T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

**ESRA SARIBAŞ**

**TEZ DANIŞMANI**
**DOÇ. DR. SELDA RIZALAR**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**
**CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**
**TEMMUZ/2024**

# İTHAF

“Çalışmamı beni her zaman destekleyen aileme ithaf ediyorum”

# TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca, tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve sürecin her aşamasında bana yol gösteren, zaman ayıran, beni her anlamda sabırla destekleyen, bilgi ve tecrübelerini aktaran, desteğini her zaman yanımda hissettiğim çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Selda RIZALAR'a,

Lisansüstü eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerinden ilham aldığım, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sonay GÖKTAŞ'a,

Yüksek Lisans eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, meslek hayatımı ve çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren, araştırma ve sorgulamayı öğreten Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında bulunan tüm öğretim üyesi hocalarıma,

Tezimin veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Genel Cerrahi Servisi hemşirelerine, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, tez dönemim boyunca yanımda olduğunu hissettiğim tüm ekip arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde hep yanımda olan, beni destekleyen, güvenen, sevgisini her zaman hissettiren sonsuz emek ve özverilerle beni bu günlere getiren canım ailem annem Fatma SARIBAŞ'a babam Mehmet SARIBAŞ'a ve biricik kardeşim Semra SARIBAŞ'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra SARIBAŞ

# İÇİNDEKİLER

İTHAF ..... iv
TEŞEKKÜR ..... v
İÇİNDEKİLER ..... vi
TABLOLAR LİSTESİ ..... viii
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... ix
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... x
ÖZET ..... xi
ABSTRACT ..... xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1
2. GENEL BİLGİLER ..... 5
2.1. ABDOMİNAL BÖLGE VE ABDOMİNAL CERRAHİ ..... 5
2.1.1. Abdominal Bölge Anatomisi ..... 5
2.1.2. Abdominal Cerrahi Girişimler ..... 5
2.1.3. Abdominal Cerrahi İşlemlerin Hasta Üzerindeki Etkisi ..... 7
2.1.4. Abdominal Cerrahiyi Etkileyen Risk Faktörleri ..... 8
2.2. ABDOMİNAL CERRAHİ SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR ..... 11
2.2.1. Gastrointestinal Sistemle İlişkili Komplikasyonlar ..... 11
2.2.2. Solunum Sistemine İlişkin Komplikasyonlar ..... 15
2.2.3. Kardiyovasküler Sistem İle İlgili Komplikasyonlar ..... 16
2.2.4. Üriner Sistemle İlgili Komplikasyonlar ..... 17
2.2.5. Yara İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar ..... 18
2.3. ABDOMİNAL CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI ..... 19
2.3.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı ..... 19
2.3.2. Ameliyat Günü Hasta Hazırlığı ..... 22
2.3.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı ..... 22
2.4. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME ..... 24
2.4.1. İyileşme Tanımı ve Önemi ..... 24
2.4.2. İyileşmenin Tarihçesi ..... 26
2.4.3. İyileşmenin Fizyopatolojisi ..... 26
2.4.4. İyileşmenin Boyutları ..... 28
2.4.5. Ameliyat Sonrası İyileşme Dönemleri ..... 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ ..... 31
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI ..... 31

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ ..... 31
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ ..... 32
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri; ..... 32
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri; ..... 32
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ ..... 33
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri ..... 33
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ..... 33
3.6. ARAŞTIRMA SORULARI ..... 33
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ..... 34
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ ..... 35
3.8.1. Veri Toplama ..... 35
3.8.2. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Yöntemler ..... 36
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ ..... 37
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ..... 37
4. BULGULAR ..... 38
4.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR ..... 38
4.2. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN ASİİ PUANLARI VE GÜÇLÜK DURUMUNUN DAĞILIMI . 42
4.3. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARI ..... 45
4.4. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARI ..... 55
5. TARTIŞMA ..... 65
5.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN ASİİ PUANLARININ VE GÜÇLÜK DURUMLARININ TARTIŞILMASI ..... 65
5.2. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARININ TARTIŞILMASI ..... 68
5.3. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARININ TARTIŞILMASI ..... 74
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ..... 81
6.1. SONUÇLAR ..... 81
6.2. ÖNERİLER ..... 83
KAYNAKLAR ..... 84
EKLER ..... 92

# TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 3.1:** ASII Toplam Puan ve alt boyut puanlama sistemleri . ..... 35

**Tablo 3.2:** Normal dağılım..... 36

**Tablo 4.1:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özellikleri (N=251)……...38

**Tablo 4.2:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özellikler (N=251)..... 40

**Tablo 4.3:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASII puanlarının karşılaştırılması ..... 42

**Tablo 4.4:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri ..... 44

**Tablo 4.5:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 0-3 gün iyileşme indeksi puanları (N=251)..... 45

**Tablo 4.6:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 0-3 gün iyileşme indeksi puanları ..... 49

**Tablo 4.7:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları ..... 55

**Tablo 4.8:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları ..... 59

# ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 4.1:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASII puanlarının karşılaştırılması ..... 43

**Şekil 4.2:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri ..... 44

# SİMGELER VE KISALTMALAR

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

**ASHİ** : Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme

**ASİİ** : Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi

**BKİ** : Beden Kitle İndeksi

**BT** : Bilgisayarlı Tomografi

**CO2** : Karbondioksit

**DM** : Diabetes Mellitus

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**DVT** : Derin Ven Trombozu

**ERAS** : Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme

**GİS** : Gastrointestinal Sistem

**MR** : Manyetik Rezonans

**NICE** : National Institute of Health and Clinical Exellence

**TDK** : Türk Dil Kurumu

**USG** : Ultrasonografi

**YBÜ** : Yoğun Bakım Ünitesi

# ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan çalışma Şubat- Kasım 2023 tarihleri arasında İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde abdominal cerrahi geçiren toplam 251 hasta ile yürütüldü. Veriler Hasta Tanıtım Formu ve Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) formu ile toplandı. Hastaların 0-3 güne ait verileri yüz yüze, 15-30 güne ait verileri telefon görüşmesi ile toplandı. Veriler Ki-Kare, Fisher exact, t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 54,02±15,39 yıl, %57,8'i erkek, %76,5'i evli, %46,6'sı ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Hastaların %62,2'sinin daha önce ameliyat geçirdiği ve %46,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Abdominal cerrahi geçiren hastaların ASİİ toplam puan ortalaması 0-3 günde 2,27±0,59 ve 15-30 günde 1,37±0,43 olarak bulundu. Hastaların 15-30. gün ASİİ puanının 0-3. gün puanına göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). ASİİ Toplam puanları dikkate alındığında; hastaların 0-3 gündeki iyileşmede orta güçlük, 15-30 gündeki iyileşmede az güçlük yaşadıkları belirlendi. Hastaların en çok fiziksel aktiviteler alt boyutunda güçlük yaşadıkları bulundu. Hastalardan açık cerrahi girişim geçirenlerin, yaşı 65 ve üzeri olanların, ev kadınlarının, geçmişte ameliyat olanların, kronik hastalığı olan ve ilaç kullananların iyileşmede daha fazla güçlük yaşadığı bulundu.

**Sonuç:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası geç dönem Toplam ASİİ puanları erken döneme göre düşmüştür. Hastalar ameliyat sonrası erken dönemde iyileşmede de orta güçlük, geç dönemde az güçlük yaşamaktadırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal Cerrahi, Ameliyat Sonrası Dönem, Ameliyat Sonrası İyileşme, Erken İyileşme, Geç İyileşme

# DETERMINATION OF POSTOPERATIVE RECOVERY STATUS OF PATIENTS UNDERGOING ABDOMINAL SURGERY


## ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted to determine the postoperative recovery status of patients undergoing abdominal surgery.

**Materials and Methods:** This descriptive study was conducted with a total of 251 patients who underwent abdominal surgery in the General Surgery Department of a training and research hospital in Istanbul between February and November 2023.Data were collected using the Patient Information Form and the Postoperative Recovery Index (PORI) form. Data for 0-3 days were collected face-to-face and data for 15-30 days were collected by telephone interview. Data were analyzed using Chi-Square, Fisher exact, t-test, one-way Anova and post hoc tests.

**Results:** The mean age of the patients who participated in the study was 54.02±15.39 years, 57.8% were male, 76.5% were married, 46.6% were primary school graduates. It was determined that 62.2% of the patients had undergone previous surgery and 46.2% had chronic diseases. The mean PORI total score of patients who underwent abdominal surgery was 2.27±0.59 in 0-3 days and 1.37±0.43 in 15-30 days. It was found that the PORI score of the patients who underwent abdominal surgery on the 15-30th day was significantly lower than the score on the 0-3rd day ($p<0.05$). Considering the total PORI scores of the patients, it was determined that they had moderate difficulty in recovery on days 0-3 and little difficulty in recovery on days 15-30. Patients had the most difficulty in the physical symptoms sub- dimension. Patients who underwent open surgical intervention, those aged 65 years and older, housewives, those with previous surgical experience, those with chronic diseases and those who were constantly taking medication were found to have more difficulty in recovery.

**Conclusion:** Patients who underwent abdominal surgery had decreased total PORI scores in the late postoperative period compared to the early postoperative period. Patients had moderate difficulty in early postoperative recovery and little difficulty in late postoperative recovery.

**Key Words:** Abdominal Surgery, Early Recovery, Late Recovery, Postoperative Period, Postoperative Recovery

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Zor ve riskli kabul edilen cerrahi tedavi, 19. yüzyıla kadar en son tercih edilen tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Son zamanlarda tıp ve teknoloji alanında önemli gelişmeler yaşanmış ve cerrahi uygulamalar en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkarak yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır (1). Günümüzde doğumsal anomalilerin fazla olması, nüfus artışının hızlı olması, travmaların artması ile cerrahi uygulamaların sayısı artış göstermiştir (2). Ayrıca nitelikli bakım hizmeti sunulması, toplumun kültür seviyesinin artmasıyla sağlık konusuna verdikleri önemin de artması cerrahi işlem sayısının artmasında etkili olmuştur (2-7).

Günümüzde cerrahi girişimler sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Dünya genelinde her yıl 313 milyon ameliyat gerçekleştirilmektedir (8). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' de 2014 yılında 17,2 milyon ameliyat gerçekleştirildiği, bunların %57,8'inin ayaktan başvuran, %42,2'sinin yatan hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (9). ABD devlet hastanelerinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre ayaktan ameliyatların sayısı son yıllarda giderek artmış 2018 yılında 19,2 milyona yükselmiştir. Yetişkin erkeklerde herni onarımı, genç yetişkin kadınlarda jinekolojik ameliyatlar en sık yapılan ayaktan ameliyatlar olmuştur (10). Gastrointestinal sistem ameliyatlarının da % 49,2' si ayaktan başvuru, %50,8' i yatan hastalardan oluşmuştur (8). Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde uygulanan abdominal cerrahi girişimlerinde her yıl % 2-5 oranında artış kaydedilmektedir (11,12).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2019 yılında toplam 5,233815 ameliyat yapılmıştır. Ameliyat sayısının hastaneye müracaat sayısına oranı % 1 olarak belirtilmiştir. Hastane tiplerine göre 1000 kişiye düşen ameliyat sayısı 62,8' dir (13). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2021 yılı verilerine göre sağlık bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde yatan toplam hasta sayısı 11,785492, yapılan toplam ameliyat sayısı 4,704094' tür. Hastane tiplerine göre 1000 kişiye düşen ameliyat sayısı 55,6 olarak gösterilmiştir (13).

Tıbbi birimler içinde yer alan genel cerrahinin sorumlu olduğu alanlardan biri olan abdominal cerrahi, hastanede yapılan cerrahi girişimlerin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Abdominal cerrahi; mide, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, ince

bağırsak, kalın bağırsakta ortaya çıkabilecek hastalıkların cerrahi tedavisini içermektedir (1). Günümüzde hızlandırılmış cerrahi uygulamalar ve kanıta dayalı uygulamaların da kullanılmaya başlanmasıyla cerrahi sonrası stres yanıtını azaltarak erken iyileşme sağlanabilmekte olup morbidite ve mortalite oranları da azalmaktadır (2-7).

Anestezi ve cerrahi tekniklerdeki gelişmelere rağmen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ortalama yılda yedi milyon kişi cerrahi işlemlere bağlı komplikasyonlardan etkilenmektedir (14). Abdominal bölgeye yapılan cerrahi kesi, stres tepkisi, anestetikler, ameliyatta organ ve bağırsakların elle tutulması, oral alımın kısıtlanması gibi nedenlerle Gastrointestinal Sistem (GİS) ile ilişkili komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (15). Abdominal cerrahi geçirmiş hastalarda, karın kasına ait insizyon olması bu bölgenin hareketli ve ağrılı olmasından dolayı hastalar günlük aktivitelerini yaparken zorluk yaşamaktadırlar. Özellikle erken dönemde cerrahi işlem sonrası derin solunum ve öksürük, yatak içi dönme egzersizlerini yapmada ve günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmede zorluk yaşamaktadırlar (16). Ameliyatı planlı olan, orta riskli hastalarla yürütülen bir çalışmada, hastaların %22'sinde GİS ile ilişkili komplikasyon görülmüştür (12,17). Komplikasyonlar bulantı ve kusma, abdominal distansiyon, konstipasyon, paralitik ileus ve gastrik dilatasyon şeklinde sıralanmaktadırlar (18). İnsizyon bölgesine ait problemler; kanama, eviserasyon, hematom ve yara enfeksiyonudur (19). Diğer komplikasyonlar ağrı, atelektazi, pnömoni, pulmoner emboli, aritmiler, derin ven trombozu (DVT), idrar retansiyonu, üriner enfeksiyon ve anastomoz kaçağı şeklinde sıralanabilir. Komplikasyonlar hastaların yaşam kalitesini bozmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, sakatlık ve hatta ölüm gibi sonuçlara sebep olabilmektedir (1,15).

Tüm cerrahi girişimleri ameliyat sonrası iyileşme izler (20). Ameliyat sonrası iyileşme ameliyattan hemen sonra başlayıp birkaç ay sürebilen, taburculuk sonrasında da devam eden ve ameliyat olan birey normal işlevlerini kazanıncaya kadar geçen ve farklı dönüm noktalarını içeren bir süreçtir (6,21). Fiziksel ve bilişsel işlevsellik, psikososyal işlevsellik, mental sağlık, yeterli uykunun sağlanması, ağrı ve diğer semptomların kontrolü gibi faktörleri içerir (22). Ameliyat sonrası iyileşme hastalar tarafından, eski normal yaşamdaki günlük rutin işlevlere geri dönüş olarak tanımlanmaktadır (23).

Ameliyat sonrası iyileşme erken ve geç dönemde gerçekleşir. Erken ameliyat sonrası dönem, hastaların bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu ilk 72 saatlik süreyi kapsar. Hastanın bilincinin açılmasıyla başlayıp, ayağa kalkarak hareket etmesini de içeren dönemdir (1). İyileşme sürecinin uzun dönemde de izlemi önem arz eder. Cerrahi girişim uygulanan kişilerin ameliyat sonrası ilk bir ay içinde komplikasyonlar açısında risk altında olduğu bilinmektedir. Uzun dönem iyileşme süreci, hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilmesi ve biyopsikososyal açıdan optimal iyilik düzeyine ulaşması ve normal sağlığına geri dönmesi ile sonlanır (22,23).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımın amacı; homeostatik dengenin yeniden sağlanarak oluşabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Mümkün olan en kısa zamanda bireyin normal yaşantısına dönmesi için desteklenmesi gerekir. Bu süreçte hasta yakından gözlenmeli ve yaşamsal parametreler değerlendirilmelidir (24,25). Değerlendirmeler komplikasyonları erken tanıma yönünden önemlidir.

Hemşire cerrahi işlem sonrasında hastanın; kardiyovasküler ve pulmoner fonksiyonlarını sürdürme, beslenme ve eliminasyonu yeterli seviyeye getirme, asit baz ve sıvı elektrolit dengesini koruma, renal fonksiyonlarını yeterli düzeye getirme ve sürdürme, istirahatini ve güvenliğini sağlama, en kısa zamanda ayağa kaldırma ve hareketi sağlama, cerrahi insizyonu yara iyileşme evrelerine göre takip etme, etkin ve yeterli psikolojik destek verme ile komplikasyonların önlemesi için hemşirelik bakımını planlar ve uygular (1,6). Cerrahiden sonra hasta bakımını en iyi şekilde sağlamak, iyileşme süreçlerinde biyopsikososyal açıdan tüm sorunlarının çözülmesinde yardımcı olmak ve hastanede yatış süresini kısaltmak için ameliyat sonrası çeşitli değerlendirme araçları ile hastaların durumlarının değerlendirilmesi gerekir (6,26). Hastaların hastanede yatış sürecinde ve taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların saptanması, kaliteli ve güvenli bakım verilmesi açısından önemlidir (27).

Literatür incelendiğinde cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Cengiz ve Aygin (2019)'in cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme durumlarının ASİİ ile incelendiği çalışmasında, erken ve geç dönem iyileşme değerlendirilmiştir. 0-3 gün arasında yapılan ilk değerlendirmeye göre, hastaların 15-30 gün sonraki iyileşme durumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (6). Dığın ve Özkan'ın 2021 yılında 65 yaş üstü, genel cerrahi ve ortopedide yatan yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada

ameliyat sonrası üçüncü günde yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinde zorluklar yaşadığı bulunmuştur (22). Neill ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, gastrointestinal onkolojik cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyen fiziksel ve psikososyolojik sorunlar yaşandığı bildirilmiştir (28).

Ameliyat sonrası iyileşme, ameliyat öncesi dönemde hastanın detaylı değerlendirilmesi ve kişisel ihtiyaçlarına göre bir hemşirelik bakımının geliştirilmesiyle sağlanabilir (29). Ameliyattan sonra komplikasyonların en erken süreçte belirlenmesi, ameliyatın başarısını, hedeflenen tedavi ve bakım sonuçlarına ulaşılmasını sağlayarak hasta memnuniyetini arttıracaktır (6,21). Abdominal cerrahi girişimler oldukça sık uygulanan cerrahi müdahalelerdir. Abdominal cerrahi sonrası iyileşme döneminde hastaların yaşadıkları problemlerin belirlenmesi, ameliyat öncesi dönemde önlemleri doğru planlamayı sağlayacaktır. Bu şekilde ameliyat sonrası komplikasyonlar azaltılarak bakım kalitesi arttırılabilecektir (6,21). Bu çalışmanın amacı abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. ABDOMİNAL BÖLGE VE ABDOMİNAL CERRAHİ

### 2.1.1. Abdominal Bölge Anatomisi

Abdominal cerrahi işlemlerinde doğru yaklaşımın belirlenmesi, uygun tekniğe karar verilmesi ve minimum cerrahi risk için abdominal bölge anatomisinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Abdominal bölge, tüm karın içi organları koruma görevi gören kapalı bir boşluktan oluşmaktadır. Ön tarafta abdominal duvar, üst kısımda diyafragma, alt kısımda ise pelvis ile sınırlı alandan meydana gelmektedir (30,31). Abdominal boşluk, üst kısımda diyafragma ile ayrılmış olan torasik kafesin alt kısımda yer alan dördüncü interkostal boşluktan pelvik boşluğa doğru giden periton adı verilen seröz bir zar ile çevrilidir (32). Gastrointestinal sisteme ait mide, karaciğer, ince bağırsak, kalın bağırsak, safra kesesi, pankreas; üriner sisteme ait böbrekler, adrenal bezler, üreterler, mesane ve genital sisteme ait kadınlarda overler, fallop tüpleri, uterus organ yapıları abdominal boşluk içerisinde yer almaktadır (33). Abdominal organların ve ağrılı bölgenin yerini tespit etmek için klinikte abdomen dokuz ayrı bölge ya da genel hatlarıyla dört bölüme ayrılarak incelenmektedir (31). Abdominal duvar ön-arka ve sağ-sol duvar olmak üzere dört kısımdan oluşmaktadır. Lateral duvarlar ile ön duvarın sınırı tam belirgin olmadığı için genel olarak anterolateral duvar terimi kullanılmaktadır. Anterolateral duvar, toraks ile pelvis arasında bulunmaktadır. Duvarın üst sınırını 7- 10. kostaların kıkırdakları ve sternumun ksifoid çıkıntısı, alt sınırını inguinal ligament ve pelvik kemikler oluşturmaktadır. Duvar deri, subkutanöz doku, kaslar ve aponörozları, derin fasya, extraperitonel yağ dokusu ve parietal peritoneumdan meydana gelmektedir (34).

### 2.1.2. Abdominal Cerrahi Girişimler

Abdominal bölgede meydana gelen hastalıklar; mide, pankreas, ince ve kalın bağırsak, dalak, safra kesesi, ve karaciğerde meydana gelen hastalıkları kapsamaktadır. Bu bölgede ameliyat gerektiren başlıca hastalıklar, peptik ülser, mide kanseri, kolorektal

kanser, inflamatuar hastalık, kist hidatik ve karaciğer tümörleri, divertiküler hastalık, piyojenik karaciğer apsesi, polipler, herniler, karaciğer travmaları, obstrüksiyonlar, tümörler, hipersplenizim, morbid obezite, dalak rüptürü ve safra taşları şeklinde sıralanmaktadır. Abdominal cerrahi genel cerrahi biriminin sorumlu olduğu alanlardan biridir ve hastanede yapılan tüm cerrahi cerrahi girişimlerin %70'ini oluşturmaktadır (35).

Gastrointestinal sistem hastalıklarının cerrahisi elektif ya da acil olarak yapılması gereken cerrahi girişimler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Elektif cerrahi, önceden planlanmış cerrahi girişimlerdir. Cerrahi girişimi bir süre ertelemenin sorun oluşturmayacağı ancak sorunun düzeltilmesinin gerekli olduğu cerrahi girişimlerdir. Acil cerrahi girişimler ise hastanın akut gelişen sağlık sorunlarında uygulanan ve genel olarak 24-48 saat içerisinde yapılması gereken cerrahi girişimlerdir (36). Bu girişimler açık ya da laparoskopik yöntem kullanılarak yapılabilmektedir. Laparaskopik yöntem ile yapılan girişimler, genel anestezi altında bir kamera yardımıyla minimal insizyon kullanılarak abdominal bölgeye müdahale edilen cerrahi girişimlerdir. Laparoskopik işlemler açık yapılan ameliyatlara göre daha az girişimsel olması, daha az komplikasyon görülmesi, normal yaşantıya hızlı dönüş sağlaması, daha iyi kozmetik sonuçlar vermesi, ağrı şiddeti ve analjezik ihtiyacını azaltması, yara yeri enfeksiyon insidansının daha düşük olması ve hastanede yatış süresini kısaltması sebebiyle tercih edilmektedir (37). Morbid obezite vakalarında uygulanan sleeve gastrektomide, bazı kolesistitli hastalarda uygulanan kolesistektomilerde, herni onarımlarında ve apendektomilerde laparoskopik yöntem kullanılabilmektedir. Açık yapılan cerrahi girişimlerde ise, minimal invaziv yaklaşımların uygun olmadığı zamanlarda ameliyat edilen bölgenin doğrudan görülebilmesi için büyük kesiler uygulanmaktadır. Ayrıca yaygın bir enfeksiyon kaynağı veya metastaz varlığında da açık cerrahi girişimler kullanılabilmektedir. Ameliyatın açık veya laparoskopik yapılması ameliyatın tipine, hastanın klinik durumuna ve cerrahın tecrübelerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (31,38,39). Genel anestezi kullanılarak yapılan cerrahi işlemlerde ameliyat süreleri ve hastaya uygulanan anestezi süresi uzamakta olup komplikasyonlar daha sık görülmekte ve postoperatif iyileşme daha geç gerçekleşmektedir. Genel olarak parsiyel ya da total gastrektomi, gastrojejenostomi, gastroduedonostomi gibi mide ve duedonum; hepatektomi, transplantasyon, total portokaval şantlar, kistoperikistektomi gibi karaciğer cerrahileri açık şekilde yapılmaktadır. Buna ek olarak pankreatikoduedonektomi, distal

ya da total pankreatektomi, whipple gibi pankreas; koledokotomi gibi safra kesesi; kolon rezeksiyonu, kolostomi açılması gibi kolon cerrahisi de en sık uygulanan diğer açık abdominal cerrahi girişimleri oluşturmaktadır (31,40).

### 2.1.3. Abdominal Cerrahi İşlemlerin Hasta Üzerindeki Etkisi

Abdominal cerrahi işlemler majör ya da minör, açık ya da kapalı, planlı ya da acil olmasına göre hasta üzerinde fizyolojik ve psikolojik birçok etkiye neden olabilmektedir (41). Yapılan her cerrahi işlem kendine özgü sorunlar meydana getirebilmektedir. Bu sorunların hastalar üzerinde oldukça önemli etkileri bulunmaktadır. Cerrahi girişimler ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi gibi sorunlara neden olabilmektedir. Abdominal cerrahi girişim bireyde stres tepkisi meydana gelmesine yol açmaktadır. Cerrahi stres tepkisi çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu nörolojik ve hormonal değişikliklerden oluşmaktadır. Cerrahi travma hipotalamus aracılığıyla hipofiz ve sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların salınmasına ve bu hormonların etkisiyle stres tepkisinin neden olduğu kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (42). Vücutta genellikle ameliyat sonrası 2 ile 5. günlerde cerrahi travmaya bağlı stres tepkisi oluşmaktadır. Bedende sodyum ve su tutulumu, idrar miktarında azalma, epinefrin salınımıyla kardiyak debinin artması, kan glikoz düzeyinin yükselmesi, bedenden potasyum kaybı oluşması ve negatif nitrojen dengesi gelişir. Stres tepkisinin son bulması ile idrar miktarı artar, sodyum ve su atılır, potasyum düzeyi normal değerine döner (43). Bedende proteinlerin yapımı ise ameliyattan sonra 7. ve 10. günlerde başlar. Abdominal ameliyatlara bağlı hastada doku hasarı, kanama, hipotermi, uzun süreli açlık, sıvı kayıpları, ağrı, hipoksi, ileus gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (44). Cerrahi kesi, iç organların ellenmesi ve doku disseksiyonu ne kadar geniş kapsamlı ise bu süreçte oluşan stres yanıtı da o kadar şiddetli olmaktadır. Ameliyat girişimi hastada anksiyete, bilişsel dengesizliğe, beden algısında değişikliklere, aile ilişkilerinde bozulmalara da sebep olabilmektedir (41).

Cerrahi girişim ile bedeni mikroorganizmalara karşı koruyan ve bariyer görevi üstlenen derinin bütünlüğü de bozulmaktadır. Bu durum bireyi oluşabilecek enfeksiyonlara karşı savunmasız duruma düşürmektedir. Yapılan bir araştırmada, genel cerrahi servislerinde yatan majör abdominal cerrahi geçiren hastalarda stres tepkisiyle

gelişen derin katabolik durum nedeniyle enfeksiyona karşı direncin azaldığı gözlenmiştir. Buna bağlı olarak ameliyat sonrası komplikasyonlara yatkınlığın arttığı ve fonksiyonel iyileşmede gecikme olduğu belirtilmiştir (41,45). Ayrıca epitelyal bariyerin bozulması sebebiyle oluşan bakterilerin de patojenik duruma geçerek enfeksiyon oluşturma riskini artabileceğine de dikkat çekilmektedir (46). Cerrahi işlem sırasında dokuların zarar görmesi kan damarlarının da zarar görmesine neden olmaktadır. Ameliyat esnasında hastaya verilen pozisyon ve kullanılan anestetik ilaçlar da dolaylı yoldan hastanın vasküler sistemini etkilemektedir. Bunun sonucunda kontrol edilemeyen kanamaların olması, sıvı ve elektrolit kayıplarının yaşanması, hipovolemik şok gibi istenmeyen durumların oluşmasına sebep olmaktadır. Abdominal ameliyatlarda organın bir kısmı ya da tamamının çıkarılması, organ yerinin değişmesi ve cerrahinin genel etkileri organ işlevlerini olumsuz olarak etkilemektedir (41,47).

Ameliyat esnasında organların ellenmesi organ fonksiyonlarında geçici olarak işlevlerinin bozulmasına sebep olabilir. Örneğin batın ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri durabilir ya da organın tamamı veya bir kısmı çıkartılabilir. Bu gibi durumlarda vücudun fizyolojik fonksiyonları olumsuz etkilenebilmektedir (43). Abdominal cerrahi geçiren kişilerde psikolojik olarak kaygı, korku, ümitsizlik, üzüntü gibi duygu durum değişiklikleri görülebilmektedir. Hastaların duygu durumlarındaki bu değişikliklerin, anestezinin etkisinden kurtulamama, ameliyat sonrası ağrı, ölüm korkusu ve beden imajında bozulma gibi faktörlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (26). Beden imajı kişinin benlik saygısıyla yakından ilişkili kendi bedeni hakkındaki duygu düşünce ve algılarını ifade eden bir kavramdır. Ameliyat sonrası vücutta meydana gelen değişiklikler hastaların beden imajını olumsuz yönde algılamasına sebep olabilmektedir. Hastalar, gastrektomi ve kolostomi gibi ameliyatlardan sonra organlarının bir kısmını kaybedebilmekte ve beden fonksiyonlarında bozulma yaşayabilmektedir. Ameliyat sonrası fiziksel olarak ailesine bağımlı olma düşüncesi, bu durumu daha da zorlaştırmakta ve hastanın bakım gereksinimlerine odaklanan bireyselleştirilmiş hasta bakımının önemini vurgulamaktadır (41).

### 2.1.4. Abdominal Cerrahiyi Etkileyen Risk Faktörleri

Hastayı ameliyata hazırlarken ve hastaya özgü bakım planı yapılırken amaç, cerrahi risk faktörlerini azaltacak girişimleri tanımlamak ve bunları uygulayabilmektir. Ameliyat öncesi bakım, hastanın cerrahi sonucunun en iyi şekilde sonuçlanmasına

yardımcı olmaya odaklanır (48). Bu sebeple yaş, beslenme durumu, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalıkları, duygusal tepkileri ve eğitim gereksinimleri ameliyatın başarısını etkilemektedir.

Genç ve orta yaşta erişkin bireyler ameliyatın olumsuz etkilerine karşı daha dayanıklı olmakla birlikte bebekler ve yaşlılar ameliyat sonrası olumsuz etkilere daha fazla maruz kalabilmektedir. Yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişikler sonucu fonksiyonel durum bozulmakta ve cerrahi stresin oluşturduğu tepkilere dayanma gücü azalmaktadır (49). Yaşlanma ile birlikte hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, felç, hiperkolesterolemi, kronik obstrüktif hava yolu hastalığı ve diyabet gibi hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. İleri yaş grubu ile yapılmış olan bazı araştırmalarda cerrahi işlem sonrası komplikasyon görülme riski daha yüksek bulunmuştur. Yaş faktörü ameliyatı tek başına etkilemese bile eşlik eden hastalıkların olması ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranını etkilemektedir (50).

Bireyin beslenme durumu ameliyat sonrası yara iyileşmesinin sağlanması, enfeksiyona direnç oluşması ve cerrahi sonrası komplikasyon gelişmesi açısından önemlidir. Obez hastalarda solunum problemleri ile yara iyileşmesinde gecikme ve eviserasyon gibi sorunlar daha çok yaşanmaktadır (50). Ayrıca pulmoner ve kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkileri sebebiyle cerrahi işlemi ve anesteziyi güç hale getirmektedir (51). Malnutrisyon, ameliyatın başarısını direkt olarak etkilemektedir. Hastanın beslenme durumu morbidite ve mortaliteye neden olan klinik sonuçlara sebep olmaktadır. Malnutrisyon, enfeksiyon riskinde artış, yara iyileşmesinde gecikme, hipoproteinemik ödem, bağırsak hareketliliğinde azalma, hemorajik şoka yatkınlık, bozulmuş bağışıklık sistemi, bilişsel işlevlerde gerileme, kemik iliği depresyonu, çoklu organ yetmezliği ve azalmış fonksiyonel kapasite gibi sonuçlara sebep olabilmektedir. Yetersiz beslenen hastalarda ise negatif nitrojen dengesi oluşmaktadır ve bu durumda yara iyileşmesi gecikmekte ve enfeksiyon riski artmaktadır (51). Buna bağlı olarak iyileşme süresinde gecikme, sağlık harcamalarında artma, hastanede yatış süresinde uzama, yeniden yatışların olması, birinci basamak ziyaretleri ve yaşam kalitesinde bozulmalar görülebilmektedir (52).

Tütün ve alkol kullanımı cerrahi riski arttırmaktadır. Sigara kullanan hastalarda sekresyonların atılımını kolaylaştıran siliaların hareketi azaldığı için akciğerlerindeki sekresyon miktarı artmaktadır. Sigara içen hastalara ameliyattan en az 24 saat öncesinde

sigara içmemesi konusunda bilgilendirilmelidir. Acil ameliyat olmayan durumlarda ve kronik akciğer hastalığı olan kişilerde 3-4 hafta öncesinden sigara içmemesi söylenmelidir. Uzun süredir alkol kullanımı olan hastalarda, beslenme yetersizlikleri ve karaciğer hasarı gibi hastalıklar görülebilmektedir. Bu durumda kanama sorunu, sıvı hacim değişikliği ve ilaç etkisinde değişikliklere sebep olabilmektedir (48). Alkolün karaciğer, pankreas ve nörolojik sistem üzerindeki olumsuz etkileri iyi bilinmektedir. Cerrahi süreçte alkol kullanımı, kalp ve bağışıklık sistemi, kan pıhtılaşması ve cerrahi stres yanıtı üzerinde olumsuz etkiler yaparak morbiditeyi artırmaktadır (53).

