

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN ÖZ
BAKIM GÜÇLERİ VE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Buket ÖZKAN

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Buket ÖZKAN tarafından, Dr. Öğr. Özge İŞERİ danışmanlığında hazırlanan “ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜÇLERİ VE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 04.7.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Özgül KARAYURT İzmir Ekonomi Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğrt. Üyesi Özge İŞERİ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğrt. Üyesi Gülay AKMAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet

Hayır

İmza
... / ... / 20...
Buket ÖZKAN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜÇLERİ VE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 26/05/2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 18

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

İmza
... / ... / 20...
Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

ÖZET

ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜÇLERİ VE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Buket ÖZKAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Haziran/2022

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

Amaç: Abdominal cerrahi geçiren hastaların öz bakım gücü ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Materyal-Metot: Bu araştırma 23.08.2021-23.11.2021 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi genel cerrahi kliniği ve yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, abdominal cerrahi girişim geçirmiş 478 hasta oluşturmuştur. Örneklem, evreni bilinen örneklem hesabı yöntemiyle hesaplanmış ve araştırma 221 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, “Sosyodemografik Özellikler Formu”, “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve “Perianestezi Konfor Ölçeği” kullanılarak yüz yüze araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 19 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, ortanca, yüzde, bağımsız örneklem T testi, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis varyans analizi, pearson korelasyon katsayısı, çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 46.73 ± 16.95 'tir. Hastaların %51.1'i kadın, %70.6'sı evli, %75.6'sı çocuk sahibi, %37.1'i lise mezunu ve %58.8'i çalışmamaktadır. Katılımcıların %70.1'inin aylık geliri giderinden az, %94.6'sı çekirdek aile yapısında ve %67.9'u ilde yaşamaktadır. Bireylerin %54.8'inin kronik rahatsızlığı ve %54.8'inin daha önce ameliyat olmadığı saptanmıştır. Hastaların %57.9'u laparoskopik cerrahi geçirmiş ve %78.7'sinin ameliyatı dört saatten kısa sürmüştür. Katılımcıların Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 96.16 ± 18.67 'dir. Yaş, çocuk sahibi olma, aile tipi, yaşanan yer, eğitim ve çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma, ameliyat türü ve süresinin öz bakım gücünü etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeği puan ortalaması 4.61 ± 0.43 'tür. Yaş, çocuk sahibi olma, yaşanan yer, eğitim ve çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma, ameliyat türü ve süresinin konfor düzeyini etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). İki ölçek arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r: 0.554$; $p < 0.001$). Ayrıca Öz Bakım Gücü Ölçeği puanındaki bir birimlik artışın perianestezi konfor ölçeği puanını 0.013 arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Bireylerin öz bakım gücü arttıkça konfor düzeyinin arttığı ve sosyodemografik özelliklerin öz bakım gücü ve konfor düzeyini etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle hemşirelerin abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastaları öz bakım gücü ve konfor düzeyi yönünden değerlendirmesi, buna yönelik gereksinimleri belirleyip hümanistik yaklaşımla karşılaması oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Abdominal cerrahi, Hemşirelik, Konfor, Öz bakım gücü

ABSTRACT

THE DETERMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE POWER AND COMFORT LEVEL IN PATIENTS UNDERTAKING ABDOMINAL SURGERY

Buket ÖZKAN

Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Master, June/2022

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Özge İŞERİ

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between self-care power and comfort level of patients undergoing abdominal surgery.

Material and Method: This research was carried out at the general surgery clinic and intensive care unit between 23.08.2021 and 23.11.2021 in Ankara Gazi University Medical Faculty Hospital. The population of the study consisted of 478 patients who had undergone abdominal surgery. The sample was calculated using the known universe sampling method and the study was completed with 221 patients. The data of the study were collected face to face by the researcher by using the "Sociodemographic Characteristics Form", "Self Care Power Scale" and "Perianesthesia Comfort Scale". SPSS 19 statistical package program was used in the analysis of the data. In the evaluation of the data, mean, median, percentage, Independent Sample T Test, Kruskal Wallis Analysis of Variance, Pearson correlation coefficient, multiple linear regression analysis were used.

Result: The mean age of the participants was 46.73 ± 16.95 . 51.1% of the patients are women, 70.6% are married, 75.6% have children, 37.1% are high school graduates, 58.8% are unemployed and 67.9% of them live in the province. It was determined that 54.8% of the individuals had no chronic disease. 57.9% of the patients had laparoscopic surgery and the operation 78.7% of them took less than four hours. The mean score of the participants' self-care power scale was 96.16 ± 18.67 . Age, having a child, family type, place of residence, education, working, presence of chronic disease, previous surgery, type and duration of surgery were found to affect self-care power ($p < 0.05$). The mean perianesthesia comfort scale score of the patients was 4.61 ± 0.43 . Age, having a child, living place, education, working status, presence of chronic disease, previous surgery, type and duration of surgery were found to affect the comfort level ($p < 0.05$). A moderately positive relationship was found between the two scales ($r: 0.554$; $p < 0.001$). It was determined that a one-unit increase in the self-care power scale score increased of the perianesthesia comfort scale score by 0.013.

Conclusion: It has been determined that as individuals' self-care power increases, their comfort level. It is very important that nurses evaluate patients who have undergone abdominal surgery in terms of self-care power and comfort level, determine the needs for this and meet them with a humanistic approach.

Keywords: Abdominal surgery, Comfort, Self care power, Nursing

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve tez süresince sabrı ve içtenliğiyle desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, akademik ve bilimsel öğretileriyle gelişimime katkı sağlayan sayın tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ'ye,

Verilerin analizinde desteğini benden esirgemeyen Öğr. Gör. Emre KUYUCU'ya,

Tanıştığımız günden beri her konuda yanımda olan ve destekleyen sevgili arkadaşlarım Sibel ÇİLİNGİR ve Feriştah ASLAN'a,

Tez sürecinde desteğini benden hiç esirgemeyen ekip arkadaşlarım Gazi Üniversitesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireleri ve Genel Cerrahi ekibine,

Düştüğümde ayağa kaldıran, her durumda ve şartta sığınacak bir limanımın olduğunu hissettiren, başarısızlıklarımda tekrar denemek için bana güç veren, başarılarımı alkışlayan, sevgisini ve desteğini benden hiç eksik etmeyen annem Makbule ÖZKAN'a, babam Yalçın ÖZKAN'a ve ablam Türkan ARSLAN'a teşekkür ederim

Buket ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Abdominal Bölge ve Abdominal Cerrahi	4
2.2. Gastrointestinal Sistemde Abdominal Cerrahi Gerektiren Hastalıklar	5
2.2.1. Midenin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	5
2.2.2. Karaciğerin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	6
2.2.3. Pankreasın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	7
2.2.4. Safra Kesesinin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	8
2.2.5. Kalın Bağırsağın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	9
2.2.6. İnce Bağırsağın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları	10
2.3. Abdominal Cerrahi Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar	10
2.3.1. Solunum Sistemi İle İlgili Komplikasyonlar	10
2.3.2. Kardiyovasküler Sistem İle İlgili Komplikasyonlar	11
2.3.3. Üriner Sistem İle İlgili Komplikasyonlar	12
2.3.4. GİS İle İlgili Komplikasyonlar	12
2.3.5. Doku Bütünlüğü İle İlgili Komplikasyonlar	13
2.3.6. Diğer Komplikasyonlar	14
2.4. Abdominal Cerrahiye Bağlı Gelişen Komplikasyonların Yönetiminde Hemşirenin Rolü	16
2.5. Öz Bakım Kavramı	19
2.5.1. Öz Bakım Teorisi	19
2.5.2. Öz Bakım Gücü Kavramı	20
2.5.3. Abdominal Cerrahilerde Öz Bakım Gücü ve Hemşirelik Bakımı	21
2.6. Konfor Kavramı	22
2.6.1. Konfor Kuramı	23
2.6.2. Abdominal Cerrahilerde Konfor ve Hemşirelik Bakımı	24
3. MATERYAL METOT	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	27
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	27
3.5. Verilerin Toplanması	28
3.5.1. Sosyodemografik Özellikler Formu (Ek 1)	28
3.5.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (Ek 2)	28
3.5.3. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) (Ek 3)	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	31

3.9. Araştırmanın Süresi	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR.....	54
7. ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	73
Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Formu	73
Ek 2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ).....	74
Ek 3. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ).....	76
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	77
Ek 5. Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni	78
Ek 6. Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni	79
Ek 7. Etik Kurul İzni.....	80
Ek 8. Kurum İzni.....	81
ÖZ GEÇMİŞ.....	82

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society
AORN	: Association of Operating Room Nurses
APR	: Abdominoperineal Rezeksiyon
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BUN	: Kan Üre Azotu
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DVT	: Derin Ven Trombozu
GFR	: Glomerüller Filtrasyon Hızı
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GLOBACAN	: Global Cancer Observatory
HCC	: Hepatoselüler Karsinom
LAR	: Low Anterior Rezeksiyon
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
ÖBGÖ	: Öz Bakım Gücü Ölçeği
PKÖ	: Perianestezi Konfor Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
USG	: Ultrasonografi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Abdominal Bölge Kadranları.....	4
Şekil 3.1. Araştırmanın Planı	31

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarının dağılımı.....	33
Tablo 4.4. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 4.5. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı.....	36
Tablo 4.6. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	37
Tablo 4.7. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	38
Tablo 4.8. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı.....	39
Tablo 4.9. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 4.10. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	41
Tablo 4.11. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	42
Tablo 4.12. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Perianestezi Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesi.....	43
Tablo 4.13. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ortalamasının Perianestezi Konfor Ölçeği ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	43

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Abdominal cerrahiler; karaciğer, mide, pankreas, safra kesesi gibi gastrointestinal sistem organlarının perforasyonu, obstrüksiyonu ve malignitesi gibi durumlarda yapılan cerrahi girişimlerin ortak adıdır (Kodera, 2016). Ancak bu girişimler her ne kadar bireylerinin iyileşmesini sağlasa da hastaların ağrı, immobilizasyon, sıvı elektrolit dengesizlikleri, kanama, cerrahi alan enfeksiyonları gibi fiziksel; beden imajında bozulma, sosyal yaşam ve iş çevresinden uzaklaşma, düşük benlik algısı gibi psikososyal sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (Alam ve ark., 2020; Gupta ve Chandek, 2020; Sada ve ark., 2020; Santos ve ark., 2020).

Abdominal cerrahilerde karnın üst/alt kısmında yer alan kesi, diyafragma disfonksiyonuna, akciğer ekspansiyonunun azalmasına, derin nefes almada yetersizliğe ve etkisiz öksürüğe neden olarak atalektazi gibi pulmoner sorunların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Kountenti ve ark., 2021; Miskovic, 2017; Yoon ve ark., 2021). Ayrıca abdominal bölgedeki kesi nedeniyle oluşan şiddetli ağrı endokrin ve metabolik stres tepkilerini tetiklemekte ve enfeksiyona zemin hazırlamaktadır (Hemmerling, 2018). Dolayısıyla hastaların hareketliliği engellenerek iyileşme sürecini uzamaktadır (Abbott ve ark., 2018; Kobayashi ve ark., 2021; Lee ve Neumeister, 2020). Visseral peritonun kesilmesi de sempatik sinir sisteminin aktive olmasına neden olarak gastrik mobilitede yavaşlamaya dolayısıyla mide boşalmasında gecikme, bağırsak peristaltizminde bozulma ya da durma gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Chapman ve ark., 2018). Bu zorlu süreçte bahsedilen fiziksel sorunların yanı sıra bireyler kendi bakım ihtiyaçlarını yerine getirememeye, işten ve arkadaş çevresinden uzak kalma, aile içinde rollerini yerine getirememeye gibi psikososyal sorunlar da deneyimlemektedir (Loor ve ark., 2021; Pinto ve ark., 2016). Akortiakuma ve arkadaşlarının (2022), abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada cerrahi alan enfeksiyonları, postoperatif ağrı, yara yeri ayrılması gibi fiziksel sorunların; aileden ve sosyal çevreden ayrılma, terk edilmişlik hissine kapılma gibi sosyal ve psikolojik sorunların iyi oluş üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Yaşanan bu sorunlar bireylerin kendi bakım ihtiyaçlarını sürdürmelerinde tamamen veya kısmen bağımlı olmalarına, dolayısıyla öz bakım yetersizliğine neden olmaktadır (Wang ve ark., 2021).

Öz bakım gücü, kişinin yaşamını, sağlıklı ve iyi olan durumunu sürdürebilmesi için kendi kendine gerçekleştirebildiği eylemler olarak tanımlanmaktadır (Linton ve Koonmen, 2020). Orem'in öz bakım kuramında bu kavram, bireyin kendi ve başkalarının öz bakım gereksinimlerini belirleyebilecek ve bu gereksinimleri karşılayabilecek gücünün yeterli olması şeklinde tanımlamıştır ve bu gücün kişiden kişiye farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (Orem, 2001; Sampaio ve ark., 2008). Literatür incelendiğinde çeşitli abdominal cerrahilerden sonra ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar ile komplikasyonların hastaların öz bakım güçlerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Eraydın ve Sunal, 2021; Kızıl, 2019; Sabah ve ark., 2017). Öz bakım gücü azalan hastaların bağımlılık düzeylerinin artması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi gibi durumlar nedeniyle konfor düzeyleri de değişmektedir (Matarese ve ark., 2018).

Konfor; kısaca günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlansa da bu kavramı sadece fiziksel rahatlık ifadesiyle sınırlandırmak oldukça yanlıştır (Malinowski ve Stamler, 2002). Konfor saygınlık, empati, şefkat gibi kavramlarla ilişkilendirilebilen, bütüncül, çok boyutlu ve değişken bir kavramdır (Merkler ve ark., 2017). Bu doğrultuda hasta bireylerle yapılan çalışmalarda bireylerin konforu sadece fiziksel açıdan ele almadıkları aynı zamanda pozitiflik, güç duygusu, değer verildiğini hissetme gibi duygularla da tanımladıkları ortaya konulmuştur (Wensley ve ark., 2017; Wensley ve ark., 2020). Bu tanımları destekleyici olarak Bakır ve Kurt (2020)'un, yaptıkları çalışmada hastaların psikospiritüel ve sosyokültürel gereksinimlerin karşılanmasının konfor düzeyini fiziksel gereksinimlerin karşılanmasından daha çok arttırdığı ifade edilmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2018), yaptığı çalışmada ise anestezi türü, ayılma odasında geçen sürenin ve ameliyathaneden çıkış sürecini hatırlamanın, ameliyathanede uygulanan tedavi ve bakımın bireyin konfor düzeyini etkilediği saptanmıştır. Ayrıca literatürde ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrı, yorgunluk, bulantı kusma gibi fiziksel sorunların da benzer şekilde konforu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Bout-Tabaku ve ark., 2019; Şahin ve Rızalar, 2018; Tosun ve ark., 2022). Bu doğrultuda sağlık bakım sisteminde anahtar role sahip olan hemşirelerin; bireylerin konfor gereksinimlerini tanımlarken, bunları karşılamaya yönelik planlama ve uygulamalarını yaparken bireyi tüm boyutlarıyla ele alması ve değerlendirmesi gerekmektedir (Terzi ve Kaya, 2017).

Öz bakım ve konfor kavramları birbiriyle ilişkilendirilebilen iki kavramdır. Yapılan literatür incelemesinde laparoskopik abdominal cerrahi geçiren hastalarla (Li ve ark., 2018), ostomili bireylerle (Elshatarat ve ark., 2020), kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalarla (Aktaş, 2019), pankreas cerrahisi geçiren hastalarla (Gustavell, 2019), laparoskopik kolosistektomi geçiren bireylerle (Kızıl, 2019) öz bakım gücünün değerlendirildiği belirlenmiştir. Yine literatür incelemesinde laparoskopik abdominal cerrahi geçiren bireyler (Gündoğan ve ark., 2021; Okutan, 2021), laparoskopik kolosistektomi geçiren hastalar (Başar, 2020), kolorektal kanser cerrahisi geçiren bireyler (Kavalcı, 2021), karaciğer cerrahisi geçiren hastalarla (Kapıkıran, 2020) da konforunun değerlendirildiği saptanmıştır. Öz bakım gücü ve konfor kavramlarını birlikte inceleyen ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Bozkurt, 2018; Ünal, 2020). Ancak abdominal cerrahi geçiren hastalarda bu iki kavram arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri araştıran herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu saptamadan yola çıkılarak, abdominal cerrahi geçiren hastalarda öz bakım gücü ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; abdominal cerrahi geçiren hastalarda öz bakım gücü ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

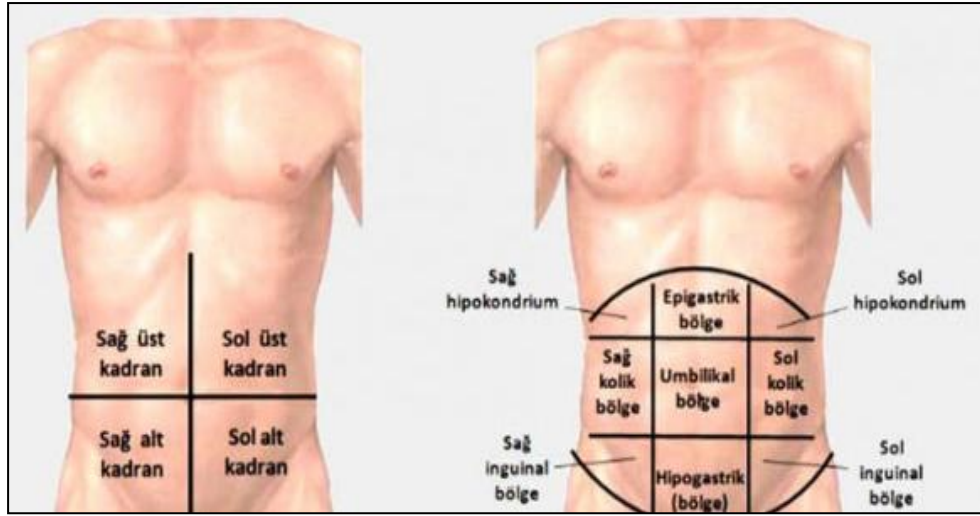
1.3. Araştırma Soruları

1. Abdominal cerrahi geçiren bireylerin öz bakım gücü nasıldır?
2. Abdominal cerrahi geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin öz bakım gücüne etkisi nedir?
3. Abdominal cerrahi geçiren bireylerin konfor düzeyi nasıldır?
4. Abdominal cerrahi geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin konfor düzeyine etkisi nedir?
5. Abdominal cerrahi geçiren bireylerin öz bakım gücü ile konfor düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Abdominal Bölge ve Abdominal Cerrahi

Abdominal bölge, ön tarafta abdominal duvar, üst kısımda diyafragma, alt kısımda ise pelvis ile sınırlanan ve tüm karın içi organları koruma görevi gören kapalı bir boşluktur (Seeras ve ark., 2021). Bu boşluk, üstten diyafragma ile ayrılmış olan torasik kafesin alt kısmındaki dördüncü interkostal boşluktan pelvik boşluğa doğru giden seröz bir zarı bulunan peritonla kaplıdır (Agur ve Dalley, 2015). Ayrıca mide, karaciğer, kalın bağırsak, ince bağırsak, safra kesesi, pankreas gibi gastrointestinal sistem; böbrekler, adrenal bezler, üreterler, mesane gibi üriner sistem ve kadınlarda overler, fallop tüpleri, uterus gibi genital sistem organ ve yapıları da bu boşluk içerisinde yer almaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018). Kliniklerde abdominal organların ve ağrılı alanın lokalizasyonu için abdomen dört kadana ya da dokuz bölgeye ayrılmaktadır (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Abdominal Bölge Kadranları (Demir, 2017).

Abdominal cerrahiler, açık cerrahiler ve kamera yardımı ile abdomende minimal insizyon uygulanan laparoskopik cerrahiler olarak iki yöntemle yapılmaktadır (Scaglione ve ark., 2020). Laparoskopik cerrahiler açık cerrahilere kıyasla küçük insizyon, az komplikasyon, erken günlük yaşama dönüş ve erken taburculuk gibi avantajları nedeniyle hasta konforunu arttırmak amacıyla daha sık tercih edilmektedir (Kahraman ve ark., 2021; Wang ve ark., 2018). Literatürde laparoskopik cerrahinin hasta için avantajlı olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (Krielen, 2021; Lim ve ark., 2021; Ratti ve ark., 2021). Ancak ameliyatın açık yada

laparoskopik yapılması hastanın klinik durumuna, cerrahın tecrübelerine ve ameliyatın tipine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Jones ve ark., 2020; Yousif ve ark., 2021). Genel olarak parsiyel- subtotal- total gastrektomi, gastrojejunostomi, gastroduodenostomi gibi mide ve duodenum; hepatektomi, transplantasyon, total-portokaval şantlar, kistoperikistektomi gibi karaciğer cerrahileri açık olarak yapılmaktadır. Ayrıca pankreatikoduonektomi, distal- total pankreatektomi, whipple gibi pankreas; koledekostomi gibi safra kesesi; kolon rezeksiyonu, kolostomi açılması gibi kolon cerrahileri de en sık uygulanan diğer açık abdominal cerrahilerdir. Apendektomi, kolesistektomi, sleeve gastrektomi, gastrik baypass gibi cerrahiler ise daha çok laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmektedir (Hemmerling, 2018).

2.2. Gastrointestinal Sistemde Abdominal Cerrahi Gerektiren Hastalıklar

Gastrointestinal sistemde (GİS) ortaya çıkan patolojiler vücutta tekrarlayan gastrik ağrı, şişkinlik, mide yanması, hazımsızlık, bulantı-kusma, diyare ve konstipasyon gibi çeşitli semptomların açığa çıkmasına neden olmaktadır (Dikmen, 2019). Bu hastalıkların semptomlarının etkili bir şekilde yönetilmesi oldukça zordur (Greenwood ve ark, 2017). Semptomların yönetilemediği ya da bireyin yaşam kalitesinin yükseltmek istendiği durumlarda cerrahi işlemlere başvurulmaktadır (İzveren ve Dal, 2011). Bu yüzden GİS organlarının obstrüksiyonu, perforasyonu, inflamasyonu ve malignitesi gibi durumlar abdominal cerrahiyi gerekli kılmaktadır (Kodera ve ark., 2016).

2.2.1. Midenin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

Midenin cerrahi girişim gerektiren hastalıklarını midenin malign hastalıkları, peptik ülser ve morbit obezite oluşturmaktadır (Ünver, 2019). Malign mide hastalıklarında cerrahi işlem tümörün yayılımı ve lokalizasyonuna bağlı olarak yapılmaktadır (Dikmen, 2019). Kanserli dokuyu içerecek şekilde midenin bir kısmının çıkartılarak diğer kısmının duodenum ya da jejunum ile anastomoz edilmesi işlemi olan subtotal gastrektomi ya da midenin tamamının çıkarılması sonrasında özefagus ve jejunumun birleştirilmesi işlemi olan total gastrektomi yapılmaktadır (Özkan, 2018).

Ülserler ise GİS'in gastrik sıvılarla temas eden kısımlarında mukoza bütünlüğünün bozulmasıdır. Ve mide asidi, pepsin gibi faktörlerle mukozal savunma

arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır (Ünver, 2019). Antiasitler, proton pompa inhibitörleri, histamin reseptör antagonistleri, antibiyotik gibi medikal tedavilere ve diyet düzenlemesine rağmen düzelmeyen veya kanama, obstrüksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonların geliştiği hastalarda ise cerrahi tedavilere gereksinim duyulmaktadır (Nair ve Peate, 2020).

