler, psikolojik şikayetler, sosyal şikayetler ve habitual şikayetler kategorileri ile üçüncü temanın fiziksel iyileşme, psikolojik iyileşme, sosyal iyileşme ve habitual iyileşme kategorileri, literatürdeki bu boyutlar ile benzerdir.

Bu çalışmanın nicel bölümünde veri toplama aracı olarak kullanılan ASİİ alt boyutları ile nitel bölümünde oluşturulan tema, kategori ve kodların uyumlu olduğu görülmektedir. Fiziksel aktiviteler alt boyutu (fiziksel aktiviteleri yapamama, kendi kendine giyineme ve banyo yapamama) ile tema 1 hareket kısıtlılığı, tema 3 fiziksel iyileşme hissetme ve tema 6 kendi bakımını yapabilme kodu; bağırsak semptomları alt boyutu (gaz ve bağırsak boşaltım sorunu semptomları) ile tema 1 gaz/bağırsakların çalışmaması kodu; genel semptomlar alt boyutu (tat alamama, normal porsiyonda yiyememe ve iştahsızlık) ile tema 1 iştahsızlık/kilo kaybı kodu; istek-arzu semptomları alt boyutu (cesareti kırılmış hissetme, iyileşememe endişesi, üretken hissetmeme ve motivasyon düşüklüğü) ve tema 1 kaygı ve işe geri dönemeyeceğini düşünme kodu ve son olarak psikolojik semptomlar alt boyutu (uyku sorunu) ile tema 1 uyuyamama kodu uyumludur.

Nilsson ve arkadaşları (2019) tarafından genel, ortopedik ve el cerrahisi hastaları ile yapılan karma yöntem çalışmasında, ameliyat sonrası iyileşmede, iyi hissetmeme ve iyi hissetme olmak üzere 2 tema ortaya çıkarılmıştır (Nilsson ve ark., 2019). Genel, ortopedik ve ürolojik gününbirlik cerrahi geçiren hastalarla taburculuktan 11-37 gün sonra yapılan bir nitel çalışmada, sonuçlar üç temada açıklanmıştır. Bunlar; evde iyileşme koşulları, normal yaşama dönme ve bakım sürecinde yer almadır (Berg ve ark., 2013). Distal femur kırığı sonrası hastaların iyileşme deneyimlerine ilişkin nitel bir çalışmada 3 tema belirlenmiştir: Tedavi ve iyileşme hakkında bilgilendirilme hastalar için önemlidir. Çoğu zaman başkalarının desteğine gereksinim duyan hastalar, evde idare etmenin yollarını bulmuşlardır. Sınırlı rehabilite edici destek alan ve zaman

zaman kendilerine verilen talimatları yerine getirme konusunda güveni olmayan hastalar için rehabilitasyon zor olmuştur (Phelps ve ark., 2019).

#### **5.2.1.1. Ameliyat Sonrası Şikayetlere İlişkin Görüşler Temasının Tartışması**

Bu çalışmada ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasında, fiziksel şikayetler, psikolojik şikayetler, sosyal şikayetler ve habitual şikayetler olmak üzere 4 kategori oluşturulmuştur. Bu temada 63 ifadenin yer aldığı görülmektedir. Bu temada katılımcı görüşlerinin, ağrı, hareket kısıtlılığı ve korku kodları üzerine yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Karma yöntemle yapılan bir çalışmada iyi hissetmeme temasında iki kategori belirlenmiştir: fiziksel sorunlar ve psikolojik sorunlar. Fiziksel sorunlar kategorisinde yorgunluk/bitkinlik, psikolojik sorunlar kategorisinde olumsuz pratik ve sosyal sonuçlar kodları ortaya çıkarılmıştır (Nilsson ve ark., 2019). Literatürde ameliyat sonrası iyileşme boyutları (fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitusta iyileşme) (Allvin ve ark., 2007; Forsberg ve ark., 2018) ile bu temada oluşturulan kategoriler (fiziksel şikayetler, psikolojik şikayetler, sosyal şikayetler ve habitual şikayetler) arasında benzerlik görünmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde hastalar, solunum, kardiyovasküler, üriner, gastrointestinal, kas-iskelet ve nörolojik işlevlerle ilgili sorunlar, ağrı ve rahatsızlık, hipotermi, yara yeri sorunları gibi semptomlar ve ayrıca psikolojik ve sosyal işlevler ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir (Aksoy ve ark., 2021; Karadakovan ve Eti Aslan, 2022; Lewis ve ark., 2016). Bu çalışmada oluşturulan bu temanın en fazla (63) ifadenin yer aldığı tema olması, cerrahi tedavi ve bakımdaki ilerlemelere karşın hastaların ameliyat sonrası sorunlarının günümüzde de devam ettiğini göstermektedir.

Ülkemizde QoR-40 kullanılarak yapılan bir çalışmada ağrı alt boyut puanı 26.26 (7-35 arasında) (Yolcu ve Akın, 2015) ve 30 (Karaman ve ark., 2014) olarak bulunmuştur. QoR-15 kullanılan bir çalışmada ağrı alt boyut puanının 14.54 (0-20 arasında) olduğu gösterilmiştir (Kara ve ark., 2022). Uluslararası bir çalışmada 1014 hastadan %55'inin ameliyat sonrası 1. gün orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı bulunmuştur (Van Boekel ve ark., 2019). Benzer şekilde başka bir çalışmada ortopedi hastalarının üçte ikisi ve genel cerrahi hastaların yarısı tarafından ameliyat sonrası orta-şiddetli düzeyde ağrı bildirilmiştir (Forsberg ve ark., 2015).

Ağrı, analjezik ilaçların ve yöntemlerin uygulanmasına rağmen ameliyat sonrası dönem süresince hasta için yaygın ve önemli bir sorun olma özelliğini korumaktadır. Cerrahi girişim sırasında ortaya çıkan kimyasal maddelerin sinir uçlarını uyarması veya basınç, ödem ve kas spazmı nedeniyle doku kanlanması bozulmasına bağlı oluşur. Cerrahi girişim ile birlikte, endotrakeal tüp ya da kateter gibi araçlar, pozisyon değişimi ve hareket etme gibi nedenlerle de oluşabilir (Aksoy ve ark., 2021). Ağrı kodu üzerine olan yoğunluk, ağrının günümüzde de ameliyat sonrası en önemli sorun olarak devam ettiğini gösterebilir. Ameliyat sonrası iyileşme durumu temasında da hastaların ağrıdan kurtulmayı en yoğun olarak ifade etmeleri bunu doğrular niteliktedir.

Erken mobilizasyona olanak sağlamak ve ağrının aracılık ettiği organ işlev bozukluğundan kaçınmak için güvenli ve etkili analjezi sağlama amaçlanmalı, akut ve subakut ağrı iyi yönetilmelidir (Kehlet, 2020). Bu çalışmada en yoğun olarak belirtilen şikayet olan ağrının, hareket kısıtlılığının nedeni olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Üst ekstremitte cerrahisi uygulanan hastalarda yürütülen bir çalışmada, analjezik doz sayısı açısından rejyonel anestezinin genel anesteziden üstün olduğu gösterilmiştir (Grauman ve ark., 2016). Kolorektal cerrahide minimal invaziv yaklaşım daha iyi ağrı yönetimi sağlar (Gustafsson ve ark., 2019). Rejyonel anestezi ameliyat sonrası IV opioid kullanımını azaltır (Dağistanlı ve ark., 2018). Nitel bölümdeki hastaların çoğunda ameliyat türü açık (n=11) ve anestezi türü geneldir (n=9). Bu nedenle hastaların ağrı şikayetlerinin fazla olduğu düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmaya göre, ameliyat sonrası hastalar yatak kenarında oturma ve yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme işlevini bağımsız olarak gerçekleştirememektedirler (Yolcu ve ark., 2016). Ortopedik cerrahi geçiren hastaların %85.9'unun fiziksel kısıtlılıklarının olduğu, günlük yaşam aktivitelerini %56.4 oranında başkalarının yardımı ile, %7.4 oranında ise tamamen bağımlı olarak gerçekleştirebildikleri belirlenmiştir (Akyüz ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada hastaların %50'sinden fazlasının ameliyattan sonraki 1 ay içinde başlangıç fiziksel aktivite düzeylerine henüz ulaşamadığı belirtilmiştir (Feldman ve ark., 2009). Ameliyat sonrası erken dönemde bakımın bir parçası olarak hastalara yatak istirahati önerilmektedir. Ayrıca hastalar ağrı, halsizlik, yerleştirilen kateter gibi araçlar gibi nedenlerle hareket kısıtlılığı yaşamaktadırlar. Yaraya zarar verme ve düşme korkusu

nedeniyle hareket etmekten kaçınılmaktadırlar (Aksoy ve ark., 2021). Bu çalışmada da hareket kısıtlılığının en önemli sorunlardan biri olarak devam ettiği görülmektedir.