Ameliyat sürecinde kan glikoz düzeyindeki dengesizlik, artmış stres tepkisine ve katabolik olayların gelişmesine sebep olabilmektedir. Diyabeti olan cerrahi hastalarda yapılmış bir çalışmada; yüksek glisemi düzeyinin ameliyat sonrası hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu ve mortalite üzerinde etkisinin olduğu belirtilmiştir (54). Kontrol altına alınmadığı sürece ilerleyici bir hastalık olan DM, ciddi komplikasyonlarla birlikte morbidite ve mortalite artışına yol açarak kişi açısından önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. DM'nin yara iyileşmesi üzerindeki olumsuz etkileri tam olarak açıklanamamakla birlikte, yüksek kan şekeri düzeyinin hücre proliferasyonu ve kollojen yapımını engellemesi, fibroblast oluşumu ve büyüme faktörlerini azaltması, yara dokusu hücrelerindeki apoptozisi arttırması, anjiyojenez, granülasyon dokusu oluşumu, kemotaksi ve fagositozu azaltmasına bağlı olarak enfeksiyon oluşumunu arttırdığı düşünülmektedir (55).

Hastada var olan hipertansiyon, ritim bozukluğu, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve geçirilmiş miyokard infarktüsü gibi kardiyolojik sorunlar ameliyat esnasında ve sonrasında komplikasyon gelişmesine sebep olabilmektedir (44).

Hastalara cerrahi öncesi eğitim verilmesindeki temel amaç ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında ameliyata fiziksel ve ruhsal hazırlığı sağlamak, meydana gelebilecek komplikasyonları engellemek, kişinin ihtiyacı olan bilgi ve becerileri öğrenmesini sağlamaktır. Hasta, ameliyatı ve uygulanacak tedavi ile bakım hakkında bilgi sahibi olduğunda, kendini fiziksel ve ruhsal olarak daha iyi hissedecek ve bu durum ameliyatın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir (56). Literatürde, ameliyat öncesinde hemşireler tarafından verilen eğitimin bakım çıktılarını geliştirdiği belirtilmektedir (56). Bu olumlu sonuçlar arasında hastanın tedaviye uyum ve memnuniyet düzeyinde artış, önlenemeyen komplikasyonlarla başa çıkma yeteneğinde

gelişme, ameliyat sonrası daha hızlı iyileşme, bağımsız fonksiyonların artması, kişisel öz bakımını daha kolay gerçekleştirme, fizyolojik ve psikolojik durumunda iyileşme, analjezik, antiemetik, sedatif ve hipnotik ilaçlara duyulan gereksinimde azalma, ameliyat sonrası komplikasyonların görülme oranının düşmesi ve buna bağlı olarak hastanede yatış süresinin kısalması yer almaktadır.

## 2.2. ABDOMİNAL CERRAHİ SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Dünya genelinde yıllık 313 milyon cerrahi girişimin gerçekleştiği ve gelişmiş ülkelerde abdominal cerrahi uygulanan hasta sayısının yüzde 2-5 oranında artış gösterdiği belirtilmektedir (8,11,12). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda günümüzde yaşanan teknolojik gelişmelere, artan bilimsel kanıt ve önerilere rağmen yine de minör ya da majör komplikasyonlar görülebilmektedir. Abdominal cerrahi sonrası görülen komplikasyonlar sebebiyle hastanede yatış süresinde uzama, sağlık harcamalarında artma ve buna bağlı olarak da sağlık kurumunda yatarak tedavi görmesi gereken başka bireylerin bu gereksinimi ertelenmekte ya da kısıtlanmaktadır (11,12).

Ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonların azaltılması ve yaşanan olumsuz etkilerin iyi yönetilebilmesi hastaların daha hızlı iyileşmesi ve erken taburcu olması bakımından önemlidir. Bu dönemin yönetiminde cerrahi hemşiresinin bakım verici ve eğitici rolü ön planda olmaktadır. Cerrahi hemşiresi yaşanabilecek komplikasyonların bulgularını iyi takip edebilmeli, erken dönemde fark edip yönetebilmelidir. Cerrahi sonrası hastalarda en çok görülen komplikasyonlar; bulantı, kusma, insizyon yerinde ağrı, öksürük, yutma güçlüğü, konstipasyon, üşüme, hipertansiyon ya da hipotansiyon, solunum sıkıntısı olarak bildirilmiştir (1,12).

### 2.2.1. Gastrointestinal Sistemle İlişkili Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası dönemde anestezik maddelerin etkisi ile bağırsak hareketlerinde azalma, gastrik boşaltımın azalması, opere edilen organın ellenmesi, hipokalemi, dehidratasyon gibi sıvı elektrolit dengesizliği ve beslenme alışkanlığındaki değişiklikler sonucu GİS ile ilgili komplikasyonlar görülebilmektedir (18). Ameliyatı planlı olan, orta riskli hastalarla yürütülen bir çalışmada, hastaların %22'sinde GİS ile ilişkili komplikasyonların görüldüğü bildirilmiştir (12). Abdominal cerrahi sonrası hastalarda ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, bulantı,

kusma, hıçkırık, gastrik dilatasyon, abdominal distansiyon, paralitik ileus, dumping sendromu gibi gastrointestinal sisteme ilişkin sorunlar görülebilmektedir (1). Gastrointestinal hareketlilikte yavaşlama, abdominal distansiyon, ağrı ve bulantı-kusma gelişmesi ile oral alımın tolere edilmesi de güçleşmektedir (12,57).

*Bulantı ve Kusma:* Ameliyat sonrasında anestetik maddenin bulantı ve kusma merkezinin bulunduğu medulla oblangataya irritan etki yapması ile ortaya çıkar (58). Abdominal cerrahi işlem sırasında bağırsaklara temas edilmesi ile peristaltizmin azalması, ameliyat sonrası beslenmenin ve gastrik boşalmanın gecikmesi, anestetik ajanların etkisi gibi sebeplere bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma görülebilmektedir. Bu duruma ek olarak abdominal distansiyon, midede sıvı birikimi ve fazla besin alınması da bulantı kusmaya sebep olabilmektedir. Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında en sık karşılaşılan sorunlardandır (1). Hastaların yaklaşık % 25-30' unun yaşadığı bulantı-kusma sağlık ekibi, hastalar ve hasta yakınları açısından büyük bir problem oluşturmaktadır. Hastaların %30'unda bulantı ve kusma belirtilerinin ilk 24 saatte ortaya çıktığı görülmektedir. Cerrahi işlem sonrası ilk iki-altı saat içinde gelişirse erken, altı ve 24 saat içinde gelişirse geç ameliyat sonrası bulantı kusma olarak ifade edilmektedir (59). Cerrahi işlem sonrasında görülen bulantı-kusma hasta memnuniyetini düşüren bir etken olarak gösterilmektedir (1). Ayrıca yaygın görülmemekle birlikte kusma; eviserasyona, dehidratasyon, pulmoner aspirasyon riski, özefageal rüptür gibi ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir (60). Bu nedenle hastalarda problemlerin en aza indirgenmesi bulantı kusma yönetiminde önemlidir. Ameliyat sonrasında yaşanan bulantı-kusma hastanın oral alımı başlasa bile yeterli beslenmesini olumsuz yönde etkiler ve yeterli beslenememeye bağlı olarak hastanın iyileşmesinde gecikme gözlenir. Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) rehberlerinde cerrahi sonrasında yaşanan bulantı kusmayı en aza indirmek için hastanın ameliyat öncesi dönemde risk faktörlerini belirleyip uygun profilaktik antiemetiğin hastaya uygulanması önerilmektedir (61). Risk faktörleri bazı modellere göre hesaplanmakta olup bu faktörler, kadın cinsiyet, sigara içmeme, cerrahi işlemin 60 dk'dan uzun sürmesi, nazogastrik tüp varlığı, ameliyat sonrası kullanılan opioidler olarak belirlemiştir (62). Bulantı ve kusmanın oluşmasını önlemek ve tedavi etmek amacıyla; tetikleyicilerinden kaçınma, ameliyat öncesi veya sonrası antiemetiklerin verilmesi ve anestezik protokollerinin optimizasyonunun sağlanması ve hastaya yeterli hidrasyon sağlanması gerekir (60).

*Hıçkırık:* Latincesi singultus olan hıçkırık, diyaframın ve yardımcı solunum kaslarının istemsiz, genellikle tekrarlayan, ritmik, spazmotik kasılmasıyla ve kısa süre sonra nefes borusunun aniden kapanmasıyla meydana gelmektedir (63). Hıçkırığın afferent, merkezi ve efferent bileşenlere sahip bir 'refleks ark' tarafından üretildiği kabul edilmektedir. Hıçkırık mide distansiyonu, batın içi kanamalar, nazogastrik sonda ve bağırsak obstrüksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (46). Hastalarda hıçkırığa bağlı duyulan rahatsızlık sebebiyle cerrahi insizyon yerinde ağrı görülebilmektedir. Uzun süren hıçkırık nedeniyle kusma ve iştahsızlığa bağlı sıvı elektrolit dengesizlikleri, beslenme yetersizliği ve yarada eviserasyon görülebilmektedir (18). Hıçkırığın giderilmesine yönelik girişimler arasında hastaya kendi CO2'nin teneffüs ettirilmesi, derin nefes aldırılması ve göz kapaklarına hafifçe bastırılması, frenik sinir irritasyonunu önlemek için çok sıcak ya da soğuk sıvıların alınmasının önlenmesi, nedene yönelik girişimlerin uygulanması ve ilaç tedavisi oluşturmaktadır (62).

*Abdominal Distansiyon:* Ameliyat sonrası dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi ile genişlemesi sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (64). Tekrar eden abdominal dolgunluk, basınç veya gaz sıkışması hissi ya da batın çevresinde ölçülebilir artış gibi semptomlarla karakterizedir (65). Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisinin oluşması, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı gibi unsurlar sıralanabilir. Buna ek olarak cerrahi işlem sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumunu meydana getirmektedir (64). Abdominal cerrahi işlem sonrası motilite ince bağırsaklarda 24 saatte, kalın bağırsakta ise 5-6 gün süreyle azalabilmektedir. Abdominal cerrahi işlemlerinden sonra distansiyon sebebiyle görülen karın içi basıncının artması ile eviserasyon görülebilmektedir. Ayrıca abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, gastrik dilatasyon ve paralitik ileus gibi ciddi komplikasyonların oluşmasına da sebep olabilmektedir (33). Distansiyon tedavisinde etiyolojiye yönelik olarak diyet değişiklikleri, probiyotikler, antibiyotikler, prokinetik ajanlar, antispazmodikler, nöromodülatörler ve biofeedback yer almaktadır (66).

*Konstipasyon:* Hastalar abdominal cerrahi sonrası genellikle geçici veya bozulmuş GİS motilite sorunu yaşayabilirler (67). Konstipasyon, abdominal cerrahi

sonrasında sık görülen rektumu boşaltmada sorun yaşamasıyla ilgili bir problemdir (68). Ameliyat sonrası yatak istirahati, ilk günlerde oral beslenmesine efektif başlanamaması, postoperatif dönemde kullanılan opioidler, oral alımın azalması, dehidratasyon gelişmesi, diyetteki değişiklikler, dışkılama dürtüsünün baskılanması, sürgü kullanımı, hastanede mahremiyetin olmaması, hastaların rahatsızlığını dile getirmekte zorlanması, bağırsağın ele alınması, travma ve irritasyon gibi durumlar bağırsak hareketlerini olumsuz yönde etkileyerek konstipasyon oluşmasına sebep olabilmektedir (18,33). Yapılan bazı çalışmalarda anksiyetenin de bağırsak hareketlerini yavaşlattığı belirtilmektedir. Konstipasyon ve sonrasında gelişen intestinal dilatasyon, intraabdominal basıncın yükselmesine, diyafram hareketlerinin ve kardiyopulmoner sistemin bozulmasına ve buna bağlı olarak hastanede yatış süresinin uzamasına ve hastaların sağlık bakım maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. Konstipasyon durumu aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini düşürerek iyileşme süresini uzatmaktadır (18).

*Diyare:* Diyare dışkılama sıklığının artması ve bunun ile ilişkili olarak anormal derecede sıvı ya da şekilsiz dışkı yapmak olarak tanımlanır. Defekasyonun sık olması, günde üç ya da daha fazla bağırsak hareketi ile tanımlanmaktadır. Diyare, vagotomi uygulaması ile gelişen laksatif etki sebebiyle geliştiği düşünülmekte olup, enfeksiyon, tüple beslenme veya kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak da görülebilmektedir. Ayrıca hastada albümin seviyesinin düşük olması durumunda intravasküler onkotik basıncın düşmesine bağlı olarak sıvı ekstrasellüler ortama geçiş yaparak intestinal mukozada gerilme ve dışkıda sulanmaya neden olabilmektedir (18).

*İleus:* İleus, karın ameliyatından sonra ortaya çıkan ve bağırsak hareketlerinin yavaşlamasını ya da tamamen durmasını yansıtan yaygın bir durumdur (69). İleus ameliyat sonrası dönemde mide bulantısı, kusma, karın ağrısı, gerginlik ya da mide gazının veya dışkının ameliyattan sonra geç geçişi ile karakterize anormal bir gastrointestinal motilite paternidir (70). Bu komplikasyon oldukça sık görülmektedir. Abdominal cerrahi sonrası hastaların %10 ile %25' ini etkilemektedir (69). Cerrahi işlem sırasında batın içi organların ellenmesi ve bu ellenmeye bağlı oluşan inflamatuar yanıtlar, otonom sinir sistemi disfonksiyonu, gastrointestinal hareketi engelleyen sempatik sinirlerin uyarılması, hipokalemi, hipoalbüminemi, dehidratasyon gibi sıvı elektrolit değişimleri, antikolinerjik ve opoidlerin kullanımı ileusun oluşmasına sebep

olabilmektedir (18). İleus genel olarak ameliyattan sonraki üçüncü ile beşinci gün arasında oluşmaktadır ve iki ya da üç gün sürmektedir. İnce bağırsak işlevine 0-24 saatte en hızlı geri dönen organ iken, mide 24-48 saat ve son olarak kolon 48-72 saatte geri dönüşü tamamlar (71). Bununla birlikte, hipokalemi, hipoproteinemi, böbrek yetmezliği, lokalize peritoneal sepsis, pankreas sıvısı, intraperitoneal veya retroperitoneal hematom gibi visseral içeriğin sızması veya bağırsağın büyük ölçüde şişmesine izin verilmesi durumunda paralitik ileus uzayabilir. Bu durum hastanede kalış süresini uzatır (72). Paralitik ileus gelişen hastalara nazogastrik veya intestinal tüp uygulanması, IV yolla sıvı-elektrolit dengesizliğinin tedavi edilmesi gerekmektedir (15).

### 2.2.2. Solunum Sistemine İlişkin Komplikasyonlar

Cerrahi işlem sonrasında yaşanabilecek solunum sistemi ile ilgili sorunların yönetimi ameliyat öncesi dönemde hastanın solunum fonksiyonunun testlerle değerlendirilmesi, kronik akciğer hastalığı varlığının sorgulanması, yaş, obezite, sigara içme, kardiyovasküler hastalık, sedanter yaşam gibi solunum komplikasyonlarını oluşturabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlar. Anestezik maddelerin beyinde solunum merkezi olan medulla oblangatayı etkilemesi ile solunum ameliyat süresince baskılanır ve akciğerlerin kas tonüsü zayıflar. Bu etkiler ile birlikte cerrahi sonrasında çeşitli solunum sorunları görülebilmektedir. Bu sorunların başında atelektazi, pnömoni ve akciğer embolisi gibi ciddi durumlar gelmektedir (11,73). Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar morbidite, mortalite ve hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır ve ameliyat sonrası bakım maliyetini arttırmaktadır (74,75).

*Atelektazi:* Ameliyat sonrası dönemde solunum kaslarında görülen tonüs kaybıyla birlikte sekresyonların vücuttan atılamaması sonucu meydana gelmektedir. Abdominal cerrahi geçiren hastalarda cerrahi bölgenin solunum kaslarına yakın olması, hastaların nefes alırken ağrı hissetmelerine ve yüzeysel solunum yapmalarına neden olmaktadır. Bu durum atelektazi gelişme riskini arttırmaktadır. Sigara kullanımı, mevcut akciğer hastalığı ve anestetik ajanlar atelektazi gelişme riskinin artmasına zemin oluşturmaktadır (44). Etkilenen bölgede solunum seslerinde azalma, hırıltı ve öksürük gibi belirti bulgulara yol açar. Yeterli düzeyde hareket etmeme, ambulasyonun gecikmesi, derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yapmama, spirometre kullanmama gibi durumlar oluşabilecek risk faktörlerini oluşturmaktadır (62).

*Pnömoni:* Akciğer parankim dokusunda meydana gelen akut bir enfeksiyondur. Sekresyon retansiyonu, mevcut atelektazi alanında mikroorganizmaların çoğalması ve aspirasyonun etkisiyle patojen maddelerin akciğere ulaşması pnömoninin oluşmasına sebep olmaktadır (76). Akut olarak başlayan öksürük, ateş, solunum seslerinde değişiklik, dispne ve takipne olması pnömoni düşündüren belirtilerdir. Pnömoni, cerrahi işlem sonrası morbiditenin ve mortalitenin önemli bir nedeni olarak görülmektedir (41).

*Pulmoner Emboli:* Cerrahi işlemler trombüs oluşumuna neden olabilmektedir. Pulmoner emboli, cerrahi işlem sonrası oluşan trombüs akciğer damarlarından birini tıkamasıyla meydana gelmektedir (77). Pulmoner emboli belirtileri ani gelişen nefes darlığı, batıcı tarzda göğüs ağrısı, hipoksemi, siyanoz, hemoptizi ve taşikardi gibi belirti bulgulardan oluşmaktadır. Bu pıhtılar küçük, asemptomatik kan pıhtılarından; pulmoner arterleri tıkayabilen ve ani kardiyovasküler kollapsa ve ölüme sebep olabilen büyük embolilere kadar değişmektedir (78). Pulmoner embolinin değerlendirilmesi, tanısı ve yönetiminde bilgisayarlı tomografi ve pulmoner anjiyografi kullanılabilmektedir (79).

### 2.2.3. Kardiyovasküler Sistem İle İlgili Komplikasyonlar

Abdominal cerrahi işlemlerinde uygulanan anestezi ile birlikte hastaların yaşamsal parametreleri değişmektedir. Genel anestezi ile birlikte merkezi sinir sistemi baskılanarak dolaşım sisteminde bazı komplikasyonlar görülebilmektedir (80). Erken dönemde ortaya çıkan kardiyovasküler komplikasyonlar, hipotansiyon, kanama, hipertansiyon ve disritmilerdir. Bu durum kontrol altına alınmadığı sürede kardiyak arrest ve şok tablosunun gelişmesine sebep olabilir (15). Cerrahi işlem ile birlikte kan damarları kesilir. Bu durumda hemostazın sağlanamaması kanamaya ve kontrol altına alınamayan kanama da hipovolemiye yol açar. Kanama ve hipovolemi, cerrahi yaranın iyileşmesi ve hastanın iyileşmesi için gereken yeterli kan dolaşımının azalmasına neden olur (81). Cerrahi sonrası sık görülen geç dönem kardiyovasküler sistem komplikasyonları ise kanama, hipovolemik şok ve venöz tomboembolidir (15). Cerrahi işleme hazırlık olarak koruyucu bakım müdahaleleri yapılmadığında dolaşım sisteminde görülen bir diğer sorun da derin ven trombozudur. Kanama, hipovolemi ve DVT hastaların ameliyat sonrası iyileşmesini olumsuz etkileyen durumlardır. Hemşirelerin ameliyat sonrası bakımı dikkatli bir şekilde uygulaması komplikasyon oluşmasını önleyebilmektedir (81).

*Derin Ven Trombozu (DVT):* Derin Ven Trombozu genellikle alt ekstremitelerde meydana gelen derin damarlardaki anormal yoğunlaşmanın sebep olduğu venöz bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi işlem sonrası kolorektal kanser hastalarında DVT görülme prevelansı, ameliyathanede yatan hastalarda perioperatif dönemde uygun önleyici müdahaleler yapılmadığı zaman %37 ile %46 oranında olduğu belirtilmiştir (82). DVT sonucu etkilenen uzuvda ağrı, şişlik, eritem ve genişlemiş damarlar gibi belirti ve semptonlar görülür. Tanı için kanda D-dimer testi, doppler USG, venografi, MR ve BT gibi tanı testleri de uygulanmaktadır (83). Hastalarda DVT semptomlarını kontrol altına almak, ilerlemeyi önlemek ve posttrombotik sendrom ve pulmoner emboli riskini azaltmak için kompresyon çorabı kullanılması ve antikoagülasyon tedavi önerilir (84).

### 2.2.4. Üriner Sistemle İlgili Komplikasyonlar

*İdrar Retansiyonu:* Cerrahi işlem sonrası idrar retansiyonu sık karşılaşılan komplikasyonlardandır (85). Ameliyat sonrası hastalarda anestetik ajanlar, opioidler, cerrahiye bağlı batın kaslarının spazmı ve işlem sırasında hastaya verilen pozisyona bağlı olarak idrar retansiyonu görülebilmektedir. Önceden üretral obstrüksiyonu olan veya detrusor kas yetersizliği olan erkek ve yaşlı hastalarda 2-3 kat daha fazla görüldüğü gözlenmiştir (86). İdrar retansiyonunda tedavideki amaç mesanenin basıncını düşürmek ve retansiyonun altında yatan nedeni çözmektir. Bu soruna yönelik olarak üriner kataterizasyon, subrapubik kataterizasyon, farmakoterapi ya da cerrahi müdehaleler yapılabilmektedir (87).

*Üriner Enfeksiyon:* Üriner sistem enfeksiyonları, idrar yollarında meydana gelen kontaminasyon sonucu veya idrar retansiyonu sebebiyle hastalarda görülebilmektedir. Abdominal cerrahi işlemler sonrasında bazı hastalarda üriner katetere ihtiyaç duyulması da enfeksiyon riskinde artışa sebep olmaktadır. Yapılan bir araştırmada, tüm üriner sistem enfeksiyonların %60'ının üriner katetere bağlı olduğu bildirilmiştir (88). Bu durum hastalarda dizüri, pollaküri, idrar inkontinansı, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Kataterden olabildiğince kaçınmak, takılırsa kısa sürede çıkartılması ve tedavisinde de etkene yönelik olarak antibiyotik uygulanmaktadır (89).

### 2.2.5. Yara İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar

Cerrahi yara, açık insizyon ya da laparoskopik yöntemli bir girişim sonucu doku bütünlüğünün bozulmasıdır. Temiz yaralar enfekte olmayan cerrahi yaralardır, kirli (kontamine) yaralar ise kaza sonucu yaralanmaya bağlı, GİS içeriğine ya da steril olmayan koşullara maruz kalan insizyonlardan oluşur (48). Cerrahi yara normal gerilme kuvvetini genelde ameliyat sonrası 15-20. günlerde kazanırken cerrahi girişim sonrasındaki ilk 24-72 saat yaranın iyileşmesi açısından kritik zamandır (15). Bu sürede hasta ya da cerrahi süreç kaynaklı yara yerinde bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar hematom, seroma, enfeksiyon, eviserasyon, kelloid ile hipertrofik skardır (48). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda ameliyat sonrası eviserasyon nedeniyle ortalama hastanede kalış süresi 26 gün (90), hipertrofik skar ile keloid görülme oranı %19,1 (91), enfeksiyon oranı %11 (92), seroma oranı %2,9 (93), oluşan yarada hematom görülme oranı %0,41 (94) olarak belirtilmiştir.

*Cerrahi Yara Enfeksiyonu:* Abdominal ameliyatlar esnasında cerrahi alanın kontaminasyonu sonucunda cerrahi alan enfeksiyonu oluşabilmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonları hastane enfeksiyonlarının %20'sini meydana getirmektedir (41). NICE (National Institute for Health and Care Excellence) rehberlerinde cerrahi alan enfeksiyonları için risk faktörleri; cerrahi el yıkama, saç ve kıl temizliği, hastanın beslenme durumu, serum glikoz düzeyi, sıvı elektrolit dengesi, profilaktik antibiyotik uygulaması, oksijen desteği, cerrahi kıyafetler, cerrahi alet ve malzemelerin sterilizasyonu, ameliyat odasının havalandırması ve nemi, cerrahi ekip sayısı, cerrahi teknik, dren ve pansumanların yanlış ve eksik yapılan uygulamaları olarak belirtilmektedir (95, 96).

*Yara Yeri Ayrılması:* Ameliyat sonrası yara kenarlarında kısmi ya da tam açılmadır. Genellikle ameliyat sonrası ilk bir haftada meydana gelmektedir. Yara ayrılması ve eviserasyon genellikle kronik hastalığı olanlarda, kötü ve dengesiz beslenen, zayıf ya da obez hastalarda görülebilmektedir. Ayrıca uygun teknikle kapatılmayan insizyon, öksürük gibi valsalva manevrasına sebep olacak durumlar veya kusma sonucu karın içi basıncının artması, dikişlerin aşırı derecede gergin olması gibi faktörler gösterilebilir (90,97). Açılan yara cerrahi girişim ile tekrar kapatılabilir veya yara bozulma derecesine göre sekonder iyileşmeye bırakılabilir (98).

*Kanama:* Yara yerinde meydana gelen, cerrahi teknikteki bir sorundan veya hastada var olan koagülasyon bozukluklarında görülebilir. Kanamalarda insizyon yerinde hematom, pansumanı ıslatan kan ve drenlerden gelen kan miktarında artış takip edilmelidir.

*Hematom:* Kanın bir bölgede göllenmesiyle oluşur. Hematom oluşan yerde kızarıklık, şişlik, bölgesel ağrı ve flüktüasyona sebep olabilmektedir. Kanın drene edilememesi durumunda enfeksiyon, ateş ve yara ayrılması gibi istenmeyen sonuçlara sebep olabilmektedir (99).

## 2.3. ABDOMİNAL CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Cerrahi ile gerçekleştirilecek tedavinin başarısında; cerrahi teknik, bilgi ve becerinin önemli olduğu kadar ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım da çok önemlidir. Bu süreçte bakımın en iyi şekilde yönetilebilmesi için hemşirenin rolü oldukça fazladır. Cerrahi hemşiresi bireyselleştirilmiş bakım ile hasta güvenliği ve hedeflerine odaklanarak cerrahi ekip ve diğer sağlık çalışanları ile iş birliği içinde çalışmaktadır (44).

Abdominal cerrahide hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde uygun hemşirelik bakımıyla hastanın rahatlatılması ve sorunlarının azaltılması mümkündür (1). Hemşireler ameliyat öncesi dönemde hazırlıkların sağlanmasından ve ameliyat sırasında hastanın en iyi sağlık durumu ile ameliyathaneden çıkmasından sorumlu olan sağlık profesyonelleridir. Ameliyat sonrası dönemde ise homeostasinin yeniden sağlanması, tüm vücut sistemlerinin normal fonksiyonlarını kazanması, ağrının azaltılması, erken mobilizasyonun sağlanması ve ameliyata bağlı komplikasyonların önlenmesi ya da en erken dönemde fark edilmesi hemşirelik bakımlarının amaçlarındandır (44,100). Yapılan bakım ve tedaviler ile gereksinimlerin fark edilmesi ve bireysel çözümler sağlanması hastaların hemşirelik bakımında memnuniyeti arttırır (100).

### 2.3.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, ameliyatın planlanmasıyla başlayarak hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle son bulan dönemdir. Cerrahi işlem öncesi dönemde hemşirelik bakımı, sürecin her döneminde hasta yönetimini sürdürerek hazırlığı tamamlamayı içerir. Hemşireler bu dönemde hastalar için oluşabilecek risk faktörlerini erken saptama, hasta ve ailesinin ameliyat stresi ile baş etmesine yardımcı olma,

hastaların kendi bakımına katılarak erken iyileşmesine destek olma, olası komplikasyonları önleme veya en aza indirme, hasta ve ailesine ameliyat ile ilgili eğitim verilmesi gibi görev ve sorumluluklara sahiptir (101). Yapılan cerrahi işlemin boyutu ve türü ne olursa olsun ameliyat öncesi hazırlık önemlidir. Ameliyata hazırlık süreci; fizyolojik hazırlık, psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, ameliyat öncesi eğitim, ameliyattan önceki gece hazırlığı ve ameliyat günü hazırlığı içermektedir (101,102).

*Fizyolojik Hazırlık:* Bu aşamada ilk olarak hasta hakkında detaylı bilgi toplanır. Hastalar hakkında geniş bir tıbbi tanılama ve fiziksel ile emosyonel değerlendirme yapılmaktadır. Cerrahi işlem öncesi hastanın tıbbi öyküsü, yaşı, sigara alkol kullanımı, sürekli kullandığı ilaçlar, alerjisi gibi durumlar detaylı olarak sorgulanmalı ve tüm sistemler kayıt edilmelidir (101,103). Aynı zamanda gerekli olan labaratuvar ve tanı testlerini de tamamlayarak, gerekli konsültasyonlar yapılmalı ve değerlendirilmelidir (101).

Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, üriner sistem, nörolojik sistem, sindirim sistemi, hepatik sistem, endokrin sistem ve kas iskelet sistemi olmak üzere tüm sistemlerinin ayrıntılı olarak ele alınması önemlidir. Ayrıca gastrointestinal sistem cerrahisi yapılacak olan hastalarda beslenme ve sıvı elektrolit düzeyi de detaylı bir şekilde ele alınmalıdır. Gastrointestinal sistem ameliyatlarında açlık süresi uzayabileceği için hastalarda beslenme yetersizliği varsa cerrahi işlem öncesi mümkün olduğunca desteklenmelidir (101,102).

*Psikolojik Hazırlık:* Cerrahi işlemler hastada gerginlik, korku, endişe, kaygı ve heyecan gibi duygu durum değişikliklerinin yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle cerrahi tedavi gereksinimi olan kişi birçok stresörlerle karşı karşıya gelmektedir. Abdominal işlemlerde örneğin gastrektomi ve kolektomi olan hastalarda korku ve endişenin arttığı saptanmıştır (51). Vücut organlarından birinin veya bir kısmının kaybını içeren bu girişimler ek korkuları beraberinde getirmektedir. Bu hastalar mide veya bağırsakları olmadan yaşamlarını sürdürmede zorluk yaşayacağını ya da kanserin tekrar edeceğine dair yoğun korkular yaşamaktadırlar (104). Bu sebeple cerrahi hemşiresi hastayı psikolojik olarak ameliyata hazırlarken hastaya anlayışlı bir biçimde yaklaşmalı, hastayı kendini açıkça ifade etmesi konusunda cesaretlendirmeli, istediği soruları sorabilmesi için hastaya uygun ortam sağlamalıdır. Hastanın anksiyete düzeyini azaltmak için progresif gevşeme egzersizi, müzik, masaj, alternatif tedavi ve

terapi gibi yöntemler de kullanılabilir (101). Ameliyat öncesi dönemde hastanın kaygı düzeyinin azaltılması hastanın ameliyattan sonra yaşam bulgularının kısa sürede normal sınırlara dönmesine, stres tepkisine bağlı artış gösteren kortikosteroid hormonlarının daha az salınmasına, hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmasına kolaylık sağlar. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (104).

*Yasal Hazırlık:* Aydınlatılmış onam formu hastaya ameliyatın tüm aşamalarını, olası sorunların açık net ve anlaşılır şekilde anlatıldığı, hastanın da cerrahi işleme rızasını ve gönüllülüğünü onaylayan yazılı yasal izin belgesidir. Ameliyatın türü ne olursa olsun aydınlatılmış onam formunun imzalanması yasal olarak zorunludur (101).

*Hasta Eğitimi:* Hastaya cerrahi öncesi eğitim verilmesi, hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden birisidir (101,102,105). Ameliyat öncesi verilen hasta eğitimi, cerrahi girişimin bütün evrelerinde karşılaşacağı durumu bilmesine, yanlış anlaşılmaların düzeltilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına katkı sağlamakta ayrıca yaşanan korku, kaygı, stres gibi olumsuzlukları en az olacak şekilde azaltmaktadır (105,106). Cerrahi işlem öncesi yeterli eğitim almayan hastalarda anksiyete, ağrı korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke ve ameliyat sonrası bireysel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi çeşitli fiziksel ve duygu durumunda sorunlar görülebilmektedir. Meydana gelen sorunlar sonucunda da cerrahi işlem sonrası komplikasyon görülme riski artmakta ve hastanede yatış süresinde artma görülmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hasta eğitimi büyük önem taşır (105).

*Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı:* Cerrahi öncesi aç kalma ve beslenme desteği, ameliyat öncesi banyo yapılması, tüylerin uzaklaştırılması, bağırsak hazırlığı, istirahat ve uykunun sağlanması şeklinde sıralanabilir (101,102).

Genel anestezi ile öğürme, yutma ve öksürük refleksleri baskılandığı için aspirasyonu önlemek amacıyla hastaya sıvı ve besin kısıtlaması yapılır. Genel olarak uygulamada gece on iki de oral alım durdurulur. Fakat ASA'nın önerileri ve ERAS protokolüne göre ameliyattan 6 saat öncesine kadar katı, 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alabilir şeklindedir. Bu duruma ek olarak cerrahiden önce gece yarısına kadar 800 ml, 2-3 saat öncesine kadar karbonhidratlı sıvı verilmesi ameliyat sonrası dönemde

iyileşmeyi hızlandırdığı, insülin direnci ve kas zayıflığını azaltarak komplikasyon oranında düşüklüğe neden olmaktadır (101). Ameliyat öncesi cilt hazırlığının yapılması cerrahi alan enfeksiyonların önlenmesi açısından önemlidir. Klorheksidin ile duş yapanlarda bakteriyel kolonizasyonun 9 kat azaldığı belirtilmektedir (101). Vücut kıllarının temizliği konusunda cerrahi alana engel oluşturmuyorsa temizlenmemesi, temizlenecekse de clipper kullanılması gerektiği önerilmektedir.