Obezite, vücutta yağ oranının sağlığı bozacak şekilde artması sonucu ortaya çıkan ve dünya genelinde her yaş grubunda görülme sıklığı giderek artan ciddi bir sağlık problemidir (Özcan, 2021). Bariatrik cerrahi, kilo kaybını sağlamak ve metabolik sorunları en aza indirmek için etkili bir yöntemdir (Garvey ve ark., 2016). Bu cerrahiler, mide hacmini küçülterek, ince bağırsakta besinlerin emilimini azaltmakta veya hem mide hacmini hem ince bağırsakta besinlerin emilimini azaltacak şekilde yapılmaktadır (King ve Bond, 2014).

2.2.2. Karaciğerin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

Karaciğerin cerrahi girişim gerektiren hastalıklarını; karaciğer apseleri, kistik hastalıklar, akut karaciğer yetmezlikleri ve karaciğer kanserleri oluşturur (Ayoğlu, 2019). Karaciğer absesi, karaciğerde biliyer, portal sistemden, hepatik arterden, suphepatik veya supdiyafragmatik enfeksiyonlardan ya da penetran travmalardan sonra meydana gelmektedir (Mert ve ark., 2018).

Konjenital kistler, neoplastik kistler ve polikistik karaciğer hastalıkları karaciğerin parazitik olmayan cerrahi gerektiren kistik hastalıklarıdır. Bu hastalıklar nadir görülmektedir. Genellikle aspire edilirler ve sık tekrarları varsa eksize edilirler. Karaciğerin asıl kistleri parazitiktir. Bu kistlerin tedavisinde; kistin sayısı, lokalizasyonu, evresi, hastanın yaşı ve genel durumuna göre konservatif veya radikal cerrahi yaklaşımlara başvurulur (Özkan, 2018).

Karaciğer tümörleri benign ve malign tümörler olarak ikiye ayrılır. Hepatoselüler karsinom (HCC) karaciğerin en sık görülen primer malignitesidir. HCC tedavisinde radyoterapi, kemoterapi, kemoembolizasyonun yanı sıra karaciğer rezeksiyonu ve hepatektomi gibi cerrahi işlemler uygulanmaktadır (Ayoğlu, 2019). Karaciğerin sık görülen benign tümörleri; adenom, hemanjinom ve fokal nodüler hiperplazilerdir. En sık görüleni ise hemanjinomlardır (Leon, Chavez ve Surani, 2020). Hemanjinomların kanserleşme riski ve kanama riski oldukça düşüktür (Akyüz ve Çavdar, 2018). Ancak hastayı rahatsız eden karın ağrısı bulgusu varsa ve tümöral

yapı karaciğer içinde hızla büyüme gösteriyorsa o zaman cerrahi tedaviye başvurulmalıdır (Fodor ve ark., 2018). Adenomların ise kanserleşme ve kanama riski daha yüksektir. Bu yüzden adenomular açık veya laparoskopik karaciğer rezeksiyonuyla alınabilmektedir (Takahashi ve ark., 2021). Fokal nodül hiperplazisinin kanserleşme riski ise benzer şekilde düşüktür ve şüpheli durumlarda yada karın ağrısının yaşam kalitesini etkilediği durumlarda rezeke edilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

2.2.3. Pankreasın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

Akut ve kronik pankreatitler ile pankreas kanserleri pankreasın cerrahi girişim gerektiren hastalıklarıdır (Tunçbilek, 2019). Akut pankreatitler, mortalite ve morbiteyle ilişkili önemli pankreas inflamasyonlarıdır (Lee ve Papachristou, 2019). Kronik pankreatitler ise; pankreasta kalıcı fonksiyon bozukluğu ve yapısal değişikliklerle görülen ilerleyici inflamatuvar bir durumdur (Özkan, 2018). Kronik pankreatitin en yaygın nedenleri alkol veya tütün kullanımı, genetik polimorfizmler ve tekrarlayan akut pankreatit ataklarıdır (Weiss ve ark., 2019). Kronik pankreatitli hastalarda; karın ağrısı, ekzokrin pankreas yetersizliği ve diyabet sık görülen semptomlardır (Kichler ve Jang, 2020). Tanı genellikle kesitsel görüntüleme, endoskopik ultrasonografi (USG) ile konur ve pankreas fonksiyon testleri gibi testler ikincil rol oynar (Gardner ve ark. 2020). Kronik pankreatit ve komplikasyonlarının destekleyici tedavilere yanıt vermediği durumlarda ise cerrahi tedavi uygulanmalıdır (Tunçbilek, 2019).

Pankreas kanseri, sağkalım oranlarının düşük olduğu ölümcül bir hastalıktır ve tüm kanser ölüm oranlarında beşinci sırada yer almaktadır (ACS, 2020). Fazla tütün kullanımı, obezite, fazla miktarda et ve yağ tüketimi, tip 2 diyabet ve endüstriyel kimyasal karsinojenlere maruz kalma gibi durumlar pankreas kanserinin etiyolojisini oluşturmaktadır (Mizrahi ve ark., 2020). Pankreas kanserlerinin tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin yanı sıra tümörün lokalizasyonu ve metastazına bağlı olarak cerrahi tedavilere başvurulmaktadır (Gençtürk, 2019). Cerrahi olarak standart pankreatikoduodenektomi, pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi, total pankreatikoduodenektomi, total pankreatektomi, rejyonel pankreatektomi ve whipple gibi cerrahi işlemler uygulanmaktadır (Tunçbilek, 2019).

2.2.4. Safra Kesesinin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

Kolelitiyazis, kolesistit ve kanserler safra kesesinin cerrahi tedavi gerektiren hastalıklarıdır. Kolelitiyazis, safra kesesinde taş olması durumudur. Bu taş safra yollarında olursa koledekolitiyazis adını alır. (Özkan, 2018). Safra taşı; alkol, travma, enfeksiyon, otoimmün durumlar gibi nedenlerle oluşmaktadır (Nair ve Peate, 2020). Çoğu hastada hastalık orta düzeyde sıvı replasmanı, erken beslenme, ağrı ve bulantının etkili yönetimiyle hızlı klinik iyileşme göstermektedir (Leppäniemi ve ark., 2019). Klinik iyileşme sağlanamayan durumlarda kolesistektomi endikedir (Gutt ve ark., 2020).

Kolesistit, genellikle bir safra taşının kanallardan birini ya da safra kesenin ağzını tıkamasiyla oluşan safra kesesinin inflamasyonudur. Akut ve kronik olmak üzere iki şekilde görülmektedir (Nair ve Peate, 2020). Akut kolesistit safra kesesinin akut iltihabıdır ve safra kesesi hastalıkları içinde sık görülmektedir (Gallaher ve Charles, 2022). Kanalin safra taşları ile tıkanması, lizolesitin salınımı ve safra sıvısının bakteriyel enfeksiyonunun artması gibi üç farklı mekanizmadan kaynaklanmaktadır (Yoshida ve ark., 2011). Sağ üst kadranda ağrı, pozitif Murphy işareti, lökositoz ve ateş gibi semptomlar ve ultrasonografik bulgular akut kolesistit tanısını düşündürmektedir (Gutt ve ark., 2020). Konservatif tedaviden yanıt alınamayan durumlarda kolesistektomi, akut kolesistit için önerilen girişimdir (Krishnamoorthi ve ark., 2020). Kronik kolesistit ise tekrarlayan akut kolesistit atakları ya da safra kesesinin taşlarla sürekli irritasyonu nedeniyle oluşmaktadır (Nair ve Peate, 2020). Bu hastalıkta cerrahi tedavi olarak kolesistektomi uygulanmaktadır (Özkan, 2018).

Safra kesesi kanseri; safra yolları sisteminin en yaygın kanseridir ve dünya çapında genel GİS neoplazmaları içinde ilk altıda yer almaktadır (Acharya ve ark., 2019; ACS, 2020; Krell ve ark., 2019). Sağ üst kadranda ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, sarılık, koyu renkli idrar, açık renk dışkılama gibi belirtileri vardır (Tunçbilek, 2019). Birçok tanı yöntemi olsada biyopsi kesin tanı yöntemidir. Cerrahi tedavisi kolesistektomidir. Kolesistektomiler tümör yayılımına göre; basit (sadece safra kesesi), genişletilmiş (safra kesesi ve karaciğerin 2.5 cm veya daha fazlası ve bölgedeki tüm lenf düğümleri), radikal (safra kesesi, safra kesesi yatağının wedge rezeksiyonu, hepatoduedonal ligamentler ve pankreatik lenf nodları) olabilmektedir (Özkan, 2018).

2.2.5. Kalın Bağırsağın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

Kolorektal cerrahi gerektiren hastalıklar; ülseratif kolit ve crohn hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarını, divertiküler hastalıkları, polipleri ve kanserleri içermektedir (Tunçbilek, 2019). Dünyada sık görülen kanserler arasında üçüncü sırada olan kolorektal kanserler, kanser nedeni ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır ve Türkiye’de en sık görülen kanser türleri arasındadır (GLOBACAN, 2020a; GLOBACAN, 2020b). Kolon kanserleri; leiyoma, adeno karsinom, polip, kolorektal karsinomlar gibi etiyojilerden kaynaklanabilmekte ve karın ağrısı, dışkılamada değişim, ağrılı dışkılama, iştahsızlık, bulantı- kusma gibi belirtiler görülebilmektedir (Tunçbilek, 2019). Cerrahi tedavisinde etkilenen kolon segmentine göre hemikolektomi, low anterior rezeksiyon (LAR), abdominoperineal rezeksiyon (APR), sigmoid kolon rezeksiyon, ileoçekektomi gibi işlemler gerçekleştirilir (Özkan, 2018).

İleus (bağırsak tıkanıklığı), bağırsak içerisindeki kapsamın pilordan anüse kadar ileri doğru geçişinin kısmen yavaşlaması, engellenmesi ya da tamamen durmasıdır (Harnsberger, Maykel ve Alavi, 2019). Herni, vulvulus, adhezyon gibi mekanik faktörler; büyük yanıklar, miyokard enfaktüsü, kaburga kırıkları, batın içinde ve dışında yapılan her türlü büyük cerrahi girişimler gibi nörolojik faktörler; bağırsakları besleyen mezenterik arterin tam veya kısmen tıkanması gibi vasküler faktörler nedeniyle oluşabilmektedir (Kurşun, 2019). Sıvı elektrolit ve gastrointestinal dekompresyon gibi tedavilerin yanı sıra nedene yönelik rezeksiyon, intestinal bypass, adhezyonun çıkartılması ve ostomiler gibi cerrahi tedavilere başvurulabilmektedir (Sınmaz ve Özbaş, 2020).

Kolon polipleri kalın bağırsağın mukozal yüzeyinden ortaya çıkmakta ve lümen içine projeksiyon yapmaktadır. Bu polipler kalın bağırsağın herhangi bir bölgesinde bulunabilmekle birlikte en sık retrosigmoid bölgede görülürler (Özkan, 2018). Hastalık aseptomatik seyredebileceği gibi rektal kanama ve gaitada gizli kan gibi belirtilerine de rastlanmaktadır (Kurşun, 2019). Polipleri tanılamak için kolonoskopi, sigmoidoskopi, baryumlu lavman, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve kolonografi yapılmaktadır (Özkan, 2018). Bu nedenle yapılan kolonoskopi tüm kolonun değerlendirilmesine izin verdiği ve aynı zamanda poliplerin çıkartılmasına (polipektomi) olanak sağladığı için altın standart olarak karşımıza çıkmaktadır (Turner, Genta ve Sonnenberg, 2018).

2.2.6. İnce Bağırsağın Cerrahi Gerektiren Hastalıkları

İnce bağırsak obstrüksiyonları, intestinal fistüller, inflamatuvar hastalıklar, divertiküller, intestinal motilite bozuklukları, kısa bağırsak sendromu ve kanserler gibi hastalıklar ince bağırsağın cerrahi girişim gerektiren hastalıklarıdır (Tunçbilek, 2019). Divertikül bağırsak mukozasının sakküler dilatasyonudur. Bağırsak duvarının herhangi bir bölgesinden dışa doğru uzanım gösteren kese veya cep olarak da tanımlanabilmektedir (Temiz, 2019). Divertiküller, ince bağırsağın her yerinde oluşabilmektedirler. Kanama ve obstrüksiyona sebep olan divertiküller çoğunlukla divertikülektomi cerrahisi ile tedavi edilmektedir (Özkan, 2018). İnce bağırsakta benign lezyonların varlığında tümörün olduğu kısımların rezeksiyonu yapılırken, malign lezyonlarda bağırsak segmenti geniş eksizyon ile çıkartılarak ileostomi açılmaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018).

2.3. Abdominal Cerrahi Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar

2.3.1. Solunum Sistemi İle İlgili Komplikasyonlar

Abdominal cerrahiden sonra hafif atelettaziden ciddi hastane kaynaklı pnömoniye ve solunum yetmezliğine kadar değişen pulmoner sorunlar en sık görülen komplikasyonlardır (Boden ve ark., 2020). Postoperatif pulmoner komplikasyonlar morbidite, mortalite ve uzun hastanede kalış süresinin önemli bir nedenidir ve cerrahi sonrası bakım maliyetini arttırmaktadır (Erbesler, 2021; Toshida ve ark., 2020).

2.3.1.1. Atelettazi: Genel anestezi, kas tonusu kaybına bağlı olarak akciğer hacminde azalma ile solunum fonksiyonunu derinden etkiler (Urman ve Ehrenfeld, 2017). Anestezinin inhale veya intravenöz olmasına bakılmaksızın fonksiyonel rezidüel kapasite azalmakta ve ciddi atelettazinin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Domino, 2019; Eskandır ve ark., 2019; Urman ve Ehrenfeld, 2017). Ayrıca abdominal cerrahi sonrası ağrıya bağlı immobilizasyon ve insizyon hattının solunum kaslarına yakın olması nedeniyle etkin soluk alıp vermede zorlanma gibi faktörler de atelettazi gelişmesine neden olmaktadır (Park ve ark., 2021). Böyle bir durumda hastada; ateş, taşikardi, nefes darlığı, solunum seslerinde azalma gibi belirtiler görülebilmektedir (Urman ve Ehrenfeld, 2017).

2.3.1.2. Pnömoni: Akciğer dokusunun akut enfeksiyonu olarak tanımlanan pnömoni, ameliyat sonrası dönemde sık görülen pulmoner komplikasyonlardan birisidir (Baba ve ark., 2020; Studer ve ark., 2016). Bronşial mukusun hava yollarını

tıkaması sonucu oluşan atelektazinin ilerlemesi veya gastrik içerik ve sekresyonların aspire edilmesiyle meydana gelmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Yang ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada genel anestezi ve abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası pnömoni riskinin belirgin şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.3.1.3. Pulmoner Emboli: Cerrahi işlemler pıhtı oluşumunun önde gelen nedenlerindedir. Bu pıhtılar küçük, asemptomatik kan pıhtılarından; pulmoner arterleri tıkayabilen ve ani kardiyovasküler kollapsa ve ölüme neden olabilen büyük embolilere kadar değişmektedir (Giordano ve ark., 2017). Pulmoner emboli, cerrahi sonrası oluşan kan pıhtısının akciğer damarlarından birini tıkamasıyla meydana gelir (Nair ve Peate, 2020). Cerrahi sonrası immobilizasyon ve antitrombolitik tedavinin yetersiz kalması gibi durumlar pıhtı oluşumuna zemin hazırlayarak pulmoner emboli riskini arttırmaktadır (Yang, 2015). Hastalarda göğüs ağrısı, nefes darlığı, siyanoz, öksürük gibi belirtiler görülmektedir (Nair ve Peate, 2020). Pulmoner embolinin değerlendirilmesinde, tanısında ve yönetiminde bilgisayarlı tomografi ve pulmoner anjiyografi önemlidir (Moore ve ark., 2018).

2.3.2. Kardiyovasküler Sistem İle İlgili Komplikasyonlar

2.3.2.1 Aritmi: Ameliyat sonrası aritmi, sık görülen bir komplikasyondur. Ameliyat sonrasında dar ve geniş kompleks taşikardiler ve bradikardiler ortaya çıkabilir, ancak bunlar çoğunlukla ameliyat öncesi dönemden var olan hastalıklara bağlıdır (Sellers ve ark., 2018). Atriyal fibrilasyon, cerrahi prosedürlerden sonra yaygın görülen bir aritmi çeşidir (Danelich ve ark., 2014). Cerrahi sonrası ortaya çıkan atriyal fibrilasyonun oluşum nedeni net olmamakla birlikte doku travması, ağrı, hipovolemi, hipoksi ve elektrolit bozukluklarının katkı sağladığı düşünülmektedir (Heywood ve ark., 2019).

2.3.2.2. Derin Ven Trombozu (DVT): DVT, majör abdominal cerrahi sonrası morbidite ile ilişkilendirilen bir durumdur (Rausa, 2018). Çoğunlukla, alt ekstremitelerde meydana gelen derin damarlardaki anormal yoğunlaşmanın neden olduğu bir venöz bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Lu ve ark., 2021). Etkilenen bölgede; şişlik, ağrı, ısı artışı ve renk değişikliği gözlenmektedir. Bu belirtilere ek olarak kanda D-dimer testi, doppler USG, venografi, MR ve BT gibi tanı testleri kullanılmaktadır (Mastoris ve ark., 2019). DVT, kompresyon çorabı kullanılarak veya kullanılmadan antikoagülasyonla tedavi edilir (Kirkilesis ve ark.,

2020). Tedavinin sağlanamadığı durumlarda emboloktomi cerrahisi endikedir (Üsame ve ark., 2022).

2.3.3. Üriner Sistem İle İlgili Komplikasyonlar

2.3.3.1. İdrar Retansiyonu: Ameliyat sonrası idrar retansiyonu sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir (Kort ve ark., 2018). Önceden var olan üretral obstrüksiyonu veya detrusor kas yetersizliği olan erkek ve yaşlı hastalarda 2-3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Huang ve ark., 2015). Anestezinin, pons düzeyindeki baskılayıcı etkisi ve omurilikte nöral iletimi bloke etmesi, batın kaslarının spazmı, immobilizasyon, sırt üstü pozisyonda yatma gibi nedenlere bağlı olarak gelişmektedir (Brouwer ve ark., 2021). Tedavide amaç, mesanenin basıncını düşürmek ve retansiyonun altında yatan nedeni ortadan kaldırmaktır. Buna yönelik olarak üriner kataterizasyon, subrapubik kataterizasyon, farmakoterapi veya cerrahi müdahalelere başvurulabilmektedir (Billet ve Windsor, 2019).

2.3.3.2. Üriner Enfeksiyon: Ameliyat sonrası en çok görülen enfeksiyonlardan biridir (Helmen ve ark., 2018). Postoperatif üriner enfeksiyonlar; idrar yollarının önceden kontaminasyonu, idrar retansiyonu ve foley katater yerleştirilmesi gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Sultan ve ark., 2018). Hastalarda dizüri, pollaküri, idrar inkontinansı, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi belirtiler görülebilmektedir (Alpay ve ark., 2018). Etkene yönelik antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır (Wagenlehner ve ark., 2017).

2.3.4. GİS İle İlgili Komplikasyonlar

2.3.4.1. Bulantı- Kusma: Anestezinin istenmeyen ve sık görülen yan etkileridir. Hastayla ilgili faktörler, anestezi süresi, opioid uygulanması, anestezi ve ameliyat türü bulantı kusmayı oluşturan risklerdir (Tateosian ve ark., 2018). Bulantı-kusma çoğu zaman ölümcül olmasa da, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, sütür gerilimi ve ayrılması, venöz hipertansiyon, kanama ve yaşamı tehdit eden hava yolu aspirasyonları gibi nedenlerle morbiditeye neden olabilmektedir (Apfell ve ark., 2012). Bulantı kusmanın önlenmesi ve tedavisinde; tetikleyicilerinden kaçınma, ameliyat öncesi veya sonrası antiemetiklerin verilmesi ve anestezi protokollerinin optimizasyonunun sağlanması mevcut stratejiler arasındadır (Aktaş, Gürçayır ve Atalay, 2018). Ayrıca yeterli hidrasyonun sağlanması bulantı- kusmayla ilişkili temel risk faktörlerini azaltmaya yönelik yaklaşımlardandır (Hooper, 2015).

2.3.4.2. Abdominal Distansiyon: GİS’de gaz toplanmasıdır ve abdominal cerrahilerden sonra hayatı tehdit eden komplikasyonlardan biridir (Lacy ve ark., 2021). Tekrarlayan abdominal dolgunluk, basınç veya gaz sıkışması hissi ve/veya karın çevresinde ölçülebilir artış gibi semptomlarla karakterizedir (Mari ve ark., 2019). Tedavi seçenekleri arasında etiyojiye yönelik olarak diyet değişiklikleri, probiyotikler, antibiyotikler, prokinetik ajanlar, antispazmodikler, nöromodülatörler ve biofeedback bulunmaktadır (Lacy ve ark., 2021). Abdominal cerrahilerden sonra distansiyon nedeniyle görülen karın içi basıncının artması yara açılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, gastrik dilatasyon ve parolitik ileus gibi ciddi komplikasyonlara da zemin hazırlamaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018).

2.3.4.3. Konstipasyon: Abdominal cerrahi takiben, hastalar genellikle geçici ve bozulmuş GİS motilite sorunu yaşarlar (Chen ve ark., 2020). Konstipasyon, abdominal cerrahi sonrasında sık görülen rektumu boşaltamama ile ilgili bir sorundur (Tou ve ark., 2015). İmmobilizasyon, postoperatif dönemde kullanılan opioidler, travma ve irritasyon gibi durumlar bağırsak hareketlerini olumsuz yönde etkileyerek konstipasyona neden olabilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

2.3.5. Doku Bütünlüğü İle İlgili Komplikasyonlar

2.3.5.1. Yara Enfeksiyonu: Cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi insizyonun mikroorganizmalarla kontaminasyonu sonucu gelişen morbidite ve mortaliteye neden olan sağlık hizmetiyle ilişkili olarak görülen en yaygın enfeksiyondur (Shiroky ve ark., 2020). CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ve NICE (National Institute for Health and Care Excellence) rehberlerinde cerrahi alan enfeksiyonları için risk faktörü oluşturan; 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 sağlık bakım profesyonelleri tarafından bilinmesi gerektiği ve bu uygulamalarda yapılan yanlışlık ya da eksikliklerin cerrahi alan enfeksiyonu riskini arttığı belirtilmiştir (CDC, 2017; NICE, 2020). AORN (Association of Operating Room Nurses) ameliyat öncesi dönemde hastaların cilt antisepsisi önerisine göre, cerrahi alan kıl temizliğinin yapılmamasını (Kanıt Düzeyi 1: Güçlü Kanıt); CDC ise ameliyat gününden en az bir gece önce sabunla ya da bir

antiseptikle duş/banyo yapmasını (kanıt düzeyi 1-B) önermektedir (AORN, 2017; CDC, 2017). Ameliyattan sonra 4-10. günlerde ortaya çıkan bu enfeksiyon hastalarda ateş, taşikardi, yara yerinde hassasiyet, sıcaklık artışı, ağrı ve şişlik gibi belirtiler gösterebilmektedir (Taşdemir, 2018). Yara enfeksiyonları cerrahi alan enfeksiyonları içerisinde mortalite ve morbiditeye neden olan önemli komplikasyonlardan biridir (Balkan ve Çelebi, 2020). Ameliyat sonrası dönemde 5-8. günlerde ortaya çıkan yara enfeksiyonlarının gelişiminde; eksojen flora, oral flora ve bağırsak florası gibi üç kaynaktan kontaminasyon söz konusudur (Savcı ve ark., 2018). Ameliyat sonrası dönemde yarada açıklanamayan ağrı enfeksiyonu düşündürmeli ve yara bu yönden değerlendirilmelidir. Enfekte yara genellikle sıcak, dolgun ve hiperemiktir. Hastanın ateşi ve taşikardisi vardır (Taşdemir, 2018).

