



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**APENDEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ**

GAMZE BOZKUL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2021



**APENDEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ**

GAMZE BOZKUL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2021

Gamze BOZKUL tarafından hazırlanan ‘‘Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi’’ adlı yüksek lisans tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Hülya BULUT



Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

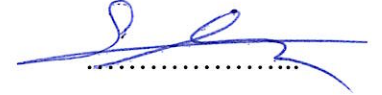
Başkan: Doç. Dr. Sevil GÜLER



Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI



Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 24/06/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Yasemin DÜNDAR

Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gamze BOZKUL

24/06/2021

APENDEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gamze BOZKUL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2021

ÖZET

Bu araştırma, apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniklerinde apendektomi ameliyatı geçiren 60 hasta ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan ve iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu hastalarla taburcu oldukları gün yüz yüze görüşülerek ve ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ise telefonla izlem yapılarak uygulanmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, 1. ve 3. çeyreklik değeri), frekans dağılımı (sayı, yüzde), Mann Whitney U testi, Friedman testi kullanılmıştır. Araştırmada hastaların ağrı, beslenme, günlük aktivite, hareket, sosyal yaşam, uyku ve beden imajı parametrelerinde güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, açık apendektomi ameliyatı olan hastaların laparoskopik yöntemle göre daha fazla güçlük yaşadığı ve hastaların yaşadıkları güçlük düzeylerinin zaman içerisinde anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır($p<0.05$). Araştırma sonuçları doğrultusunda hastaların yaşayabilecekleri güçlüklerin önlenmesi için taburculuk sonrası telefonla izlemlerinin yapılması ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.01
Anahtar Kelimeler : Apendektomi, ameliyat sonrası dönem, güçlükler, hemşirelik
Sayfa Adedi : 100
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

DETERMINATION OF THE DIFFICULTIES EXPERIENCED BY THE PATIENTS
AFTER UNDERGOİNG APPENDECTOMY

(M.Sc. Thesis)

Gamze BOZKUL

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2021

ABSTRACT

The aim of this descriptive study was to determine difficulties experienced by patients after appendectomy. The study was carried out in General Surgical Clinics of Gazi University Health Research and Practice Centre in Ankara with 60 patients. The data collection questionnaires consists of two sections was developed by the researcher based on a literature approach. Questionnaires were applicated to the patients on day of discharge by face to face and tele-follow up visits on postoperative 1st,2nd,3rd and 4th weeks. Descriptive statistical methods(mean, standard deviation, median, 1st and 3rd quartile value), frequency distribution (number, percentage), Mann Whitney U and Friedman tests were used in evaluating the data. According to the results of the study, it was found that the patients had difficulties in the parameters of pain, nutrition, daily activity, movement, social life, sleep and body image.According to the results obtained from the study, patients who underwent open appendectomy surgery experience more postoperative difficulties compared to the laparoscopic method and the level of difficulties experienced by the patients gradually decrease.In line with the results of the research, it is recommended to follow up the patients by phone and to provide counseling after discharge in order to prevent the difficulties that the patients may experience.

Science Code : 1032.01

Key Words : Appendectomy, postoperative period, difficulties, nursing

Page Number : 100

Supervisor : Prof. Dr. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecimde tecrübelerinden ve bilgi birikiminden yararlanmaktan büyük onur duyduğum, sabır, hoşgörü ve değerli zamanını benden hiç esirgemeyen, yönlendiren, lider yönünü her zaman örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Hülya BULUT'a,

Çalışmanın uygulanmasında kullanılan veri toplama formunun hazırlığında uzman görüşlerinden faydalandığım Doç.Dr. Sevil GÜLER, Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI, Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN hocalarıma,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında yardım ve desteklerini her zaman hissettiren, güler yüzlü ve hoşgörülü tavırları ile birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım Genel Cerrahi bölümü hekimlerine, hemşirelerine ve çalışmamda katkıları büyük olan idari personele,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek çalışmamın gerçekleşmesine katkıda bulunan tüm hastalara,

Hayatımın her anında yanımda olup, hayatımı güzelleştiren, cesaretlendiren, desteklerini, sevgilerini her zaman hissettiren, bugünlerimde imzası ve emekleri olan değerli annem Altın BOZKUL, babam Ergül BOZKUL ve kardeşlerim Gizem BOZKUL ve Hüseyin BOZKUL'a,

En derin duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Apendiks Anatomisi ve Fizyolojisi	5
2.2. Apendiks Hastalıkları.....	6
2.2.1.Akut Apandisit.....	6
2.2.2.Apendiks Tümörleri.....	7
2.3. Apendiks Hastalıklarında Tanı / Teşhis ve Değerlendirme	7
2.4. Apendiks Hastalıklarında Tedavi	9
2.4.1. Apendiks Hastalıklarında Uygulanan Tıbbi Tedavi	9
2.4.2.Apendiks Hastalıklarında Uygulanan Cerrahi Yöntemler.....	10
2.5. Apendektomi Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı.....	10
2.5.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	10
2.5.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	12
2.5.3. Taburculuk Planlaması ve Hasta Eğitimi	18
2.5.4.Apendektomi Ameliyatı Sonrası Gelişebilecek Güçlükler ve Hemşirelik Girişimleri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Formları.....	24
3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması:	25
3.6. Araştırmanın Uygulanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	73
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu	74
EK-2. Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu	75
EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni.....	85
EK-4. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzni	87
EK-5. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı..	88
EK-6. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	91
EK-7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre sosyal yaşam ile ilgili güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	93
EK-8. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	95
EK-9. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	97
ÖZGEÇMİŞ	99

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Açık apendektomi ve laparoskopik apendektomi ameliyatlarının avantaj ve dezavantajları	10
Çizelge 2.2. Apendektomi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	16
Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=60).....	29
Çizelge 4.2. Hastaların apendektomi ameliyatı sonrası taburcu oldukları gün, 1. hafta, 2.hafta, 3. hafta ve 4. haftalarda yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki dağılımının incelenmesi	30
Çizelge 4.3. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrı düzeyi ortancasının dağılımı	34
Çizelge 4.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beslenme ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	39
Çizelge 4.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre günlük aktiviteler ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	42
Çizelge 4.6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hareket / mobilizasyon ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı	47
Çizelge 4.7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beden imajı ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı.....	52

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Appendix vermiformisin anatomisi(Ruber,2012).....	5
Şekil 2.2. Apendektomi ameliyatı sonrası gelişebilecek güçlükler ve hemşirelik girişimleri kavram haritası.....	21
Şekil 3.1. Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Verilerinin Toplanmasına Ait Araştırma Deseni	26

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ERAS	Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery)
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

Apandisit, akut abdominal cerrahinin en sık nedeni olup, yaşam boyu görülme sıklığının %7-8 arasında olduğu belirtilmektedir (Gomes ve ark.,2015).Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 300.000 den apendektomi ameliyatı yapıldığı bildirilmektedir (Ehlers ve ark.,2016). Apandisit ameliyatlarında mortalite oranı düşük olmasına rağmen özellikle komplike apandisitlerde ameliyat sonrası komplikasyonlar sık görülmektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde apendektomi sonrası ölüm oranı %1-4 olarak bulunmuştur (Bhangu ve ark.,2015). Apendektomi ameliyatları açık yöntemin yanı sıra son yıllarda laparoskopik yöntem ile de yapılmaktadır (Danwang, Mazou ve Tochie, 2018). İster açık ister laparoskopik hangi girişim ile yapılsa yapılsın, cerrahi girişim sonrası hastaların çoğunlukla günlük yaşamlarını etkileyecek şekilde güçlük yaşadıkları görülmektedir (Katkhoua ve ark.,2005; İzveren ve Dal, 2011; Adib-Hajbaghery ve ark.,2013; Ribeiro ve ark.,2014; Shahdadi ve ark.,2015; Kumar ve ark., 2016).

