T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

AMELİYAT SONRASI HASTALARIN EVDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE HASTALIK ALGISININ ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Elif ZÜMRÜT ACAR

EDİRNE - 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

AMELİYAT SONRASI HASTALARIN EVDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE HASTALIK ALGISININ ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Elif ZÜMRÜT ACAR

Tez No:

EDİRNE - 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Elif ZÜMRÜT ACAR tarafından tez başlığı "Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Hastalık Algısının Etkisi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **28/06/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza

JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İmza

ÜYE

Doç. Dr. Tülin YILDIZ

İmza

ÜYE

Doç. Dr. Mehlohat AKGÜN KOSTAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışman hocam Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a;

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi ve araştırma görevlilerine,

Yaşamımın her döneminde benden desteğini esirgemeyen ailem ve eşime, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

CERRAHİ 3

CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDE ETKİSİ 4

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ 5

AMELİYATTAN SONRA EVDE BAKIM 13

HASTALIK ALGISI 19

GEREÇ VE YÖNTEMLER 23

BULGULAR 28

TARTIŞMA 48

SONUÇLAR 55

ÖZET 57

SUMARRY 59

KAYNAKLAR 61

ŞEKİL LİSTESİ 74

ÖZGEÇMİŞ 75

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

GCKL :Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

SDM : Sağduyu Modeli

HAÖ :IPQ-IIlness Perception Questionnaire (Hastalık Algısı Ölçeği)

GYA :Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli

SPSS : Statistical Package For the Social Sciences

KABG : Koroner arter bypass grefti

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cerrahi girişimi küresel sağlık gelişimi için önemli bir bileşen olarak görmekte ve bununla birlikte nitelikli insan kaynaklarının ve altyapının koordinasyonunun gerektiğini de vurgulamaktadır (1). Teknolojik gelişmeler, yeni bakım alternatifleri ve minimal invaziv cerrahi girişimlerin birleşimi ile sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması ve sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için hastalar daha kısa süre hastanede yatırılmaktadır (2,3). Hastaneden taburcu olan hastalar iyileşme sürecinin büyük kısmını evde yaşamakta ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmek durumunda kalmaktadır.

Cerrahi hemşireliği ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastalara bakım girişimlerini uygulayarak hastaların sağlıklı yaşamlarına geri dönmelerine ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine odaklanmaktadır. Cerrahi girişim, bireyin tüm sistemlerinin etkilenmesi sonucu günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açmaktadır (4). Hastaların ameliyat sonrasında günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yarı bağımlı durumda oldukları, hastalıkları, tedavileri ve bakımları ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu bulunmuştur. Özellikle ilaç tedavisi, hareket kısıtlılığı, beslenme, egzersiz, günlük yaşam alışkanlıkları, uyku, cinsel yaşam, ağrı kontrolü gibi konularda sorun yaşadıkları ya da yaşayacakları düşüncesine sahip oldukları ve bunlara bağlı olarak bilgi almak istedikleri, evde bakımları için birine ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (5). Ameliyat sonrası hastaların karşılaştıkları sorunlar iyileşme sürecini ve duygularını olumsuz etkilemektedir (6). Hastaların hastalıkla ilgili algıları bireylerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişimi için önemlidir (7). Hastalık belirtilerinin,

komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı sıkıntıların dışında, geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına dair endişeler hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkilemektedir. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalık süreci daha iyi sonuçlanmaktadır (8,9).

Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları ve hastalığın bilişsel görünümüdür (10,11). Bireyin hastalığa yüklediği anlamla ilişkili bir kavram olan hastalık algısı, dinamik bir süreçtir. Benzer cerrahi girişim geçiren hastaların hastalığa verdiği tepkiler ve inanışları birbirinden farklıdır. Bu durumu farklı kılan kişinin deneyimleri, inançları, bilgisi ve kendine ait değerleridir (12,13). Bireye bir hastalık tanısı konduğu zaman genellikle kendi durumu hakkındaki inançları ile organize bir model geliştirir. Hastalık algı modeli denilen bu durum hastalığı yönetmede önemli bir belirleyicidir (13). Hastalık algısı modeli hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu model hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar hakkındaki inanışlar, hastalığın dönemleri ve beklenen süresi, algılanan sonuçları, hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ve olası nedenleri ile ilgili özel inançları ortaya koymaktadır (13,14).

Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (15). Hastalar ve yakınları için evde bakım sürecinde kullanabilecekleri uygun ve yararlı bilgileri içeren bir taburculuk planı, hastaların sorunlarla baş etme gücünü, evde bakımın niteliğini, hasta memnuniyetini artırmakta ve hastaneye plansız tekrarlı yatışları önlemektedir (5,16).

Hastalar evde bakım uygulamalarını gerçekleştirebilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri açısından, hastaneye kabul edilmelerinden itibaren planlı taburculuk bilgilendirmesi ile hastalığa dair algıları olumlu yönde desteklenmelidir (17).

Hemşirelerin ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunları ve hastanın hastalık algısından etkilenme düzeyini bilmeleri, hastaların evde bakım uygulamalarının yönetimi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı ‘Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar Ve Hastalık Algısının Etkisi’ ni belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

CERRAHİ

Cerrahinin genel çerçevesini, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler oluşturur (18,19). Günümüzde, cerrahi tedavi günübirlik, tanılama, palyatif, rekonstrüktif ve estetik amaçlı yapıldığı gibi birçok farklı klinik durumda hastaların hastaneye yatırılması ile gerçekleştirilmektedir (20,21).

Cerrahi tedavi, temel tedavi yöntemleri arasında yer alarak, sağlığın bozulduğu durumlarda, morbidite ve mortaliteyi azaltan, sağ kalım süresini uzatan ve yaşam kalitesini yükselten bir yöntemdir (21,22). Cerrahi tedavi ve ameliyat sonrası bakımdaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler cerrahi tedavinin riskini azaltmış, hastanın tedavi ve bakım sonuçlarını iyileştirmiş, gerekli olan hastalarda yaşam kurtarıcı bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (22).

Cerrahi hastalarının tedavi ve bakımı, uygulanan girişime ve bireyin kişisel özelliklerine göre değişmekle birlikte, bakımın temelini oluşturan hedefler arasında, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek şekilde, kaliteli ve güvenli bakımın yapılması/sürdürülmesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılması gelir. Bu da ancak hemşirelerin, hastalara doğru ve zamanında verecekleri bakım ve eğitim ile mümkün olabilmektedir (18,23). Yılmaz (24) yaptığı araştırmada, planlı bir şekilde verilen bilgilendirmenin konstipasyon, yara açılması ve üriner sistem sorunları gibi komplikasyonları azalttığını belirlemiştir. Karayurt (25) ise servis ve

ameliyathane hemşiresinin birlikte bilgilendirme yaptığında, hastaların ameliyat sonrası dönemde kaygı ve ağrı düzeylerinin azaldığını bildirmiştir.

CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Cerrahi girişim nedenleri hastalar arasında farlılıklar göstermektedir. Cerrahi girişim sonrası hastalar, iyileşmelerinin ve yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanması için belirli bir süre hemşirelik bakımına ve daha sonra evde yakınlarının desteğine ihtiyaç duydukları bir süreç içine girmektedirler (26,27). Ameliyat geçirmek üzere hastaneye başvuran hastanın ve ailesinin bakım sürecinde hemşirenin tutum ve davranışları, hastanın hastanede yaşadığı deneyimi olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir (28). Cerrahi girişimin başarısını ve hastanın bakımdan memnuniyetini etkileyen birçok etken vardır. Bunların arasında, cerrahi girişimlerin doğru teknik, bilgi ve beceri ile uygulanmasının yanı sıra cerrahi girişim öncesi ve sonrası bakımın kusursuz ve nitelikli bir biçimde gerçekleşmesi de yer alır (27). Kıdak ve Aksaraylı (29) hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada, hemşirelik bakımından memnun olan hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinden de memnun olduklarını belirlemişlerdir.

Cerrahi girişim büyük veya küçük, acil veya planlanmış olsun hastanın stres yaşamasına neden olan bir durumdur. Cerrahi girişime bağlı stres hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkileyen bir süreçtir (27). Cerrahi girişimin hastalar üzerinde yaptığı etkiler arasında, ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi yer almaktadır (18,29). Cerrahi girişim insan bedeninde stresör olarak algılanmakta ve bunun sonucu stres tepkisini oluşturmaktadır. Hastanın yaşadığı anksiyete ve stres nedeniyle hipofiz bezi ve sempatik sinir sistemi uyarılmaktadır. Bunun sonucunda çeşitli kardiyovasküler, metabolik ve solunum sisteminde değişiklikler ortaya çıkmaktadır (30).

Cerrahi girişim sonrası insan bedenini mikroorganizmalara karşı koruyan ilk bariyer olan deri bütünlüğü bozulmaktadır. Bu durum hastaları enfeksiyon etkenlerine karşı korumasız hale getirebilmektedir (21).

Ameliyat anında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olmaktadır. Bu durum, kontrol edilemeyen kanamalar, sıvı ve elektrolit kayıpları hipovolemik şok tablosunun gelişmesine neden olmaktadır (19,29,31). Cerrahi girişimin bir organa uygulanması sonucunda organın bir kısmı ya da tamamının çıkarılması, girişim

sırasında organın yerinin değiştirilmesi ve cerrahinin genel etkileri organ fonksiyonlarını olumsuz şekilde değişmesine neden olmaktadır (29).

Yapılan cerrahi girişimler, bedenin bir uzvunun ampute edilmesi, meme dokusunun çıkarılması, stoma açılması gibi insan bedeninde kalıcı fiziksel değişiklikler ile sonlanmaktadır. Denizgil ve Sönmez (32) yaptıkları araştırmada, meme kaybı deneyimleyen kadınların beden algıları ve cinsel yaşamlarına total mastektominin olumsuz etkisi olduğu, meme koruyucu cerrahi girişimde ise sonuçların olumlu yönde olduğunu bildirmişlerdir.

Cerrahi girişim sonucunda hastalar korku, kaygı, üzüntü, şaşkınlık ve umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmektedirler (33). Hastaların bu tür duygular yaşamasının nedenleri, ölüm, sakat kalma, kanser olma, iş yapma potansiyelini kaybetme, ailesine eskisi gibi yetememe, ameliyat sonrası ağrı ve anesteziden uyanamama gibi düşüncelerden kaynaklanmaktadır (27,34). Bu durum cerrahi girişim için hastaneye yatan bireyi özel bir bakıma ve duygusal desteğe gereksinim duyan çevresine bağımlı bir kişi haline getirebilmektedir (26,30).

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

Son yıllarda yaşanan ilerlemeler, birlikte sağlık bilimlerinde sağlık hizmeti sunan kişilerin de profesyonelleşmesini zorunlu hale getirmiştir. Hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli günümüzün getirdiği gelişime uyum sağlamak için yenilikleri takip etme çabasına girişmişlerdir. Bu doğrultuda cerrahi hemşireliğinin tanımı da gelişmiş ve yenilenmiştir. (18). Bu yaklaşım doğrultusunda, cerrahi hemşireliği, hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenmesinin yanında bilimsel bilgi üzerine kurulu hemşirelik faaliyetlerinin düzenlendiği, kişiselleştirilmiş bakımın planlanarak uygulandığı bir hemşirelik dalı olarak tanımı yenilenmiştir (19,35).

Günümüzde cerrahi hemşirelerinin en önemli görev ve sorumluluğu, hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi, sırası, sonrası bakımında sürekli izlem ve etkili girişimlerle iyileşmesini desteklemek, komplikasyonları en erken aşamada fark ederek önlenmek ve bakım sonuçlarının en iyi olmasını sağlamaktır (20).

Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat öncesi süreç, operasyona karar verilmesinden başlayarak hastanın ameliyathaneye kabul edilinceye kadar geçen dönemi içermektedir (36).

Hekim, hemşire ve ilgili bütün sağlık personelinin operasyona katıldığı, tüm personel arasında fikir ve bilgi alışverişinin yapıldığı, hastanın bilgilendirildiği, sorularının cevaplandığı ve psikolojik olarak rahat hissetmesi için gerekli girişimlerde bulunulduğu bir dönemdir (37). Hemşireler, gerekli bakım ve desteği vererek ameliyat öncesinde hastanın ameliyat travmasıyla ve gelişebilecek olası sorunlarla baş edebilmesini sağlamalıdırlar (38). Cerrahi girişimler birçok riskleri beraberinde getirebilmektedir. Bundan dolayı hastaları her aşamada psikolojik ve fizyolojik olarak en iyi hale getirebilmek için girişimlerde bulunulmalıdır. Burada en büyük sorumluluk hemşirelerindir (39). Ameliyat öncesi hazırlık, girişim öncesi psikolojik, fizyolojik, hastanın bilgilendirilmesi, yasal hazırlık ile operasyon öncesi gün ve gecede yapılacak hazırlıkları kapsamaktadır (40).

Hemşireler, servise yatışı yapılacak hastalara önce kendini tanıtarak başlamalı ve her hastanın farklı bireysel özellikleri olduğunu göz önüne alarak hangi durumlarda hastaya nasıl yardımcı olacağını anlatmalıdırlar (21,26).

Ameliyat öncesinde hastanın genel sağlık durumu değerlendirilmelidir. Ameliyat anında karşılaşılabilecek riskler belirlenerek gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Yaş, sağlık öyküsü, sigara ve ilaç kullanıp kullanmadığı, sıvı elektrolit dengesi, kronik bir hastalığının olup olmadığı, cerrahi girişim geçmişi gibi tıbbı öyküsü belirlenmelidir (18,21,41). Kanamayı arttıracak ilaç kullanıp kullanmadığı belirlenerek, en az bir hafta önceden bırakıp bırakmadığı sorulmalıdır. Diyabeti olan ve olmayan hastalarda glisemik kontrol sağlanmalı ve kan glikoz düzeyi<200 mg/dL olmalıdır (Kanıt Düzeyi: IA) (42,43). Ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için elektif ameliyatlardan önce mevcut enfeksiyon olup olmadığı incelenmeli ve tedavi sonrası ameliyat gününe karar verilmelidir. (Kanıt Düzeyi: IA) (42). Yapılan araştırmalar sonucunda ameliyat öncesi hastaların aç kalma süresine ilişkin güncel yaklaşım, hastanın ameliyata girmesine 2 saat kalana kadar su içebileceği, 6 saat kalana kadar da katı gıdaları tüketebileceği yönündedir. Hastaların aç kalma süresi bu öneriler doğrultusunda olmalıdır (44) (Kanıt Düzeyi: IA). Ayrıca; fiziki ve sistemik muayene ile idrar ve kan tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri, göğüs radyografisi, elektrokardiyogram çekilerek fiziki hazırlıklar yapılmalıdır (45).

Hastane ortamı ve cerrahi girişim geçirecek olmak bireyin yoğun bir şekilde korku ve kaygı yaşamasına neden olmaktadır (46). Fındık ve Topçu (47) cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, acil ve günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastaların planlı hastalara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Nigussie ve ark. (48) bekâr

ve boşanmış, gelir düzeyi yüksek olan hastaların yüksek kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Pokharel ve ark. (49) ise kadın ve genel anestezi altında cerrahi girişim geçirecek olan hastaların daha yüksek kaygı düzeyleri olduğunu belirlemişlerdir. Cerrahi girişim geçirecek hastaların kaygılarının giderilmesi veya azaltılmasına yönelik girişimler yapılarak hastalar desteklenmelidir.

Cerrahi hemşiresinin hastaları bilgilendirme girişimleri hastanın servise kabul edilmesi ile başlamalıdır. Hastaları bilgilendirme, ameliyat öncesi, sırası, sonrası, taburculuk ve evde bakımı da içine alacak şekilde devam ettirilmelidir (33,50).

Hasta bilgilendirmesi, bireye ve yapılacak ameliyat türüne göre farklılıklar göstermekle birlikte ameliyat, ameliyatın süresi, ameliyatı yapacak ekip, uygulanacak anestezi, ameliyathane ortamı, ameliyattan sonra ayılma ünitesinde ne kadar kalacağı, sonda, dren, tüp vb. olup olmayacağı hakkında bilgiyi içermelidir (51). Hasta bilgilendirmesi, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden kendini iyi hissetmesine dolayısıyla cerrahi girişim sonuçlarının daha iyi olmasını yardımcı olmaktadır (51,52). Ivarsson ve ark. (53) kalp- akciğer transplantasyonu yapılan hastalar ile yaptıkları araştırmada, hastalara yeterli yapılmayan bilgilendirmeden dolayı bir sorun yaşamaları durumunda sağlık personeline minnet duygularının da azaldığını belirlemişlerdir.

Ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonları önleyici egzersizler gösterilerek anlatılmalıdır. Cerrahi hemşiresi, egzersizlerin amacını, nasıl, ne zaman yapılacağını hasta ve hasta yakınlarına söylemelidir (54). Bu bilgilendirmede, derin solunum, öksürme, spirometre (triflu) kullanımı, dönme ve ayak-bacak egzersizleri ve erken dönemde ayağa kalkmayı desteklemeyi kapsamalıdır (54,55). Özellikle solunum egzersizleri yapılırken ağrı duyusunu azaltmak ve insizyon yerini korumak için elle veya küçük bir yastıkla hastanın insizyonunu destekleyebileceği gösterilerek anlatılmalıdır (51). Hastalara öğretilen egzersizlerin ameliyat öncesi dönemde başlaması için desteklenmelidir (55).

Cerrahi girişim yapılacak hastalara hekim ve hemşire tarafından uygulanacak girişimin kapsamı, uygulanacak yöntem ve alternatifleri, cerrahi girişim nedeniyle oluşabilecek riskleri, diğer yöntemlere göre olumlu ve olumsuz yönleri söylenmelidir. Hemşireler hastalardan bilgilendirilmiş izin formunun uygun koşullarda alınıp alınmadığını kontrol etmek ile sorumludur (56).

Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce yapılacak hazırlıklar:

- Hastanın vital bulguları alınarak kaydedilmelidir. Vital bulgularda anormal her türlü bulgu cerrahi ekibe bildirilmelidir.
- Taraf işaretlemesi kontrol edilmelidir.