2.3.5.2. Yara Ayrılması: Cerrahi insizyonun iyileşme tamamlanmadan kısmen ya da tümüyle ayrılması olarak tanımlanan bu sorun önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Henriksen, 2016). Sütür yırtılması, düğüm başarısızlığı, gevşek sütür veya fasyayı kesen sütürler yara ayrılmasına neden olan dört ana mekanizmadır (Muysoms ve ark., 2015). Ayrıca obezite, enfeksiyon, öksürme, ıkınma, kusma gibi aktiviteler ve abdominal distansiyon gibi insizyon bölgesindeki basınçta artışa neden olan durumlar ayrılma için risk oluşturmaktadır (Söderbäck ve ark., 2019).

2.3.5.3. Eviserasyon: Abdominal bölgedeki yaradan iç organların dışarıya çıkması durumu olan eviserasyon, abdominal cerrahiye takiben nadir görülen bir komplikasyondur (James ve ark., 2021). Cerrahinin acil oluşu, insizyon şekli, uygulanan cerrahi teknik ve ameliyat bölgesi gibi cerrahi; yara iyileşmesini bozan malign hastalıkların veya enfeksiyonun varlığı gibi hastaya ait risk faktörleri eviserasyon gelişime neden olmaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018).

2.3.6. Diğer Komplikasyonlar

2.3.6.1. Ameliyat Sonrası Ağrı: Ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, zamanla azalan ve bu süreçte bireyin yaşam kalitesini azaltan önemli bir sağlık sorunudur (Glare ve ark., 2019; Huygen ve ark., 2019). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda, karın kaslarına ilişkin bir insizyon olması ve bu bölgenin hareketli ve ağrılı olması nedeni ile hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanmaktadırlar (Arıcı ve Taştan, 2018). Strik ve arkadaşları (2019), abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada bireylerin ameliyattan sonraki 6. ayda da sosyal işlevlerini bozabilecek düzeyde ağrıya sahip olabildiklerini bildirmiştir.

Topdemir ve Sarıtaş (2021) laparoskopik kolesistektomi geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada bireylerin ağrılarının azaldıkça konfor düzeylerinin yükseldiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu yüzden hemşirelik bakımında ağrı yönetimi, hasta memnuniyetini arttırmak, bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmek açısından önemli bir kavramdır (Tura ve Erden, 2022).

2.3.6.2. Anastomoz Kaçağı: Ameliyat sonrası sıklıkla 4-6. günlerde görülen korkulan bir komplikasyondur (Wang ve ark., 2019). Anastomoz kaçağının oluşması morbidite ve mortalitenin artmasına ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur (Clark ve ark., 2021). Hastalarda takipne, taşikardi, hipotansiyon, distansiyon, peritonit gibi sorunlar gelişebilmekte ve sepsis bulgularının varlığında laparotomi gerekebilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Direkt karın grafisi, bilgisayarlı tomografi ve endoskopik incelemeler tanının konulmasında önemlidir (Kornmann ve ark., 2014).

2.3.6.3. Abdominal Kompartman Sendromu: Bu sendrom, karın içi basıncın akut ve sürekli artışından kaynaklanan, morbidite ve mortaliteye neden olan ciddi bir komplikasyondur (Pereira, 2019). Cerrahi popülasyonda, akut pankreatit, abdominal aort anevrizması, abdominal ve retroperitoneal tümörler, metabolik ileus, mekanik barsak tıkanıklığı, travma , masif kan transfüzyonu ve sepsis gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Padar ve ark., 2019).

Abdominal kompartman sendromu, karında interstisyel sıvı birikimi veya karın boşluğunu dolduran bir lezyonun (asit veya hematoma gibi) hızlı gelişiminin patolojik olarak artan basınca yol açtığı bir sürecin son noktasıdır (Rogers ve Garcia, 2018). Bu durum sadece karın içi organlarda azalmış perfüzyona neden olmakla kalmayıp vücuttaki tüm organ ve sistemleri doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. (Sosa ve ark., 2018). Perfüzyonun azalmasına bağlı olarak kalp dolumunda, kontraktilitede ve sağ ventrikül kompliyansında azalma gibi kardiyak problemler; oksijen taşınması ve karbondioksit atımında azalmaya bağlı olarak hipoksemi ve hiperkapni gibi pulmoner sorunlara yol açmaktadır (Maluso ve Sarani, 2016). Ayrıca glomerüller filtrasyon hızında (GFR) azalma, kan üre azotunda (BUN) artış gibi renal; bağırsak iskemisi, ileus gibi GİS; karaciğer işlev bozuklukları gibi hepatobilyer sistemde sorunlar ortaya çıkmasına da neden olmaktadır (Maluso ve Sarani, 2016; Tiwari ve Pandya, 2016). Tedavisinde intralüminal içeriğin ve batın içi lezyonların boşaltılması, karın duvarı kompliyansının iyileştirilmesi, cerrahi dekompresyon, sıvı

uygulamasının ve sistemik/bölgesel perfüzyonun optimize edilmesi gibi seçenekler bulunmaktadır (De Laet ve ark., 2020).

2.3.6.4. Kanama: Kanama, ameliyat sonrası sık karşılaşılan ve genellikle dikiş ya da anastomoz hattından kaynaklanan ciddi bir komplikasyondur (Güven, 2019). Ameliyat tekniği, ameliyat sayısı, antikoagülasyon, hastalık şiddeti ve ameliyat öncesi spesifik komorbiditelerin varlığı gibi durumlar ameliyat sonrası kanama riskini etkileyen durumlardır (Hay ve ark., 2017; Zafar ve ark., 2019). Ameliyat sonrası kanamayı önlemek için ameliyat öncesi dönemde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır (Ghallab, 2018). Hemogloblin değerindeki ani düşüş, hastada yorgunluk, deride solukluk, ameliyat sonrası drenlerden fazla miktarda hemorojik gelen veya eşlik eden kanama odağı varlığı gibi durumlar kanamanın en önemli belirtileridir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Akut kanamalarda hem plazma hem de eritrositlerin sürekli kaybı olduğu için sadece hematokrit değerinin değerlendirilmesi yanlıştır (Uysal ve Acar, 2022). Kanama meydana geldiğinde zamanında yönetilmezse, hipovolemik şok gelişir ve yaşam tehdit altında kalır (Ghallab, 2018). Kan hacminde %30'dan fazla kayıp olan şiddetli hipotansiyon vakalarında, kanama tanısı doğrulanır doğrulanmaz hemen transfüzyon düşünülmelidir (Yaddanapudi ve Yaddanapudi, 2014). Gerektiğinde hastayı kurtarmak için cerrahi müdahalelerde başvurulabilir (Ghallab, 2018).

2.4. Abdominal Cerrahiye Bağlı Gelişen Komplikasyonların Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Majör ya da minor olmasına bakılmaksızın tüm cerrahi işlemler risk taşımaktadır. Bu yüzden hastanın ameliyat öncesi dönemde detaylı olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Dirimeşe, 2018). Yapılan değerlendirmeler, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyebilecek risk faktörlerini ve gelişebilecek komplikasyonları ön görerek önlemler almayı sağlamakta ve dolayısıyla mortaliteyi azaltmaktadır (Blitz ve ark., 2016). Bu nedenle ameliyat öncesi hastanın tıbbi öyküsü, yaşı, sigara alkol kullanımı, sürekli kullandığı ilaçlar, alerjisi gibi durumlar detaylı olarak sorgulanmalı ve tüm sistemler değerlendirilmelidir (Urman ve Ehrenfeld, 2015). Tüm değerlendirme sonuçları ve tanılama testlerine göre ameliyat sonrası ve sırasında oluşabilecek sorunlar için önceden önlemler alınmalıdır (Dirimeşe, 2018). Yapılan tüm fizyolojik hazırlıkların yanı sıra ameliyat sürecinin getirmiş olduğu kaygı ve endişeye yönelik psikolojik; hastanın ameliyat onamının

alınmasına yönelik yasal ve ameliyat öncesi eğitimin planlı ve sistematik olarak verilmesine yönelik bireyselleştirilmiş hasta eğitimleri yapılandırılmalıdır (Akyüz ve Çavdar, 2018). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyat hazırlığında hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları ve kılavuzları takip etmesi ve tavsiye edilen önerileri uygulaması oldukça önemlidir (Dağistanlı, Kalaycı ve Kaya, 2018).

Ameliyat sonrası tüm sistemler yakından takip edilmelidir (Fındık, 2017). Kardiyovasküler sisteme yönelik olarak deri rengi, ısı, nemi, sıvı elektrolit parametreleri, yaşam bulguları takibi yapılmalı ve hasta monitörizasyonu sağlanmalıdır (Taşdemir, 2018). Ameliyat sonrasında hasta stabil duruma gelene ve oral alıma başlayana kadar sıvı replasmanı titizlikle yapılmalıdır (Çilingir ve Şimşek, 2017). İzlem ve takipte önemli rollere sahip olan hemşireler intravenöz sıvı yönetiminde fazla veya yetersiz sıvı perfüzyonu belirtileri yönünden hastayı izlemelidir. Hastanın aldığı çıkarttığı takibi, ilk saatlerde drenlerden gelen dren içeriği miktarı ve rengi gibi takiplerin yapılması hayati önem taşımaktadır (Fındık, 2017). Özellikle serum potasyum düzeyinin izlenmesi kalp kontraksiyonunu etkilemesi ve kalp debisini azaltması nedeniyle öncelikli elektrolitler arasındadır (Tian ve ark., 2021). Bu durumda dokular yeteri kadar perfüze olamayacaktır. Bu yüzden ameliyat sonrasında serum potasyum düzeyinin takip edilmesi, doğru şekilde takviye edilmesi ve oluşabilecek komplikasyonların dikkatli bir şekilde izlenmesi oldukça önemlidir (Taşdemir, 2018). Sıvı volüm eksikliğinin yanı sıra doku perfüzyon değişimleri, kardiyak out-putta azalma, aritmi ve DVT gibi istenmeyen durumlar da yakın olarak değerlendirilmelidir. DVT riskini azaltabilmek için yatak içinde dönme egzersizleri, erken mobilizasyonun sağlanması, embolitik çorabın giydirilmesi, düşük molekül ağırlıklı heparin uygulaması gibi hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesi önemlidir (Fındık, 2017).

Abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyonlar önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. Pulmoner komplikasyon gelişimi üst abdominal cerrahide alt abdominal cerrahiye göre daha fazladır (Boden ve ark., 2018). Anestezinin solunum sistemi üzerine etkilerinin yanı sıra abdominal cerrahilerde insizyon hattına bağlı olarak soluk alıp vermede zorluk ve ağrı görülebilmektedir (Urman ve Ehrenfeld, 2015). Spirometre kullanımı, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin atalektazi, pnömoni gibi pulmoner komplikasyon gelişimlerini önlediği düşünülmektedir (Eltorai ve ark., 2018; Sullivan ve ark., 2021). Bu nedenle hemşireler tarafından

hastaların egzersizlerinin düzenli ve doğru şekilde yaptırılması önemlidir. Bu egzersizleri yaparken oluşan basınç yüzünden insizyon hattının açılma ihtimalinin olduğu unutulmamalı ve insizyon hattı yastıkla desteklenmelidir. Solunum sesleri, solunum sayısı, sekresyon varlığı, satürasyon, kan gazı değerleri gibi parametreler incelenmeli ve izlemi yapılmalıdır (Fındık, 2017).

Abdominal cerrahilerden sonra beslenme değişimleri; konstipasyon, ileus, distansiyon gibi GİS komplikasyonlarına neden olmaktadır. Bu komplikasyonları önlemeye yönelik olarak erken dönemde mobilizasyonun sağlanması elzemdir (Akyüz ve Çavdar, 2018). GİS fonksiyonlarının sürdürülmesine yönelik olarak geleneksel olarak kabul edilen standart nazogastrik sonda ve bağırsak sesleri gelene kadar oral alıma geçilmemesi uygulamalarından artık uzaklaşmaya başlanmıştır (Jang ve Jeong, 2019; Kleive ve ark., 2019). Nematihonar ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada ince bağırsak anastomozu yapılan hastalarda erken oral beslenmenin hastanede kalış süresini kısalttığını bildirmiştir. Hemşireler hastaların GİS'e ait sorunlarını değerlendirmeli ve gözlemlemelidir (Tunçbilek, 2019).

İnsizyon hattı ve dikişlerin çevresi; ısı artışı, kızarıklık, hassasiyet, ağrı ve ödem gibi enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirilmelidir (Yıldız, 2019). Ayrıca drenlerden gelen içerik renk ve koku yönünden kontrol edilmelidir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için insizyon yerine pansuman yapılırken aseptik tekniklere uyulmalı ve her pansuman değişiminde enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmelidir (Fındık, 2017). Bakım verici, eğitim verici ve savunucu role sahip olan hemşirelerin; ameliyat öncesi cilt hazırlığının sağlanması, antimikrobiyal profilaksi, çalışanlara yönelik koruyucu önlemlerin alınması, uygun cerrahi antisepsinin sağlanması gibi enfeksiyon kontrol önlemlerinin yer aldığı güncel rehberleri takip etmesi ve bu önerilere uyması gerekmektedir (Balkan ve Çeleci, 2020).

Son yıllarda açık abdominal cerrahilerin yerini daha küçük insizyonlardan işlem yapmayı sağlayan laparoskopik cerrahiler almış olsada ağrı halen daha cerrahi işlemlerden sonra karşılaşılan ve hasta konforunu olumsuz etkilen önemli bir komplikasyondur (Hemmerling, 2018). İnsizyon bölgesinden kaynaklanan ağrı hastanın mobilizasyonunu ve solunumunu etkileyerek çeşitli komplikasyonların ortaya çıkmasına zemin hazırlar (Yıldız, 2019). Bu yüzden iyileşmeyi hızlandırmak, hasta konforunu arttırmak ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresini azaltmak için

ağrı yönetimi esastır (Villa ve ark., 2020). Ağrının şiddeti; insizyon hattının büyüklüğü, hastanın kişisel özellikleri, anestezinin türü gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Reisli ve ark., 2021). Ameliyat sonrasında hastalar ağrılarını sözel olarak ifade edemeyebilir bu yüzden hemşireler hastanın yüz ifadelerinden ve yaşamsal bulgularını göz önüne alarak ağrı yönetimini sağlamalıdır (Fındık, 2017). Özellikle opioidler ameliyat sonrası hastaların ağrı yönetiminde kullanılan etkili bir tedavi yöntemidir (Reisli ve ark., 2021). Ancak opioid ilaç kullanımı ileus, solunum depresyonu, mide bulantısı ve kusma gibi önemli yan etkilere neden olabilmektedir (Simpson ve ark., 2019). Özkan ve arkadaşları (2015) laparoskopik kolesistektomi cerrahisi geçirmiş hastalarla yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kullanılan opioidlerin olumsuz yan etkileri nedeniyle hastaların erken toparlanmasını geciktirdiğini bildirmiştir. Bu nedenle gününbirlik cerrahi hastalarında kullanılan opioid dozunu azaltmaya yönelik multimodal analjezi protokolleri erken taburculuğu sağlamaktadır (Tura ve Erden, 2022).

2.5. Öz Bakım Kavramı

Öz bakım, insanların yaşamı, sağlığı, gelişimi ve refahını korumak amacıyla kendileri için gerçekleştirdikleri eylem veya davranışlar bütünüdür (Matarese ve ark., 2018). Aynı zamanda, çocuklukta aileler ve kültürler aracılığıyla ritüeller, alışkanlıklar, zaman dilimleri ve öğrenme biçimleriyle başlayan kişisel bir durum olarak da kabul edilmektedir (Bertelsen ve ark., 2018).

2.5.1. Öz Bakım Teorisi

Orem'in hemşirelik kuramı temel olarak öz bakım kavramına odaklanır (Khademian ve ark., 2020). Orem, insanı ve bulunduğu çevreyi bütün olarak görür ve birbirlerini etkilediklerini düşünür (Orem, 1995). Ayrıca, bireyin sosyodemografik özelliklerinin öz bakım davranışlarında etkili olduğunu savunur (Hasanpour-Dehkordi ve ark., 2016). Hastaların sağlıklarını ve yaşam kalitelerini sürdürmek ve iyileştirmek için gerekli olan davranışları gerçekleştirebilmelerinde motivasyon ve beceriye gereksinimleri vardır ve bunların tümü öz bakım kavramına dayanmaktadır (Ausili ve ark., 2014). Bu doğrultuda Orem kuramında hemşirelik uygulamalarının amacının; hastalara öz bakım gereksinimlerinde yardımcı olmak ve öz bakım davranışlarına geri dönebilmesini sağlamak olduğunu belirtilmiştir (Orem, 1995). Ayrıca Orem'in öz bakım kuramında, gereksinimler üç grupta ele almıştır (Fernandes ve ark., 2019). Bunlar;

2.5.1.1. Evrensel Bakım Gereksinimleri: Bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve temel ihtiyaçlarının karşılanması evrensel öz bakım gereksinimleri kapsamındadır (Orem, 1995). Su ve besinlerin tüketilmesi, dinlenme ve aktivite gereksinimlerini karşılama, sosyal ilişkileri dengeli bir şekilde devam ettirebilme, sağlığına zarar verebilecek durumlardan kaçınma gibi fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimler evrensel öz bakım gereksinimlerine örnek olarak verilebilir (Taylor ve ark., 2001).

2.5.1.2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin gelişimsel sürecinin getirdiği ve yaşamının belli zamanlarında ortaya çıkan gereksinimlerdir (Orem, 1995). Gebelik döneminin getirdiği gereksinimler, iş ve meslek kaybı sırasında yaşanan durumlar, iş yaşamındaki sorunlar, ergenlik döneminin getirdiği ihtiyaçlar, toplumsal statüde yaşanan kayıplar gelişimsel öz bakım gereksinimleri kapsamındadır (Taylor ve ark, 2001).

2.5.1.3. Sağlıktan Sapma Durumunda Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyler yaşamın belli zamanlarında bazı sağlık problemleriyle karşı karşıya kalırlar. Böylesi bir durumda kişiler kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz ve ortaya çıkan gereksinimler sağlıktan sapma durumundaki öz bakım gereksinimleri olarak adlandırılır (Taylor ve ark, 2001). Orem'e göre bu gereksinimler rahatsızlık, sakatlık ya da hastalık gibi durumlarda bireyin kendi bakım gereksinimlerini karşılayamaması durumudur ve bu gereksinimlerin karşılanmasında hemşireler anahtar rol üstlenmektedir (Orem, 2001).

2.5.2. Öz Bakım Gücü Kavramı

Öz bakım gücü, öz bakım kavramının içinde yer alan önemli bir kavramdır. Bireyin yaşamının, sağlığının ve refahının yükseltilmesi ve sürdürülmesinde önemli bir güçtür. (Matarese ve ark., 2018). Bu güç bireyin iyilik durumunun devamlılığı için sağlıkla ilgili etkinlikleri başlatabilme ve eyleme geçebilme kabiliyeti olarak da tanımlanabilmektedir (Wei ve Wie, 2020). Bireyler temel ihtiyaçlarını karşılamak, günlük yaşam ve sosyal aktivitelerini yapabilmek için yeterli düzeyde öz bakım gücüne sahip olmalıdır (Ertekin ve Gülbahtiyar, 2016). Sağlık problemleri ve özellikle uzun iyileşme sürecini beraberinde getiren cerrahi işlemler öz bakım gücünü etkileyen faktörler arasındadır (Lu ve ark, 2019). Bu anlamda abdominal cerrahiler önemli yer tutmaktadır.

2.5.3. Abdominal Cerrahilerde Öz Bakım Gücü ve Hemşirelik Bakımı

Abdominal cerrahiler çeşitli organ ve yapılarla ilgili patolojik sorunları ortadan kaldırarak yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır (Zhang ve ark., 2020). Ancak ameliyat sonrası ortaya çıkan sorun ve komplikasyonlar bireyin öz bakım gücünün olumsuz etkilemektedir (Matarese ve ark., 2018). Ren ve arkadaşlarının (2014) kolostomi açılan hastaların öz bakım gereksinimlerini incelediği çalışmada hastaların yaşama uyum becerisi kazanma ve hastalıkla ilgili bilgi edinme ihtiyaçlarının olduğunu ve bu nedenle de yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Aktaş'da (2019), kolorektal cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım güçlerinin artmasının günlük yaşam aktivitelerinde olumlu yönde yansıdığını ve yaşam kalitelerini arttığı sonucuna ulaşmıştır. Bu saptamadan yola çıkarak bakım gücünün artırılmasının iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediği ve bu nedenle hemşirelik bakımı için vazgeçilmez olduğu açıktır.

Öz bakım gücü, ameliyattan ve ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan olumsuz etkilense de zamanla kişinin yeni sağlık durumuna uyumunun artması ve cerrahi iyileşmenin sağlanması ile düzelebilmektedir (Shyu ve ark., 2016). Aktaş (2019) kolorektal cerrahi girişim geçiren bireylerle yaptığı çalışmada ameliyat sonrasında öz bakım güçleri düşükken ameliyatı takip eden altı ayda öz bakım gücünün yükseldiğini ortaya koymuştur. Bu anlamda hemşireler öz bakım gücünü arttırmaya yönelik etkili, kararlı, bütünsel ve bireyselleştirilmiş bakım verme ve bakım taleplerine yardımcı olma konusunda her aşamada eğitimli ve yetkin olmalıdır (Santos ve ark., 2019).

Hemşireler, hastalık nedeniyle gelişen sorunlar ve bu sorunların getirdiği olumsuzluklarla baş etme sürecinde öz bakım gereksinimlerini sağlama ve öz bakım gücünü tekrar kazandırmadan sorumlu kişilerdir (Karadağlı ve ark., 2017). Cerrahi girişimlerden sonra yaşanan çeşitli sorun ve komplikasyonlar nedeniyle bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılama yetenekleri azalmakta ve bakım bağımlılıkları artmaktadır (Şişman ve Arslan, 2020). Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü (2017), dahili ve cerrahi klinikte yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, cerrahi klinikte yatan hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu yüzden cerrahi hastalarında bakım bağımlılığından kaçınmak ve öz bakım gücünü arttırmak hemşirelerin temel görevlerindedir. (Li ve ark., 2017). Bulkley ve arkadaşlarının (2018), ostomili bireylerle yaptıkları çalışma da yaşam kalitesinin

arttırılması, öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve öz bakım gücünün arttırılması gibi konularda hemşirelik bakımının önemini vurgulamıştır. Bu nedenle hemşirelik bakımı planlanırken bireyin öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve öz bakım gücünün desteklenmesi oldukça önemlidir.

Abdominal cerrahi geçiren bireylerle, öz bakım davranışlarını arttırmak için anksiyeteyi azaltıcı, bilgilendirici ve iyileşmeyi destekleyici bir iletişim kurulmalıdır (Andrews ve ark., 2020). Bireyler bakım gereksinimleri kendi kendine gerçekleştirebilmesi için desteklenmelidir (Taşdemir, 2018). Hastaların insizyon bakımı, ağrı yönetimi, oluşabilecek komplikasyonlar, tedavi planı ve beslenme programı gibi öğrenim gereksinimleri yapılan cerrahi işleme göre bireyselleştirilmiş olarak belirlenmeli ve buna yönelik uygulamalar planlanmalıdır (Tunçbilek, 2019).

2.6. Konfor Kavramı

Tarih boyunca insanoğlu tarafından aranılan, ulaşılmak istenen konfor kavramı kısaca günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır (Bunkers, 2016). Zamanla insan yaşamındaki siyasi, teknik, bilimsel, sosyal ve dini değişimlerle bağlantılı olarak konfor kavramı da farklı anlamlar kazanmıştır (Pereira ve ark., 2020). Bu süreçte insanoğlunun ulaşmaya çalıştığı konfor sağlık sektörü için önemli bir kalite göstergesi haline gelmiş ve hastanelerde konfor, hasta deneyiminin merkezi olarak görülmüştür (Terzi ve Kaya, 2017). Bu yüzden konfor hemşirelik bakım sürecinde sağlanması gereken bir gereksinim ve ulaşılmak istenen bir sonuç olarak görülmektedir (Çınar ve Ergin, 2020).