Literatürde de abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunları ele alan ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini belirleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır.Ameliyat sonrası sorunları ele alan son 10 yıl içinde yapılmış çalışmalara bakıldığında, hastaların yaşadıkları sorunlar ağrı, egzersiz sırasında güçlük, yürüme/gezinmede güçlük, giyinme/soyunmada güçlük, bulantı kusma, uyku kalitesinin bozulması olarak özetlenebilmektedir (Eriksen ve ark.,2009; Gögenur ve ark.,2009; Karahan ve ark,2010; İzveren ve Dal,2011; Yılmaz ve Gürler,2011; Adib-Hajbaghery ve ark., 2013; Ribeiro ve ark.,2014; Shahdadi ve ark.,2015; Kumar ve ark., 2016; Aydoğdu,2020). İzveren ve arkadaşlarının (2011), abdominal cerrahi uygulanan hastalarda erken dönemde sorunları belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların en çok ağrı yaşadıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada gastrointestinal sistem ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde öksürürken, yataktan kalkarken, yürürken ağrı yaşadıkları ve bu ağrı nedeniyle öksürme, hareket etme ve soluk alma sırasında zorlandıkları bulunmuştur. Gününbirlik cerrahi sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi için yapılan tanımlayıcı türdeki çalışmalarda da sonuçlar benzer bulunmuştur (Karahan ve ark.,2010; Aydoğdu, 2020). Ayrıca hastaların gününbirlik cerrahi sonrası evde

yaşadıkları güçlükler zaman içerisinde azalma göstermiştir (Karahan ve ark.,2010; Aydoğdu,2020).

Abdominal cerrahilerden biri olan apendektomi sonrası yaşanan güçlükler abdominal cerrahi sonrası hastaların yaşadıkları sorunlarla benzerlik göstermektedir (Katkhoua ve ark.,2005; Kalas ve ark.,2019; Alsoueni ve ark.,2020). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları bu sorunlar yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve taburculuk sonrası pek çok güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Karadağ,2019). Apendektomi ameliyatı bir abdominal cerrahi olmasına rağmen, elektif bir cerrahi değildir ve hasta acil bir şekilde ameliyata alınmaktadır (Becker, Fichtner-Feigl ve Schilling,2018). Diğer cerrahi işlemlerden farklı olarak birey ameliyata hazırlanmamakta, ameliyata hazırlanma süreci yetersiz olmakta, hatta daha fazla stres yaşamaktadır. Ayrıca beklenmeyen bir sağlık sorunu sonrası, hastalar daha fazla bilinmezlik ile kısa sürede eve taburcu olmaktadır. Gözlemlerimiz bu nedenlerle hastaların ameliyat sonrası evde pek çok güçlükle karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir (Bozkul ve Bulut,2019).

Cerrahi sonrası hastalar taburcu olduktan sonra bakım ve bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastaların izlenmesi ve hasta eğitimi hemşirenin görevlerindendir (Tabish,2011). Hastaların taburculuk sonrası ameliyata bağlı yaşadıkları güçlüklerin azatılmasında hastaların izlenmesi önemli rol oynamaktadır. Gray ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası altı hafta apendektomi ameliyatı geçiren 43 hasta da telefon ile izlenmiş ve hastaların rutin olduğunu düşündüğümüz işlemler için bile ameliyat sonrası takip bekledikleri belirlenmiştir. Özellikle hemşirelerin hastaları telefon ile izlemelerinin maliyet-etkin olduğu ve gereksiz hastane başvurularını azalttığı belirtilmektedir (Gray ve ark.,2010). Ma ve arkadaşlarının (2018), yaptıkları çalışmada ise 179 hastadan 96'sı apendektomi ameliyatı geçiren hastalar olup, hastalar ile ameliyat sonrası 2. ve 4. haftada memnuniyet düzeyini öğrenmek için görüşülmüş ve telefon görüşmesi alan katılımcıların daha yüksek memnuniyet düzeyi olduğu ve çoğu hastanın telefon izlemine tercih ettikleri bulunmuştur. Laparoskopik apendektomi sonrası telefon ile izlem güvenli, memnuniyet düzeyi yüksek ve etkilidir(Ma ve ark.,2018). Yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi hastaları telefonla izlemek hasta ve sağlık personeli için avantajlıdır. Bu nedenle çalışmamızda hastaların evde izlenmesinde telefondan yararlanılmıştır.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda apendektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma apendektomi ameliyatı olan hastaların, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, hastaların yaşadıkları güçlüklerin azaltılmasına ve çözümlenmesine yardımcı olacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarının hastaların günlük yaşamlarına dönüş süresinin kısaltılması açısından hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma, apendektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Apendektomi ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat sonrası 30 gün içinde yaşadıkları güçlükler nelerdir?
2. Apendektomi ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat sonrası 30 gün içinde yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki değişimi nasıldır?

Araştırmanın önemi

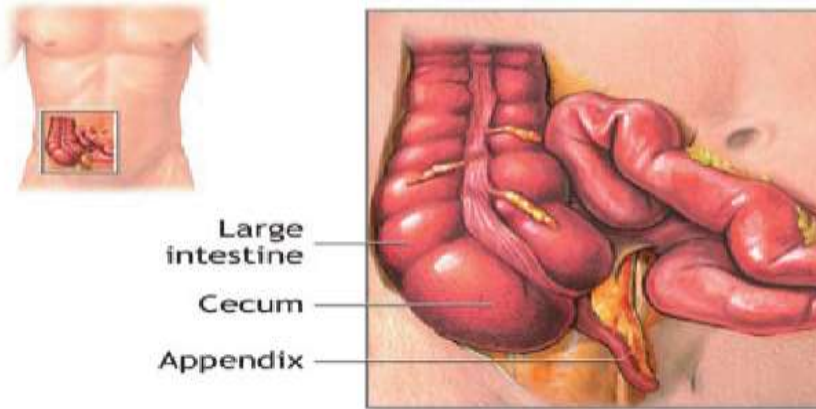
Apendektomi ameliyatından sonraki süreçte hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamaktadır ve yaşam kaliteleri düşmektedir(Wei ve ark,2010; Bozkul ve Bulut,2019; Kalas ve ark.,2019; Alsoueni ve ark.,2020). Literatürde yapılan çalışmalarda da apendektomi ameliyatı sonrası hastalar ağrı (Alsoueni ve ark.,2020), hareket sırasında güçlük (Kumar ve ark.,2016), bulantı kusma (Haripriya ve Baghel ,2020) gibi güçlükler yaşadıkları belirtilmiştir. Literatürdeki bu çalışmalarda ameliyat şeklinin açık ya da kapalı olmasının hasta üzerine etkilerine bakılmıştır. Hastaların yaşadığı diğer sorunlar burada yer almamaktadır. Ancak, apendektomi ameliyatının acil cerrahi bir girişim olması ve hastaneye başvuruların aniden gelişmesi nedeniyle hastalara ameliyat öncesi bakım yeterli düzeyde yapılmamakta ve hasta ameliyat sürecine yeterli düzeyde hazırlanamamaktadır. Ameliyat sonrası süreçte hastanede kalış süresinin kısa olması ve taburculuk planlamasının etkin planlanmamasının hastaların evde pek çok güçlükle karşı karşıya kalmalarına yol açtığı

düşünülmektedir. Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının taburculuk sonrası yaşadıkları güçlüklerin azalmasını, gelişebilecek ameliyat sonrası komplikasyonların erken dönemde belirlenmesini ve önlenmesini ve hastaneye tekrar başvuruların azalmasını sağlayacaktır. Literatürde ülkemizde ve yurt dışında apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu araştırmanın, apendektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve taburculuk sonrası süreçte hastaların yaşadıkları güçlüklerin azaltılmasında kilit rol oynayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Apendiks hastalıkları acil hastaneye başvuruların en sık sebepleri arasındadır ve apendektomi günümüzde en çok uygulanan acil cerrahi operasyonlardan biridir. İlk klasik apandisit tanımı Lorenz Heister tarafından yapılmıştır. Kayıtlarda varsayılan ilk apendektomi girişimi Claudius Amyand tarafından Londra'da gerçekleştirilmiştir. Apandisit, sağ alt kadranda ağrısının en sık nedeni ve tedavi olarak erken apendektominin önerilmesinin kabul görmesi yaklaşık yüzyıl kadar bir süre almıştır. 1886'da Reginald H. Fitz, apandisit ile ilgili bulguları bildirmiş ve cerrahi tedavi olarak apendektomiyi önermiştir. Apendektomi yapılmaksızın sorun çözülebiliyorken ölüme yol açabilecek ilerleyici formun görüldüğü hastaların erken dönemde nasıl saptanabileceği en büyük sorun olmuştur. Erken apendektomi perforasyondan kaçınmak amacıyla endikasyonlarla kabul edilen bir tedavi şekli olmuştur. 1970'lerde çok sayıda komplike olmayan apendikslerin yer aldığı apendektomilerin yarattığı olumsuz etkilerin bildirilmesi ile konservatif yaklaşımın giderek popülaritesi artmıştır. Apandisit, çocukluk çağında en sık görülen endikasyondur ve genel olarak apandisit, dünya çapında yapılan operasyonlar arasında 3. sıradadır (Paya ve ark.,2008; Andersen ve ark., 2016).