### 2.3.2. Ameliyat Günü Hasta Hazırlığı

Güvenli cerrahi uygulamaları için kimlik bileklik kontrolü yapılmalı ve güvenli cerrahi listesinde ameliyat öncesi dönemin kontrolünü tamamlamalıdır, Hastanın yaşam bulgularını değerlendirmeli, genel durumu, son yeme içme zamanı ve onamları kontrol edilmelidir. Ameliyat sırasında gerekli olabilecek malzemelerin (kolostomi torbası, korse vb) hazırlığı, taraf işaretlemesi yapılarak uygun premedikasyon uygulanır ve kayıt edilir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde, dört bölümden oluşan bu listenin ilk kısmı hasta cerrahi klinikten ayrılmadan önce cerrahi hemşiresi tarafından doldurulmaktadır (101,102,107).

### 2.3.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden ayrıldığı andan taburcu olana kadar geçen süreyi içerir. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, hastanın iyileşme sürecini desteklemek ve komplikasyonları önlemek amacıyla çeşitli kritik işlevlerin korunmasını içerir. Bu bakımın ana unsurları arasında kardiyovasküler fonksiyonun sürdürülmesi, solunum sisteminin etkin çalışmasının sağlanması, yeterli beslenme ve eliminasyonun desteklenmesi yer alır. Ayrıca, sıvı ve elektrolit dengesinin korunması ve böbrek fonksiyonlarının izlenmesi önemlidir. Hastanın dinlenme ve güvenliği sağlanmalı, erken hareket ve mobilizasyon teşvik edilmelidir. Yara iyileşmesini desteklemek ve hastaya psikolojik destek sağlamak da bu sürecin önemli parçalarıdır. Hemşirelik bakım uygulamaları, hastanın iyileşmesini hızlandırmak ve ameliyat sonrası komplikasyonları önlemenin vazgeçilmez unsurudur (1).

Kardiyovasküler fonksiyonun sürdürülmesi için cerrahi işlem sonrası hastaların kan basıncı, nabzı, oksijen satürasyonu, vücut sıcaklığı, cilt rengi ve nem oranı ile sıvı alımı ve çıkışı takip edilmeli ve kayıt edilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde dolaşım sistemiyle ilgili en önemli komplikasyonlardan biri kanamadır. Bu nedenle,

hipotansiyon, taşikardi, soğuk ve solgun nemli cilt, nefes darlığı ve gecikmiş kapiller dolum gibi kanama belirtileri açısından hasta yakın takip edilmelidir. Kanama tespit edildiğinde, steril bir kompresle kanayan bölgeye basınç uygulanmalı ve gerekli sıvı desteği sağlanmalıdır. Ayrıca, kan hemoglobin düzeyinin izlenmesi ve gerekli durumlarda hastanın yeniden cerrahi müdahale için hazırlanması gerekmektedir (108). DVT' yi önlemek için hastaya yatak içi egzersiz, erken mobilizayon, antiembolitik çorap kullanımı ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi önerilir (1,109).

Solunum sistemi fonksiyonunu sürdürebilmek için hastanın solunum sesleri ve parametreleri değerlendirilmelidir. Hipoksi belirtileri, pulse oksimetre ile satürasyon düzeyi ve gerekli durumlarda kan gazı parametreleri takip edilmelidir. Sekresyonların atılımını kolaylaştırmak ve akciğer kapasitesini artırmak amacıyla hastalar spirometre kullanımı, solunum ve öksürük egzersizlerini yapmaları konusunda teşvik edilmelidir. Abdominal cerrahi geçiren hastalarda, öksürük egzersizleri sırasında karın içi basıncın artma riski bulunduğundan, insizyon bölgesinin elle ya da havluyla desteklenmesi önerilmelidir. Hava yolunun açık ve temiz kalmasını sağlamak için her dört saatte bir ağız bakımı yapılmalıdır. Oral mukozanın sağlığını korumak ve sekresyonların akışkanlığını artırmak için mümkün olan en kısa sürede oral sıvı alımı teşvik edilmelidir (110).

Ameliyat sonrası beslenme alışkanlıklarının değişmesi, anestezi ajanlarının bağırsak hareketlerine etkisi, cerrahi süreçteki sıvı ve elektrolit dengesizlikleri ve abdominal cerrahi sırasında organların manipülasyonu nedeniyle gastrointestinal problemler ortaya çıkabilir (1,46). Bu durumu önlemek için hastaların en kısa sürede oral beslenmeye başlamaları teşvik edilmelidir. Kolektemi, gastrektomi, perforasyon gibi oral alımın kontrendike olduğu durumlarda hasta enteral ya da parenteral beslenme ile desteklenmelidir (1,109). Bulantı ve kusmayı önlemek amacıyla, oral beslenmeye küçük ve sık öğünlerle başlanması önerilir. Bağırsak seslerinin değerlendirilmesi, distansiyon, konstipasyon ve diyare gibi komplikasyonların belirlenmesi açısından önemlidir (64).

Cerrahi girişimin türü, ameliyat sırasındaki pozisyonu, oluşan doku hasarı gibi sebeplerden dolayı hastada ağrı görülebilir. Ağrı, hastanın huzursuzluk, umutsuzluk, öfke, korku, çaresizlik, anksiyete ve yetersizlik hissetmesine yol açar, çevresiyle olan iletişimini zayıflatır, fiziksel aktivite seviyesini düşürür ve yaşam kalitesini olumsuz

etkiler. İyileşmeyi hızlandırmak için ağrının yeterince kontrol altına alınması gereklidir. Ağrı yönetimi, prosedüre özgü multimodal ve opioid koruyucu tekniklerle uygulanmalı ve dengeli analjezi sağlanmalıdır. Günümüzde ağrı yönetimi, sadece işleme özgü değil, aynı zamanda hastaya özgü yaklaşımlar da içermektedir. Özellikle, ameliyat öncesinde opioid kullanan veya ağrıya duyarlı olan hastalar gibi yüksek ağrı yanıtı veren hastalar, daha özel ve zenginleştirilmiş tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyabilirler (111).

Ameliyat sonrası dönemde cerrahi yaranın doğru yönetimi önemlidir. Cerrahi sonrası insizyon bölgesi; kızarıklık, ısı, ödem, hassasiyet, dolgunluk, ağrı ve kanama açısından sık kontrol edilmelidir. Pansumanı ıslatan kan ya da cerrahi drenlerdeki kan miktarında artış kanamanın olduğunu belirtir. Kanamanın miktarı değerlendirilerek hekime bilgi verilmelidir. Pansuman ve dren bakımı aseptik tekniklere uygun olarak yapılmalıdır (1).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın en kısa sürede ayağa kaldırılması ve hareket ettirilmesi, hareketsizlikten kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi, homeostatik dengenin korunması ve iyileşmenin hızlandırılması açısından hemşirelik bakımının önemli hedeflerindendir. Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması, ameliyatla ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi sorunlarının azalmasına, yara iyileşmesinin ve bağırsak hareketlerinin desteklenmesine, tromboflebit oluşumunun önlenmesine ve hastanın kısa sürede kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olur (26).

## 2.4. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME

### 2.4.1. İyileşme Tanımı ve Önemi

İyileşme tıp, hemşirelik, psikoloji, halk sağlığı, din bilimleri gibi çeşitli disiplinlerde kullanılan ve her alanın kendine uyarlayarak tanımladığı geniş bir kavram olarak bilinmektedir (112). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde iyileşme kavramı, "İyileşme işi" olarak tanımlanmakta ve iyileşmek, "Hastalıktan kurtulmak, sağlığı yerine gelmek, salah bulmak" olarak ifade edilmektedir (113). Oxford İngilizce sözlüğüne göre ise iyileşme kelimesi 'recovery' olarak çevirilmekte ve "sağlık, zihin ve güç açısından normale geri dönmek", "kaybedilen bir şeyin sahipliğini veya kontrolünü yeniden kazanmak eylemi ya da süreci" olarak belirtilmektedir (114). Ameliyat sonrası

iyileşme, birbirini takip eden evreler boyunca uzanan sürekliliği olan bir süreç olarak tanımlanır (115). Kişinin olağan durumuna ya da operasyon öncesi sağlık durumuna veya daha iyisine tam olarak geri dönüş algısıdır. Ameliyat öncesi normal sağlık düzeyine ve fiziksel, psikolojik, sosyal işlevlerine ilişkin bütünlük düzeylerine dönmesi için enerji gerektiren bir süreçtir (116). İyileşme bireyin ameliyat olmadan önceki durumuna ya da daha iyi hale dönmesi, işlevlerini yeniden kazanması ve en yüksek iyilik düzeyine ulaşması olarak tanımlanmaktadır (117). Bir başka tanım ise, kişinin cerrahi öncesi duruma geri dönülen yeni bir istikrarlı durumdur. Fakat bu durum ameliyat öncesi durumdan daha iyi veya daha kötü olabilir şeklindedir (117). Sağlık profesyonelleri tarafından iyileşme kavramına yeni boyutlar kazandırılmıştır (112). Tanı, tedavi ve rehabilitasyonu bireye özgü düzenleyen bakış açısıyla gerçekleştirilen başarılı bir müdahale, hastaneye tekrar yatışların azalması, sosyal işlevsellikte artma, yaşam değişikliklerine uyum sağlama, baş etme mekanizmalarının güçlenmesi ve iç görünün kazanılması esasına dayanır (118). Klinik açıdan iyileşme, semptomların azalmasına ya da olmayışına ve işlevselliğin yeniden kazanılmasına odaklanan hastalığın semptomlarının profesyonel bir şekilde derecelendirildiği durumlardır (112,119).

İyileşme kavramı tıp, hemşirelik ve diğer sağlık alanlarında yapılan çalışmalarda sık olarak kullanılmaktadır. Fakat bu kavram her zaman net bir şekilde tanımlanmamıştır. İyileşme, süreç veya aynı zamanda bir sonuç olarak görülebilmektedir. İyileşmenin bir sonuç olarak görülmesi, hastanın yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kaldıktan sonrasındaki tedavisine, semptomların veya hastalık belirtilerinin azalmasına veya mortalite oranlarına odaklanabilir. Bu tip iyileşme klinik iyileşme olarak da adlandırılır (115). Ameliyat sonrası iyileşme süreci, fizyolojik bulgular, psikolojik durum değişiklikleri ve komplikasyonların görülme sıklığı ile ilişkili bir durumdur. İyileşme süreci kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilmeyi, biyopsikososyal olarak en üst düzey iyilik haline ulaşmayı ve normal duruma dönüşü gerektirir. Ameliyat sonrası iyileşme kalitesini belirleyen en önemli unsurlar bilişsel işlevsellik, enerji düzeyi, yorgunluk, uyku, mental sağlık, ağrı, fiziksel işlevsellik, psikososyal işlevsellik semptomlardan oluşmaktadır. Ameliyat sonrası iyileşme süreci bireyin ameliyat öncesinde detaylı şekilde değerlendirilmesi ve kişisel gereksinimi belirlenmiş bir hemşirelik bakım planı uygulanmasıyla desteklenebilir (22,29).

Ameliyat sonrası iyileşme, tedavi hedeflerinin gecikmeksizin uygulanmasını amaçlayan bir süreçtir. Bu süreçte, hastalarda yetersiz iyileşmenin belirlenmesine yönelik verilerin güncel olarak toplanması, analiz edilmesi ve raporlanması esastır (115).

### 2.4.2. İyileşmenin Tarihçesi

İyileşme süreci milattan önceki (M.Ö) dönemde yaklaşık 1500 lü yıllarda Antik Mısır'da yazılmış olan Edwin Smith Papirüsüne dayanmaktadır. Dünyanın en eski uygarlıklarından biri olan eski Mısırlılar, hem travmatik hem de cerrahi yaralarla ilgileniyorlardı. O dönemde iyileşme mekanizmasında anatomik konuma öncelik verilmekteydi. Bilimsel tıbbın kurucusu olan Hipokrat ve Antik Romanın önemli hekimlerinden olan Galen'in çalışmaları ile Batı tıbbını başlatan Greko-Romen tıbbı döneminde inflamasyon, yara iyileşmesinin bir parçası olarak gösterilmiştir (120).

### 2.4.3. İyileşmenin Fizyopatolojisi

Doku bütünlüğünün ve işleyişinin bozulmasına yara adı verilir. Bu işleyişin yeniden sağlanması ve doku bütünlüğünün eski haline getirilmesi ile yara iyileşmesi oluşur. Travmatik ya da cerrahi ile oluşan genellikle iyileşme sürecine olumlu yanıt veren temiz yaralara akut yara denir. Cerrahi olarak sütürler ile birleştirilmiş temiz yaralar akut yaralara bir örnektir. Kronik yara ise geç iyileşen veya iyileşmeyen yaralardır. Başka deyişle 6-8 haftada iyileşmeyen ya da 4 haftada hiçbir iyileşme belirtisi göstermeyen yaralardır. Yara iyileşme süreci iç içe geçmiş dört evreden oluşmaktadır. Hemostaz fazı, inflamasyon fazı, proliferasyon fazı, olgunlaşma ve yeniden şekillenme fazını içeren 4 bölümden oluşmaktadır (121,122).

*Hemoztaz Fazı:* İyileşmenin başlaması için hemostaz gereklidir. Oluşan yarayı aşırı kanamadan, dehidratasyondan ve enfeksiyondan korumaktadır. Hemostaz fazında, yara oluşumunu takiben meydana gelen vazokonstrüksiyonla birlikte trombositler bir araya gelerek ekstrensek pıhtılaşma yolunu başlatır. Oluşan pıhtı, kollajen, trombosit, trombin ve fibronektin içerir. Bu pıhtı, yarayı kontaminasyondan koruyan bir bariyer görevi görür (122,123).

*İnflamasyon Fazı:* Yaralanma sırasında hayatta kalmayı sağlayan ve çeşitli zararlı koşullar altında doku homeostazisini koruyan bağışıklık tepkisine inflamasyon denir. İlk 24 saatte nötrofiller ön planda olup, proteolitik enzimleri ile ölü hücre ve

bakterileri yok eder. Üçüncü günde makrofajlar oluşur ve inflamatuar sitokinler ile büyüme faktorleri salgılanır. Oluşan pıhtı içerisindeki plazminojen plazmine döner ve fibrini parçalar. Fibrin gevşek yara dokusunda bariyer ve ağ yapısı oluşturur ve yara iyileşmesinde aktif sitokin ile büyüme faktörü salgılayan hücreleri yara ortamına çekerek adezyon, migrasyon, proliferasyon oluşmasına yardımcı olur. Erken ve geç inflamatuvar faz olarak iki kısımdan oluşur. Başlıca nötrofil işlevlerinin baskın olduğu erken döneme erken inflamatuvar faz, makrofaj işlevlerinin baskın olduğu geç döneme ise geç inflamatuvar faz denir (121,122).

İyileşme süreci ise, inflamasyon sürecinin hemen ardından meydana gelmektedir. İyileşme, dokuların yeniden yapılanması, yaraların kapanması ve hasarlı olan bölgenin onarımıdır. İyileşme süreci, inflamasyonun yanı sıra yeni kan damarlarının oluşması ve büyümesi, hücrelerin yeniden yapılanması ve yeni doku oluşumu gibi diğer süreçleri de kapsamaktadır (124).

*Proliferasyon Fazı:* Yaralanmayı takip eden ikinci günden itibaren başlayan ve yaklaşık üç hafta süren proliferasyon fazında, temel olarak geçirgen bir bariyer oluşturulur, reepitelizasyon ve yara kontraksiyonu gerçekleşir. Bu süreçte mikro dolaşım düzenlenir ve doku güçlendirilir. Yara bölgesindeki inflamatuar hücrelerden salınan sitokinler ve büyüme faktörlerinin etkisiyle fibroblastlar, yeni ekstraselüler matris ve olgunlaşmamış Tip III kollajen sentezlemeye başlar. Kollajen birikimi, yaranın gerilmeye karşı direncini hızla artırır. Yara kenarlarından kaynaklanan epitel hücreleri, yaranın üzerinde yeni bir yüzey oluşturur. Fibroblastların bir kısmının miyofibroblastlara dönüşmesiyle meydana gelen yara kontraksiyonu, yaranın derinliğine ve konumuna bağlı olarak değişir. Bu fazda, fibroblastlar çoğalır ve komşu fibroblastların aktive olarak kolajen salgılaması ya da büyüme faktörleri aracılığıyla fibroblastların yara bölgesine gelmesiyle kollajen lifleri ve ara madde salgılanır. Ayrıca, anjiyogenez eşlik eder ve granülasyon dokusu oluşur (122,123).

*Olgunlaşma ve Yeniden Şekillenme Fazı:* Bu süreç bir yıla kadar devam eder. İnflamatuvar süreç azalarak yerini kollajen sentezi, çapraz bağ oluşumuna bırakır ve oluşan doku kalınlaşarak sağlamlaşır. Miyofibroblastlar yara iyileşmesinde önemli hücrelerdir. Kasılarak yara büyüklüğünü küçültürler. Yapı olarak düz kas hücrelerine benzeyen miyofibroblastlar yara hattında zincirler şeklinde bulunur (121,122). Rejenerasyon ve tamir iyileşmenin oluşmasında iki önemli unsurdur. Kaybedilen

hücrelerin yerine aynı tipte hücrelerin oluşmasına rejenerasyon denir. Tamir ise kaybedilen hücrelerin yerini bağ dokusunun almasıdır. İyileşmenin en sık görüldüğü kısım tamirdir ve skar oluşumuna neden olur. Yara kenarları birbirine yakın ve arada boşluk yoksa minimum granulasyon dokusu ile primer iyileşme meydana gelir. Cerrahi insizyon yaraları, temiz ve kesik türdeki yaralanmalar bu şekilde iyileşmektedir (125).

### 2.4.4. İyileşmenin Boyutları

İyileşme kavramı, bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel durum değişiklikleri ilişkili birçok sürecin bir arada olduğu durumdur (1,126).

*Fizyolojik İyileşme:* Hastanın var olan hastalık semptomların azaltılması veya ortadan kaldırılması ile oluşur. İyileşmiş refleksler ve motor aktivitelerini, normalleşmiş ve kontrollü bedensel hareketleri, ağrı ve yorgunluğun ortadan kaybolmasını içerir. Ayrıca bulantı, iştah değişiklikleri ve uyku güçlüklerinin iyileşmesini de kapsar. Hastanın gastrointestinal işlevi, boşaltımı, mobilizasyonu ve kas güçsüzlüğü değerlendirilir (116). Anestezi sürecinde komplikasyon riski yüksek olup hızlı müdahale gereklidir. Anestezi sırasında bilinç kaybı ve kardiyovasküler düzenlemede bir azalma yaşanır. İyileşme döneminde bu durum tersine döner, ancak iyileşme ani değil, kademeli bir süreçtir. İlaçların etkisiyle bilincin azalması, ilaçların yeniden dağılımı, metabolizması ve atılımı hastanın genel sağlık durumuna ve verilen ilaç miktarına bağlı olarak kademeli bir şekilde gerçekleşir. Başarılı bir iyileşme, ilaçların zamanında azaltılması ve kesilmesini gerektirir, böylece süreç hızlı ve kontrollü bir şekilde yönetilebilir. İyileşme süreci ameliyathanede başlar ve hastanın nakli sırasında ve post-anestezi bakım ünitesinde devam eder. İyileşmenin temel hedefleri, yeterli hava yolunun sağlanması, düzenli dolaşımın sürdürülmesi ve sağlıklı bilincin sağlanmasıdır. İyileşme ve ameliyat sonrası dönem önemli fizyolojik değişimlerin olduğu zamanlardır. Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen fizyopatolojik faktörler ağrı, sıvı yönetimi, stres tepkisi, psikiyatrik hastalık, ileus, venöz tromboemboli, ortostatik intolerans, bilişsel işlev bozukluğu gibi zorluklar görülebilir (111).

*Psikolojik İyileşme:* Cerrahi nedeniyle hastaneye yatan hastalarda, olumsuz duygu ve davranış değişiklikleri görülebilir. Hastanın bu durum karşısında stresle baş etme yöntemleri yetersiz olabilir. Duygusal yönden güçlü olan birey bile ameliyat, ağrı, acı, güç kaybı ya da ölüm riskiyle yüzleşmek zorunda kaldığı için ciddi bir travma oluşturabilir. Ayrıca bu durum stres yanıtının artmasına sebep olur ve hastanın

homeostatik dengesini olumsuz yönde etkiler. Kişinin, beden bütünlüğünü bozması ve yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak ciddi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (127-129). Bilinmezlik, yaşanan cerrahi deneyimler, kaybedilen organlar, hastalarda anksiyete ve depresyon görülmesine sebep olmaktadır (130). Cerrahinin neden olduğu en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar anksiyete ve depresyondur (127). Psikolojik iyileşme, refah ve eski bütünlüğe erişme, hastalık halinden sağlığa geçiş ile birlikte anksiyete, öfke ve depresyon gibi belirtilerin olmamasını kapsar. Bilişsel iyileşme hem tedaviye hem de prognozun değerlendirilmesine yardımcı olmak için birden fazla ameliyat sonrası zaman noktasında değerlendirilmelidir (115).

*Sosyokültürel iyileşme:* Hastanın sosyal işlevlerinde kararlı duruma gelmesi ve diğer insanlarla etkileşim içinde olmasını içerir. Sosyal boyut sınırlı sosyal aktiviteler, başkalarına bağımlılık ve çevreye azalan ilgiyi de içerir (116). Kişilerin kendisini etiketlemeden, aidiyet duygusu ve toplumda yer alma bilinci ile beraber toplumsal rollerini devam ettirdiği ya da yeni roller edindiği; aile, arkadaş, sosyal çevre ve sağlık profesyonelleri ile tekrar sağlıklı ilişkiler kurabildiği iyileşme boyutudur. Toplumda başarılı bir şekilde yer edinmiş kişi, sosyokültürel açıdan iyileşmenin olduğunun bir gostergesidir (131).

### 2.4.5. Ameliyat Sonrası İyileşme Dönemleri

*Ameliyat sonrası erken dönem:* Hastanın bilincinin açılmasıyla başlayarak ayağa kalkıp mobilizasyonuna kadar geçen dönemi, yani 72 saatlik süreyi kapsamaktadır. Hemşirenin primer fonksiyonları olarak tanımladığımız hastanın bakım işlevlerine gereksinimi bu dönemde daha çok olmaktadır (1,16,64). Erken iyileşme dönemi, ameliyatın sonlanmasından başlayıp postanestezik bakım ünitesinden kliniğe kadar geçen süreçtir ilk yedi günü kapsar (132). Bu süreçte meydana gelen ve ağırlıklı olarak fizyolojik parametrelerin geri getirilmesine odaklanılan zaman olarak tanımlanır (133).

Erken iyileşme dönemi, hastanın uyanması, koruyucu reflekslerin geri dönmesi ve ağrı kontrolünün sağlanması sürecine kadar devam eder. Postanestezik bakım ünitesinden ayrılmadan önce, hastanın uyanık olması gerekmektedir. Ayrıca yaşam bulgularının bireye ait normal değerlerde ve stabil olması, hastanın kişi, yer ve zaman konusunda oryante olması ve komutlara yanıt verebilmesi beklenir (134). Erken ameliyat sonrası dönemde iyileşmeyi değerlendirirken, oral alım, bağırsak fonksiyonlarının geri kazanılması ve mobilizasyonun takibi önemlidir (135). Ayrıca

idrar retansiyonu, yara iyileşmesi, enfeksiyon belirtileri, pulmoner ve bağırsak komplikasyonları, ambulasyon ya da mobiliteye kadar geçen süre, ağrı ve uyku sorunları, ilaçlar ve ameliyat sonrası hastanede kalma süresi gibi birçok faktör ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (135). Hastalarda iyileşme süreci genel olarak fizyolojik ve fiziksel işlevin yaşam parametrelerine önemine rağmen, iyileşme olgusunun kapsamı genellikle nosiseptif, duygusal, sosyal, memnuniyet ve bilişsel alanları da kapsamaktadır (136).

*Ameliyat sonrası geç dönem:* Geç iyileşme dönemi, yedi günden itibaren başlayan dönemdir (132). Ameliyat sonrası birkaç hafta veya aya kadar sürebilen, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin sağlandığı dönem olarak bilinir (44). Hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak tam bir iyileşme gösterdiği noktada sona erer. Bu süreç haftalar veya aylar sürebilir (134). Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde, hastanın ameliyata hazırlığı ve katılımı, kendi bakımından memnuniyetini artırması açısından önemlidir. Geç iyileşme dönemi, sağlık personeli ve hastanın odak noktasıdır ve hastanın organ işlevleri, bilişsel durumu ve sağlığı gibi cerrahi öncesi değerlere genel bir geri dönüşün ele alınmasını içerir (135).

İyileşme sürecindeki hemşirelik bakımı; bilimsel temellere dayalı uygulamaları gerçekleştirme, bakımda yeni ve güncel teknikleri öğrenme ve bu tekniklerin ne zaman ve nasıl kullanılacağını bilme gibi ögeleri içermelidir. Ayrıca, bakım hedeflerini ve maliyetleri değerlendirme, hasta güvenliğini sağlama gibi konular da önemlidir. Hemşireler, cerrahi girişimlerin başarısı ile hasta bakım kalitesi ve memnuniyetini artırmak için gerekli adımları atmalıdır. Cerrahi alanındaki güncel yaklaşımları takip etmeli ve bu bilgileri hasta bakımında kullanmalıdır. Hemşireler, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları erken fark edebilmek ve önlemek için yeterli bilgiye sahip olmalı, ayrıca hastaları da bu konuda bilgilendirmelidir (137).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma abdominal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin Genel Cerrahi servisinde yapıldı. Araştırmanın verilerinin toplanması 02 Şubat 2023 - 30 Kasım 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Genel cerrahi servisi 10 hasta odası olan 36 yatak kapasiteli bir kliniktir. Klinikte toplam 15 hemşire görev yapmaktadır. Gündüz vardiyasında altı hemşire ile (servis sorumlusu hariç) gece vardiyasında üç hemşire nöbetçi olacak şekilde çalışmaktadır. Klinikte iki profesör doktor, iki doçent doktor, altı uzman doktor ve 12 asistan doktor görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede genel cerrahi kliniğindeki tüm hekimler abdominal ameliyatları yapmaktadır. Poliklinik ya da acil servisten ameliyat kararı alınan hastalar kliniğe kabul edilmektedir. Ameliyat öncesi hazırlığı yapılarak ameliyathaneye nakil edilmektedir. Ameliyat sonrası hastaların klinikte bakımı gerçekleştirilmektedir.

## 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini İstanbul'daki bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde, abdominal cerrahi geçiren hastalar oluşturdu. Sözü edilen hastaneye son bir yıllık sürede 721 hasta (kanser nedeniyle opere edilen 46 hasta hariç) abdominal cerrahi geçirmek üzere kabul edilmiş ve cerrahi girişim gerçekleştirilmiştir. Evreni oluşturan hasta sayısı 721 olup evreni bilinen gruplarda örneklem seçim formülü kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplandı. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Cengiz (2018)' in çalışmasında da benzer şekilde örneklem hesaplanmıştır (62). Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde izlenen yol aşağıdaki gibidir. Hesaplama sonucu çalışmaya 251 hasta dahil edildi.

$n= N t^2 p q / d^2 (N-1) +t^2 p q$

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatası

n= 721.(1,96)2.(0,50).(0,50) / (0,50)2.(720) +(1,96)2.(0,50).(0,50)= 251

Abdominal cerrahi yapılan hastalar; mide ameliyatı, herni ameliyatı, karaciğer ameliyatı, kolesistektomi, apendektomi, ince bağırsak, kalın bağırsak ameliyatı olan hastalardan oluşmuştur. Araştırmaya veri kaybı olabileceği düşünülerek 256 hasta davet edilmiş beş kişi katılmayı kabul etmemiş örneklem 251 hastadan oluşmuştur.

## 3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

### 3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Türkçe okuma yazma bilmesi,
- Abdominal cerrahi geçirmiş olması,
- Görme ve işitme problemi olmaması,
- Bilişsel ve mental sorunu bulunmaması,
- Kortikosteroid ilaçları kullanmaması,
- Gebelik olmaması,

### 3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- Anket formunu eksik cevaplamış olması,

- Kanser tanısı olması,
- Travma hastası olması,
- Ruhsal hastalığı olmasıdır.

## 3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

### 3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Abdominal cerrahi geçirmiş hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) puanları bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

### 3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Cerrahi işlem geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri, antropometrik özellikleri ve hastalığına yönelik özelliklerdir. Sosyo-demografik özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi değişkenlerinden oluşmuştur. Boy ve kilo ölçümlerini hastaların antropometrik özelliklerini oluşturmaktadır. Hastalıklara ve diğer özelliklere yönelik değişkenler ise yapılan ameliyatın adı, sigara ve alkol kullanım durumu, sosyal güvence durumu, herhangi bir kronik hastalığın varlığı, anestezi türü, cerrahi girişim öyküsü ve ameliyat günü bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

## 3.6. ARAŞTIRMA SORULARI

- Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken ve geç dönemde iyileşme düzeyleri nasıldır?
- Abdominal cerrahi geçiren hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalık özelliklerine göre ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Abdominal cerrahi geçiren hastaların erken ve geç dönem iyileşme durumları arasında fark var mıdır?

### 3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama formu Hasta Tanıtım Formu ve Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır.

**Hasta Tanıtım Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanan formda sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren 25 sorudan oluşmaktadır (62). Sosyodemografik özellikler; yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, cinsiyet, alerji, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, ailenin gelir ve gider durumu, sosyal güvencesi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ameliyat sonrası süreçte yardım ve destek verecek birisinin olup olmadığını içermektedir (EK-1). Hastalıkla ilişkili özellikleri tanısı, ameliyat sonrası kaçıncı gününde olduğu, geçirdiği cerrahi girişim, cerrahi işlemin tipi, daha önce cerrahi girişim uygulanması, yapılan cerrahi girişimin özelliği, anestezi türü, kronik hastalığı, sürekli kullandığı ilaçlar, ERAS protokolü uygulanma durumudur.

**Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ)**: Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi; 2012 yılında Butler arkadaşları tarafından geliştirilmiş (138) ve Hande Cengiz tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (6). İndex 5 alt boyut ve 25 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; Psikolojik Semptomlar, Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, Bağırsak Semptomları ve İstek-Arzu Semptomlarıdır (EK-2). Alt boyut puanı belirlenirken, ilgili maddelerin puanları toplanmakta ve aritmetik ortalamaları alınmaktadır. Toplam puan için; tüm maddeler toplanarak aritmetik ortalama alınmaktadır. İndeksten alınan düşük puanlar ameliyat sonrası iyileşmenin daha kolay olduğunu, yüksek puanlar ise ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığını belirtmektedir. ASİİ Toplam puan; <1 ise iyileşmede 'güçlük olmadığını', toplam puan 1- 1,5 aralığında olması 'az güçlük' , toplam puan 1,5- 2,5 aralığında 'orta düzeyde güçlük', 2,5- 3,5 aralığında 'çok güçlük' , 3,5- 5 aralığında ise iyileşmede 'aşırı güçlük' yaşandığını belirtmektedir (6). ASİİ ile hastaların erken ve geç dönemde iyileşme düzeylerinin ölçülmesi mümkündür. Ameliyat sonrası 0-3 gün arasında ölçek uygulanarak erken dönem değerlendirme ve 15-30 gün arasında uygulanması ile geç dönem iyileşme değerlendirilmesi sağlanabilmektedir (1,16,132). Geç dönem değerlendirmesi için ASİİ tekrar uygulanabilmektedir. Bu çalışmada geç değerlendirme için ASİİ ikinci kez 15-30 gün arasında uygulandı (EK-2).

Cengiz ve Aygin'in çalışmasında ASİİ'nin Cronbach alfa değeri 0,967 olarak belirlenmiştir (6). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,949 olarak yüksek bulundu. Ölçek alt boyut güvenilirliği Fiziksel Aktiviteler için 0,900; Bağırsak Semptomları alt boyutu için 0,927; Genel Semptomlar için 0,909; İstek Arzu Semptomları alt boyutu için 0,922; Psikolojik Semptomlar alt boyutu için 0,732 olarak bulundu (6).

**Tablo 3.1:** ASİİ Toplam Puan ve alt boyut puanlama sistemleri

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

## 3.8. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

### 3.8.1. Veri Toplama

Araştırma verileri ameliyat geçiren hastalardan erken ve geç dönem iyileşme durumunu değerlendirmek amacıyla postoperatif 0-3. günde ve 15-30. günde olmak üzere iki kez toplandı (EK-2). Veriler tedavi planını aksatmayacak şekilde planlanarak Hasta Tanıtım Formu ve ASİİ kullanılarak toplandı. Hastanın kliniğe kabulü yapıldıktan sonra ameliyat öncesi dönemde çalışmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verildi ve gönüllü onam formu dolduruldu (EK-3). Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere ameliyat sonrası dönemde veri toplama araçları uygulandı. Hastanın yatış sürecinde erken iyileşmeye yönelik veriler hasta odasında, postoperatif 0-3. günde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Geç iyileşmeye yönelik veriler hastalar taburcu olduktan sonra 15-30 günlük süre içerisinde telefon görüşmesi yolu ile toplandı. Veri toplama formunun doldurulması 15-20 dakika sürdü.

### 3.8.2. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Yöntemler

Çalışmamızdan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde sayı ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi.