Yaşamın birçok alanında konforun iyileştirilmesi hemşireliğe özgü bir alan gibi görülse de tıp, psikoloji ve ergonomi alanlarında da bazı çalışmalar yapılmıştır (Wang ve ark., 2018; Teyeme ve ark., 2021). Ancak bu çalışmaların çoğu fiziksel rahatlığa odaklanmıştır (Pinto ve ark., 2016). Fiziksel gereksinimler temeldir ancak konfor yalnızca fiziksel veya bedensel bir bakış açısıyla değerlendirilmemelidir (Pinto ve ark., 2017). Kolcaba konfor kuramında da bu kavram; fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bağlamlarda rahatlama, rahatlık ve üstünlük gereksiniminin karşılanması olarak ifade edilmiştir (Kolcaba, 2003).

2.6.1. Konfor Kuramı

Hemşirelik kuramları; temel kavramları ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi açıklamada sistematik bir bakış açısı kazandıran, aynı zamanda hemşirelik uygulamalarına yön veren bilimsel bilginin soyut halini yansıtmaktadır (Hoeck ve Delmar, 2018). Kolcaba “fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bağlamlarda rahatlama, ferahlama ve üstünlük gereksinimi tatmininden kaynaklanan bir durum” olarak tanımladığı konforu bütüncül bir yaklaşımla ele almıştır (Kolcaba, 2003). Kolcaba konfor kuramını dört temel felsefi yaklaşım üzerinden oluşturmuştur. Kuramın temelini holistik bakış açısı oluştursa da bu kuram Orlando, Henderson ve Paterson tarafından geliştirilen üç hemşirelik kuramını ve Murray’ın insan baskı kuramını içerisinde barındırmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011). Yani Kolcaba, kuramını ve alt kavram çerçevesini, bu dört felsefik bakış açısı arasındaki ilişkiyi kurarak oluşturmuştur (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003).

Kolcaba Konfor Kuramı iki aşamada incelenmektedir (Kolcaba, 2003).

İlk aşama konfor gereksinimini ön planda tutarak oluşturulan düzeylerdir;

Rahatlama; rahat ve huzurlu olmak veya sakin olmak

Ferahlama; kişinin sıkıntılarının geçtiğini hissetmesi.

Üstünlük; kişinin problemlerinin üstesinden gelebilme yeteneğidir (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003).

İkinci aşama ise bütüncül görüş ön planda tutularak oluşturulmuş boyutlardır;

Fiziksel Konfor: Uyku, dinlenme, beslenme gibi fizyolojik gereksinimlerle kişinin beden duyuları arasındaki etkileşiminin oluşturduğu boyuttur (Kolcaba, 2003). Kolcaba kuramında fiziksel konforu kişinin hastalıklara verdiği yanıtlar olarak tanımlamaktadır. Yani herhangi fizyolojik parametrenin normal olmaması durumunda fiziksel konforun etkileneceği savunulmaktadır. Bu bağlamda fiziksel konforun sağlanmasında elektrolit değerleri, oksijen saturasyon düzeyi, kan basıncı, vücut ısısı gibi metabolik parametrelerin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003). Ayoğlu ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılmasının ameliyat sonrası açlık, susuzluk, üşüme, bulantı gibi fiziksel konforu olumsuz yönde etkileyen durumları etkileyerek konfor düzeyini arttırdığını

bildirmiştir. Bilehjeni ve arkadaşarı (2015) ise ameliyat öncesi dönemde hasta konforunu en çok etkilen durumun susuzluk olduğunu belirtmiştir.

Psikospiritüel Konfor: Zihin, duygu ve hislerin oluşturduğu boyuttur. Öz saygı, kişinin benlik algısı ve kendisinin farkında olması gibi hayatı anlamlı kılan duyguları kapsamaktadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003). Bakır ve Kurt (2020) cerrahi operasyon geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada hemşirelik bakımı sunumunda mahremiyete özen gösterilmesinin konforu arttırdığı sonucuna ulaşmıştır.

Çevresel Konfor: Hemşirelik için büyük öneme sahip olan insan ve çevre kavramlarının birlikte değerlendirilmesiyle oluşturulmuş boyuttur (Karabacak ve Acaroğlu, 2011). Kişilerin çevreden etkilendiğini bu yüzden çevresel konforun kişiye sağlanması gerekliliğini savunmaktadır (Kolcaba, 2003). Mekânın ısısı, sıcaklığı, rengi, kokusu, hijyeni mobilyası, manzarası, ferahlığı ve gürültü durumu gibi fiziksel faktörler ve bu faktörlerin kişi üzerinde oluşturduğu etkiler çevresel konforu oluşturmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003). Sadatsafavi ve arkadaşarı (2015) yaptıkları çalışmada poliklinik alanlarında hastaların bekleme salonunun düzeni, ışığı, renkleri ve dekorasyonu; yoğun bakımlarda gürültü; yatan hasta servislerinde ise sıcaklık, görültü, büyük pencereler gibi çevresel durumların hastaların konfor düzeyini etkilediğini bildirmiştir.

Sosyokültürel Konfor: Kişinin ailesi, çevresi ve sosyal ortamlarla olan etkileşimlerini kapsayan bir boyuttur. Gelenek görenekler, toplumsal kurallar ve dini faktörlerin kişi üzerindeki etkileri sosyokültürel konforu oluşturur (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolcaba, 2003). Lawson ve arkadaşarı (2010) yaptıkları çalışmada aile üyelerinin varlığının sosyal destek sağladığı ve hastaların konfor düzeyini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

2.6.2. Abdominal Cerrahilerde Konfor ve Hemşirelik Bakımı

Konfor, herhangi bir sağlık sorunu oluştuğunda; bireyin rahatlaması için ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanan temel bir insan gereksinimidir (Kolcaba, 2003). Bu nedenle konfor, hemşirelik bakımının temelini oluşturan önemli bir bileşendir (Terzi ve Kaya, 2017). Hemşirelikle tüm yönleriyle yakından ilişkili olan konfor bireyin dinamik ve çok yönlü durumunu yansıtan bütüncül bir kavramdır (Pereira ve ark., 2019).

Cerrahi işlemler, bireyi iyileştirmeyi amaçlarken cerrahi sonrasında ağrı, yorgunluk, solunum kas zayıflığı, bulantı-kusma, sıvı elektrolit dengesizlikleri, beslenmede bozulma, kanama gibi bazı sorun ve komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Alam ve ark., 2020; Chang ve ark., 2017; Merkler ve ark., 2017). Yaşanan bu sorunlar hastaları sadece fiziksel değil psikososyal yönden de etkilemektedir (Kubat ve Yurt, 2020). Bu yüzden cerrahi hemşireliğinde bakımın temel amaçlardan biri konforun sağlanması ve sürdürülmesidir (Marchuk, 2016).

Bireyler cerrahi sürecin her aşamasında farklı bir sorun ile karşılaşabilir ve bu sorunlar bireyin konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir (Arslankılıç ve Göl, 2020). Örneğin; Liang ve arkadaşları (2021), ameliyat öncesi açlık süresinin konfor üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Amaç ve Çam (2019) yaptıkları çalışmada, hasta konforunun yapılacak cerrahi ile ilgili bilgi verilme zamanı, hastanın hastane deneyiminin olması gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiğini vurgulamıştır. Gündoğan ve arkadaşları (2021) ise bariatrik cerrahi geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada rutin karın dreni kullanımının hasta konforu üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla konfor; ağrı, immobilizasyon, dren varlığı, ameliyathane koşulları, anksiyete, korku, cerrahi süreçte alınan bakımın kalitesi gibi birçok durumdan etkilenmektedir (Kubat ve Yurt, 2020). Bu yüzden cerrahi sonrası konforu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, konforun sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz ve ark., 2018). Hastaların konfor gereksinimleri hemşireler tarafından bütüncül yaklaşımla, konforun dört boyutunu içerecek şekilde belirlenmeli ve buna yönelik hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Marchuk, 2016).

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, abdominal cerrahi geçiren hastaların öz bakım gücü ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 23.08.2021- 23.11.2021 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi genel cerrahi yoğun bakım ve iki genel cerrahi servisinde yatan abdominal cerrahi geçirmiş hastalarla yapılmıştır. Hastalar ilk sekiz saat içerisindeki dönemde ameliyat sonrası bakımları açısından yakın takip edilmektedir. Kliniklerde çalışan toplam hemşire sayısı 46'dır. Yoğun bakımda bir hemşire üç hastaya bakım sunarken, genel cerrahi servislerinde bir hemşire sekiz hastaya bakım vermektedir. Cerrahi yoğun bakım servisinde total ve subtotal gastrektomi, sigmoid kolon rezeksiyonu, whipple ameliyatı, pankreatektomi, hepatektomi ve benzeri majör cerrahi geçirmiş hastalar takip edilmektedir. Bu ameliyatlara çoğunlukla açık cerrahi ile yapılmaktadır. Cerrahi servislerde ise çoğunlukla laparoskopik vakalar takip edilmektedir. Bu kliniklerde ameliyat türüne bakılmaksızın hastalar sekizinci saatte mobilize edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, uygulama tarihinden altı ay öncesindeki veriler alınarak oluşturulmuştur. Abdominal cerrahi girişim geçiren hasta sayısının 478 olduğu saptanmıştır. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak hasta sayısını belirlemek için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmış ve örneklem sayısı 213 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 221 kişi ile tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 p \cdot q}$$

Bu formülde;

N: Örneklemi oluşturan birey sayısı.

p: Araştırılan olayın görülme sıklığı

q: Araştırılan olayın görülmemeye sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosu teorik değeri

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96

d: 0,05 (%5 hata payı) olarak kabul edilmektedir.

$$n = \frac{478 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 (478 - 1) + (1,96)^2 (0,5) \cdot (0,5)}$$

G*Power programı kullanılarak yapılan post hoc güç analizi sonuçlarına göre $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde, örneklem sayısı 221 olarak alındığında testin gücü %99.5 (1- β) olarak saptanmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Herhangi bir psikiyatrik tanı veya tedavi almamak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Ameliyat sonrası ilk 8- 24 saat içerisinde olmak,
- Abdominal cerrahi geçirmiş olmak.

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri

- Bilişsel ve mental yetersizliğinin olması,
- Başlangıçta çalışmaya katılmayı kabul edip sonrasında vazgeçilmesi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım gücü ve konfor düzeyi bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, yaşanılan yer, öğrenim ve çalışma durumu, aylık gelir, kronik hastalık, ameliyat türü, ameliyat süresi ve daha önce ameliyat deneyimi araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırma tarihleri arasında abdominal cerrahi geçirmiş olan bireylerin tanıtıcı bilgilerini sorgulayan ‘‘Sosyodemografik Özellikler Formu’’ (Ek 1), hastaların öz bakım gücünü değerlendirmek için ‘‘Öz Bakım Gücü Ölçeği’’ (Ek 2) ve konfor düzeyini belirlemek için ‘‘Perianestezi Konfor Ölçeği’’ (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için on katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamanın verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir. Formlara ilişkin düzeltme önerisi gelmemiştir.

Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmanın içeriği ve amacı açıklanmıştır. ‘‘Bilgilendirilmiş Olur Formu’’ (Ek 4) ile katılımcıların onamı alındıktan sonra Sosyodemografik Özellikler Formu ve diğer ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze olarak uygulanmıştır. Onam vermeyen 3 hasta çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bireylerle yapılan görüşmeler yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.1. Sosyodemografik Özellikler Formu (Ek 1)

Sosyodemografik özellikler formu, abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastaların öz bakım gücü ve konfor düzeyini etkileyebilecek bazı kişisel ve sağlık durumuyla ilgili bilgileri içeren bir formdur. Form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Yönem, 2016; Ünal, 2020; Işkın, 2021). Form, sosyodemografik özelliklere ilişkin dokuz soru (cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, yaşanan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir) ve klinik durumuna ilişkin dört soru (kronik hastalık durumu, ameliyat türü, ameliyat süresi, daha önce ameliyat olma durumu) olmak üzere iki bölümden ve toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (Ek 2)

Kearney ve Fleicher tarafından 1979 yılında bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneği olarak adlandırılan ve öz-bakım gücünü ölçmek için İngilizce olarak 43 maddeden oluşan bir ölçektir (Kearney ve Fleicher, 1979; Nahcıvan, 1994). Ölçeğin Amerikan toplumunda iki farklı grupta Kuder Richardson 20 güvenilirlik değeri 0.65 ile 0.76; test- tekrar test korelasyon değerleri ise 0.60 ile 0.83 olarak bulunmuştur (Kearney ve Fleicher, 1979). Ölçek, Nahcıvan tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak 35 maddeye kısaltılmış ve Türkçeye

uyarlanmıştır (Nahcıvan, 1994; Nahcıvan, 2004). ÖBGÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında test- tekrar test korelasyon değerleri dört grupta 0.80, 0.86, 0.90 ve 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerine verilen yanıtın tutarlılığı ve maddelerin homojenliğinin incelendiği analizde ise Kuder Richardson 20 güvenilirlik değerinin 0.92 olduğu saptanmış (Nahcıvan, 2004). ÖBGÖ bireylerin öz-bakım eylemlerini yerine getirebilme durumlarını kendi kendilerine değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler en düşük 0, en yüksek 4 puan olacak şekilde puanlandırılmıştır. 5'li Likert-tipteki ölçeğin yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, "Beni pek tanımlamıyor" yanıtına 1 puan, "Fikrim yok" yanıtına 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" yanıtına 3 puan, ve "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilir ve ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. ÖBGÖ'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 140'dır. Alınan puan yükseldikçe bireyin öz-bakım yeteneğinin ve gücünün yüksek olduğu kabul edilir (Nahcıvan, 1994; Nahcıvan, 2004). Tek boyutlu bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Nahcıvan, 1993). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) (Ek 3)

PKÖ, Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Kolcaba ve Wilson, 2002). Kolcaba'nın konfor kuramı rehber alınarak oluşturulan bu ölçeğin 2010 yılında Üstündağ ve Eti Aslan tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Kolcaba ve Wilson, 2002; Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Ölçeğin test-tekrar test Spearman korelasyon katsayısı $r = 0.98$ olarak bulunmuş ve iki ölçüm arasındaki ilişkinin istatistiksel yönden ileri düzeyde ($p < 0.001$) olduğu saptanmıştır. Ayrıca madde-toplam puan korelasyonları ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$) (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Bu ölçek, bireyin cerrahi girişim öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir ifade "kesinlikle katılmıyorum" 1 puan ve "kesinlikle katılıyorum" 6 puan olacak şekilde 1-6 puan arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçek pozitif ve negatif maddelerden oluşmaktadır. İfadelerin 12'si pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12'si negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olup; puanlamada negatif ifadeler için tersine çevirme gereklidir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan olan 6 puan en yüksek konforu, en düşük puan olan 1 puan en düşük konforu

yansıtıırken negatif maddelerde durum tam tersidir. Bu yüzden ölçek değerlendirilirken negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) ifadeler ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144 ve en düşük toplam puan 24 dır. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6 dağılımında belirtilir. Yüksek puan konforun iyi, düşük puan konforun kötü olduğunu göstermektedir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Bu ölçek cerrahi hastalarında ameliyat sonrası dönemde hasta konforunu değerlendirmek amacıyla birçok çalışmada kullanılmıştır (Aydınöülü ve Arslan, 2021; Ünal, 2020). PKÖ'nin güvenilirliğini ve iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 0.83 bulunmuşken (Üstündağ ve Eti Aslan 2010), bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Programme for Social Sciences (SPSS 19) paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca şeklinde verilmiştir. Parametrik durumlar Kolmogorov-Simirnov Testi ile incelenmiştir. Gruplar arası farklar parametrik durumlar için Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) veya Bağımsız Örneklem T Testi; parametrik olmayan durumlar için ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ile incelenmiştir. p değerleri 0.05'den küçük olduğunda veri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirlik durumları Cronbach's Alpha güvenilirlik değerleri hesaplanmıştır. ÖBGÖ ve PKÖ bağımlı değişken olacak şekilde sosyodemografik özelliklerle arasındaki ilişki çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca iki ölçek arasındaki ilişkinin belirlenmesinde hem regresyon hem de korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni (Tarih; 26.05.2021 / Karar No: 178) (Ek 7) ve araştırmanın yapılacağı Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden kurum izni (Tarih; 26.07.2021, Sayı; E-72975315-044-87367) (Ek 8) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Uygulama sürecinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmaya özen gösterilmiştir. Katılımcıların gönüllülük ilkesi dikkate alınmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 4) ile hastalara araştırmaya ilişkin bilgi verilerek

4. BULGULAR

Bu bölümde abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin öz bakım gücü ve konfor düzeyine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=221)

	n	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet				
Kadın	113	96.34±19.00	t:0.126	0.900
Erkek	108	96.02±18.40		
Yaş				
18-24 yaş	23	109.26±19.41 ^a		
25-34 yaş	37	100.76±19.54 ^{ab}		
35-44 yaş	46	100.39±18.95 ^{ab}	F:8.609	<0.001
45-54 yaş	34	96.24±16.6 ^{ab}		
55-64 yaş	44	92.27±16.15 ^{bc}		
65 yaş ve üzeri	37	82.84±12.21 ^c		
Medeni durum				
Evli	156	94.03±17.30	t: 0.420	0.676
Bekar	65	97.08±21.67		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	167	94.03±17.30	t: 0.420	0.007
Hayır	64	102.83±21.19		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	209	96.93±18.68	t: 3.444	0.004
Geniş Aile	12	83.08±13.19		
Yaşanılan Yer				
Köy	10	85.50±13.79 ^a		
İlçe	61	85.90±15.19 ^a	F: 14.181	<0.001
İl	150	101.07±18.30 ^b		
Eğitim durumu				
Okuryazar Değil	26	85.08±12.15 ^a		
İlköğretim	49	87.53±15.10 ^a		
Lise	82	97.62±17.52 ^b	F: 9.272	<0.001
Üniversite	64	105.47±19.76 ^c		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	91	100.95±18.80	t: 3.243	0.001
Çalışmıyor	130	92.85±17.90		
Gelir düzeyi tanımı				
Gelir giderden az	155	96.52±18.67	t: 0.408	0.683
Gelir gidere eşit veya fazla	66	95.39±18.78		

*Gelir giderden fazla 3 kişi bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerini göstermektedir. Bireylerin yaş ortalamasının 46.73±16.95 olduğu ve %20.81'inin 35-44 yaş aralığında yer aldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %51.13'ünün kadın, %70.58'inin evli, %75.56'sının çocuk sahibi olduğu, %94.57'sinin çekirdek aile yapısında olduğu, %67.88'inin il merkezinde yaşadığı, %37.11'inin lise mezunu olduğu, %58.82'sinin çalışmadığı ve %70.13'ünün aylık gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin dağılımı (n=221)

	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Var	100	45.25
Yok	121	54.75
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Var	100	45.25
Yok	121	54.75
Ameliyat Türü		
Açık Cerrahi*	94	42.53
Laparoskopik Cerrahi**	127	57.47
Ameliyat Süresi		
0-4 saat arası	174	78.73
4 saat ve üzeri	47	21.27

*Total Gastrektomi, Subtotal Gastrektomi, Whipple, Hepatektomi, Pankreatektomi, Sigmoid Kolon Rezeksiyonu, Kolostomi Açılması

**Laparoskopik Apendektomi, Laparoskopik Kolesistektomi, Sleeve Gastrektomi, Gastrik Bypass

Tablo 4.2. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerine göre dağılımını göstermektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %54.75'inin kronik bir rahatsızlığının olmadığı ve %54.75'inin daha önce ameliyat geçirmediği belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %42.53'ü açık cerrahi operasyon geçirirken %57.47'si laparoskopik cerrahi geçirmiştir. Hastaların %78.73'ünün ise ameliyatı dört saatten kısa sürmüştür.

Tablo 4.3. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarının dağılımı (n=221)

	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Puan	Alınan En Yüksek ve En Düşük Puan	Ortalama± Standart Sapma	Medyan	Ranj
ÖBGÖ	0-140	60-137	96.18±18.67	95.00	77.00
PKÖ	1-6	3.08-5.58	4.61±0.43	4.67	2.50

Tablo 4.3 Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin ÖBGÖ ve PKÖ toplam puanlarının dağılımlarını göstermektedir. ÖBGÖ toplam puan ortalaması 96.18±18.67; medyanı 95, minimum değeri 60, maksimum değeri 137 ve ranj değeri 77 olarak bulunmuştur. PKÖ toplam puan ortalamasının ise 4.61±0.43; medyanının 4.67, minimum değerinin 3.08, maksimum değerinin 5.58 ve ranj değerinin ise 2.5 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı (n=221)

	n	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet				
Kadın	113	96.34±19.00	t:0.126	0.900
Erkek	108	96.02±18.40		
Yaş				
18-24 yaş	23	109.26±19.41 ^a		
25-34 yaş	37	100.76±19.54 ^{ab}		
35-44 yaş	46	100.39±18.95 ^{ab}	F:8.609	<0.001
45-54 yaş	34	96.24±16.6 ^{ab}		
55-64 yaş	44	92.27±16.15 ^{bc}		
65 yaş ve üzeri	37	82.84±12.21 ^c		
Medeni durum				
Evli	156	94.03±17.30		
Bekar	65	97.08±21.67	t: 0.420	0.676
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	167	94.03±17.30	t: 0.420	0.007
Hayır	64	102.83±21.19		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	209	96.93±18.68	t: 3.444	0.004
Geniş Aile	12	83.08±13.19		
Yaşanılan Yer				
Köy	10	85,50±13.79 ^a		
İlçe	61	85.90±15.19 ^a	F: 14.181	<0.001
İl	150	101.07±18.30 ^b		
Eğitim durumu				
Okuryazar Değil	26	85.08±12.15 ^a		
İlköğretim	49	87.53±15.10 ^a	F: 9.272	<0.001
Lise	82	97.62±17.52 ^b		
Üniversite	64	105.47±19.76 ^c		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	91	100.95±18.80	t: 3.243	0.001
Çalışmıyor	130	92.85±17.90		
Gelir düzeyi tanımı				
Gelir giderden az	155	96.52±18.67	t: 0.408	0.683
Gelir gidere eşit veya fazla	66	95.39±18.78		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir

Tablo 4.4. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamasına göre dağılımı göstermektedir. Cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyine göre hastaların ÖBGÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Hastaların yaşına göre ÖBGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur (p<0.001). Yaş arttıkça puan ortalamasının düştüğü ve yaş grupları arasındaki istatistiksel farklılığın 65 yaş ve üzeri hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre ÖBGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olmayan bireylerin puan ortalamasının çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.007).

Bireylerin aile tipine göre ÖBGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamasının geniş aile tipine sahip olanlardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.004).

Bireylerin yaşadıkları yere göre ÖBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizde, il merkezinde yaşayanların ÖBGÖ puan ortalamasının köy ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin eğitim düzeyine göre ÖBGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur (p<0.001). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizde, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların lise mezunlarına; lise mezunlarının ise üniversite mezunu olan bireylere göre öz bakım güçlerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Bireylerin çalışma durumuna göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde, çalışan hastaların puan ortalamasının çalışmayan hastalardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.001).

Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ÖBGÖ toplam puanına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tüm değişkenler (yaş, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, yaşanan yer, eğitim durumu, çalışma durumu) regresyon analizine alınmıştır.