2.1. Apendiks Anatomisi ve Fizyolojisi



Şekil 2.1. Appendix vermiformisin anatomisi (Ruber,2012)

Appendix vermiformis, çekum'un arka-iç yüzünden başlayan, bol miktarda lenfoid doku içeren, solucan şekilli (vermiform), kısa, dar, kör bir bağırsak divertikülüdür. Appendix'in tabanı çekum'un posteromedialinden çıkmaktadır (Horata,2015). Erişkinde apendiksin ortalama uzunluğu 6-9 cm olmakla birlikte 1 cm'den küçük ya da 30 cm'e kadar farklılık

gösterebilmektedir. Dış çapı 3-8 mm arasında değişirken, lümen çapı 1-3 mm olabilmektedir (Andersen ve ark.,2016). Appendix vermiformis sağ fossa iliaca da yer almaktadır. Appendix vermiformisin yerleşimi, spina iliaca anterior superior ile umbilicus birleştiren çizgi üzerinde olup, bu çizginin lateral 1/3'ü ile orta 1/3'ünün kesişme noktasındadır. Klinikte buraya Spinoumbilical veya McBurney noktası denilmektedir (Horata,2015). Apendiks arteriyel olarak kanlanmasını ileokolik arterin dalından sağlamaktadır. Bu arter terminal ileumun posteriorundan çıkarak apendiks köküne yakın mezoapendikse katılmaktadır. Apendiksin lenfatik drenajı, ileokolik arter boyunca yer alan lenf nodlarına olmaktadır. Apendiksin innervasyonu, superior mezenterik plexus tan gelen sempatik dallar ve vagus sinirleri ile görülen parasempatik dallar tarafından sağlanmaktadır (Andersen ve ark.,2016).

Apendiks, uzun bir süre fonksiyonu bulunamayan bir organ olarak kabul edilmiştir. Apendiks, bağırsakla ilişkili lenfoid doku (GALT) olarak adlandırılan önemli miktarda lenfoid dokusu ile bir çeşit bağışıklık fonksiyonuna hizmet edebileceği varsayılmıştır. Son çalışmalar, bu tür bağışıklık dokularının bağırsaktaki yararlı bakterilerin büyümesini desteklediğini göstermiştir. Bağırsakla ilişkili lenfoid dokuda bol miktarda bulunan proteinler olan immunoglobulin A (IgA)'nın bakteri kolonilerinin büyümesine yardımcı olduğu bulunmuştur. Diğer yandan, apendikte bazı bakteri grupları insan kolonunun diğer alanlarından daha yüksek konsantrasyonlarda bulunmuştur. Bu bulgulardan, şiddetli ishal nöbetleri sırasında simbiyotik alanın hayatta kalmasına izin veren bir tür bakteriyel “güvenli ev” olarak hizmet edebileceği sonucuna varılmıştır (Im ve ark.,2011).

2.2. Apendiks Hastalıkları

2.2.1.Akut Apendisit

Akut apandisit, acil ameliyat gerektiren en yaygın abdominal rahatsızlıktır. Çekum tabanına tutunmuş tübüler bir yapı olan vermiform apendiksin enfeksiyonundan kaynaklanmaktadır. Klasik apandisit tablosu hastaların yaklaşık %50'sinde görülmektedir. Apendisit tüm yaş gruplarını etkileyebilir ve apandisit tablosunu bireyin apandisitinin anatomik konumu ve yaşı etkilemektedir (Lewis ve ark.,2011).

Apendisitinin etiyoloji ve patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Akut apandisitinin fekalitler ve lenfoid hiperplazisine bağlı lümen obstrüksiyonu nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Obstrüksiyona neden olan diğer faktörlere bakıldığında ise çeşitli parazitler, enfeksiyöz durumlar, displastik değişiklikler, adenokarsinomlar, karsinoid tümör, lenfoid tümörler gibi neoplastik süreçler; endometriozis, mukosel, fibröz obliterasyon, çeşitli granülomatöz hastalıklar ve eozinofilik granülom gibi nedenler nadir görülmektedir (Şahin ve Seçkin,2018). Apendisitinin etiyolojisinde diğer faktör ise enfeksiyöz nedenlerdir. Bazı enfeksiyöz ajanlar apandisit ile ilişkilendirilmiştir. Enfekte bir apendikte bulunan en yaygın aerobik bakteri Escherichia coli ve ardından Streptococci'dir. En sık bulunan anaerob bakteri, Bacteroides türleridir (Kotaluoto ve ark.,2016).

2.2.2.Apendiks Tümörleri

Apendiksin birincil ve ikincil neoplazmları, apendektomi örneklerinin yaklaşık %1 inde bulunan nadir tümörlerdir (Leonards ve ark.,2017). Apendiksin tümörleri, iyi huylu ve kötü huylu tümörler olarak gruplandırılmaktadır. İyi huylu tümörler leiomyomlar, nöromalar ve lipomlar'dan oluşmaktadır. Kötü huylu tümörler ise karsinoidlerden, mukoseller ve adenokarsinomlardan oluşur (Barlow ve ark.,2013). Tedavi tam sitoreduksiyon hedefli cerrahi yönetimdir (Leonards ve ark.,2017).

2.3. Apendiks Hastalıklarında Tanı / Teşhis ve Değerlendirme

Akut apandisit teşhisi ayrıntılı bir fiziksel muayene ve bireyin öyküsüne dayanır. Apandisit şüphesi olan bir hastanın değerlendirilmesinde, ağrı lokalizasyonu ve periton irritasyonu, lokalize doğrudan veya dolaylı hassasiyet, sertlik, rebound ve perküsyon hassasiyeti pozitif tanı ile ilişkili en yararlı klinik bulgulardır (Lewis ve ark.,2011). 2010 yılında yayınlanan “Complicated İntra-abdominal İnfection Guidelines” rehberine göre apandisitli hastaların tanımlanmasında hiçbir klinik bulgu kesin olmamakla birlikte, karakteristik karın ağrısı, lokalize karın ağrısı, hassasiyet ve akut inflamasyonun laboratuvar bulguları gibi birçok belirti genellikle apandisit şüphesi olan çoğu hastayı belirlemektedir (Kanıt Düzeyi: A-II) (Solomkin ve ark.,2010). Apandisit hastalığının şiddetine bağlı olarak inflamatuvar bir süreç ile birliktedir. Bu yüzden laboratuvar incelemeleri tanıda büyük önem taşımaktadır (Andersen ve ark.,2016). Fizik muayenede apandisit kesin değilse, laboratuvar ve radyolojik teşhis yardımcı olmaktadır. 10.000 / mm³'ün üzerindeki beyaz kan hücresi (WBC) sayısı akut

apandisit vakalarının %80'inde bulunmaktadır. 10.000- 18.000 / mm³ aralıkları, komplike olmayan apandisit'in göstergesidir, oysa 18.000 / mm³'ün üzerindeki sayılar perforasyon olasılığını artırmaktadır (Barlow ve ark.,2013). Yükselmiş C reaktif protein (CRP) değeri özellikle komplikasyon geçirmiş apandisiti işaret etmektedir. Lenfopeni ve septik tabloya bağlı lökopeni gelişmektedir. Bu sebepten dolayı bütün inflamatuvar parametreler birlikte değerlendirilmelidir (Andersen ve ark.,2016).

Apandisit teşhisine yardımcı olmak için skortlama sistemleri geliştirilmiştir. 2020 yılında güncellenen "WSES Jerusalem" rehberine göre akut apandisiti dışlamak ve görüntüleme teşhisine ihtiyaç duyan orta riskli hastaları belirlemek için klinik skortlama sistemlerinin kullanılması önerilmiştir (Kanıt düzeyi: Güçlü; A1) (Di Saverio ve ark.,2020). Geliştirilen çeşitli sistemlerden en iyi bilineni Alvarado skorudur, ancak son zamanlarda etkinliği kanıtlanan apandisit inflamatuvar yanıt (AIR) skoru ve Yetişkin Apandisit Skoru (AAS)'da kullanılmaktadır.(Sammalkorpi, Mentula ve Leppäniemi,2014; Gope ve ark,2019).