- Tüm laboratuvar değerleri hazır hale getirilerek kontrol edilmelidir.
- Operasyona yönelik olarak kullanılacak özel alet, ilaç varsa hazırlanıp hastayla birlikte ameliyathaneye gönderilmelidir.
- Gözlük, lens, varsa takma dişler ve diğer bütün çıkarılabilir protezler, çıkarılarak kaydedilmeli ve uygun şekilde korunması sağlanmalıdır.
- Kadın hastalar için makyaj ya da oje varsa temizlenerek çıkarılmalıdır.
- Ameliyathane gömleği / bone giydirilerek son kez kontrol listesi kontrol edilir ve hasta ameliyathaneye gönderilmelidir (41) .

Ameliyat Sırası Bakım

Hastaların ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp ameliyat tamamlanıncaya kadar geçen süre ameliyat sırası dönemi içermektedir. Ameliyat sırası bakım; hastanın ameliyathaneye kabulü, pozisyon verme, anestetik ilaç verilmesi, ameliyathanenin uygun şartlarda olması, ameliyat sonrası ayılma ünitesinde bakım ve servise gönderilmesini kapsamaktadır (4,18,21).

Ameliyathaneler yoğun baskı hissedilen, zaman sıkıntısı yaşanılan ve teknolojik gelişmelerin fazla olması nedeniyle hasta güvenliği açısından yüksek risk bulunduran alanlardır (57). Hasta bakımında "önce zarar verme" temel ilkesinin sağlanabilmesi için ana unsurların başında cerrahi güvenliğin sağlanması gelir (58,59). Ertem ve ark. (60) yaptığı araştırmada, ameliyathanelerin %43 oranında tıbbi hataların uygulandığı birimler arasında ilk sırada olduğunu ve hastalara %19.8'ine hatalı ameliyat uygulandığını belirlemişlerdir.

Güvenli cerrahi, kişinin hastaneye yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte hastaları tıbbi hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmeyi kapsamaktadır (61). Bu nedenle güvenli cerrahinin sağlanması klinik, ameliyathane ve anestezi sonrası bakım ünitesinde çalışan tüm personelin uyum içerisinde olmasını gerektirmektedir (61). Cerrahi hasta güvenliğinde Dünya Sağlık Örgütü on hedef belirlemiştir;

- Doğru hastanın, doğru tarafın ameliyat edilmesi,
- İyi ağrı kontrolü, güvenli anestezi uygulaması,
- Hava yolu ve solunum sorunlarının ameliyat öncesinde saptanması,
- Kan kaybı öngörülmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
- Alerji riskinin bilinmesi,
- Cerrahi enfeksiyon riskinin azaltılması,

- Ameliyat bitiminde gazlı bez ve alet sayımının tam olması,
- Cerrahi aletlerin tam ve çalışır olması,
- Hasta ile ilgili önemli bilgilerin paylaşılmasıdır (62).

Ülkemizde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) 2009'da hasta güvenliğini sağlamak için kullanılmaya başlanmıştır (62). GCKL dört bölüm şeklinde oluşturulmuştur. Bu liste, servisten ayrılmadan önce, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıkmadan önce uygulanacak şeklinde bölümlere ayrılmaktadır (63). Haynes ve ark. (64) yaptıkları araştırmada, GCKL kullanımı ile ameliyat sonrası cerrahi alan enfeksiyon oranında %3 oranında azalma olduğunu bildirmişlerdir. Askarian ve ark. (65) GCKL kullanımı ile ameliyata bağlı komplikasyonların %22.9'dan %10'a kadar düştüğünü belirlemişlerdir.

Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası bakım; hastaya ayılma ünitesinde ve serviste uygulanan bakım olmak üzere iki basamakta verilmektedir (19). Homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve ameliyata özgü komplikasyonların en erken aşamada belirlenmesi ve önlenmesi için gerekli hemşirelik bakımının sağlanması ameliyat sonrası bakımın kapsamanı oluşturmaktadır(4,48).

Ayılma ünitesine hasta kabul edilirken, ameliyathane hemşiresinden hasta hakkında gerekli bilgiler alınarak hastaya uygun pozisyon verilmelidir (66). Oksijen satürasyonu, tansiyon, nabız sayısı ve ritmi, solunumu sayısı ve derinliği, hastanın cilt rengi ve nemi, bilinç düzeyi, uyaranlara yanıtı (ışık ya da dokunma) kontrol edilmelidir. İntravenöz sıvılar; sıvının cinsi, miktarı ve gidiş hızı, üretral ve diğer kateterlerinden gelen miktar ve özellikleri kaydedilmelidir. Pansumanlara bakılarak, ıslaklık ve kanama var mı kontrol edilmelidir (64,67). Hasta gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir (66).

Ayılma ünitesinden hastaların servise alınabilmesi için, yaşam bulgularının düzenli/stabil, bilincinin açık, yer, zaman ve kişi oryantasyonun olması, solunum fonksiyonlarının normal, yeterli kan oksijen satürasyonu (>%90), saatlik idrar miktarının en az >50 ml olması sağlanmalıdır (67,68). Bulantı ve kusmanın olmaması ya da kontrol altında olması, ağrıda azalma, drenlerden anormal ve aşırı drenaj olmaması hastaların servise alınabilmesi için gerekli ktiterlerdir (67,68).

Ameliyat sonrası bakım, kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek, yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak, sıvı-elektrolit dengesini ve renal

fonksiyonları sürdürmek, istirahati, yara iyileşmesini ve hareketi sağlamak, komplikasyonları önlemek, psikolojik desteği sağlamayı içermektedir (66,67).

Kardiyovasküler fonksiyonların yeterliliğini anlamak için hastanın kan basıncı, nabız ve solunumun değerlendirilmesi gerekmektedir (66). Hastanın nabız sayısının anestezi öncesi değerinden biraz fazla olması genellikle normal olarak değerlendirilir. Ameliyat sonrası bradikardi, hastanın kardiyovasküler sorunu yoksa genellikle kullanılan anestetik ilaçlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kan kaybı, kardiyak aritmiler, yüksek ateş, pnömoni, anksiyete, anestetik olarak Nitrous Oxide 'in kullanılması ve oksijen azlığı taşikardi nedenlerindendir (66,70).

Hastaların solunum fonksiyonlarının yeterli olabilmesi, ameliyat sırasında ve sonrasında solunum yollarının açık ve temiz olması ile mümkündür. Hastalara, dilin geriye kayıp solunum yolunu kapamasını önleyecek uygun pozisyon vermek, aspirasyonla ağız ve farenksdeki sekresyonları temizlemek, doktor istemi doğrultusunda nazal kanül ya da pozitif basınçlı oksijen maskesi ile 12-15 l/dk hızında oksijen verilerek solunumun yeterli düzeyde olması sağlanmalıdır (66). Hastalara derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırarak, egzersizler için spirometre kullandırarak bakım uygulamalarına aktif katılımları desteklenmelidir (18,21,66,67). Hastalar erken mobilize edilmeli ve sıvı alımı arttırılmalıdır.

Ameliyat sonrası intravenöz sıvılar erken kesilmeli ve oral beslenmeye mümkün olduğunca erken sürede geçilmelidir (71). Bağırsak peristatizmin normal koşullarda 24-48 saat içinde dönmesi beklenmektedir. Ameliyat sonrası nazogastrik sondası olan hastaların, sondadan gelen sıvı miktarları, sıvının niteliği kontrol edilerek kayıt altına alınmalıdır (66,67). Arı ve Yılmaz (72) ameliyat öncesi kaygısı yüksek olan hastaların ameliyattan sonra ilk gaz çıkarma süresinin uzadığını ve ilk mobilizasyon süresinin uzamasının, ilk defekasyona çıkma süresinde de uzamaya neden olduğunu belirlemişlerdir.

Gastrointestinal hareketliliği yavaşlatan anestetik ajanlar hastaların bulantı/kusma yaşamasına neden olmaktadır. Bulantıyı önlemek için hastların odası havalandırılmalı, ziyaretçiler kısıtlanmalı, solunum egzersizleri yaptırılmalıdır. Bulantı ve kusmanın giderilmesi için doktor istemine göre antiemetik ilaç tedavisi uygulanabilmektedir (69). Düzenli yapılan ağız bakımı oral hijyenin sağlanmasında olduğu kadar susama hissi, ağız kuruluğu, bulantı ve kusmanın giderilmesinde de önemlidir (66). İzveren ve Dal (73) yaptığı araştırmada, ameliyat sonrası hastaların 1. gün %35,8 oranında bulantı-kusma yaşadığını belirlemişlerdir. Yavaşçaoğlu ve ark. (74) yaptığı retrospektif araştırmasında ise

anestezi sonrası gelişen komplikasyonların çoğunlukla ameliyat sonrası 12. saatte olduğunu ve hastalarda %31,8 oranında bulantı-kusma olduğunu bildirmişlerdir.

Ameliyat sonrasında sıvı-elektrolit dengesizliği; nörolojik ve kardiyak sorunların gelişmesine, hastada metabolik yıkım ürünlerinin birikmesine, bedendeki sıvı miktarının az ya da fazla olmasından kaynaklanan sorunların gelişmesine neden olmaktadır (18,21,67).

Hastanın aldığı/çıkardığı sıvıların izlemi ameliyattan sonra en az 48 saat devam etmelidir. Hastanın mesane kateteri varsa saatlik idrar miktarı takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Hasta idrarını yapamıyorsa sürgü verilmeli, musluk açılarak su sesi dinletilmeli ve idrar yapma refleksinin uyarılması desteklenmelidir. Ayrıca hastanın perineal bölgesinine vücut ısısında su dökülmesi ve mesane üzerine hafif masaj da yapılabilmektedir. Hastalar kalkabiliyorsa tuvalete gitmesi için yardımcı olunmalıdır (66). Bağırsak hareketleri başladığında hastalara doktor istemi doğrultunda uygun sıvılar verilmelidir (69).

İstirahati sağlamak için ağrıyı azaltmak önemlidir. Ağrıyı azaltmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilmektedir. Hastalara nonfarmakolojik yöntemler hakkında gerekli bilgi verilmelidir (pozisyon değişimi, relaksasyon teknikleri gibi) (18,21). Hastalara, öksürme ve derin nefes alma hareketi sırasında insizyon bölgesini tutması gösterilerek anlatılmalıdır. Hemşireler, pansuman, bandaj ve varsa alçısını kontrol ederek ıslaklık, sıkışma, basınç olup olmadığına bakmalı ve doktorun uygun gördüğü ilaçları uygulamalıdırlar (53,66).

Yara iyileşmesinde kritik zaman girişim sonrasındaki ilk 24-72 saattir. Bu süre yaranın enfekte olması ile 2 ile 6 güne kadar uzayabilmektedir. Yara bakımı aseptik koşullara uygun şekilde yapılmalı, lokal ve sistemik enfeksiyon belirtileri izlenmelidir. (18,21). Hastaların, drenlerinden gelen sıvının miktarı, rengi ve görünümü takip edilerek kayıt edilmelidir (66,67).

Hastalar erken ayağa kalması için desteklenmelidir (71). Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemleri önlemek için hastaya derin solunum, öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremite egzersizleri öğretilmeli ve yaptırılmalıdır. Müller ve ark. (75) meme kanseri cerrahisi sonrası erken ayağa kalkmaya kardiyovasküler yanıt ve ortostatik intoleransı değerlendirdikleri araştırmada, hastaların pozisyon değişimi sırasında tüm kardiyovasküler değişkenlerinin etkilendiğini belirlemişlerdir.

Hastalarda ameliyat sonrası korku, sıkıntı, depresyon ve ajitasyon, konfüzyon, halüsinasyon gibi psikolojik değişiklikler gelişebilmektedir. Cerrahi girişim her hasta için

faklı anlam taşımaktadır. Bu farklılığın bilinmesi hasta ve ailesine uygun psikolojik desteğin sağlanmasında yardımcı olmaktadır (27,28,67).

Günümüzde en önemli sağlık hizmetleri yaklaşımı kişilerin kendi sağlıklarını düzenleyecek, koruyacak, iyileştirecek ve yükseltecek şekilde aktif rol oynamalarını sağlayacak bakım yaklaşımıdır. Bu doğrultuda, hastanedeki tedavisi tamamlanarak taburcu olan hastaların, evde kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeye gelmesi çok önemlidir (76).

Taburculuk Bilgilendirmesi Ve Cerrahi Hastasının Evde Bakıma Hazırlanması

Ameliyat sonrası hasta bakımının en önemli unsurları arasında uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak hastaları taburculuğa hazır hale getirmek ve iyileşmenin sürdürülmesini desteklemektir (76). Hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacak şekilde hastaneden taburcu olmalıdırlar (77). Hastaneden ayrılmadan önce, hastaların evde yaşayabileceği sorunları tahmin ederek ve bakımını evde sürdürebileceği şekilde sistemli bir bilgilendirme yapılmalıdır (78). Hastaların her aşamada kendi bakımını yapması, aynı zamanda hastaya evde bakım verecek kişi ya da kişilerin evde bakım yapabilmelerine yönelik bakım ve bilgilendirilme yapılmalıdır (79). Dursun ve Yılmaz (80) batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Hastaların hastane ortamından ayrılarak evde kendi bakım sorumluluğunu üstlenecek olmaları bilgiye olan gereksinimlerinde de artmaya neden olmaktadır (4). Hasta ve yakınlarının hazırlığı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte;

1. Ağrıyı nasıl kontrol altına alabileceği,
2. Evde kendi kendine bakımı,
3. Ev işlerine başlama zamanı,
4. Ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizler, yapılması ve yapılmaması gereken aktiviteler (21,81),
5. Yara bakımında yaranın görünümünün nasıl olması gerektiği, taburculuk sonrasında hastanın ve hastaya bakım verecek kişilerin kendilerinin yapabilecekleri bilgi ve beceriyi gerektiren pansuman işleminin uygulanma biçimi (19),

6. Uygulanacak diyet ve ilaçların kullanımı (protein, vitamin ve mineral destekli beslenmenin - yeterli ve dengeli beslenmenin - yara iyileşmesini hızlandırmadaki önemi vurgulanmalıdır),
7. Cerrahi girişime bağlı gelişebilecek komplikasyonlar,
8. Hastalığın ve ameliyatın cinsel yaşama etkisi, ne zaman cinsel ilişkiye girebileceği,
9. Cerrahi girişimin çalışma yaşamına etkisi, işe başlama zamanı,
10. Kontrol için kime, ne zaman ve nasıl başvurulacağı konularını içermelidir (19,82,83).

Bunlara ek olarak parenteral beslenme, ostomi, kalça kırığı gibi nedeniyle protezi olan, kemoterapi veya radyoterapi tedavisi gibi durumlarda hastalara durumuna yönelik olarak bilgilendirme yapılması önemlidir (21,84).

AMELİYAT SONRASI EVDE BAKIM

Cerrahi girişim sonrası hastalar evde bakım sürecinde yapılan ameliyata özgü sorunlar ile karşılaşmaktadır. Hastaların yaşadıkları bu sorunlar günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (85). Günlük yaşam aktiviteleri bireylerin gün içerisinde yaşam kalitesini yükseltmek için yaptığı aktivitelerin tamamıdır (85). Roper ve arkadaşları, insanın günlük yaşamını sürdürürken gerekli yaşam aktivitelerini gözlemleyerek günlük yaşam aktivitelerini belirlemişlerdir. Yaşam modelinin bir bileşeni olan günlük yaşam aktiviteleri on iki bileşenden oluşmaktadır (86). Bunlar;

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi,
- İletişim,
- Solunum,
- Yeme/ içme,
- Boşaltım,
- Kişisel temizlik/giyim,
- Vücut sıcaklığı kontrolü,
- Hareket,
- Çalışma ve eğlence,
- Cinsel yaşam,
- Uyku ve
- Ölümdür.

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

Günlük yaşam aktivitelerinden biri bireyin yaşamsal faaliyetlerini devam ettirebilmesi için gerekli güvenli çevrenin oluşturulması ve sürdürülmesidir. Bu doğrultuda, düşme ve kazalardan korunma, yasal bazı önlemlerin alınması gibi faaliyetlerin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin hastaları değerlendirirken çevresi ile birlikte ele alarak değerlendirmesi gerekmektedir (87, 88). Hastalar için evde gerekli çevre düzenlemesinin yapılması, uygun ortam hazırlanması hakkında bilgi verilmelidir (87, 88). Evde zeminde düşmeye neden olabilecek paspas, halı, kablo gibi eşyalar kaldırılması konusunda hasta ve yakınları uyarılmalıdır.

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesini kapsayan diğer konular arasında, ilaç kullanımı, ağrı, yara yeri bakımı ve doktor kontrolleri bulunmaktadır. Hastaların ve yakınlarının reçete edilen ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, hangi yolla, nasıl ve ne sıklıkla kullanılması gerektiğini bilmelidirler (89).

Ameliyat bölgesinde ağrı, hastaların ameliyattan sonra yaşadığı sorunlar arasında birinci sırada gelmektedir (90,91). Cerrahi girişim sonucu oluşan doku hasarı, ameliyat sonrası ağrıya neden olmaktadır . Ameliyat sonrası ağrıda, insizyon, doku basıncı, ödem, sinir kesisine bağlı nöropati, kas ve eklem gerilimi mekanizmaları rol almaktadır (92,93). Dal ve ark. (23) yaptığı araştırmada, hastaların evde %70.9'nun ağrı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Başka bir araştırmada, Karahan ve ark. (94) günübirlik cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri ile ilgili olarak, taburculuk sonrası ilk 24 saatte hastaların %73.6'sının ağrı yaşadığını belirlemişlerdir**.**

Ağrı tedavisinde; hastanın fiziksel durumu, ağrının şiddeti, süresi, cerrahi girişimin yeri ve niteliği, yöntemin hastaya getirebileceği riskler dikkate alınarak komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır (95,96,97). Hemşireler, önerilen ağrı kesici ilaçların uygulanması, pozisyon değiştirilmesi, dikkatin başka yöne çekilmesini (T.V seyretme, kitap okuma vb.), masaj, egzersiz, dinlenme veya immobilizasyon gibi uygulamaların yerine getirilmesinde ve hastalara gerekli bilgilendirmeyi yapmada sorumlu kişilerdir (90). Özellikle evde solunum egzersizleri yapılırken insizyon yerini korumak ve ağrı duyusunu azaltmak için elle veya küçük bir yastıkla hastanın insizyonunu destekleyebileceği anlatılmalıdır (98).