Tablo 4.5. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı (n=221)

	n	Ort. ± Ss.	t/F	p
Kronik Hastalık Durumu				
Var	100	84.58±13.06	t:10.428	<0.001
Yok	121	105.77±17.12		
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu				
Var	100	90.2±16.94	t:4.518	<0.001
Yok	121	101.12±18.64		
Ameliyat Türü				
Açık Cerrahi	94	86.96±13.76	t:7.300	<0.001
Laparoskopik Cerrahi	127	103.01±18.92		
Ameliyat Süresi				
0-4 saat arası	174	98.61±19.32	t:3.835	<0.001
4 saat ve üzeri	47	87.19±12.58		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.5. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların klinik özelliklerinin ÖBGÖ puan ortalamasına göre dağılımını göstermektedir. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde, kronik hastalığı olmayanların ÖBGÖ puan ortalamasının kronik hastalığı olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. (p<0.001)

Hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde, daha önce hiç ameliyat olmayan hastaların ÖBGÖ puan ortalamasının ameliyat olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Ameliyat türüne göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde; laparoskopik cerrahi geçiren bireylerin ÖBGÖ puan ortalamalarının açık cerrahi geçiren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Ameliyat süresine göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde, dört saatten kısa süren ameliyatlara giren hastaların ÖBGÖ puan ortalamasının dört saatten uzun süren ameliyatlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin ÖBGÖ toplam puanına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tüm değişkenler (kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyat türü, ameliyat süresi) regresyon analizine alınmıştır.

Tablo 4.6. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	102,278	9,015		11,345	<0,001*	84,503	120,054	
Yaş (Referans Grubu: 18-24 yaş)								
25-34 Yaş	10.676	4.236	-0.214	-2.520	0.013*	-19.029	-2.323	2.932
35-44 Yaş	-9.207	5.231	-0.201	-1.760	0.080	-19.521	1.017	5.285
45-54 Yaş	-8.931	6.009	-0.173	-1.486	0.139	-20.780	2.918	5.509
55-64 Yaş	0.612	6.248	0.013	0.098	0.922	-11.707	12.932	7.295
65 Yaş ve Üzeri	0.769	7.022	0.015	0.110	0.913	-13.076	14.614	8.054
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Referans Grubu: Çocuk Sahibi Olmayan Bireyler)								
Çocuk Sahibi Olan Bireyler	3.091	4.211	0.071	0.734	0.464	-5.212	11.394	3.837
Aile Tipi (Referans Grubu: Geniş Aile)								
Çekirdek Aile	-4.594	4.618	-0.056	-0.995	0.321	-13.698	4.511	1.283
Yaşanılan Yer (Referans Grubu: Köy)								
İlçe	-6.101	5.064	-0.146	-1.205	0.230	-16.086	3.884	6.006
İl	-3.888	5.262	-0.098	-0.739	0.416	-14.264	6.487	7.077
Eğitim Durumu (Referans Grubu: Okuryazar Değil)								
İlköğretim	-1.444	3.556	-0.032	-0.406	0.685	-8.455	5.568	2.557
Lise	3.329	4.137	0.086	0.805	0.422	-4.828	11.486	4.681
Üniversite	11.442	4.856	0.279	2.356	0.019*	1.868	21.016	5.685
Çalışma Durumu (Referans Grubu: Çalışmıyor)								
Çalışıyor	0.536	2.364	0.014	0.277	0.821	-4.125	5.197	1.586

Bağımlı Değişken: Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalaması, F=11,367, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, R²=0,501, Düzeltilmiş R²=0,459, Durbin-Watson=1,574, β_0 : Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Tablo 4.6. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ÖBGÖ puan ortalaması üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçlarını göstermektedir.

Analiz sonucu oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=11.367, p<0.05). Modele göre istatistiksel olarak anlamlı bulunan yaş ve eğitim değişkeni ÖBGÖ'ne ait varyansın %45.9'unu açıkladığı saptanmıştır. Bu analize göre; 25-34 yaş grubu ($\beta=-0.214$;p<0.05) ile üniversite mezunu olmanın ($\beta=0.279$;p<0.05) önemli yordayıcılar olduğu belirlenmiştir.

18- 24 yaş referans alınarak yapılan analizde, 25-34 yaş aralığında gerçekleşecek bir birimlik artışın ÖBGÖ toplam puan ortalamasında 10.676 birim azalmasına neden olmaktadır (p=0.013). Okuryazar olmayan bireyler referans alınarak yapılan analizde, üniversite mezunu olanlarda gerçekleşecek bir birimlik

artışın ÖBGÖ puan ortalamasında 11.442 birim artışa neden olduğu belirlenmiştir (p=0.019).

Tablo 4.7. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	102.278	9.015		11.345	<0.001*	84.503	120.054	
Kronik Hastalık Durumu (Referans Grubu: Kronik Hastalık Yok)								
Kronik Hastalık Var	-19.138	2.38	-0.511	-8.042	<0.001*	-23.83	-14.446	1.644
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu (Referans Grubu: Daha Önce Ameliyat Olmayan)								
Daha Önce Ameliyat Olan	-0.949	2.302	-0.025	-0.412	0.681	-5.488	3.590	1.539
Ameliyat Türü (Referans Grubu: Açık Cerrahisi)								
Laparoskopik Cerrahi	15.596	2.722	0.414	5,730	<0.001*	10.229	20.963	2.122
Ameliyat Süresi (Referans Grubu: 4 saat ve üzeri)								
0-4 saat arası	5.818	3.164	0.128	1.839	0.067	-0.420	12.056	1.964

Bağımlı Değişken: Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalaması, F=12,421, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, R²=0,567, Düzeltilmiş R²=0,552, Durbin-Watson=1,516, β₀: Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β₁: Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Tablo 4.7. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin ÖBGÖ puan ortalamasını yordaması çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Analiz sonucu oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=11.367, p<0.05). Regresyon analizinde; referans gruplarına göre kronik hastalık varlığı (β=-0.511;p<0.05) ve laparoskopik cerrahi geçirmenin (β=0.414;p<0.05) ÖBGÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Yapılan analizde; kronik hastalığı bulunmayanların ÖBGÖ puan ortalamasındaki bir birimlik artışın kronik hastalığı bulunanların ÖBGÖ puan ortalamasını 19.138 birim düşürdüğü; açık cerrahi girişim geçirmiş olan hastaların ÖBGÖ puan ortalamasındaki bir birimlik artışın ise laparoskopik cerrahi geçirmiş olan hastaların ÖBGÖ toplam puanı 15.596 birim yükselttiği saptanmıştır.

Tablo 4.8. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı (n=221)

	n	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet				
Kadın	113	4.58±0.40	t:1.047	0.296
Erkek	108	4.64±0.44		
Yaş				
18-24 yaş	23	4.77±0.41 ^a	F:4.207	0.001
25-34 yaş	37	4.74±0.40 ^a		
35-44 yaş	46	4.68±0.31 ^a		
45-54 yaş	34	4.60±0.50 ^{ab}		
55-64 yaş	44	4.53±0.46 ^{ab}		
65 yaş ve üzeri	37	4.39±0.39 ^c		
Medeni durum				
Evli	156	4.60±0.42	t: 0.649	0.517
Bekar	65	4.64±0.45		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	167	4.57±0.43	t: 2.086	0.038
Hayır	54	4.71±0.42		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	209	4.62±0.43	t: 1.398	0.164
Geniş Aile	12	4.44±0.34		
Yaşanılan Yer				
Köy	10	4.36±0.49 ^a	F: 10.213	<0.001
İlçe	61	4.44±0.45 ^a		
İl	150	4.69±0.39 ^b		
Eğitim durumu				
Okuryazar Değil	26	4.44±0.28 ^a	F: 6.351	<0.001
İlköğretim	49	4.44±0.48 ^a		
Lise	82	4.69±0.41 ^b		
Üniversite	64	4.70±0.40 ^b		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	91	4.69±0.37	t: 2.026	0.044
Çalışmıyor	130	4.71±0.42		
Gelir düzeyi tanımı				
Gelir giderden az	155	4.68±0.43	t: 1.815	0.071
Gelir gidere eşit/ fazla	66	4.56±0.42		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.8 Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların sosyodemografik özelliklerine göre PKÖ puan ortalamasının göre dağılımını göstermektedir. Cinsiyet, medeni durum, aile tipi ve gelir düzeyine göre hastaların PKÖ puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşına göre PKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, yaş arttıkça puan ortalamasının düştüğü ve yaş grupları arasındaki istatistiksel farklılığın 65 yaş ve üzeri hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır (p=0.001).

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre PKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olmayan hastaların puan ortalamasının çocuk sahibi olan hastalara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.038).

Hastaların yaşadıkları yere göre PKÖ puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizde, il merkezinde yaşayanların PKÖ puan ortalamasının ilçe ve köyde yaşayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Hastaların eğitim düzeyine göre PKÖ puanları incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.002$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizde, lise ve üniversite mezunu olan hastaların PKÖ puan ortalamasının; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların çalışma durumuna göre PKÖ puanları incelendiğinde, çalışmayan hastaların PKÖ puan ortalamasının çalışan hastalardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin PKÖ toplam puanına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tüm değişkenler (yaş, çocuk sahibi olma durumu, yaşanan yer, eğitim durumu, çalışma durumu) regresyon analizine alınmıştır.

Tablo 4.9. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı (n=221)

	n	Ort. ± Ss.	t/F/Z	p
Kronik Hastalık Durumu				
Var	100	4.5±0.44	t:3.433	0.001
Yok	121	4.7±0.40		
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu				
Var	100	4.52±0.45	t:2.887	0.004
Yok	121	4.68±0.40		
Ameliyat Türü				
Açık Cerrahi	94	4.38±0.42	t:7.586	0.001
Laparoskopik Cerrahi	127	4.78±0.35		
Ameliyat Süresi				
0-4 saat arası	174	4.65±0.44	t:3.074	0.002
4 saat ve üzeri	47	4.44±0.32		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.9. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların klinik özelliklerinin PKÖ puan ortalamasına göre dağılımı gösterilmektedir. Hastaların kronik hastalık durumuna göre PKÖ puanları incelendiğinde, kronik hastalığı olmayanların bireylerin kronik hastalığı olanlara göre puan ortalamalarının anlamlı düzeyde

yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001).

Hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre PKÖ puanları incelendiğinde, daha önce ameliyat olmayanların daha önce ameliyat olanlara göre puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.004).

Ameliyat türüne göre PKÖ puanları incelendiğinde; laparoskopik cerrahi geçiren bireylerin, açık cerrahi geçirenlere göre konfor düzeyinin anlamlı seviyede yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Ameliyat süresine göre PKÖ puanları incelendiğinde, ameliyatı dört saatten kısa süren hastaların PKÖ puan ortalamalarının ameliyatı dört saatten uzun süren hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin PKÖ toplam puanına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tüm değişkenler (kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyat türü, ameliyat süresi) regresyon analizine alınmıştır.

Tablo 4.10. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	4,243	0,206		20,7645	<0,001*	3,838	4,648	
Yaş (Referans Grubu: 18-24 yaş)								
25-34 Yaş	-0.026	0.117	-0.023	-0.220	0.826	-0.257	0.205	2.931
35-44 Yaş	-0.164	0.145	-0.156	-1.131	0.259	-0.449	0.122	5.285
45-54 Yaş	-0.110	0.166	-0.093	-0.663	0.508	-0.438	0.218	5.502
55-64 Yaş	-0.011	0.173	0.010	0.061	0.951	-0.330	0.351	7.267
65 Yaş ve Üzeri	-0.053	1.194	-0.046	-0.271	0.786	-0.436	0.331	8.053
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Referans Grubu: Çocuk Sahibi Olmayan Bireyler)								
Çocuk Sahibi Olan Bireyler	0.103	0.117	0.104	0.884	0.378	-0.127	0.333	3.836
Yaşanılan Yer (Referans Grubu: Köy)								
İlçe	-0.050	0.137	-0.053	-0.367	0.714	-0.321	0.220	5.764
İl	0.029	0.145	0.032	0.202	0.840	-0.256	0.314	6.972
Eğitim Durumu (Referans Grubu: Okuryazar Değil)								
İlköğretim	-0.022	0.094	-0.021	-0.23	0.818	-0.207	0.164	2.337
Lise	0.145	0.110	0.164	1.326	0.186	-0.071	0.362	4.294
Üniversite	0.138	0.130	0.146	1.059	0.291	-0.119	0.394	5.319

Tablo 4.10. (devam)

Çalışma Durumu (Referans Grubu: Çalışmıyor)								
Çalışıyor	-0.012	0.065	-0.013	-0.1788	0.859	-0.140	0.117	1.570

Bağımlı Değişken: Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalaması, F=4,713, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, R²=0,270, Düzeltilmiş R²=0,213, Durbin-Watson=1,702, β₀: Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β₁: Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Tablo 4.10. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin PKÖ puan ortalamasını yordalaması çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=4.713, p<0.05). Ancak modelde sosyodemografik özellikler ile PKÖ arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 4.11. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	4.243	0.206		20.7645	<0.001*	3.838	4.648	
Kronik Hastalık Durumu (Referans Grubu: Kronik Hastalık Yok)								
Kronik Hastalık Var	-0.094	0.066	-0.110	-1.428	0.155	-0.224	0.036	1.644
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu (Referans Grubu: Daha Önce Ameliyat Olan)								
Daha Önce Ameliyat Olmayan	0.011	0.064	0.013	0.171	0.864	-0.115	0.137	1.537
Ameliyat Türü (Referans Grubu: Açık Cerrahisi)								
Laparoskopik Cerrahi	0.448	0.075	0.518	5.939	<0.001*	0.299	0.596	1.644
Ameliyat Süresi (Referans Grubu: 4 saat ve üzeri)								
0-4 saat arası	0.190	0.087	0.182	2.178	0.031*	0.018	0.596	2.122

Bağımlı Değişken: Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalaması, F=4,713, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, R²=0,270, Düzeltilmiş R²=0,213, Durbin-Watson=1,702, β₀: Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β₁: Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Tablo 4.11'de Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin klinik özelliklerinin PKÖ puan ortalamasını yordalaması çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Analiz sonucu oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=4.713, p<0.05). Regresyon analizinde; referans gruplarına göre laparoskopik cerrahi grubunun (β=0.518, p<0.05) ve ameliyat süresi dört saatten kısa süren grubun (β=-0.182, p<0.05) ÖBGÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Regresyon analizine göre PKÖ toplam puanı ameliyat türü laparoskopik cerrahi olanların, ameliyat türü açık cerrahi olanlara göre 0.448 birim; ameliyat

süresi 0-4 saat arası olanların, ameliyat süresi 4 saat ve üzeri olanlara göre 0.190 birim daha yüksektir.

Tablo 4. 12. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Perianestezi Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

		PKÖ Puan
ÖBGÖ Toplam Puan	r	0.554
	p	<0.001*

r: Pearson korelasyon katsayısı, * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 4.12. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin ÖBGÖ ve PKÖ arasındaki korelasyonu göstermektedir. ÖBGÖ ve PKÖ toplam puanları (r: 0.554; p<0.001) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 13. Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ortalamasının Perianestezi Konfor Ölçeği ortalaması üzerindeki etkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=221)

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
	Sabit	3.385				0.126	26.759	
ÖBGÖ	0.013	0.001	0.554	9.859	<0.001*	0.010	0.015	1

F=97,193, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, R²=0,307, Düzeltilmiş R²=0,304, β₀: Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β₁: Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Tablo 4.13. Öz bakım gücü ve konfor arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analiz sonucunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 97.193, p<0.05). Bu modele göre; ÖBGÖ'ü PKÖ'ne ait varyansın %30.4'ünü açıklamaktadır.

Analiz sonucuna göre; öz bakım gücündeki artışın bireylerin konfor düzeyini pozitif yönde etkilediği ve ÖBGÖ toplam puanında gerçekleşecek bir birimlik artışın PKÖ toplam puanını 0.013 birim arttırdığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım güçlerinin konfor düzeyine etkisinin belirlenmesi için yapılan çalışmanın sonuçları bu bölümde tartışılmıştır.

Öz bakım, temelde herkesin gerçekleştirdiği günlük yaşam aktiviteleridir (Lee ve ark., 2021). Öz bakım gücü ise kişinin yaşamını, sağlıklı ve iyi olan durumunu sürdürebilmesi için günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Linton ve Koonmen, 2020). Ancak bireyler bazı durumlarda özellikle de sağlıkla ilgili sorunlar yaşadıklarında öz bakım güçleri olumsuz yönde etkilenir ve öz bakım gereksinimlerini karşılayamayacak duruma gelirler (Wang ve ark., 2021). Bu doğrultuda cerrahi işlemlerden sonra da bireylerin öz bakım güçleri etkilenmektedir. Kızıl (2019) laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların ameliyat sonrası ÖBGÖ puan ortalamasını 113.04 ± 11.78 olarak belirlemiştir. Li ve arkadaşları (2017) laparoskopik abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerle yaptığı çalışmada ÖBGÖ puan ortalamasını 115.72 ± 30.13 olarak bulunmuştur. Eraydın ve Sunal'ın (2016), stomalı bireylerle yaptığı çalışmada ise ÖBGÖ puan ortalaması 103.60 ± 7.24 olarak saptamıştır. Alptekin (2018), gastrektomi, mastektomi gibi cerrahi girişim sonrası organ kaybı deneyimleyen hastalarla yaptığı çalışmada puan ortalamasını 99.60 ± 29.80 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada ise ÖBGÖ puan ortalaması 96.18 ± 18.86 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Elde edilen verilere göre, bu çalışmada ÖBGÖ puan ortalamasının literatüre göre daha düşük olduğu söylenebilir. Bu sonuç, çalışmaya abdominal cerrahi adı altında whipple, pankreatektomi, hepatektomi gibi majör cerrahilerinde dahil edilmesinden ve çalışmanın ameliyat sonrası ilk 8- 24 saat içerisinde yapılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bunu destekler şekilde Irmak (2018), lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada ameliyat sonrası 2. günde ÖBGÖ puan ortalamasının 98.93 ± 14.29 iken 10. günde 101.94 ± 13.63 'e yükseldiğini belirlemiştir. Bunun nedeni ameliyat sonrası dönemde gün geçtikçe doku travmasının azalması, günlük yaşama ve normal aktivitelere dönüşün hızlanması gibi durumlarla açıklanabilmektedir.

Öz bakım gücü; cinsiyet, yaş, aile yapısı ve sosyo-ekonomik durum gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Kotronoulas ve ark.,2017). Bu doğrultuda bireylerin öz-bakım gereksinimlerinin giderilmesi durumu da farklılık göstermektedir. Pan ve

arkadaşları (2011) kolostomili hastalarla yaptıkları çalışmada kadınların öz bakım gücünü erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada cinsiyet ile ÖBGÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde birçok araştırma bu çalışmanın sonucu ile benzer şekilde cinsiyet ile öz bakım gücü arasında bir fark olmadığını göstermektedir (Kaya, 2019; Kızıl, 2019; Ünal, 2020). Literatürdeki bu farklılığın diğer sosyodemografik özellikler ve klinik durum ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Öz bakım gücü ve yaş arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Bazı çalışmalar yaş arttıkça öz bakım gücünün azaldığı sonucunu ortaya koyarken (Erci ve ark., 2017; Irmak, 2017) bazı çalışmalar yaş ve öz bakım gücü arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (Kaya, 2019; Kızıl, 2019). Bu çalışmada ise yaş arttıkça öz bakım gücünün azaldığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.4). Ayrıca yapılan regresyon analizinde yaşın ÖBGÖ puan ortalamasını etkileyen önemli bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu sonucun yaşlanmanın beraberinde getirdiği fiziksel sorunlar ve günlük gereksinimlerini karşılamada bağımlılığın artması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Ünal, (2020) çalışmasında evli olan bireylerin öz bakım gücünün düşük olduğunu, Işkın (2021) ise evli olan bireylerin öz bakım gücünün yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada evli veya bekar olma durumunun öz bakım gücünü etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.4). Bu farklılığın hastaların diğer sosyodemografik ve klinik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde birçok çalışma da evli ve bekar olmanın öz bakım gücü üzerinde anlamlı bir fark ortaya koymadığını belirtmiştir (Kızıl, 2019; Irmak, 2019; Kaya, 2019). Dolayısıyla bu çalışma bulgusu literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olma durumuna göre ÖBGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ve çocuk sahibi olanların öz bakım gücünün çocuk sahibi olmayanlardan düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde cerrahi hastalarında ebeveyn olma durumunu ÖBGÖ ile kıyaslayan araştırmaya ulaşamamıştır. Ancak Lerma ve arkadaşları (2021), hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada ÖBGÖ puan

ortalması ile anne-baba olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürdeki bu farklılığın Türk toplum yapısı gereği önceliğin çocuğa verilmesinden ve ebeveynlerin anne-baba rolü gereği kendi gereksinimlerini ikinci plana atmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Işkın (2021) çekirdek aile ile yaşamının öz bakım gücünü olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Dural ve arkadaşları da (2021) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada yalnız yaşamının öz bakım gücünü olumsuz yönde etkilediğini vurgulamışlardır. Bu çalışmada da benzer şekilde çekirdek aile ile yaşamının geniş aileye sahip olmaya göre öz bakım gücünü arttırdığını ortaya koymuştur (Tablo 4.4). Bunun nedeninin bireylerin kendilerine ve ihtiyaçlarını karşılamaya daha çok zaman ayırabilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eraydın ve Sunal (2016) hastaların öz bakım gücünün yaşanılan yere göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Işkın (2021) ise ilde yaşamının öz bakım gücünün yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada benzer şekilde ilde yaşamının öz bakım gücü üzerindeki etkisinin anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 4.4). Bunun nedenin il merkezinde fırsatlara ulaşımın daha kolay olması, ve yaşam tarzından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada literatürdeki birçok çalışmaya benzer şekilde eğitim durumu yükseldikçe öz bakım gücünün arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Alemdar ve ark., 2015; Eraydın ve Sunal, 2016; Kaya, 2019; Yanardağ ve ark., 2021). Ayrıca yapılan regresyon analizinde eğitim durumunun ÖBGÖ puan ortalamasını etkileyen önemli bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ancak literatürde eğitim durumunun öz bakım gücünü etkilemediğine dair sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır (Çulha, 2014; Işkın, 2021). Bunun nedeninin eğitim durumunun imkânlarla ulaşmada kolaylık sağlaması ve bireyin sağlığı için fazla bilgi edinmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde çalışan bireyler ile çalışmayanlar arasında ÖBGÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Kızıl, 2019; Yanardağ ve ark., 2021). Ancak bu çalışmada çalışan bireyler ile çalışmayanlar arasında ÖBGÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu durum çalışan bireylerin eğitim düzeyleri ve yaşam şekilleri nedeniyle öz bakımlarına daha fazla dikkat etmesinden kaynaklanabilmektedir.

Bu çalışmada gelir-gider durumu düşük olan hastalar ve gelir- gider durumu yüksek olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.4). Benzer şekilde bir çok çalışmada gelir durumunun öz bakım gücü üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Işkın, 2021; Kızıllı, 2019; Ünal, 2020; Yanardağ ve ark., 2021). Çalışma bu yönüyle literatürle uyumludur. Öz bakım gücünün finansal sorunlardan çok bireysel bakış açısına, klinik ve kişisel özelliklere dayandığı düşünülmektedir.

Puig ve arkadaşları (2020) ve Chourdakis ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada kronik hastalığa sahip olmanın öz bakım gücünü olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Kronik hastalıkların bireyin öz bakım gücü üzerine etkisiyle ilgili yapılan araştırmalarda kronik hastalıkların öz bakım gücünü olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Akay & Durmaz Akyol, 2014; Kızıllı, 2019). Bu çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünün kronik hastalığı olmayan bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Ayrıca yapılan regresyon analizinde de kronik hastalığı bulunmayanların ÖBGÖ puan ortalamasındaki bir birimlik artışın kronik hastalığı bulunanların ÖBGÖ puan ortalamasını 19.138 birim düşürdüğü belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu yönüyle çalışmanın sonucu literatüre uygundur.