Tanısal görüntüleme, yalnızca pozitif apandisit tanısı koymak için değil, aynı zamanda diğer patolojileri elimine etmek için de önemlidir. Akut apandisit teşhisinde bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme ile birlikte ultrasonografi (US) düz röntgen görüntülemeye göre daha etkilidir (Barlow ve ark.,2013). Ultrasonografi akut apandisit tanısının ispatlanması için önerilen testlerden biridir. Akut apandisit'in ayırıcı tanısı akut batının tanısıdır (Barlow ve ark., 2013; Andersen ve ark.,2016).

Apandisit olmuş hastalar ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında veya histopatolojik bulgulara göre komplike ve komplike olmayan apandisit olarak sınıflandırılır. Tedavi stratejileri farklılık gösterebileceğinden sınıflandırma gereklidir (Gorter ve ark.,2016). Komplike apandisiti olan hastalarda, operasyon zamanının planlanması hastanın klinik durumuna, perforasyona ve bazı durumlarda tercih edilen terapötik stratejiye bağlıdır. (Becker, Fichtner-Feigl ve Schilling,2018). Kılavuzlara göre apendektomi, komplike olmayan apandisit için hala altın standart olarak kabul edilmektedir. Cerrahi dışı yöntemler kullanılması gerektiğinde ise ilk intravenöz antibiyotikler ardından hastanın klinik koşullarına bağlı olarak oral antibiyotiklere geçişi önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: B1) (Gorter ve ark.,2016; Di Saverio, Podda M ve De Simone, 2020).

2.4. Apendiks Hastalıklarında Tedavi

2.4.1. Apendiks Hastalıklarında Uygulanan Tıbbi Tedavi

Uzun bir süre boyunca apendektomi apandisit için koşulsuz bir endikasyon olarak sayılmıştır (Prechal ve ark.,2019).1886'da Fitz tarafından apendektominin ilk tanımından bu yana, akut apandisitın standart tedavisi apendektomi olmuştur. Bu uygulama, antibiyotik kullanımı öncesi dönemde gözlemlenen, geçmişte görülen yüksek perforasyonlu apandisit ölüm oranına dayanmaktadır (Yeh ve ark.,2019). Akut apandisitın komplikasyonsuz tedavisine yönelik konservatif bir yaklaşım ilk olarak 1953'te Harrison ve 1959'da Coldrey ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Coldrey yaptığı çalışmada antibiyotiklerle tedavi edilen hastalarda, düşük mortalite (%0,2) ve düşük nüks oranı (%14,4) olduğunu bildirmiştir. Son yıllarda, akut komplike olmayan apandisit (yani perforasyonsuz apandisit, peritonit, apse) için antibiyotik tedavisi, eşdeğer ve güvenli tedavi alternatifi olarak defalarca sunulmuştur (Prechal ve ark.,2019). Başarılı nonoperatif tedavi raporları (antibiyotikli veya antibiyotiksiz) tüm hastaların ameliyat gerektirmediğini öne sürse de, apendektomi geçtiğimiz yüzyılda standart tedavi olarak kalmıştır ancak son çalışmalarda akut apandisitın tek başına antibiyotiklerle başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği benimsenmektedir (Yeh ve ark.,2019).

Hem apendektomi hem de antibiyotik tedavisinin yararları ve ilişkili riskleri vardır. Antibiyotik tedavisinin bir avantajı, yara enfeksiyonları, bağırsak adezyonları veya kesi fıtıkları gibi prosedüre özgü ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonlardan korumasıdır. Antibiyotik tedavisinin diğer avantajları, potansiyel olarak daha kısa hastanede kalış, tahmin edilen daha kısa işten uzak kalma süresi ve daha düşük maliyetlerdir. Öte yandan, antibiyotik tedavisiyle ilişkili ana risk, başarısızlıktır. Primer komplike olmayan apandisit komplike bir forma dönüşebilmektedir ve peritonit veya apse ile apandisit perforasyonu ve sonuç olarak sepsis meydana gelebilir, ikincil olarak ise, genellikle daha invaziv cerrahi gerektirir ve en kötü ihtimalle geri dönüşü olmayan morbidite veya mortaliteye yol açmaktadır. Ayrıca, tekrarlayan apandisit riski vardır. Apandisit için yaygın antibiyotik tedavisinin bir başka riski de antibiyotik direncinin gelişmesidir (Prechal ve ark.,2019).

2.4.2. Apendiks Hastalıklarında Uygulanan Cerrahi Yöntemler

Apendiks hastalıklarının cerrahi tedavisinde açık apendektomi ve laparoskopik apendektomi uygulanan yöntemlerdir. Açık apendektomi ve laparoskopik apendektomi ameliyatlarının avantaj ve dezavantaj karşılaştırması Çizelge 2.1.' de yer almaktadır.

Çizelge 2.1. Açık apendektomi ve laparoskopik apendektomi ameliyatlarının avantaj ve dezavantajları

Ameliyat sonrası görülen ağrı	Açık apendektomi yönteminde laparoskopik yöntemle göre hastalar daha yüksek oranda ağrı yaşamaktadır.
Ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyon	Ameliyat sonrası dönemde açık apendektomi yönteminde laparoskopik yöntemle göre daha fazla oranda komplikasyon görülmektedir.
Hastanede kalma süresi	Açık apendektomi yönteminde hastanede kalış süresi daha uzundur.
Normal aktivitelere dönme süresi	Açık apendektomi yönteminde normal aktivitelere dönme hızı daha yavaştır.
Kozmetik görünüm	Laparoskopik apendektomi ameliyatı kozmetik açıdan daha avantajlıdır.
Ameliyat süresi	Laparoskopik apendektomi ameliyatı süresi açık apendektomi ameliyatına göre daha uzundur (Patel ve ark.,2018; Deshmukh ve Pawar,2020)

2.5. Apendektomi Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

2.5.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Apendektomi ameliyatına hastanın hazırlanması, ameliyat sonrası hastanın iyileşmesini kolaylaştırmak için hayati öneme sahiptir. Apendektomi ameliyatı geçirecek hastada ameliyat öncesi dönemde hastayı değerlendirmenin genel amacı, risk faktörlerini belirlemek, hasta güvenliğini sağlamak ve bakımı planlamak için hastadan veri toplamaktır. Hastanın ameliyat öncesi değerlendirilmesinde ameliyatla başa çıkma stratejilerini güçlendirmek için hastanın psikolojik durumunu belirlemek, ameliyatını etkileyecek kültürel ve etnik faktörlerin saptanması, perioperatif süreçte karşılaştırma yapacak verileri sağlamak, hastanın

kullandığı cerrahi sürecinin etkileyecek bitkisel karışımlar, reçeteli yada reçetesiz kullandığı ilaçların tespit edilmesi, cerrahtan ameliyat süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğundan emin olduktan sonra yazılı onamın alınmasının sağlanması amaçlanmaktadır (Brown ve ark.,2015).

Apendektomi ameliyatı öncesi hemşirelik bakımı aşağıdaki girişimleri kapsamaktadır (Carpenito-Moyet,2004; Pudner,2010; Luca, 2014; Candan ve Gürsoy,2015):

1- Hastanın vital takipleri hasta kliniğe kabul edildiğinde alınır ve bu süreç hastanın taburculuğuna kadar devam eder. Hastanın sağlık durumunu tespit etmek amacıyla hastanın vital bulguları alınır ve hasta dosyasına kaydedilir.

2- Hemşire hasta için gerekli tüm testleri uygulamak için sağlık ekibi ile ortak paydada çalışır.

3- Hemşirelik sürecinde yer alan hasta değerlendirmesini yaptıktan sonra hasta için hemşirelik bakımını planlamaya başlar ve hastaya yönelik hemşirelik tanılarını koyar.

4- Hastaya apendektomi ameliyatı hakkındaki bilgi yetersizliğinin giderilmesinde yardımcı olur ve hastanın var olan anksiyete ve korkusunun giderilmesini sağlar. Ayrıca hastaya ameliyat olacağı ortam hakkında bilgi vermek (ameliyathane ortamı, cihazlar, ortam sıcaklığı, anestezi ,ayılma ünitesi vb.) de anksiyetesinin giderilmesinde etkindir.