**Tablo 3.2:** Normal dağılım

| | **Basıklık** | **Çarpıklık** |
|---|---|---|
| Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 0-3. Gün | 1,06 | 0,94 |
| Fiziksel Aktiviteler 0-3. Gün | -0,13 | -0,31 |
| Bağırsak Semptomları 0-3. Gün | 1,13 | 1,20 |
| Genel Semptomlar 0-3. Gün | 0,84 | 1,10 |
| İstek Arzu Semptomları 0-3. Gün | 1,47 | 1,38 |
| Psikolojik Semptomlar 0-3. Gün | 1,41 | 0,96 |
| Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 15-30. Gün | 0,46 | 1,02 |
| Fiziksel Aktiviteler 15-30. Gün | 0,37 | 1,48 |
| Bağırsak Semptomları 15-30. Gün | 0,43 | 1,07 |
| Genel Semptomlar 15-30. Gün | 0,64 | 1,29 |
| İstek Arzu Semptomları 15-30. Gün | 0,79 | 1,42 |
| Psikolojik Semptomlar 15-30. Gün | -1,03 | 1,32 |

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1,5 ile -1,5 (139), +2,0 ile -2,0 (140) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırmada değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlendi. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edildi.

Hastaların tanımlayıcı ve klinik özelliklerine göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanıldı.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare($\eta^2$) katsayıları kullanıldı. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0,2:küçük; 0,5:orta; 0,8:büyük

olarak, eta kare değeri 0,01:küçük; 0,06:orta; 0,14:büyük olarak değerlendirilmektedir (141,142).

### 3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada kullanılan ASİİ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik araştırmasını yapan Hande Cengiz'den bu indeksin kullanılması amacıyla yazılı izin alındı (EK-4). Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.07.2022-9794 tarih ve numaralı etik kurul izni alındı (EK-5). Araştırmanın etik açıdan uygunluğu ve yatan hastalardan veri toplanabilmesi için araştırılmanın yürütüldüğü hastanenin başhekimliğinden 29/07/2022 tarihinde E-54230385-799 sayılı yazı ile izin alındı (EK-6). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 26/01/2023 tarih ve 2023/01 sayılı kararınca izin alındı (EK-7). Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere uyuldu. Veri toplanmaya başlamadan önce abdominal cerrahi geçirecek olan hastalara sözel olarak araştırmanın amacı, alınan bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ve gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı açıklandı. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-3) ile yazılı olurları alındı.

### 3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma 2 Şubat- 30 Kasım 2023 tarihleri arasıında genel cerrahi servisinde abdominal cerrahi olan hastaların verileri ile sınırlıdır. Çalışmanın veri toplama sürecinde hastane ameliyathanesinde yangın çıkması sebebiyle veri toplama süresi uzamıştır.

# 4. BULGULAR

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarını belirlenmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmanın tablo ve bulguları aşağıda yer almaktadır. Çalışmanın bulguları dört bölümde incelendi.

4.1. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Bireysel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

4.2. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası 0-3 Gün ve 15-30 Gün ASİİ Puanları ve Güçlük Durumlarının Dağılımı

4.3. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Bireysel Ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre 0-3 Gün İyileşme İndeksi Puanları

4.4. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Bireysel Ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre 15-30 Gün İyileşme İndeksi Puanları

## 4.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre bulguların karşılaştırılması Tablo 4.1'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.1:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özellikleri (N=251)

| Bireysel Özellikler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Yaş** | | |
| | Ort±SS 54,02±15,39 (min=18, max=94) | |
| 18-30 | 22 | 8,8 |
| 31-50 | 74 | 29,5 |
| 51-64 | 93 | 37,1 |
| 65 ve Üzeri | 62 | 24,7 |
| **BKİ** | | |
| | Ort±SS 27,41±5,89 (min=16, max=53) | |
| Normal Kilolu ve Altı | 101 | 40,2 |
| Fazla Kilolu | 84 | 33,5 |
| Obez | 66 | 26,3 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 106 | 42,2 |
| Erkek | 145 | 57,8 |

**Tablo 4.1.** (devam)

| | | |
|---|---|---|
| **Alerji Durumu** | | |
| Yok | 200 | 79,7 |
| Var | 51 | 20,3 |
| **Medeni Durum** | | |
| Bekar | 59 | 23,5 |
| Evli | 192 | 76,5 |
| **Eğitim Durumu** | | |
| Okuryazar Değil | 21 | 8,4 |
| İlköğretim | 117 | 46,6 |
| Lise | 58 | 23,1 |
| Üniversite | 55 | 21,9 |
| **Meslek** | | |
| Ev Hanımı | 68 | 27,2 |
| İşçi | 44 | 17,5 |
| Memur | 34 | 13,5 |
| Emekli | 70 | 27,9 |
| Serbest Meslek | 35 | 13,9 |
| **Gelir Düzeyi** | | |
| Gelir Gidere Göre Az | 70 | 27,9 |
| Gelir Gideri Dengeler | 164 | 65,3 |
| Gelir Gidere Göre Fazla | 17 | 6,8 |
| **Sosyal Güvence Durumu** | | |
| Yok | 34 | 13,5 |
| Var | 217 | 86,5 |
| **Sigara Alışkanlığı Durumu** | | |
| Hayır | 167 | 66,5 |
| Evet | 84 | 33,5 |
| **Alkol Alma Durumu** | | |
| Hayır | 216 | 86,1 |
| Evet | 35 | 13,9 |
| **Antropometrik Ölçümler** | Ort | Ss |
| Boy | 167,82 | 8,13 |
| Kilo | 77,06 | 16,48 |

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların yaş ortalamasının 54,02±15,39 yıl olduğu belirlendi. Hastaların %8,8'i 18-30, %29,5'i 31-50, %37,1'i 51-64, %24,7'si 65 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların boy ortalaması 167,82±8,13, kilo ortalaması 77,06±5,89, BKİ ortalaması 27,41±5,89'dur. Hastaların BKİ değerleri incelendiğinde %40,2'si normal kilolu ve altı, %33,5'u fazla kilolu, %26,3'ü obez olarak belirlendi. Örneklem grubundaki hastaların %57,8'i erkek, %76,5'i evli olduğu belirlendi. Hastaların %8,4'ü okur yazar olmayan, %46,6'sı ilköğretim mezunu, %23,1'i lise ve %21,9'u üniversite mezunu olan kişilerden oluştu. Çalışmadaki bireylerin meslek durumları incelendiğinde %17,5'i işçi, %13,5'i memur, %13,9'u serbest meslek,

%27,9'u emekli, %27,2'si ev hanımı olarak saptandı. %27,9'u düşük, %65,3'ünün orta, %6,8'inin yüksek gelir düzeyine sahip olduğu belirlendi. Hastaların %86,5'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Çalışmada %79,7'sini alerjisi olmayan hastalar oluşturdu. Cerrahi geçiren hastaların %33,5'inin sigara, %13,9'unun alkol alışkanlığı olduğu saptandı.

**Tablo 4.2:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özellikler (N=251)

| Hastalığa İlişkin Özellikler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Tanı** | | |
| Kolesistit | 79 | 31,5 |
| Apandisit | 23 | 9,2 |
| Herni | 87 | 34,7 |
| Mide perforasyonu | 18 | 7,2 |
| İleus | 35 | 13,9 |
| Karaciğer rezeksiyonu, Kist hidatik | 9 | 3,6 |
| **Ameliyat Sonrası Gün Sayısı** | | |
| 0 | 42 | 16,7 |
| 1 | 116 | 46,3 |
| 2 | 32 | 12,7 |
| 3 | 61 | 24,3 |
| **Geçirilen Cerrahi Girişim** | | |
| Kolesistektomi | 79 | 31,5 |
| Apandektomi | 23 | 9,2 |
| Herni Onarımı | 87 | 34,7 |
| Mide Ameliyatı | 18 | 7,2 |
| Kolorektal Cerrahi | 35 | 13,9 |
| Karaciğer Ameliyatı | 9 | 3,6 |
| **Yapılan Cerrahi İşlemin Ameliyat Tipi** | | |
| Açık Ameliyat | 103 | 41,0 |
| Kapalı Ameliyat | 148 | 59,0 |
| **Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu** | | |
| Hayır | 95 | 37,8 |
| Evet | 156 | 62,2 |
| **Daha Önce Uygulanan Cerrahi Girişim (n=156)** | | |
| Farklı Organ/Sistem Cerrahisi | 126 | 80,8 |
| Aynı Organ/Sistem Cerrahisi | 30 | 19,2 |
| **Anestezi Türü** | | |
| Genel | 232 | 92,4 |
| Spinal | 19 | 7,6 |
| **Eras Protokolleri Uygulanma Durumu** | | |
| Hayır | 250 | 99,6 |
| Evet | 1 | 0,4 |

**Tablo 4.2** (devam)

| | | |
|---|---|---|
| **Ameliyat Sonrası Destek Verecek Kişi Varlığı** | | |
| Yok | 14 | 5,6 |
| Var | 237 | 94,4 |
| **Kronik Hastalık Varlığı** | | |
| Hayır | 135 | 53,8 |
| Evet | 116 | 46,2 |
| **Var Olan Kronik Hastalık (n=116)** | | |
| Diyabet | 35 | 30,2 |
| Hipertansiyon | 57 | 49,1 |
| Kalp Hastalığı | 24 | 20,7 |
| **Sürekli Kullanılan İlaçlar** | | |
| Yok | 134 | 53,4 |
| Var | 117 | 46,6 |
| **Sürekli Kullanılan İlaçlar** | | |
| Antidiyabetik | 35 | 29,9 |
| Antihipertansif | 58 | 49,6 |
| Antikagülan | 24 | 20,5 |

Araştırmaya katılan hastaların %31,5'i kolesistit, %9,2'si apandisit, %34,7'si herni, %7,2'si mide perforasyonu, %13,9'u ileus ve %3,6'sı karaciğer rezeksiyonu ya da kist hidatik tanısı aldığı saptandı. Çalışmaya katılan hastalardan %16,7'sinin ameliyat sonrası 0. günde, %46,3'ünün 1. günde, %12,7'sinin 2. günde ve %24,3'ü 3. günde verileri toplandı. Abdominal cerrahi geçiren hastaların %31,5'i kolesistektomi, %9,2'si apandektomi, %34,7'si herni onarımı, %7,2'si mide ameliyatı, %13,9'u kolorektal cerrahi ve %3,6'sı karaciğer ameliyatı geçirdiği saptandı. Abdominal cerrahi girişimlerin %59'u kapalı, %41'i açık cerrahi tipiyle uygulandı. Çalışmaya alınan hastaların %62,2'sinin daha önce ameliyat geçirdiği, ameliyat geçirenlerin %19,2'sinin abdominal cerrahi, %80,8'inin farklı organ/sistem cerrahisi geçirdiği belirlendi. Cerrahi işlemlerin %92,4'ü genel anestezi ve %7,6'sı spinal anestezi ile gerçekleştirildi. Çalışmaya cerrahi girişimlerde ERAS protokollerinin uygulanmadığı belirlendi. Yapılan çalışmada hastaların %94,4'ünün yanında ameliyat sonrası destek olacak bir yakını olduğu belirlendi. Hastaların %46,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu bulundu. Kronik hastalığa sahip olanların %30,2'sinde diyabet, %49,1'inde hipertansiyon, %20,7'sinde kalp hastalığı olduğu belirlendi. Hastaların %46,6'sının sürekli ilaç kullandığı, ilaç kullananların %49,6'sının antihipertansif, %29,9'unun antidiyabetik ve %20,5'inin antikoagülan ilaç aldığı tespit edildi (Tablo 4.2.).

## 4.2. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN ASİİ PUANLARI VE GÜÇLÜK DURUMUNUN DAĞILIMI

**Tablo 4.3:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASII puanlarının karşılaştırılması (N=251)

| Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Toplam ve Alt boyutları | **0-3. Gün** | **15-30. Gün** | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ort**±SS | **Ort**±SS | | |
| Fiziksel Aktiviteler | 3,24±0,78 | 1,63±0,74 | 33,927 | 0,000 |
| Bağırsak Semptomları | 1,96±0,89 | 1,25±0,42 | 13,870 | 0,000 |
| Genel Semptomlar | 1,54±0,73 | 1,19±0,38 | 8,685 | 0,000 |
| İstek Arzu Semptomları | 1,93±0,99 | 1,33±0,50 | 13,417 | 0,000 |
| Psikolojik Semptomlar | 1,76±0,61 | 1,23±0,37 | 15,991 | 0,000 |
| Toplam | 2,27±0,59 | 1,37±0,43 | 31,943 | 0,000 |

Tablo 4.3'te abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASİİ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Çalışmaya katılan abdominal cerrahi uygulanan hastaların 0-3. gün arasındaki Fiziksel Semptomlar alt boyut puan ortalaması 3,24±0,78, 15-30. gün Fiziksel Aktiviteler alt boyut puan ortalaması 1,63±0,74 bulundu. Abdominal cerrahi uygulanan hastaların Fiziksel Aktiviteler 15-30. gün puanının 0-3. gün puanına göre düşüş gösterdiği ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($t=33,927$; $p<0,05$).

Abdominal cerrahi geçirmiş hastaların 0-3. gün arasında Bağırsak Semptonları alt boyut puanının 1,96±0,89 ve 15-30. gün arasındaki Bağırsak Semptonları alt boyut puanı 1,25±0,42 olduğu bulundu. Hastaların Bağırsak Semptonları 15-30. gün arasındaki puanının 0-3. gün puanına göre düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($t=13,870$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların 0-3. gün arasında Genel Semptomlar alt boyut puanının 1,54±0,73 ve 15-30. gün Genel Semptomlar alt boyut puanının 1,19±0,38 olduğu bulundu. Abdominal cerrahi uygulanan hastaların 15-30. gün arasındaki Genel Semptonlar puanının 0-3. gün puanına göre düşüş gösterdiği ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($t=8,685$; $p<0,05$).

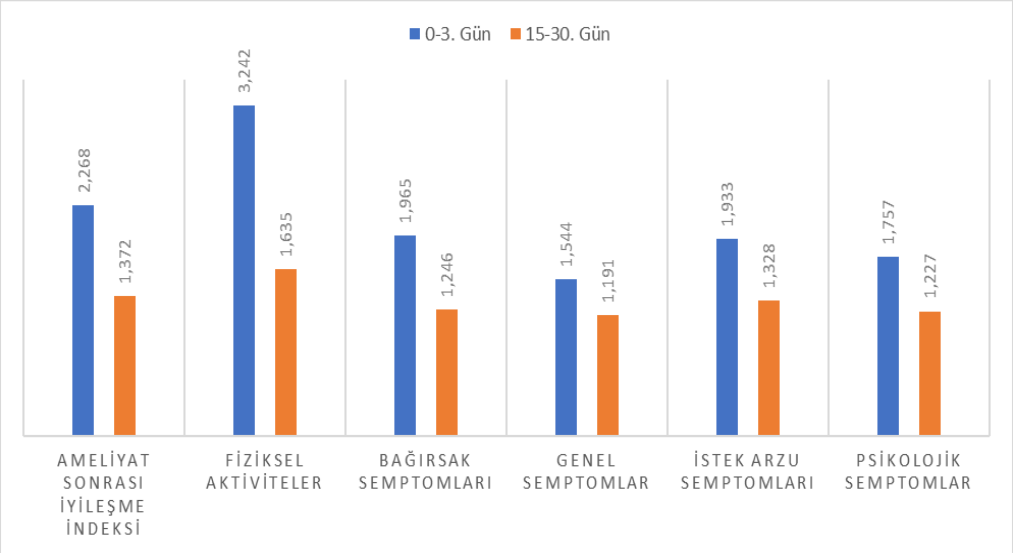
Abdominal cerrahi geçiren hastaların 0-3. gün arasında İstek Arzu Semptomları alt boyut puan ortalaması 1,93±0,99 ve 15-30. gün İstek Arzu Semptomları alt boyut

puan ortalaması 1,33±0,50 olduğu bulundu. Hastaların 15-30. gün arasındaki İstek Arzu Semptomları puanının 0-3. gün puanına göre düşüş gösterdiği ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (t=13,417; p<0,05).

Çalışmaya katılan hastaların 0-3. gün arasında Psikolojik Semptomlar alt boyut puanının 1,76±0,61 ve 15-30. gün Psikolojik Semptomlar alt boyut puanının 1,23±0,37 olduğu bulundu. Abdominal cerrahi uygulanan hastaların 15-30. gün arasındaki Psikolojik Semptomlar puanının 0-3. gün puanına göre düşüş gösterdiği ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (t=15,991; p<0,05).

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ASİİ toplam puan ortalaması 0-3. gün arasında 2,27±0,59 ve 15-30. gün arasında 1,37±0,43 bulundu. Abdominal cerrahi uygulanan hastaların 15-30. gün arasındaki ASİİ puanının 0-3. gün puanına göre düşüş gösterdiği ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (t=31,943; p<0,05).

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASİİ puanlarının karşılaştırılması şekil 4.1. de görülmektedir.




**Şekil 4.1:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün ASII puanlarının karşılaştırılması

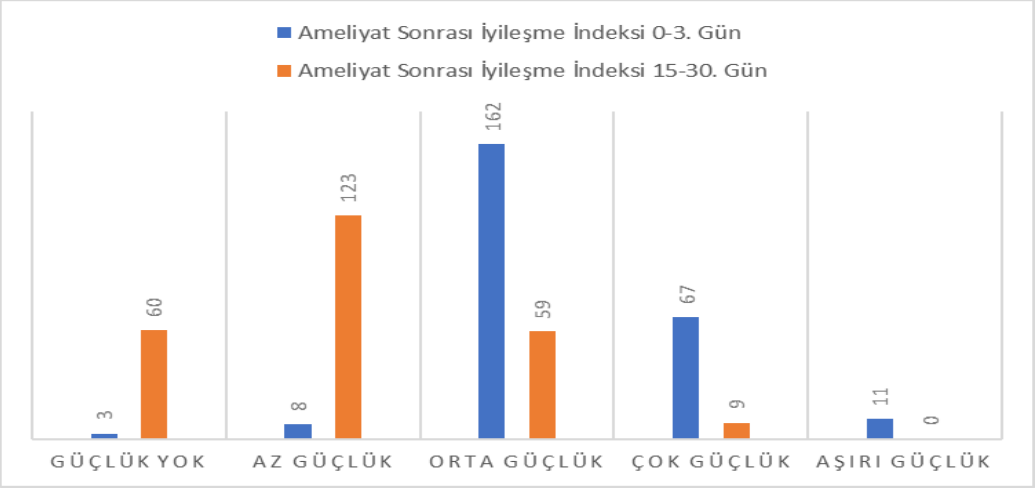
**Tablo 4.4:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri

| | **Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 0-3. Gün** | | **Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 15-30. Gün** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| Güçlük Yok | 3 | 1,2 | 60 | 23,9 |
| Az Güçlük | 8 | 3,2 | 123 | 49,0 |
| Orta Güçlük | 162 | 64,5 | 59 | 23,5 |
| Çok Güçlük | 67 | 26,7 | 9 | 3,6 |
| Aşırı Güçlük | 11 | 4,4 | 0 | 0 |

Tablo 4.4'de abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri görülmektedir. Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme indeksine göre 0-3 günde %1,2'sinin güçlük yaşamadığı, %3,2'sinin az güçlük yaşadığı, %64,5'inin orta güçlük yaşadığı, %26,7'sinin çok güçlük, %4,4'ünün de aşırı güçlük yaşadığı tespit edildi.

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme indeksine göre 15-30 günde %23,9'unun güçlük yaşamadığı, %49'unun az güçlük yaşadığı, %23,5'inin orta güçlük yaşadığı ve %3,6'sının da çok güçlük yaşadığı belirlendi.

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün dönemde iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri şekil 4.2' de görülmektedir.




**Şekil 4.2:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 0-3 gün ve 15-30 gün iyileşmeye ait yaşadıkları güçlük dereceleri

### 4.3. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARI

Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklere göre 0-3. gün ASİİ puanlarına ait bulgular tablo 4.5 'te verilmiştir.

**Tablo 4.5:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 0-3 gün iyileşme indeksi puanları (N=251)

| **Demografik Özellikler** | **n** | **Toplam ASİİ 0-3. Gün** | **Fiziksel Aktiviteler 0-3. Gün** | **Bağırsak Semptomları 0-3. Gün** | **Genel Semptomlar 0-3. Gün** | **İstek Arzu Semptomları 0-3. Gün** | **Psikolojik Semptomlar 0-3. Gün** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| 18-30[a] | 22 | 2,13±0,66 | 3,26±0,89 | 1,63±0,84 | 1,40±0,73 | 1,70±1,02 | 1,64±0,70 |
| 31-50[b] | 74 | 2,12±0,53 | 2,98±0,68 | 1,90±0,83 | 1,50±0,73 | 1,76±0,85 | 1,69±0,58 |
| 51-64[c] | 93 | 2,23±0,56 | 3,13±0,78 | 1,99±0,90 | 1,52±0,70 | 1,93±0,99 | 1,74±0,53 |
| 65 ve Üzeri[d] | 62 | 2,54±0,61 | 3,71±0,67 | 2,12±0,92 | 1,68±0,76 | 2,23±1,07 | 1,90±0,71 |
| F= | | 6,787 | 12,175 | 1,908 | 1,102 | 3,185 | 1,719 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | 0,129 | 0,349 | **0,024** | 0,164 |
| PostHoc= | | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | | | d>a,b (p<0,05) | |
| **Bki** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Normal Kilolu ve Altı[a] | 101 | 3,38±0,63 | 3,33±0,76 | 2,05±0,94 | 1,57±0,76 | 2,10±1,11 | 1,79±0,63 |
| Fazla Kilolu[b] | 84 | 3,08±0,60 | 3,14±0,74 | 1,83±0,82 | 1,40±0,62 | 1,64±0,69 | 1,57±0,44 |
| Obez[c] | 66 | 3,45±0,71 | 3,23±0,86 | 2,01±0,88 | 1,68±0,80 | 2,05±1,03 | 1,94±0,72 |
| F= | | 7,388 | 1,449 | 1,436 | 2,981 | 5,973 | 5,973 |
| p= | | **0,001** | 0,237 | 0,240 | 0,053 | **0,003** | **0,001** |
| PostHoc= | | a,c>b (p<0,05) | | | | a,c>b (p<0,05) | a,c>b (p<0,05) |
| **Cinsiyet** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Kadın | 106 | 2,34±0,63 | 3,24±0,84 | 2,04±0,87 | 1,66±0,80 | 2,05±1,00 | 1,89±0,63 |
| Erkek | 145 | 2,21±0,56 | 3,24±0,74 | 1,91±0,90 | 1,45±0,66 | 1,85±0,97 | 1,66±0,58 |
| t= | | 1,690 | 0,065 | 1,082 | 2,273 | 1,569 | 2,906 |
| p= | | 0,092 | 0,948 | 0,280 | **0,029** | 0,118 | **0,004** |
| **Alerji Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Yok | 200 | 2,26±0,58 | 3,23±0,80 | 1,94±0,84 | 1,55±0,72 | 1,95±1,01 | 1,75±0,63 |
| Var | 51 | 2,28±0,64 | 3,27±0,69 | 2,07±1,06 | 1,51±0,78 | 1,85±0,91 | 1,79±0,56 |
| t= | | -0,218 | -0,262 | -0,916 | 0,373 | 0,651 | -0,483 |
| p= | | 0,828 | 0,794 | 0,360 | 0,710 | 0,516 | 0,629 |
| **Medeni Durum** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Bekar | 59 | 2,40±0,72 | 3,39±0,86 | 2,10±1,10 | 1,69±0,91 | 2,01±1,06 | 1,89±0,77 |
| Evli | 192 | 2,23±0,54 | 3,19±0,75 | 1,92±0,81 | 1,50±0,66 | 1,91±0,96 | 1,72±0,56 |
| t= | | 1,947 | 1,696 | 1,321 | 1,725 | 0,707 | 1,848 |
| p= | | 0,097 | 0,091 | 0,260 | 0,147 | 0,481 | 0,122 |

**Tablo 4.5** (devam)

| **Eğitim Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Okuryazar Değil[a] | 21 | 2,78±0,68 | 3,73±0,93 | 2,38±1,01 | 2,05±0,92 | 2,52±1,07 | 2,36±0,70 |
| İlköğretim[b] | 117 | 2,27±0,55 | 3,27±0,80 | 1,99±0,87 | 1,48±0,67 | 1,94±0,97 | 1,74±0,56 |
| Lise[c] | 58 | 2,32±0,63 | 3,33±0,69 | 2,03±0,98 | 1,62±0,82 | 1,91±1,00 | 1,75±0,68 |
| Üniversite[d] | 55 | 2,02±0,46 | 2,90±0,64 | 1,68±0,70 | 1,41±0,58 | 1,72±0,90 | 1,57±0,46 |
| F= | | 9,452 | 6,904 | 3,733 | 4,651 | 3,449 | 9,284 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,012** | **0,004** | **0,017** | **0,000** |
| PostHoc= | | a>b,c,d b,c>d (p<0,05) | a>b,c,d b,c>d (p<0,05) | a,b,c>d (p<0,05) | a>b,c,d (p<0,05) | a>b,c,d (p<0,05) | a>b,c,d (p<0,05) |
| **Meslek** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Ev Hanımı[a] | 68 | 2,41±0,64 | 3,34±0,84 | 2,16±0,93 | 1,66±0,82 | 2,11±0,96 | 1,96±0,66 |
| İşçi[b] | 44 | 2,35±0,73 | 3,29±0,89 | 2,10±1,10 | 1,70±0,86 | 2,00±1,05 | 1,76±0,71 |
| Memur[c] | 34 | 1,95±0,38 | 2,94±0,63 | 1,61±0,52 | 1,20±0,38 | 1,54±0,91 | 1,53±0,44 |
| Emekli[d] | 70 | 2,29±0,52 | 3,34±0,69 | 1,85±0,74 | 1,56±0,64 | 2,02±1,05 | 1,74±0,57 |
| Serbest Meslek[e] | 35 | 2,15±0,51 | 3,09±0,76 | 1,99±0,96 | 1,43±0,69 | 1,71±0,79 | 1,62±0,53 |
| F= | | 4,315 | 2,182 | 2,724 | 3,158 | 2,607 | 3,522 |
| p= | | **0,002** | 0,072 | **0,030** | **0,015** | **0,036** | **0,008** |
| PostHoc= | | a,b,d>c a>e (p<0,05) | | a,b>c a>d (p<0,05) | a,b,d>c (p<0,05) | a,b,d>c (p<0,05) | a>c,d,e (p<0,05) |
| **Gelir Düzeyi** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Gelir Gidere Göre Az | 70 | 2,26±0,52 | 3,34±0,76 | 1,91±0,86 | 1,47±0,69 | 1,87±0,85 | 1,75±0,54 |
| Gelir Gideri Dengeler | 164 | 2,27±0,62 | 3,21±0,79 | 1,97±0,88 | 1,54±0,73 | 1,98±1,05 | 1,76±0,65 |
| Gelir Gidere Göre Fazla | 17 | 2,28±0,68 | 3,15±0,79 | 2,12±1,12 | 1,82±0,86 | 1,75±0,93 | 1,72±0,63 |
| F= | | 0,004 | 0,768 | 0,367 | 1,572 | 0,631 | 0,055 |
| p= | | 0,996 | 0,465 | 0,693 | 0,210 | 0,533 | 0,947 |
| **Sosyal Güvence Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Yok | 34 | 2,21±0,44 | 3,25±0,79 | 1,83±0,72 | 1,45±0,60 | 1,85±0,79 | 1,76±0,54 |
| Var | 217 | 2,28±0,61 | 3,24±0,78 | 1,99±0,91 | 1,56±0,75 | 1,95±1,01 | 1,76±0,63 |
| t= | | -0,553 | 0,038 | -0,957 | -0,820 | -0,510 | 0,079 |
| p= | | 0,581 | 0,969 | 0,339 | 0,413 | 0,611 | 0,937 |
| **Sigara İçme Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 167 | 2,23±0,60 | 3,22±0,79 | 1,88±0,89 | 1,52±0,71 | 1,89±0,96 | 1,75±0,60 |
| Evet | 84 | 2,34±0,58 | 3,28±0,76 | 2,13±0,87 | 1,59±0,76 | 2,02±1,04 | 1,77±0,63 |
| t= | | -1,288 | -0,506 | -2,054 | -0,700 | -1,031 | -0,307 |
| p= | | 0,199 | 0,613 | **0,041** | 0,484 | 0,303 | 0,759 |
| **Alkol Alma Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 216 | 2,29±0,61 | 3,26±0,79 | 1,99±0,89 | 1,56±0,75 | 1,93±0,99 | 1,79±0,63 |
| Evet | 35 | 2,15±0,45 | 3,13±0,71 | 1,80±0,84 | 1,46±0,57 | 1,92±1,00 | 1,56±0,43 |
| t= | | 1,245 | 0,921 | 1,186 | 0,695 | 0,076 | 2,089 |
| p= | | 0,127 | 0,358 | 0,237 | 0,487 | 0,939 | **0,008** |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar t-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5'te abdominal cerrahi geçiren hastaların 0-3 günde bireysel özelliklerine göre Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ) ve alt boyutları puan otalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde; Abdominal cerrahi uygulanan hastaların yaş gruplarına göre 0-3 gün ASİİ toplam, Fiziksel Aktiviteler ve İstek Arzu Semptomları alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan inceleme sonucuna göre; 65 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı görüldü ($p<0,05$). ASİİ Toplam ve Fiziksel Aktiviteler alt boyutlarında 65 yaş ve üzeri hastaların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. İstek arzu alt boyutunda 65 yaş ve üstü grubun puan ortalamaları 18-30 ve 31-50 yaş grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların (0-3 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Puanları incelendiğinde; normal ve düşük kilolu hastalarda 3,38±0,63 fazla kilolu hastalarda 3,08±0,60 ve obez hastalarda 3,45±0,71 olarak bulundu. ASİİ Toplam, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında BKİ gruplarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). ASİİ toplam, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında normal kilolu ve altı olanlar ile obez olanların puan ortalamaları fazla kilolu olanların puanından anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların cinsiyete göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Genel Semptomlar ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında kadın ve erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Kadın hastaların Genel Semptomlar ve Psikolojik Semptomlar puan ortalamalarının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların alerji durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomları, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında alerjisi olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların medeni durumuna göre (0-3 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında evli olanlar ile bekar olanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların eğitim durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda eğitim gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler, Genel Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında okur yazar olmayanların puan ortalamaları diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). ASİİ toplam ve Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ilköğretim ve lise mezunu olanların puan ortalamaları üniversite mezunlarına göre anlamlı şekilde daha yüksekti. Bağırsak Semptomları alt boyutunda, okur yazar olmayan ilköğretim ve lise mezunu olan hastaların puan ortalamaları üniversite mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların mesleklerine göre (0-3 gün) ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında meslek gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ev hanımı, işçi ve emekli olanların toplam ASİİ puanı memurlardan yüksek bulundu. Ev hanımlarının puan ortalaması serbest çalışanların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Mesleğe göre değerlendirmede Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bağırsak Semptomları alt boyutunda ev hanımı ve işçilerin puan ortalaması memurlardan, ev hanımlarının puan ortalaması emeklilerden yüksek bulundu. Genel Semptomlar ve İstek Arzu Semptomlar alt boyutlarında ev hanımı, işçi ve emekli olanların puan ortalaması memurlardan yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda ev hanımlarının puan ortalaması memur, emekli ve serbest çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların gelir düzeyine göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyut puanlarında gelir düzeyi gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sosyal güvence durumuna göre (0-3 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi puanları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyut puanlarında sosyal güvencesi olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sigara alışkanlığına göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Bağırsak Semptomlar alt boyutunda sigara içen ve içmeyenlerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (p<0,05). Sigara alışkanlığı olan hastaların bağırsak semptomlar alt boyut puan ortalaması sigara alışkanlığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların alkol alma durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Psikolojik Semptomlar alt boyutunda alkol alan ve almayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (p<0,05). Alkol almayan hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyut puan ortalaması alkol alan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 0-3 gün iyileşme indeksi puanları (N=251)

| **Demografik Özellikler** | **n** | **Toplam ASİİ 0-3. Gün** | **Fiziksel Aktiviteler 0-3. Gün** | **Bağırsak Semptomları 0-3. Gün** | **Genel Semptomlar 0-3. Gün** | **İstek Arzu Semptomları 0-3. Gün** | **Psikolojik Semptomlar 0-3. Gün** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tanı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Kolesistit[a] | 79 | 2,14±0,46 | 3,13±0,76 | 1,80±0,75 | 1,46±0,62 | 1,64±0,65 | 1,78±0,55 |
| Apandisit[b] | 23 | 2,12±0,43 | 3,02±0,75 | 1,87±0,74 | 1,41±0,58 | 1,80±0,71 | 1,66±0,61 |
| Herni[c] | 87 | 2,06±0,54 | 3,15±0,81 | 1,73±0,80 | 1,27±0,45 | 1,60±0,86 | 1,58±0,49 |
| Mide Perferasyonu[d] | 18 | 2,86±0,56 | 3,57±0,62 | 2,50±0,98 | 2,18±0,98 | 3,32±1,04 | 2,12±0,85 |
| İleus[e] | 35 | 2,81±0,65 | 3,55±0,75 | 2,72±0,91 | 2,23±0,90 | 2,78±1,05 | 2,04±0,76 |
| Karaciğer[f] | 9 | 2,42±0,33 | 3,86±0,47 | 1,91±1,08 | 1,28±0,52 | 2,03±0,59 | 1,69±0,46 |
| F= | | 16,463 | 4,075 | 9,589 | 15,398 | 22,541 | 4,775 |
| p= | | **0,000** | **0,001** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** |
| PostHoc= | | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | d,e,f>a,b,c (p<0,05) | d,e>a,b,c e>f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f d>e (p<0,05) | d,e>a,b,c a>c (p<0,05) |