Kolorektal cerrahide açık cerrahi uygulandığında mobilizasyon geç olmaktadır (Gustafsson ve ark., 2019). Genel anestezi uygulanması erken mobilizasyonu zorlaştırır (Dağistanlı ve ark., 2018). Nitel bölümdeki 12 katılımcının 7'sinde BKİ değeri normalin üzerinde, 11'inde ameliyat türü açık, 9'unda anestezi türü geneldir. Bunların, hareket kısıtlılığı kodu üzerine olan yoğunlaşmanın nedeni olduğu düşünülebilir.

Hareketsizlik, solunum (atelektazi, pnömoni), kardiyovasküler (DVT), üriner (üriner retansiyon), gastrointestinal (abdominal distansiyon, konstipasyon) sistem ve cilt (yara iyileşmesinde gecikme, basınç yaralanması) üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır (Aksoy ve ark., 2021; Karadakovan ve Eti Aslan, 2022; Lewis ve ark., 2016). ERAS protokollerinde erken mobilizasyonun önemi vurgulanmaktadır (ERAS Türkiye Derneği, 2022). Çalışmanın sonuçları, hemşirenin hastanın mobilizasyonunu sağlayarak bu komplikasyonların önlenmesindeki rolünü ortaya çıkarmaktadır.

Kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastaların korku, bağımlılık, utanma ve pişmanlık duydukları saptanmıştır (Karaveli ve ark., 2014). Günübürlük cerrahide hastaların %48.3'ünün ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesine ilişkin, %41.4'ünün ameliyat sonrası uyanamamaya ilişkin kaygı yaşadığı belirlenmiştir (Özşaker ve ark., 2019). Koroner arter bypass greft ameliyatından sonra tekrar hasta olma, ölüm korkusu, yeniden ameliyat olma, işte ve evde yaşanan rol kaybının strese neden olduğu belirlenmiştir (Kobra ve ark., 2013). Çoğu hasta, herhangi bir cerrahi işlem sürecinde, açık veya gizli, normal veya anormal bir tür duygusal tepki gösterir (Smeltzer ve ark., 2017). Cerrahi girişimler hastalar için ağrı yaşama, organ işlevlerini kaybetme, beden görünümünde değişme, beden bütünlüğünde bozulma, beden imajında bozulma ve bağımsızlık kaybı gibi anlamlar içerir (Aksoy ve ark., 2021; Eyi ve ark., 2016). Bu çalışmada da hastalar psikolojik şikayetler kategorisinde korku ve kaygı şikayetlerini dile getirmişlerdir. Yine ameliyat sonrası iyileşme durumu temasında korkuda azalmanın vurgunun üzerinde olduğu ikinci kod olmasına bakılarak, hastanın korku ile baş etmesini sağlayacak hemşirelik girişimlerinin önemli olduğu söylenebilir.

Korku, bu çalışmadaki hastaların en yoğun olarak ifade ettikleri şikayetlerden birdir. Ameliyat deneyimi, yaşam tarzı değişimlerine ilişkin olarak çeşitli düzeylerde korkuya neden olabilir. Genelde yaşanan bu korku; sürekli yetersizlik, yaşamını kaybetme, hareket kısıtlaması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememeye, aile ortamından ayrılma, eş ya da çocuklarına yeterli olamama, maddi sıkıntı yaşama ve giderlerini karşılayamama, eş ve arkadaşlarının bakış açısında değişme, toplum tarafından kabul görmemeden kaynaklanabilir (Aksoy ve ark., 2021; Williams, 2015). Korkular, bilinmeyen veya ölüm korkusu, anestezi, ağrı veya komplikasyonlar ile ilgili olabilir. İnsanlar korkularını farklı şekillerde ifade ederler. Örneğin bazı hastalar, cevaplar önceden verilmiş olmasına rağmen tekrar tekrar birçok soru sorabilir. Diğerleri, belki okuyarak, televizyon izleyerek veya önemsiz şeyler hakkında konuşarak kasıtlı olarak iletişimden kaçınarak geri çekilebilir (Smeltzer ve ark., 2017).

Ameliyat öncesi kaygı, hastanın yaşamdaki alışılmış rolüne, vücut bütünlüğüne veya yaşamın kendisine yönelik bir tehdit, kalıcı yetersizlik, artan sorumluluk veya aile üyeleri üzerindeki yük olarak gördüğü bir deneyime yönelik bir yanıt olabilir (Smeltzer ve ark., 2017). Hastane ortamında, yabancı ve karmaşık bir çevrede, aile ve arkadaşlardan ayrı, tanınmayan bireylerle ortak bir yaşamı paylaşmak kaygı kaynağı olmakta, günlük yaşama uyum sağlamayı ve hastalığın belirtileri ile baş etmeyi zorlaştırmaktadır (Aksoy ve ark., 2021). Çalışmada da hastalar bu tür kaygılarını dile getirmişlerdir.

Bir çalışmada ameliyattan sonra hastaların %68.1'inin aile içi rol ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri gösterilmiştir. Hastaların yarısından fazlasının işine devam edemediği, çalışmaya devam eden hastaların ise iş performansının olumsuz etkilendiği, iş yerindeki ilişkilerde çeşitli sorunlar yaşadığı, bir bölümünün ise iş yaşantısında değişiklik yaşayarak maddi kayba uğradığı belirlenmiştir (Akyüz ve ark., 2021). Buna karşılık bu çalışmada hastaların habitual şikayetlerden çok fazla yakınmadıkları görülmektedir. Verilerin ameliyattan sonraki ilk 24 saatte toplanmış olması bunun nedeni olarak düşünülebilir. Hastaların henüz bunları düşünmedikleri, daha akut sorunlarına odaklandıkları söylenebilir.

### **5.2.1.2. Ameliyat Sonrası Yaşanan Değişiklikler Temasının Tartışması**

Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasına ait 3 kategori; tedavi alma, yaşam tarzı değişikliği ve sağlık ile ilgili farkındalıktır. Bu temada katılımcı

görüşlerinin yoğunlaştığı kodlar; yardımcı araç kullanma, ilaç kullanma ve diyet yapma/kilo vermedir.

Cerrahi girişimin hasta üzerinde, bir stres tepkisinin oluşması, organ işlevlerinin bozulması, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, yaşam tarzının değişmesi gibi birçok etkisinin olduğu bilinmektedir (Aksoy ve ark., 2021). Boyunluk, korse ve kolostomi torbası, bu çalışmada hastaların kullandıkları yardımcı araçlardır. Ameliyat sonrası bakımda cerrahi hemşiresinin sorumlulukları arasında, hastaya ilaç kullanımı, yardımcı araç-gereç kullanımı, egzersiz programı ve diyetinde dikkat edeceği noktalar konusunda bilgi vermektir (Aksoy ve ark., 2021).

### **5.2.1.3. Ameliyat Sonrası İyileşme Durumu Temasının Tartışması**

Ameliyat sonrası iyileşme durumu temasında; fiziksel iyileşme, psikolojik iyileşme, sosyal iyileşme ve habitual iyileşme olmak üzere 4 kategori oluşturulmuştur. Bu temada katılımcı görüşlerinin, ağrıdan kurtulma, korkuda azalma ve mutlu olma kodları üzerine yoğunlaştığı gösterilmiştir.