5-Hastaya hekim tarafından apendektomi ameliyat hakkında bilgi (komplikasyonları, avantajları, dezavantajları, potansiyel riskleri, alternatif tedavi yöntemleri) verilmeli ve yazılı onam alınmalıdır. Hasta onamı hasta ve sağlık personeli için yasal bir güvencedir. Hemşire hastayı ameliyathaneye göndermeden önce yazılı onamı kontrol etmelidir.

6- Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği (ASA) ‘nin preoperatif açlıkla ilgili geliştirdiği rehberde hastaların operasyondan 2-3 saat öncesine kadar berrak sıvıları tüketmesi önerilmektedir. Hemşire hastanın en son ne zaman yemek yediğini sorgulamalı, hangi süreye kadar nasıl beslenmesi gerektiği hakkında bilgi vermelidir.

7- Hastaya apendektomi ameliyat öncesi dönemde, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve ameliyat sonrası süreci normal parametrelerle geçirmesi için

eğitimler verilmelidir. Apendektomi geçirecek hastaya derin solunum-öksürük egzersizleri, mobilizasyonun önemi hakkında eğitimler yapılmalıdır ve hastanın eğitimi anladığından emin olmalı, eğitimi hastanın eğitim durumu, okur yazarlık durumu vb. parametreler göz önünde bulundurarak materyallerle zenginleştirmelidir.

8- Hastanın fizyolojik hazırlığı hastanın fizyolojik değerlendirmesi ile başlar. Hemşire hastanın ameliyat bölgesinin temizliğini sağlamak, hastada makyaj, lens, oje ve takma dişlerin çıkarılmasının gerekliliği ve nedeni hakkında bilgi vermek, hastanın ameliyathaneye giderken giymesi için bone ve önlük teminatı, hastanın eşyalarının güvenliğini sağlamakla yükümlüdür.

9- Hemşire hasta klinikten ayrılmadan önce “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” doldurarak Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve hasta dosyası ile ameliyathaneden özel olarak istenen ilaç vb. malzemelerle hastayı ameliyathaneye gönderir (Carpenito-Moyet,2004; Pudner,2010; Luca, 2014; Candan ve Gürsoy,2015).

Hastanın preoperatif değerlendirilmesi, hastanın var olan durumu ve komplikasyon potansiyeline odaklanması açısından önemlidir. Hemşire tarafından tüm hastalar kabul sırasında ayrıntılı olarak değerlendirildiği için bu değerlendirmeler hemşirelik bakımına entegre edilmektedir. Başvuru sırasında toplanan genel verilere ek olarak, perioperatif dönemin herhangi bir aşamasında hastaya bakan hemşire odak değerlendirmelerini tamamlamaktadır. Ameliyat öncesi odak değerlendirmeleri, hastanın ameliyat sırasında veya sonrasında oluşabilecek komplikasyon riskini etkileyen hastanın duygusal durumu, beslenme durumu, akut yada kronik hastalık durumu, sıvı-elektrolit durumu, enfeksiyon durumu vb. gibi belirli faktörlerin değerlendirilmesini içermektedir (Carpenito-Moyet,2004).

2.5.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Apendektomi ameliyat sonrası hemşire bakımı; hastanın ameliyathaneden ayrılması ile başlayıp, hastanın taburcu oluncaya kadar devam eden dönemi kapsar. Hasta anestezi etkisinden çıkıp, vital bulguları stabil oluncaya kadar ayılma ünitesinde kalır. Hasta servise kabul edildikten sonra hemşire tarafından yaşamsal bulguları ölçülür; bilinç durumu değerlendirilir. İntravenöz sıvı çeşidi, sıvı miktarı ve sıvının gidiş hızı doktor istemine göre

düzenlenir; hastanın drenaj tüpleri varsa miktar, renk vb. açısından kontrol edilir. Hastanın ameliyat yarası ve pansumanı kanama açısından kontrol edilir. Daha sonra hemşire tarafından hastanın ameliyat notu okunur ve doktor istemi kontrol edilir, istemde yer alan ilaç ve uygulamalar ile hastanın değerleri, genel durumu gibi parametreler hemşire gözlem formuna kayıt edilir (Erdil ve Elbaş,2008; Williams ve Wilkins L,2008; Yıldız,2019).

Ameliyat Sonrası Hasta Değerlendirme:

Hasta kliniğe kabul edildikten sonra hastanın vital takipleri ilk bir saatte 15 dk, sonraki iki saatte 30 dk, sonraki dört saatte ise saatte bir bakılmalıdır. Hastanın stabilliğine göre 24 saat içerisinde 4 saatte bir yaşam bulguları yeniden değerlendirilir. Hastanın kardiyovasküler sisteminin etkinliği iyi bir doku perfüzyonu için kardiyak debinin yeterli olması gerekmektedir. Kardiyak debinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hastanın kan basıncı, nabızı (tipi, sayısı), vücut sıcaklığı değerlendirilir. Hastanın drenleri hemoraji açısından değerlendirilir. Hastanın sağlık öyküsü de göz önünde bulundurularak hastaya yeterli miktarda sıvı verilmelidir, hastanın aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır ve veriler kaydedilmelidir. Hasta fazla sıvı yüklenmesi ya da dehidratasyon bulguları açısından takip edilmeli ve anormal durumlar hakkında ekip bilgilendirilmelidir. Hasta idrarının niteliği ve miktarı, dren içindeki sıvı niteliği ve miktarı kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir (Erdil ve Elbaş,2008; Pudner,2010; Yıldız,2019). Ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarını tanımlamak için solunum sayısı, nabız ve bilinç düzeyi rutin olarak değerlendirilmelidir. Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalı, derin solunum için insentif spirometre kullanımını hastaya göstermeli ve kullanması sağlanmalıdır (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). Ameliyat sonrası “İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE)” 2010 ve 2018 rehberindeki önerisine göre ameliyat sonrası hastaların mobilizasyon için cesaretlendirilmesi klinik uygulamalarda A düzeyinde kanıt olarak önerilmektedir. Apendektomi ameliyattan sonra hastanın erken dönemde, fiziksel aktivitesini yeniden kazanması, iyileşme sürecini kısaltmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2008; NICE, 2010; NICE,2018). Ameliyatın anlamı herkes için farklıdır. Bu farklılığın bilinmesi hastanın ailesine ve hastaya uygun psikolojik desteğin sağlanmasında yardımcı olacaktır (Erdil ve Elbaş,2008).

Ağrı Kontrolü:

Ağrı fizyolojisi, farmakoloji, cerrahi teknikler ve ameliyat öncesi ve sonrası bakımdaki teknik ilerlemelere rağmen, bazı çalışmalar cerrahi prosedürleri takiben ağrı yönetiminin yetersiz olduğunu ve hastaların %50-90' ının orta ila şiddetli ağrı yaşadığını bildirmektedir (Ayhan ve Kursun,2017). Ameliyat sonrası süreçte cerrahi işlem sonucu oluşan doku hasarı ağrıya neden olmaktadır ve bu diğer organ sistemlerini etkileyen stres zinciri reaksiyonunu hızlandırmaktadır. Kontrolsüz ağrı, kas spazmına sekonder pulmoner komplikasyonlara ve etkili öksürüğün baskılanmasına neden olmaktadır, bu da hayati kapasitenin azalmasına ve sonuç olarak pnömoni riski ile sekresyonların atılmamasına yol açmaktadır. Aynı zamanda ağrının yetersiz yönetilmesi konstipasyon, venöz tromboemboli, üriner retansiyon gibi komplikasyonlara yol açmaktadır (Yuceer,2011). Bunun yanında etkili ağrı yönetimi sağlık personelinin iş birliği ile ağrının değerlendirilmesi ve kontrol edilmesiyle sağlanmaktadır. Ağrının kontrol edilmesi hastaların hastanede daha az süre kalması, azalan hastane masrafları, artan hasta memnuniyeti ile ilişkilidir.