Hastalara yara bakımı ve pansumanı ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, kaygıya ve iyileşme sürecinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin, pansumanın değiştirilmesi, yara iyileşmesi, enfeksiyon belirtileri ve asepsi kurallarına dikkat etmesi konusunda hastalara ve evde hastanın bakımını yapan hasta

yakınlarına yeterli bilgi verilmesi önemlidir (24,99). Hastaya ve ailesine el yıkamanın önemi, doğru el yıkama, cerrahi yara ve pansumanlara dokunmaması gerektiğinin önemi anlatılmalıdır (100). Elitoğ ve Erkuş (101) yaptığı araştırmada, hastaların, cerrahi girişim sonrası 4.haftada %56 oranında yara yeri problemleri olduğunu belirlemişlerdir. Ameliyat sonrası bazı hastalar ameliyat bölgesinde kanama, ağrı, akıntı/ sızıntı ve yara bakımı ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir. Yara bölgesinde kanama varsa, hastaya temiz bir gazlı bezle kanama bölgesine 5- 10 dakika hafifçe bastırarak acil servise gitmesi önerilmelidir (102).

Hemşireler, hastalara ne zaman kontrole geleceğini, acil durumlarda hangi telefon numaralarını arayabileceğini ve arama zamanını içeren bilgileri hasta ve yakınlarına yazılı olarak hastaneden ayrılmadan önce vermelidirler (102).

İletişim

İnsanın en temel gereksinimlerinden biri olan ve sosyal bir varlık olmanın temelini oluşturan iletişim, bireyin tüm yaşamı boyunca ihtiyaçlarını ifade etmesinde, duygu paylaşımında önemli bir araçtır (87). Hastaların duyusal, algısal sorunlar nedeni ile iletişimlerinin bozulması daha çok komplikasyonlar nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Yeterli solunum yapamama ve dispne, ağrı, üriner sorunlar, zorunlu pozisyon, yorgunluk, halsizlik, konstipasyon, iyileşememe, tedavilerin sonlandırılmaması ve ölüm korkusu deliryum tablosunun gelişmesine neden olabilmektedir. İyileşme sürecinde sorun yaşayan hastalar bakım vericileri ile iletişim sorunları yaşamaktadır. İletişim sorunlarının giderilmesinde hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir (66,103). Hastaneden çıktıktan sonra hastaların sosyal olarak desteklenmesi iletişim sorunlarının çözümlenmesinde önemlidir (103).

Solunum

Solunum, insanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan yaşamsal öğelerinden biridir. Vücudun tümü için gerekli olan yaşamsal önem taşıyan oksijenin diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için de varlığı şarttır (86). Genel anestezi uygulanan hastalara ameliyat sırasında solunum yolu açıklığını sağlamak için endotrakeal tüp yerleştirilmesi, ağızdan nazofarenkse kadar uzanan dokularda hasara neden olmaktadır. Hastalar solunum güçlüğü, öksürük, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı gibi sorunlar ile karşılaşmaktadır (33,104,105). Hastalara, bu tür durumlar ile karşılaştığında, ılık içecekler içmesi, doktoru tarafından önerilen ağrı kesici pastilleri alması önerilebilir (102). Yılmaz ve Gürler (106) yaptığı

araştırmada, kardiyovasküler cerrahi, diskektomi, histerektomi ve üriner sistem ameliyatı olan hastaların %100'ünün öksürürken zorlandıklarını belirlemişlerdir. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde atalektazi, pnömoni gibi solunum yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir. Hastalara öksürük, ateş, balgam çıkarma ve halsizlik durumunda hekime başvurması hakkında bilgi verilmelidir. Evde bakım sürecinde derin solunum ve öksürme egzersizlerinin önemi anlatılmalı ve hastaların yakınları da bu konuda bilgilendirilmelidir. Ameliyat sonrası evde bakım döneminde olan hastaların üst solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerden ve sigara kullanımından uzak durması gerektiğinin önemi anlatılmalıdır. (66,102).

Yeme/ içme

Her insanın yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi, sağlığını koruması, geliştirmesi ve enerji ihtiyacının karşılanabilmesi için beslenme aktivitesini yerine getirmesi gerekmektedir (107). Hastalar ameliyat sonrası bulantı-kusma, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Bulantı-kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında ağrıdan sonra en sık görülen sorunlar arasındadır (19,105). Yılmaz ve Çiftçi (112) hastaların koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası evde bakımları sırasında; ilk hafta, çoğunlukla beslenme (%95.6), aktivite (%100), uyku (%88.9) gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadığını belirlemişlerdir. Hastalara eve gittiğinde, konstipasyon gelişmesini önlemek ve yara iyileşmesini hızlandırmak için bol lifli, proteinli ve vitaminli gıdalar yemesi konusunda bilgi verilmelidir (108,109).

Boşaltım

Boşaltım, mesane ve bağırsak fonksiyonlarının değerlendirilmesi anlamına gelmektedir (110). Hastaların yorgunluk ya da ağrı gibi nedenlerle hareketinin kısıtlanması gaz şikayetlerine ve midede distansiyonun oluşmasına neden olmaktadır. Hemşireler hastaları, ameliyattan sonrası gaz ağrılarının olmaması için devamlı yatmaması gerektiği konusunda bilgilendirmelidir (111,112). Ameliyat türüne göre (örneğin kalça protezi gibi) hareket kısıtlılığı nedeniyle boşaltım aktivitesini gerçekleştirmek hastalar için oldukça sıkıntılı bir sürecin oluşmasına neden olmaktadır. Hastalara, yükseltilmiş tuvaletler kullanması gerektiği anlatılmalıdır (21,108). Hastaların boşaltım alışkanlıkları ve hijyen uygulamaları değerlendirilmeli ve buna yönelik bilgilendirilme yapılmalıdır (87). Ameliyat sonrası idrar yolu enfeksiyonlarının yaşanmaması için alınması gereken önlemler anlatılmalıdır (perine temizliği, iç çamaşırların ütülenmesi gibi) (87).

Kişisel Temizlik / Giyim

Hastaların giyinme, banyo yapma, öz bakım (saç, tırnak, vücut temizliği ile ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi) gibi kişisel temizlik aktivitelerini gerçekleştirmeleri ameliyat türüne göre değişmekle birlikte belirli düzeyde etkilenmektedir (110,109). Cerrahi girişim sonrası, hastalar kişisel hijyen ve bakım için yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hemşireler, hastaların eve gittiklerinde yardım gereksinimi olup olmadığını değerlendirmeli ve yakınlarını bu konuda bilgilendirmelidirler. Hastalara çorap ve ayakkabı giyerken yardımcı araçlar kullanabileceği söylenmelidir (108,109). Dal ve ark. (23) yaptığı araştırmada, hastaların evde karşılaştıkları en önemli sorunların arasında (%40.8) öz bakım sorunu olduğunu, hastaların %80'inin kendi bakımını yapamadığını, %52.3'ünün kendi kendine giyinemediğini ve %45'inin ne zaman banyo yapacağını bilmediğini belirlemişlerdir**.** Hastalara ve evde bakım veren yakınlarına yara yerinin temiz olması, ter, idrar, gaita ile kirlenmemesinin önemli olduğu vurgulanmalıdır (66).

Vücut Sıcaklığının Kontrolü

Ameliyat sonrası dönemde, hastalar vücut sıcaklığında değişiklikler yaşayabilmektedirler. Ameliyattan ilk 24 saat sonra dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığınında artış, titreme ve üşümeye neden olmaktadır. Ameliyatı izleyen günlerde vücut sıcaklığının azalması beklenir. Hastalara bol sıvı almasının önemi anlatılmalıdır. Solunum sistemine ilişkin enfeksiyonlar, ameliyattan ilk 48 saat sonra, yara enfeksiyonu 5. günde ve üriner sistem enfeksiyonu ise 5.-8. günlerde ortaya çıkmaktadır (19,102). Hemşireler, evde bakım döneminde, dehidratasyona ve enfeksiyona bağlı olarak vücut sıcaklığının 38.5°C ya da daha yüksek olması ve yapılan soğuk uygulamaya karşın düşmemesi durumunda hastalara acil servise gitmesi konusunda bilgi vermelidirler (102).

Hareket

Bireyin bağımsız yaşayabildiğinin en büyük göstergelerinden olan hareket aktivitesi günlük yaşamda vücut sağlığı ve bireyin var olan ihtiyaçlarını karşılayabilmesi açısından büyük öneme sahiptir (110). Ameliyat bölgesinde bulunan pansuman ve hareketle birlikte ağrının artacağı endişesi hastaların hareketlerini kısıtlamasına neden olmaktadır (18). Yılmaz ve Gürler (108) ameliyat sonrası 3. ve 4. gün ameliyat türü ile yaşadıkları ağrı sırasında yapmakta zorlandığı aktiviteleri belirlemek için yaptığı araştırmada, distektomi ameliyatı olan hastaların %100'ü, üriner sistem ameliyatı olan hastaların %97.3'ünün hareket etmede zorluk yaşadığını belirlemişlerdir. Ameliyat sonrası duyusal ve mental

durum, fiziksel ve fonksiyonel performans düzeyi göz önüne alınarak aktivite planlaması düzenlenmesi gerektiğinin önemi hastalara ve yakınlarına anlatılmalıdır (113). Hastalara ve yakınlarına gerektiğinde bireye baston, koltuk değneği gibi yürümeye yardımcı aletleri kullanabilmesi için yardım edilmesi, hareket etmede bağımsızlık düzeyinin arttırılmasının desteklenmesi anlatılmalıdır (110).

Çalışma ve Eğlence

Bireylerin sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etki yapan, diğer günlük yaşam aktivitelerinde olduğu gibi çalışma hayatı ve sosyal hayatta fiziksel ve ruhsal aktivitelerden oluşmaktadır (114). Ameliyat, hastalarda rol kaybı ve yetersizlik hissine yol açmakta, eğlence ve sosyal aktivitelerden uzaklaşma çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (88). Hastalara ameliyat sonrası tam iyileşmenin 4-6 ay süreceği anlatılmalıdır. Ameliyat sonrası ağır yük kaldırma veya taşıma gerektiren işlerde çalışan hastalar için belirli bir süre işlerine dönemeyeceği açıklanmalıdır. Ayrıca ameliyat sonrası hastalara fazla efor gerektirmeyen ve ameliyat bölgesini zorlayıcı hareketler içermeyen sporları yapması konusunda bilgi verilmelidir (18,52,109). Yorgunluk, kas ağrısı hastanın günlük yaşantısını olumsuz yönde etkilediğinden hemşirelerin, evde yorucu aktivitelerden uzak durması ve mümkün olduğu kadar dinlenmesi anlatılmalıdır (98,105,116). Hastalar, ameliyat bölgesini zorlayıcı aktivitelerde bulunurken, bu bölgenin desteklenmesinin önemli olduğu vurgulanmalıdır (98).

Cinsel Yaşam

Cinselliğin ifade edilmesi aktivitesi, sadece seksüel aktiviteyi değil, erkek ya da kadın bir birey olarak cinsel kimliği ve beden algısını da kapsamaktadır (110). Ameliyat sonrası hastalara, cinsel yaşama ilişkin endişelerin normal olduğu açıklanmalıdır. Cinsel hayatın başlaması normal hayata geri dönüşün bir parçası olduğu ve genellikle ameliyat sonrası cinsel yaşama başlama zamanı hekim tarafından belirtilmekle birlikte 4-6 hafta sonra seks yapabileceği bilgisi hastalara verilmelidir (4,29). Hemşireler, hastaların ameliyat sonrası güven ilişkisi içinde bireylerin cinsel yaşam ve cinsel uyumlarını değerlendirerek gerekli danışmanlığı vermelidirler (110).

Uyku

Bireyin dinlenmesini sağlayan bir yaşam aktivitesi olan uyku, cerrahi girişim sonrası ağrı, kullanılan ilaçlar ve ruhsal problemler gibi nedenlere bağlı olarak değişikliğe

uğramaktadır. Ameliyat, uyku düzenin/ alışkanlıklarının değişmesine bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir kısır döngüye sebep olabilmektedir (110). Cerrahi girişim nedeniyle hastaların çeşitli uyku sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Direk ve Şenol (117) yaptığı araştırmada, hastaların tamamının (%100) uyku sorunu yaşadığını belirlemişlerdir. Bu araştırmada, hastalar sırtüstü pozisyonda yatamama, yorgunluk, ağrı, halsizlik, konstipasyon, dispne ve korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. Elitoğ ve Erkuş (104) yaptığı araştırmada ise, hastaların taburculuk sonrası 1.haftalarında yaşadıkları problemlerin başında uykusuzluğun (%61) olduğunu belirlemişlerdir. Uyku düzenini en çok etkileyen etmenlerin başında ağrının olduğu birçok araştırmada belirlenmiştir (118,119). Bu sebeple, gece yatmadan önce ağrının giderilmesinin önemi anlatılmalıdır. Ağrının giderilmesinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler hakkında hastalara bilgi verilmelidir (90). Uyku ve dinlenmesi için uygun çevre, hastanın anksiyetesini azaltmaya yönelik duygusal destek sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmalıdır (120).

Ölüm

Ölüm bireyin günlük yaşamında sürekli deneyimlediği bir aktiviteyi değil, bir sonu ifade etmek için kullanılmaktadır. Ancak, ölüm kavramı ölme süreci ile ilgili olduğu ve tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği bir durum olduğu için yaşam aktiviteleri içerisinde yer almıştır (114). Hastaların yakınlarına, hastaların korkularını ve ölümle ilgili düşüncelerini ifade etmelerine olanak sağlanması için fırsat vermesinin önemi vurgulanmalı ve bu konuda hastalar ve yakınları desteklenmelidir (110,114).

HASTALIK ALGISI

Algı, bireyin duyumları ve olayları anlamlı bir yaşam deneyimine dönüştürme amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (121). Bir durum karşısında geliştirilecek davranışlar, bireye ait bilgi, deneyim, inanç ve beklentiler doğrultusunda olmaktadır. (122). Algı, aynı zamanda hastalık ve/veya yeti yitiminin hastalar tarafından ne anlam ifade ettiğini göstermektedir. Bu doğrultuda hastalık algısı, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelmektedir (123).

Her birey hastalığı farklı yorumlamaktadır. Hastalar, bir hastalık ile karşılaştıklarında kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını anlamaya çalışırlar. Bu bağlamda hastalara, herhangi bir hastalık tanısı koyulduğunda kendi durumları ile ilgili inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığa verilecek tepkinin temelini oluşturmaktadır (13). Süt'ün (124) jinekolojik cerrahi

operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörleri belirlemek üzere yaptığı araştırmada, yaş artışı, boşanmış ya da eşi vefat etmiş, geniş aile yapısında, eğitim düzeyi düşük, çalışmamak ve gelir düzeyinin düşük olması sosyo-demografik değişkenleri hastalık algılarını olumsuz etkileyen faktörler olarak belirlemiştir. Başka bir araştırmada (125) ise hastalığa verilen tepkinin kadın ve erkeklerde değişiklik gösterdiği, kadın hastaların erkek hastalara göre hastalığa bağlı duygularını olumsuz yönde yaşayarak algısını bu yönde geliştirmekte olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların, hastalık hakkındaki fikirlerinin ve algılarının değişimi, tedavi yanıtında da değişikliğe neden olan önemli bir unsurdur (126,127). Sonuç olarak, hastalık algısı, hastanın hastalık ve tedavi yanıtını olumlu veya olumsuz etkilemektedir.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel yansımasıdır (12,13). Hastaların birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikiyatrik bozukluk gelişimini, tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitesini belirleyici önemli bir faktördür (127). Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, hastalara hastalığı hakkında gerekli bilgi ve eğitim verilmesi durumunda, hastanın hastalık algısını olumlu yönde değiştirdiği ve yaşam kalitelerini arttırdığını gözlemlemişlerdir (128). Bilişsel yaklaşımın temeli, geçmiş deneyimlerinden elde edilen modeller, şemalar veya zihinsel temsillerden yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını bu doğrultuda geliştirmek yatmaktadır (126).

Hastalar, genellikle durumlarıyla bağlantı kurdukları semptomlar da hastalıklarıyla ilgili temsiller bulmaktadırlar. Bireyler farklı hastalıklar ile karşılaştıklarında net bir fikre sahip olmayabilirler ancak sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedirler. Buna bağlı olarak, tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla bazı inanışlar geliştirebilirler. Hastalar genellikle tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişkisi olmasa bile görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yaparak hastalıklarına buna göre yön vererek tedavilerinin etkilenmesine neden olabilmektedirler (12,126). Aynı zamanda, bir hastalıkla ilgili algılar bireylerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişimi için de önemlidir (129,130,131). Hastalık algısı, bireylerin bir hastalığa yakalanma riskini azaltmak için nasıl davranacağını da etkileyen bir faktördür.

Hastalık algısının kavramsallaştıran iki farklı model bulunmaktadır. Bunlar; sağduyu modeli ve açıklayıcı modeldir. Bu iki model de öz-düzenleme teorisinin bir ürünüdür.

Öz-Düzenleme Teorisi

Öz düzenlemenin sağduyu modeli

Hastaların oluşturduğu bilişsel etkenlerin, hastalıkla başa çıkma davranışlarını ve hastalığın sonuçlarını nasıl etkilediğini açıklamaktadır (132).

Leventhal ve arkadaşlarının geliştirdiği bu model, hastaların hastalığını veya hastalığını kavramasındaki bilgi işleme süreçlerine katılan faktörleri, bu bilginin hastalığa bakış açısını oluşturmak üzere nasıl bütünleştirildiğini ve bu bakış açısının başa çıkma davranışlarına ve sonuçlarına nasıl rehber olduğunu anlatmaktadır (14). Bu modelde kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler doğrultusunda zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili bazı temsiller geliştirmektedirler. (126). Bu modelde hastalar, hastalıkla ilgili bilgiyi beş ayrı alanda yorumlarlar; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahminidir. Diğer iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturmaktadır.(133,134).

Açıklayıcı model

Açıklayıcı model, kültürlerarası psikiyatrist ve antropolog Arthur Kleinman'ın çabaları sonucunda ruhsal bozukluklar ile bağlantı kurularak açıklanmıştır (135). Frostholm ve ark. (136) hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmalarına etkisini belirlemek amacı ile yaptığı araştırmasında, hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekli ile bağlantılı olduğunu düşünen kişilerin, daha fazla semptom yaşadıkları, hastalığının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirlemişleridir.