O'Neill ve arkadaşları (2021) tarafından özofago-mide kanseri ameliyatından sonraki ilk 6 ayda hastaların fiziksel iyileşmelerine ilişkin bakış açılarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan nitel bir çalışmada şu temalar belirlenmiştir: iyileşme zorlukları ve fiziksel aktivite üzerindeki etkisi, fiziksel aktiviteye dönüşü kolaylaştıran ve önleyen etmenler, ameliyat öncesi toplumsal rollere dönmenin fiziksel zorlukları, fiziksel aktiviteye dönüşü artırabilecek girişimlerle ilgili sağlık hizmetleri. Fiziksel aktivitenin önündeki ameliyat sonrası engeller arasında; diyet sorunları, devam eden tedaviler, ağrı, nefes darlığı, kas zayıflığı, yorgunluk ve kaygı yer almıştır. Katılımcılar, aktivitelere kademeli dönüş, dinlenme ve aile desteği gibi stratejilerin fiziksel aktiviteye dönüşü kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, daha fazla fizyoterapi girdisi, psikososyal destek ve yorgunluk yönetiminin fiziksel iyileşmeye yardımcı olabileceğinin altını çizmişlerdir (O'Neill ve ark., 2021).

Ameliyat sonrası iyileşmenin boyutlarına bakıldığında, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitusta iyileşme olduğu görülmektedir (Allvin ve ark., 2007; Forsberg ve ark., 2018). Bu temada oluşturulan fiziksel iyileşme, psikolojik iyileşme, sosyal iyileşme ve habitual iyileşme kategoriler, bu boyutlar ile uyumludur.

PQRS kullanılarak yapılan bir çalışmada 3. günde psikolojik iyileşme %81.8 oranında gerçekleşmiştir (Royse ve ark., 2010).



En yoğun kodların sırası ile oluşturulan ilk temada ağrı, hareket kısıtlılığı ve korku; bu temada da ağrıdan kurtulma, korkuda azalma ve mutlu olma olması arasında tutarlılık vardır.

#### **5.2.1.4. Ameliyat Sonrası İyileşmeyi Etkileyen Durumlar Temasının Tartışması**

Çalışmada ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasında 3 kategori oluşturulmuştur: hasta ile ilgili faktörler, hasta yakını ile ilgili faktörler ve sağlık personeli ile ilgili faktörler. Bu temada katılımcı görüşlerinin yoğunlaştığı kodlara bakıldığında, aile/arkadaş desteği, sağlık personeli desteği ve ameliyat sonrası bakıma önem verme olduğu görülmüştür.

İyileşmeyi etkileyen etmenler arasında hastaya, sağlık personeline, anesteziye, cerrahi girişime özgü etmenler yer almaktadır (Forsberg ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2019). Bu temada oluşturulan kategorilerin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Aile/arkadaş desteği, bu temanın en yoğun olarak belirlenen kodudur. Bir çalışmada hastaların hastalıkları sırasında %99.4 oranında aile yakınlarından destek aldıkları ve bu desteğin %74.8 oranında psikolojik/sosyal boyutta olduğu bulunmuştur (Koçaşlı ve Kanan, 2020). Adogwa ve arkadaşları (2017), elektif omurga cerrahi hastalarıyla yaptıkları çalışmada, artan sosyal desteğin klinik sonuçlarla ilişkili olmadığını, ancak daha kısa bir hastanede yatış süresi sağladığı sonucuna ulaşmışlardır (Adogwa ve ark., 2017). Kalça protezi uygulanan hastalarda sosyal desteğin hastaların öz yeterlilikleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (Wu ve ark., 2018). Başka bir çalışmada da, kalça fraktürü ameliyatı sonrasında sosyal destek kaynaklarına sahip olmanın yaşam kalitesinin önemli belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir (Hlaing ve ark., 2020).

Bu çalışmada sağlık personeli desteği yoğun olarak ifade edilen bir kod olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde QoR-40 kullanılarak yapılan bir çalışmada hasta desteği alt boyut puanı 31 (Karaman ve ark., 2014) ve 30.46 (7-35 arasında) (Yolcu ve Akın, 2015) olarak bulunmuştur. Bu alt boyutta hekim ve hemşireler ile iletişim ve onlardan destek almaya yönelik maddeler yer almaktadır. QoR-15 kullanılarak yapılan bir çalışmada psikolojik destek alt boyut puanı 18.28 (0-50 arasında) olarak belirlenmiştir. Bu alt boyutta hekim ve hemşirelerden destek alma sorgulanmaktadır (Kara ve ark., 2022).

Sibbern ve arkadaşları (2016) hastaların ameliyat sonrası iyileşme deneyimlerine ilişkin nitel araştırmalardan oluşan bir sistematik derleme yapmışlar ve dört ana tema ortaya çıkarmışlardır. Bunlar; bilgi aktarımı, bireyselleştirilmiş tedavi ve standart bakım, hızlı iyileşme için semptomların ve beklentilerin dengelenmesi ve taburcu olurken güvenlik duygusudur. Yeterli bilgi verilmesinin, hastaların kendilerini güvende ve ameliyata hazır hissetmelerine yardımcı olduğu ve böylece iyileşme süreçlerine katılmak için motive olmalarını sağladığı ancak hastaların ağrı, bulantı ve halsizlik gibi semptomlarla karşılaştıklarında zorlandıkları bildirilmiştir. Profesyonel desteğin, hastaların tedavilerine devam etmelerine, iyileşmelerine ve planlanan zamanda erken taburcu olmalarına katkıda bulunan güvenlik duygusunu desteklediği belirlenmiştir (Sibbern ve ark., 2016). Bu sonuç hemşirenin ameliyat sonrası iyileşmede oynadığı rolü ortaya koymaktadır.

#### **5.2.1.5. Ameliyatın Sonuçlarına İlişkin Görüşler Temasının Tartışması**

Ameliyatın sonuçları temasında hizmet kalitesi ve iyi hissetme olmak üzere 2 kategori oluşturulmuştur. Bu temada katılımcı görüşlerinin üzerine yoğunlaştığı kodlar; ameliyatın iyi geçmesi, memnuniyet ve kendini iyi hissetmedir.

Yapılan bir karma yöntem çalışmasında iyi hissetme teması altında duruma uyum kategorisi ve bu kategoride genel iyilik hissi kodu oluşturulmuştur (Nilsson ve ark., 2019).

Çok boyutlu bir kavram olan hasta memnuniyeti iyileşmede oldukça önemli bir rol oynamaktadır (Borrell-Vega ve ark., 2018). İyileşme kalitesinin bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (Heidegger ve ark., 2013). Günümüzde anestezi ve cerrahi ile ilgili bakım da dahil olmak üzere sağlık hizmeti sonuçlarının değerli bir ölçütü olarak kabul edilmektedir (Bruder ve ark., 2018). Görüşme sorularında olmamasına karşın katılımcıların ifadeleri dikkate alınarak bu tema oluşturulmuştur. Böylece literatürde önerildiği gibi hastanın cerrahi girişim sürecindeki memnuniyeti ortaya çıkarılmıştır.

Ameliyat sonrası iyileşmeyle ilgili hasta memnuniyeti, tamamen öznel olup hastanın bakış açısı, beklentisi ve deneyimleri ile değişiklik gösterir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Hem fiziksel hem de psikolojik hasta deneyimlerinden büyük ölçüde etkilenir (Bowyer ve Royse, 2018a). Dış olaylardan olduğu kadar iç hasta özelliklerinden etkilenen ayrı bir durumdur (Heidegger ve ark., 2013). Öznel olması nedeniyle kültürel, bilişsel, duyuşsal ve sosyodemografik etkilere duyarlıdır. Yaşam

şekli, geçmiş deneyimler, bireysel ve toplumsal değerler, hastanın algılanan güvenlik duygusu gibi birçok etmeden etkilenir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Bir kavram analizinde hastanın memnuniyeti dört özellikte belirlenmiştir. Bunlar; sağlık hizmetini veren bireyin tutumu, sağlık hizmetini veren bireyin teknik yeterliliği, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin etkinliğidir (Jaensson ve ark., 2019).