**Tablo 4.6** (devam)

| **Ameliyat Sonrası** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0[a] | 42 | 2,11±0,53 | 3,14±0,87 | 1,71±0,78 | 1,24±0,36 | 1,89±0,99 | 1,67±0,50 |
| 1[b] | 116 | 2,14±0,48 | 3,17±0,68 | 1,81±0,75 | 1,43±0,62 | 1,67±0,86 | 1,66±0,57 |
| 2[c] | 32 | 2,19±0,61 | 3,16±0,96 | 1,92±0,94 | 1,42±0,61 | 1,87±0,91 | 1,70±0,44 |
| 3[d] | 61 | 2,66±0,67 | 3,49±0,76 | 2,46±1,00 | 2,03±0,93 | 2,50±1,04 | 2,03±0,76 |
| F= | | 13,456 | 2,822 | 9,411 | 15,001 | 10,462 | 5,592 |
| p= | | **0,000** | **0,039** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,001** |
| PostHoc= | | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) |
| **Geçirilen Cerrahi Girişimin Türü** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Kolesistektomi[a] | 79 | 2,14±0,46 | 3,13±0,76 | 1,80±0,75 | 1,46±0,62 | 1,64±0,65 | 1,78±0,55 |
| Apandektomi[b] | 23 | 2,12±0,43 | 3,02±0,75 | 1,87±0,74 | 1,41±0,58 | 1,80±0,71 | 1,66±0,61 |
| Herni Onarımı[c] | 87 | 2,06±0,54 | 3,15±0,81 | 1,73±0,82 | 1,27±0,45 | 1,60±0,86 | 1,58±0,49 |
| Mide Ameliyatı[d] | 18 | 2,86±0,56 | 3,57±0,62 | 2,50±0,98 | 2,18±0,98 | 3,32±1,04 | 2,12±0,85 |
| Kolorektal Cerrahi[e] | 35 | 2,90±0,65 | 3,55±0,75 | 2,72±0,91 | 2,23±0,90 | 2,78±1,05 | 2,04±0,76 |
| Karaciğer Ameliyatı[f] | 9 | 2,42±0,33 | 3,86±0,47 | 1,91±1,08 | 1,28±0,52 | 2,03±0,59 | 1,69±0,46 |
| F= | | 16,463 | 4,075 | 9,589 | 15,398 | 22,541 | 4,775 |
| p= | | **0,000** | **0,001** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** |
| PostHoc= | | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | d,e,f>a,b,c (p<0,05) | d,e>a,b,c e>f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f d>e (p<0,05) | d,e>a,b,c a>c (p<0,05) |
| **Yapılan Cerrahi İşlem** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Açık Ameliyat | 103 | 2,49±0,70 | 3,42±0,86 | 2,25±1,00 | 1,79±0,89 | 2,23±1,10 | 1,88±0,70 |
| Kapalı Ameliyat | 148 | 2,11±0,45 | 3,12±0,70 | 1,77±0,74 | 1,37±0,53 | 1,73±0,84 | 1,67±0,53 |
| t= | | 5,182 | 3,087 | 4,405 | 4,621 | 4,108 | 2,759 |
| p= | | **0,000** | **0,003** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,009** |
| **Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 95 | 2,13±0,55 | 3,07±0,71 | 1,79±0,76 | 1,42±0,64 | 1,83±0,95 | 1,67±0,62 |
| Evet | 156 | 2,35±0,61 | 3,34±0,81 | 2,07±0,94 | 1,62±0,77 | 1,99±1,01 | 1,81±0,61 |
| t= | | -2,936 | -2,730 | -2,468 | -2,051 | -1,276 | -1,737 |
| p= | | **0,004** | **0,007** | **0,014** | **0,041** | 0,203 | 0,084 |
| **Daha Önce Uygulanan Cerrahi Girişim** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Farklı Organ Sistem | 126 | 2,36±0,60 | 3,34±0,81 | 2,08±0,94 | 1,64±0,78 | 1,98±0,99 | 1,84±0,61 |
| Aynı Organ Sistem | 30 | 2,32±0,64 | 3,36±0,82 | 2,03±0,95 | 1,52±0,73 | 2,04±1,08 | 1,67±0,58 |
| t= | | 0,350 | -0,097 | 0,291 | 0,795 | -0,281 | 1,352 |
| p= | | 0,727 | 0,923 | 0,772 | 0,428 | 0,779 | 0,178 |
| **Anestezi Türü** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Genel | 232 | 2,29±0,59 | 3,25±0,77 | 1,98±0,89 | 1,57±0,74 | 1,97±0,99 | 1,76±0,62 |
| Spinal | 19 | 2,03±0,59 | 3,09±0,92 | 1,73±0,80 | 1,20±0,35 | 1,45±0,79 | 1,68±0,60 |
| t= | | 1,844 | 0,866 | 1,220 | 2,171 | 2,251 | 0,536 |
| p= | | 0,066 | 0,387 | 0,224 | **0,000** | **0,012** | 0,592 |

**Tablo 4.6** (devam)

| **Ameliyat Sonrası Destek Verecek Kişi Varlığı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yok | 14 | 2,24±0,45 | 3,22±0,76 | 1,90±0,85 | 1,50±0,58 | 1,96±0,70 | 1,73±0,70 |
| Var | 237 | 2,27±0,60 | 3,24±0,78 | 1,97±0,89 | 1,55±0,74 | 1,93±1,00 | 1,76±0,61 |
| t= | | -0,161 | -0,090 | -0,281 | -0,231 | 0,121 | -0,155 |
| p= | | 0,872 | 0,928 | 0,779 | 0,817 | 0,904 | 0,877 |
| **Kronik Hastalık Varlığı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 135 | 2,16±0,60 | 3,07±0,78 | 1,89±0,91 | 1,54±0,77 | 1,83±1,03 | 1,65±0,57 |
| Evet | 116 | 2,39±0,56 | 3,44±0,73 | 2,05±0,86 | 1,55±0,68 | 2,05±0,92 | 1,88±0,64 |
| t= | | -3,003 | -3,799 | -1,381 | -0,116 | -1,738 | -3,079 |
| p= | | **0,003** | **0,000** | 0,169 | 0,908 | 0,083 | **0,002** |
| **Var Olan Kronik Hastalık** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Diyabet | 35 | 2,31±0,51 | 3,49±0,66 | 1,83±0,73 | 1,336±0,477 | 1,943±0,883 | 1,921 ±0,612 |
| Hipertansiyon | 57 | 2,41±0,57 | 3,46±0,69 | 2,08±0,88 | 1,63±0,68 | 2,05±0,94 | 1,84±0,69 |
| Kalp Hastalığı | 24 | 2,45±0,62 | 3,32±0,94 | 2,28±0,92 | 1,67±0,86 | 2,21±0,93 | 1,93±0,56 |
| F= | | 0,446 | 0,424 | 2,069 | 2,571 | 0,589 | 0,235 |
| p= | | 0,641 | 0,656 | 0,131 | 0,081 | 0,557 | 0,791 |
| **Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı** | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Yok | 134 | 2,16±0,60 | 3,06±0,78 | 1,89±0,91 | 1,54±0,77 | 1,83±1,04 | 1,64±0,57 |
| Var | 117 | 2,39±0,56 | 3,44±0,73 | 2,05±0,85 | 1,54±0,68 | 2,05±0,92 | 1,89±0,64 |
| t= | | -3,076 | -3,930 | -1,443 | -0,021 | -1,746 | -3,185 |
| p= | | **0,002** | **0,000** | 0,150 | 0,983 | 0,082 | **0,002** |
| **Sürekli Kullanılan İlaçlar** | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Antidiyabetik | 35 | 2,31±0,51 | 3,49±0,66 | 1,83±0,73 | 1,34±0,48 | 1,94±0,88 | 1,92±0,61 |
| Antihipertansif | 58 | 2,41±0,57 | 3,47±0,69 | 2,09±0,88 | 1,62±0,68 | 2,05±0,93 | 1,85±0,69 |
| Antikagülan | 24 | 2,45±0,62 | 3,32±0,94 | 2,28±0,92 | 1,67±0,86 | 2,21±0,93 | 1,93±0,56 |
| F= | | 0,462 | 0,448 | 2,100 | 2,471 | 0,594 | 0,199 |
| p= | | 0,631 | 0,640 | 0,127 | 0,089 | 0,554 | 0,820 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar t-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.6’ da abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 0-3 gün iyileşme indeksi puanları yer almaktadır.

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sahip olduğu tanıya göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm

alt boyutlarda tanı gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). ASİİ Toplam ve Genel Semptomlar alt boyutlarında; mide perforasyonu ve ileus olan hastaların puan ortalaması kolesistit, apandisit, herni ve karaciğer hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda; mide perforasyonu, ileus ve karaciğer hastalığı olanların puan ortalaması kolesistit, apandisit ve herni olan hastaların puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda; mide perforasyonu ve ileus tanısı konulan hastaların puanı kolesistit, apandisit ve herni tanısı konulan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İleus tanılı hastaların puanı karaciğer hastalığı olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. İstek arzu semptomları alt boyutunda; mide perforasyonu ve ileus tanısı konulan hastaların puan ortalaması kolesistit, apandisit, herni ve karaciğer hastalığı olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Mide perforasyonu olan hastaların puan ortalaması ileus tanılı hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda; mide perforasyonu ve ileus tanı grubundaki hastaların puanı kolesistit, apandisit ve herni tanısı olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulundu. Kolesistit tanılı hastaların puan ortalaması herni tanısı olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası gün sayısına göre (0-3 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde; toplam ASİİ ve alt boyutlarda puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ameliyat sonrası 3. günde olan hastaların ASİİ Toplam, Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyut puan ortalamaları ameliyat sonrası 0. 1. ve 2. günde olanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ameliyat sonrası 3. günde olanların puanı, 0. ve 1. Günde olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların geçirilen cerrahi girişimin türüne göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında girişim gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). ASİİ Toplam ve Genel Semptonlar alt boyutlarında; mide ve kolorekal cerrahi geçiren hastaların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi, herni

onarımı ve karaciğer ameliyatı olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda; mide, kolorektal ve karaciğer cerrahisi geçirenlerin puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımı yapılan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda; mide ve kolorektal cerrahi olanların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımı yapılan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kolorektal cerrahi geçirenlerin puan ortalaması, karaciğer cerrahisi geçirenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. İstek Arzu Semptonları alt boyutunda; mide ve kolorektal cerrahi uygulananların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi, herni onarımı ve karaciğer cerrahisi uygulananlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Aynı zamanda mide cerrahisi geçirenlerin puan ortalaması kolorektal cerrahisi geçirenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda; mide ve kolorektal cerrahi olan hastaların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımı olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Ayrıca kolesistektomi olan hastaların puan ortalaması herni onarımı yapılan hastalardan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat tipine göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda açık ya da kapalı cerrahi yapılanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Açık ameliyat yapılan hastaların ASİİ Toplam ve alt boyut puan ortalamaları kapalı (laparoskopik) ameliyat yapılan hastalardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların daha önce cerrahi işlem geçirme durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları ve Genel Semptomlar alt boyutlarında cerrahi geçiren ve geçirmeyenler arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Daha önce cerrahi geçiren hastaların ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptonları ve Genel Semptonlar alt boyut puan ortalamaları geçirmeyenlerden yüksekti. Önceden cerrahi geçiren ve geçirmeyenlerin İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptonlar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların daha önce uygulanan cerrahi girişimin aynı ya da farklı organa ait olmasına göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi geçiren hastalara uygulanan anestezi türüne göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Genel Semptonlar ve İstek Arzu Semptonları alt boyutlarında genel ve spinal anestezi uygulananların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Genel anestezi uygulanan hastaların puan ortalamaları spinal anestezi uygulananlardan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastalara ameliyat sonrası destek veren bir kişi olup olmadığına göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; ASİİ Toplam ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların kronik hastalık varlığına göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında kronik hastalığı olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan kişilerin puanı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların kronik hastalıkların türüne göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sürekli ilaç kullanma durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında ilaç kullanan ve kullanmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullananların puan ortalamasının kullanmayanlardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sürekli kullandıkları ilaçların türüne göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda antidiyabetik, antihipertansif ve antikoagülan kullanan kişilerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

## 4.4. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARI

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 15-30 gün puanlarının bireysel özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları tablo 4.7'de verilmiştir.

**Tablo 4.7:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları (N=251)

| **Demografik Özellikler** | **n** | Toplam ASİİ 15-30. Gün | Fiziksel Aktiviteler 15-30. Gün | Bağırsak Semptomları 15-30. Gün | Genel Semptomlar 15-30.. Gün | İstek Arzu Semptomları 15-30.Gün | Psikolojik Semptomlar 15-30.Gün |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| 18-30[a] | 22 | 1,14±0,27 | 1,23±0,47 | 1,05±0,11 | 1,11±0,35 | 1,20±0,49 | 1,06±0,15 |
| 31-50[b] | 74 | 1,19±0,28 | 1,31±0,60 | 1,15±0,35 | 1,20±0,26 | 1,22±0,44 | 1,07±0,17 |
| 51-64[c] | 93 | 1,32±0,31 | 1,49±0,48 | 1,24±0,37 | 1,19±0,38 | 1,29±0,42 | 1,21±0,25 |
| 65 ve Üzeri[d] | 62 | 1,75±0,54 | 2,39±0,86 | 1,43±0,57 | 1,32±0,48 | 1,55±0,62 | 1,50±0,56 |
| F= | | 30,770 | 44,879 | 7,334 | 3,929 | 5,947 | 20,614 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,009** | **0,001** | **0,000** |
| PostHoc= | | d>a,b,c c>a,b (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c c>a (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c (p<0,05) | d>a,b,c c>b (p<0,05) |
| **Bki** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Normal Kilolu ve Altı[a] | 101 | 2,26±0,77 | 1,83±0,83 | 1,32±0,60 | 1,23±0,40 | 1,42±0,54 | 1,30±0,44 |
| Fazla Kilolu[b] | 84 | 1,92±0,75 | 1,48±0,58 | 1,21±0,34 | 1,11±0,28 | 1,22±0,37 | 1,12±0,27 |
| Obez[c] | 66 | 1,97±0,80 | 1,53±0,73 | 1,18±0,37 | 1,23±0,44 | 1,33±0,57 | 1,17±0,36 |
| F= | | 5,194 | 6,294 | 2,732 | 2,702 | 3,730 | 3,312 |
| p= | | **0,006** | **0,002** | 0,067 | 0,069 | **0,025** | **0,038** |
| PostHoc= | | a>b,c (p<0,05) | a>b,c (p<0,05) | | | a>b (p<0,05) | a>b,c (p<0,05) |
| **Cinsiyet** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Kadın | 106 | 1,41±0,46 | 1,70±0,80 | 1,28±0,44 | 1,21±0,36 | 1,37±0,51 | 1,27±0,45 |
| Erkek | 145 | 1,34±0,41 | 1,59±0,70 | 1,22±0,42 | 1,18±0,39 | 1,30±0,50 | 1,19±0,30 |
| t= | | 1,356 | 1,159 | 0,992 | 0,748 | 1,018 | 1,610 |
| p= | | 0,176 | 0,248 | 0,322 | 0,455 | 0,310 | 0,131 |
| **Alerji Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Yok | 200 | 1,37±0,42 | 1,63±0,75 | 1,23±0,40 | 1,19±0,39 | 1,33±0,51 | 1,22±0,34 |
| Var | 51 | 1,39±0,46 | 1,64±0,71 | 1,31±0,52 | 1,18±0,33 | 1,31±0,48 | 1,26±0,47 |
| t= | | -0,322 | -0,056 | -1,271 | 0,207 | 0,221 | -0,807 |
| p= | | 0,748 | 0,955 | 0,205 | 0,836 | 0,825 | 0,420 |
| **Medeni Durum** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |

**Tablo 4.7** (devam)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bekar | 59 | 1,37±0,46 | 1,66±0,86 | 1,19±0,38 | 1,17±0,33 | 1,34±0,53 | 1,25±0,42 |
| Evli | 192 | 1,37±0,42 | 1,63±0,71 | 1,26±0,44 | 1,20±0,39 | 1,32±0,50 | 1,22±0,36 |
| t= | | 0,025 | 0,313 | -1,095 | -0,501 | 0,270 | 0,639 |
| p= | | 0,980 | 0,778 | 0,275 | 0,617 | 0,787 | 0,523 |

| **Eğitim Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Okuryazar Değil[a] | 21 | 1,86±0,59 | 2,45±1,00 | 1,54±0,64 | 1,37±0,46 | 1,65±0,66 | 1,75±0,66 |
| İlköğretim[b] | 117 | 1,40±0,45 | 1,70±0,77 | 1,26±0,46 | 1,21±0,43 | 1,34±0,51 | 1,24±0,34 |
| Lise[c] | 58 | 1,32±0,31 | 1,56±0,61 | 1,22±0,31 | 1,16±0,32 | 1,32±0,49 | 1,14±0,24 |
| Üniversite[d] | 55 | 1,17±0,21 | 1,25±0,31 | 1,13±0,27 | 1,11±0,27 | 1,18±0,38 | 1,09±0,19 |
| F= | | 15,780 | 16,413 | 5,031 | 2,585 | 4,724 | 21,561 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,002** | 0,054 | **0,003** | **0,000** |
| PostHoc= | | a>b,c,d b,c>d (p<0,05) | a>b,c,d b,c>d (p<0,05) | a>b,c,d (p<0,05) | | a>b,c,d b>d (p<0,05) | a>b,c,d b>d (p<0,05) |

| **Meslek** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ev Hanımı[a] | 68 | 1,46±0,50 | 1,79±0,88 | 1,30±0,46 | 1,22±0,37 | 1,40±0,52 | 1,32±0,50 |
| İşçi[b] | 44 | 1,26±0,38 | 1,47±0,73 | 1,16±0,40 | 1,11±0,27 | 1,27±0,46 | 1,11±0,22 |
| Memur[c] | 34 | 1,11±0,17 | 1,14±0,21 | 1,10±0,24 | 1,04±0,16 | 1,15±0,42 | 1,07±0,15 |
| Emekli[d] | 70 | 1,51±0,45 | 1,87±0,72 | 1,36±0,49 | 1,26±0,45 | 1,43±0,59 | 1,32±0,38 |
| Serbest Meslek[e] | 35 | 1,31±0,33 | 1,54±0,58 | 1,17±0,31 | 1,24±0,48 | 1,21±0,32 | 1,16±0,24 |
| F= | | 7,426 | 7,610 | 3,354 | 2,682 | 2,764 | 5,511 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,011** | **0,032** | **0,028** | **0,000** |
| PostHoc= | | a,d>b,c d>e e>c (p<0,05) | a,d>b,c d>e b>c (p<0,05) | d>b,c,e a>c (p<0,05) | d>b,c a,e>c (p<0,05) | a>c d>c,e (p<0,05) | a,d>b,c,e (p<0,05) |

| **Gelir Düzeyi** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gelir Gidere Göre Az | 70 | 1,36±0,39 | 1,67±0,72 | 1,23±0,45 | 1,16±0,31 | 1,27±0,43 | 1,20±0,30 |
| Gelir Gideri Dengeler | 164 | 1,37±0,44 | 1,62±0,75 | 1,25±0,41 | 1,19±0,38 | 1,35±0,53 | 1,23±0,36 |
| Gelir Gidere Göre Fazla | 17 | 1,41±0,56 | 1,61±0,79 | 1,28±0,50 | 1,29±0,55 | 1,37±0,58 | 1,32±0,67 |
| F= | | 0,079 | 0,132 | 0,153 | 0,796 | 0,543 | 0,755 |
| p= | | 0,924 | 0,876 | 0,858 | 0,452 | 0,582 | 0,471 |

| **Sosyal Güvence Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yok | 34 | 1,41±0,35 | 1,77±0,76 | 1,22±0,37 | 1,16±0,29 | 1,35±0,38 | 1,26±0,33 |
| Var | 217 | 1,36±0,44 | 1,61±0,74 | 1,25±0,43 | 1,20±0,39 | 1,32±0,52 | 1,22±0,38 |
| t= | | 0,617 | 1,128 | -0,421 | -0,485 | 0,314 | 0,633 |
| p= | | 0,538 | 0,260 | 0,674 | 0,628 | 0,754 | 0,528 |

| **Sigara Kullanma Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hayır | 167 | 1,39±0,44 | 1,68±0,77 | 1,25±0,43 | 1,18±0,35 | 1,32±0,50 | 1,25±0,40 |
| Evet | 84 | 1,34±0,41 | 1,54±0,69 | 1,24±0,42 | 1,20±0,43 | 1,34±0,51 | 1,19±0,31 |
| t= | | 0,811 | 1,403 | 0,089 | -0,416 | -0,391 | 1,105 |
| p= | | 0,418 | 0,162 | 0,930 | 0,678 | 0,696 | 0,270 |

| **Alkol Kullanma Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hayır | 216 | 1,39±0,44 | 1,67±0,76 | 1,25±0,44 | 1,19±0,39 | 1,33±0,51 | 1,24±0,39 |

**Tablo 4.7** (devam)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evet | 35 | 1,28±0,32 | 1,42±0,60 | 1,21±0,36 | 1,17±0,32 | 1,29±0,49 | 1,16±0,22 |
| t= | | 1,409 | 1,802 | 0,521 | 0,331 | 0,530 | 1,199 |
| p= | | 0,160 | 0,073 | 0,603 | 0,741 | 0,596 | 0,232 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.7'de abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları yer almaktadır.

Tablo 4.7 incelendiğinde; Abdominal cerrahi uygulanan hastaların yaş gruplarına göre 15-30 gün ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan inceleme sonucuna göre 65 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı görüldü ($p<0,05$). ASİİ toplam ve tüm alt boyutlarında 65 yaş ve üzeri hastaların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. ASİİ toplam puan ortalaması 51-64 yaş grubunun 18-30 ve 31-50 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda 51-64 yaş grubunun 18-30 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Psikolojik Semptonlar alt boyutunda 51-64 yaş grubunun 31-50 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların (15-30 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi puanları incelendiğinde; normal ve düşük kilolu hastalarda 2,26±0,77, fazla kilolu hastalarda 1,92±0,75 ve obez hastalarda 1,97±0,80 olarak bulundu. ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler, İstek Arzu Semptonları ve Psikolojik Semptonlar alt boyut puanı ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptonlar alt boyutunda normal kilolu ve altı olanların puan ortalamaları fazla kilolu ve obez olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İstek Arzu Semptonları alt boyutunda normal kilolu ve altı olanların fazla kilolu olanlara göre puan ortalaması anlamlı derecede yüksekti (Tablo 4.7).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların cinsiyete göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında kadın ve erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların alerji durumuna göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında alerjisi olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların medeni durumuna göre (15-30 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında evli olanlar ile bekar olanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların eğitim durumuna göre (15-30 gün) ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomları alt boyutlarında okur yazar olmayanların puan ortalaması ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). ASİİ toplam ve Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ilköğretim ve lise mezunu olanların puan ortalaması üniversite mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İstek Arzu ve Psikolojik Semptomlar alt boyutunda ilköğretim mezunu olanların puan ortalaması üniversite mezunu olana göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.7).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların mesleklerine göre (15-30 gün) ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında meslek gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Toplam ASİİ'de ev hanımı ve emekli olanların puan ortalaması işçi ve memur olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Emekli olanların puan ortalaması serbest meslek yapanlardan, serbest meslek yapanların puan ortalaması da memurlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ev hanımı ve emekli olanların puan ortalaması işçi ve memur olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Emekli olanların puan ortalaması serbest meslekten, işçilerin puan ortalaması da memurlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda emeklilerin puanı işçi, memur ve serbest meslek yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Ev hanımının puan ortalaması da memura göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel Semptomlar alt boyutunda emeklilerin puan ortalaması işçi ve memurlara göre, ev hanımı ve serbest meslek olanların da memurlara göre anlamlı

düzeyde yüksek bulundu. İstek Arzu Semptomları alt boyutunda ev hanımının puan ortalaması memura göre, emeklinin puan ortalaması da memur ve serbest mesleğe göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda ev hanımı ve emeklilerin puan ortalaması işçi, memur ve serbest mesleğe göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların gelir düzeyine göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyut puanlarında gelir düzeyi gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sosyal güvence durumuna göre (15-30 gün) Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyut puanlarında sosyal güvencesi olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sigara alışkanlığına göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında sigara içen ve içmeyenlerin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların alkol alma durumuna göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında alkol alan ve almayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmedi (p>0,05).

**Tablo 4.8:** Abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları (N=251)

| **Demografik Özellikler** | **n** | Toplam ASİİ 15-30. Gün | Fiziksel Aktiviteler 15-30. Gün | Bağırsak Semptomları 15-30. Gün | Genel Semptomlar 15-30.. Gün | İstek Arzu Semptomları 15-30.Gün | Psikolojik Semptomlar 15-30.Gün |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tanı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Kolesistit[a] | 79 | 1,26±0,30 | 1,54±0,68 | 1,12±0,20 | 1,08±0,18 | 1,13±0,23 | 1,18±0,27 |
| Apandisit[b] | 23 | 1,25±0,33 | 1,51±0,73 | 1,09±0,17 | 1,09±0,18 | 1,21±0,30 | 1,15±0,26 |
| Herni[c] | 87 | 1,24±0,34 | 1,48±0,66 | 1,10±0,23 | 1,07±0,20 | 1,15±0,33 | 1,19±0,33 |
| Mide Perfarasyonu[d] | 18 | 1,46±0,33 | 1,55±0,61 | 1,26±0,35 | 1,28±0,45 | 2,10±0,58 | 1,07±0,14 |
| İleus[e] | 35 | 1,94±0,52 | 2,19±0,85 | 2,03±0,51 | 1,79±0,54 | 1,90±0,62 | 1,54±0,62 |
| Karaciğer[f] | 9 | 1,54±0,33 | 2,24±0,81 | 1,09±0,20 | 1,19±0,32 | 1,31±0,37 | 1,28±0,23 |
| F= | | 22,616 | 7,000 | 64,340 | 35,340 | 39,253 | 6,783 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** |
| PostHoc= | | d>a,c e,f>a,b,c e>d,f (p<0,05) | e,f>a,b,c,d (p<0,05) | d>c e>a,b,c,d,f (p<0,05) | d,e>a,b,c e>d,f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | e>a,b,c,d (p<0,05) |

**Tablo 4.8** (devam)

| **Geçirilen Cerrahi Girişim** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kolesistektomi[a] | 79 | 1,26±0,30 | 1,54±0,68 | 1,12±0,20 | 1,08±0,18 | 1,13±0,23 | 1,18±0,27 |
| Apandektomi[b] | 23 | 1,25±0,33 | 1,51±0,73 | 1,09±0,17 | 1,09±0,18 | 1,21±0,30 | 1,15±0,26 |
| Herni Onarımı[c] | 87 | 1,24±0,34 | 1,48±0,66 | 1,10±0,23 | 1,07±0,20 | 1,15±0,33 | 1,19±0,33 |
| Mide Ameliyatı[d] | 18 | 1,46±0,33 | 1,55±0,61 | 1,26±0,35 | 1,28±0,45 | 2,10±0,58 | 1,07±0,14 |
| Kolorektal Cerrahi[e] | 35 | 1,94±0,52 | 2,19±0,85 | 2,03±0,51 | 1,79±0,54 | 1,90±0,62 | 1,54±0,62 |
| Karaciğer Ameliyatı[f] | 9 | 1,54±0,33 | 2,24±0,81 | 1,09±0,20 | 1,19±0,32 | 1,31±0,37 | 1,28±0,23 |
| F= | | 22,616 | 7,000 | 64,340 | 35,340 | 39,253 | 6,783 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** |
| PostHoc= | | d>a,c e,f>a,b,c e>d,f (p<0,05) | e,f>a,b,c,d (p<0,05) | d>c e>a,b,c,d,f (p<0,05) | d,e>a,b,c e>d,f (p<0,05) | d,e>a,b,c,f (p<0,05) | e>a,b,c,d (p<0,05) |
| **Yapılan Cerrahi İşlem** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Açık Ameliyat | 103 | 1,57±0,53 | 1,93±0,89 | 1,42±0,55 | 1,33±0,50 | 1,53±0,59 | 1,33±0,49 |
| Kapalı Ameliyat | 148 | 1,23±0,27 | 1,43±0,54 | 1,13±0,26 | 1,09±0,22 | 1,19±0,38 | 1,15±0,24 |
| t= | | 6,638 | 5,541 | 5,640 | 5,055 | 5,518 | 3,937 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,001** |
| **Daha Önce Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 95 | 1,27±0,40 | 1,43±0,59 | 1,20±0,40 | 1,15±0,39 | 1,27±0,49 | 1,15±0,39 |
| Evet | 156 | 1,43±0,44 | 1,76±0,80 | 1,28±0,44 | 1,22±0,37 | 1,36±0,51 | 1,27±0,35 |
| t= | | -3,013 | -3,487 | -1,469 | -1,428 | -1,327 | -2,497 |
| p= | | **0,002** | **0,000** | 0,143 | 0,154 | 0,186 | **0,013** |
| **Daha Önce Uygulanan Cerrahi Girişim** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Farklı Organ/Sistem | 126 | 1,44±0,46 | 1,79±0,84 | 1,26±0,42 | 1,20±0,36 | 1,37±0,52 | 1,28±0,37 |
| Aynı Organ/ Sistem | 30 | 1,40±0,35 | 1,62±0,58 | 1,35±0,49 | 1,28±0,39 | 1,31±0,47 | 1,23±0,26 |
| t= | | 0,480 | 1,089 | -1,070 | -1,078 | 0,620 | 0,672 |
| p= | | 0,632 | 0,178 | 0,286 | 0,283 | 0,536 | 0,503 |
| **Anestezi Türü** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Genel | 232 | 1,39±0,44 | 1,66±0,76 | 1,26±0,44 | 1,20±0,39 | 1,35±0,52 | 1,23±0,38 |
| Spinal | 19 | 1,16±0,16 | 1,30±0,32 | 1,09±0,15 | 1,05±0,23 | 1,09±0,17 | 1,13±0,19 |
| t= | | 2,266 | 2,074 | 1,620 | 1,657 | 2,135 | 1,163 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,001** | **0,016** | **0,000** | 0,246 |
| **Ameliyat Sonrası Destek Verecek Kişi Varlığı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Yok | 14 | 1,47±0,60 | 1,81±0,86 | 1,31±0,60 | 1,34±0,60 | 1,27±0,57 | 1,32±0,52 |
| Var | 237 | 1,37±0,42 | 1,62±0,74 | 1,24±0,41 | 1,18±0,36 | 1,33±0,50 | 1,22±0,36 |
| t= | | 0,891 | 0,920 | 0,616 | 1,502 | -0,456 | 0,975 |
| p= | | 0,374 | 0,358 | 0,539 | 0,351 | 0,648 | 0,330 |
| **Kronik Hastalık Varlığı** | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Hayır | 135 | 1,27±0,35 | 1,45±0,60 | 1,19±0,37 | 1,15±0,34 | 1,26±0,48 | 1,12±0,22 |
| Evet | 116 | 1,49±0,49 | 1,84±0,84 | 1,32±0,47 | 1,24±0,42 | 1,41±0,52 | 1,35±0,47 |
| t= | | -4,239 | -4,267 | -2,416 | -1,861 | -2,342 | -4,944 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,018** | 0,068 | **0,021** | **0,000** |

**Tablo 4.8** (devam)

| **Var Olan Kronik Hastalık** | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diyabet | 35 | 1,35±0,36 | 1,64±0,73 | 1,18±0,39 | 1,16±0,30 | 1,33±0,45 | 1,19±0,26 |
| Hipertansiyon | 57 | 1,53±0,54 | 1,88±0,88 | 1,35±0,48 | 1,28±0,46 | 1,43±0,56 | 1,42±0,57 |
| Kalp Hastalığı | 24 | 1,60±0,48 | 2,06±0,85 | 1,42±0,52 | 1,24±0,45 | 1,46±0,53 | 1,41±0,37 |
| F= | | 2,333 | 1,934 | 2,192 | 0,906 | 0,587 | 2,819 |
| p= | | 0,102 | 0,149 | 0,116 | 0,407 | 0,558 | 0,064 |
| **Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı** | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Yok | 134 | 1,26±0,34 | 1,44±0,58 | 1,19±0,38 | 1,14±0,33 | 1,26±0,48 | 1,12±0,22 |
| Var | 117 | 1,50±0,49 | 1,86±0,85 | 1,31±0,47 | 1,25±0,42 | 1,41±0,52 | 1,35±0,46 |
| t= | | -4,468 | -4,595 | -2,339 | -2,135 | -2,385 | -5,048 |
| p= | | **0,000** | **0,000** | **0,022** | **0,037** | **0,018** | **0,000** |
| **Sürekli Kullanılan İlaçlar** | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Antidiyabetik | 35 | 1,350±0,363 | 1,636±0,728 | 1,183±0,389 | 1,164±0,303 | 1,329±0,449 | 1,193±0,258 |
| Antihipertansif | 58 | 1,544±0,541 | 1,907±0,899 | 1,348±0,482 | 1,297±0,467 | 1,435±0,555 | 1,418±0,569 |
| Antikagülan | 24 | 1,598±0,483 | 2,057±0,853 | 1,417±0,517 | 1,240±0,451 | 1,458±0,530 | 1,406±0,375 |
| F= | | 2,436 | 1,992 | 2,143 | 1,093 | 0,600 | 2,882 |
| p= | | 0,092 | 0,141 | 0,122 | 0,339 | 0,551 | 0,060 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.8.'de abdominal cerrahi geçiren hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre 15-30 gün iyileşme indeksi puanları yer almaktadır.