Hastalık algısını değerlendirme ve hemşirelerin hastalık algısına katkısı

Hastaların hastalıkları hakkındaki düşünceleri genellikle sorulmayarak atlanmaktadır. Fakat, hastalar fikirlerini, düşüncelerini paylaşmaktan mutluluk duyarlar ve kendilerini ifade etme fırsatı verildiği için mutlu olurlar (12).

Günümüzde hastalık algısının, hastalıkların ciddi sonuçlarıyla giderek artan bir ilişki içinde olduğu görülmüştür (137). Hastalıkları hakkında olumsuz algı geliştiren hastalarda, başlangıçtaki durumun tıbbi anlamda ciddiyetinden bağımsız olarak daha yavaş iyileşmeleriyle bağlantılı olduğunu belirlenmiştir (138,139,140). Donkin ve ark. (141) göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran ve yapılan tetkikleri normal çıkan hastalar

üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların endişelerini kontrol altına alabilecekleri girişimler yapıldığında yüksek kaygı ve olumsuz hastalık algısının azaldığını belirlemişlerdir.

Cerrahi girişim geçirecek hastaların her aşamada ne olacağını bilmesi, fiziksel ve ruhsal yönden kendini daha iyi hissetmesine, evde yaşanabilecek sorunların az olmasına ve cerrahi girişim sonuçlarının daha iyi olmasına neden olmaktadır. (18,21,142). Hastaya tüm aşamalarda yapılacak bilgilendirme sadece prosedür gereği yapılması gerekenler değil hastanın yaşayacağı duyguları anlayarak desteklenmesi gerektiğinin farkında olunarak bakım verilmelidir (143).

Sonuç olarak hastalık tanısı alan hastalar hastalıklarını anlamlandırabilmek için geçmiş deneyimlerinden, inanışlarından bilişsel modeller geliştirmektedir. Bu hastalık algıları tedaviye bağlılık gibi hastalığa özgü davranış geliştirmede ve baş etme yöntemleri geliştirmede önemli unsurlardandır. (12,144). Hastalara bakım verilirken bireysel hastalık algıları da göz önüne alınarak hastalar bu yönden de değerlendirilmelidir.

Bu çalışmanın amacı, ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Bu araştırma ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırmada, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Mayıs 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Cerrahi Servisine yatan batın cerrahisi geçiren hastalar oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve ‘‘ Dal ve ark.'larının 2012'de yaptıkları ‘ Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar’ isimli çalışmasındaki bulgular dahilinde (ağrı kontrolüne ilişkin sorunlar %29.1) %95 güven düzeyinde, %5 tolerans oranı ve %80 güç kullanarak power analizle örnekleme en az alınması gereken hasta sayısı 104 olarak hesaplandı. Araştırmaya katılmaya kabul eden, araştırma kriterlerine uygun 104 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Örneklem seçiminde belirtilen kriterler dikkate alındı.

Araştırmaya;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaşından büyük,
- Batın ameliyatı olmuş,

- Verilen bilgilerin anlaşılmasını engelleyecek bilişsel, duyuşsal herhangi bir sorunu bulunmayan hastalar araştırmaya dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H_1 : Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısı arasında ilişki vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak hasta bilgi formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve günlük yaşam aktiviteleri formu kullanıldı

Hasta Bilgi Formu

Araştırmanın ilk basamağında verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formu (Ek 1) kullanıldı. Bu form, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo demografik özellikler, geçirmiş olduğu cerrahi girişimler ile ameliyatına ilişkin bilgiler, hastanın evde bakımını sağlayacak kişi/kişilere ilişkin soruları içermektedir.

Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık algısını ölçmek için kullanılan HAÖ (IPQ-IIlness Perception Questionnaire) 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Moss- Morris ve ark. tarafından 2002 yılında revize edilmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126). Bu çalışmada HAÖ'nin yenilenmiş formu kullanılmıştır (Ek 2). HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. HAÖ'nin cronbach alfa güvenirlik katsayıları, hastalık tipi bölümünün 0,87, hastalık hakkındaki görüşler bölümünün 0,89 ve hastalık nedenleri bölümümün 0,86'dır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı daha sonra bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun

değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır (126). Evet yanıtının fazla olması hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtileri yaşadığı ve bu belirtileri hastalığıyla ilgili gördüğünü göstermektedir.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddelik ve 5"li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilişkili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır (126). Türkçeleştirilen ölçekte 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 36. maddeler olumlu olarak diğer maddeler olumsuz olarak değerlendirilmektedir.

Ölçekteki olumsuz ifadeler sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 olumlu ifadeler sırasıyla 5, 4, 3, 2, 1, olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 38, en yüksek puan 190'tır. Puan yüksekliği hastalık algısı yüksekliğini gösterir.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. 5"li Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örn; stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kulanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır (ör. Kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (126).

Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu

Hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek adına araştırmacı tarafından Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'nden (GYA) yola çıkılarak hazırlanan Günlük Yaşam

Aktiviteleri Formu (Ek 3) kullanıldı. Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu için uzman görüşleri alındı.

Model öncelikle 1976 yılında Roper tarafından tasarlanmış; Roper, Logan, Tierney 80-83 yılları arasında bu çalışma üzerinde incelemeler yaptıktan sonra GYA'nın son şekli 'The Elements of Nursing'in yayınlanmasıyla sonuçlanmıştır (114).

Günlük Yaşam Modeli'nin odak noktasını oluşturan ve 12 günlük yaşam aktivitesinden meydana gelen öğedir. Bu aktivitelerin bir bölümü yaşamın sürdürülmesinde gerekli olan biyofizyolojik temelli aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden ısısının kontrolü, hareket, uyku) diğerleri ise yaşam kalitesini yükselten aktiviteleri (kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme) kapsamaktadır. Modelde, tüm günlük yaşam aktivitelerini etkilediği savunularak "ölüm"e de 12. aktivite olarak yer verilmiştir (114). Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu 12 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için evet/hayır biçiminde yanıt verilebilecek biçiminde düzenlenmiştir.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Batın bölgesinden ameliyat olmuş 104 hasta araştırmaya dahil edildi. Veriler, hastaların kendi odalarında ve evlerinde yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacının kendisi tarafından iki basamakta toplandı.

Birinci Basamak

Hastaların servise kabul işlemleri yapıldıktan sonra kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 30 dakikada, ameliyat öncesi dönemde kişisel bilgi formu dolduruldu.

İkinci Basamak

Hastalar ameliyat sonrası taburculuk döneminden 30 gün sonra tekrar ziyaret edildi. Hastalar ile evlerinde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 40 dakikada, Hastalık Algısı Ölçeği ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Soru Formu dolduruldu. Veri toplama süresi boyunca her hasta ile toplam 70 dakika yüz yüze görüşülmüştür.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 4) ve Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde yapılabilmesi için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme Ve Değerlendirme Komisyonu'ndan izin alındı (Ek 5).

Hastalık Algısı Ölçeği' ni kullanılabilmesi için Nazmiye Kocaman Yıldırım'dan e-mail yolluyla izin alındı (Ek 6).

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Çalışmada boyutların farklılığının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve Varyans analizi (ANOVA) testi kullanıldı. Boyutlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile pearson koreslasyon analizi yapıldı. Sonuçlar için r :0.00 ilişki yok, r:0.01 - 0.29 düşük düzeyde ilişki, r:0.30 - 0.70 orta düzeyde ilişki, r:0.71 – 1.00 yüksek düzeyde ilişki ve $p<0,05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edildi (115).

BULGULAR

01 Nisan 2018 – 01 Nisan 2019 tarihleri arasında, ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar halinde sunuldu.

Tablo 1 ’de çalışmaya dahil edilen 104 hastanın bireysel özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 47,6±14,6 olduğu belirlendi. Hastaların %80’nin (n:83) kadın ve %20’nin (n:21) erkek hastalardan oluştuğu görüldü. Hastaların %87’nin (n:90) evli ve % 13’nün bekar (n:14) olduğu belirlendi. Hastaların %4’nün (n:4) sadece okur yazar, % 52’nin (n:54) ilköğretim, % 30’nun (n:31) orta öğretim ve %14’nün (n:15) lisans ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu görüldü. Hastaların %35’nin (n:36) aktif olarak çalıştığı, %65’nin (n:68) ise çalışmadığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Ort±Ss	
Yaş	47,6±14,6	
	n	**% yüzde**
Cinsiyet		
Kadın	83	80
Erkek	21	20
Medeni Durum		
Evli	90	87
Bekar	14	13
Eğitim		
Okur-Yazar	4	4
ilköğretim	54	52
Ortaöğretim	31	30
Lisans Ve Yüksek Lisans	15	14
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	36	35
Çalışmıyor	68	65

Tablo 2'de hasta özellikleri incelendiğinde; %63'nün (n:66) cerrahi girişim geçmişi olduğu, %37'sinin (n:38) daha önce cerrahi girişim geçirmediği görüldü. Çalışmaya dahil edilen hastaların %67,3'nün (n:70) kolesistektomi, %18,2'nin (n:19) umblikal herni, %6,7'nin (n:7) apandisit ve %7,8'nin (n:8) diğer ameliyat türlerine sahip olduğu belirlendi. Hastaların evde bakımlarını yapanların %33'nün (n:34) eş, %32'nin (n:33) çocukları, %23'nün (n:24) anne/babası , %13'nün (n:13) ise diğer yakınları olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Diğer Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	n	% yüzde
Cerrahi Girişim Geçmişi		
Evet	66	63
Hayır	38	37
Ameliyat Türü		
Kolesistektomi	70	67,3
Umblikal Herni	19	18,2
Apandisit	7	6,7
Diğer	8	7,8
Evde Bakım Yapan Kişi		
Eş	34	33
Çocuklar	33	32
Anne-Baba	24	23
Diğer	13	13

Tablo 3'te hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık belirtisi ölçek puan ortalanması 11,5±5,8, hastalık hakkındaki görüşleri bölümünde kişisel kontrol alt boyutu 6,5±1,2, süre (akut/kronik) alt boyutu 14,4±3,2, duygusal temsiller alt boyutu 15,5±3,6, hastalığı anlayabilme alt boyutu 17,4±2,5, sonuçlar alt boyutu 13,5±3,3, tedavi kontrol alt boyutu 19,1±2,3, süre (döngüsel) alt boyutu 19,1±2,3 belirlendi. Hastalık nedenleri puan ortalaması ise 42,4±8,7'dır (Tablo 3).

Tablo 3. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

	Ort ±Ss	Min.	Max.
1.Hastalık Belirtisi (Tipi)	11,5±5,8	0	28
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	8,32±2,0	4	13
Süre (Akut/Kronik)	14,4±3,2	7	26
Sonuçlar	13,5±3,3	7	26
Kişisel kontrol	6,5±1,23	3	9
Tedavi Kontrolü	19,1±2,3	9	23
Hastalığı Anlayabilme	17,4±2,5	10	24
Süre (Döngüsel)	19,1±2,3	5	19
Duygusal Temsiller	15,5±3,6	7	27
3.Hastalık Nedenleri	42,4±8,7	18	56

Tablo 4'te hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve sorun yaşama durumu incelendiğinde; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ile ilgili sorun yaşama durumu %86,8, çevre ile iletişim sorunu yaşama durumu %6,7, solunum sorunu yaşama durumu %41,3, yeme-içme sorunu yaşama durumu %31,7, boşaltım sorunu yaşama durumu %26, kişisel temizlik ve giyip-soyunda sorun yaşama durumu %51, beden ısısında sorun yaşama durumu %11,5, hareket etme ile ilgili sorun yaşama durumu %52,9, çalışma-eğlencede sorun yaşama durumu %89,4, cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşama durumu %26, uyku düzeninde sorun yaşama durumu %30,8, ameliyata bağlı ölüm kaygısı yaşama durumu %27,9 olduğu görüldü (Tablo4).

Tablo 4. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve sorun yaşama durumu

Günlük Yaşam Aktivite		n	%yüzde
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi	Evet	90	86,8
	Hayır	14	13,2
İletişim	Evet	7	6,7
	Hayır	97	93,3
Solunum	Evet	43	41,3
	Hayır	61	58,7
Yeme - İçme	Evet	33	31,7
	Hayır	71	68,3
Boşaltım	Evet	27	26,0
	Hayır	77	74,0
Kişisel Temizlik, Giyinme	Evet	53	51,0
	Hayır	51	49,0
Beden Isısı	Evet	12	11,5
	Hayır	92	88,5
Hareket	Evet	55	52,9
	Hayır	49	47,1
Çalışma-Eğlence	Evet	93	89,4
	Hayır	11	10,6
Cinsel Yaşam	Evet	27	26,0
	Hayır	77	74,0
Uyku	Evet	32	30,8
	Hayır	72	69,2
Ölüm	Evet	29	27,9
	Hayır	75	72,1

Tablo 5'te hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı alt boyutları arasında ilişki olup/olmadığı incelendiğinde; günlük yaşam aktivitelerinden güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ile hastalık belirtisi boyutu ve hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı pozitif (sırasıyla r:0,23, p:0,02 ve r:0,23, p:0,02) kolerasyon olduğu belirlendi (Tablo 5).

Günlük yaşam aktivitelerinden iletişim ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun duygusal temsiller alt boyutu arasında istatiksel olarak orta düzeyde anlamlı pozitif (r:0,30, p:0,00) kolerasyon olduğu görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinden solunum ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun duygusal temsiller alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı pozitif (r:0,21, p:0,03) kolerasyon belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden yeme-içme ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre(akut/kronik) alt boyutu ve duygusal temsiller alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı pozitif (sırasıyla r:0,24, p:0,01 ve r:0,24, p:0,01) kolerasyon bulundu.

Günlük yaşam aktivitelerinden boşaltım ile hastalık belirtisi boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı pozitif (r:0,28, p:0,00) kolerasyon olduğu belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden kişisel temizlik ve giyim ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun duygusal temsiller alt boyutu arasında istatiksel olarak orta düzeyde anlamlı (r:0,31, p:0,00) kolerasyon olduğu görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinden beden ısısının kontrolü ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre (akut/kronik) alt boyutu ve sonuçlar alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı pozitif (sırasıyla, r:0,23, p:0,02, r:0,29, p:0,00) kolerasyon bulunurken, hastalığı anlayabilme alt boyutu ile istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı (r:-0,29, p:0,00) negatif kolerasyon bulundu.

Günlük yaşam aktivitelerinden hareket ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre (akut/kronik) alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı (r:-0,20, p:0,04) negatif kolerasyon olduğu belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden cinsel yaşam ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre(akut/kronik) alt boyutu, sonuçlar alt boyutu ve süre (döngüsel) alt boyutu arasında istatiksel olarak orta ve düşük düzeyde anlamlı (sırasıyla r:0,42, p:0,00, r:0,27, p:0,00 ve r:0,20, p:0,04) pozitif kolerasyon bulunurken, tedavi kontrolü alt boyutu ile orta düzeyde anlamlı (r:-0,32, p:0,00) negatif kolerasyon bulundu.

Günlük yaşam aktivitelerinden uyku ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre(akut/kronik) alt boyutu ve sonuçlar alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük ve orta düzeyde anlamlı (sırasıyla r:0,21, p:0,00, r:0,30,p:0,00) pozitif kolerasyon olduğu görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinden ölüm ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük ve orta düzeyde anlamlı (sırasıyla r:0,20, p:0,03 ve r:0,34, p:0,00) pozitif kolerasyon olduğu belirlenirken, kişisel kontrol ile hastalığı anlayabilme alt boyutu arasında istatistiksek olarak orta ve düşük düzeyde anlamlı (r:-0,30, p:0,00 ve r:-0,20, p:0,04) negatif kolerasyon olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalaması arasındaki ilişkisi

	HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ								
		2.Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							
Günlük Yaşam Aktiviteleri	**1.Hastalık Belirtisi**	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	**3.Hastalık Nedenleri Boyutu**
Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi	r:0,23* p:0,02	r:0,09 p:0,34	r:0,23* p:0,02	r:0,16 p:0,11	r:-0,17 p:0,08	r:-0,19 p:0,06	r:0,06 p:0,57	r:0,11 p:0,25	r:-0,01 p:0,92
İletişim	r:-0,01 p:0,90	r:0,14 p:0,16	r:-0,02 p:0,87	r:-0,14 p:0,15	r:-0,06 p:0,57	r:-0,09 p:0,34	r:0,04 p:0,67	r:0,30* p:0,00	r:-0,03 p:0,78
Solunum	r:-0,09 p:0,34	r:0,07 p:0,51	r:0,15 p:0,13	r:-0,05 p:0,60	r:0,00 p:0,99	r:-0,07 p:0,50	r:0,03 p:0,80	r:0,21* p:0,03	r:-0,06 p:0,54
Yeme-İçme	r:-0,02 p:0,81	r:0,24* p:0,01	r:-0,03 p:0,77	r:-0,03 p:0,78	r:-0,05 p:0,64	r:0,07 p:0,49	r:-0,06 p:0,54	r:0,24* p:0,01	r:-0,01 p:0,92
Boşaltım	r:0,28* p:0,00	r:-0,09 p:0,36	r:-0,12 p:0,21	r:-0,02 p:0,80	r:0,14 p:0,17	r:-0,03 p:0,74	r:0,05 p:0,61	r:-0,12 p:0,22	r:-0,14 p:0,14
Kişisel temizlik ve giyim	r:-0,03 p:0,73	r:0,12 p:0,23	r:0,03 p:0,74	r:-0,10 p:0,33	r:-0,04 p:0,67	r:-0,17 p:0,08	r:0,14 p:0,15	r:0,31* p:0,00	r:0,07 p:0,50
Beden ısının kontrolü	r:-0,15 p:0,14	r:0,23* p:0,02	r:0,29* p:0,00	r:-0,07 p:0,45	r:-0,19 p:0,06	r:-0,29* p:0,00	r:0,00 p:0,98	r:0,00 p:0,29	r:0,05 p:0,62
Hareket	r:-0,04 p:0,66	r:-0,20* p:0,04	r:-0,05 p:0,62	r:-0,02 p:0,87	r:0,13 p:0,17	r:0,09 p:0,36	r:-0,02 p:0,82	r:0,00 p:-0,08	r:-0,10 p:0,29
Çalışma ve Eğlenme	r:0,11 p:0,29	r:0,07 p:0,45	r:0,19 p:0,05	r:0,06 p:0,54	r:-0,08 p:0,40	r:-0,14 p:0,14	r:-0,13 p:0,18	r:0,41 p:0,08	r:0,10 p:0,30
Cinsel Yaşam	r:-0,10 p:0,30	r:0,42* p:0,00	r:0,27* p:0,00	r:0,06 p:0,54	r:-0,32* p:0,00	r:0,03 p:0,74	r:0,20* p:0,04	r:0,43 p:0,37	r:0,15 p:0,13
Uyku	r:-0,07 p:0,49	r:0,21* p:0,03	r:0,30* p:0,00	r:0,06 p:0,56	r:-0,12 p:0,22	r:-0,10 p:0,32	r:0,00 p:0,98	r:0,00 p:0,35	r:-0,06 p:0,52
Ölüm	r:-0,11 p: 0,26	r:0,20* p:0,03	r:0,34* p:0,00	r:-0,30* p:0,00	r:-0,17 p:0,08	r:-0,20* p:0,04	r:-0,17 p:0,08	r:0,00 p:0,06	r:0,09 p:0,34

*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

Tablo 6'da hastaların yaş ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların yaşları ile hastalık belirtisi arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı (r:-0,22, p:0,03) negatif kolerasyon bulundu. Hastaların yaşları ile hastalığı anlayabilme alt boyutu arasında istatiksel olarak düşük düzeyde anlamlı (r:0,26, p:0,01) pozitif düzeyde kolerasyon belirlendi. Hastaların yaşları ile hastalık hakkında görüşler bölümünde duygusal temsiller alt boyutu arasında istatiksel olarak orta düzeyde anlamlı (r:-0,30, p:0,01) negatif kolerasyon bulundu. Hastaların yaşları ile hastalık hakkında görüşler bölümünde süre(akut/kronik) (r:-0,07, p:0,46), sonuçlar (r:-0,17, p:0,09), kişisel kontrol (r:0,04, p:0,70), tedavi kontrol (r:0,17, p:0,08) ve süre(döngüsel) alt boyutları (r:0,01, p:0,90) ile hastalık nedenleri boyutu (r:0,07, p:0,46) arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 6) .