Royse ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, regresyon analizi sonucunda, ameliyat sonrası 1. günde ve 3. günde devam eden ağrı veya bulantının memnuniyette azalmanın öngörücüleri olduğu, buna karşılık nosiseptif (ağrı ve bulantı) dışında fizyolojik, duygusal (anksiyete ve depresyon), günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel boyutlardaki iyileşme güçlüğünün memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir (Royse ve ark., 2013). Gornall ve arkadaşlarının (2013) yaptığı sistematik derlemede, hastalara yeterli ağrı kesici verilmesi ve doğru bilgilendirme sonucu ağrı ve anksiyetinin azaltıldığı ve buna bağlı olarak memnuniyet düzeyinin olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir (Gornall ve ark., 2013). Bir çalışmada cerrahi ağrı düzeyinin hastaların memnuniyet düzeyi ile ilişkili olduğu ve cerrahi ağrı düzeyi arttıkça hasta memnuniyetinin azaldığı belirlenmiştir (Acar ve ark., 2016). Bu çalışmanın sonucu hasta memnuniyetinin çok boyutlu, öznel ve sosyokültürel duruma göre değişen yapısını göstermektedir.

İyileşme kalitesi ve memnuniyet hasta merkezli bakımın ayrılmaz bileşenleridir. Ancak doğaları gereği farklı yapılardır ve bu nedenle birbirlerinin yerine kullanılamazlar (Bowyer ve Royse, 2018a). Hasta memnuniyeti, iyileşme kalitesinden ayırt edilmelidir çünkü mutlaka bununla ilişkili değildir (Bowyer ve ark., 2014). Birçok ortak noktayı paylaşmasına karşın farklı sonuç ölçütleridir. Her iki sonucu ölçen araçların yapıları oldukça farklıdır. Bu araçlar hastalara aynı soruları sormaz. Bu nedenle bu araçların benzer sonuçlar vermesi pek olası değildir (Royse ve ark., 2017). Çalışmanın nicel bölümünde hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanmada aşırı güçlük, istek-arzu semptomları ve tüm indekste çok güçlük, bağırsak semptomları, genel semptomlar ve psikolojik semptomlarda orta düzeyde güçlük yaşadıkları bulunmasına karşın nitel bölümde ameliyatın iyi geçtiğini ve memnuniyetlerini vurguladıkları ortaya çıkarılmıştır. Bu sonuçlar hastaların iyileşme kaliteleri ile memnuniyetlerinin farklı olduğunu işaret etmektedir.

Yaş, ameliyatla ilişkili memnuniyeti artıran bir etmendir. Genellikle yaşlı hastaların ameliyat sonrası memnuniyetleri yüksektir (Jaensson ve ark., 2019). Daha yaşlı gruplarda genç gruplara karşılaştırıldığında daha yüksek memnuniyet oranı, daha az bilgi talep etmeleri ve bu nedenle tıbbi tedavi ve önerilere daha hızlı uymaları ile açıklanabilir (Borrell-Vega ve ark., 2018). Bu çalışmadaki hastaların %25.7'sinin 55-64 yaş arasında ve %37.7'sinin 65 yaş üstünde olması, ASİİ alt boyutlarında orta düzeyde güçlükten aşırı güçlüğüne değişen ölçüde güçlük yaşanmasına karşın bu temadaki hizmet kalitesi kategorisindeki memnuniyet kodunun nedeni olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada hastalar kendilerini iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada diz cerrahisinden sonra hastaların büyük çoğunluğunun kendisini ameliyat öncesi döneme göre daha iyi veya mükemmel olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Akkaya ve ark., 2012).

#### **5.2.1.6. Ameliyat Sonrası İyileşmenin Anlamı Temasının Tartışması**

Ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı teması son temadır ve bu temaya ait 2 kategori (sağlıklı olma ve yeni başlangıç) oluşturulmuştur. Bu temada katılımcı görüşlerinin hayata yeniden başlama kodu üzerine yoğunlaştığı gösterilmiştir.

Bir nitel çalışmada hastalar ameliyat sonrası iyileşmeyi, iç ve dış önkoşulları içeren ve değişen destek düzeyleri ile sıradan yaşamdaki değişiklikleri ifade eden bir durum olarak algılamışlardır (Berg ve ark., 2013). Bir diğer çalışmada, hastalar tarafından iyileşme, her alandaki tüm sorunlar için temel değerlere dönüş veya daha iyisi olarak tanımlanmıştır (Royse ve ark., 2013). Ameliyat sonrası iyileşme, bireyin cerrahi öncesi düzeyine veya daha iyisine geri dönmesi, tüm işlevlerini geri kazanması ve iyilik haline ulaşması olarak tanımlanmaktadır (Forsberg ve ark., 2018; Jaensson ve ark., 2022). Ameliyat sonrası iyileşme çoğu hasta için mümkün olan en iyi cerrahi sonuçlara sahip olmak anlamına gelir. Hastaların rahatsızlık ve ağrı yaşamamak, belirli görevleri veya tüm ev işlerini acı çekmeden yapabilmek, ameliyattan sonra her türlü yiyeceği yiyebilmek ve iş yerlerine geri dönebilmek gibi beklentileri vardır (Jaensson ve ark., 2019). Bu çalışmada hastaların yaptıkları ameliyat sonrası iyileşme tanımı, literatürdeki tanımları destekler niteliktedir.

Hastalar tarafından yapılan ameliyat sonrası iyileşme tanımı, genellikle fizyolojik ve fiziksel işlevin geri dönüşüne ilişkin geleneksel parametrelere vurgu

yapsa da kapsamı nosiseptif, psikolojik, sosyal, bilişsel ve memnuniyet alanlarını içerecek şekilde genişlemiştir. Ayrıca, hastalar iyileşmeyi yalnızca semptomların veya komplikasyonların olmaması değil aynı zamanda önceki yaşamlarına benzer bir duruma geri dönmek olarak tanımlamaktadırlar (Bowyer ve ark., 2016c). Bu çalışma bu tanımların artırılabilirliğini, özellikle iyileşmenin hayata yeniden başlama olarak tanımlanabileceğini gösterebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada, nicel yöntem ile hastaların ameliyat sonrası iyileşme düzeyi ve bu düzeyin sosyodemografik ve klinik etmenlere göre değişme durumu, nitel yöntem ile ise hastaların ameliyat sonrası iyileşmeye ilişkin algı ve düşünceleri incelenmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmada nicel yöntem ile elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

- ASİİ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların, fiziksel aktivitede kısıtlanmada aşırı güçlük, bağırsak semptomlarında orta düzeyde güçlük, genel semptomlarda orta düzeyde güçlük, istek-arzu semptomlarında çok güçlük, psikolojik semptomlarda orta düzeyde güçlük ve tüm indekste çok güçlük yaşadıkları bulunmuştur.
- Hastaların yaşlarına göre fiziksel aktivitede kısıtlanma, bağırsak semptomları ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Yaşı 55-64 ve 65 yaş ve üstü (bağırsak semptomlarında yalnızca 55-64) olan hastaların puanlarının, 45 yaş altı olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Cinsiyet değişkenine göre alt boyut ve tüm indeks puanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.
- Hastaların BKİ değerlerine göre yalnızca genel semptomlar (tat alamama, normal porsiyonda yiyememe ve iştahsızlık) puanlarında anlamlı fark olduğu, bu puanların obez hastalarda, fazla kilolu hastalara göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların tütün kullanma durumlarına göre yalnızca istek-arzu semptomları (cesareti kırılmış hissetme, iyileşememe endişesi, üretken hissetmeme ve motivasyon düşüklüğü) puanlarında anlamlı fark olduğu, tütün kullanan hastaların bu puanının, kullanmayan hastalarla karşılaştırıldığında, daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kronik hastalığı olma durumlarına bakıldığında, bu değişkene göre yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu, kronik hastalığı olan hastaların bu puanlarının, olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır.

- Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre de yalnızca istek-arzu semptomları puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Daha önce ameliyat olan hastaların puanlarının, olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hastaların psikolojik semptomlar dışındaki tüm alt boyutlar ve tüm indeks puanlarında, yattıkları kliniklere göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür.
- Ameliyat türü açık olan hastaların, kapalı olan hastalarla karşılaştırıldığında, fiziksel aktivitede kısıtlanma, istek-arzu semptomları, psikolojik semptomlar (uyku sorunu, zihinsel görevlere odaklanamama ve dil sürçmesi) ve tüm indeks puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Anestezi türü genel olan hastaların, fiziksel aktivitede kısıtlanma, istek-arzu semptomları, psikolojik semptomlar ve tüm indeks puanlarının spinal olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada nitel yöntem ile elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

- Araştırmada 6 tema oluşturulmuştur. Bunlar; ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler, ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler, ameliyat sonrası iyileşme durumu, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar, ameliyatın sonuçlarına ilişkin görüşler ve ameliyat sonrası iyileşmenin anlamıdır.
- İlk tema olan ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasında, fiziksel şikayetler psikolojik şikayetler, sosyal şikayetler ve habitual şikayetler olmak üzere 4 kategori oluşturulmuştur. Bu temada katılımcı görüşleri, ağrı, hareket kısıtlılığı ve korku kodları üzerine yoğunlaşmıştır.
- Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasına ait 3 kategori; tedavi alma, yaşam tarzı değişikliği ve sağlık ile ilgili farkındalıktır. Bu temada katılımcı görüşlerinin yardımcı araç kullanma, ilaç kullanma ve diyet yapma/kilo verme üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.
- Ameliyat sonrası iyileşme durumu temasına ait oluşturulan 4 kategori şunlardır: fiziksel iyileşme, psikolojik iyileşme, sosyal iyileşme ve habitual iyileşme. Bu temada katılımcı görüşleri, ağrıdan kurtulma, korkuda azalma ve mutlu olma kodları üzerine yoğunlaşmıştır.

- Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasına ait 3 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; hasta ile ilgili faktörler, hasta yakını ile ilgili faktörler ve sağlık personeli ile ilgili faktörlerdir. Bu temada katılımcı görüşlerinin yoğunlaştığı kodlara bakıldığında, aile/arkadaş desteği, sağlık personeli desteği ve ameliyat sonrası bakıma önem verme olduğu görülmüştür.
- Ameliyatın sonuçları temasında hizmet kalitesi ve iyi hissetme olmak üzere 2 kategori oluşturulmuştur. Bu temada katılımcı görüşleri, ameliyatın iyi geçmesi, memnuniyet ve kendini iyi hissetme kodları üzerine yoğunlaşmıştır.
- Son tema olan ameliyat sonrası iyileşmenin anlamı temasına ait 2 kategori oluşturulmuş olup bu kategoriler sağlıklı olma ve yeni başlangıçtır. Bu temada katılımcı görüşlerinin hayata yeniden başlama kodu üzerine yoğunlaştığı gösterilmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda klinisyenler ve araştırmacılara yönelik olarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

### **Klinisyenlere yönelik öneriler:**

- Hastaların tüm alt boyutlar ve tüm indeks sonuçlarına göre iyileşmede orta düzeyde güçlük ve çok güçlük yaşadıkları, buna karşılık güçlük yaşanmayan veya az düzeyde güçlük yaşanan hiçbir alt boyut olmaması sonucuna göre, bütüncül bir yaklaşımla, iyileşmenin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve habitusta iyileşme olmak üzere tüm boyutlarının ele alınması,
- Hastaların fiziksel aktivitede kısıtlanmada alt boyutunda aşırı güçlük yaşamaları ve ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasında ifadelerin ikinci sırada hareket kısıtlılığı kodu üzerine yoğunlaşması sonuçları doğrultusunda, özellikle hareket etmede desteklenmeleri,
- İleri yaştaki hastaların gençlere göre fiziksel aktivitede kısıtlanma, bağırsak semptomları ve tüm iyileşmede daha fazla güçlük yaşamaları nedeniyle bu alt boyutlarda daha fazla desteklenmeleri,
- Obez hastaların fazla kilolu hastalardan daha fazla genel semptom yaşamaları nedeniyle bu hastalarda tat alamama, normal porsiyonda yiyememe ve iştahsızlığa yönelik semptom yönetiminin sağlanması,



- Tütün kullanan, kronik hastalığı olan ve daha önce ameliyat olan hastaların istek-arzu semptomlarının daha fazla olması sonucu doğrultusunda, bu hastaların psikolojik ve habitual iyileşmelerinin desteklenmesi,
- Ameliyat türü açık ve anestezi türü genel olan hastaların, çoğu alt boyutta daha fazla güçlük yaşamaları göz önünde bulundurularak daha fazla desteklenmeleri,
- En yoğun ifade edilen kodun, ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasında ağrı ve ameliyat sonrası iyileşme durumu temasında ağrıdan kurtulma olması sonuçları doğrultusunda, etkin ağrı kontrolünün sağlanması,
- En yoğun ifade edilen kodlardan birinin, ameliyat sonrası şikayetlere ilişkin görüşler temasında korku, ameliyat sonrası iyileşme durumu temasında korkuda azalma olması sonuçları doğrultusunda, hastaların korku ile baş etmelerinin güçlendirilmesi,
- Ameliyat sonrası yaşanan değişiklikler temasında en yoğun ifade edilen kodun yardımcı araç kullanma olması sonucu doğrultusunda, hastalara yardımcı araç kullanma konusunda eğitim verilmesi,
- Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasında en yoğun ifade edilen kodun aile/arkadaş desteği olması sonucu doğrultusunda, hastanın sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi,
- Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumlar temasında en yoğun ifade edilen ikinci kodun sağlık personeli desteği olması sonucu doğrultusunda, hastaya destek sunulması önerilir.

#### **Araştırmacılara yönelik öneriler:**

- Nicel araştırmanın farklı bir örneklem grubunda yapılması,
- Hastalarının iyileşmelerini sağlayacak girişimlerin etkilerinin inceleneceği deneysel araştırmaların yapılması,
- Özellikle bazı iyileşme boyutlarında güçlük yaşayan ileri yaştaki, obez, tütün kullanan, kronik hastalığı olan ve daha önce ameliyat olan hasta gruplarında çalışmaların planlanması,
- Bu araştırmada incelenen değişkenler dışındaki değişkenlere göre ameliyat sonrası iyileşmedeki farklılığın incelenmesi,

- Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen durumların nicel ve nitel yöntemlerle incelenmesi,
- Ameliyat sonrası iyileşme memnuniyetinin nicel ve nitel yöntemlerle değerlendirilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Aasa A, Hovback M, Bertero CM. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *J Clin Nurs*. 2013;22:1604-1612.
2. Acar K, Acar H, Eti Aslan F, Demir F. Hastaların cerrahi sonrası uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19(2):86-91.
3. Acar K, Aygin D. Yaşlılarda yara gelişimi risk faktörleri, önleme ve bakım yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2015;19(2):54-59.
4. Adogwa O, Elsamadicy AA, Vuong VD, ve ark. Effect of social support and marital status on perceived surgical effectiveness and 30-day hospital readmission. *Global Spine J*. 2017;7(8)774-779.
5. Akıncı N. Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyetesi ve depresyon düzeylerinin tahmini. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2022;9(2):113-119.
6. Akkaya S, Akkaya N, Kılıç A, Kiter E. Artroskopik parsiyel menisektomili hastalarda fonksiyonel durum, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi. *Eklem Hastalık Cerrahisi*. 2012;23(1):9-14.
7. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi hemşireliği 1. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021.
8. Aktaş YY, Gürçayır D, Atalay C. Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2018;45(3):341-351.
9. Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik. 2. baskı. İstanbul: Anadolu Matbaası; 2011.
10. Akyüz E, Ünlü H, Uğurlu Z, Özhan Elbaş N. Ortopedik cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler. *Sağlık ve Toplum*. 2021;31(3):79-93.
11. Al-Abri R, Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014;29(1):3-7.
12. Ali MM, Khalifa N, Alhadj N. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head & Face Medicine*. 2018;14(2):19.
13. Alkan V, Şimşek S, Armağan Erbil, B. Karma yöntem: öyküleyici alanyazın incelemesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 2019;7(2):559-582.

14. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(5):552-558.
15. Amaç H, Çam R. Günübirlık cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;5(1):1222-1237.
16. Amirshahi M, Behnamfar N, Badakhsh M, Rafiemanesh H, Keikhaie KR, Sheyback M. et al. Prevalence of postoperative nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2020;14(1),48-56.
17. Annisa F, Suhermanto D. Relation between family support and anxiety in preoperative patients in Indonesia. In *International Conference of Kerta Cendekia Nursing Academy*. 2019;1(1):174-178.
18. Apfel CC, Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, et al. Postoperative nausea and vomiting. *Miller's anesthesia*. 8th ed. Canada: Elsevier-Saunders; 2015.
19. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline quick view: venous thromboembolism. *AORN*, 2018;107(2),281-285.
20. Aygin D, Cengiz H. Validity and reliability study of the Turkish version of the postoperative recovery index of patients undergoing surgical intervention. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2019;49: 566-573.
21. Baki A, Gökçek T. Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;11(42):1-21.
22. Bakış M, Sinem Sarı S, Cillimoğlu Ö, Özbey Ö, Uğur B, Oğurlu M. Major alt ekstremite cerrahisinde anestezi türünün postoperatif komplikasyonlara etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014;41(1):191-194.
23. Barnett S, Porsuk G, Kiapour A, Henderson R, Freiburger C, Females have earlier muscle strength and functional recovery after bridge-enhanced anterior cruciate ligament repair. *Tissue Engineering Part A*. 2020;26(13-14):702-711.
24. Baronu DM, Hochrieser H, Posch M, Metnitz B, Rhodes A, Moreno RP, Pearse RM, Metnitz P, European surgical outcomes study (EuSOS) group for trials groups of European society of intensive care medicine; European society of anaesthesiology. Preoperative anaemia is associated with poor clinical outcome in non-cardiac surgery patients. *Br J Anaesth*. 2014;113:416-423.

25. Berg K, Arestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(12):1630-1638.
26. Berg K, Kjellgren K, Unosson M, Arestedt K. Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nurs.* 2012;11:1-10.
27. Bilgici A, Kuru Ö, Alaylı G, Koç R. Kilo kaybının diz osteoartritinin semptomatik iyileşmesi üzerine etkisi. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi.* 2010;12(4):232- 235.
28. Bilik Ö. Klinikten eve uzanan yolculuk: Ameliyat olan hastaların evde bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2017;33(1):114-127.
29. Birlikbaş S, Bölüşbaş N. ERAS rehberleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.* 2019;2(3):194-205.
30. Bora Başara B, Soytutan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık istatistikleri yılı 2020. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1240.
31. Borrell-Vega J, Humeidan ML, Bergese SD. Defining quality of recovery-what is important to patients? *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology.* 2018;32:259-268.
32. Bostancı MT, Görgün M, Karaoğlan M, Çatal H. Laparoskopik adrenalektomi sonuçlarının açık adrenalektomi ile kıyaslanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi.* 2009;25(4):150-156.
33. Bowyer A, Jakobsson J, Ljungqvist O. A review of the scope and measurement of postoperative quality of recovery. *Anaesthesia.* 2014;69(11):78-266.
34. Bowyer A, Royse C. A matter of perspective-Objective versus subjective outcomes in the assessment of quality of recovery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.* 2018a;32:287-294.
35. Bowyer A, Royse C. Approaches to the measurement of post-operative recovery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.* 2018b;32:269-276.
36. Bowyer A, Royse C. Postoperative recovery and outcomes-what are we measuring and for whom? *Anaesthesia.* 2016a;71(1):72-77.

37. Bowyer A, Royse C. The future of postoperative quality of recovery assessment: multidimensional, dichotomous, and directed to individualize care to patients after surgery. *Wolters Kluwer Health*. 2016b;29:683-690.
38. Bowyer AJ, Royse CF. The importance of postoperative quality of recovery: influences, assessment, and clinical and prognostic implications. *Can J Anaesth*. 2016c;63(2):176-83.
39. Bowyer A, Royse C. The future of recovery e integrated, digitalised and in real time. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2018c;32:295-302.
40. Boylu DD, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 2016;8(15):137-150.
41. Bruder N, Auquier P. Integration of satisfaction and quality of recovery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2018;32:277-286.
42. Buchanan F, Myles PS, Cicuttini F. Effect of patient sex on general anaesthesia and recovery. *British Journal of Anaesthesia*. 2011;106(6):832-839.
43. Butler SF, Black RA, Techner L, Fernandez KC, Brooks D, Wood M, Katz N. Development and validation of the post-operative recovery index for measuring quality of recovery after surgery. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*. 2012;3(12):1-8.
44. Çam C, Atay E, Işık B. Yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*; 2018;3(2):50-67.
45. Çatal AT, Cebeci F. Lomber disk hernisinde ağrı, anksiyete, depresyon döngüsü ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020;7(1):73-77.
46. Çeçen G, Gülabi D, Pehlivanoğlu G, Elmalı N, Teköz A. Opere tibia kırıklarında, iyileşme üzerine obezitenin olumsuz etkisi var mı? *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2015;21(3):209-215.
47. Cengiz Açıl H, Aygin D. Cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme durumlarının değerlendirilmesi. *Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi*; 2020.
48. Cengiz H, Aygin D. Validity and reliability study of the Turkish version of the Postoperative Recovery Index of patients undergoing surgical intervention. *Turk J Med Sci*. 2019;49:566-573.

49. Cengiz H. Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Değerlendirilmesi. [doktora tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2018.
50. Chang CC, Lin HC, Lin HW, Lin HC. Anesthetic management and surgical site infections in total hip or knee replacement: a population-based study. *Anesthesiology*. 2010;113:279-284.
51. Chazapis, K. Walker, A. Rooms, D. Kamming, R. Moonesinghe. Measuring quality of recovery-15 after day case surgery. *British Journal of Anaesthesia*. 2016;116(2):241-248.
52. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20(2):137-143.
53. Çilingir D, Şimşek P. Ameliyat sürecinde uygulanan sıvı tedavisi yöntemleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekler Dergisi*. 2017;4(1):50-56.
54. Clifford T. Enhanced recovery after surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2016;31(2):182-183.
55. Collins T, Onwuegbuzie A, Jiao G. Prevalence of mixed methods sampling designs in social science research. *Evaluation in Education*. 2006;19(2):83-101.
56. Creswell JW. Karma yöntem araştırmalarına giriş. Sözbilir PD, çeviren. Ankara: Pegem Akademi; 2017.
57. Creswell JW. Nitel araştırma yöntemleri beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni. Üstün M, Demir SB, çeviren. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2018.
58. Dağistanlı S, Kalaycı M, Kara Y. Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2018;10(Ek sayı):9-20.
59. Debono B, Wainwright TW, Wang MY, Sigmundsson FG, Yang MMH, Smid-Nanninga H, Bonnal A, Le Huec JC, Fawcett WJ, Ljungqvist O, Lonjon G, de Boer HD: Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Spine J*. 2021;21(5):729-752.
60. Demir M, Erdemli B, Kurtoğlu M, Öngen G. Ulusal venöz tromboembolizm profilaksi ve tedavi kılavuzu. İstanbul: Güven Platformu; 2010.

61. Demirhan İ, Pınar G. Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014;2(1):43-56.
62. Dığın F, Kızılcık Özkan Z. Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;6(3):413-418
63. Efendi V, Özalevli S, Naz İ, Kılınç O. Sağlıklı kadınlarda sigara içmenin vücut kompozisyonu, solunum fonksiyonu, fiziksel aktivite ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri. Tüberküloz Toraks. 2018;66(2):101-108.
64. Elayat A. Enhanced recovery after surgery-ERAS in elective craniotomies randomized controlled trial. BMC Neurol. 2021;21(1):127.
65. ERAS Türkiye Derneği [İnternet]. Ankara: ERAS Türkiye Derneği [erişim tarihi 2022 Dec 27]. Erişim adresi: <https://eras.org.tr/page.php?id=10>
66. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma süreci, uygulama ve kritik. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.
67. Erefe İ. Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. 4. baskı. İstanbul: Odak Ofset; 2012.
68. Eren H, Durmuş İskender M. Kemoterapi alan mide kanserli bir vakanın Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik bakımı. Selçuk Tıp Dergisi. 2019;35(1):58-62.
69. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N. Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetler Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2016;5(2):159-170.
70. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; 83-91.
71. Feldman LS, Lee L, Fiore Jr J. What outcomes are important in the assessment of enhanced recovery after surgery (ERAS) pathways?. Canadian Journal of Anaesthesia. 2015;62(2):120-30.
72. Ferraz S, Moreiraa P, Mendesa C, Amaral M. Evaluation of the quality of recovery and the postoperative health status after elective surgery. Braz J Anesthesiol. 2018;68(6):577-583.
73. Forsberg A, Vikman I, Wälivaara BM, Engström A. Patients' perceptions of their postoperative recovery for one month. J Clin Nurs. 2015;24(13-14):1825-1836.