Daha önce ameliyat olma durumunun öz bakım gücü üzerine etkisini araştıran çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kurt, 2021; Irmak, 2018). Literatürden farklı olarak bu çalışmada daha önce ameliyat olmayan bireylerin ÖBGÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Sonuçlardaki bu farkın daha önce ameliyat olmayan bireylerin yaş ortalamasının düşük olması, ek kronik hastalığının bulunmaması gibi durumlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Lombardo ve arkadaşları (2018) açık ve laparoskopik kolesistektomiye karşılaştırdıkları çalışmada laparoskopik cerrahinin öz bakım gücünü olumlu yönde etkilediğini vurgulamıştır. Benzer şekilde literatürde, doku iyileşme hızı, daha az komplikasyon gelişmesi, daha az ağrı gibi nedenlerle laparoskopik cerrahi sonrası öz bakım gücünün açık cerrahiden daha yüksek olduğunu saptamış çalışmalar bulunmaktadır (Maca ve ark., 2018; Rai ve ark., 2019; Zhu ve ark., 2022). Bu çalışmada da açık cerrahi girişim geçiren bireylerin öz bakım gücünün laparoskopik cerrahi girişim geçiren bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Ayrıca yapılan regresyon analizinde de açık cerrahi girişim geçiren bireylerin ÖBGÖ

puan ortalamasındaki bir birimlik artışın laparoskopik cerrahi girişim geçiren bireylerin ÖBGÖ puan ortalamasını 15.596 birim arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu yönüyle çalışma sonucu literatüre benzerlik göstermektedir.

Literatürde ameliyat süresinin öz bakım gücü üzerine etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada ameliyat süresi dört saatten kısa olan bireylerin ÖBGÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu sonucun nedeninin ameliyat süresi arttıkça cerrahi travmanın artması ve dolayısıyla ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerine dönüşün uzun olmasından kaynaklandığı ve çoğu hastanın laparoskopik cerrahi geçirmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Cerrahi işlemler, organizmada ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak veya hafifletmek amacıyla yapılan planlı anatomik değişimlerdir (Zhang ve ark., 2020). Bu işlemler hastalarının iyileşmesi için yapılmasına rağmen cerrahi sonrasında birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Arslankılıç ve Göl, 2020). Cerrahi sonrasında da ağrı, bulantı-kusma, sıvı elektrolit dengesizlikleri, beslenmede bozulma, kanama, enfeksiyon, öz bakım yetersizliği gibi sorunlar iyileşme arzusu içinde olan hastaların konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir (Alam ve ark., 2020; Chang ve ark., 2017; Merkle ve ark., 2017). Ayrıca konfor; cinsiyet, yaş, aile yapısı, sosyo-ekonomik ve sağlık durumu gibi birçok faktörden de etkilenebilmektedir (Wensley ve ark., 2020). Bu yüzden hemşirelik bakımının temelini oluşturan konfor kavramı cerrahi sonrası büyük önem taşımaktadır. Yılmaz ve arkadaşları (2018) cerrahi hastalarıyla yaptıkları çalışmada PKÖ puan ortalamasını 4.26 ± 0.58 ; Büyükcinal (2016) ise çalışmasında PKÖ puan ortalamasını 4.82 ± 0.61 olarak bulmuştur. Gürcayır ve Karabulut'un (2017) çalışmasında ise PKÖ puan ortalaması 4.93 ± 0.66 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise PKÖ puan ortalaması 4.61 ± 0.43 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Elde edilen verilere göre, bu çalışmada PKÖ puan ortalamasının literatüre benzer olduğu söylenebilir.

Büyükcinal (2016) cerrahi hastalarla yaptığı çalışmasında erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bektaşoğlu (2021) da alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerle yaptığı çalışmada benzer sonuç elde etmiştir. Ancak Güner ve Kumsar (2021) akciğer kanseri olan hastalarla yaptığı çalışmada cinsiyetin konfor düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını

bildirmiştir. Bu çalışmada benzer şekilde konfor düzeyi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.8). Literatürdeki bu farklılığın nedeni öz bakım gücünün konforu yordayan önemli bir değişken olduğu göz önüne alındığında hastaların cinsiyetlerinin öz bakım gücünden etkilenmemesi nedeniyle konforunda etkilenmediği düşünülmektedir (Tablo 4.13).

Amaç ve Çam (2018) gününbirlik cerrahi hastalarıyla yaptıkları çalışmada yaşın konforu etkilemediğini ortaya koymuştur. Bektaşoğlu (2021) yaş arttıkça hasta konforunun arttığını bildirmiştir. Kubat (2017) cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmada yaş arttıkça konfor düzeyinin azaldığını ortaya koymuştur. Bu çalışmada da yaş arttıkça konfor düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.8). Yaş arttıkça kronik hastalıkların artması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılığın artması, fiziksel kapasitenin azalması gibi nedenlerle konfor düzeyinin azalabileceği düşünülmektedir.

Sayedfatemi ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, yalnız yaşayan hastaların konfor düzeylerinin evli olan hastalardan daha düşük bulunduğu sonuna ulaşmışlardır. Şahin ve Rızalar (2018) cerrahi operasyon geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada medeni durum ve PKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Amaç ve Çam (2018) yaptıkları çalışmada medeni durum ve PKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmada da medeni durumun konforu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.8). Öz bakım gücünün konforu yordayan önemli bir değişken olduğu göz önüne alındığında hastaların medeni durumlarının öz bakım gücünü etkilenmemesi nedeniyle konforunda etkilenmediği düşünülmektedir (Tablo 4.13).

Amaç ve Çam (2016) gününbirlik cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmada çocuk sahibi olanların konfor düzeyinin çocuk sahibi olmayanlara göre yüksek olduğunu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada ise PKÖ puan ortalamasına göre çocuk sahibi olmayanların konfor düzeyi çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Bunun nedeninin çocuk sahibi olmanın beraberinde getirdiği sorumluluklardan ve daha fazla sorumluluk üstlenilmesinden ve öz bakım gücünü etkileyen önemli bir değişken olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tunç (2020) yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayan bireyler ile çekirdek aile şeklinde yaşayan bireylerin PKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark

olmadığını bildirmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada da geniş ailede yaşayan bireyler ve çekirdek aile şeklinde yaşayan bireylerin PKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.8). Çalışmada literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ünal (2020) yaptığı çalışmada yaşanan yere göre bireylerin konfor düzeyleri arasında fark saptanamadığını bildirmiştir. Bektaşoğlu (2021) ise yaptığı çalışmada il merkezinde yaşayan bireylerin konfor düzeyinin kasaba ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde il merkezinde yaşayanların PKÖ puan ortalamasının ilçe ve köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur (Tablo 4.8). Bunun nedeninin il merkezinde yaşayan bireylerin birçok temel gereksinime ve sağlık olanaklarına rahat ulaşabilmesinden ve ilde yaşayan hastaların öz bakım güçlerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sarier (2019) elektif cerrahi girişim planlanan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların eğitim durumu ile PKÖ puan ortalamalarını karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını bulmuştur. Benzer şekilde Güner ve Kumsar (2021) da akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarla yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile PKÖ puan ortalamaları arasında bir ilişki bulamamıştır. Seyedfatemi ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bireylerin konfor düzeyinin arttığını bildirilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde eğitim durumuna göre bireylerin PKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ayrıca lise ve üniversite mezunu olan hastaların PKÖ puan ortalamasının; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu durumun nedeninin bireyin sağlığı için neler yapabileceği hakkında daha fazla bilgi edinebilme gücünden, sağlık bilincini olumlu etkilemesinden ve öz bakım güçlerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bıyıklı (2020) kardiyak cerrahi girişim geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların çalışma durumu ile PKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını bildirmiştir. Benzer şekilde literatürde cerrahi hastalarıyla yapılan birçok çalışmada da çalışma durumunun konforu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Arabacıoğlu, 2021; Mısırlı, 2019; Şahin ve Rızalar, 2018). Ancak bu çalışmada çalışmayan bireylerin konfor düzeyinin çalışan bireylerin konfor

düzeinden istatikseld olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.18). Bunun nedeninin çalışan bireylerin cerrahi sonrası iş yaşamlarına dair sorumlulukları üzerinde daha fazla kaygı ve stres hissetmesinden kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Literatürde birçok çalışma gelir durumunun konforu etkilemediğini bildirmiştir (Göl, 2019; Koyuncu, 2019; şahin ve Rızalar, 2018; Ünal, 2020). Bu çalışmada da gelir düzeyi ile PKÖ puan ortalaması arasında istatikseld olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (Tablo 4.8). Bu yönüyle çalışmanın sonucu literatüre uygundur. Gelir durumun öz bakım gücünü de etkilemediği düşünöldüğünde bu değişkenin konforuda etkilememesi beklendiktir (Tablo 4.13).

Ünal (2020) yaptığı çalışmada kronik hastalık durumunun konfor düzeyini etkilemediğini bildirmiştir. Benzer şekilde Amaç ve am (2018) ile şahin ve Rızalar (2018) da yaptıkları çalışmalarda kronik hastalıkların konfor düzeyini etkilemediğini belirtmiştir. Ancak bu çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin kronik hastalığı olan bireylerden konfor düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Bunun nedeninin kronik hastalıkların beraberinde getirdiği fiziksel sorunlardan dolayısıyla yaşam tarzı ve öz bakım gücü değişikliğinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Ören (2018) daha önce operasyon deneyiminin olmasının konforu olumlu etkilediğini saptamıştır. Amaç ve am (2018) da çalışmalarında daha önce hastanede yatmış olan hastaların konfor puanlarının hastanede yatmamış olanlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada daha önce ameliyat olmayanların ameliyat olanlardan daha yüksek düzeyde konfora sahip olduklarını ortaya koymuştur (Tablo 4.9). Bunun nedeninin daha önce ameliyat olmayan ve hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin daha çok genç yaş grubunda olmasından ve bu gruptaki bireylerin özbakım güçlerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

şahin ve Rızalar (2018) cerrahi hastalarıyla yaptıkları çalışmada laparoskopik ve açık cerrahi girişim geçiren hastalar arasında istatikseld olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Yabancı literatür çalışmalarında ameliyat sonrası dönemde hastanede kalış süresinin kısa olması ve komplikasyon oranının daha düşük olmasından dolayı laparoskopik cerrahilerin hasta konforunu arttırdığı vurgulanmıştır (Chen ve ark., 2017; Lim ve ark., 2021; Wang ve ark., 2018). Tosun ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada laparoskopik kolesistektomi cerrahisi

geçiren bireylerin whipple, gastrektomi gibi açık cerrahi girişim geçiren bireylerden konfor düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada da laparoskopik cerrahi girişim sonrası konfor düzeyinin açık cerrahi girişim geçirenlere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 4.9). Ayrıca yapılan regresyon analizinde de açık cerrahi girişim geçiren bireylerin PKÖ puan ortalamasındaki bir birimlik artışın laparoskopik cerrahi girişim geçiren bireylerin PKÖ puan ortalamasını 0.448 birim arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu sonuçlar laparoskopik cerrahi girişim gerektiren cerrahilerin daha minimal ve daha kısa sürede yapılabilir cerrahiler olmasından kaynaklanabileceği gibi daha küçük kesiler nedeniyle ağrının daha az olması ve iyileşme sürecinin daha hızlı olmasından kaynaklandığı düşündürmektedir.

Ören (2018) hastaların konfor düzeyinin cerrahi girişimin süresi azaldıkça arttığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde bu çalışmada da dört saatten kısa süren ameliyatların PKÖ puan ortalamalarının dört saatten uzun süren ameliyatlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Ayrıca yapılan regresyon analizinde de ameliyat süresi dört saatten uzun olan bireylerin PKÖ puan ortalamasındaki bir birimlik artışın ameliyat süresi dört saatten kısa olan bireylerin PKÖ puan ortalamasını 0.190 birim arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu yönüyle çalışma literatürü destekler niteliktedir. Bunun nedeninin dört saatten uzun süren cerrahilerin majör cerrahiler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların öz bakım gücü ve konfor düzeyi hemşirelik çalışmalarına sıkça konu olmuş ve cerrahi hemşireliği için oldukça önemli iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldız ve Yüksel, 2022). Literatürde bu iki kavram arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ünal (2020), lomber disk ameliyatı olan hastaların konfor düzeyi ve öz bakım gücünü incelediği çalışmasında ÖBGÖ puanı arttıkça PKÖ puanının da arttığını ve iki kavram arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir. Bozkurt (2018) ise Üriner İnkontinans & Sıklık Konfor Skalası ile ÖBGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı korelasyon analizinde iki ölçek arasında benzer şekilde pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin ÖBGÖ ve PKÖ arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 12). Ayrıca iki ölçek arasındaki regresyon analizine bakıldığında, öz bakım gücündeki artışın

bireylerin konfor düzeyini pozitif yönde etkilediği ve ÖBGÖ toplam puanında gerçekleşecek bir birimlik artışın PKÖ toplam puanında 0.013 puan artmasına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.13). Dolayısıyla öz bakım gücünün konforu etkileyen önemli bir yordayıcı olduğu söylenebilir. Öz bakım gücünün temel insan gereksinimlerini karşılamak ve bağımsızlığı sağlamak için önemli bir değişken olduğu göz önüne alındığında hasta konforunu etkilemesi beklendik bir sonuçtur.

6. SONUÇLAR

Abdominal cerrahi girişim geçiren bireylerin öz bakım gücünün konfor düzeyi üzerine etkisinin incelendiği bu araştırmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Katılımcıların yaş ortalamasının 46.73 ± 16.95 ve % 20.81'inin 35-44 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Bireylerin %51.13'ünün kadın, %70.58'inin evli, %75.56'sının en az bir çocuk sahibi olduğu, %94.57'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %67.88'inin il merkezinde yaşadığı, %37.11'inin lise mezunu olduğu, %58.82'sinin çalışmadığı ve %70.13'ünün aylık gelirinin giderinden az olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %54.75'inin kronik hastalığı olmadığı, %54.75'inin daha önce ameliyat olmadığı, %57.47'sinin laparoskopik cerrahi geçirdiği, yapılan cerrahi işlemlerin %78.73'ünün dört saatten kısa sürdüğü bulunmuştur.

ÖBGÖ toplam puan ortalaması 96.18 ± 18.67 'dir. Ayrıca ÖBGÖ'den alınan en düşük puan 60 en yüksek puan 137'dir. Medyan 95, ranj değeri ise 77 bulunmuştur. 18-24 yaş grubunun ÖBGÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Çocuk sahibi olmayan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.007$). Çekirdek aile olarak yaşayan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.004$). İl merkezinde yaşayan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Üniversite mezunu olan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Ameliyat süresi dört saatten kısa olan katılımcıların ÖBGÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

PKÖ toplam puan ortalaması 4.61 ± 0.43 'dür. Ayrıca PKÖ'nden alınan en düşük puan 3,08 en yüksek puan 5.58'dir. Medyan 4.61, ranj değeri ise 2.5 bulunmuştur. 18-44 yaş grubunun PKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) Çocuk sahibi olmayan katılımcıların PKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.038$). İl merkezinde yaşayan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

Çalışmayan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p=0.044$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Daha önce ameliyat olmayan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p=0.004$). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ameliyat süresi dört saatten kısa olan katılımcıların PKÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

ÖBGÖ toplam puanı ve PKÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Öz bakım gücündeki artışın bireylerin konfor düzeyini pozitif yönde etkilediği ve ÖBGÖ toplam puanında gerçekleşecek bir birimlik artışın PKÖ toplam puanında 0.013 puan artmasına neden olduğu bulunmuştur.

7. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarından elde edilen veriler doğrultusunda öneriler aşağıda verilmiştir.

Klinik ortama yönelik öneriler;

1. Hemşirelerin, hastaların öz bakım gücünü değerlendirmesi ve öz bakım gücünün arttırılmasına yönelik girişimlerde (ameliyat öncesi bireysel veya grup eğitimleri) bulunması
2. Hemşirelerin hastaların öz bakım gücünün farklı değişkenlerden etkilendiğini göz önüne alarak bireyselleştirilmiş bakım sunması
3. Hemşirelerin, hastaların konfor ihtiyaçlarını değerlendirmesi ve konfor düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerde (ameliyat öncesi bireysel veya grup eğitimleri) bulunması
4. Hemşirelerin hastaların konfor düzeyini farklı değişkenlerden etkilendiğini göz önüne alarak kişiye özgü bakım sunması
5. Cerrahi kliniklere özgü öz bakım gücü ve konfor düzeyini arttırmaya yönelik rehberlerin oluşturulması
6. Cerrahi kliniklerde bireylerin öz bakım güçleri ve konfor düzeylerinin değerlendirmesinin düzenli olarak yapılmasının sağlanması

Araştırmalara yönelik öneriler;

1. Öz bakım gücü ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin daha farklı ve daha geniş örneklerle yeniden değerlendirmesi
2. Cerrahi kliniklerde öz bakım gücü ve konfor düzeyini arttırmaya yönelik deneysel çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbott, T. E., Fowler, A. J., Pelosi, P., De Abreu, M. G., Møller, A. M., Canet, J. and Johnson, M. (2018). A systematic review and consensus definitions for standardised end-points in perioperative medicine: pulmonary complications. *British journal of anaesthesia*, 120(5), 1066-1079.
- Acharya, M. R., Patkar, S., Parray, A. and Goel, M. (2019). Management of gallbladder cancer in India. *Chin Clin Oncol*, 8(4), 35-45.
- ACS, 2020, American,
https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.224125915.1741978389.1653496857-501706652.1653496856#!/
Erişim: 16.08.2021
- Agur, A. and A. Dalley (eds.). (2015). *Moore's essential clinical anatomy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Akay, B. ve Akyol, A. D. (2014). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin öz bakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 75-88.
- Akortiakuma, S. J., Dzansi, G. and Aziato, L. (2022). Psychological well-being of patients recovering from abdominal surgery: A qualitative study. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26(5), 228-231.
- Aktaş N. (2019). Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün belirlenmesi: prospektif bir alışma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aktaş, Y., Gürçayır, D. ve Atalay, C. (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıt dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 341-351.
- Akyüz, N. ve avdar, İ. (2018). Sindirim sisteminin (Gastrointestinal sistem- GİS) cerrahi hastalıkları ve bakımı. N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği içinde* (155-245). İstanbul: II.Nobel Tıp Kitabevleri.
- Alam, R., Montanez, J., Law, S., Lee, A., Pecoroli, N., Watanabe, Y. and Falconi, M. (2020). Development of a conceptual framework of recovery after abdominal surgery. *Surgical Endoscopy*, 34, 2665–2674.
- Alemdar, H. and Pakyz, S. . (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 19-30.
- Alpay, Y., Aykın, N., Korkmaz, P., Güldüren, H. M. ve ağlan, F. C. (2018). Geriatrik hastalarda idrar yolu enfeksiyonları. *Pakistan Tıp Bilimleri Dergisi*, 34 (1), 67.
- Alptekin, H. M. (2019). Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastaların öfke ve öz bakım gücü düzeylerinin değerlendirilmesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Amaç, Y. H. ve am, R. (2019). Gnbirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Konforu Etkileyen Etmeler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1222-1237.
- Andrews, H., Tierney, S. ve Seers, K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103-436.
- AORN, 2017,
https://www.aorn.org/guidelines/aboutaornguidelines?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=guidelines_2022&utm_term=aorn%20guidelines

Erişim: 16.08.2021

- Apfell, C.C., Heidrich, F.M., Jukar-Rao, S., Jalota, L., Hornuss, C., Whelan, R.P, Zhang, K. and Çakmakkaya, O.S. (2012). Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia*, 109(5), 742-753.
- Arabacıoğlu, D. N. (2021). Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi uyku kalitesinin ameliyat sonrası konfor düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Arcı, E. ve Taştan, S. (2018). Abdominal cerrahi sonrası bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Dergisi*, 10(3), 188-196.
- Arslankılıç, Ç. ve Göl, E. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistemik Derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 34-44.
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Orta, C., Salvini, L. and Di Mauro, S. (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni infermieristiche*, 67(3), 180-189.
- Aydınçülü, N. ve Arslan, S. (2021). Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri. *KSU Medical Journal*, 16(3), 401-406.
- Ayoğlu, H., Uçan, B., Öge T. Ö., Atik, L., Kaptan, Y. M. ve Turan, I. Ö. (2009) Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. *Türk Anest Rean Der Dergisi*, 37(1), 374-382.
- Ayoğlu, T. (2019). Karaciğerin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Fındık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastorintestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (151-173) . İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Baba, H., Tokai, R., Hirano, K., Watanabe, T., Shibuya, K., Hashimoto, I. and Fujii, T. (2020). Risk factors for postoperative pneumonia after general and digestive surgery: a retrospective single-center study. *Surgery Today*, 50(5), 460-468.
- Bakır, G. ve Yurt, S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 20(3):158-165.
- Balkan, A. ve Çelebi, C. (2020). Cerrahi alan infeksiyonları. *Black Sea Journal of Health Science*, 3(2), 46-50.
- Başar, S. N. (2020). Laparoskopik kolesistektomide erken mobilizasyonun hastanın karın ağrısı ve konfor düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bektaşoğlu, B. (2022). Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyi üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Bertelsen, C. A., Larsen, H. M., Neuenschwander, A. U., Laurberg, S., Kristensen, B. and Emmertsen, K. J. (2018). Long-term Functional Outcome After Right-Sided Complete Mesocolic Excision Compared With Conventional Colon Cancer Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 61(9), 1063–1072.
- Bıyıklı, S. (2020). Açık Kalp Cerrahisi Olan Hastaların Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Bilehjani, E., Fakhari, S., Yavari, S., Panahi, J. R., Afhami, M. and Nagipour, B. (2015). Adjustment of preoperative fasting guidelines for adult patients undergoing elective surgery. *Open J Intern Med*, 5(4):115-118.

- Billet, M., and Windsor, T. A. (2019). Urinary Retention. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(4), 1-12.
- Blitz, J.D., Kendale, S.M., Jain, S.K., Cuff, G.E., Kim J. T. and Rosenberg, A.D. (2016). Preoperative Evaluation Clinic Visit Is Associated with Decreased Risk of In-hospital Postoperative Mortality. *Anesthesiology*, 125(2), 280-94.
- Boden, I., Robertson, I. K., Neil, A., Reeve, J., Palmer, A. J., Skinner, E. H. and Denehy, L. (2020). Preoperative physiotherapy is cost-effective for preventing pulmonary complications after major abdominal surgery: a health economic analysis of a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 180-187.
- Boden, I., Skinner, E. H. and Browning, L. (2018). Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, 360, 1-14.
- Bout-Tabaku, S., Gupta, R., Jenkins, T. M., Ryder, J. R., Baughcum, A. E. and Jackson, R. D. (2019). Musculoskeletal Pain, Physical Function, and Quality of Life After Bariatric Surgery. *Pediatrics*, 114(6), 1-13.
- Bozkurt M. (2018). Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Konfor Düzeyi Ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Brouwer, T. A., Roon, E. N., Rosier, P. F. W. M., Kalkman, C. J. and Veeger, N. (2021). Postoperative urinary retention: risk factors, bladder filling rate and time to catheterization: an observational study as part of a randomized controlled trial. *Perioperative Medicine*, 10(1), 1-11.
- Bulkley, J. E., McMullen, C. K., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, M. C. and Krouse, R. S. (2018). Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer*, 26(11), 3933-3939.
- Bunkers, S. S. (2016). Seeking Comfort. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 8-9.
- Büyükcinal, P. (2016). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- CDC, 2017,
https://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott_costpaper.pdf
 Erişim: 18.08.2021
- Chapman, S. J., Thorpe, G., Vallance, A. E., Harji, D. P., Lee, M. J. and Fearnhead, N. S. (2018). Systematic review of definitions and outcome measures for return of bowel function after gastrointestinal surgery. *BJS Open*. 3(1), 1-10.
- Chen, P. D., Wu, C. Y., Hu, R. H., Chou, W. H., Lai, H. S., Liang, J. T., Lee, P. H. ve Wu, Y. M. (2017). Robotic Versus Open Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma: A Matched Comparison. *Ann. Surg. Oncol.*, 24(1), 1021-1028.
- Chen, Y., Dong, C., Lian, G., Li, D., Yin, Y., Yu, W. and 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.
- Chourdakis, M., Kontogiannis, V., Malachas, K., Pliakas, T. and Kritis, A. (2014). Self-care behaviors of adults with type 2 diabetes mellitus in Greece. *Journal of community health*, 39(5), 972-979.
- Clark, D. A., Yeoh, E., Edmundson, A., Harris, C., Stevenson, A., Steffens, D. and Solomon, M. (2021). A Development study of Drain Fluid Gastrografin as a Biomarker of Anastomotic Leak. *Journal of the Korean Society of Coloproctology*, 38(2), 124-132.