Ameliyat sonrası hastanın ağrısının yönetimi ağrının değerlendirilmesi (ağrının miktarı, lokasyonu, niteliği, süresi vb.), farmakolojik olmayan tedavi yönteminin kullanımı (derin solunum öksürük egzersizi, masaj, dönme egzersizleri vb.), farmakolojik tedavi yönteminin kullanımı (analjezik, sedatif vb.) ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi şeklindedir (Qadri ve ark.,2012).Yapılan literatür çalışmalarında apendektomi ameliyatı sonrası nonfarmakolojik yöntemlerden akupunktur, aromaterapi, çuha çiçeği yağı kullanımı, elektroakupunktur, refleksoloji yöntemlerinin ameliyat sonrası oluşabilecek ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Adib-Hajbaghery ve ark., 2013; Seyyed-Rasooli ve ark.,2014; Kim,2015; Taheri ve ark.,2019; Moghadam ve ark., 2020). Ağrı değerlendirmesi için hastanın kişisel özellikleri göz önünde bulundurarak güvenli, geçerli, duyarlı bir ağrı değerlendirme ölçeği seçilmelidir. Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler değerlendirilir. Hasta ile birlikte hastanın ağrısının azaldığı pozisyonlar belirlenir. Hasta ve hasta yakınları analjeziklerin yan etkileri konusunda bilgilendirilmelidir ve bunlarla karşılaştıklarında nasıl yönetmeleri gerektiği konusunda eğitilmelidir (Smeltzer ve ark.,2010).

Hareket:

Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemleri önlemek için hastalara; derin solunum-öksürme, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır. Ameliyattan sonra hastanın erken dönemde, fiziksel aktivitesini yeniden kazanması, iyileşme sürecini kısaltmaktadır. Bu nedenle hemşire doktorun istemi ile erken dönemde mobilize olması için hasta desteklenmelidir (Erdil ve Elbaş,2008).

Yara Bakımı:

Ameliyat sonrası iyileşmeyi sağlamada ameliyat sonrasında asepsi tekniklerine kesin bir şekilde uyulması gerekmektedir (Erdil ve Elbaş,2008). Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC)'nin 2017 rehberinde yara bakımı ile ilgili aşağıdaki öneriler yer almaktadır:

- İnsizyon bölgesi primer olarak kapatılmış ise, pansuman ameliyat sonrası 24-48 saat korunmalıdır (Kanıt Düzeyi: B1).
- Pansuman değişiminden ve cerrahi yaraya herhangi bir temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır (Kanıt Düzeyi: B1).
- Pansuman değişiminde steril teknik kullanılmalıdır (Kanıt Düzeyi: II).
- Hasta ve ailesi uygun yara bakımı; ağrı, şişme, kızarıklık, ısı artışı, akıntı gibi semptomları rapor edilmesi gerektiği hakkında eğitilmelidir (Kanıt Düzeyi: II) (Sandra ve ark.,2017). Yara bakımındaki temel ilkeler apendektomi ameliyatı sonucu oluşan insizyon bölgesi içinde geçerlidir.

ERAS Önerileri:

Genel cerrahide “Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme (ERAS)” önerileri ameliyat sonrası dönemde hastanın erken mobilizasyonunu, erken beslenmeye başlanmasını ve taburculuğun en kısa sürede olmasını önermektedir. Ayrıca hastanın erken taburculuğunun sağlanması ve etkin hareketinin sağlanması için ameliyat sonrası ağrının en uygun şekilde giderilmesini önermektedir (Nechay ve ark.,2020).

Apendektomi ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı kapsamında hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları, etiyoloji ve hemşirelik girişimleri Çizelge 2.2.'te yer almaktadır (Doenges ve ark.,2010; Ackley ve ark., 2011; Monahan ve ark.,2011; Açıl,2018; Ovayolu ve Karabağ Aydın,2018).

Çizelge 2.2. Apendektomi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Apendektomi ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı		
Hemşirelik tanısı	Etiyoloji	Hemşirelik Girişimleri
Akut ağrı	-Cerrahi girişim -İnflamasyona bağlı bağırsakların distansiyonu	-Ağrı yeri, şiddeti, sıklığı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler ağrı skalaları ile belirlenmelidir, -Her vital bulgu ölçümünde ağrı değerlendirilmelidir, -Hasta için istemde önerilen analjezikler uygulanmalıdır, uygulandıktan sonra analjeziğin etkinliğini ölçmek amacıyla ağrı tekrar değerlendirilmelidir -Analjeziklerin yan etkileri açısından hasta değerlendirilmelidir. -Hastaya ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemler önerilmelidir (müzik dinleme, dikkati başka yöne çekme, uygun pozisyon vb), -Hastanın semi-fowler pozisyonunda dinlenmesi önerilmelidir -Hastanın erken mobilizasyonu önerilmeli, uyku süreci değerlendirilmelidir. -Hastaya psikolojik destek sağlanmalı, anksiyete, gerginlik azaltılmaya çalışılmalıdır. -Hasta günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmelidir
Bulantı- Kusma	-Cerrahi girişim -Anestezi -İlaçlar	-Hastanın bulantı-kusmasına neden olan risk faktörleri değerlendirilir. -Doktor isteminde bulunan farmakolojik ajanlar(antiemetik) uygulanır. - Ameliyat sonrası oluşabilecek ağrıyı azaltmak için doktor isteminde bulunan analjezikler ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanır. -Hastanın iyi hidrate olduğundan emin olunmalıdır, aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır. -Kusma ve bulantıyı azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerden destek alınır(soğuk uygulama,P6 akupunktur noktasının stimülasyonu vb.) -Hastayı rahatlatmaya çalışılmalı, dikkati başka yöne çekilmeli ve derin ve yavaş solunum yapması için teşvik edilmelidir. -Aspirasyon riskine karşı yatak başı yükseltilmeli ya da hasta lateral pozisyonda yatırılmalıdır. -Kusmadan sonra ağız bakımı sağlanmalıdır. -Hastanın bileklerine, boynuna ve alnına serin nemli bez uygulanabilir.

Çizelge 2.2. (devam)Apendektomi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Bilgi eksikliği	-Hastaların ameliyat ve sonrası süreç (taburculuk, bireysel bakım, tedavi süreci) hakkında bilgi eksikliğinin bulunması -Bilgilerin yanlış yorumlanması -Bilgi kaynaklarına aşına olmama	-Hastanın bilgi eksikliği olduğu konular tespit edilir. -Hastaya hastalığı, ameliyat, ameliyat sonrası süreç, taburculuk süreci, günlük yaşam aktivitelerine ne zaman döneceği, hastaneye kontrole ne zaman geleceği, evde yara bakımı, banyo, cinsel aktivite, ağır kaldırma, spor vb. gibi aktiviteler ne zaman yapacağı gibi konularda hasta kliniğe kabul edildiğinden itibaren hasta bilgilendirilmelidir. -Hasta ve ailesine merak ettikleri, bilgi eksikliklerinin olduğu konuları sormaları için teşvik edilmelidir. -Hasta ve ailesine anlayışlı yaklaşılmalı, anksiyeteleri giderilmeye çalışılmalıdır.
Anksiyete	-Bilgi eksikliği -Cerrahi girişim -Bilinmezlik korkusu -Ölüm korkusu	-Hasta ve ailede anksiyetenin nedeni tespit edilir. -Anksiyeteyi artıran, azaltan faktörler belirlenir. -Hastanın ve ailesinin bilgi yetersizliği sağlık ekibi olarak giderilir ve hastanın ve ailesinin merak ettikleri, yetersiz oldukları konularda soru sormaları teşvik edilir. -Hastanın vital bulguları takip edilir. -Hastanın anksiyete ile baş etme yöntemleri belirlenir. -Hasta duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilir. -Hasta ile basit bir dille, sakin ve kararlı bir ses tonu ile konuşulur. -Hasta meditasyon, müzik dinleme, yoga, masaj aktivitelerine yönlendirilir ve dikkati başka yöne çekilmeye çalışılır.
Beden imajında bozulma	-Cerrahi girişim sonucunda insizyon kesi izine bağlı	-Birey düşüncelerini ifade etmesi için zaman tanınır ve kendisini rahat hissettiği bir aralıkta düşüncelerini belirtmesi istenir. -Birey düşüncelerini ifade ederken mümkün oldukça sonuna kadar, sözünü kesmeden dinlenir. -Yara izinin kalmaması için hastanelerdeki gerekli birimlere yönlendirilerek uygun tedavi yönteminin belirlenmesi için desteklenir.
Kanama riski	-Cerrahi girişim	-Hastanın yaşam bulguları, bilinci değerlendirilmelidir. -İnsizyon bölgelerinde kanama takibi yapılmalıdır. -Yara iyileşme süreci takip edilmelidir. -Pansumanların kanama takibi yapılmalıdır. -Hastanın laboratuvar bulguları takip edilmelidir. -Hastanın dren, idrar, gaita vb. kanama açısından takip edilmelidir. -Hasta yakınları kanama bulgusu ile karşılaştıklarında hekime/hemşireye bildirmesinin önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Çizelge 2.2. (devam)Apendektomi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Enfeksiyon riski	-Apendiksin perforasyonu veya rüptürü -Peritonit, -Apse oluşumu -İnvaziv prosedürler, -Cerrahi insizyon	-Hasta ve ailesine el hijyeninin önemi anlatılmalıdır; sağlık personelleri, aile ve hasta el hijyenini sağlamalıdır. -İnsizyon bölgesi, hastaya uygulanan invaziv giriş yerleri enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, şişlik, akıntı, ödem, koku ve ısı artışı) yönünden izlenmelidir, -Dren girişi lokal enfeksiyon belirti bulguları açısından izlenmelidir, -Drenaj miktarı ve özellikleri takip edilmeli ve kayıt edilmelidir, -Hastanın laboratuvar bulguları enfeksiyonu gösteren parametreleri değerlendirilmelidir, -Hastanın vital bulguları takip edilmelidir, -İnvaziv girişimler sırasında asepsiye dikkat edilmelidir, -Oda sık sık havalandırılmalıdır, ziyaretçiler sınırlandırılmalıdır -Hasta yeterli sıvı alımını sağlamalı, beslenmesinde yara iyileşmesini ve immun sistemi destekleyici gıdalarla yeterli, dengeli ve düzenli beslenmelidir.
Sıvı volüm eksikliği riski	-Ameliyat sonrası kısıtlamalar - Hipermetabolik durum -Ameliyat öncesi veya sonrası bulantı kusma	-Hastanın vital bulguları, bilinç durumu takip edilmelidir. -Hastanın mukoza zarlarını incelenmelidir; cilt turgorunu ve kılcal dolumu değerlendirilir. -Hastanın aldığı çıkardığı takip edilmelidir, idrar rengini ve yoğunluğunu, miktarı takip edilmelidir. -Oral alım yeniden başladığında küçük miktarlarda berrak sıvılarla alım başlanır ve diyeti tolere edildiği takdirde ilerletilir. -Hastaya sık sık ağız bakımı yapılmalıdır. -Hastanın laboratuvar bulguları izlenir ve doktor istemine uygun tedavi planlanır