74. Forsberg A, Vikman I, Walivaara BM, Engström A. Patterns of changes in patients' postoperative recovery from a short-term perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2018;33:188-199.
75. Fritz A, Zhang C, Chen Y, Kronzer A. Deep-learning model for predicting 30-day postoperative mortality. *British Journal of Anaesthesia*. 2019;123(5):688-695.
76. Geçit S, Yavuz Van Giersbergen M. Cerrahi hasta bakımında venöz tromboembolizmin önlenmesinde kanıt temelli uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021;37(2):179-187.
77. Gornall BF, Myles PS, Smith CL. Measurement of quality of recovery using the QOR-40: a quantitative systematic review. *British Journal of Anaesthesia*. 2013;11:161-169.
78. Grauman S, Boethius J, Johansson J. Regional anaesthesia is associated with shorter postanaesthetic care and less pain than general anaesthesia after upper extremity surgery. *Anesthesiol Res Pract*. 2016:6308371
79. Gül A. Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı. İçinde: Çelik S, editör. *Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar*. Adana: Nobel Kitabevi; 2021. s. 141-151.
80. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;5(3):192-208.
81. Güler Y, Tireli M. Cerrahi hastalarda malnutrisyon sıklığı. *Acta Medica Alanya*. 2018;2(1):35-39.
82. Gündoğdu RH. Cerrahi iyileşmenin hızlandırılması için modern teknikler. İçinde: Eti Aslan F, editör. *Cerrahi bakım: vaka analizleri ile birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s. 455-470.
83. Gürel B, Koçalışlı S. Ameliyat sonrası hastaların derlenme kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2022;5(1):12-30.
84. Gustafsson U, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*. 2019;43(3):659-695.

- 85.** Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of Surgery*. 2011;146:571-577.
- 86.** Heidegger T, Saal D, Nubling M. Patient satisfaction with anaesthesia-Part 1: satisfaction as part of outcome - and what satisfies patients. *Anaesthesia*. 2013; 68(11):65-72.
- 87.** Hentjens P, Magaziner J, Cathleen S, Vanderschueren D, Milisen K, Boonen S. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Ann Intern Med*. 2010;152(6):380-90.
- 88.** Hill K, Macfarlane AJR. Does regional anaesthesia improve outcome? *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2021;22(12):794-798.
- 89.** Hlaing Y, Thosingha O, Chanruangvanich W. Health-related quality of life and its determinants among patients with hip fracture after surgery in Myanmar. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2020;37:100752.
- 90.** Hooven K. Preprocedure warming maintains normothermia throughout the perioperative period: A quality improvement project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2011;26(1):9-14.
- 91.** Hounsome J, Lee A, Greenhalgh J, Lewis SR, SchofieldRobinson OJ, Coldwell CH, Smith AF. A systematic review of information format and timing before scheduled adult surgery for peri-operative anxiety. *Anaesthesia*. 2017;72:1265-1272.
- 92.** İnan N, Tuncer S. Postoperatif ağrı yönetimi kılavuzu. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD)*; 2020.
- 93.** İzveren M, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2):36-46.
- 94.** Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: a multicentre randomized trial. *British Journal of Anaesthesia*. 2017;119(5):1030-1038.
- 95.** Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: A narrative review. *Perioperative Medicine*. 2019;8(3):3-7.

96. Jaensson M, Nilsson U, Dahlberg K. Methods and timing in the assessment of postoperative recovery: a scoping review. *Br J Anaesth.* 2022;129(1):92-103.
97. Jensen CC. Patient satisfaction and quality of life with enhanced recovery protocols. *Clinics in Colon and Rectal Surgery.* 2019;32(2):138-144.
98. Jimenez RS, Alvarez AB, Lopez JT. Enhanced recovery after surgery in colorectal surgery. In: Khan J, editor. *Colorectal cancer- surgery, diagnostics and treatment.* Intechopen; 2014;32(2):102-108.
99. Johnston BC, Patrick DL, Busse JW. Patient-reported outcomes in meta-analyses part 1: assessing risk of bias and combining outcomes. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:109.
100. Jonker LT, Lahr MM, Oonk MHM, Bock GH, Leeuwen BL. Post-discharge telemonitoring of physical activity, vital signs, and patient-reported symptoms in older patients undergoing cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology.* 2021;28(11):6512-6522.
101. Kalkman CJ, Kappen TH. Patient-centered endpoints for perioperative outcomes research. *Anesthesiology: American Society of Anesthesiologists.* 2015;122(3):3-81.
102. Kanga E, Brigid M, Gillespie B, Tobianob G, Chaboyera W. Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: a systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies.* 2018;87:1-13.
103. Kara U, Şimşek F, Kamburoğlu H, Özhan MÖ, Alakuş Ü, İnce ME, Eksert S, Özkan G, Eşkin MB, Şenkal S. Linguistic validation of a widely used recovery score: quality of recovery-15 (QoR-15). *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2022;52(2):427-435.
104. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım.* 6. baskı. İstanbul: Akademisyen Kitapevi; 2022.
105. Karaman S, Arıcı S, Doğru S, Karaman T, Tapar H. Validation of the Turkish version of the quality of recovery-40 questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:8.

106. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(2): 90-96.
107. Katıtaş S. Karma yöntem araştırmalarına bütüncül bir bakış. *Social Sciences Studies Journal*. 2019;5(49):6250-6260.
108. Kehlet H. Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good?. *Anaesthesia*. 2020;75(Suppl 1):54-61.
109. Kendirkıran K, Batmaz M. Açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası kişilerarası ilişkilerinde gözlenen değişiklikler. *Nobel Med*. 2020;16(2):40-46.
110. Kim SM, Youn HG, An JY. Comparison of open and laparoscopic gastrectomy in elderly patients. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2018;22(5):785-791.
111. Kobra P, Vahid Z, Sima LD, Mitra, MS, Nasser S. Patient's perception of stressors associated with coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*. 2013;5(3):113-117.
112. Koçaşlı S, Kanan N. Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;2(3):146-158.
113. Köklü AH, Çankal DA. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler içerisinde beslenmenin yeri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;(7):135-141.
114. Korkmaz F, Çullu M. Venöz tromboembolizm ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(1):62-82.
115. Koyuncu A, Aslan FE, Karabacak Ü. Nursing and practices that speed up healing in heart surgery. *Journal of cardio-vascular-thoracic anaesthesia and intensive care society*. 2015;21(1):42-50.
116. Kubat Bakır G, Yurt S. Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2020;20(3),158-165.
117. Lahtinen B, Leppilahti J, Vahanikkila H, Kujala S, J Ristiniemi J, Jalovaara P. No major differences in recovery after hip fracture between home-dwelling female and male patients. *Scand J Surg*. 2020;109(3):250-264.
118. Lall AC, Schwarzman GR, Battaglia MR, Chen SL, Maldonado DR, Domb BG. Effect of marital status on patient-reported outcomes following total hip

- arthroplasty: a matched analysis with minimum 2 year follow-up. *HIP International*. 2021;31(3):362-368.
- 119.** Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 10th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2016.
  - 120.** Lin CJ, Cheng SJ, Shih SC, Chu CH, Tjung, JJ. Discharge planning. *The International Journal Gerontology*. 2012;6(4):237-240.
  - 121.** Lin T, Meng Y, Li T, Jiang H, Gao R, Zhou X. Predictors of postoperative recovery based on healthrelated quality of life in patients after degenerative lumbar scoliosis surgery. *World Neurosurg*. 2018;109:539-545.
  - 122.** Martin DS, Grocott MP: Oxygen therapy and anaesthesia: Too much of a good thing?. *Anaesthesia*. 2015;70:522-527.
  - 123.** Martin L, Gillis C, Atkins M, Gillam'daki M, Sheppard C, Buhler S, Hammond CB, Nelson G, Gramlich L. Implementation of an enhanced recovery after surgery program can change nutrition care practice: a multicenter experience in elective colorectal surgery. *JPEN J. Parenter Enteral Nutr*. 2018;43(2):206-219.
  - 124.** Munoz M, Acheson AG, Auerbach M, Besser M, Habler O, Kehlet H, Liumbruno GM, Lasocki S, Meybohm P, Rao Baikady R, Richards T, Shander A, Spahn DR, Klein AA. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia*. 2017;72(2):233-247.
  - 125.** Myles PS, Leslie K, Chan MTV, Andrew Forbes, Peyton PJ, Paech MJ, Beattie WS, Sessler DI, Devereaux PJ, Silbert B, Schricker T, Wallace S, ANZCA Trials Group for the ENIGMA-II investigators. The safety of addition of nitrous oxide to general anaesthesia in at-risk patients having major non-cardiac surgery; a randomised, singleblind trial. *Lancet*. 2014;384:1446-1454.
  - 126.** Newman S, Wilkinson DJ, Royse CF. Assessment of early cognitive recovery after surgery using the post-operative quality of recovery scale. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(2):185-91.
  - 127.** Nicholson A, Lowe MC, Parker J. Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery programmes in surgical patients. *British Journal of Anaesthesia*. 2014;101(3):88-172.