- Çınar, Y. Ş. ve Ergin, E. (2020). Yaşlılıkta Konfor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(1), 69-73.
- Çilingir, D. ve Şimşek, P. (2017). Ameliyat sürecinde uygulanan sıvı tedavisi yöntemleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 50-56.
- Çulha, I. (2014). Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Dağistanlı, S., Kalaycı, M. ve Kara, Y. (2018). Genel cerrahide eras protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10(Ek Sayı), 9- 20.
- Danelich, I. M., Lose, J. M., Wright, S. S., Asirvatham, S. J., Ballinger, B. A., Larson, D. W. and Lovely, J. K. (2014). Practical Management of Postoperative Atrial Fibrillation after Noncardiac Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(4), 831-841.
- De Laet, I. E., Malbrain, M. L. and De Waele, J. J. (2020). A Clinician's Guide to Management of Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome in Critically Ill Patients. *Critical Care*, 24(1), 97-106.
- Demir, M. (2017). Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(2), 39-50.
- Dikmen, B. (2019). Gastrointestinal sistemin yapı ve fonksiyonu. Fındık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastorintestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (3-13). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dirimeşe, E. (2018). Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı. Çelik, S. (Ed.), *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (25-43). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Domino, K. B. (2019). Pre-emergence Oxygenation and Postoperative Atelectasis. *Anesthesiology*, 131(4), 771-773.
- Dural, G., Kavak Budak, F., Özdemir, A. A. and Gültekin, A. (2022). Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People. *Journal of religion and health*, 61(2), 1505-1513.
- Elshatarat, R. A., Ebeid, I. A., Elhenawy, K. A., Saleh, Z. T., Raddaha, A. H. A. and Aljohani, M. S. (2020). Jordanian ostomates' health problems and self-care ability to manage their intestinal ostomy: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 679-696.
- Eltorai, A. E., Szabo, A. L., Antoci, V., Ventetuolo, C. E., Elias, J. A., Daniels, A. H. and Hess, D. R. (2018). Clinical effectiveness of incentive spirometry for the prevention of postoperative pulmonary complications. *Respiratory care*, 63(3), 347-352.
- Eraydın, C. ve Sunal, N. (2021). Stomalı hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 7(1), 57-64.
- Erbesler, Z. A. (2021). Postoperatif Pulmoner Komplikasyonların Öngörülmesinde Belirteç Karşılaştırılması; Asa ve Ariscat. *Ahi Evran Medical Journal*, 5(1), 50-54.
- Erci, B., Yılmaz, D. and Budak, F. (2017). Effect of Self-Care Ability and Life Satisfaction on the Levels of Hope in Elderly People. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 72-76.
- Ertekin, P. Ş. ve Gülbahtiyar, D. (2016). Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 39-52.
- Eskandr, A. M., Atallah, H. A., Sadik, S. A. and Mohamemd, M. S. (2019). The effect of inspired oxygen concentration on postoperative pulmonary atelectasis in obese patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a randomized-controlled double-blind study. *Research and Opinion in Anesthesia and Intensive Care*, 6(3), 28-37.

- Fernandes, S., Silva, A., Barbas, L., Ferreira, R., Fonseca, C. and Fernandes, M. A. (2019). Theoretical contributions from orem to self-care in rehabilitation nursing. *International Workshop on Gerontechnology*, 11(85), 163-173.
- Fındık, Y. Ü. (2017). Cerrahi süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Eti Aslan, F. (Ed.), *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte* içinde (425-455). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Fodor, M., Primavesi, F., Braunwarth, E., Cardini, B., Resch, T., Bale, R. and Stättner, S. (2018). Indications for liver surgery in benign tumours. *European Surgery*, 50(3), 125-131.
- Gallaher, J. R. and Charles, A. (2022). Acute Cholecystitis: A Review. *JAMA*, 327(10), 965-975.
- Gardner, T. B., Adler, D. G., Forsmark, C. E., Sauer, B. G., Taylor, J. R., & Whitcomb, D. C. (2020). ACG clinical guideline: chronic pancreatitis. *Official journal of the American College of Gastroenterology*, 115(3), 322-339.
- Garvey, W.T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M. and Plodkowski, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*, 22(3), 1–203.
- Gençtürk, N. (2019). Karaciğerin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Fındık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastorintestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (199-225) . İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ghallab, E. T. (2018). Post-operative Bleeding and its Management. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(9), 1480-1483.
- Giordano, N. J., Jansson, P. S., Young, M. N., Hagan, K. A. and Kabrhel, C. (2017). Epidemiology, pathophysiology, stratification, and natural history of pulmonary embolism. *Techniques in vascular and interventional radiology*, 20(3), 135-140.
- Glare, P., Aubrey, K. R. and Myles, P. S. (2019). Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet*, 393(10180), 1537-1546.
- Globacan, 2020a, Turkey,
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
Erişim:13. 08. 2021
- Globacan, 2020b, World,
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
Erişim: 13. 08. 2021
- Göl, S. (2019). Lomber disk herni ameliyatı olan hastaların ağrı ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Greenwood, M. B., Johnson, A. C. and Grundy, D. (2017). Gastrointestinal Physiology and Function. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 239, 1-6.
- Gupta, P. N., and Chandak, V. (2020). Comparative study of ondansetron and palonosetron for prevention of nausea and vomiting following upper abdominal surgeries under general anaesthesia: a randomised control trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 14(3), 1-4.
- Gustavell, T., Sundberg, K. and Langius-Eklöf, A. (2020). Using an Interactive App for Symptom Reporting and Management Following Pancreatic Cancer Surgery to Facilitate Person-Centered Care: Descriptive Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(6), 171-185.

- Gutt, C., Schläfer, S. and Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(9), 148.
- Gündoğan, E., Gökler, C., Sümer, F. ve Karaalp, C. (2021). Effect of Abdominal Drain on Patient Comfort in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Randomized Controlled Study. *Surgical Practice and Patient Care*, 16(1), 36-40.
- Güner, A. ve Kumsar, A. K. (2021). Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 155-162.
- Güven, B. (2019). Bariatrik cerrahi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 139-143.
- Harnsberger, C. R., Maykel, J. A. and Alavi, K. (2019). Postoperative ileus. *Clinics in colon and rectal surgery*, 32(3), 166-170.
- Hasanpour-Dehkordi, A., Mohammadi, N. and Nikbakht-Nasrabadi, A. (2016). Re-designing Orem's self-care theory for patients with chronic hepatitis. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 395- 402.
- Hay, A., Migliacci, J., Karassawa Zaroni, D., Boyle, J. O., Singh, B., Wong, R. J. and Ganly, I. (2017). Haemorrhage following transoral robotic surgery. *Clinical Otolaryngology*, 43(2), 638–644.
- Helmen, Z. M., Helm, M. C., Helm, J. H., Nielsen, A., Kindel, T., Higgins, R. and Gould, J. C. (2018). Predictors of postoperative urinary tract infection after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 28(7), 1950-1954.
- Hemmerling, T. M. (2018). Pain management in abdominal surgery. *Langenbeck's archives of surgery*, 403(7), 791-803.
- Henriksen, N. A. (2016). Systemic and local collagen turnover in hernia patients. *Danish Medical Journal*, 63(7), 1-20.
- Heywood, E. G., Drake, T. M., Bradburn, M., Lee, J., Wilson, M. J. and Lee, M. J. (2019). Atrial Fibrillation After Gastrointestinal Surgery: Incidence and Associated Risk Factors. *Journal of Surgical Research*, 238, 23–28.
- Hoeck, B., and Delmar, C. (2018). Theoretical development in the context of nursing- The hidden epistemology of nursing theory. *Nursing Philosophy*, 19(1), 121-146.
- Hooper, V. D. (2015). SAMBA consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting: An executive summary for perianesthesia nurses. *Journal Perianesthesia Nursing*, 30, 377-82.
- Huang, Z., Ma, J., Shen, B. and Pei, F. (2015). General anesthesia: to catheterize or not? a prospective randomized controlled study of patients undergoing total knee arthroplasty. *Journal Arthroplasty*, 30(3):502–6.
- Huygen, F., Kallewaard, J. W., Tulder, M., Boxem, K., Vissers, K., Kleef, M. and Zundert, J. (2019). Evidence- Based Interventional Pain Medicine According to Clinical Diagnoses: Update 2018. *Pain Practice*, 19(6), 664-675.
- Irmak B. (2018). Lomber Disk Herni Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- İşkın, S. (2021). Stomalı bireylerin öz bakım gücü, öz yeterlilik ve yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- İzveren, Ö. A. & Dal, Ü. (2011) The early period complications in patients who were performed abdominal surgery intervention and the nursing practices for these complications. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 18(2):36-46.

- James, M., Senthil, G., Kalayarasan, R. and Pottakkat, B. (2021). A case of unusual evisceration through laparoscopic port site. *Journal of Minimal Access Surgery*, 17(4), 559-568.
- Jang, A. and Jeong, O. (2019). Early postoperative oral feeding after total gastrectomy in gastric carcinoma patients: a retrospective before–after study using propensity score matching. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(5), 649-657.
- Johansson, A. C., Brink, E., Cliffordson, C. and Axelsson, M. (2018). The function of fatigue and illness perceptions as mediators between self-efficacy and health-related quality of life during the first year after surgery in persons treated for colorectal cancer. *J Clin Nurs*. 27(7), 1537-1548.
- 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.
- Kahraman, Y. S., Güler, O. C., Aksel, B., Doğan, L. ve Özaslan, C. (2021). Rektum Kanseri Nedeniyle Aşağı Anterior Rezeksiyon Yapılan Hastalarda Laparoskopik ve Açık Tekniğin Karşılaştırılması. *Acta Oncologica Turcica*, 54(1), 63-73.
- Kapıkıran G. (2020). Karaciğer nakli olan hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyine etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Karabacak, Ü. ve Acaroğlu, R. (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1), 197-202.
- Karadağlı, F. ve Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3):168-181.
- Kavalcı, G. (2021). Kolorektal cerrahi hastalarda uygulanan tedavi edilmiş sağlık koşullarının konfor düzeyine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, D. (2019). Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Öz Bakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Kearney, B. Y. and Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self care agency. *Res. Nurs. Health*, 22, 25-34.
- Khademian, Z., Ara, F. K. and Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self care education based on orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: a quasi-experimental study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(2), 140-151.
- Kılıç, H., Cevheroğlu, S. ve Görgülü, S. (2017). Dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan bakım bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 22-28.
- Kızıl, C. (2019). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmenin öz bakım gücüne etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kichler, A. and Jang, S. (2020). Chronic pancreatitis: epidemiology, diagnosis, and management updates. *Drugs*, 80(12), 1155-1168.
- King, W. C. and Bond, D. S. (2014). The importance of pre and postoperative physical activity counseling in bariatric surgery. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(1), 26–35.
- Kirkilesis, G., Kakkos, S. K., Bicknell, C., Salim, S. and Kakavia, K. (2020). Treatment of distal deep vein thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1-12.

- Kleive, D., Sahakyan, M. A., Labori, K. J. and Lassen, K. (2019). Nasogastric tube on demand is rarely necessary after pancreatoduodenectomy within an enhanced recovery pathway. *World Journal of Surgery*, 43(10), 2616-2622.
- Kobayashi, K., Ando, K., Kato, F., Kanemura, T., Sato, K., Hachiya, Y. and Imagama, S. (2021). Seasonal variation in incidence and causal organism of surgical site infection after PLIF/TLIF surgery: A multicenter study. *Journal of Orthopaedic Science*, 26(4), 555-559.
- Kodera, Y. (2016). The current state of stomach cancer surgery in the world. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 46(11), 1062-1071.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. and Wilson, L. (2002) Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *J PeriAnesth Nurs*, 17(2), 102-114.
- Kornmann, V. N., Treskes, N., Hoonhout, L. H., Bollen, T. L., Ramshorst, B. and Boerma, D. (2014). Systematic review on the value of CT scanning in the diagnosis of anastomotic leakage after colorectal surgery. *International Journal Colorectal Disease*, 28(4):437-45.
- 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.
- Koulenti, D., Armaganidis, A., Arvaniti, K., Blot, S., Brun-Buisson, C., Deja, M., Waele, J., Du, B., Dulhunty, J. M., Garcia-Diaz, J., Judd, M., Paterson, D. L., Putensen, C., Reina, R., Rello, J., Restrepo, M. I., Roberts, J. A., Sjøvall, F., Timsit, J.-F., Tsiodras, S., Zahar, J.-R., Zhang, Y. and Lipman, J. (2021). Protocol for an international, multicentre, prospective, observational study of nosocomial pneumonia in intensive care units: The pneumoINSPIRE study. *Critical Care and Resuscitation*, 23(1), 59-66.
- Koyuncu, Ö. (2019). Hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Krell, R. W. and Wei, A. C. (2019). Gallbladder cancer: surgical management. *Chinese clinical oncology*, 8(4), 36-36.
- Krielen, P., Ten Broek, R. P., van Dongen, K. W., Parker, M. C., Griffiths, E. A., Goor, H. and Stommel, M. W. (2021). Adhesion-related readmissions after open and laparoscopic colorectal surgery in 16 524 patients. *Colorectal Disease*, 24(4):520-529.
- Krishnamoorthi, R., Jayaraj, M., Chandrasekar, V. T., Singh, D., Law, J., Larsen, M. and Irani, S. (2020). EUS-guided versus endoscopic transpapillary gallbladder drainage in high-risk surgical patients with acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis. *Surgical endoscopy*, 34(5), 1904-1913.
- Kubat, B. G. ve Yurt, S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 158-165.
- Kurşun, S. (2019). Kalın bağırsağın cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Findık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastorintestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (97-125) . İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kurt, Ö. A. (2021). Artroskopik cerrahi uygulanan hastalarda öğrenim gereksinimleri ve öz bakım gücü. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Lacy, B. E., Cangemi, D. and Vazquez-Roque, M. (2021). Management of chronic abdominal distension and bloating. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(2), 219-231.

- Lawson, N., Thompson, K., Saunders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., Ince, N., Caldwell, M. and Pope, D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *Am J Crit Care*, 19(6), 88-98.
- Lee, G. I. and Neumeister, M. W. (2020). Pain: pathways and physiology. *Clinics in plastic surgery*, 47(2), 173-180.
- Lee, P. J. and Papachristou, G. I. (2019). New insights into acute pancreatitis. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 16(8), 479-496.
- Leon, M., Chavez, L. and Surani, S. (2020). Hepatic hemangioma: What internists need to know. *World Journal of Gastroenterology*, 26(1), 11-20.
- Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, E., Kirkpatrick, A. W. and Catena, F. (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World journal of emergency surgery*, 14(1), 1-20.
- Lerma, C., Lima-Zapata, L. I., Amaya-Aguilar, J. A., Leonardo-Cruz, I., Lazo-Sánchez, M., Bermúdez, L. A., Pérez-Grovas, H., and Cadena-Estrada, J. C. (2021). Gender-Specific Differences in Self-Care, Treatment-Related Symptoms, and Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Int J Environ Res Public Health*, 18(24):13022.
- Li, G., Wang, X., Liu, L. and Tong, W. (2017). The care dependency of patients after laparoscopic abdominal surgery and associated factors in China. *Applied Nursing Research*, 38, 95-98.
- Liang, Y., Yan, X. and Liao, Y. (2021). The effect of shortening the preoperative fasting period on patient comfort and gastrointestinal function after elective laparoscopic surgery. *American journal of translational research*, 13(11), 13067–13075.
- Lim, C., Goumard, C., Salloum, C., Tudisco, A., Napoli, N., Boggi, U., Azoulay, D. and Scatton, O. (2021). Outcomes after 3D laparoscopic and robotic liver resection for hepatocellular carcinoma: A multicenter comparative study. *Surgery Endoscopy*, 35, 3258–3266.
- Linton, M. and Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), 1694-1702.
- Lombardo, S., Rosenberg, J. S., Kim, J., Erdene, S., Sergelen, O., Nellerme, J. and Price, R. R. (2018). Cost and outcomes of open versus laparoscopic cholecystectomy in Mongolia. *Journal of Surgical Research*, 229, 186-191.
- Loor, M., Shah, P., Olavarria, O. A., Dhanani, N., Franz, M. G., Trautner, B. W. and Liang, M. K. (2021). Postoperative Work and Activity Restrictions After Abdominal Surgery: A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 274(2), 290-297.
- Lu, J., Dong, B., Yang, Z., Song, Y., Yang, Y., Cao, J. and Li, W. (2019). Clinical efficacy of laparoscopic surgery for T4 colon cancer compared with open surgery: a single center's experience. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 29(3), 333-339.
- Lu, X., Zeng, W., Zhu, L., Liu, L., Du, F. and Yang, Q. (2021). Application of the Caprini risk assessment model for deep vein thrombosis among patients undergoing laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Medicine*, 100(4); 1-18.
- Máca, J., Peteja, M., Reimer, P., Jor, O., Sedenkova, V., Panáčková, L. and Ševčík, P. (2018). Surgical injury: comparing open surgery and laparoscopy by markers of tissue damage. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, 999–1006.
- Malinowski, A. and Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606.
- Maluso, P. and Sarani, B. (2016). Abdominal compartment hypertension and abdominal compartment syndrome. *Principles of Adult Surgical Critical Care*, 32(2), 213-222.

- Marchuk, A. (2016). End-of-life care in the neonatal intensive care unit: applying comfort theory. *Int J Palliat Nurs*, 22(7), 317-323.
- Mari, A., Abu Backer, F., Mahamid, M., Amara, H., Carter, D., Boltin, D. and Dickman, R. (2019). Bloating and abdominal distension: clinical approach and management. *Advances in Therapy*, 36, 1075-1084.
- Mastoris, I., Kokkinidis, D. G., Bikakis, I., Archontakis-Barakakis, P., Papanastasiou, C. A., Jonnalagadda, A. K. and 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.
- Matarese, M., Lommi, M., Marinis, M. G. and Riegel, B. (2018). A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 296-305.
- Merkler, A. E., Chang, J., Parker, W. E., Murthy, S. B. and Kamel, H. (2017). The Rate of Complications after Ventriculoperitoneal Shunt Surgery. *World Neurosurgery*, 98(1), 654-658.
- Mert, D., Arat, M. E., Güneş, Ö. ve Ertek, M. (2016). Piyojenik Karaciğer Apsesi: Olgu Sunumu. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(2), 155-160.
- Miskovic, A. B. (2017). Postoperative pulmonary complications. *British Journal of Anaesthesia*, 118(3), 317-334.
- Mizrahi, J. D., Surana, R., Valle, J. W. and Shroff, R. T. (2020). Pancreatic cancer. *The Lancet*, 395(10242), 2008-2020.
- Moore, A. J., Wachsmann, J., Chamarchy, M. R., Panjikaran, L., Tanabe, Y. and Rajiah, P. (2018). Imaging of acute pulmonary embolism: an update. *Cardiovascular diagnosis and therapy*, 8(3), 225- 238.
- Muysoms, F. E., Antoniou, S. A., Bury, K., Campanelli, G., Conze, J., Cuccurullo, D. and Berrevoet, F. (2015). European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia*, 19(1), 1-24.
- Nahcıvan, N. (1994). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması : öz-bakım gücü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 7(33), 109-119.
- Nahcıvan, N. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.
- Nair, M. and Peate, I. (2020). *Hemşireler için bir bakışta patofizyoloji*. Töre, F. (çev.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Nematihonar, B., Yazdani, A., Falahinejadghajari, R. and Mirkheshti, A. (2019). Early postoperative oral feeding shortens first time of bowel evacuation and prevents long term hospital stay in patients undergoing elective small intestine anastomosis. *Gastroenterology and Hepatology From Bed To Bench*, 12(1), 25- 38.
- NICE, 2020,
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
Erişim: 18.08.2021
- Okutan, Ş. (2021). Laparoskopik abdominal cerrahi sonrası sanal gerçeklik uygulaması ve müziğin hastaların yaşam bulguları, ağrı ve konforu üzerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice (Fifth Edition)*. New York: McGraw Hill.

- Ören, B. (2018). Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 324-332.
- Özcan, Ç. B. (2021). Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 69-78.
- Özkan, M. (2018). Gastrointestinal sistem hastalıkları. Çelik, S. (Ed.), *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (299-351). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Özkan, S., Yavaşcaoğlu, B., Kaya, F. N., Özcan, B., Bayraktar, S. ve Başeğmez, İ. (2015). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda preemtif deksketoprofen ve tramadol'un postoperatif ağrı üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması. *Journal of Clinical & Experimental Investigations*, 6(1), 44-51.
- Padar, M., Blaser, A. R., Talving, P., Lipping, E. and Starkopf, J. (2019). Abdominal compartment syndrome: Improving outcomes with a multidisciplinary approach—a narrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 19(12), 1061-174.
- Pan, L. H., Tsai, Y. F., Chen, M. L., Tang, R. and Chang, C. J. (2011). Symptom Distress and Self-care Strategies of Colorectal Cancer Patients With Diarrhea Up to 3 Months After Surgery. *Cancer Nursing*, 34(1), 1-9.
- Park, M., Jung, K., Sim, W. S., Kim, D. K., Chung, I. S., Choi, J. W. and Kim, J. A. (2021). Perioperative high inspired oxygen fraction induces atelectasis in patients undergoing abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Anesthesia*, 72, 110-285.
- Pereira, B. M. (2019). Abdominal compartment syndrome and intra-abdominal hypertension. *Current Opinion In Critical Care*, 25(6), 688-696.
- Pinto, S., Caldeira, S. and Martins, J. C. (2016). A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24.
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C. and Rodgers, B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holistic nursing practice*, 31(4), 243-252.
- Puig, L. M., Sánchez, M., Lluch-Canut, M., Moreno-Arroyo, M., Hidalgo, B. M. À. and Roldán-Merino, J. (2020). Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.*,17(4):293-300.
- Rai, B. P., Bondad, J., Vasdev, N., Adshead, J., Lane, T., Ahmed, K. and Aboumarzouk, O. M. (2019). Robotic versus open radical cystectomy for bladder cancer in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), 1-12.
- Ratti, F., Rawashdeh, A., Cipriani, F., Primrose, J., Fiorentini, G., Abu Hilal, M. and Aldrighetti, L. (2021). Intrahepatic cholangiocarcinoma as the new field of implementation of laparoscopic liver resection programs. A comparative propensity score-based analysis of open and laparoscopic liver resections. *Surgical Endoscopy*, 35(4), 1851-1862.
- Rausa, E., Kelly, M. E., Asti, E., Aiolfi, A., Bonitta, G., Winter, D. C. and Bonavina, L. (2018). Extended versus conventional thromboprophylaxis after major abdominal and pelvic surgery: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Surgery*, 164(6), 1234-1240.
- Reisli, R., Akkaya, Ö. T., Arıcan, Ş., Can, Ö. S., Çetingök, H., Güleç, M. S. ve Talu, G. (2021). Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji Derneği. *The Turkish Society of Algology* 33(1), 1-51.
- Ren, H., Dai, R., Yang, M., Yang, L., Zhang, Q. and Ran, L. (2014). Quality of Life Survey and Self-care Needs Assessment on 103 Patients with Colorectal Cancer after Colostomy Surgery in Kunming. *Journal of Kunming Medical University*, 1(3), 84-86.