Tablo 6. Hastaların yaşı ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlar arasındaki ilişki

Boyutlar		**Yaş**
1.Hastalık Belirtisi (Tipi)		r:-0,22*
		p:0,03
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	r:-0,07
		p:0,46
	Sonuçlar	r:-0,17
		p:0,09
	Kişisel Kontrol	r:0,04
		p:0,70
	Tedavi Kontrol	r:0,17
		p:0,08
	Hastalığı Anlayabilme	r:0,26*
		p:0,01
	Süre (döngüsel)	r:0,01
		p:0,90
	Duygusal Temsiller	r:-0,30*
		p:0,01
3.Hastalık Nedenleri		r: 0,07
		p:0,46

*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

Tablo 7'de hastanın cinsiyeti ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadın ve erkek hastalarda hastalık belirtisi boyutu (t:1,40, p:0,17), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre(akut/kronik) alt boyutu (t:1,38, p:0,16), sonuçlar alt boyutu (t:0,52, p:0,60), kişisel kontrol alt boyutu ile (t:-1,39, p:0,17), tedavi kontrol alt boyutu (t:-0,64, p:0,50), hastalığı anlayabilme boyutu (t:-1,39, p:0,17), süre boyutu (t:0,30, p:0,70), duygusal temsil alt boyutu (t:1,09, p:0,28) ile hastalık nedenleri boyutu (t:-1,15, p:0,25) istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo7).

Tablo 7. Hastanın cinsiyeti ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Cinsiyet	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Kadın	11,9±5,1	t:1,40
		Erkek	10,0±7,9	p:0,17
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Kadın	14,6±3,3	t:1,38
		Erkek	13,5±2,6	p:0,16
	Sonuçlar	Kadın	13,6±3,2	t:0,52
		Erkek	13,1±3,6	p:0,60
	Kişisel Kontrol	Kadın	6,4±1,2	t: -1,39
		Erkek	6,9±1,2	p:0,17
	Tedavi Kontrol	Kadın	19,0±2,3	t: -0,64
		Erkek	19,4±2,5	p:0,50
	Hastalığı Anlayabilme	Kadın	17,2±2,7	t: -1,39
		Erkek	18,1±1,7	p:0,17
	Süre	Kadın	14,4±2,1	t: 0,30
		Erkek	14,2±2,4	p:0,70
	Duygusal Temsiller	Kadın	15,7±3,5	t: 1,09
		Erkek	14,8±4,0	p:0,28
3.Hastalık Nedenleri		Kadın	41,9±8,4	t: -1,15
		Erkek	44,4±9,7	p:0,25

*Bağımsız örneklem t testi

Tablo 8'de medeni durum ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli ve bekar hastalarda hastalık belirtisi boyutu (t:0,89, p:0,41), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre(akut/kronik) alt boyutu (t:-0,94, p:0,26), sonuçlar alt boyutu (t:-0,96, p:0,28), kişisel kontrol alt boyutu ile (-0,55, p:0,66), tedavi kontrol alt boyutu (t:0,91, p:0,43), hastalığı anlayabilme boyutu (t:0,51, p:0,61), süre boyutu (t:0,53, p:0,63) ile hastalık nedenleri boyutu (t:-1,01, p:0,21) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, duygusal temsiller alt boyutu bekar hastalarda (t:-2,53, p:0,02) istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni durum ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Medeni durum	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Evli	11,7±5,8	t:0,89
		Bekar	10,3±5,8	p:0,41
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Evli	14,3±3,1	t:-0,94
		Bekar	15,3±3,3	p:0,26
	Sonuçlar	Evli	13,3±3,1	t:-0,96
		Bekar	14,4±4,2	p:0,28
	Kişisel Kontrol	Evli	6,5±1,2	t:-0,55
		Bekar	6,7±1,1	p:0,66
	Tedavi Kontrol	Evli	19,1±2,5	t:0,91
		Bekar	18,6±1,2	p:0,43
	Hastalığı Anlayabilme	Evli	17,4±2,6	t:0,51
		Bekar	17,0±2,0	p:0,61
	Süre	Evli	14,4±2,1	t:0,53
		Bekar	14,1±2,3	p:0,63
	Duygusal Temsiller	Evli	15,2±3,5	t:-2,53*
		Bekar	17,6±3,9	p:0,02
3. Hastalık Nedenleri		Evli	42,0±8,8	t:-1,01
		Bekar	45,2±7,6	p:0,21

*Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 9'da eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumlarına göre hastalarda hastalık belirtisi boyutu (F:0,52, p:0,15), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre(akut/kronik) alt boyutu (F:0,48, p:0,70), sonuçlar alt boyutu (F:1,02, p:0,39), kişisel kontrol alt boyutu ile (F:2,61, p:0,06), tedavi kontrol alt boyutu (F:0,20, p:0,90), süre boyutu (F:1,31, p:0,27), duygusal temsil alt boyutu (F:0,38, p:0,77) ile hastalık nedenleri boyutu (F:1,29, p:0,26) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenirken, hastalığı anlayabilme boyutu ortaöğretim mezunu olanlarda (F:6,42, p:0,01) istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. Eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Eğitim Durumu	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Okur –yazar	16,7±6,4	F:0,52
		İlkokul mezunu	12,1±6,3	p:0,15
		Ortaöğretim	10,4±5,0	
		Lisans ve yükseklisans	10,5±4,6	
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Okur –yazar	15,5±1,9	F: 0,48
		İlkokul mezunu	14,7±3,4	p:0,70
		Ortaöğretim	14,0±2,6	
		Lisans ve yükseklisans	14,1±3,6	
	Sonuçlar	Okur –yazar	14,0±1,1	F: 1,02
		İlkokul mezunu	13,2±3,5	p:0,39
		Ortaöğretim	13,2±3,2	
		Lisans ve yükseklisans	14,8±2,9	
	Kişisel kontrol	Okur –yazar	5,5±0,5	F: 2,61
		İlkokul mezunu	6,3±1,2	p:0,06
		Ortaöğretim	6,9±1,2	
		Lisans ve yükseklisans	6,8±0,8	
	Tedavi kontrol	Okur –yazar	19,5±0,5	F: 0,20
		İlkokul mezunu	18,9±2,4	p:0,90
		Ortaöğretim	19,3±2,1	
		Lisans ve yükseklisans	19,0±2,9	
	Hastalığı anlayabilme	Okur –yazar	12,2±0,8	F: 6,42*
		İlkokul mezunu	12,7±0,9	p: 0,01
		Ortaöğretim	17,8±2,2	
		Lisans ve yükseklisans	17,6±2,3	
	Süre(döngüsel)	Okur –yazar	16,5±3,1	F: 1,31
		İlkokul mezunu	14,2±0,5	p:0,27
		Ortaöğretim	14,4±2,0	
		Lisans ve yükseklisans	14,5±2,5	
	Duygusal Temseller	Okur –yazar	15,9±3,6	F: 0,38
		İlkokul mezunu	18,0±4,6	p:0,77
		Ortaöğretim	15,0±3,6	
		Lisans ve yükseklisans	16,1±3,5	
3. Hastalık Nedenleri		Okur –yazar	42,2±7,8	F: 1,29
		İlkokul mezunu	42,9±9,2	p:0,26
		Ortaöğretim	41,1±8,3	
		Lisans ve yükseklisans	43,6±80,1	

*Varayans (ANOVA)analizi kullanıldı.

Tablo 10'da çalışma durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışan ve çalışmayan hastalarda hastalık belirtisi boyutu (t:0,11, p:0,90), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre (akut/kronik) alt boyutu (t:0,11, p:0,91), sonuçlar alt boyutu (t:1,76, p:0,08), kişisel kontrol alt boyutu ile (t:0,04, p:0,97), hastalığı anlayabilme boyutu (t:0,65, p:0,36), süre boyutu (t:0,03, p:0,96), duygusal temsil alt boyutu (t:0,70, p:0,41) ile hastalık nedenleri boyutu (t:0,54, p:0,11) istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Hastalık hakkında görüşler bölümünde tedavi kontrol alt boyutu (t:-1,96, p:0,05) çalışmayan hastalarda istatiksel olarak yüksek olduğu görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışma durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Çalışma durumu	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Evet	11,6±6,0	t: 0,11
		Hayır	11,5±5,7	p:0,90
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Evet	14,5±3,3	t:0,11
		Hayır	14,4±3,1	p:0,91
	Sonuçlar	Evet	14,3±3,6	t:1,76
		Hayır	13,1±3,0	p:0,08
	Kişisel Kontrol	Evet	6,5±1,1	t:0,04
		Hayır	6,5±1,2	p:0,97
	Tedavi Kontrol	Evet	18,3±2,5	t:-1,96*
		Hayır	19,5±2,2	p:0,05
	Hastalığı Anlayabilme	Evet	17,0±2,2	t:0,65
		Hayır	17,5±2,7	p:0,36
	Süre	Evet	14,3±2,3	t:0,03
		Hayır	14,4±2,0	p:0,96
	Duygusal Temsiller	Evet	16,0±3,7	t:0,70
		Hayır	15,3±3,6	p:0,41
3. Hastalık Nedenleri		Evet	44,3±7,6	t:0,54
		Hayır	41,4±9,1	p:0,11

*Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 11'de cerrahi girişim geçmişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; cerrahi girişim geçmişi olan ile olmayan hastalarda hastalık belirtisi boyutu puan ortalamaları (t:0,87, p:0,48), hastalık hakkında görüşler bölümünde kişisel kontrol alt boyutu (t:0,75, p:0,33), hastalığı anlayabilme boyutu (t: -1,80, p:0,07), süre (döngüsel) boyutu (t: -0,62, p:0,53), duygusal temsil alt boyutu (t:1,81, p:0,07), hastalık nedenleri boyutu puan ortalamaları (t:1,51, p:0,14) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Cerrahi girişim geçmişi olan hastalarda hastalık hakkında görüşler bölümünde süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları (t:2,42, p:0,02) ile sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları (t:2,48, p:0,02) yüksek, cerrahi girişim geçmişi olmayan hastalarda hastalık hakkında görüşler bölümünde tedavi kontrol alt boyutu puan ortalamaları (t:-2,31, p:0,03) istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Cerrahi girişim geçmişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Cerrahi Girişim Geçmişi	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Evet	11,8±6,3	t:0,87
		Hayır	11,0±4,8	p:0,48
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Evet	15,02±3,08	t:2,42*
		Hayır	13,4±3,1	p:0,02
	Sonuçlar	Evet	14,1±3,4	t:2,48*
		Hayır	12,5±2,8	p:0,02
	Kişisel Kontrol	Evet	6,6±1,1	t:0,75
		Hayır	6,4±1,2	p:0,33
	Tedavi Kontrol	Evet	18,7±2,3	t:-2,31*
		Hayır	19,8±2,2	p:0,03
	Hastalığı Anlayabilme	Evet	17,0±2,6	t:-1,80
		Hayır	18,0±2,3	p:0,07
	Süre	Evet	14,3±1,8	t:-0,62
		Hayır	14,5±2,6	p:0,53
	Duygusal Temsiller	Evet	16,0±3,5	t:1,81
		Hayır	14,7±3,7	p:0,07
3. Hastalık Nedenleri		Evet	43,4±8,4	t:1,51
		Hayır	40,7±8,9	p:0,14

*Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 12'de ameliyat türü ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; kolesistektomi, umbikal herni, apandisit ve diğer batın bölgesinden ameliyat olan hastalarda puan ortalamaları hastalık belirtisi boyutu (F:0,8, p:0,92), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre (akut/kronik) alt boyutu (F:0,88, p:0,42), sonuçlar alt boyutu (F:1,65, p:0,18), kişisel kontrol alt boyutu ile (F:1,99, p:0,09), tedavi kontrol alt boyutu (F:1,30, p:0,24), duygusal temsil alt boyutu (F:0,01, p:0,99) ile hastalık nedenleri boyutu (F:0,04, p:0,96) istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Umbikal herni ameliyatı olan hastalarda hastalık hakkında görüşler bölümünde hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalamaları (F:3,88, p:0,01) ile süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları (F:4,25, p:0,01) istatiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (Tablo12).

Tablo 12. Ameliyat türü ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Ameliyat Türü	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Kolesistektomi	11,4±6,5	F=0,08
		Umbikal Herni	11,2±5,1	p:0,92
		Apandisit	12,1±5,5	
		Diğer	11,2±4,5	
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Kolesistektomi	13,9±2,9	F=0,88
		Umbikal Herni	14,5±3,9	p:0,42
		Apandisit	15,3±2,7	
		Diğer	14,1±2,2	
	Sonuçlar	Kolesistektomi	12,2±3,2	F=1,65
		Umbikal Herni	13,2±3,2	p:0,18
		Apandisit	14,5±2,2	
		Diğer	13,1±2,2	
	Kişisel kontrol	Kolesistektomi	6,6±1,3	F=1,99
		Umbikal Herni	6,6±1,2	p:0,09
		Apandisit	6,8±1,0	
		Diğer	5,6±1,2	
	Tedavi kontrol	Kolesistektomi	19,1±2,2	F=1,30
		Umbikal Herni	19,6±2,2	p:0,24
		Apandisit	18,7±2,2	
		Diğer	18,7±1,9	
	Hastalığı anlayabilme	Kolesistektomi	17,9±2,2	F=3,88*
		Umbikal Herni	18,4±1,9	p:0,01
		Apandisit	15,8±2,9	
		Diğer	17,4±2,0	
	Süre(döngüsel)	Kolesistektomi	14,6±2,5	F=4,25*
		Umbikal Herni	14,6±2,1	p:0,01
		Apandisit	14,3±1,6	
		Diğer	13,8±2,2	
	Duygusal Temseller	Kolesistektomi	14,8±5,9	F=0,01
		Umbikal Herni	15,7±5,9	p:0,99
		Apandisit	17,8±5,7	
		Diğer	14,5±5,3	
3. Hastalık Nedenleri		Kolesistektomi	42,5±9,8	F=0,04
		Umbikal Herni	41,5±7,0	p:0,96
		Apandisit	43,7±8,3	
		Diğer	42,1±10,1	

*****Varayans (ANOVA)analizi kullanıldı.

Tablo 13’ de hastanın evde bakımı yapan kişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastanın evde bakımıma yardımcı kişiye göre hastalık belirtisi boyutu (F:0,05, p:0,95), hastalık hakkında görüşler bölümünde süre (akut/kronik) alt boyutu (F:0,90, p:0,44), sonuçlar alt boyutu (F:1,56, p:0,20), kişisel kontrol alt boyutu ile (F:1,92, p:0,12), tedavi kontrol alt boyutu (F:1,34, p:0,27), duygusal temsil alt boyutu (F:0,05, p:0,95) ile hastalık nedenleri boyutu (F:1,84, p:0,14) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Çocukları tarafından bakılan hastalarda, hastalık hakkında görüşler bölümünde hastalığı anlayabilme boyutu puan ortalamaları (F.6,56, p:0,01) ile eşleri tarafından bakılan süre boyutu puan ortalamaları (F:3,38, p:0,02) istatiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 13. Hastanın evde bakımını yapan kişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		Bakımı Yapan Kişi	Ort±Ss	İstatistik
1.Hastalık Belirtisi		Eş	11,4±6,7	F=0,05
		Çocuklar	11,5±5,5	p:0,95
		Anne-Baba	12,1±5,8	
		Diğer	11,0±4,0	
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	**Süre(Akut-Kronik)**	Eş	13,9±2,9	F=0,90
		Çocuklar	14,5±3,9	p:0,44
		Anne-Baba	15,2±2,7	
		Diğer	14,0±2,4	
	Sonuçlar	Eş	12,7±3,3	
		Çocuklar	13,7±3,6	F=1,56
		Anne-Baba	14,5±2,8	p:0,20
		Diğer	13,0±2,6	
	Kişisel Kontrol	Eş	6,6±1,3	F=1,92
		Çocuklar	6,6±1,2	p:0,12
		Anne-Baba	6,8±1,0	
		Diğer	5,8±1,1	
	Tedavi Kontrol	Eş	19,0±2,3	F=1,34
		Çocuklar	19,7±2,6	p:0,27
		Anne-Baba	18,8±2,2	
		Diğer	18,2±1,9	
	Hastalığı Anlayabilme	Eş	17,9±2,5	F=6,56*
		Çocuklar	18,2±1,9	p:0,01
		Anne-Baba	15,5±2,9	
		Diğer	17,4±2,0	
	Süre	Eş	14,7±2,5	F=3,38*
		Çocuklar	14,3±2,1	p:0,02
		Anne-Baba	14,2±1,6	
		Diğer	13,8±2,2	
	Duygusal Temsiller	Eş	14,8±3,9	F=0,05
		Çocuklar	15,6±3,9	p:0,95
		Anne-Baba	17,4±2,7	
		Diğer	14,0±2,7	
3. Hastalık Nedenler		Eş	42,2±9,5	F=1,84
		Çocuklar	41,9±7,0	p:0,14
		Anne-Baba	43,1±8,6	
		Diğer	43,0±11,15	

*Varayans (ANOVA)analizi kullanıldı.