128. Nilsson U, Gruen R, Myles PS. Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia*. 2020;75:158-164.
129. Nilsson U, Jaensson M, Dahlberg K, Hugelius K. postoperative recovery after general and regional anesthesia in patients undergoing day surgery: a mixed methods study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2019;34(3):517-528.
130. O'Neill L, Bennett A, Guinan E, Reynolds JV, Hussey J. Physical recovery in the first six months following oesophago-gastric cancer surgery. Identifying rehabilitative needs: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation*. 2021;43(10):1396-1403.
131. Onat Ş. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. 2013;19:69-73.
132. Ongun YD. Sağlık eğitimi ve sağlığın iyileştirilmesi. İçinde: Sayek İ, editör. *Temel cerrahi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2013. s. 47-57.
133. Özkan H, Bilgin Z. Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016;3(3):191-200.
134. Özkan S. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2018. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1103.
135. Özmen T. Cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2020.
136. Özşaker E, Durak H, Canbazogulları Ü. Gününbirlik cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*. 2019;9(1):100-105.
137. Palese A, Tomietto M, Suhonen R. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(4):341-350.
138. Pascarella G, Kosta F, Buono R, Piliago C, Carassiti M. Impact of the pericapsular nerve group block on postoperative analgesia and functional recovery following total hip arthroplasty: a randomised, observer-masked, controlled trial. *Anaesthesia*. 2021;76(11):1492-1498.

139. Patel V, Şampanya R, Dretzke J, Yeung J. Effect of regional versus general anaesthesia on postoperative delirium in elderly patients undergoing surgery for hip fracture: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(12):020757.
140. Phelps EE, Tutton E, Griffin X, Baird J; TrAFFix research collaborators. A qualitative study of patients' experience of recovery after a distal femoral fracture. *Injury*. 2019;50(10):1750-1755.
141. Polat İ. Obstetrik ve perinatolojik girişimler ve ERAS. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2019;10(Ek Sayı):33-40.
142. Pugely AJ, Martin CT, Gao Y. Differences in shortterm complications between spinal and general anesthesia for primary total knee arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2013;95:193-199.
143. Royse CF, Chung F, Newman S, Stygall J, Wilkinson DJ. Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the postoperative quality of recovery scale. *European Society of Anaesthesiology*. 2013;30:106-110.
144. Royse CF, Clarke S. Satisfaction is not substantially affected by quality of recovery: different constructs or are we lost in statistics?. *Anaesthesia*. 2017;72(9):8-64.
145. Royse CF, Newman S, Chung F, Stygall J, Rachel E, Boldt J, Wilkinson D. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the postoperative quality recovery scale. *Anesthesiology*. 2010;113(4):892-905.
146. Royse CF. The patient journey and consequences of poor recovery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2018;32(3-4):253-258.
147. Shida D, Wakamatsu K, Tanaka Y, Yoshimura A. The postoperative patient-reported quality of recovery in colorectal cancer patients under enhanced recovery after surgery using QoR-40. *BMC Cancer*. 2015;15:799.
148. Sibbern T, Bull Sellevold V, Steindal S. Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(9-10):1172-1188.
149. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 14th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

- 150.** Sözen KK. Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde görülen erken dönem komplikasyonların değerlendirilmesi. *Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi*. 2020;3(3):212-222.
- 151.** Stephenson SJ, Jiwanmall M, Cherian NE, Kamakshi S, Williams A. Reduction in post-operative nausea and vomiting (PONV) by preoperative risk stratification and adherence to a standardized anti emetic prophylaxis protocol in the day-care surgical population. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;10(2):865-870.
- 152.** Stoice N, Koehler KN, Scharre DW, Bergese SD. Cognitive self-assessment scales in surgical settings: acceptability and feasibility. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*. 2018;32(3-4):303-309.
- 153.** Süerdem B. Ameliyat öncesi bakım bağımlılığı düzeyi ile ameliyat sonrası derlenme kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Lefkoşa: KKTC Yakın Doğu Üniversitesi; 2019.
- 154.** Taurchini M, Naja CD, Tancredi A. Enhanced recovery after surgery: a patient centered process. *Journal of Visualized Surgery*. 2018;4:40.
- 155.** Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sarince N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(13-14):1917-1925.
- 156.** Tevis S, Kennedy G. Postoperative complications and implications on patient centered outcomes. *Journal of Surgical Research*. 2013;181(1):106-113.
- 157.** Tong F, Dannaway J, Enke O, Eslick G. Effect of preoperative psychological interventions on elective orthopaedic surgery outcomes: A systematic review and metaanalysis. *ANZ Journal of Surgery*. 2020;90(3):230-236.
- 158.** Uchino BN, Bowen K, Kent de Grey R, Mikel J, Fisher EB. Social support and physical health: models, mechanisms, and opportunities. In: Fisher EB, Cameron LD, Christensen AJ, Ehlert U, Guo Y, Oldenburg B, Snoek FJ, editors. *Principles and concepts of behavioral medicine*. New York: Springer; 2018. p. 341-372.
- 159.** Uğurlu A, Seçginli S, Eti Aslan F. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2017;9(4): 280-288.



- 160.** Van Boekel M, Warle MC, Nielen C, Vissers P, Van der Sande R, Bronkhorst M. Relationship between postoperative pain and over all 30-day complications in a broad surgical population: an observational study. *Annals of Surgery*. 2019;269(5):856-865.
- 161.** Wicke C, Bachinger A, Coerper S, Beckert S, Witte MB, Königsrainer A. Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized wound care center. *Wound Repair Regen*. 2009;17(1):25-33.
- 162.** Wigmore TJ, Mohammed K, Jhanji S. Long-term survival for patients undergoing volatile versus IV anesthesia for cancer surgery: a retrospective analysis. *Anesthesiology*. 2016;124:69-79.
- 163.** Williams LS. Nursing care of patients having surgery. In: Williams LS, Hopper PD, editors. *Understanding medical surgical nursing*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015. p. 202-236.
- 164.** Wu K, Lee P, Chou W, Chen S, Huang Y. Relationship between the social support and self-efficacy for function ability in patients undergoing primary hip replacement. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*. 2018; 13:150.
- 165.** Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12(3):204-209.
- 166.** Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. 8. baskı. Ankara. Seçkin Yayıncılık; 2011.
- 167.** Yıldız Fındık Ü. *Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı*. 1. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
- 168.** Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2013;8(23):80-95.
- 169.** Yılmaz E. Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. İçinde: Eti Aslan F, editör. *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. s. 319-345.

- 170.** Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(2):129-138.
- 171.** Yolcu S, Akın S. Ortopedi, kalp ve genel cerrahi ameliyatları sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2015;25(3):33-45.
- 172.** Yormaz B, Ece İ, Çolak B, Yormaz S, Demirkıran H. bariatrik cerrahi sonrasında morbid obez ve süper obezlerdeki pulmoner fonksiyonların karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi*. 2018;25(4):452-457.
- 173.** Zimmerman L. Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. *Heart Lung*. 2011;40(5):429-39.

**EKLER**  
**EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

## **EK 2. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ**





### **EK 3. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ KULLANIM İZİNİ**

## **EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU**



## **EK 5. ETİK KURUL ONAYI**

## **EK 6. KURUM İZİNİ**

## ÖZGEÇMİŞ