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sahip olduğu tanıya göre (15-30 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda tanı gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Toplam ASİİ puanları incelendiğinde mide perforasyonu olan hastaların puan ortalaması kolesistit ve apandisit tanısı olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu. İleus ve karaciğer/kist hidatik tanılı hastaların puan ortalaması kolesistit, apandisit ve herni tanısı olanlara göre, ileus tanısı olan hastaların puan ortalaması ise mide perforasyonu ve karaciğer/kist hidatik tanılı hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ileus ve karaciğer/kist hidatik tanılı hastaların puan ortalaması diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda mide perforasyonu geçiren hastaların puan ortalaması herni tanılı hasta grubunun puanından yüksekti. İleus tanılı hasta gruplarının puan ortalaması diğer tanı grubundaki hastaların puan ortalamasından yüksek bulundu. Genel

Semptomlar alt boyutunda tanısı mide perforasyonu ve ileus olan hastaların puan ortalaması tanısı kolesistit, apandisit ve herni olanların puan ortalamasından yüksek bulundu. Tanısı ileus olan hastaların puan ortalaması diğer tanı gruplarındaki hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İstek Arzu Semptomları alt boyutunda mide perforasyonu ve ileus tanısı olan hastaların puan ortalaması diğer tanı gruplarındaki hastaların puan ortalamasından yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda ileus tanısı olan hastaların puan ortalaması kolesistit, apandisit, herni ve mide perforasyonu tanısı olan hastaların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulundu.

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların geçirilen cerrahi girişimin türüne göre (15-30 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında girişim gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Toplam ASİİ puanları incelendiğinde mide ameliyatı olan hastaların puan ortalaması kolesistektomi ve apandektomi ameliyatı olanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu. Kolorektal cerrahi ve karaciğer ameliyatı olan hastaların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımına göre, kolorektal cerrahi olan hastaların puan ortalaması ise mide ameliyatı ve karaciğer ameliyatı olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda kolorektal cerrahi ve karaciğer/kist hidatik ameliyatı olan hastaların puan ortalaması diğer cerrahi girişimlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bağırsak Semptomları alt boyutunda mide ameliyatı geçiren hastaların puan ortalaması herni onarımı yapılanlardan yüksek bulundu. Kolorektal cerrahi yapılan hastaların puan ortalaması da diğer ameliyat türlerinin puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulundu. Genel Semptomlar alt boyutunda mide ameliyatı ve kolorektal cerrahi geçiren hastaların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımı yapılan hastaların puan ortalamasından yüksek bulundu. Kolorektal cerrahi olan hastaların puan ortalaması da diğer ameliyat türü olan hastaların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İstek Arzu Semptomları alt boyutunda mide ameliyatı ve kolorektal cerrahi yapılan hastaların puan ortalaması diğer cerrahi türü yapılan hastaların puan ortalamasından yüksek bulundu. Psikolojik Semptomlar alt boyutunda kolorektal cerrahi olan hastaların puan ortalaması kolesistektomi, apandektomi, herni onarımı ve mide ameliyatı olan hastaların puan ortalamasından anlamlı dercede yüksek bulundu (Tablo 4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat tipine göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda açık ya da kapalı cerrahi yapılanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Açık ameliyat yapılan hastaların ASİİ toplam ve alt boyut puan ortalamaları kapalı (laparoskopik) ameliyat yapılan hastalardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların daha önce cerrahi işlem geçirme durumuna göre (0-3 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları ve Genel Semptomlar alt boyutlarında cerrahi geçiren ve geçirmeyenler arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Daha önce cerrahi geçiren hastaların ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptonları ve Genel Semptonlar alt boyut puan ortalamaları geçirmeyenlerden yüksekti. Önceden cerrahi geçiren ve geçirmeyenlerin İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptonlar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat tipine göre (15-30 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda açık ya da kapalı cerrahi yapılanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Açık ameliyat yapılan hastaların Toplam ASİİ ve alt boyut puan ortalamaları kapalı (laparoskopik) ameliyat yapılan hastalardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların daha önce cerrahi işlem geçirme durumuna göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptonlar alt boyutlarında cerrahi geçiren ve geçirmeyenler arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Daha önce cerrahi uygulanan hastaların ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptonlar alt boyut puan ortalamaları geçirmeyenlere göre daha yüksek bulundu. Daha önce cerrahi uygulanma durumuna göre ASİİ alt boyutlarından Bağırsak Semptonları, Genel Semptonlar ve İstek Arzu Semptonlar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların daha önce uygulanan cerrahi girişimin aynı ya da farklı organa ait olmasına göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların uygulanan anestezi türüne göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptonları, Genel Semptonlar ve İstek Arzu Semptonları alt boyutlarında genel ve

spinal anestezi uygulananların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Genel anestezi uygulanan hastaların puan ortalamaları spinal anestezi uygulanan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastalara ameliyat sonrası destek veren bir kişi olup olmadığına göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların kronik hastalık varlığına göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptonları, İstek Arzu Semptonları ve Psikolojik Semptonlar alt boyutlarında kronik hastalığı olan ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan kişilerin puanı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların kronik hastalıkların türüne göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sürekli ilaç kullanma durumuna göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında ilaç kullanan ve kullanmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullananların puan ortalamasının kullanmayanlardan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8).

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların sürekli kullandıkları ilaçların türüne göre (15-30 gün) ASİİ puanları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda antidiyabetik, antihipertansif ve antikoagülan kullanan kişilerin kullanmayanlara göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

# 5. TARTIŞMA

Gelişen teknolojinin cerrahi alandaki yansımaları ve ameliyat sonrası hasta bakımındaki yenilikler sayesinde cerrahi uygulamalar daha yaygın ve güvenilir hale gelmiştir. Abdominal cerrahi geçiren hastalarda, karın kaslarına yapılan insizyon nedeniyle ve bu bölgenin hareketli ve ağrılı olması sebebiyle hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken güçlük çekmektedir. Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde hastalar, ameliyat sonrası egzersizleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme konusunda sıkıntı yaşayabilmektedir (1,16). İyileşme sürecinin uzun dönemde de izlemi önem arz eder. Hastaların ilk bir ay içinde komplikasyonlar açısında risk altında olduğu bilinmektedir (22,23). Abdominal cerrahi sonrası iyileşme döneminde hastaların yaşadıkları problemlerin belirlenmesi, ameliyat öncesi dönemde önlemleri doğru planlamayı sağlayacaktır ve ameliyat sonrası komplikasyonlar azaltılarak bakım kalitesi arttırılabilecektir (6,22).

Bu bölümde ‘‘Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Belirlenmesi’’ amacıyla yapılan çalışmamız literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışılarak yorumlanmıştır.

5.1.Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası 0-3 Gün ve 15-30 Gün ASİİ Puanlarının ve Güçlük Durumlarının Tartışılması

5.2. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre 0-3 Gün ve 15-30 Gün İyileşme İndeksi Puanlarının Tartışılması

5.3. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre 0-3 Gün ve 15-30 Gün İyileşme İndeksi Puanlarının Tartışılması

## 5.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN ASİİ PUANLARININ VE GÜÇLÜK DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, 0-3 gün Toplam ASİİ puan ortalaması 2,27±0,59 olarak saptandı ve hastaların erken dönem iyileşme sürecinde ‘orta güçlük' yaşadıkları belirlendi. ASİİ alt boyut puanları incelendiğinde, hastaların Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda 'çok güçlük', Bağırsak Semptomları, Genel Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında ise 'orta güçlük'

yaşadıkları bulundu. Hastaların 15-30 gün ASİİ puan ortalaması 1,37±0,43 olarak tespit edilmiş ve geç dönem iyileşme sürecinde 'az güçlük' yaşandığı görülmüştür. Geç dönem ASİİ Toplam puanının erken döneme göre anlamlı şekilde düştüğü saptandı. Güçlük düzeyi orta güçlükten az güçlüğe değişmiştir. Bu bulgumuz geç dönemde abdominal cerrahi geçiren hastaların fiziksel durumunun iyiye gittiğini ve rahatsızlıklarının azaldığını ifade etmektedir. Başka deyişle ameliyat sonrası geç dönemde hastaların iyileşmesi ilerlemekte ve zamanla sağlığı yeniden kazanmaktadırlar. Ayrıca, ASİİ alt boyutları incelendiğinde, Fiziksel Aktiviteler boyutunda çok güçlükten orta güçlüğe düşüş olduğu, diğer alt boyutlarda ise orta güçlükten az güçlüğe geçiş olduğu belirlendi.

Cengiz ve Aygin (2019) tarafından genel cerrahi hastalarında yapılan ameliyat sonrası iyileşmenin değerlendirildiği çalışmada erken dönem ASİİ toplam puan ortalaması 3,39±0,916 olarak belirlenmiştir ve hastaların iyileşmede 'çok güçlük' yaşadıkları saptanmıştır. Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda 'aşırı güçlük' yaşandığı ve diğer alt boyutlarda 'çok güçlük' yaşandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada geç dönem iyileşme puanlarının erken döneme göre düştüğü ve geç dönemde 'az güçlük' yaşandığı bulunmuştur. Cengiz'in çalışmasındaki geç dönem iyileşme bulguları bizim çalışmamızla uyumludur (6). Buna göre genel cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrasında geç dönemdeki ASİİ puan ortalamaları erken döneme göre düşmekte yaşadıkları güçlük düzeyleri azalmaktadır.

Literatür incelendiğinde Dolaş'ın (2023) ortopedi, genel cerrahi, beyin cerrahisi ve üroloji servislerinde yatan yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada erken dönem ASİİ Toplam puan ortalaması 2,47±0,80 olarak belirlenmiş ve bu dönemde iyileşmede 'orta güçlük' yaşandığı tespit edilmiştir. ASİİ' nin alt boyutlarında Fiziksel Aktivitelerde 'çok güçlük', diğer alt boyutlarda 'orta güçlük' yaşandığı bildirilmiştir. Geç iyileşmeye bakıldığında ASİİ puan ortalamasının 1,60±0,72 olduğu ve orta derecede güçlüğün devam ettiği belirlenmiştir. Psikolojik, Genel ve Bağırsak Semptomlarında orta derecede güçlükten az güçlüğe, Fiziksel Aktivitelerde ise çok güçlükten orta güçlüğe geçiş görülürken, İstek ve Arzu Semptomlarının orta derecede devam ettiği saptanmıştır. Dolaş'ın ASİİ puanlarında geç dönemde erken döneme göre düşüş bulgusu olması bulgularımızla benzerdir. Ancak çalışmada erken ve geç dönem değerlendirmesinde orta güçlük düzeyinin sürdüğü bildirilmiştir (143).

Balçık (2023)'ın kalp damar cerrahisi geçiren 86 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası 0-2. günlerde ASİİ' nin toplam puan ortalamasının 2,50 ± 0,39 olduğu tespit edilmiş ve iyileşmede 'çok güçlük', Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ise iyileşmede 'aşırı güçlük' yaşandığı saptanmıştır. Geç dönem Toplam ASİİ puanı (1,61±0,24) olup ölçek toplamı ve Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda 'orta düzeyde güçlük' yaşandığı belirtilmiştir. Kalp damar cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrasında geç dönemdeki iyileşme puanları erken döneme göre düşmüş, ameliyat sonrası erken dönemde aşırı fiziksel güçlükleri var iken geç dönemde orta güçlüğe düşüş göstermiştir (144). Bulgularımız Balçık'ın çalışmasında yer alan geç dönemde iyileşmenin ilerlemesi ve yaşanan güçlüklerin azalması bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası erken dönemde Fiziksel Aktivitelerde çok güçlük yaşanıyor olmakla birlikte Balçık'ın çalışmasında aşırı güçlük yaşandığı görülmüştür. Bu durum farklı hasta grubunun çalışmaya dahil edilmesiyle ilişkili olabileceği düşünüldü. Yolcu ve Akın (2015) tarafından ortopedi ve genel cerrahi servislerinde yatan hastaların iyileşme puanlarının, kardiyak cerrahi geçiren hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (145).

Dığın ve Özkan (2021)'ın araştırmasında ortopedi ve genel cerrahi geçiren yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme süreçlerinde 'çok güçlük' yaşadıkları belirlenmiştir (22). O'Neill ve arkadaşlarının çalışmasında ise gastrointestinal onkolojik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyen fiziksel ve psikososyolojik problemler yaşandığı rapor edilmiştir (146). Turan ve arkadaşları (2019), ortopedi cerrahi hastalarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve iyileşme sürecinde hareket etme, güvenli bir ortam sağlama, pansuman ve kişisel hijyen konularında sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir (147). Ortopedi hastalarıyla gerçekleştirilen iki ayrı araştırmada, ameliyat sonrası iyileşme sürecinde ağrı, sertlik ve eklem fonksiyonelliği gibi fiziksel fonksiyonlarda sorunlar yaşandığı ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için bir yakınına ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (148,149). Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunun yanında refakatçisinin olması fiziksel boyutta iyileşmeye olumlu yönde katkı sağlamış olabilir. Forsberg ve ark. (2015) çalışmasında, ortopedi ve genel cerrahi hastalarının ameliyat sonrası iyileşmelerine ilişkin algılarını bir ay boyunca izlediği ve ortopedi hastalarının genel cerrahi hastalarına kıyasla daha az iyileştiklerini saptamışlardır (116). Jakobsson ve arkadaşlarının çalışmasında, kolorektal

kanser cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif erken dönemlerde fiziksel aktivitede zorluk ve bağırsak fonksiyonlarında anormallik gibi sorunların daha yoğun yaşandığı, ancak zamanla bu sıkıntıların azaldığı ve ortadan kalktığı belirtilmiştir. Jakobsson'ın bulguları bizim çalışmamızdaki geç iyileşme sürecindeki güçlüklerin erken döneme göre azaldığı bulgumuzla benzerdir (150). Bu bulgulara dayanarak ameliyat sonrası erken iyileşme döneminde sorunlar daha fazla olduğundan hastaların hemşirelik bakımı ihtiyacının daha fazla olduğu söylenebilir.

Yara iyileşme evrelerine baktığımızda, ilk evrenin 3-5 gün süren enflamatuar evre olduğu görülmektedir. İkinci evre proliferasyon evresi olarak adlandırılır ve beşinci günden üç haftaya kadar sürebilir. Üçüncü evre ise yedinci günden itibaren başlayıp aylarca sürebilir (62). Bu bağlamda, araştırmamızın ikinci değerlendirmesinde 15-30 günler arasında iyileşmede bir ilerleme gözlemlenmesi, yara iyileşmesinin beklenen seyrine de uygundur. Hastaların ikinci değerlendirmede daha az güçlük yaşamaları, fizyolojik ve psikolojik iyileşmenin göstergesidir.

## 5.2. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARININ TARTIŞILMASI

Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireysel özelliklerine göre 0-3 gün ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde, ASİİ toplam ve alt boyutlarda 65 yaş ve üzeri hastaların puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.5). Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastaların erken dönem ameliyat sonrası iyileşme düzeyinde iyileşmede daha fazla güçlük yaşandıkları belirlendi.

Yaşa göre 15- 30 gün ASİİ puan değerlendirilmesinde de benzer bulgulara rastlandı. Yaşlı bireylerin geç dönem iyileşmede de diğer yaş gruplarına göre daha fazla güçlük yaşadıkları bulundu (Tablo 4.7). Yaş ilerledikçe, vücutta bir dizi değişiklik meydana gelir. Hücrelerin, dokuların ve organların işlevsel kapasitesi azalır. Cerrahi sonrası stres yanıtı için gerekli olan homeostatik kontrol mekanizmaları zayıflar. Yara iyileşme süreci yavaşlar ve bu durum ameliyat sonrası komplikasyon riskini artırır (26,62). Dığın ve Özkan (2021) yaş ilerledikçe ameliyat sonrası iyileşmenin zorlaştığını (22), Lin ve ark. (2018) ise 70 yaş ve üzerinde lomber skolyoz ameliyatı geçiren hastalarda iyileşmenin riskli olduğunu vurgulamıştır (151). Cengiz ve Aygin'in (2019) çalışması da yaşın artmasıyla iyileşmede zorluk yaşandığını belirtirken, Kim ve

arkadaşları (2018) yaşlı hastalarda gastrektomi sonrası yaşın postoperatif komplikasyonları tahmin etmede önemli bir faktör olduğunu bulmuşlardır (152). Wicke ve ark. (2009)' nın 1158 kronik yara üzerine 5 yıl süren epidemiyolojik çalışmasında, yaşlı hastalarda yaranın kapanma süresinin genç hastalara kıyasla daha yavaş olduğu ve 60 yaşından sonra yaranın iyileşme süresinin klinik olarak gözlenebilir şekilde yavaşladığı belirtilmiştir (153). Literatür bulguları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Obezite ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak gösterilmektedir (154,155). Çalışmamızda BKI'ye göre abdominal cerrahi uygulanan hastaların (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puanları incelendiğinde; normal ve düşük kilolu hastalarda 3,38±0,63, fazla kilolu hastalarda 3,08±0,60 ve obez hastalarda 3,45±0,71 olarak bulundu. Her üç grubun puanlarına bakıldığında obez hastaların ASİİ puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir bu durum beklendik bir durumdur. Ameliyat sonrası iyileşme konusunda literatürde BKİ'nin ASİİ puanlarına etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. ASİİ Toplam, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında normal kilolu ve altı olanlar ile obez olanların puanı fazla kilolu olanların puanından yüksek bulundu (Tablo 4.5). Bu bulgu obezlerde iyileşmenin hafif kiloluya göre daha zorlu olduğunu ifade etmektedir. Obez olan hastaların ameliyat sonrası iyileşmesinin hafif kilolu olan hastalara göre daha sorunlu olması beklenen bir bulgudur. Literatür incelendiğinde Kassahun W., ve ark. (2022) yüksek riskli abdominal acil durumlar için acil laparotomi uygulanan hastalarda obezitenin cerrahi sonuçlara etkisini araştırdığı çalışmasında BKİ'nin artmasıyla beraber obez hastalarda daha fazla komplikasyon görüldüğünü belirtmiştir (156). Schwandner, O. ve ark (2014) obez ve obez olmayan hastalar arasında laparoskopik kolorektal cerrahinin sonuçlarını karşılaştırmıştır. Araştırmacılar, obez hastaların laparoskopik cerrahi sonrası komplikasyon riskinin arttığını ve operasyon süresinin uzadığını bulmuşlardır. Ayrıca, obezite derecesinin (BKİ)' nin artmasıyla komplikasyon riskinin de arttığı tespit edilmiştir (157). Normal kilolu'ların iyileşmesinin hafif kiloluya göre daha zorlu oluşuna ait bulgumuz düşündürücüdür. Normal kilolu hastaların tanısının daha kompleks olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca çalışmamızda normal kilolu'ların iyileşme puanı fazla kilolulardan yüksek bulundu. Bu beklenmeyen bir bulgudur. Bu konuda bir literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Abdominal cerrahi geçiren hastaların cinsiyet faktörüne göre erken iyileşme puanları incelendiğinde Toplam ASİİ arasında fark bulunmadığı "Genel ve Psikolojik Semptomlar" alt boyutlarında kadınların puanının erkeklerden yüksek olduğu bulundu ve kadın hastaların iyileşme sürecinde daha fazla güçlük yaşadıkları sonucuna varıldı. Ancak, 15-30 gün içinde ASİİ puanları incelendiğinde Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda cinsiyet faktörüne göre yapılan değerlendirmede hastaların iyileşme durumlarında herhangi bir değişiklik gözlenmedi. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Dığın ve Özkan (2021) yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında kadın hastaların ameliyat sonrası iyileşmede erkek hastalara göre daha fazla güçlük yaşadığını belirtmiştir (22). Cengiz ve Aygin (2019) çalışmalarında kadınların ameliyat sonrası iyileşme konusunda daha fazla zorluk yaşadığını tespit etmişlerdir (6). İzveren ve Dal (2011) abdominal cerrahi uygulanan hastalarda erken dönemde görülen sorunları ele aldıkları çalışmalarında, ameliyat sonrası I., II. ve III. günlerde kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla oranda öksürük sorunu yaşadığını belirtmişlerdir (1). Yolcu ve Akın (2015) ortopedi, kalp ve genel cerrahi ameliyatları sonrası hastaların iyileşme durumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın hastaların mobilizasyon konusunda erkek hastalara göre daha fazla desteklenme ihtiyacı olduğunu vurgulamışlardır (145). Son olarak, Buchanan ve ark.(2011) cinsiyetin ameliyat sonrası iyileşme sürecine olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında, kadınların erkeklere kıyasla iyileşme kalitesinin daha zayıf olduğunu bulmuşlardır. Cinsiyetle ilgili bulunan sonuçlar, erkeklerin kadınlara göre fiziksel olarak daha üstün olmaları, duygusal açıdan her iki cinse özgü beklentilerin farklılığı, özellikle menopoz sonrası kadınlarda yara iyileşmesinin daha yavaş olması gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda, kadınların iyileşme süreçlerinde daha fazla zorluk yaşamalarının normal olduğu kabul edilebilir (62,158).

Bu çalışmada hastaların alerji durumuna göre 0-3 gün ve 15-30 gün ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda alerjisi olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Alerji duruma göre yapılan değerlendirmelerde, hastaların iyileşme durumlarında herhangi bir değişiklik gözlenmedi. Literatür incelendiğinde alerji durumunun karşılaştırılacağı benzer çalışmaya rastlanmadı.

Bu çalışmada hastaların medeni durumuna göre erken ve geç dönem ASİİ puanları incelendiğinde; ASİİ Toplam ve tüm alt boyutlarda evli ve bekar olanlar arasında anlamlı fark tespit edilmese de bekar olanların puanlarının yüksek olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde Dığın ve Özkan (2021)'ın yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada bekar hastaların evlilere göre ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (22). Dolaş'ın çalışmasında da benzer şekilde bekar hastaların evli hastalara göre iyileşmede güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (143). Lall ve ark.(2019) medeni durumun hastaların iyileşmesine etkisi konusunda yaptığı çalışmada, cerrahi sonrası işlevsel sonuçların bekar hastalarda daha kötü olduğu belirlenmiştir (159). Ayrıca, Adogwa ve ark.(2017) elektif omurga cerrahisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada ve Flick ve ark.(2021) pankreatoduodenektomi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, bekar hastaların daha uzun süre hastanede kaldığı rapor edilmiştir (160,161). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, yapılan birçok araştırmada evli bireylerin ameliyat sonrası iyileşmede daha az sorun yaşadıkları görülmektedir. Bu durum evli bireylerin ameliyat sonrası dönemde eş desteği alabildikleri ve bu desteğin iyileşmeyi kolaylaştırdığını düşündürmüştür.

Abdominal cerrahi geçiren hastaların eğitim durumuna göre erken dönem ASİİ puanları değerlendirildiğinde; okur yazar olmayanların ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puanları diğer gruplardan yüksek bulundu. Bu bulgumuz okur yazar olmayanların iyileşmesinin diğer gruplara göre daha zor olduğu anlamına gelmektedir. Geç dönem iyileşme bulgularına bakıldığında erken iyileşme durumlarıyla benzer olduğu görüldü. Sadece Genel Semptomlar alt boyutunda eğitim düzeyinin fark yaratmadığı belirlendi.

Dolaş (2023)'ın karma cerrahi hastalarıyla ASİİ ölçeği ile iyileşmeyi değerlendirdiği çalışmasında okur yazar olmayanların erken ve geç dönemde iyileşmede daha fazla zorluk yaşadığı bildirilmiştir (143). Özkan (2022)' ın abdominal cerrahi geçiren hastalarda öz bakım ve konfor düzeylerini incelediği çalışmasında eğitim durumu yükseldikçe öz bakım gücünün arttığı belirtilmiştir (31). Yolcu ve ark.(2015)' nın ameliyat sonrası dönemde hareket düzeyini inceledikleri çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların ameliyat sonrası hareket etmeleri konusunda daha fazla teşvik edilmeleri gerektiği ifade edilmiştir (145). Çalışma bulgularımız literatür ile uyumludur. Bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe, hastalık ve tedavi süreçlerini araştırma, öğrenme ve sorgulama, bakıma katılım eğilimlerinin artması beklenmektedir. Yüksek eğitim

seviyesine sahip hastaların sağlık durumlarına daha fazla önem verdikleri, hastalık etkenlerini daha fazla sorguladıkları ve bilgiye daha kolay erişebildikleri bilinmektedir (162).

Bu çalışmada gelir düzeyi ve sosyal güvence durumuna göre erken ve geç dönem ASİİ puanları incelendiğinde; ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puanları arasında gelir düzeyi ve sosyal güvencesinin olup olmamasına göre anlamlı bir fark tespit edilmedi ve iyileşme durumlarında herhangi bir değişiklik gözlenmedi. Literatürde, Angela Jerath ve ekibinin (2020) gerçekleştirdiği çalışma, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin kısa ve orta vadeli postoperatif iyileşme ile ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Bu çalışmada, hayatta kalma ve hastanede kalma süreleri göz önünde bulundurularak sosyoekonomik durum değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin ameliyat sonrası komplikasyon riskleri ve 30 günlük ölüm oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, bu bireylerin ortalama ameliyat sonrası kalış süresinin de daha uzun olduğu belirlenmiştir (163). David N. Kugelman ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada, kaynama olmayan (kırık) hastaların cerrahi tedavisi sonrasında, farklı gelirlere sahip hastalar arasında sonuçlarda farklılıklar olup olmadığı araştırılmıştır. Yıllık 50.000 dolardan az kazanan hastaların uzun vadeli fonksiyonel sonuçları daha kötü ve kaynamama (kırık) cerrahi tedavisi sonrasında daha yüksek ağrı skorları olduğunu bildirmişlerdir. Bizim araştırmamızda, sosyoekonomik duruma göre anlamlı farklılık bulunmamasının nedeni, gelir dağılımlarının eşit olmaması ve buna rağmen kişilerin gelir durumları ne olursa olsun sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanabilmeleri olabilir.

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların mesleklerine göre erken dönem ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve Fiziksel Aktiviteler hariç diğer alt boyutlarında meslek gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu. Ev hanımı, işçi ve emekli olanların toplam ASİİ puanı memurlardan yüksek bulundu. Fiziksel Aktiviteler hariç tüm alt boyutlarda ev hanımlarının iyileşmesi daha zor olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası geç dönem değerlendirmesinde ASİİ Toplam ve tüm alt boyutlarda meslek grupları arasında anlamlı fark bulundu. Ev hanımı ve emekli olanların puan ortalamaları işçi ve memurlardan yüksek bulundu ve iyileşmede güçlük yaşadıkları görüldü. Dolaş (2023)'ın yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmasında 0-3 günde ev hanımlarının diğer meslek

gruplarına göre ameliyat sonrası iyileşmelerinde aşırı düzeyde güçlük yaşadığı belirlenmiştir (143). Literatürde mesleğin ameliyat sonrası iyileşmeye etkisiyle ilgili çalışmaya rastlanmadı. Ev hanımlarında cerrahi sonrası iyileşmenin zorluğu genellikle kadın olmalarıyla, ev işlerinden kaynaklanan ek sorumluluklarıyla ve toplumda kadınların genellikle erkeklere göre daha fazla sorumluluk taşımasıyla ilişkilendirilebilir. Geç dönemde emeklilerin de daha fazla zorluk yaşamasının nedeni yaşın ilerlemesiyle birlikte ek hastalıkların ortaya çıkması ve mevcut sağlık durumlarının cerrahi iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemesi olabilir.

Bu çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken ve geç dönem iyileşme durumları incelendiğinde Toplam ASİİ puan değerlendirmesinde sigara içen ve içmeyen gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Özmen ve Cengiz'in çalışmasında da benzer bulgulara rastlanmıştır. Bulgularımız literatür bulgusuyla uyumludur. Ancak ASİİ alt boyutları düzeyinde yapılan değerlendirmede Bağırsak Semptomları alt boyutunda sigara içenlerin erken dönem iyileşme düzeyinin düşük olduğu ve iyileşmede daha fazla zorluk yaşadığı belirlendi. Erken dönem değerlendirmede farkın olması sigaranın bağırsak semptomlarına etkisi, kişinin genel sağlık durumu, sigara tüketim miktarı ve diğer faktörler tarafından belirlenebilir ve bu etkiler kişiden kişiye değişebilir. Sørensen (2012)'ın yaptığı çalışmada sigara içen hastaların ameliyat sonrası iyileşme süreçlerinin daha uzun ve daha komplike olabileceği gösterilmiştir. Sigara içmek, dolaşım sistemini etkileyerek doku iyileşmesini olumsuz yönde etkileyebilir ve enfeksiyon riskini artırabilir (164). Sørensen, L.T., ve ark (2020)'nın yaptığı farklı bir çalışmasında da, cerrahi operasyonlarda sigara içmenin komplikasyonlarını, mekanizmalarını ve beraberinde getirdiği hastalıkları kapsamlı bir şekilde incelemiştir (165). Araştırmada, sigara içmenin cerrahi sonrası komplikasyon riskini artırdığını ve iyileşme sürecini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır. Turan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında sigara içenlerde cerrahi sonrası komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu ve iyileşmenin daha uzun sürebileceği gösterilmiştir (166).

Çalışmamızda abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken ve geç dönem iyileşme durumları incelendiğinde Toplam ASİİ puan değerlendirmesinde alkol alan ve almayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak ASİİ alt boyutları düzeyinde yapılan değerlendirmede Psikolojik Semptomlar alt boyutunda alkol alanların erken dönem iyileşme puanının düşük olduğu ve iyileşmede daha az zorluk yaşadığı

belirlendi. Çalışmamızda erken dönem değerlendirmede alkol alanların puanının almayanlardan düşük olması bulgumuzda, kişinin genel sağlık durumu, alkol kullanım miktarı ve diğer faktörler belirleyici olmuş olabilir ve bu etkiler kişiden kişiye değişebilir. Literatür incelendiğinde daha çok alkol alımının iyileşmeye olan olumsuz etkilerine ilişkin bulgulara rastlanmaktadır. Özmen (2020) tarafından yapılan çalışmada, ameliyat sonrası erken dönemde alkol alışkanlığı olan katılımcıların, kullanmayanlara göre daha yüksek düzeyde rahatsızlık yaşadıklarını gösterilmiştir (167). Tonnesen (2003), aşırı alkol tüketen hastaların cerrahi sonrası daha fazla komplikasyon yaşadığını belirlemiştir.

### 5.3. ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE 0-3 GÜN VE 15-30 GÜN İYİLEŞME İNDEKSİ PUANLARININ TARTIŞILMASI

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların tanılarına göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.6). Mide perforasyonu ve ileus tanısı olan hastaların ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puan ortalaması diğer tanı gruplarına göre daha yüksek bulundu. Mide perforasyonu ve ileus tanısı olan hastaların iyileşmede daha fazla zorluk çektiği tespit edildi. Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda mide perforasyonu ve ileus tanısına ek olarak karaciğer hastalığı olanların da iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları belirlendi. Geç dönem ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; ileus, mide ve karaciğer hastalığı olanların ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puanı diğer tanı gruplarından yüksek, ileus tanısı alanların Toplam ASİİ puanı mide ve karaciğer hastalığı olanlardan yüksekti. Erken iyileşmede olduğu gibi geç iyileşmede de ileus, mide ve karaciğer hastalığı olan bireyler kolesistit, apandisit ve herni tanısı olan bireylere göre daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.

Postoperatif dönemde cerrahi sonrası iyileşme sürecinde cerrahi işlemin türü, insizyon alanı ve kapsamı gibi faktörler etkili olmaktadır (145). Abdominal cerrahi uygulanan hastaların geçirdikleri cerrahi girişime göre (0-3 gün) ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalamaları incelendiğinde; toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarda grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.6). Mide ve kolorektal cerrahi geçiren hastaların ASİİ Toplam ve tüm alt boyut puanı diğer tanı

gruplarına göre daha yüksek bulundu. Bu bulgumuz mide ve kolorektal cerrahi geçiren hastaların iyileşmede daha fazla güçlük çektiği anlamına gelmektedir. Ayrıca Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda mide ve kolorektal cerrahi geçirenlerle birlikte karaciğer ameliyatı olanların da diğer gruplardan daha fazla zorluk yaşadığı belirlendi. Geç iyileşme bulguları incelendiğinde mide, kolorektal ve karaciğer ameliyatı olan hastaların ASİİ toplam puanı diğer ameliyat gruplarından yüksek bulundu. Erken iyileşmede olduğu gibi geç iyileşmede de mide, kolorektal ve karaciğer ameliyatı olan bireyler kolesistektomi, apandektomi ve herni onarımı olan bireylere göre daha fazla zorluk yaşamaktadırlar. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızdaki gibi majör cerrahi işlemlerde ameliyat sonrası iyileşmede güçlük yaşadığını gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Saylam ve ark. (2009)'nın abdominal cerrahi geçiren hastalarda mortalite ve morbiditeye etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasında, major operasyon geçiren hastaların minör operasyon geçiren hastalardan anlamlı olarak daha fazla komplikasyon geliştiğini belirtmiştir (168). Kim ve ark. (2018) majör abdominal cerrahide akut böbrek yetmezliği görülme sıklığını araştırdığı çalışmada; mide cerrahisi uygulanan hastaların hastanede kalış sürelerinin daha fazla olduğu ve ameliyattan sonra yoğun bakım ünitesine (YBÜ) başvuru sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (152). Karaciğer ameliyatı, cerrahlar ve anestezistler için zorlu kabul edilmektedir. Karaciğer rezeksiyonu, diğer abdominal prosedürlere kıyasla intraoperatif kanama, masif sıvı kaybı, geçici hipotansiyon ve yüksek postoperatif komplikasyon riski taşır. Mortalite oranı %1-4, morbidite oranı ise %40-50 arasındadır. Delebaylar S. ve ark.(2024)'nın sirotik hastalar için karaciğer cerrahisinde ameliyat sonrası iyileşmenin iyileşmesini (ERAS)'ı değerlendirdiği çalışmasında ameliyat sonrası 90 günlük mortalite, yeniden ameliyat, yeniden yatış ve karaciğer yetmezliği oranları açısından bir fark bulunmadığını belirtmiştir (169). Mide, kolorektal ve karaciğer ameliyatları gibi majör ameliyatlar sonrası hastaların iyileşmede zorluk yaşaması beklenilen bir durumdur. Bu durum yapılan işlemin kompleks olması, kanama riskinin daha fazla olması, yoğun bakım ihtiyacının olması gibi sebeplere bağlı olabilir.