TARTIŞMA

Bu araştırma, Mayıs 2018 ile Kasım 2018 tarihleri arasında, ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini belirlemek amacıyla planlandı ve tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

Kolesistektomi, umbikal herni, apandisit ve diğer batın ameliyatı olan 104 hasta araştırmaya dahil edildi. Araştırmada yer alan hastaların özellikleri değerlendirildi. Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamalarının 45'nin üzerinde, %80'nın kadın, %87'sının evli, %52'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %65'inin çalışmadığı belirlendi (Tablo 1). Dal ve ark. (23) cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, bireylerin yaş ortalamalarının 50'nin üzerinde, %51'i kadın, %39'u ilkokul mezunu olduğu, Karahan ve ark.(94) günübirlik cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastaların yaş ortalaması 50 ve %51 kadın olduğunu belirlemişlerdir. Bulgular cerrahi girişim geçiren hastalarla yapılan araştırma bulguları ile benzer bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların %63'nün daha önce cerrahi işlem geçirdiği, %67,3'nün kolesistektomi ameliyatı olduğu, %33'nün evde eşleri tarafından bakıldığı belirlendi (Tablo2). İzveren ve Dal (73) yaptığı araştırmada, hastaların %34'üne bağırsak ile ilgili cerrahi girişim uygulandığını, %33'nin karaciğer ve safra kesesi ameliyatları (kolesistektomi, karaciğer primer sütür, kist hidatik operasyonu) uygulandığını belirlemişlerdir. Demirkıran ve Uzun (82) yaptığı araştırmada, evde bakım verenlerin %43'ü eş, %28'i eş ve çocuklarından oluştuğu, Açıksöz ve ark. (145) total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, bireylerin bakımında yarısına

yakınının eş ve çocuklarından oluştuğu bulunmuştur. Araştırmaların sonuçları sağlık özelliklerinin benzer olduğunu gösterdi.

Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları değerlendirildi. Hastalık belirtileri puan ortalaması üst değere yakın bulundu (11,57±5,83) (Tablo 3). Bu sonuç hastalığın başlangıcından bu yana hastaların belirti yaşadıklarını ve belirtileri hastalıkları ile ilgili görmelerinin ortalamanın altında olduğunu göstermektedir. Hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, tedavi kontrolü ile süre (döngüsel) (ort±ss:19,12±2,39, 19,12±2,39) algısı üst değere yakın bulunurken, kişisel kontrol algısı (ort±ss:6,58±1,23) alt değere yakın bulundu (Tablo 3). Tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını göstermektedir. Araştırmada, hastaların ameliyat olduktan sonra hastalıklarının iyiye gideceğine ve döngüsel bir sürece sahip olduğuna dair inançlarının bulunduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamalarında farklı bulgular bulunmuştur. Var ve ark. (146) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları araştırmada, en yüksek algı puanını hastalığı anlama algısında, en düşük puanı ise süre olarak belirlemişlerdir. Cherrington ve ark. (134) yaptığı araştırmada, hastaların kalp yetmezliğinin, tedavi yoluyla kontrol edebilecekleri ciddi sonuçları olan kronik, döngüsel bir hastalık olduğuna inandığını belirlemiştir. Spain ve ark. (147) multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların hastalık süresi hakkında olumsuz, hastalık kontrolü ve tedavi inancında ise olumlu hastalık algısına sahip olduklarını belirlenmişlerdir. Hemodiyaliz hastalarının süre algısının yüksek olduğu ve hastalığı kronik algıladıkları belirlenmiştir (127,148). Araştırmamızda, kişisel kontrol algısı (ort±ss:6,58±1,23) ortalamanın altında bulundu (Tablo 3). Kişisel kontrol algısının düşük olması kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısının az olduğunu göstermektedir. Araştırmanın sonuçları, hastaların hastalık belirtisi algılarının düşük, hastalık hakkındaki tedavi ve süre algıları yüksek, kişisel kontrollerinin düşük olduğunu gösterdi. Hastalık nedenleri algıları ise yüksek belirlendi (ort±ss:42,47±8,71). Diğer araştırmalara bakıldığında hastalık algısı sonuçları tartışmalı bulundu.

Hastaların, ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerinden en fazla deneyimledikleri sorunlar arasında çalışma-eğlence (%89,4), güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi (%86,7), hareket (%52,9) olarak bulundu (Tablo 4). Dal ve ark. (23) cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastaların evde %71 ağrı başta olmakla üzere, %32 egzersiz ve aktivite ile %41 öz bakıma ilişkin sorunlar yaşadıklarını belirlemişlerdir. Yılmaz ve Çifçi'nin (149) açık kalp

ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastaların taburcu edildikten bir hafta sonra, %96 beslenme, %87 boşaltım, %100 aktivite, %89 uyku gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadığını belirlemişlerdir. Karahan ve ark. (94) günübirlik cerrahi işlem sonrası evde hastaların yaşadıkları güçlükler arasında 7-10. günde en çok zorlandıkları aktiviteler yürüme/hareket etme, merdiven çıkma, giyinme ve soyunma olarak açıklanmıştır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında yaşanılan sorunların türleri benzerlik göstermektedir ancak, sorunların sıralamaları yönünden araştırmamızda farklılıklar bulunmaktadır.

Günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, hastalık algılarının birçok günlük yaşam aktivitesine etki ettiği görüldü (Tablo 5). Bu bölümdeki bulguların tartışılmasında Tablo 5'deki bulgulardan orta düzeydeki ilişki belirlenen bulgular tartışılmıştır. Tablo 5' ki bulgulardan ilk olarak aralarında pozitif yönde ilişki belirlenen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmada, günlük yaşam aktivitelerinden iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısının arttığı görüldü (r:0,30, p:0,00 ve r:0,31, p:0,00). Duygusal temsiller alt boyutu kişinin hastalığı ile ilgili endişelerini göstermektedir. Hastaların ameliyat ile ilgili endişeleri arttıkça ameliyat sonrası iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu yaşama durumu artmaktadır. Anksiyete riski olan hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğu bulunmuştur (148). Yılmaz ve Aydın (46) yaptıkları araştırmada cerrahi girişim deneyimleyen hastaların ameliyat sonrası dönemde anksiyete yaşadıkları bulmuşlardır. Akinsulore ve ark. (150) cerrahi girişim deneyimleyen hastaların %16'sının ameliyat sonrası dönemde de anksiyetelerinin devam ettiğini belirlemişlerdir. İlgili literatürde hastaların öz bakım yeterliliği eğitim, sosyoekonomik durum, kültür, yaş, sağlık durumu ve anksiyete gibi özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir (151,152,153). Araştırmaların sonuçları hastaların ameliyat sonrası dönemde anksiyete yaşadıklarını ve anksiyete nedeniyle iletişim ve kişisel/temizlik sorunun arttığını göstermiş ve bulgumuzu desteklemiştir.

Günlük yaşam aktivitelerinden cinsel yaşam sorunu arttıkça süre (akut/kronik) algısının arttığı belirlendi (r:0,42, p:0,00). Hastaların, hastalıklarının uzun süreceğini düşünmesi cinsel yaşamlarında sorun yaşama durumunu arttırmaktadır. Yılmaz ve Çiftçi (149) yaptığı araştırmada, hastaların koroner arter bypass greft ameliyatı (KABG) sonrası evde bakımları sırasında altıncı haftada %70 oranında cinsellikte sorun yaşadığını belirlemişlerdir.

Günlük yaşam aktivitelerinden ölüm kaygısı ve uyku sorunu arttıkça sonuçlar algısının arttığı belirlendi (r:0,30, p:0,00 ve r:0,34, p.0,00). Hastalığının kötü sonuçlanacağı inancı hastaların uyku ve ölüm kaygısını arttırmaktadır. Cerrahi girişim bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir (18,20,21). Kaygı, stres, depresyon, öfke gibi psikososyal risk faktörlerini arttırmaktadır. Kaygı ve korku anestezi tipine, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine, cerrahi girişime ait endişelere ve ameliyat sonrası dönemdeki gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olabilmektedir (154). Terakye ve ark. (155) cerrahi olarak tedavi edilen hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların %78 kanser olma korkusu ve ölüm korkusu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Birey, sağlıktan sapma durumunda oluşan stresle baş etmeye çalışırken, temel gereksinimlerini de karşılamak durumunda olduğundan normal uyku ve dinlenmenin sağlanması önem taşır (156). Redeker ve Hedges (157) yaptığı araştırmada, kalp ameliyatı sonrası hastalarda uykuya dalmada güçlük, sık uyanma, yüzeysel uyku gibi sorunlar yaşandığını belirlemişlerdir. Ameliyat sonrası hastaların hastalıkla ilgili endişeleri, ağrı ve cerrahi girişim sonrası pozisyon kısıtlılığı gibi nedenlerle uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (158). Özellikle günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiren hastalar için ameliyat sonrası dönemde bağımlı düzeye gelme düşüncesi hastaların olumsuz şekilde etkilenmelerine yol açmaktadır (159). Hastaların, operasyon sonrası sonuçların nasıl olacağına dair inançlarını etkileyen bir çok etken olduğunu dolayısıyla hastaların sonuçlar hakkında olumsuz inançlarının uyku ve ölüm kaygısını arttırdığını göstermektedir.

Bu bölümde Tablo 5' ki bulgulardan aralarında negatif yönde ilişki belirlenen bulgular tartışılmıştır.

Günlük yaşam aktivitelerinden cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrolü algısının azaldığı bulundu (r:-0,32, p:0,00). Tedavi kontrolü, hastaların, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını göstermektedir. Araştırmada, hastaların ameliyat sonrası tedavilerinin etkinliği hakkındaki düşüncelerinin olumsuz olması ile cinsel yaşamda sorun yaşama ihtimalinin arttığı görüldü. Leila ve ark. (160) yaptığı araştırmada, meme kanseri tanısı olan ve ameliyat olmuş hastaların %53'ünde cinsel ilişki sıklığında azalma, hastaların %81'inde azalmış cinsel çekicilik durumlarını belirlemişlerdir. Williams (161) yaptığı araştırmada, hastalık algısının tedavinin etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu nedenle hastalığın tedavi ile kontrol edilebildiği algısı hastaların tedaviye uyumunu arttırıp hastalığın kontrolünün sağlanması dolayısıyla yaşam kalitesinin

yükseltilmesini sağlayabilmektedir. Yaşam kalitesinin artması cinsel yaşamda sorun yaşanmamasını sağlamaktadır.

Günlük yaşam aktivitelerinden ölüm kaygısı arttıkça kişisel kontrol algısının azaldığı belirlendi (r:-30, p:0,00). Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını göstermektedir. Bu bulgu, hastalığı üzerinde iç kontrol algısı düşük olan hastalarda ölüm kaygısının yüksek olduğu göstermektedir. Hastalarda, ölüm korkusu artıkça depresyona girme, iletişimde bozulma, yeme içme ye eğlenceden uzaklaşma artmakta ve dolayısıyla kişisel kontrol azalmaktadır (162). Fredericks ve ark. (163) KABG ve kapak replasman cerrahisi yapılan hastaların psikolojik durumunu inceleyen 16 çalışmanın sistematik bir incelemesini içeren araştırmada, hastaların taburculuk sonrası ilk ayında orta ve şiddetli düzeyde kaygı ve depresyonun olduğunu ve öz-bakım davranışlarına etki ettiğini belirlemişlerdir. Araştırmaların sonuçları ölüm kaygısının hastaların kişisel kontrollerini azalttığını gösterdi.

Bulgular; ameliyat sonrası hastaların ölçeğin hastalık hakkındaki görüşler boyutu ve bir çok günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki olduğunu gösterdi. Araştırmanın sonuçları H_1 hipotezini doğrulamıştır.

Hastaların yaşı ile hastalık belirtisi ve duygusal temsiller algısı arasında negatif yönde (r:-0,22, p:0,03, r:-0,30, p:001) ilişki belirlenirken, yaşı ile hastalığı anlayabilme düzeyi arasında pozitif yönde (r:0,268, p:0,01) ilişki olduğu görüldü (Tablo 6). Bu bulgu, yaş arttıkça hastalık belirtilerinin ve hastalığı ile ilgili endişelerinin azaldığı, hastalığı anlayabilme düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bu durum, kişinin hastalığını ne kadar çok kavrarsa, hastalığı hakkındaki korku ve endişelerinin az olacağı ile açıklanabilir. Karabulutlu ve Karaman (10) yaptığı araştırmada, yaşın sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller algısını etkilediğini belirlemişlerdir. Gündüz ve Karabulutlu (164) farklı bir örneklem grubunda yaptığı araştırmada, hastaların yaşı arttıkça kontrol algısının azaldığını, sonuçlar algısının arttığını belirlemiştir. Milani ve ark. (165) multipl sklerozlu hastalarda, Gucht (166) irritabl bağırsak sendromlu hastalarda yaptığı araştırmada, yaş ile hastalık algısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki bulamamışlardır. Araştırmalarda yaş ile hastalık algısı arasında farklı sonuçların olduğu görülmüştür.

Bireysel değişkenlerden cinsiyetin hastalık algısına etki etmediği belirlendi (Tablo 7) (p>0,05). Araştırmalarda, cinsiyetin hastalık algısı alt boyutları üzerine farklı sonuçları olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı araştırmalarda, kadın hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. (10,164,167). Aalto ve ark.(168) koroner kalp hastalığı olan bireylerde hastalık algısını incelediği araştırmada, erkeklerin hastalığın

sonuçlarını daha ciddi algıladığını, Alsén (169) sonuç algısının kadın ve erkeklerde benzer olduğunu, Grace ve ark. (170) kadınların hastalığını daha uzun süreceğine inandıklarını, Ross ve ark. (171) tedavinin hastalığı tedavi edebileceği inancı konusunda cinsiyet farkı olmadığını belirlemişlerdir.

Bekar hastaların duygusal temsiller algısı (t:-2,53, p:0,02) daha yüksek bulundu (Tablo 8). Bulgu, bekar hastaların hastalığıyla ilgili endişelerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Yılmaz ve Özkan (172) yaptığı araştırmada, evli olanlarda aileden gelen sosyal destek ortalamasını daha yüksek bulmuşlardır**.** Bu bulgu bekar hastaların hastalık durumunda duygularının daha fazla olumsuz yönde etkilendiğini gösterdi.

Ortaöğretim mezunu hastaların hastalığı anlayabilme algısı (F:6,42, p:0,01) daha yüksek bulundu (Tablo 9). Bu durum, ortaöğretim mezunu olan hastaların hastalıklarını daha iyi kavradığını göstermektedir. Zhang ve ark. (167) yaptığı araştırmada, eğitim düzeyi düşük olan yaşlı hastaların kişisel kontrol ve hastalık algılarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir araştırmada, eğitim düzeyi ilköğretim olanların süre ve duygusal temsil algılarının daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (173). Iskandarsyah ve ark. (174) yaptığı araştırmada, düşük eğitim düzeyindeki hastaların hastalık algısının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmalarda, eğitim durumu ile hastalık algısı boyutları arasında farklı sonuçların olduğu görülmüştür.

Çalışmayan hastaların tedavi kontrolü algısı (t:-1,96, p:0,05) daha yüksek bulundu (Tablo 10). Bu durum, çalışmayan hastaların tedavilerinin hastalıklarına yardımcı olacağı inancının fazla olduğunu göstermektedir. Yorulmaz ve ark. (173) yaptığı araştırmada, çalışmayan hastaların, çalışan hastalara göre kişisel kontrol, kimlik, duygusal temsiller algısının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmama durumunun bireyin mevcut hastalık durumunu algılaması üzerindeki etkisi olumlu olmaktadır.

Cerrahi girişim geçmişi olan hastalarda süre ve sonuçlar algısının (t:2,42, p:0,02, t:2,48, p:0,02) yüksek olduğu belirlenirken, cerrahi girişim geçmişi olmayan hastaların tedavi kontrol algısının yüksek olduğu bulundu (t:-2,31, p:0,03) (Tablo 11). Cerrahi girişim geçmişi olan hastaların hastalıklarının sürelerini algıladıkları ve cerrahi girişim sonrası sonuçların olumlu olacağına dair inançlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ameliyat öyküsü olanların hastalık süresi ile ilgili daha deneyimli olduğu ve bu deneyimin sonuçlar algısına etki ettiği görüldü. Bu bulguyu destekleyen ve örneklemi cerrahi hastaları olan araştırma yoktur. Pesut ve ark. (175) tüberkülozlu hastalarda, Var ve ark. (146) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları araştırmada süre algısını düşük olarak

bulmuşlardır. Chilcot ve ark. (176) hemodiyaliz hastalarında, Weldam ve ark. (177) KOAH'lı hastalarda yaptıkları araştırmada, süre algısının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların cerrahi girişim geçmişi süre, sonuç ve tedavi kontrol algılarını etkilemektedir.

Araştırmada ameliyat türlerinden umblikal herni ameliyatının tedavi kontrol algısını ve kolesistektomi ameliyatının süre (döngüsel) algısını yükselttiği belirlendi (Tablo 12). Bu bulguları destekleyen araştırma bulunmamaktadır. Araştırmada en yüksek örneklem oranını önce kolesistektomi ameliyatı (%67,3) sonra umblikal herni ameliyatı (%18,2) oluşturmaktadır. Sonucun bu bulgulardan etkilendiğini düşünmekteyiz.