2.5.3. Taburculuk Planlaması ve Hasta Eğitimi

Hastanın ve ailesinin taburculuğa hazırlanması hastanın kliniğe kabul edilmesiyle başlar (Luca,2014). Taburculuk planlaması apendektomi ameliyatı sonrası hastaların bilgi ihtiyaçları doğrultusunda yaşanan nüfus ve okuryazarlık dikkate alınarak yapılmalıdır. Taburculuk planlaması programı, içerikleri ve etkililiği açısından değerlendirilmelidir. Cerrahi kesi / yara bakımı, ağrı ve aktivite düzeyi gibi konular hastaların ve ailelerinin endişeleri arasındadır. Taburcu olduktan sonra ameliyat sonrası kişisel bakım hakkında bilgi eksikliği, komplikasyon riskini artırma potansiyeline sahiptir. Bu yüzden taburculuk planlamasının önemli konuları arasında yer almaktadır (Erdil ve Elbaş,2008).

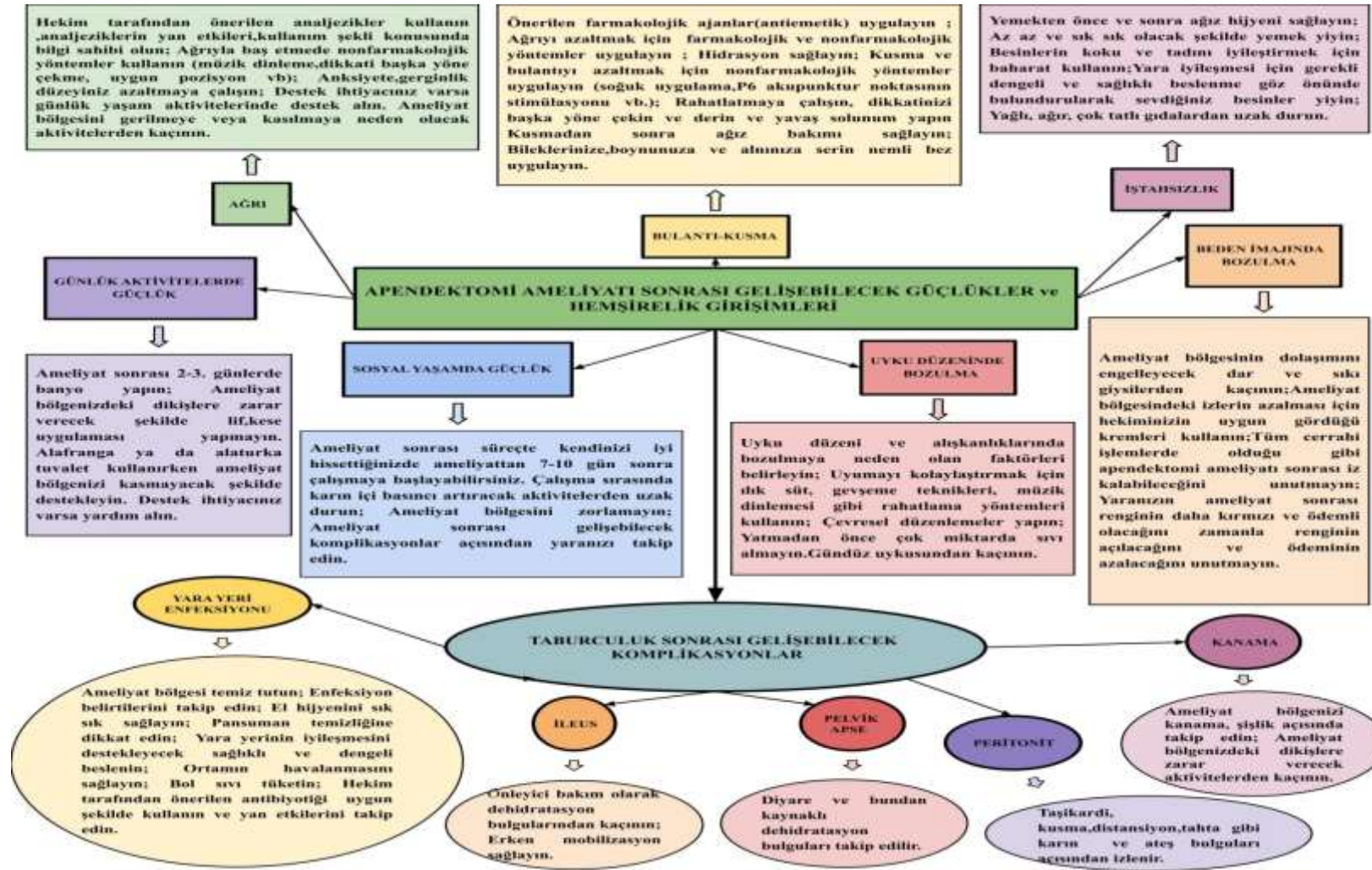
Apendektomi ameliyatı sonrası hastaların apendektomi sonrası taburculuk planlanması ve hasta eğitiminde yer alan konular;