- Rogers, W. K. and Garcia, L. (2018). Intraabdominal hypertension, abdominal compartment syndrome, and the open abdomen. *Chest*, 153(1), 238-250.
- Sabah, S. M., Gihan, S. M. and Hayan, A. M. (2017). Effect of Self-care Management Program on Self-efficacy among Patients with Colostomy. *American Journal of Nursing Research*, 5(5), 191-199.
- Sada, A., Asaad, M., Reidt, W. S., Kellogg, T. A., Kendrick, M. L., McKenzie, T. J. and Habermann, E. B. (2020). Are in-person post-operative clinic visits necessary to detect complications among bariatric surgery patients?. *Obesity surgery*, 30(5), 2062-2065.
- Sadatsafavi, H., Walewski, J. and Shepley, M. M. (2015). Factors influencing evaluation of patient areas, work spaces, and staff areas by healthcare professionals. *Indoor and Built Environment*, 24(4), 439-456.
- Sampaio, F. A., Aquino, P. D., Araújo, T. L. And Galvão, M. T. (2008). Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem' s theory. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 94-100.
- Santos, R. D., Fava, S. M. C. ve Dázio, E. M. R. (2019). Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *Journal of Coloproctology*, 39, 265-273.
- Santos, S. C., Fréz, A. R., Ruaro, J. A., Wouk, J. and Daniel, C. R. (2020). Fatores de risco e complicações pós operatórias em cirurgia oncológica. *Fisioterapia em Movimento*, 33(1), 1-12.
- Sarier, T. (2019). Ameliyat Öncesi Aç Kalma Süresinin, Durumluk Kaygı ve Genel Konfor Düzeyine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Savcı, Ü., Alıç, T., Güreşer, A. S. ve Özkan, A. (2018). Ortopedik cerrahi sonrası yara enfeksiyonları: mikroorganizmaların dağılımları ve drenç durumları. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(4), 492-497.
- Scaglione, M., Zannelli, C., Antonini, R., CanalellaV, M., Rà, W., Rusignuolo, S. and Tomasello, G. (2020). A dissection's guide to human abdominal cavity. *EuroMediterranean Biomedical Journal*, 15(08), 36-39.
- Seeras, K., Qasawa, R. N., Ju, R. And Prakash, S. (2021). *StatPearls Publishing: Anatomy, Abdomen and Pelvis, Anterolateral Abdominal Wall*. 13 Ekim 2021 tarihinde, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525975/> adresinden erişildi.
- Sellers, D., Srinivas, C. and Djaiani, G. (2018). Cardiovascular complications after non-cardiac surgery. *Anaesthesia*, 73, 34-42.
- Seyedfatemi, N., Rafi, F., Reazei, M. and Kolcoba, K. (2014). Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(3), 213-220.
- Shiroky, J., Lillie, E., Muaddi, H., Sevigny, M., Choi, W. J. and Karanicolas, P. J. (2020). The impact of negative pressure wound therapy for closed surgical incisions on surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 167(6), 1001-1009.
- Shyu, Y. I. L., Liang, J., Tseng, M. Y., Li, H. J., Wu, C. C., Cheng, H. S. and Yang, C. T. (2016). Enhanced interdisciplinary care improves self-care ability and decreases emergency department visits for older Taiwanese patients over 2 years after hip-fracture surgery: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 54-62.
- Sınmaz, T. ve Özbaş, A. (2020). Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 41-53.
- Simpson, J. C., Bao, X. And Agarwala, A. (2019). Pain management in enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols. *Clinics in colon and rectal surgery*, 32(2), 121-128.

- Sosa, G., Gandham, N., Landeras, V., Calimag, A. P. and Lerma, E. (2019). Abdominal compartment syndrome. *Disease a Month*, 65(1), 5-19.
- Söderbäck, H., Gunnarsson, U., Martling, A., Hellman, P. and Sandblom, G. (2019). Incidence of wound dehiscence after colorectal cancer surgery: results from a national population-based register for colorectal cancer. *International journal of colorectal disease*, 34(10), 1757-1762.
- Strik, C., Beukel, B., Rijckevorsel, D., Stommel, M. J., Broek, R. P. and Goor, H. (2019). Risk of pain and gastrointestinal complaints at six months after elective abdominal surgery. *The Journal of Pain*, 20(1), 38-46.
- Studer, P., Räber, G., Ott, D., Candinas, D. and Schnüriger, B. (2016). Risk factors for fatal outcome in surgical patients with postoperative aspiration pneumonia. *International Journal Surgery*, 27, 21-25.
- Sullivan, K. A., Churchill, I. F., Hylton, D. A. and Hanna, W. C. (2021). Use of Incentive Spirometry in Adults following Cardiac, Thoracic, and Upper Abdominal Surgery to Prevent Post-Operative Pulmonary Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respiration*, 1-14.
- Sultan, İ., Kılıç, A., Arnautakis, G. and Kılıç, A. (2018). Tıp öğrencilerinin foley kateter yerleştirmesinin ameliyat sonrası idrar yolu enfeksiyonu oranlarına etkisi. *Amerikan Cerrahlar Koleji Dergisi*, 227 (5), 496-501.
- Şahin, P. ve Rızalar, S. (2018). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404-413.
- Şişman, H. ve Arslan, S. (2020). Cerrahi hemşireliğinde hasta bakımında kullanılan kuram ve modeller. *Archives Medical Review Journal*, 29(2), 150-161.
- Takahashi, Y., Dungubat, E., Kusano, H., Ganbat, D., Tomita, Y., Odgerel, S. and Fukusato, T. (2021). Application of Immunohistochemistry in the Pathological Diagnosis of Liver Tumors. *International journal of molecular sciences*, 22(11), 57-80.
- Taşdemir, N. (2018). Ameliyat sonrası dönemde hasta bakımı. Çelik, S. (Ed.), *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (75-93). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Tateosian, V. S., Champagne, K. and Gan, T. J. (2018). What is new in the battle against postoperative nausea and vomiting?. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 32(2), 137-148.
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M. and Hart, M. A. (2001). A Theory of Dependent-Care: A Corollary Theory to Orem's Theory of Self-Care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47.
- Temiz, Z. (2019). İnce bağırsağın cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Findık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastorintestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (69-97) . İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Terzi, B. ve Kaya, N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(Ek 1), 67-74.
- Teyeme, Y., Malengier, B., Tesfaye, T., Ciesielska-Wrobel, I., Musa, A. B. and Langenhove, L. (2021). A Review of Contemporary Techniques for Measuring Ergonomic Wear Comfort of Protective and Sport Clothing. *Autex Research Journal*, 21(1), 32-44.
- Tian, S., Zhang, D., Wang, Y. Yan, S. and Zhang, Z. (2021). Effects of Dexmedetomidine on Perioperative Serum Potassium and Postoperative Rehabilitation of Patients Undergoing Radical Resection of Gastrointestinal Malignancy. *Research Square*, 4, 1-16.

- Tiwari, A. R. and Pandya, J. S. (2016). Study of the occurrence of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in patients of blunt abdominal trauma and its correlation with the clinical outcome in the above patients. *World Journal of Emergency Surgery*, 11(1), 1-7.
- Topdemir, E. A. ve Sarıtaş, S. (2021). Laparoskopik kolesistektomi sonrası Acupressure ve Reiki uygulamasının hastanın ağrı ve rahatlık düzeyine etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Klinik Uygulamada Tamamlayıcı Tedaviler*, 43(10), 1-7.
- Toshida, K., Minagawa, R., Kayashima, H., Yoshiya, S., Koga, T., Kajiyama, K. and Mori, M. (2020). The Effect of Prone Positioning as Postoperative Physiotherapy to Prevent Atelectasis After Hepatectomy. *World Journal of Surgery*, 44(11), 3893-3900.
- Tosun, H., Özkaya, B., Uz, F. ve Gül, A. (2022). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve konfor ilişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 47-52.
- Tou, S., Brown, S. R. and Nelson, R. L. (2015). Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-22.
- Tunçbilek, Z. (2019). Sindirim sisteminin cerrahi hastalıklarında hemşirelik bakımı. Özhan Elbaş, N. (Ed.), *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yeni Akıllı Notları* içinde (199-217). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Tura, İ. ve Erden, S. (2022). Postoperatif ağrı yönetiminde kanıt temelli öneriler. *Dental and Medical Journal*, 4(1), 34-47.
- Turner, K. O., Genta, R. M. and Sonnenberg, A. (2018). Lesions of all types exist in colon polyps of all sizes. *Official journal of the American College of Gastroenterology*, 113(2), 303-306.
- Urban, R. D. and Ehrenfeld, J. M. (2017). *Anestezi: özet bilgiler ve güncel notlar*. Kurt, C. ve Sızlan, A. (çev.), Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Uysal, E. ve Acar, Y. A. (2022). Features of patients with upper gastrointestinal bleeding and factors affecting the re-bleeding risk. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 28(2), 147-154.
- Ünal, H. (2020). Lomber Disk Cerrahisi Geçiren Hastaların Konfor Düzeyi ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ünver, S. (2019). Midenin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Fındık, Y. Ü., Ünver, S. ve Eyi, S. (Ed.), *Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (45-57). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Üsame, İ., Rowe, R. A., Cashin, J., Genin, G. M., & Zayed, M. A. (2022). Multimodal thrombectomy device for treatment of acute deep venous thrombosis. *Scientific reports*, 12(1), 1-10.
- Üstündağ, H. ve Aslan, F. (2010). Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 2(2); 94-99.
- Villa, G., Lanini, I., Amass, T., Bocciero, V., Calabrisotto, C. S., Chelazzi, C. and Grotto, R. L. (2020). Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery: a systematic review. *Perioperative Medicine*, 9(1), 1-8.
- Wagenlehner, F. M. E., Hoyme, U., Kaase, M., Fünfstück, R., Naber, K. G., & Schmiemann, G. (2017). Uncomplicated Urinary Tract Infections. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 108(24), 415-23.
- Wang, F., Ren, J., Wang, G., Ren, H., Hong, Z. and Wu, X. (2019). Early active drainage by fine tube bundles improves the clinical outcome of anastomotic leak after abdominal surgery: a

- pilot randomized, controlled trial in two tertiary hospitals in China. *Surgical infections*, 20(3), 208-214.
- Wang, S. Y., Chang, T. H., & Han, C. Y. (2021). Effectiveness of a Multimedia Patient Education Intervention on Improving Self-care Knowledge and Skills in Patients with Colorectal Cancer after Enterostomy Surgery: A Pilot Study. *Advances in Skin & Wound Care*, 34(2), 1-6.
- Wang, W. H., Kuo, K. K., Wang, S. N. and Lee, K. T. (2018). Oncological and surgical result of hepatoma after robot surgery. *Surgery Endoscopy*, 35, 3918–3924.
- Wei, H. and Wei, T. L. (2020). The power of self-care: An ENERGY model to combat clinician burnout. *American Nurse Journal*, 15(10), 28-31.
- Weiss, F. U., Laemmerhirt, F. and Lerch, M. (2019). Etiology and risk factors of acute and chronic pancreatitis. *Visceral medicine*, 35(2), 73-81.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. and Merry, A. F. (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 151-182.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. and Merry, A. F. (2020). Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*, 10(36), 1-18.
- Yaddanapudi, S. and Yaddanapudi, L. (2014). Indications for blood and blood product transfusion. *Indian Journal Anaesth.*, 58, 538-542.
- Yanardağ, M. Z., Özer, Ö. and Özmen, S. (2021). Investigating self-care agency and well-being of elderly people. *Social Work in Public Health*, 36(4), 496–508.
- Yang, C.K., Teng, A., Lee, D.Y. and Rose, K. (2015). Pulmonary complications after major abdominal surgery: national Surgical Quality Improvement Program analysis. *J Surg Res.*, 198(2):441–9.
- Yıldız, K. ve Yüksel, S. (2022). Türkiye’de yapılan cerrahi hemşireliği doktora tezlerinde hemşirelik model ve kuramlarının kullanımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(Özel Sayı), 24-27.
- Yıldız, T. (2019). Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım. Karadağ, M. ve Bulut, H. (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı 1* içinde (505-564). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H., Mutlu, S., Kara, H. ve Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.
- Yoon H. K., Kim, B. R., Yoon, S., Jeong, Y. H., Ku, J. H. and Kim, W. H. (2021). The Effect of Ventilation with Individualized Positive End-Expiratory Pressure on Postoperative Atelectasis in Patients Undergoing Robot-Assisted Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 850.
- Yoshida, M., Hasegawa, H. and Norimizu, S. (2011). Accuracy of the Tokyo Guidelines for the diagnosis of acute cholangitis and cholecystitis taking into consideration the clinical practice pattern in Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 18, 250–257.
- Yousif, E. (2021). Open Versus Laparoscopic Cholecystectomy: Indications, Evaluation, and Patient Selection. *EC Microbiology*, 17, 161-165.

- Zafar, S. N., Miller, K., Felton, J., Wise, E. S., & Kligman, M. (2019). Postoperative bleeding after laparoscopic Roux en Y gastric bypass: predictors and consequences. *Surgical endoscopy*, 33(1), 272-280.
- Zhang, X. F., Chen, J., Wang, P. G., Luo, S. M., Liu, N. X., Li, M., He, X., Wang, Y., Bi, X. G., Zhang, P., Wang, Y. and Ren, J. A. (2020). Surgical site infection after abdominal surgery in China: a multicenter cross-sectional study. *Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(11), 1036-1042.
- Zhu, T., Lu, W., Wang, W., Zhou, L. and Yan, W. (2022). Effect of Patient-Controlled Epidural Analgesia (PCEA) Based on ERAS on Postoperative Recovery of Patients Undergoing Gynecological Laparoscopic Surgery. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 1-15.

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Bu araştırma Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde abdominal cerrahi geçiren hastalarda öz bakım gücü ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin kişisel bilgileri gizli tutulacaktır. Bu araştırma için elde edilen veriler başka bir araştırmada kullanılmayacaktır. Ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Öğretim Üyesi Özge İŞERİ
Buket ÖZKAN

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: Evli Bekar
4. Çocuğunuz var mı? Evet:..... Hayır
5. Aile Tipi: Çekirdek Aile Geniş Aile
6. Yaşanılan Yer: Köy Kasaba Kent
7. Eğitim Durumunuz
 Okuryazar Değil İlköğretim Ortaöğretim Lise Önlisans
 Lisans Lisansüstü
8. Çalışma Durumunuz
 Çalışıyor Çalışmıyor
9. Aylık Geliriniz
 Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla
10. Kronik Hastalık Durumu
 Yok Var :.....
11. Daha Önce Ameliyat Olma Durumu:
 Hayır Evet :
12. Ameliyat Türü:
13. Ameliyat Süresi:

Ek 2. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14.Sağlığuma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()

22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

Ek 3. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)

Aşağıda konfora ilişkin ifadeler verilmiştir. Ölçekteki her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir.

1= Kesinlikle Katılmıyorum

6=Kesinlikle Katılıyorum

1. Sakindim	6	5	4	3	2	1
2. Üşüyordum	6	5	4	3	2	1
3. Yabancı bir ortamdı	6	5	4	3	2	1
4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım	6	5	4	3	2	1
5. Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu	6	5	4	3	2	1
6. Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu	6	5	4	3	2	1
7. Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6	5	4	3	2	1
8. Çok endişeliydim	6	5	4	3	2	1
9. Hemşirem duygularımı önemsemedi	6	5	4	3	2	1
10. Gürültü rahatsız ediciydi	6	5	4	3	2	1
11. Hemşirem nazikti	6	5	4	3	2	1
12. Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı	6	5	4	3	2	1
13. Kontrolümü kaybettim	6	5	4	3	2	1
14. Çevremdeki genel hava güven vericiydi	6	5	4	3	2	1
15. Bakım kalitem yetersizdi	6	5	4	3	2	1
16. İsteklerim yerine getirildi.	6	5	4	3	2	1
17. Öz-saygım korunmadı	6	5	4	3	2	1
18. Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum	6	5	4	3	2	1
19. Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim	6	5	4	3	2	1
20. Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı	6	5	4	3	2	1
21. Uyumaktan korkmuyordum	6	5	4	3	2	1
22. İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı	6	5	4	3	2	1
23. Burada aldığım bakımdan memnunum	6	5	4	3	2	1
24. Hemşire benimle çok ilgilendi	6	5	4	3	2	1

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ameliyat sonrası dönemde yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar bireyin öz bakım gücünü ve konforunu etkilemektedir. Bu çalışma abdominal cerrahi geçiren hastalarda öz bakım gücü ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışma hiçbir invaziv işlem içermemektedir. Sadece tarafınıza yöneltilen sorulara size uygun cevabı vermeniz yeterlidir. İlk olarak size yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat türü, ameliyat süresi ve daha önce operasyon geçirme durumunu içeren 13 sorudan oluşan Kişisel Bilgiler Formu soruları yöneltilecek ardından öz bakım gücünü belirlemek için 35 sorudan oluşan Öz Bakım Gücü Ölçeği ve konfor düzeyini ölçmek için 24 sorudan oluşan Perianestezi Konfor Ölçeği soruları araştırmacı tarafından size yöneltilecektir.

Bu çalışma ile ilgili olarak kararınızı verirken merak ettiğiniz soruları sormaya, doğru, tatmin edici ve anlaşılır yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir zararı ve yan etkisi olmayan bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Daha önce araştırmaya katılmaya karar verseniz bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz.

Yukarıda yazılı olan metni okudum ve anladım. Çalışma hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Ad- Soyad:

İmza:

Ek 5. Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

Öz Bakım Gücü Ölçeği Hakkında

Gelen Kutusu



Buket Özkan 13.03.2021

Alicılar: nursen ✓



Sayın Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN,

Umarım iyisinizdir.

Ben Buket ÖZKAN. Ankara Gazi Üniversite Hastanesinde genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşireyim. Ayrıca Ondokuz Mayıs Üniversitesinde cerrahi hastalıklar hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. "Major Abdominal Cerrahi Geçirmiş Hastaların Öz Bakım Güçleri ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki" adlı bir tez konusu çalışmayı planlıyorum. İzniniz olursa Öz Bakım Gücü Ölçeği'ni tezimde kullanmak istiyorum.

İyi günler dilerim.

Saygılarımla,



NURSEN NAHCİ... 15.03.2021

Alicılar: ben ✓



Sayın Buket ÖZKAN,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği' ni tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

Ek 6. Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni

Perianestezi Konfor Ölçeği

Hakkında Gelen Kutusu 



Buket Özkan 13.03.2021
Alıcılar: hulya.ustundag  

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Hülya Üstündağ,
Umarım iyisinizdir.

Ben Buket ÖZKAN. Ankara Gazi Üniversite Hastanesinde genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşireyim. Ayrıca Ondokuz Mayıs Üniversitesinde cerrahi hastalıklar hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. "Major Abdominal Cerrahi Geçirmiş Hastaların Öz Bakım Güçleri ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki" adlı bir tez konusu çalışmayı planlıyorum. İzininiz olursa Perianestezi Konfor Ölçeği'ni tezimde kullanmak istiyorum.

İyi günler dilerim.

Saygılarımla,



Fatma Hulya Us... 15.03.2021
Alıcılar: ben  

Sevgili Buket Özkan
"Perianestezi Konfor Ölçeği"ni tez çalışmada kullanabilirsin. Başarılar diliyorum.
Perianestezi Konfor Ölçeği ile ilgili bilgileri ekte gönderiyorum.
Sevgiler
Hülya Üstündağ

Ek 7. Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

26.05.2021

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/228-337

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Özge İŞERİ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Öz Bakım Güçleri Ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi başlıklı OMÜ KAEK 2021/178 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 15.04.2021 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 8. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.08.2021-E.146846



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-42000842-199-146846
Konu : Buket ÖZKAN (Tez Uygulama
İzni)

17.08.2021

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 26.07.2021 tarihli ve E-72975315-044-87367 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden, Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği programı 19220287 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Buket Özkan'ın, Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ danışmanlığında yürüttüğü "Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Öz Bakım Güçleri ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI
Başhekim

Belge Doğrulama Kodu :BSRZSKY6Z1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx>



Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL
Hemşire
Telefon No:2024085



ÖZ GEÇMİŞ

Buket ÖZKAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 2018 yılında mezun oldu. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında yüksek lisans programına başladı. 2020 yılında başlamış olduğu Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde halen daha genel cerrahi yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Orta derecede İngilizce ve başlangıç seviyesinde Almanca bilmektedir. İlgi alanları yüzme ve resimdir. (25.05.2022)

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0002-0908-2335

Yayınlar:

1. Buket Özkan, Özge İşeri, 04/2022, Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Özbakım Gücü ve Hemşirelik Yaklaşımı, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu Bildiri E- Kitabı (Tam Metin Yayın)

Bildiriler:

1. Buket Özkan, Kübra Samancı, Filiz Tonç, Songül Gürses, Sevgi Ülker, Canan Birsen Demirbağ, 13-15/05/2015, Adelosanların Aile İlişkilerine Yönelik Problemleri, I. Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu, Trabzon (Poster Bildiri)
2. Buket Özkan, Filiz Tonç, Yunus Emre Bayat, Hemşirelik Mesleği Toplumda Nasıl Algılanıyor?, 26-28/04/2017, Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul (Poster Bildiri)
3. Sibel Töre, Buket Özkan, Feriştah Cayıt, Özge İşeri, 04-06/06/2020, Robotik Kalp Cerrahisinde Hemşirenin Rolü, 3rd International Health Science and Life Congress, Burdur (Sözel Bildiri)
4. Feriştah Cayıt, Sibel Töre, Buket Özkan, Özge İşeri, 01-02/09/2020, Covid19 Döneminde Yoğun Bakım Hemşireliği, V. International Scientific Research Congress, Online (Sözel Bildiri)
5. Buket Özkan, Feriştah Cayıt, Sibel Töre, Özge İşeri, 01-02/09/2020, Pankreas Nakli ve Hemşirelik Bakımı, V. International Scientific Research Congress, Online (Sözel Bildiri)

6. Buket Özkan, Özge İşeri, 26-29/11/2020, Mekanik Ventilasyon Desteği Alan Covid19 Hastalarında Hemşirelik Bakımı, I. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Samsun (Sözel Bildiri)
7. Buket Özkan, Özge İşeri, 26-28/05/2021, Cerrahi Girişim Sonrası Hasta Konforu ve Hemşirelik Yaklaşımı, IV. Hemşireliği Güçlendirme Sempozyumu, Samsun (Sözel Bildiri)
8. Buket Özkan, Özge İşeri, 23-24/11/2021, Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Özbakım Gücü ve Hemşirelik Yaklaşımı, II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Samsun (Sözel Bildiri)
9. Gözde Arslan Salman, Ayşegül Akbaba, Zekiye Kanlı, Buket Özkan, 23-27/03/2022 Henderson Bakım Modeline Göre Portal Ven Rezeksiyonu Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı, 17. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya (Poster Bildiri)

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

1. Buket Özkan, Kübra Samancı, Filiz Tonç, Songül Gürses, Sevgi Ülker, Canan Birsen Demirbağ, 13-15/05/2015, Adelosanların Aile İlişkilerine Yönelik Problemleri, I. Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu, Trabzon (Poster Bildiri Birincilik Ödülü)