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası değerlendirmenin yapıldığı gün sayısına göre (0-3 gün) ASİİ puan ortalamaları incelendiğinde; Toplam ASİİ ve tüm alt boyutlarında grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.6). Ameliyat sonrası 3. günde veri toplanan hastaların puan ortalamaları 0,1 ve 2. günde veri toplananların puanından yüksek bulundu. Bulgumuz ameliyat sonrası 3.

gününde veri toplanan hastaların iyileşme sürecinde daha çok zorluk yaşayan bireyler olduğu anlamına gelmektedir. Elde ettiğimiz veriler 0,1 ve 2. günlerde veri toplanan hastaların daha küçük ameliyatlar geçirdiği ve daha erken iyileştiği, 3 günde olanların ise yatışı süren daha kompleks ameliyat geçirmiş hastalar olduğunu düşündürmüştür. Literatür incelendiğinde Dığın ve Özkan (2021)'ın yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada da hastaların ameliyat sonrası en çok 3. günde zorluk yaşadıkları belirtilmiştir (22). Ameliyat sonrası abdominal cerrahi geçiren hastaların iyileşme durumlarının değerlendirildiği çalışma sayısı son derece sınırlıdır. İzveren ve Dal (2011)'ın abdominal cerrahi geçirmiş hastalarda erken dönem sorunlarını araştırdığı çalışmasında ameliyat sonrası dönemde en çok sorun yaratan durumun ağrı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ağrıyı hastaların %73.1'i ameliyat sonrası I. gün , %65.7'si ameliyat sonrası II. gün, %64.2'si ameliyat sonrası III. gün en çok karşılaştıkları sorun olarak belirtmişlerdir (1).

Çalışmamızda cerrahinin tipine göre yapılan erken ve geç iyileşme değerlendirilmesinde açık ameliyat yapılan hastaların Toplam ASİİ ve alt boyut puan ortalamalarının laparoskopik ameliyat yapılan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Laparoskopik cerrahi yöntemi uygulanan hastalarda iyileşme düzeyinin açık cerrahiye göre daha iyi olduğu görüldü. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Salakhov ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada, yaygın peritonit ile komplike pankreas nekrozu olan 111 hasta incelenmiştir. Çalışmanın bulgularında kapalı yöntemle geliştirilen teknik, ameliyat sonrası dönemde daha az cerrahi travma, daha iyi klinik ve laboratuvar sonuçlar, karaciğer fonksiyonlarında hızlı iyileşme ve ölüm oranında azalma olduğu belirtilmiştir (170). Tanrıverdi ve ark. (2013) tarafından yürütülen prospektif çalışmada, laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) kasık fıtığı onarımı ve konvansiyonel Lichtenstein yöntemi karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, laparoskopik TEP fıtık tamirinin uzun ameliyat sürelerine rağmen hastaların daha az ağrı hissetmesini, daha az analjezik kullanımını ve benzer morbidite oranları ile erken taburculuğu sağladığını göstermektedir (171). Irmak ve ark (2021)'nın farmakolojik olmayan yöntemlerin abdominal cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmasında hastaların laparoskopik cerrahi sonrasında erken oral hidrasyonu açık ameliyata göre daha iyi tolere ettikleri bildirilmiştir (172,173). Laparoskopik cerrahi, ameliyat sonrası erken iyileşme, azalan ağrı, düşük stres tepkisi, minimal insizyon, estetik sonuçların iyiliği, yüksek hasta memnuniyeti, morbidite ve

mortalitede azalma gibi avantajları nedeniyle açık cerrahiye kıyasla daha çok tercih edilmektedir (174).

Bu çalışmada hastaların daha önce cerrahi girişim uygulanma durumlarına göre ASİİ puanları incelendiğinde; erken dönemde Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları ve Genel Semptomlar alt boyutlarında, geç dönemde de ASİİ Toplam, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında anlamlı fark saptandı. Önceden cerrahi uygulanan hastaların ASİİ toplam puan ortalamaları, cerrahi geçirmeyenlere göre daha yüksektir. Bu bulgu geçmişte cerrahi geçirenlerin ameliyat sonrası iyileşmelerinin daha sorunlu olduğunu ifade etmektedir. Literatür incelendiğinde çalışmamıza paralel bulgular görülmüştür. Cengiz'in (2018) çalışmasında, daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarında daha fazla güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların Genel Semptomlarının daha önce cerrahi girişim geçirmemiş olanlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (62). Yolcu ve Akın (2015) genel cerrahi, kalp ve ortopedi ameliyatı geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada daha önce cerrahi geçiren hastaların geçirmeyenlere göre iyileşmede güçlük yaşadıklarını bu durumun anksiyeteye bağlı olabileceği belirtilmiştir (26). Aydıngülü ve Arslan (2021)'ın çalışmasında, hastaların %73,2'sinin daha önce bir cerrahi işlem geçirdiği, ancak cerrahi deneyimlemenin konfor düzeyini etkilemediği belirtilmiştir (175). Dolaş'ın (2023) yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, daha önceden cerrahi deneyimi olan hastaların, olmayanlara göre erken dönem iyileşmede daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (143). Tekrar ameliyat geçirmek hastalar için ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin zorlaşması ve daha fazla güçlük yaşanması anlamına gelmektedir. Arslan ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, cerrahi işlem geçiren hastaların anksiyete durumları incelenmiş, cerrahi deneyimi olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir (176). Daha önce cerrahi deneyimi olan hastaların yaşadığı olumsuz deneyimlerin, şimdiki girişimde anksiyete düzeylerini artırarak olumsuz fizyolojik tepkilere neden olabileceği ve dolayısıyla hastaların iyileşme sürecinde zorluk yaşayabileceği düşünülmektedir

Çalışmamızda ayrıca daha önce cerrahi uygulanan hastalarda girişimin aynı ya da farklı organda yapılmasının erken ve geç iyileşme üzerinde fark yaratmadığı belirlendi. Literatür incelendiğinde yapılmış benzer çalışmaya rastlanmadı. Postoperatif

dönemde cerrahi sonrası iyileşme sürecinde karşılaşılan sorunlar kullanılan anestezi türüne ve miktarına bağlı olarak değişmektedir (145).

Bu çalışmada anestezi türüne göre iyileşme durumlarının incelenme sonucunda, ilk 0-3 gün içindeki ASİİ ölçeğinin "Genel ve İstek Arzu Semptomlar" alt boyutlarında genel anestezi alanların iyileşme puanının spinal anestezi alanlardan yüksek olduğu bulundu. Geç dönemde ise ASİİ Toplam ve Psikolojik Semptomlar hariç diğer alt boyutlarda genel anestezi uygulanan hastaların ASİİ toplam puan ortalamalarının spinal anesteziye göre daha yüksek olduğu belirlendi ve genel anestezi alanların iyileşme sürecinde daha çok zorluk yaşadıkları sonucuna varıldı. Spinal anestezi, genel anestezi ile karşılaştırıldığında ameliyat sonrası iyileşme sürecinde daha fazla konfor, daha az ağrı sebebiyle analjezik ihtiyacının azalması ve bulantı-kusma görülme sıklığının düşük olması gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca, spinal anestezi periferik venöz basıncı düşürerek kan kaybını azaltır ve cerrahi alana venöz dönüşü azaltarak daha iyi bir cerrahi görüş sağlar (177). Literatür incelendiğinde Doğan'ın lomber disk hernisi yapılan hastalar ile yaptığı çalışmasında, spinal anestezi grubunda ameliyat süresinin daha kısa olduğu, ameliyat sonrası dönemde daha az ağrının olması daha az analjezik tüketimi olduğunu belirtmiştir (177). McLain ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada postoperatif ağrı ve bulantı kusmanın spinal anestezi verilen hastalarda daha az olduğunu saptamışlardır (178). Çalışmamızdaki spinal anestezinin iyileşmeyi kolaylaştırdığına ilişkin bulgumuz literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası destek olacak kişinin varlığına göre iyileşme puanları incelendiğinde 0-3 gün ve 15-30 gün ASİİ Toplam ve tüm alt boyutlarda puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu durum destek olacak kişinin olup olmadığına göre erken ve geç dönemde iyileşme durumları arasında farkın olmadığını göstermektedir. Ortopedi hastalarıyla gerçekleştirilen iki ayrı araştırmada, ameliyat sonrası iyileşme sürecinde ağrı ve eklem işlevi gibi fiziksel fonksiyonlarda sorunlar yaşandığı ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için bir yakınına ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (148,149).

Ameliyat sonrası dönemde kişide kronik hastalık olması, iyileşmenin gecikmesine ve hastaların normal günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirememelerine sebep olabilmektedir. Kronik hastalığı olan hastalar, ameliyat sonrası dönemde genellikle daha fazla komplikasyon riski ile karşı karşıya kalırlar ve bu

durum, iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkiler. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin erken dönem Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptomlar puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlardan yüksek bulundu. Geç dönemde de kronik hastalığı olanların ASİİ Toplam ve Fiziksel Aktiviteler, Bağırsak Semptomları, İstek Arzu Semptomları, Psikolojik Semptomlar puan ortalamaları olmayanlardan yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde Cengiz'in çalışmasında kronik hastalığı olanların ASİİ puan ortalamaları olmayanlara göre yüksek olarak belirtilmiştir (62). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, cerrahi hastaların %30' unun kronik hastalık sahibi olduğu belirlenmiştir (179). Başka bir çalışmada, safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığı incelenmiş ve hastaların %20'sinde hipertansiyon, %10'unda diyabet ve %8'inde birden fazla hastalık bulunduğu rapor edilmiştir (180). Yolcu ve ark. (2016)'nın ameliyat sonrası hastaların hareket düzeylerini değerlendirdiği çalışmada ameliyat sonrası dönemde kronik hastalığı olan hastaların hareket ve mobilizasyonu sırasında güçlük yaşadıkları ve bu süreçte desteklenmeye ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Jeong ve ark. (2017)'nın çalışmasında hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı ve akciğer kanseri olan hastaların ameliyat sonrası komplikasyonların daha fazla olduğu bildirilmiştir (181). Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların kişilerin fiziksel ve psikolojik işlevleri ile yaşam kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olabileceği ve kronik hastalığı olan kişilerin daha fazla ağrı yaşadığı bildirilmektedir (31). Çalışmamızdaki kronik hastalığın iyileşmeyi olumsuz etkilediğine ilişkin bulgumuz literatür bilgisini desteklemektedir.

Bu çalışmada sürekli ilaç kullanan hastaların 0-3 gün ASİİ puanları incelendiğinde; Toplam ASİİ, Fiziksel Aktiviteler ve Psikolojik Semptomlar alt boyutlarında ilaç kullananların puanının kullanmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edildi. Geç dönem değerlendirmesinde de ASİİ Toplam ve tüm alt boyutlarda sürekli ilaç kullananların puanının kullanmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edildi. Ameliyat sonrası hastaların hem erken hem geç iyileşmede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlendi. Literatürde; Demiratlı (2023)'nın total diz protezi uygulanacak hastalarda korku düzeyini değerlendirdiği çalışmasında sürekli ilaç kullanan hastaların ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (182). Çalışmamızda sürekli ilaç kullanımı iyileşmeyi olumsuz etkilemesi literatür ile benzerlik göstermektedir. Kronik hastalıklarda sürekli ilaç kullanımı gerekli olmaktadır.

Bu nedenle kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilerin ameliyat sonrası iyileşmede sorun yaşamaları beklendik bir durumdur.

# 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

## 6.1. SONUÇLAR

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara dayanarak aşağıda yer alan sonuçlar elde edildi:

- Çalışmaya alınan abdominal cerrahi geçiren hastaların yaş ortalaması 54,02±15,39 ve BKİ ortalaması 27,41±5,89'dur. Hastaların çoğunluğu erkek, evli, ilköğretim mezunu, orta düzeyde gelire sahip, sosyal güvencesi olan, sigara ve alkol kullanmayan bireylerdir. Katılımcıların çoğunluğunun kolesistektomi ya da herni ameliyatı geçirdiği, geçmişte cerrahi deneyimi olduğu belirlendi. Hastaların çoğunluğu kapalı yöntemle ameliyat edilen, genel anestezi alan, kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan bireylerdir.
- Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası 15-30 gün Toplam ASİİ puan ortalamaları 0-3 gündeki değerine göre düşmüştür. Hastalar ölçek toplam puanına göre erken iyileşmede orta güçlük, geç iyileşmede az güçlük yaşamaktadırlar.
- Hastalar Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda ameliyat sonrası erken iyileşmede çok güçlük, geç iyileşmede orta güçlük yaşamaktadırlar.
- Hastalar Bağırsak Semtomları, Genel Semptomlar, İstek Arzu Semptomları ve Psikolojik Semptomlar boyutlarında ameliyat sonrası erken dönemde orta güçlük, geç dönemde az güçlük yaşamaktadırlar.
- Yaş grubu 65 ve üzeri olanların erken ve geç dönem iyileşme puanları diğer yaş gruplarından yüksektir ve iyileşme sürecinde daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.
- Abdominal cerrahi geçiren kadın ve erkek hastaların erken ve geç dönem toplam iyileşme puanları arasında fark yoktur. Kadın hastaların erken dönemde Genel ve Psikolojik Semptomlar puanı erkeklerden yüksektir.
- Okur yazar olmayan hastalar diğer eğitim düzeylerine göre erken ve geç iyileşmede daha fazla güçlük çekmektedirler.

- Erken dönemde ev kadını, işçi ve emeklilerin iyileşmesi memurlara göre daha güçtür. İyileşmenin Fiziksel Aktiviteler haricinde tüm alt boyutlarında ev kadınları diğer meslek gruplarına gore daha fazla güçlük çekmektedirler. Geç dönemde ev kadını ve emeklilerin iyileşme düzeyleri, işçi ve memurlara göre daha düşüktür ve iyileşmede daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.
- Bağırsak Semptomları alt boyutunda sigara içenlerin erken dönem iyileşme düzeyi düşüktür ve iyileşmede daha fazla zorluk yaşamaktadırlar.
- Erken dönemde alkol alışkanlığı olanların Psikolojik Semptomlar puanı olmayanlara göre daha düşüktür, iyileşmede daha az zorluk yaşamaktadırlar.
- İleus, mide ve karaciğer hastalığı olan bireyler hem erken hem geç dönemde kolesistit, apandisit ve herni tanısı olanlara göre daha çok güçlük yaşamaktadırlar.
- Ameliyat sonrası 3. günde veri toplanan hastaların iyileşme puanları sıfır, bir ve ikinci günde toplananlardan yüksektir. Üçüncü günde veri toplananların diğerlerine göre daha uzun süre yatan hastalar olduğu ve iyileşmede daha fazla zorluk yaşadıkları tespit edildi.
- Mide, kolorektal ve karaciğer ameliyatı olan hastalar ameliyat sonrası hem erken hem geç dönemde kolesistektomi, apendektomi ve herni onarımı olan hastalara göre iyileşmede daha fazla zorluk yaşamaktadırlar.
- Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren hastalar erken ve geç dönemde açık cerrahi geçirenlere göre iyileşme sürecinde daha az zorluk yaşamaktadırlar.
- Önceden cerrahi uygulanan hastaların toplam iyileşme puanı, geçirmeyenlere göre daha yüksek, ameliyat sonrası iyileşmeleri daha sorunludur.
- Genel anestezi uygulanan hastalar erken ve geç dönemde spinal anestezi uygulananlara göre iyileşme sürecinde daha fazla zorluk yaşamaktadırlar.
- Kronik hastalığı olanlar erken ve geç dönemde toplam iyileşme, Fiziksel Semptomlar ve Psikolojik Semptomlar boyutlarında daha çok zorluk yaşamaktadırlar.

- Sürekli ilaç kullanan hastalar; erken dönemde toplam iyileşme, fiziksel aktivite ve psikolojik semptom boyutlarında, geç dönemde ise toplam ve tüm alt boyutlarda daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.
- Daha önce uygulanan cerrahi girişimin aynı organa yönelik olması, ameliyat sonrası destek verecek kişi varlığı, kronik hastalık tipi ve sürekli kullandığı ilaç türüne göre ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri arasında fark yoktur.

## 6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre,

Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinde yaşadıkları olumsuz deneyimlere yönelik çalışmaların yapılması, abdominal cerrahi geçiren hastaların fiziksel aktivitelerinin detaylı değerlendirilmesi önerilebilir. İyileşmede güçlük yaşanan durumların belirlenerek bireye özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması, abdominal cerrahi geçiren hastaların erken dönemde hemşirelik bakımına daha fazla özen gösterilmesi sağlanabilir.

Açık cerrahi girişim geçirenlerin, 65 yaş ve üzeri olanların, ev kadınlarının, tekrar ameliyat olanların, kronik hastalığı olan ve ilaç kullananların iyileşme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin detaylı incelenmesi, bu grupların hemşirelik akımına özel dikkat gösterilmesi önerilebilir.

# KAYNAKLAR


1. İzveren, A. Ö., Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
2. Aksoy, G. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 203-255.
3. Gündoğdu, H. (2013). Ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılması. İçinde İ. Sayek (Ed.), *Temel Cerrahi* (4. baskı, ss. 118-125). Güneş Tıp Kitabevleri.
4. Kabataş, M. S., Özbayır, T. (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: Sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(3), 120-132.
5. Çilingir, D., Candaş, B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 20(2), 137-143.
6. Cengiz, H., Aygin, D. (2019). Validity and reliability study of the Turkish version of the postoperative recovery index of patients undergoing surgical intervention. *Turk J Med Sci*, 49, 566-573.
7. Demirhan, İ., Pınar, G. (2014). Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1), 43-53.
8. Nepogodiev, D., Martin, J., Biccard, B., Makupe, A., Bhangu, A., & National Institute for Health Research Global Health Research Unit on Global Surgery (2019). Global burden of postoperative death. *Lancet (London, England), 393*(10170), 401. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33139-8
9. Agency for Healthcare Research and Quality. (2017, May). Ambulatory surgery and hospital inpatient settings, 2014. Erişim 29.05.2022, https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb223-Ambulatory-Inpatient-Surgeries-2014.jsp
10. McDermott, K. W., & Liang, L. (2019, December 21). Hastaneye ait tesislerde gerçekleştirilen büyük ayaktan ameliyatlara genel bakış. Erişim 02.10.2023, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577044/
11. Boden, I., Robertson, K. I., Neil, A., Reeve, J., Palmer, J. A., & Skinner, H. E., et al. (2020). Preoperative physiotherapy is cost-effective for preventing pulmonary complications after major abdominal surgery: A health economic analysis of a multicentre randomised trial. *J Physiother,* 66, 180-187.
12. Kırtıl, İ., Kanan, N. (2021). Abdominal cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyonun gastrointestinal işlevlere etkisi: Sistemik derleme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. *Archives Medical Review Journal,* 30(3), 166-176
13. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. Erişim 1 Ekim 2023, https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html
14. World Health Organization. (2021). *Safe surgery saves lives: Frequently asked questions*. Erişim 06.03.2022, from http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introductio
15. Fındık, Ü. Y. (2016). Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. F. E. Aslan (Ed.), Cerrahi bakım vaka analizleriyle (2. baskı, s. 425-450). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
16. Arıcı, E., Taştan, S. (2018). Abdominal cerrahi sonrası bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 188-196.
17. Wakeling, H. G., McFall, M. R., Jenkins, C. S., Woods, W. G. A., Miles, W. F. A., Barclay, G. R., et al. (2005). Intraoperative oesophageal doppler guided fluid management shortens postoperative hospital stay after major bowel surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 95, 634-642.
18. Ünver, S., Yıldız Fındık, Ü. (2019). Ameliyat sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. İçinde Ü. Yıldız Fındık (Ed.), Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı (1. baskı, ss. 30-36). Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.
19. Gürkan, A. (2019). Ameliyat sonrası yara iyileşmesi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. İçinde Ü. Yıldız Fındık (Ed.), Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı (1. baskı, ss. 37-42). Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.
20. Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M. (2019). Low preoperative mental and physical health is associated with poorer postoperative recovery in patients undergoing day surgery: A secondary analysis from a randomized controlled study. *World Journal of Surgery*, 43(8), 1949-1956. https://doi.org/10.1007/s00268-019-04995-z
21. Dahlberg, K., Jaensson, M., Nilsson, U., Eriksson, M., Odencrants, S. (2018). Holding it together—Patients' perspectives on postoperative recovery when using an e-assessed follow-up: Qualitative study. *JMIR MHealth and uHealth,* 6(5), e10387. https://doi.org/10.2196/10387

22. Dığın F., Kızılcık Özkan Z. (2021). Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3):413-418. Doi: 10.26453/otjhs.907564
23. Berg, K., Idwall, E., Nilsson, U., Arestedt, K. F., Unosson, M. (2010). Psychometric evaluation of the post-discharge surgical recovery scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* 16(4), 794-801.
24. Pour, H. A. (2012). Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 1(4), 309-322.
25. Liddle, C. (2013). How to reduce the risk of deterioration after surgery. *Nursing Times,* 109(23), 16-17.
26. Yolcu, S., Akın, S., Durna, Z. (2016). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 13(2), 129-138.
27. Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S, (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar, *Bakırköy Tıp Dergisi,* Cilt 8, Sayı, DOI: 10.5350/BTDMJB201208106
28. O'Neill L, Bennett A, Guinan E, Reynolds JV, (2019). Hus-sey J. Physical recovery in the first six months fol-lowing oesophago-gastric cancer surgery. Identifying rehabilitative needs: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation,* doi: 10.1080/09638288.2019.1663946
29. Gustafsson, S., Strömqvist, M., Ekelund, J., Engström, Å. (2020). Factors influencing early postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing,* 35(1), 80-84.
30. Seeras, K., Qasawa, R. N., Ju, R., Prakash, S. (2021). Anatomy, abdomen and pelvis, anterolateral abdominal wall. *Stat Pearls Publishing.* Erişim 28.10.2023, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525975/
31. Özkan, B. (2022). *Abdominal cerrahi geçiren hastaların öz bakım güçleri ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.
32. Agur, A., Dalley, A. (Eds.). (2015). Moore's essential clinical anatomy. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
33. Akyüz, N., Çavdar, İ. (2018). Sindirim sisteminin (Gastrointestinal sistem- GİS) cerrahi hastalıkları ve bakımı. N. Akyolcu, N. Kanan, & G. Aksoy (Ed.), Cerrahi hemşireliği içinde (s. 155-245). İstanbul: II. Nobel Tıp Kitabevleri.
34. Moore, K. L., Agur, A. M., Dalley, A. F., Moore, K. L. (2015). Essential clinical anatomy. Wolters Kluwer Health.
35. Wahyuni, S., Wahyuni, A., Tarigan, R., Syarifah, S. (2019). Effect of early ambulation to peristaltic activity of abdominal postoperative patients in Medan city hospital, Indonesia. *Journal of Physics,* 1371(1), 1-5.
36. Erdağı Oral, S. (2021). Cerrahi Hemşireliği. İçinde: Çelik, S. (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar (ss. 11,14). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
37. Uzman, S., Dönmez, T. (2017). Rejyonal anestezi altında laparoskopik abdominal cerrahi: *Bir retrospektif değerlendirme.* Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bülteni, 55(3), 205-211.
38. Jones, L. R., Zwart, M. J., Molenaar, I. Q., Koerkamp, B. G., Hogg, M. E., Hilal, M. A., & Besselink, M. G. (2020). Robotic pancreatoduodenectomy: patient selection, volume criteria, and training programs. *Scandinavian Journal of Surgery,* 109(1), 29-33.
39. Yousif, E. (2021). Open Versus Laparoscopic Cholecystectomy: Indications, Evaluation, and Patient Selection. *EC Microbiology,* 17, 161-165.
40. Hemmerling, T. M. (2018). Pain management in abdominal surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery,* 403(7), 791-803.
41. Öztürk, P. (2022). *Abdominal cerrahi geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi), Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
42. Çandır G. (2021), *Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep
43. Erdil, F., Elbaş Özhan, N. (2016). Cerrahi Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. LTD. Şti.
44. Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. Ed. G. Aksoy, N. Kanan, ve N. Akyolcu, *Cerrahi Hemşireliği 1* (ss. 346-396). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
45. Lieffers, J. R., Bathe, O. F., Fassbender, K., Winget, M., & Baracos, V. E. (2012). Sarcopenia is associated with postoperative infection and delayed recovery from colorectal cancer resection surgery. *British Journal of Cancer,* 107, 931-936.

46. Taşdemir, N. (2018). Cerrahi enfeksiyonlar ve hasta bakımı. Çelik, S. ve Taşdemir, N. (Ed.), *Güncel yöntemlerle cerrahi hastalıklarda bakım* (ss. 112-113). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
47. Goodnough, L. T., Shander, A. (2012). Patient blood management. *Anesthesiology*, 116, 1367-1376.
48. Williams, L. S. (2015). Nursing care of patients having surgery. In L. S. Williams & P. D. Hopper (Eds.), *Understanding Medical Surgical Nursing* (5th edition, pp. 202-236). Philadelphia: F.A. Davis Company.
49. Matsuyama, T., Iranami, H., Fujii, K., Inoue, M., Nakagawa, R., & Kawashima, K. (2013). Risk factors for postoperative mortality and morbidities in emergency surgeries. *Journal of Anesthesia,* 27, 838-843.
50. Scott, M. J., Baldini, G., Fearon, K. C. H., & Feldheiser, A. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, Part 1: Pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59, 1212-1231.
51. Dirimeşe, E. (2018). Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı. Ed. Çelik, S. ve Taşdemir, N. *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (ss. 25-43). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
52. Aydın Çil Meyra ve Yayla Ayşegül. (2021). Ortopedik cerrahi hastalarında preoperatif beslenme durumunun postoperatif komplikasyonlar ve hastanede kalış süresine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 432-443. doi: 10.26559/mersinsbd.866672
53. Oppedal, K., Möller, A. M., Pedersen, B., Tonnesen, H. (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), 23-25.
54. Kotagal, M., Symons, R. G., Hirsch, I. B., Umpierrez, G. E., Dellinger, E. P., Farrokhi, E. T. (2015). Perioperative hyperglycemia and risk of adverse events among patients with and without diabetes. *Annals of Surgery*, 261, 97-101.
55. Berk, A., Dokumacı, A. H., Kaymaz, M. B. (2015). Yara İyileşmesi ve Diyabetik Yara Tedavisinde Kullanılan Tıbbi Bitkiler. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 24(3), 185-192.
56. Yılmaz, E. (2016). Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. F. Eti Aslan (Ed.), *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte* içinde (ss. 319-345). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
57. Sun, D., Li, W., Li, S., Cen, Y., Xu, Q., Li, Y., et al. (2017). Comparison of multi-modal early oral nutrition for the tolerance of oral nutrition with conventional care after major abdominal surgery: a prospective, randomized, single-blind trial. *Nutrition Journal*, 16, 1-10.
58. Diemunsch, P., Joshi, G. P., Brichant, J. F. (2009). Neurokinin-1 receptor antagonists in the prevention of postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia,* 103(1), 7-13.
59. American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN). (2006). ASPAN'S Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention and/or Management of PONV/PDNV. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 230-250.
60. Aktaş, Y., Gürçayır, D. ve Atalay, C. (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi,* 45(3), 341-351.
61. ERAS Protokolü: Perioperatif Bakım ve Cerrahi Sonrası İyileşme. Erişim tarihi: 25 Aralık 2023, http://eras.org.tr/public/files/ERAS_POBK_prootokol.pdf
62. Cengiz, H. (2018). *Cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme indeksinin geçerlik-güvenirlik çalışması ve iyileşme durumlarının değerlendirilmesi* (Doktora tezi), Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
63. Cole JA, Plewa MC. Singultus. [10 Temmuz 2023'te güncellendi]. İçinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ocak tarihinde erişildi. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538225/
64. Taşdemir, N., Çelik Şenol, S. (2010). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 11-22.
65. Mari, A., Abu Backer, F., Mahamid, M., Amara, H., Carter, D., Boltin, D., & Dickman, R. (2019). Bloating and abdominal distension: clinical approach and management. *Advances in Therapy*, 36, 1075-1084.
66. Lacy, B. E., Cangemi, D., Vazquez-Roque, M. (2021). Management of chronic abdominal distension and bloating. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(2), 219-231.
67. Chen, Y., Dong, C., Lian, G., Li, D., Yin, Y., Yu, W., Jing, C. (2020). Dexamethasone on postoperative gastrointestinal motility: A placebo-controlled, double-blinded, randomized controlled trial. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 35(9), 1549-1554.
68. Tou, S., Brown, S. R., Nelson, R. L. (2015). Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-22.
69. Wells, C. I., Milne, T. G. E., Seo, S. H. B., Chapman, S. J., Vather, R., Bissett, I. P., O'Grady, G. (2022). Post-operative ileus: definitions, mechanisms and controversies. *ANZ Journal of Surgery*, 92(1-2), 62-68. https://doi.org/10.1111/ans.17297

70. Wakasugi, M., Suzuki, Y., Tei, M., Ueshima, S., Akamatsu, H., Nishida, T. (2020). Effects of Daikenchuto on postoperative gastrointestinal motility in colorectal carcinoma patients with abdominal pain and distension: A prospective, randomized trial. *Surgery Today*, 50(11), 1524-1529.
71. Beach EC, De Jesus O. Ileus. [23 Ağustos 2023'te güncellendi]. İçinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Erişim Ocak 2024, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558937/
72. Weledji, E. P. (2020). Perspectives on paralytic ileus. *Acute Medicine & Surgery*, 7(1), E573.
73. Karaaslan, E. (2020). *Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
74. Erbesler, Z. A. (2021). Postoperatif Pulmoner Komplikasyonların Öngörülmesinde Belirteç Karşılaştırılması; Asa ve Ariscat. *Ahi Evran Medical Journal*, 5(1), 50-54.
75. Toshida, K., Minagawa, R., Kayashima, H., Yoshiya, S., Koga, T., Kajiyama, K., Mori, M. (2020). The Effect of Prone Positioning as Postoperative Physiotherapy to Prevent Atelectasis After Hepatectomy. *World Journal of Surgery*, 44(11), 3893-3900.
76. Smetana, G. W., Pfeifer, K. J., Slawski, B. A., Jaffer, A. K., Dutta, S., & Cohn, S. L. (2014). Risk factors for postoperative pulmonary complications: An update of the literature. *Hospital Practice*, 42(5), 126-131.
77. Nair, M., & Peate, I. (2020). Hemşireler için bir bakışta patofizyoloji (F. Töre, Çev.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
78. Giordano, N. J., Jansson, P. S., Young, M. N., Hagan, K. A., & Kabrhel, C. (2017). Epidemiology, pathophysiology, stratification, and natural history of pulmonary embolism. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*, 20(3), 135-140.
79. Moore, A. J., Wachsmann, J., Chamarthy, M. R., Panjikaran, L., Tanabe, Y., & Rajiah, P. (2018). Imaging of acute pulmonary embolism: An update. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 8(3), 225-238.
80. Erdil F. (2012). Cerrahi Hemşireliği. Erdil F., Özhan Elbaş N. (Ed.). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.* 97-136
81. Fındık, Ü. Y. (2019). Ameliyat sonrası dolaşım sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1. Baskı, ss. 8-15.
82. Heit, J. A., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J., 3rd. (2000). Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: A population-based case-control study. *Archives of Internal Medicine*, 160(6), 809–815. https://doi.org/10.1001/archinte.160.6.809
83. Mastoris, I., Kokkinidis, D. G., Bikakis, I., Archontakis-Barakakis, P., Papanastasiou, C. A., Jonnalagadda, A. K., & Faillace, R. T. (2019). Catheter-directed thrombolysis vs. anticoagulation for the prevention and treatment of post-thrombotic syndrome in deep vein thrombosis: An updated systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Phlebology*, 34(10), 675-682.
84. Kruger, P. C., Eikelboom, J. W., Douketis, J. D., & Hankey, G. J. (2019). Deep vein thrombosis: Update on diagnosis and management. *The Medical Journal of Australia*, 210(11), 516–524. https://doi.org/10.5694/mja2.50201
85. Kort, N. P., Bemelmans, Y., Vos, R., & Schotanus, M. G. M. (2018). Low incidence of postoperative urinary retention with the use of a nurse-led bladder scan protocol after hip and knee arthroplasty: A retrospective cohort study. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 28(2), 283-289.
86. Huang, Z., Ma, J., Shen, B., Pei, F. (2015). General anesthesia: To catheterize or not? A prospective randomized controlled study of patients undergoing total knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 30(3), 502–506.
87. Billet, M., Windsor, T. A. (2019). Urinary retention. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(4), 1-12.
88. Centers for Disease Control and Prevention. (t.y.). Healthcare-associated infection. Erişim adresi: http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html. Erişim tarihi: 26 Aralık 2023.
89. Wagenlehner, F. M. E., Hoyme, U., Kaase, M., Fünfstück, R., Naber, K. G., & Schmiemann, G. (2017). Uncomplicated Urinary Tract Infections. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(24), 415-423.
90. Alshamariy, S. (2012). Risk Factors of Abdominal Wound Dehiscence: Evaluation and Outcome. *Iraqi Journal of Medical Sciences*, 10(4), 390-395. ISSN: 1681-6579.
91. Aydoğmuş, S., Kelekçi, K. H., Şengül, M., Demirel, E., Karaca, Ş., Desdicioğlu, R., & diğerleri. (2017). Factors affecting the development of scar formation in abdominal surgery performed for gynecologic and obstetric conditions. *Turkderm-Turk Archives of Dermatology and Venereology*, 51, 12-17. doi:10.4274/turkderm.58751