Çocukları tarafından bakılan hastaların hastalığı anlayabilme algısının (F:6,56, p:0,01), eşleri tarafından bakılanların ise süre (döngüsel) algısının (F:3,38, p:0,02) yüksek olduğu bulundu (Tablo13). Çocukları tarafından bakılan hastalarda hastalık hakkında bilgilendirmenin daha yüksek olduğu, eşleri tarafından bakılanların ise tekrar hastalığa yakalanma endişesinin yükseldiği görüldü. Cerrahi hastalarının bilgilendirilme durumunu araştıran araştırmalarda, hastaların yeterince bilgilendirilmediği ve verilen bilgilerde eksiklikler olduğu belirlenmiştir (56,178). Hastalara bilgilendirme yapılırken aile bireylerinden bir kişinin bilgilendirmeye dâhil edilmesi gerekmektedir (179). Bilgilendirmenin, hasta ve hastaya bakım verenler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bakım verenin taburculuk eğitimi alması hastanın evde kendini daha güvenli hissetmesine ve hastalığı hakkında endişelerinin azalmasına neden olmaktadır (82).

SONUÇLAR

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisinin değerlendirildiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların (n:104) yaş ortalamaları 47,61+14,60, %80'inin (n:83) kadın, %20'sının (n:21) evli, %52'sinin (n:54) ilköğretim mezunu olduğu, %65'inin (n:68) çalışmadığı (Tablo 1), %63'ünün (n:66) daha önce cerrahi işlem geçirdiği, %67,3'ünün (n:70) kolesistektomi ameliyatı olduğu ve %33'ünün (n:34) evde eşleri tarafından bakıldığı belirlendi (Tablo 2).
- Hastalık algısı puan ortalamaları; hastalık belirtileri 11,57±5,83, hastalık hakkındaki görüşleri tedavi kontrolü 19,1±2,3 ile süre (döngüsel) 19,1±2,3 ve hastalık nedenleri 42,4±8,7 bulundu (Tablo 3).
- Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve sorun yaşama durumu (Tablo 4) %89,4 oranında çalışma/eğlenme, %86,8 oranında güvenli çevrenin sağlanması/sürdürülmesi ve %52,9 oranında hareket etme boyutlarında bulundu.

Hastaların, hastalık algısı ile günlük yaşam aktiviteleri arasında;

- İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısının,
- Cinsel yaşam sorunu arttıkça süre (akut/kronik) algısının,
- Uyku ve ölüm kaygısı sorunu arttıkça sonuçlar algısının arttığı belirlendi ($p<0,05$).
- Cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrolü algısının ve
- Ölüm kaygısı arttıkça kişisel kontrolün azaldığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 5).

Bireysel değişkenler ile hastalık algısı karşılaştırıldığında;

- Hastaların yaşı arttıkça hastalık belirtisi ve duygusal temsiller algısının azaldığı ve hastalığı anlayabilme algısının arttığı belirlendi($p<0,05$) (Tablo 6).
- Bekar hastaların duygusal temsiller algısı (Tablo 8),
- Ortaöğretim mezunu hastaların hastalığı anlayabilme algısı (Tablo 9),
- Çalışmayan hastaların tedavi kontrolü algısı daha yüksek bulundu (Tablo 10),
- Cerrahi girişim geçiren hastaların süre(akut-kronik) ile sonuçlar algısı ve cerrahi girişim geçirmeyen hastaların tedavi kontrolü algısı daha yüksek bulundu (Tablo 11).
- Umblikal herni ameliyatı olan hastaların tedavi kontrolü algısı ve kolesistektomi olan hastaların süre(döngüsel) algısı (Tablo 12),
- Çocukları tarafından bakılan hastaların hastalığı anlayabilme ve eşleri tarafından bakılan hastaların süre algısı daha yüksek belirlendi (Tablo 13) ($p<0,05$).

ÖNERİLER

Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlara ve hastalık algısının etkisinin değerlendirildiği bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorununun düzeltilmesi için duygusal temsiller algısının azaltılmasını,
- Cinsel yaşam sorununun düzeltilmesi için süre (akut/kronik) algısının azaltılması,
- Uyku ve ölüm kaygısının azaltılması için sonuçlar algısının azaltılmasını,
- Cinsel yaşam sorununun giderilmesi için tedavi kontrolü algısının arttırılmasını,
- Ölüm kaygısının azaltılması için kişisel kontrol algısının arttırılmasını önermekteyiz.
- Hastaların evde yaşadıkları sorunlara hastalık algısının belirlenmesinde; yaşının, medeni durumunun, eğitim durumunun, çalışma durumunun, cerrahi girişim geçirme durumunun, ameliyat türü ve ameliyat sonrası evde bakım veren kişinin dikkate alınmasını ve hemşirelik bakım planının bu özellikler dikkate alınarak geliştirilmesini önermekteyiz.

ÖZET

Bu araştırma, ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı. Araştırma, Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında bir Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğinde, yatan hastalardan araştırma kriterlerine uygun 104 hasta ile yapıldı. Veri toplamada, hasta bilgi formu, günlük yaşam aktiviteleri formu ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizde bağımsız örneklem t testi ve varyans analizi (ANOVA) ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar için anlamlılık sınırı ise $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

Araştırmaya dahil edilen hastaların (n:104) yaş ortalamaları 47,61±14,60, %80'nin kadın, %87'sinin evli, %52'sinin ilköğretim mezunu, % 65'nin çalışmadığı belirlendi. Hastalık belirtileri puan ortalaması üst değere yakın bulundu (11,57±5,83). Hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutları puan ortalamaları, tedavi kontrolü ile süre (döngüsel) (ort±ss: 19,12±2,39, 19,12±2,39) üst değere yakın bulunurken, kişisel kontrol algısı ortalaması (ort±ss:6,58±1,23) alt değere yakın bulundu. Hastalık nedenleri algıları yüksek belirlendi (ort±ss:42,47±8,71). İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısının, cinsel yaşam sorunu arttıkça süre (akut/kronik) algısının, uyku ve ölüm kaygısı sorunu arttıkça sonuçlar algısının arttığı belirlendi ($p<0,05$). Cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrolü algısının, ölüm kaygısı arttıkça kişisel kontrolün azaldığı belirlendi ($p<0,05$).

Bu araştırmada, ameliyat sonrası evde yaşadıkları sorunlardan iletişim, kişisel temizlik-giyim, cinsel yaşam, uyku ve ölüm kaygısının hastalık algısından etkilendiği belirlendi. Hastaların, hastalık algısının arttırılarak günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesi için hemşirelik bakım planları yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: ameliyat sonrası, günlük yaşam aktiviteleri, hastalık algısı

THE PROBLEMS OF THE PATIENTS THAT AFTER SURGERY LIVING AT HOME AND THE EFFECT OF THE DISEASE OF DISEASE

SUMMARY

This study was carried out as a descriptive study in order to determine the effects of the patients postoperative problems at home and the perception of the disease. This research was carried out with 104 patients appropriate with the criteria at a surgical clinic in the public hospital in between May – November 2018. In data collection; patient data form, daily life activities form and Disease Perception Scale were used. Independent samples, t test, variance analysis (ANOVA) and pearson correlation analysis were used for data analysis. The limit of significance for the results was $p < 0.05$.

The average age of the patients (n:104) included in the study was (47,61±14,60) 80% female, 87% married, 52% primary school graduate and 65% unemployed. The average score of the symptoms of disease was close to the upper value. (11.57±5.83) While the average score of the sub-dimensions of disease perceptions on the disease and the treatment control and time (cyclical) (mean±sd:19,12±2,39, 19,12±2,39) were found to be close to the upper value, the average of personal control perception was found to be close to the lower value. The perceptions of the causes of disease were determined to be high. (mean±sd:42,47+- 8,71) It was found that as communication and personal hygiene – clothing increased, the perception of emotional representation increased; as the problem of sexual life increased, the perception of time (acute/chronic) increased; as the anxiety of

sleep and death problems increased, the perception of results increased $p<0,05$. Also it was found that as the sexual life problem increased, the perception of treatment control decreased; as fear of death increased, the perception of personal control and understanding of the disease decreased $p<0,05$.

In this study, the postoperative problems that patients face with at home including communication, personal hygiene - clothing, sexual life, sleep and death anxiety were affected by the perception of illness. We recommend that a nursing care plan should be developed to improve the daily life activities of the patients by increasing their perception of the disease.

Keywords: postoperative, daily life activities, perception of the disease

KAYNAKLAR

1. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz ST, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012, Bull World Health Organ 2016;94:209–201.

2. Suhonen RA, Iivonen MK, Välimäki MA , Day-case surgery patients' health-related quality of life, International Journal of Nursing Practice 2007;13:129–121.

3. Yılmaz E, Dursun Başaran H. Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri, Celal Bayar Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2015;2(3):70-65.

4. Eti Aslan F. Ameliyat Sonrası Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Hasta Bakımı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.s.386-345.

5. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki, P, Frattaroli M, Sidor D, et al., Discharge information needs of patients after surgery. Wound Ostomy Continence Nurses Journal 2006;33:291-281.

6. Hodgins MJ, Ouellet LL, Pond S, Knorr S, Geldart G, Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery, Appl Nurs Res 2008;21(4):218-26.

7. Reiners C, Biko J, Haenscheid H, Hebestreit H, Kirinjuk S, Baranowski O, et al., Twenty-Five Years after Chernobyl: Outcome of Radioiodine Treatment in Children and Adolescents with Very-High-Risk Radiation-Induced Differentiated Thyroid Carcinoma. J Clin Endocrinol Metab 2013;98:3039-48.

8. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LN, Bergman W, et al., Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. J Psychosom Res 1998;44(5):573–85.

9. Marshall GN, A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff? J Pers Soc Psychol 1991;61(3):483–91.

10. Karabulutlu E, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi HSP 2015;2(3):284-271.

11. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2),74-65.

12. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine 2006;6:536.

13. Petrie JK, Jago AL, Devhich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Current Opinion in Psychiatry 2007;20(2):163–16.

14. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. PsycholHealth 2003;18(2):141-84.

15. Williams B HD. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map. Soc Sci Med 2001;53:465–76.

16. McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E, Griffiths S. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. Journal Of Clinical Nursing 2007;16:1609-1602.

17. Aydoğdu Ö . Günübirlik Cerrahi Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi (tez). KKTC: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

18. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.s.144-139.

19. Karagöz S. Cerrahi Hemşireliği ve Etik. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2000;4(1):1-8.

20. Eti Aslan F. Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2009;12:113-104.

21. Erdil F. Cerrahi hemşireliği. Erdil F, Elbaş NÖ (Editörler) Cerrahi hastalıkları hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Kitapevi; 2012.s.101-14.

22. Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Eğitimi, Erişilebilir: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/genel_cer.pdf Erişim tarihi:20.12.2018

23. Dal Ü, Bulut H ve Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Derg 2012;8(1):40-34.

24. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Hemşirelik Araştırma Derg 2002;4(1):51-40.

25. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 1998;2(1):20-6.

26. Akdağ A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi (tez). İstanbul Üniv Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.

27. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların Kliniklere Kabul Ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2001;5(2):68-63.

28. Kıdak LB, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniv Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2008;10(3):87-12.

29. Demir N. Preoperatif hazırlık-postoperatif bakım ve takip. Sabuncu F, Akça Ay (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.s.62-48.

30. Gülay H. Temel ve Sistematik Cerrahi. İzmir: Güven Kitapevi; 2005.s.25-22.

31. Aktan Ö. Ameliyat Sonrası Bakım. Sayek İ (Editör). Ankara: Güneş Kitabevi; 2004.s.43-38.

32. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. Yeni Symposium Derg 2015;53(3).

33. Aksoy G. Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.s.38-1.

34. Robleda G, Sillero-Sillero A, Puiq T, Gich I, Baños JE. Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. Rev Lat Am Enfermagem 2014;22(5):785-91.

35. Çelebi E ,Sunal N. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi, G.O.P. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi JAREN 2016;2(2):91-84.

36. Andersson V, Rydberg E, Karlsson A. The importance of written and verbal ınformation on pain treatment for patients undergoing surgical intevnetions. Pain Management Nursing 2015;16(5): 641-634.

37. Çullu M. Hastaların cerrahi girişim öncesi dile getirmedikleri düşünce ve istekleri, (tez). Ankara: Hacettepe Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

38. Durmaz Edeer A, Dicle A. Ameliyat öncesi ve sonrası bakım yönetiminin bilgi işleme kuramına dayalı bilgisayar destekli simülasyonda yapılandırılması. Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2014;7(3),217-212.

39. Çatal E. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

40. Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman B. Cerrahi ne zaman endikedir? Soltoski PR, Karamaoukian HL, Salerno TA. (Editörler). Kalp Cerrahisi Sırları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2006.

41. Tarhan ÖR, Barut İ, Çerçi C, Yeşildal S, Eroğlu E, Bülbül M. Genel cerrahi dersinde görsel-işitsel araçların kullanılmasında öğrenci tercihleri. Süleyman Demirel Üniv Tıp Fak Derg 2005;12(2):29-26.

42. Gandhi G.Y, Nuttall G.A, Abel M.D, Mullany C.J, Schaff HV, O'Brien, P.C, et al. Intensive intraoperative insulin therapy versus conventional glucose management during cardiac surgery: a randomized trial. Annals of Internal Medicine 2007;146(4): 243-233.

43. Chan R.P, Galas F.R, Hajjar L.A, Bello C.N, Piccioni M.A, Auler J.O.Jr. Intensive perioperative glucose control does not improve outcomes of patients submitted to open-heart surgery: a randomized controlled trial. Clinics 2009;64(1):51-60.

44. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. Fırat Üniv Sağlık Bilimleri Tıp Derg 2011;25(1):15-11.

45. Baird CL, Sands L. A pilot study of the effectiveness of guided ımagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility diffuculties of osteoarthritis. Pain Management Nursing 2004;5(3):104-97.

46. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi, Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2013;23-8.

47. Yıldız Fındık Ü, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniv Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg 2012;19(2):33-23.

48. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg 2014;67-14.

49. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. J Clin Anesth 2011;23(5):372-8.

50. Bulut H. Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. Aşti TA, Karadağ A (Editörler). Hemşirelik esasları 2'de. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013.s.717-25.

51. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım'da. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011.s.261- 76.

52. Johansson K, Hupli M, Salantera S.Patients learning needs after hip arthroplasty. JCN 2002;11:639-634.

53. Ivarsson B, Ekmehag B, Sjöberg T. Patients' experiences of information and support during the first six months after heart or lung transplantation. Eur J Cardiovasc Nurs 2013;12(4):400–6.

54. Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.s.257-99.

55. Yılmaz E. Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan FE (Editör). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte'de. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.s.319-45.

56. Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg 2010;3(3):10-5.

57. Henry L, Hunt SL, Kroetch M, Yang. Evaluation of patient safety culture: a survey of clinicians in a cardiovascular operating room. Innovation 2012:7(5):337-328.

58. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery 2006:139(2): 173-159.

59. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkalığı. Cerrahide bilinen 10 gerçek. Erişilebilir:http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=225
Erişim tarihi:20.12.2018

60. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Derg 2009:84(1):10-1.

61. National Patient Safety Agency. The WHO surgical safety checklist: to reduce harm by consistent use of best practice. Erişilebilir:http://www.evidence.nhs.uk/qipp. Erişim tarihi:20.12. 2018

62. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Güvenli Cerrahi. Erişilebilir: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files
Erişim tarihi:20.12.2018

63. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Güvenli cerrahi kontrol listesi uygulama rehberi. Erişilebilir:http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page Erişim tarihi:20.12.2018

64. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Gawande AA ; A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine 2009;360(5):499-491.

65. Askarian M, Kauchak F, Palenik CS . Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy hospital, a 1-year study. Quality Management in Health Care 2011;20(4):197-191.

66. Yıldız Fındık, Ü. Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi. Eti Aslan ,F (Ed.), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2016.s.454-425.

67. Eti Aslan F. Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A , Eti Aslan F (Editörler), Dahili ve Cerrahi ve Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.s.306-279.

68. Akça Ay, F. Ameliyat Sonrası Bakım. Akça Ay F (Editör), Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.s.125-94.

69. Bulut H. Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları. Özhan Elbaş H (Editör). Ameliyat sonrası bakım'da. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2016.s.42-28.

70. Öztekin D. Ameliyat sonrası bakım uygulamaları. N Akyolcu, G Aksoy, N Kanan (Editörler). Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi'nde. İstanbul Tıp Kitbevi; 2014.s.74-33.

71. Kabataş Solak M, Özbayır T. Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2016;5(3):132-120.

72. Arı M, Yılmaz E. Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisi. Turk J Colorectal Dis 2016;2:46-39.

73. İzveren A, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg 2011;46-36.

74. Yavaşçaoğlu B, Kaya FN, Özcan B. Erişkinlerde anestezi sonrası görülen komplikasyonların retrospektif değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2009;35:73-8.

75. Müller RG, Nielsen MB, Kehlet H. Orthostatic function and the cardiovascular response to early mobilization after breast cancer surgery. British Journal of Anaesthesia 2010;104(3):304-298.

76. Ulusan Z. Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

77. Durmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakım yönetimini öğrenmesinde bilgisayar destekli simülasyon tekniğinin etkisi (tez).İzmir: Dokuz Eylül Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

78. 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 Derg 2015;12(3): 209-204.

79. Cherry Hill NJ, ASPAN: Standards Of Perianesthesia Nursing Practice. ASPAN, 2000.

80. Dursun HB, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. Celal Bayar Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2015;2(3):70-65.

81. Ay FA. Preoperatif hazırlık- postoperatif bakım ve takip. Ay FA (Editör). Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar'da. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008.s.404-395.

82. Demirkıran G, Uzun Ö. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. Ege Üniv Hemşirelik Fakültesi Derg 2012;28(1):12-1.

83. Williams LS. Nursing Care of Patients Having Surgery. Ed: Williams L.S, Hopper P.D. Understanding Medical Surgical Nursing. Second Edition, F.A.Davis Company, Philadelphia 2003:173-145.

84. Huang T , Liang S. A Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of A Discharge Planning Intervantion in Hospitalized Elders With Hip Fracture Due to Fallin. Journal of Clinical Nursing 2005;14,1201-1193.

85. Allıgood M R, Tomey A M. Nursing theorists and theır work printed in United States of America 2010.

86. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik Esasları. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları; 1996.s.225.

87. Ay, F. A. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2011.s.49-36.

88. Büyükyılmaz, F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2009;12(2),93-84.

89. Gilmartin J. Contemporary Day Surgery: Patients experience of discharge and recovery. Journal of Clinical Nursing 2007;16;1117-1109.

90. Joshi GP. Pain Management After Ambulatory Surgery. Ambulatory Surgery 1999;7(1):12-3.

91. Morales Casas R, Blanco C. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital. Ambulatory Surgery 2002;9(4):205-197.

92. Aktaş, Tekin E. Günübirlik artroskopik diz cerrahisinde intraartiküler uygulanan bupivakain, fentanil, prednizolon karışımının tek doz ve infüzyon olmak üzere postoperatif analjezi açısından karşılaştırılması (Tez). İstanbul: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği; 2008.

93. Rhodes L, Miles G, Pearson A. Patient subjective experience satisfaction during the peri operative period in the day surgery setting. International Journal of Nursing Practive 2006;12:192-178.

94. Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N, Tepe A. Günübirlik cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2010-3.

95. Alverez SL. Management of postoperative acute pain in ambulatory surgery. Arboleda, Madrid 2006.

96. Yin W, Bogduk N. The nature of neck pain in a private pain clinic in the United States. Pain Medicine 2008;9:203-196.

97. Bellani ML. Psychological aspects in daycase surgery. International Journal of Surgery 2008;6,46-44.

98. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım'da. 2. Baskı. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011.s.261-76.

99. Grogaard B, Kimsas E, Raeder J. Wound ınfection in day-surgery. Ambulatory Surgery 2001;9(2):112-109.

100. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2017;6(4):289-280.

101. Elitoğ N, Erkuş B. CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi 2010:25 Erişim:http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi Erişim tarihi:25.5.2018

102. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2006;91–69.

103. Yavuz Karamanoğlu A, Gök F, Demir Korkmaz F. Kalp cerrahisi hastalarında deliryum ve hemşirelik bakımı. Ege Üniv Hemşirelik Fakültesi Derg 2015;31(2):129-113.

104. Taşdemir N, Çelik Şenol S. Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. Ege Üniv Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2010;26(3):22-11.

105. Jeong Han Lee, Anesthesia for ambulatory surgery, Kore J Anesteziol 2017;70(4):398-406.

106. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı 2011; 23(2):79-71.

107. Ulusoy M, Görgülü R. Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler'de. Ankara: Harbiye Kitabevi & Sahaf ve Ecrin Kitabevi; 2001.s.124-98.

108. Yavuz M. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Adana: Nobel Kitabevi; 2010.s.1357-1275.

109. Demir N. Preoperatif Hazırlık-Postoperatif Bakım ve Takip. Sabuncu N, Akça Ay K, (Ediyörler). Klinik becerile'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.s.648-626.

110. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. İzmir: Etki Matbaacılık; 2004.s.204-186.

111. Leardi S, Pietroletti R, Gianfranco A, Ciofani E, Blasis G, Bastiano W. Multidisciplinary day surgery unit. Chirurgia Italiana 2008;60(3):400-395.

112. Kanan N, Öztekin D, Altun Uğraş G. Kulak ameliyatı geçiren hastaların evde bakım konusunda bilgilendirilme durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2010;14(1):38-24.

113. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respiratory Medicine 2005;99:1104-1096.

114. Velioğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.s.195-184.

115. Köklü N, Büyüköztürk Ş, Bökeoğlu ÖÇ. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem-A Yayıncılık; 2006.s.62.

116. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:61-52.

117. Direk F, Şenol Çelik S. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg 2012;20(3):535-530.

118. Büyükyılmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. Clin Nurs Res 2011;20:342-326.

119. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış H. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler, Bakırköy Tıp Derg 2013;90(3).

120. San Türgay A. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım. Akça Ay F (Editör). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler'de. İstanbul: Nobel tıp Kitabevi; 2015.s.723-702.

121. Lindsay PH, Norman DA. Human information processing: an introduction to psychology. New York, Academic P 1977.

122. Özer MA. Bir modern yönetim tekniği olarak algılama yönetimi ve iç güvenlik hizmetleri. Karadeniz Araştırmaları Derg 2012;33:180-147.

123. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM ve ark. Psychological resources, positive illusions, and health. Am Psychol 2000;55(1):109-99.

124. Süt KH. Jinekolojik Cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörler. Bakırköy Tıp Derg 2017;13:90-83.

125. Dinçdağ A. Hekim, hasta ve hasta yakınlarının kanseri algılama farklılıkları. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2012;20:89-81.

126. Kocaman N, Armay Z, Özkan M, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:280-271.

127. Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2011;14:4.

128. Yorulmaz H, Keçeci N, Tatar A. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisi. Literatür Sempozyum 2014;1:45-40.

129. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health 1996;11(3):445-431.

130. Mosavel M, Simon C, Ahmed R. Cancer perceptions of South African mothers and daughters: implications for health promotion programs. Health Care Women Int. 2010;31(9):800–784.

131. Petrie K, Jago La, Devcich Da. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry 2007;20(2):163–7.

132. Bilgin TE, Altun T, Saylam B. EE. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. Turkish J Urol 2012;38(2):91–4.

133. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. Am J Crit Care 2004;13(2):136–45.

134. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. Prog Cardiovasc Nurs 2006;21(4):190–5.

135. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. Br J Clin Psychol 1993;32:504–493.

136. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, et al. The patients illness perceptions and the use of primary health care. Psychosom Med 2005;67(6):1005–997.

137. Bayad A. Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması (tez). İzmir: Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.

138. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM et al. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. Osteoarthritis Cartilage; 2006.

139. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J et al. Patients‘ illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. Br J Dermatol 2000;142:907–899.

140. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA et al. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1999;26:1686–93.

141. Donkin L, Ellis CJ, Powell R, Broadbent E, Gamble G, Petrie KJ. Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. Psychol Heal 2006;21(4):421–30.

142. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım'da. 2. Baskı. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011.s.261-76.

143. Graling P, Tea C. Preoperative nursing management. In: Smeltzer SC, Bare BG (eds). Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 10th ed.Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2004.s.416-398.

144. Donkin L, Ellis CJ, Powell R, Broadbent E, Gamble G, Petrie KJ. Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. Psychol Heal 2006;21(4):421–30.

145. Açıksöz S, Uzun Ş, Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2007;11(1).

146. Var F, Rajeswaran J. Perception of illness in patients with traumatic brain injury. Indian J Psychol Med 2012;34(3):223.

147. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN. Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 2007;116(5):293–9.

148. Yıldırım NK, Ayşe A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S. Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. Anatolian Journal of Psychiatry 2013;14:252-9.

149. Yılmaz M, Çifçi SE. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Derg 2010;18(3):189-183.

150. Akinsulore A, Owojuyigbe MA, Faponle AF, Fatoye FO. Assessment of preoperatıve and postoperatıve anxıety among electıve major surgery patıents ın a tertıary hospıtal ın nıgerıa. Middle East Journal of Anaesthesiology 2015;23(2):240-235.

151. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences 2007;12(2):148-145.

152. Altay B, Avcı İA. Huzurevinde yasayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yasam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Derg 2009;36(4):282-275.

153. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Derg 2015;2:30-19.

154. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety ınventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013;41:44-9.

155. Terakye G, Öz F, Köşgeroğlu N . Ameliyat sonrası depresyonun değerlendirilmesi. III. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim

Kursu. İstanbul Üniv Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Birimi 1994;241-230.

156. Yılmaz E, Kutlu AK, Çeçen D. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. Yeni Tıp Derg 2008;25:156-149.

157. Redeker NS, Hedges C . Sleep during hospitalization and recovery after cardiac surgery. Europan Journal of Cardiovascular Nursing 2002;17(1):68-56.

158. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış H. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. Bakırköy Tıp Derg 2013;9(3):125-121.

159. Turhan T, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Anestezi Derg 2012;20(1):33-27.

160. Leila M, Nada C, Kais C, Jawaher M. Sexuality after breast cancer: cultural specificities of Tunisian population. Pan Afr Med J 2016;25(17):10-1.

161. Williams B, Healy D.Perceptions of Ilness Causation among New Referrals to A Community Mental Healt Team:Explanatory Model or Exploratory Map?Social Science &Medicine 2001;53:476-465.

162. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Derg 2001;12(1):68-61.

163. Fredericks S, Lapum J. Anxiety, Depression and Self-Management: A Sytematic Review, Ryerson Üniversitesi, Toronto, Ontario, Kanada, 2012;(21)4:430-411.

164. Gündüz F, Karabulutlu YE. Tip 2 Diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2016;19:2.

165. Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA MH. The efeect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis patients attending peer support groups. JPS 2012;3(2):31–7.

166. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. Qual Life Res 2015;7;24(8):1845–56.

167. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KK, Tsang J, Lee V, et al. Illness perceptions among cancer survivors. Support Care Cancer 2016;24:1330-1295.

168. Aalto AM, Aro AR , Weinman J, Heijmans M et al. Sociodemographic, Disease Status, and Illness Perceptions Predictors of Global Self-Ratings of Health and Quality of Life among Those with Coronary Heart Disease – One Year Follow-Up Study. Quality of Life Research 2006;15:1322–1307.

169. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. Göteborgs Universitet. Institüte Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses Göteborg 2009.

170. Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur H, Scholey P, Suskin N, et al. İllness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. Journal of Phsychosomatic Research 2005;59:160-153.

171. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: Role of ılness perceptions and treatment beliefs. Jounal of Human Hypertension 2004;18:613-607.

172. Yılmaz E, Özkan S. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri. Ege Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2009;25:88-73.

173. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Journal of Humanities and Social Sciences 2013;2:387-367.

174. Iskandarsyah A, Klerk C, Soemitro MP, Sadarjoen SS, Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness perception nd quality of life in Indonesian breast cancer patients. Support Care Cancer 2013;21:3007-2999.

175. Pesut DP, Bursuc BN, Bulajic MV, Solovic I, Kruczak K, Duarte R, et al. Illness perception in tuberculosis by implementation of the brief ıllness perception questionnaire – a TBNET study. Springerplus 2014;3(1):664.

176. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. J Psychosom Res 2010;68(2):203–12.

177. Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. BMC Fam Pract 2014;15(1):140.

178. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. Düzce Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2013;3(3):10-3.

179. Bayat M. Öğretim süreci ve hemşirelik. Sağlık Bilimleri Derg 2005;14:72-66.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerinin dağlılmı 29
Tablo 2. Hastaların diğer özelliklerinin dağılımı 30
Tablo 3. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları 31
Tablo 4. Günlük yaşam aktiviteleri dağılımı 32
Tablo 5. Günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalaması arasındaki ilişki 34
Tablo 6. Hastaların yaşı ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 36
Tablo 7. Hastaların cinsiyeti ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 37
Tablo 8. Medeni durum ile ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 38
Tablo 9. Eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 39
Tablo 10. Çalışma durumu ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 41
Tablo 11. Cerrahi girişim geçmişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 43
Tablo 12. Ameliyat türü ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 45
Tablo 13. Hastanın evde bakımını yapan kişi ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki 47

ÖZGEÇMİŞ

Elif ZÜMRÜT ACAR, 1983 yılında Lüleburgaz ’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Lüleburgaz’da tamamladı. Lisansını 2001-2006 Ege Üniversitesi Atatürk Yüksekokulu’da Ebelik bölümünde tamamladı. 2014-2015 yıllarında Trakya Üniversitesi Pedagolojik Formasyon Eğitimini tamamladı. 2006-2009 yılları arasında Kırklareli Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezi Yenice Sağlıkevi, 2009-2012 yılları arasında Tekirdağ Çorlu Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı ile Tekirdağ Çorlu 10 Nolu Merkez Aile Hekimliği Birimi, 2012-2013 yıllında Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi’nde doğumhane ve kadın doğum servinde, 2013 Temmuz ayından itibaren Kırklareli Lüleburgaz Merkez 19 Nolu Aile Hekimliği Birimi’nde çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk sahibidir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Hastalık Algısı Ölçeği

Ek 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Soru Formu

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Kurum İzni

Ek 6. Ölçek Kullanım izni

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu

Bu araştırma, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde ameliyat olup, ameliyat sonrası evde yaşanılan sorunları belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak araştırma için kullanılacaktır. Bu araştırmada elde edilen veriler ameliyat sonrası evde bakımda sorun yaşayan hastalar için bilgi sağlayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız……

2. Cinsiyetiniz

1( ).Kadın 2.( )Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

1.( ) Evli 2.( ) Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

1.( ) Okur-yazar 2.( ) İlkokul mezunu

3.( ) Ortaöğretim 4.( ) Lisans ve yükseklisans

5. Çalışıyor musunuz?

1.( )Çalışıyorum 2.( )Çalışmıyorum

6. Daha önce cerrahi girişim geçirdiniz mi?

1.( ) Evet…….. 2.( )Hayır

7.Ameliyat türünüz nedir?

……

8. Ameliyat sonrası 30 gün içinde evde bakımınızla kim/kimler ilgilendi?

1.( )Eş 2.( )Çocuklar 3.( )Anne-Baba 4.( )Bakıcı 5.( )Diğer

Ek 2. Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim Soyad:	**Çalışma Durumu:**
Adres Bilgileri:	**Mesleği:**
	Yaşı:
	Medeni Durum:
Telefon:	**Eğitim Durumu:**
Cinsiyet:	
Tıbbi Tanı:	
Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:	

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğeni yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti *hastalığımla ilgili*	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum **4. Böyle düşünüyorum**

2. Böyle düşünmüyorum **5. Kesinlikle böyle düşünüyorum**

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

Ek 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Soru Formu

Günlük Yaşam Aktiviteleri Soru Formu

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi			
	Evet	Hayır	Açıklayınız
Ev koşullarınızın düşmeye neden olacak nesneler/durumlar açısından güvenli olduğunu düşünüyor musunuz?			
İlaçlarınızı kendi kutularında ve direkt ışık almayan, serin bir ortamda saklayarak size önerildiği gibi kullanıyor musunuz?			
Size önerildiği gibi yaranızın korunması, komplikasyon belirtilerinin izlenmesi ile bakımını sürdürüyor musunuz?			
Cerrahi girişime bağlı ağrınız oldu mu?			Evet ise VAS 'a göre değerlendirilecek 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Düzenli doktor kontrollerinize gidiyor musunuz?			
İletişim			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde çevrenizdeki kişiler ile iletişim sorunu (kendini anlatamama, çatışma, tartışma gibi) yaşadınız mı?			
Solunum			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde solunum ve öksürme sorunu yaşadınız mı?			
Yeme-İçme			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde beslenme ile ilgili bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, yeterli besin sağlayamama ile ilgili sorun yaşadınız mı?			
Boşaltım			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde idrar yapma ve tuvalete çıkmada sorun yaşadınız mı?			
Kişisel temizlik ve giyim			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde yardımsız giyinip, kişisel bakımınızı yapabildiniz mi?			

Beden ısının kontrolü			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde normal beden ısınızı sürdürmede (ateş yükselmesi, üşüme, titreme, terleme gibi) şikayetleriniz oldu mu?			
Hareket			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde yatak içinde yatma, dönme, ayağa kalkma ve yürüme de sorun yaşadınız mı?			
Ameliyattan sonra hekiminizin önerdiği zamanda rutin günlük işlerinize başlayabildiniz mi?			
Cinsel Yaşam			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde hekiminizin önerisini dikkate alarak cinsel yaşamınıza başladıysanız sorun yaşadınız mı?			
Uyku			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde uyku düzeninizde ameliyat öncesine göre sorun yaşadınız mı?			
Ölüm			
Ameliyat sonrası 30 gün içinde cerrahi girişim nedeniyle ölüm kaygısı yaşadınız mı?			

Ek 4. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/29	
	PROTOKOL ADI	Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Hastalık Algısının Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 02/17**	**Tarih:22.01.2018**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Elif ZÜMRÜT ACAR'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 5. Kurum İzni

T.C. Sağlık Bakanlığı
KIRKLARELİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN		
Adı Soyadı	Elif Zümrüt ACAR	
Kurumu	Lüleburgaz 5 Nolu ASM	
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli Lüleburgaz İlçesi	
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	
Araştırmanın Konusu	Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Hastalık Algısının Etkisi	
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans	
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu	(x) Var / ( ) Yok
	Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu	(x) Var / ( ) Yok
	Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü	(x) Var / ( ) Yok
	Araştırma İzin Taahhütnamesi	(x) Var / ( ) Yok
	Kurum-Kişi Talebi	(x) Var / ( ) Yok
	Etik Kurul Kararı	(x) Var / ( ) Yok
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu	( ) Var / (x) Yok
Veri Toplama Araçları	Anket	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01.04.2018-01.04.2019	
KOMİSYON KARARI		
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.		
KARAR TARİHİ : 16.04.2018 KARAR NO : 9		

Komisyon Başkanı
Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizm. Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Göksel ATANSEVER
Kamu Hastaneleri Hizm.Başkanı

Üye
Selçuk ÖZTÜRK
Sağlığın Gel.Birim Sor.

OLUR.
16/04/2018
Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:
Bu protokol **Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ve Elif ZÜMRÜT ACAR** arasında düzenlenmiştir.**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar**: KIRKLARELİ VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ LÜLEBURGAZ DEVLET HASTANESİ 1. BİNA CERRAHİ SERVİSLERİ
Çalışmanın Adı: Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar Ve Hastalık Algısının Etkisi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

a) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
c) Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden de onay alınacaktır.
d) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
e) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
f) Çalışmayı yapacak olan kişi e maddesini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 1(bir) yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.
b) **Başlangıç:**01.04.2018 **Bitiş:**01.04.2019
c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kırklareli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

20/03/2018

Araştırmacı
Adı Soyadı : Elif ZÜMRÜT ACAR
imza

Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek 6 .Ölçek Kullanım İzni

Sevgili Meslektaşım,
Ölçeği ve değerlendirme biçimini ekte gönderiyorum.
Kolaylıklar dilerim.

Assoc. Prof. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM
University of Istanbul, Istanbul Faculty of Medicine,
Department of Psychiatry, Department of Consultation Liaison Psychiatry

34093 Capa - Istanbul, Turkey
Phone: +90 212 4142000 (600 line), Ext:32378,32283
Phone: +90 212 414 24 19, Ext:13
Phone: +90 212 533 63 69
Fax:+90 212 635 12 04
GSM: 0533 216 26 46
E-mail: nazmiyekocaman@yahoo.com

On Fri, 12/22/17, elif zümrüt acar <ezumrutacar@hotmail.com> wrote:

Subject: TEZ ÇALIŞMASI İÇİN ÖLÇEK İZİN TALEBİ
To: "nazmivekocaman@vahoo.com" <nazmivekocaman@vahoo.com>