92. Akhter, M. S., Verma, R., Madhukar, K. P., Vaishampayan, A. R., & Unadkat, P. C. (2016). Incidence of surgical site infection in postoperative patients at a tertiary care centre in India. *Journal of Wound Care*, 25(4), 210-212, 214-217. doi:10.12968/jowc.2016.25.4.210
93. Shan, C. X., Zhang, W., Jiang, D. Z., Zheng, X. M., Liu, S., & Qiu, M. (2010). Prevalence, risk factors, and management of seroma formation after breast approach endoscopic thyroidectomy. *World Journal of Surgery*, 34(8), 1817-1822. doi:10.1007/s00268-010-0597-y
94. Mortazavi, S. M., Hansen, P., Zmistowski, B., Kane, P. W., Restrepo, C., & Parvizi, J. (2013). Hematoma following primary total hip arthroplasty: A grave complication. *Journal of Arthroplasty*, 28(3), 498-503. doi:10.1016/j.arth.2012.07.033
95. Centers for Disease Control and Prevention. (t.y.). Healthcare-associated infection. Erişim adresi: http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html. Erişim tarihi: 26 Aralık 2023.
96. NICE, 2020, https://www.nice.org.uk/guidance/ng125 Erişim: (21.01.2024)
97. Berríos-Torres, S.I., Umscheid, C.A., Bratzler, D.W., Brian Leas. L., Stone, E.C., Kelz, R.R., et al. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surg*, 152:784-91. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904.
98. Reifke, M. B., Jayasuriya, A. A., & Jayasuriya, A. C. (2015). Current wound healing procedures and potential care. Materials Science & Engineering. C, *Materials for Biological Applications*, 48, 651–662. https://doi.org/10.1016/j.msec.2014.12.068
99. Adıgüzel, C. (2015). Cerrahi sonrası kanama sorunları ve tedavi. *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics*, 8(3), 43-47.
100. Köseoğlu, Ş., Seki, Z. (2020). Genel Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Batın Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 24(2), 121-133.
101. Karahan, E., Köstekli, S. (2021). Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik hasta bakımı. In Çelik, S.,Taşdemir, N. (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar* (s. 45-84). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
102. Aksoy G. (2012), Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Ed: Aksoy G, Kanan N. *Cerrahi Hemşireliği,* s.257-300, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul
103. Urban, R. D., Ehrenfeld, J. M. (2017). Anestezi: özet bilgiler ve güncel notlar. (Çev. Kurt, C., Sızlan, A.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
104. Karabulut N, Yaman Aktaş Y. (2020), Siz ameliyata hazırsınız peki ya ben: Kanıta dayalı uygulamalar ile psikolojik hazırlık. Gürsoy A, editör. *Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-11.
105. Kahraman, H., Kurşun Kural, Ş. (2022). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimini uygulama durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi,* 4(3), 258-268.
106. Low, M., Burgess, L. C., Wainwright, T. W., Pgcert, P., & Mcsp, H. (2020). Patient information leaflets for lumbar spine surgery: A missed opportunity. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1403–1409. https://doi.org/10.1177/2374373519897176
107. Edeer Durmaz A, Sarıkaya A, Baksi A, (2018), Ameliyat Öncesi Dönem Hasta Hazırlığında Hemşirelik Yönetimi, *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*;10(4):330-43
108. Fındık, Y.Ü. (2019). Ameliyat sonrası dolaşım sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Fındık Y.Ü. (Ed.), *Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı* (s. 8-15). Ankara: Türkiye Klinikleri.
109. Fındık, Ü. Y. (2017). Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Aslan, F. E. (Ed.), *Cerrahi Bakım Vaka Analizleriyle* (2. Baskı, s. 425-450). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevİ.
110. Totur Dikmen, B., Dal Yılmaz, Ü. (2019). Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri*, 1(1), 1-7.
111. Kehlet H. (2020). Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good?. *Anaesthesia*, 75 Suppl 1, e54–e61. https://doi.org/10.1111/anae.14860
112. Doğan, R., Mercan, N. ve Yüksel, Ç. (2020). Ruhsal hastalıklarda iyileşme: kavram analizi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 12(1): 91-99. doi: 10.18863/pgy.478241
113. Türk Dil Kurumu. (t.y.). İyileşme. İnternet Sitesi. Erişim tarihi: 3 Kasım 2023, https://www.tdk.gov.tr/icerik/yazim-kurallari/sozlukte-aranan-ozellikler/iyilesme
114. Oxford English Dictionary. (n.d.). recovery, n. (2nd ed.). Erişim tarihi: 3 Kasım 2023, https://www.oed.com/view/Entry/159586.
115. Bowyer, A., & Royse, C. (2018). The future of recovery: integrated, digitalised and in real time. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 32(4), 295-302.

116. Forsberg, A., Vikman, I., Walivaara, B. M., & Engström, A. (2018). Patterns of changes in patients' postoperative recovery from a short-term perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(2), 188-199.
117. Jaensson, M., Nilsson, U., & Dahlberg, K. (2022). Methods and timing in the assessment of postoperative recovery: a scoping review. *British Journal of Anaesthesia*, 129(1), 92-103.
118. Çam MO, Durmuş H (2016) Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 32: 97-106.
119. Macpherson R, Pesola F, Leamy M, Bird V, Boutillier CL, Williams J, Slade M (2016) The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res*, 175:142–147.
120. Brocke, T., and Barr, J. (2020). The History of Wound Healing. *The Surgical clinics of North America*, 100(4), 787–806. https://doi.org/10.1016/j.suc.2020.04.004
121. Aktaş Ş. (2012). Kronik yarada lokal faktörler ve yardımcı tedaviler. *ANKEM Derg*, 26: 217-222.
122. Öztaş P. (2021),Yara İyileşmesi, Bakımı ve Tedavisi, *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg*, 54(2) :341-351, DOI: 10.20492/aeahtd.931499
123. Baktır, G. (2019). Wound repair and experimental wound models. *Experimed*, 9(3), 130-137. https://doi.org/10.26650/experimed.2019.19023
124. Kumar, V., Abbas, A. K., and Aster, J. C. (2013). Robbins Basic Pathology (9th ed.). Philadelphia, PA: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
125. Guclu, A. ve Kurşun, Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 107-113
126. Lee, L., Tran, T., Mayo, N.E., Carli, F. and Feldman, L.S. (2014). What does it really mean to ''recover'' from an operation? *Surgery.* 155(2):211-216. Doi: J.surg.2013.10.002
127. Akıncı, N. (2022). Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi,* 9(2), 113-119
128. Ghoneim, M.M., O'Hara, M.W. (2016). Postoperative complications: an overview. *BMC Surgery,*16(5), 1-10.doi; https://doi:org/10.1186/s12893-016-0120-y
129. Samina, P., Kang, C.H., Hwang, Y., Seong, Y.W., Lee,H.J., Park, I.K. Tae , Y.(2016). Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*,49(1),16-21. doi; https://doi.org/10.1093/ejcts/ ezv336
130. Gürel, B., Koçaşlı, S. (2022). Ameliyat sonrası hastaların derlenme kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi,* 5(1), 12-30.
131. Knutson, M.B., Newberry, S. and Schaper, A. (2013) Recovery education: a tool for psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20:874–881
132. El-Kefraoui, C., Do, U., Miller, A., Kouyoumdjian, A., Cui, D., Khorasani, E., Landry, T., Amar-Zifkin, A., Lee, L., Feldman, L. S., & Fiore, J. F., Jr (2023). Impact of enhanced recovery pathways on patient-reported outcomes after abdominal surgery: a systematic review. *Surgical endoscopy,* 37(10), 8043–8056. https://doi.org/10.1007/s00464-023-10289-2
133. Bowyer, A., Royse, C. (2016). Postoperative recovery and outcomes - what are we measuring and for whom? Anaesthesia, 71(1), 72-77.
134. Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. (2021). Cerrahi hemşireliği 1 (4. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
135. Arakelian, E. (2011). Operating Room Efficiency and Postoperative Recovery After Major Abdominal Surgery: The Surgical Team's Efficiency and The Early Postoperative Recovery Of Patients With Peritoneal Carcinomatosis. Acta Universitatis Upsaliensis.
136. Allvin, R. (2009). Postoperative Recovery : Development of A Multi-Dimensional Questionnaire for Assessment of Recovery. Örebro Studies in Medicine No 32, 73 pp.
137. Demirhan, İ., Pınar, G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi,* 2(1), 43-53.
138. Butler SF, Black RA, Techner L, Fernandez KC, Brooks D, Wood M, Katz N. (2012). Development and Validation of the Post-Operative Recovery Index for Measuring Quality of Recovery after Surgery. *J Anesth Clin Res*, 3(12):1-8.
139. Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. *Fidell Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston (2013)
140. George, D., Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
141. Kalaycı, Şeref (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.

142. Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Ve Köklü, N. (2018). Sosyal bilimler için istatistik, Ankara: Pegem Akademi.
143. Dolaş S. (2023). *Cerrahi Girişim Uygulanan Yaşlı Hastalarda İyileşme Durumlarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
144. Balçık Z. (2023). *Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Ve Ağrı Düzeyleri İle Şükran Duygusu Arasındaki İlişki*, (Yüksek Lisans Tezi), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
145. Yolcu S, Akın S. (2015). Ortopedi, Kalp ve Genel Cerrahi Ameliyatları Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumları ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum,* 25(3):33-45.
146. O'Neill, L., Bennett, A. E., Guinan, E., Reynolds, J. V., & Hussey, J. (2021). Physical recovery in the first six months following oesophago-gastric cancer surgery. Identifying rehabilitative needs: a qualitative interview study. *Disability and rehabilitation*, *43*(10), 1396–1403. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1663946
147. Turan, N., Sendir, M. (2019). Defining care needs for inpatients in the orthopaedics and traumatology clinic. *International Journal of Caring Sciences,* 12(21), 1001-1007.
148. Sjoveian, A. K. H., & Leegaard, M. (2017). Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27, 28-35. doi:10.1016/j.ijotn.2017.07.001
149. Sabharwal, S., Archer, S., Cadoux-Hudson, D., Griffiths, D., Gupte, C. M., & Reilly, P. (2021). Exploring elderly patients' experiences of recovery following complex proximal humerus fracture: A qualitative study. *Journal of Health Psychology,* 26(6), 880-891. https://doi.org/10.1177/1359105319850883
150. Jakobsson, J., Idwell, E., & Kumlien, C. (2017). The lived experience of recovery during the first 6 months after colorectal cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 4498-4505.
151. Lin, T., Meng, Y., Li, T., Jiang, H., Gao, R., & Zhou, X. (2018). Predictors of postoperative recovery based on health-related quality of life in patients after degenerative lumbar scoliosis surgery. *World Neurosurgery*, 109, 539-545.
152. Kim, S. M., Youn, H. G., An, J. Y., et al. (2018). Comparison of open and laparoscopic gastrectomy in elderly patients. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(5), 785-791.
153. Wicke, C., Bachinger, A., Coerper, S., Beckert, S., Witte, M. B., & Königsrainer, A. (2009). Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized wound care center. *Wound Repair and Regeneration*, 17(1), 25-33.
154. Liu, J., Dong, Y., Song, Z., Zhao, Z., & Zhao, L. (2017). The impact of obesity on postoperative outcome of laparoscopic colorectal surgery: A meta-analysis. *International Journal of Surgery*, 39, 207–215. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.02.052
155. Schauer, D. P., Arterburn, D. E., Livingston, E. H., Coleman, K. J., Sidney, S., Fisher, D., O'Connor, P., Fischer, D., & Eckman, M. H. (2015). Impact of bariatric surgery on life expectancy in severely obese patients with diabetes: a decision analysis. *Annals of surgery*, 261(5), 914–919. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000907
156. Kassahun, W. T., Mehdorn, M., & Babel, J. (2022). The impact of obesity on surgical outcomes in patients undergoing emergency laparotomy for high-risk abdominal emergencies. *BMC surgery*, 22(1), 15. https://doi.org/10.1186/s12893-022-01466-6
157. Schauer, D. P., Arterburn, D. E., Livingston, E. H., Coleman, K. J., Sidney, S., Fisher, D., O'Connor, P., Fischer, D., & Eckman, M. H. (2015). Impact of bariatric surgery on life expectancy in severely obese patients with diabetes: a decision analysis. *Annals of surgery*, 261(5), 914–919. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000907
158. Köklü AHK, Çankal DAU. (2013). Yara iyileşmesini etkileyen faktörler içerisinde beslenmenin yeri. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg*., (7):135-141.
159. Lall AC, Schwarzman GR, Battaglia MR, Chen SL, Maldonado DR, Domb BG. Effect of marital status on patient-reported outcomes following total hip arthroplasty: a matched analysis with minimum 2-year follow-up. *HIP International.* 2019; 31328566.
160. Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Vuong, V. D., et al. (2017). Effect of social support and marital status on perceived surgical effectiveness and 30-day hospital readmission. *Global Spine Journal*, 7(8), 774-779.
161. Flick K, Sublette CM, Yip-Schneider MT, ve ark. Insurance type and marital status impact hospital length of stay after pancreatoduodenectomy. *J Surg Res.* 2021;257:587-592.

162. Pieper B., Sieggreen M., Freeland B., Kulwicki P., Frattaroli M., Sidor D., et al. (2006). Discharge ınformation needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing,* 33(3):281-292.
163. Jerath, A., Austin, P. C., Ko, D. T., Wijeysundera, H. C., Fremes, S., McCormack, D., & Wijeysundera, D. N. (2020). Majör Elektif Kalp Dışı Cerrahi Sonrası Sosyoekonomik Durum ve Hayatta Kalan ve Hastane Dışında Kalan Günler: Nüfusa Dayalı Bir Kohort Çalışması. *Anesteziyoloji,* 132, 713–722. doi: https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003123
164. Sørensen L. T. (2012). Wound healing and infection in surgery. The clinical impact of smoking and smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960), 147*(4), 373–383. https://doi.org/10.1001/archsurg.2012.5
165. Sørensen, L. T., Toft, B. G., & Rygaard, J. (2020). A comprehensive study of comorbidities, mechanisms, and complications of tobacco smoking in surgery. *Annals of Surgery,* 272(2), 217–225. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000003484
166. Turan, A., Mascha, E. J., Roberman, D., Turner, P. L., & You, J. H. S. (2012). Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology,* 118(3), 730-740.
167. Özmen T. (2020), *Cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının incelenmesi,* (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
168. Saylam, B., Gamsızkan, B., Düzgün, A. P., Özer, M. V., Coşkun, F. (2009). Abdominal operasyonlarda mortalite ve morbiditeye etki eden faktörler. *Bakırköy Tıp Dergisi,* 5, 153-159.
169. Delabays, C., Demartines, N., Joliat, G. R., & diğerleri. (2024). Sirotik hastalarda karaciğer ameliyatı sonrası iyileşmenin artması: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Perioperative Medicine,* 13(1), 24. https://doi.org/10.1186/s13741-024-00375-x
170. Salakhov, E. K., & Vlasov, A. P. (2017). Lechenie pankreonekroza, oslozhnennogo rasprostranennym peritonitom [Closed management of pancreatic necrosis complicated by diffuse peritonitis]. *Khirurgiia,* (5), 27–30. https://doi.org/10.17116/hirurgia2017527-30
171. Tanrıverdi, H. O., Cengiz, F., Yakan, S., Şenlikçi, A., vd. (2013). Laparoskopik total ekstraperitoneal kasık fıtığı tamiri konvansiyonel yönteme tercih edilebilir mi? Randomize klinik çalışma. *Journal of Clinical and Experimental Investigations,* 4(1), 80-83. https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2013.01.0238
172. Irmak B, Bulut H. (2021). Abdominal Cerrahi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarını Artırmada Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı: Kanıtlar Ne Diyor? *IGUSABDER,* 336–350.
173. Wu M, Yang L, Zeng X, et al. (2019). Laparoskopik kolesistektomi sonrası postanestezi bakım ünitesinde erken oral hidrasyonun güvenliği ve uygulanabilirliği: Prospektif, randomize ve kontrollü bir çalışma. *Hemşirelikte PeriAnestezi Dergisi,* 34(2), 425-430. doi:10.1016/j.jopan.2018.06.093.
174. Belena JM, Nunez M. (2014). Laparoskopik cerrahinin postoperatif komplikasyonları. *Klinik Anesteziyoloji Dergisi,* 2(3), 1034.
175. Aydıngülü N, Arslan S. (2021). Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri, *KSU Medical Journal*, 16(3) : 401-406
176. Arslan S, Taylan S, Deniz S. (2017). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 20(1), 17-21.
177. Doğan, E. (2020). Lomber disk hernisi cerrahisinde uygulanan farklı anestezi yöntemlerinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal,* 47(3), 671-677.
178. McLain RF, Kalfas I, Bell GR, et al. (2005). Comparison of spinal and general anesthesia in lumbar laminectomy surgery: a case-controlled analysis of 400 patients. *J Neurosurg Spine,* 2, 17-22.
179. Karaman Özlü Z, İnce S, Avşar G. (2016). Müzik terapinin kolesistektomi olan hastaların ağrıları üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 19(2), 100-105.
180. Arık MK, Türk N, Süner A. (2010). Safra kesesi ameliyatı olan hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığı. *GOZTEPETRH,* 25(4), 158-163.
181. Jeong, S. S., Choi, P. J., Yi, J. H., & Yoon, S. S. (2017). Impact of lifestyle diseases on postoperative complications and survival in elderly patients with stage I non-small cell lung cancer. *Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery,* 50, 86-93.
182. Demiratlı, M. C. (2023). *Total diz protezi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi korku düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.

# EKLER

**EK-1.Hasta Tanıtım Formu**

Ad/Soyad……..
Tel:

**1.Yaşınız: …….**

**2. Boy: ……**

**3. Kilonuz: ……**

**4.Beden Kitle İndeksi ……**

**5. Cinsiyet**: ( ) Kadın ( ) Erkek

**6. Alerjisi:** ( ) Yok ( ) Var ……

**7.Medeni Durumunuz:**
( ) Bekar
( ) Evli

**8. Eğitim Durumunuz:**
( ) Okur Yazar Değil
( ) İlköğretim
( ) Lise
( )Üniversite

**9. Mesleğiniz:**
( ) Ev hanımı
( ) İşçi
( ) Memur
( ) Emekli
( ) Serbest Meslek

**10. Ailenizin gelir durumu giderinize göre nasıl?**
( ) Gelir gidere göre az
( ) Gelir gideri dengeler
( ) Gelir gidere göre fazla

**11.Sosyal güvenceniz:** ( ) Yok ( ) Var

**12.Sigara kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır ( ) Evet

**13. Alkol kullanıyor musunuz?** ( ) Hayır ( ) Evet

**14. Tanısı: .....**

**15. Ameliyat Tarihi**: ...../**Hasta Ameliyat sonrası**.....günde.

**16. Geçirdiği Cerrahi Girişim: ……**

**17.Yapılan cerrahi işlemin açık ya da laparoskopik olma durumu;**
( ) Açık ameliyat
( ) Kapalı (Laparoskopik) ameliyat

**18. Daha önce cerrahi girişim uygulandı mı?** ( ) Hayır ( ) Evet

**19. Evet ise ameliyatın türü ?**
**( )** Farklı organ sistem ameliyatı
**( )** Aynı organ sistem ameliyatı

**20. Anestezi Türü:**
**( )** Genel
( ) Lokal
( ) Spinal

**21. ERAS Protokolleri uygulandı mı?**
( ) Hayır
( ) Evet

**22.Ameliyat sonrası süreçte size yardım ve destek verecek birisi var mı?**
( ) Hayır
( ) Evet, Eş
( ) Evet, Çocuk
( ) Evet, Ebeveyn

**23. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?** ( ) Hayır ( ) Evet

**24. Var ise hangisi ya da hangileri? .....**
( ) Hayır
( ) Evet, Diyabet
( ) Evet, Hipertansiyon
( ) Evet, Kalp Hast.
( ) Evet, Tirod Hastalığı

**25. Sürekli Kullandığınız ilaçlar ……**
( ) Yok
( ) Var (Varsa açıklayınız ……)

## EK-2. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi

**TURKISH VERSION**

**AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ**

**[A Post-operative Recovery Index (PoRI)]**

**Lütfen her soruya uygun yuvarlağı doldurarak cevaplandırınız.**

| **Son 24 SAAT içinde...** | Hiçbir zaman | Ara sıra | Bazı zaman larda | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Gün içerisinde uyanık kalmakta için ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? *(Örneğin; okuma, bulmaca çözme, karışık yönergeleri izleme gibi)* | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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

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



**EK-3.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

Sayın Katılımcı,

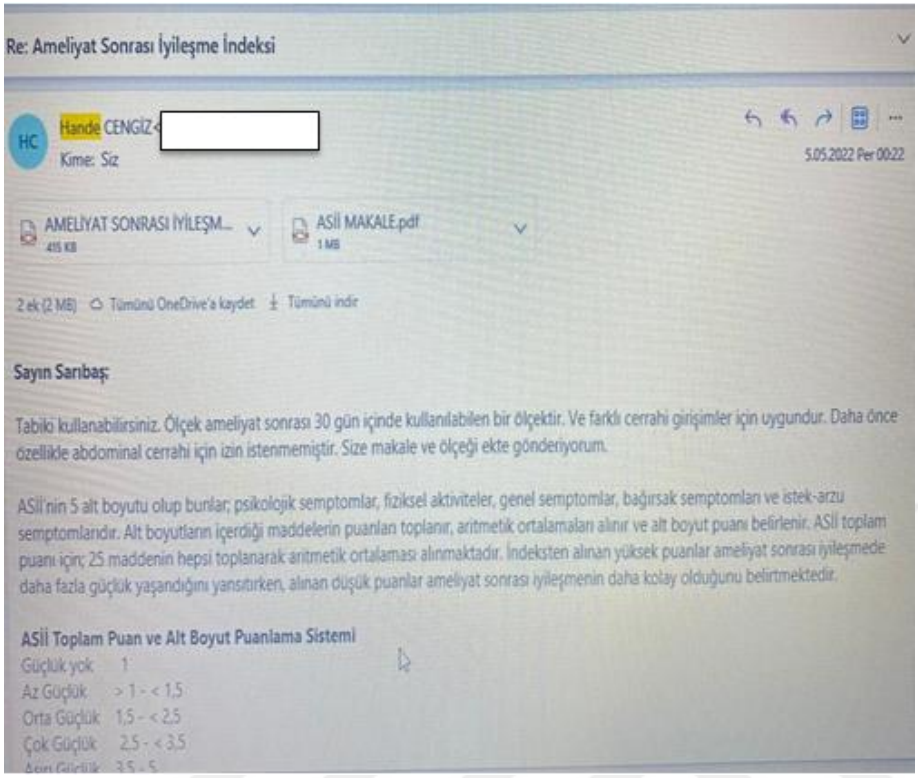
Sizi ‘Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda İyileşme Durumlarının Belirlenmesi’ adlı çalışmaya davet ediyoruz. Bu araştırma, karın bölgesinden ameliyat geçirmiş olan hastalarınameliyat sonrasında iyileşme durumlarını tespit etmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Bu araştırma ile ameliyat sonrasında hastalarda erken ve geç dönemde ne kadar iyileşme gerçekleştiği ve karşılaşılan sorunların neler olduğu belirlenecektir. Bu araştırmada sizlerden ‘‘Hasta Tanılama Formu’’ ve “Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ” ölçeğini eksiksiz doldurmanız için izin istenmektedir. Araştırmada sizden 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ameliyattan sonra 14-30 gün içinde araştırmacı tarafından telefonla aranarak iyileşme durumunuzun tekrar değerlendirilmesi içindir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Araştırmayı kabul etmeme durumunda ya da herhangi bir nedenle çalışmadan çekilmeniz durumunda, aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bir aksama olmayacaktır. İstediğiniz anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan bir durum varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Çalışmaya katılmayı kabul edip bilimsel araştırmalara katkı sağladığınız için teşekkür ederiz. İletişim kurulacak araştırmacı: Esra SARIBAŞ

Katılımcının Adı Soyadı/ İmza:

Telefon:

## EK-4.Ölçek İzni



Re: Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi

HC Hande CENGİZ <[redacted]>
Kime: Siz
5.05.2022 Per 00:22

AMELİYAT SONRASI İYİLEŞM... 415 KB
ASİİ MAKALE.pdf 1 MB

2 ek (2 MB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Sayın Sarıbaş;

Tabiki kullanabilirsiniz. Ölçek ameliyat sonrası 30 gün içinde kullanılabilen bir ölçektir. Ve farklı cerrahi girişimler için uygundur. Daha önce özellikle abdominal cerrahi için izin istenmemiştir. Size makale ve ölçeği ekte gönderiyorum.

ASİİ'nin 5 alt boyutu olup bunlar; psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, genel semptomlar, bağırsak semptomları ve istek-arzu semptomlarıdır. Alt boyutların içerdiği maddelerin puanları toplanır, aritmetik ortalamaları alınır ve alt boyut puanı belirlenir. ASİİ toplam puanı için; 25 maddenin hepsi toplanarak aritmetik ortalaması alınmaktadır. İndeksten alınan yüksek puanlar ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığını yansıtırken, alınan düşük puanlar ameliyat sonrası iyileşmenin daha kolay olduğunu belirtmektedir.

**ASİİ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlama Sistemi**

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

## EK-5. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.07.2022-9794

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 17.06.2022
Toplantı Sayısı : 2022/16
Karar Sayısı : 16/1

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Doç. Dr. Selda RIZALAR'ın sorumlu, Hemş. Esra SARIBAŞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 22/345 kayıt numaralı ***" Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Belirlenmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 17.06.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ali ÇETİN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

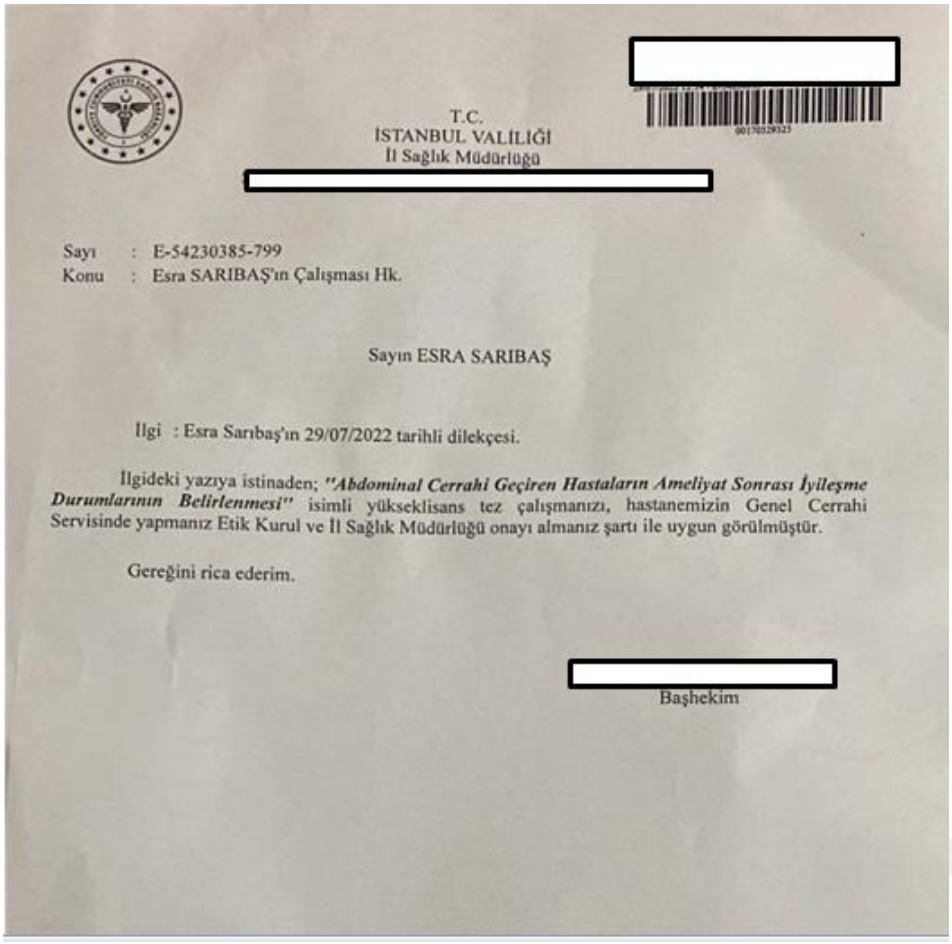
13.06.2022 Memur

Ali CEYLAN

**Evrakı Doğrulamak İçin :** https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSEBV5B3Y0&eS=9794

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-6.Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-54230385-799
Konu : Esra SARIBAŞ'ın Çalışması Hk.

Sayın ESRA SARIBAŞ

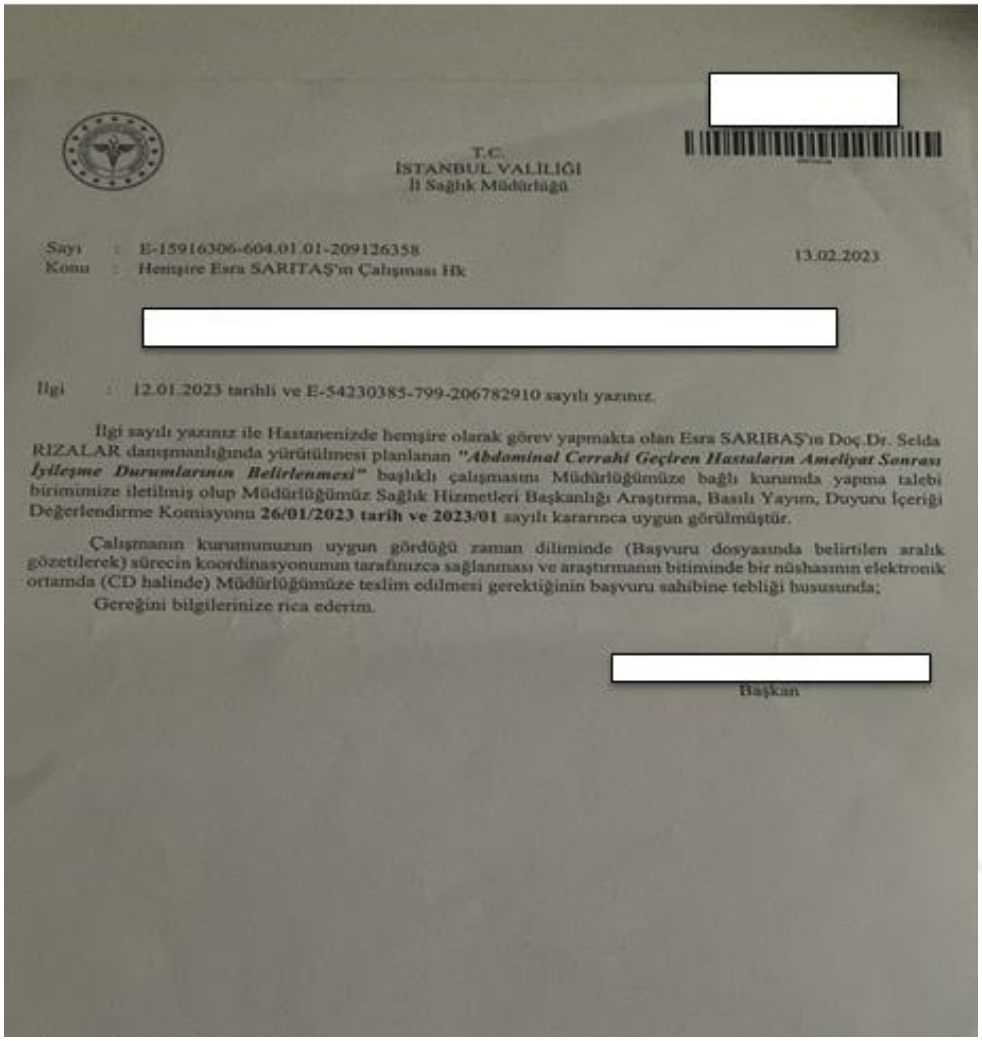
İlgi : Esra Sarıbaş'ın 29/07/2022 tarihli dilekçesi.

İlgideki yazıya istinaden; ***"Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Belirlenmesi"*** isimli yükseklisans tez çalışmanızı, hastanemizin Genel Cerrahi Servisinde yapmanız Etik Kurul ve İl Sağlık Müdürlüğü onayı almanız şartı ile uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Başhekim

## EK-7.İl Sağlık İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-209126358
Konu : Hemşire Esra SARITAŞ'ın Çalışması Hk

13.02.2023

İlgi : 12.01.2023 tarihli ve E-54230385-799-206782910 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde hemşire olarak görev yapmakta olan Esra SARIBAŞ'ın Doç.Dr. Selda RIZALAR danışmanlığında yürütülmesi planlanan ***"Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Belirlenmesi"*** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **26/01/2023 tarih ve 2023/01** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Başkan