- Ağrı: Hastanın ağrısı olduğu durumda yapabileceği nonfarmakolojik yöntemler ve farmakolojik yöntemlerin kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın ağrısı olduğu durumda ağrı yönetiminin nasıl yapılması gerektiği ve hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurması gerektiği hakkında aile ve hasta bilgilendirilmelidir.
- Beslenme: Hastaya beslenmesi gereken diyet türü ve iyileşme için doğru beslenmenin önemi, varsa diyet kısıtlamaları, özel diyet önerileri, önerilen sıvı alımı hakkında eğitim verilir.
- İlaçlar: Hasta kullanması gereken ilaç isimleri, dozajı, ilacın ne amaçla kullanılacağı, ilacın potansiyel yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir. Aynı zamanda ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, ilaç-bitkisel ürünler etkileşimleri açısından eğitilmelidir.
- Hareket: Cerrahi sonrası hasta aktivite açısından ilk 6 hafta boyunca ağır nesneleri kaldırmaktan kaçınması gerektiği, yorgunluk belirtilerine karşı dikkatli olunması gerektiği ve dinlenmesinin önemi, yapacağı faaliyetleri tolerans edene kadar kademeli olarak artırılması gerektiği, aktivite kısıtlamaları, varis çorabı kullanmasının önemi hakkında eğitilmelidir.
- Yara Bakımı: Hasta ve ailesine yara bakımı hakkında; öncelikle yaraya temas etmeden önce el hijyeni sağlanmasının önemi, pansumanın değişimi ve sıklığı, yaranın temizlenmesi, irrigasyonu, yaradaki drenajın gözlenmesi, drenajda ve yarada enfeksiyon belirtileri (kötü koku, ateş, kızarıklık, şişlik, pürülan drenaj vb.) eğitilmelidir. Hastaya derin solunum-öksürük egzersizlerinin yara iyileşmesi için önemi anlatılmalıdır.
- Diğer: Hasta ve ailesi hastaneye muayeneye tekrar geliş zamanı, günlük aktivitelerine ortalama dönüş zamanı, normal hissetmesi için gereken ortalama süre, ameliyat sonrası yaşayabileceği barsak sorunları (konstipasyon, diyare vb.) ve bunlara yönelik yapabilecek uygulamalar, ameliyat sonrası ilk haftada lavman yapmaması gerektiği ve nedeni hakkında bilgilendirilir (Monahan ve ark.,2011; C. deWit ve Kumagai,2013)

Hastanın ve ailesinin soruları yanıtlanmış ve anksiyeteleri giderilmiş şekilde eve gitmesini sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir (C. deWit ve Kumagai,2013).

2.5.4.Apendektomi Ameliyatı Sonrası Gelişebilecek Güçlükler ve Hemşirelik Girişimleri

Hastalarda apendektomi ameliyat sonrası bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Apendektomi ameliyatı sonrası hastalarda en sık görülen ve gelişebilecek ciddi komplikasyonlar apandiks lümenin rüptürüne bağlı perforasyon ve perforasyona bağlı peritonittir. Diğer komplikasyonlar ise lokal abse ve pyelophlebitistir (Karadağ,2019). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları bu komplikasyonlar yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir ve taburculuk sonrası pek çok güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Hastaların yaşadıkları güçlüklerin azaltılmasında hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Hemşirelerin eğitim, danışmanlık, bakım verici, karar verici ve iletişim/koordinatör rollerini etkin şekilde kullanması gerekmektedir. Bu rollerinin yerine getirirken holistik bakış açısıyla hastayı bütün olarak değerlendirmeli ve ailesi ve çevresini de hemşirelik sürecine dahil ederek ameliyat sonrası sürecin en az güçlük ve komplikasyonla atlatılmasını sağlamalıdır. Hastalar ameliyat sonrası süreçte izlenerek hastaya özgü yaşayabileceği güçlükler ve bunlara yönelik hemşirelik bakımı ve danışmanlık sağlanmalıdır. Yaptığımız gözlemler doğrultusunda apendektomi ameliyatı sonrası hastaların preoperatif hazırlığının ve taburculuk planlaması yetersiz olduğu saptanmıştır (Bozkul ve Bulut,2019). Hemşirelerin bu eksikliklerinin giderilebilmesi için hizmet içi eğitimlerle desteklenerek hastalara uygun eğitimler planlanması teşvik edilmelidir. Şekil 2.2.'de apendektomi ameliyatı sonrası gelişebilecek güçlükler ve hemşirelik girişimleri kavram haritası yer almaktadır.



Şekil 2.2. Apendektomi ameliyatı sonrası gelişebilecek güçlükler ve hemşirelik girişimleri kavram haritası

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, apendektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Genel Cerrahi Kliniklerinde yapılmıştır. GÜSAUM, 1979 yılında kurulmuş olup, 1028 (aktif 960) yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. GÜSAUM’nde hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik ve Hasta Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir ve toplam 764 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00 – 16:00 ve 16:00 – 08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde yıllık ortalama 200-300 apendektomi ameliyatı yapılmaktadır.

Hastanede, 6. ve 7. katlarda olmak üzere iki Genel Cerrahi Kliniği bulunmaktadır. Genel Cerrahi Klinikleri, 6. katta 23, 7. katta 52 olmak üzere toplam 75 yatak kapasitelidir. Kliniklerde, 6. katta 11, 7. katta 17 olmak üzere toplam 28 hemşire çalışmaktadır. Klinikte cerrahi geçiren hastalara planlı ve yazılı taburculuk eğitimi yapılmamaktadır. Hastalara taburculuk eğitimi sözlü olarak yapılmaktadır. Apendektomi ameliyatı geçiren hastalar ameliyat sonrası klinikte izlenmektedir ve taburculuk eğitimi bu hasta grubuna da sözlü yapılmaktadır. Apendektomi cerrahisi geçiren hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 1-3 gündür. Hastalar kontrollere ise taburcu olduktan bir hafta sonra gelmektedir. Hemşirelerin hizmet içi eğitim konuları arasında ameliyat sonrası hastaların yaşayabilecekleri güçlüklerle yönelik taburculuk planlaması yer almamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2020 yılında GÜSAUM Genel Cerrahi servislerinde apendektomi ameliyatı olan hastaların oluşturmaktadır. GÜSAUM Genel Cerrahi servislerinde ayda ortalama 25 apendektomi ameliyatı yapılmaktayken, Covid 19 pandemisi nedeniyle ayda ortalama 10-15 apendektomi ameliyatı yapılmıştır.

Araştırmaya, algılama güçlüğü ve zihinsel engeli olmayan, Türkçe anlayıp konuşabilen, gebe olmayan, Covid 19 testi pozitif olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük hastalar alınmıştır. Araştırmanın örneklemini ise, 1 Şubat 2021- 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniklerinde apendektomi ameliyatı olan ve araştırma kriterlerine uygun hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya örneklem kriterlerine uygun tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir ve çalışma kesitsel olarak yapılmıştır. Covid 19 pandemisi nedeniyle hastanede yapılan çalışmalara izin verilmemesi ve hastanede yatak kapasitesinin azaltılması, yapılan apendektomi ameliyatı sayısının azalmasına bağlı olarak, çalışmaya katılan hasta sayısı 60 olduğunda power analizi yapılmış ve 60 hastada 5 farklı zaman içerisindeki ameliyat bölgesindeki ağrı parametresi üzerinden, %5 hata payı ve 2.53 ± 0.80 effect size ile güç düzeyi %100 bulunarak, araştırma 1 Şubat 2021- 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında 60 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan ‘‘Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu’’ ve ‘‘Ameliyatın Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu’’ ile toplanmıştır (Eriksen ve ark.,2009; Karahan ve ark.,2010; Zapf ve ark.,2013; Atasayar,2019; Licari ve ark.,2019; Aydoğdu,2020).

"Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu": Bu formda, apendektomi ameliyatı olan hastaların sosyodemografik özellikleri, ameliyat tipi, kronik hastalıkları, daha önce geçirdiği ameliyatlara ve daha önce geçirdiği ameliyata yönelik yaşadığı güçlüklerle ilişkin 15 adet soru yer almaktadır (EK-1).

"Ameliyatın Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu" : Bu form, ameliyat sonrası dönemde hastalarda gelişebilecek güçlüklerin değerlendirilmesi ile ilgilidir. Formda, hastalarda ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek ağrı, beslenme, günlük aktivite, hareket / mobilizasyon, sosyal yaşam, uyku, beden imajı başlıkları altında hastaların yaşayabilecekleri güçlükleri içeren sorular yer almaktadır (EK-2). Hastaların yaşadıkları güçlükler sayısal skala ile değerlendirilmektedir. Skalada, hastaların her bir parametrede güçlük yaşama düzeylerini 0 ile 10 puan arasında değerlendirmesi istenir. Sıfır "hiç güçlük

yaşamadım" temsil ederken, üst sınır "mümkün olan en kötü düzeyde güçlük yaşadım" temsil eder.

3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması:

Araştırmada kullanılacak formlar için cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman 3 doktor öğretim üyesi ve 1 doçent öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü doğrultusunda forma ağrı parametresine giyinme sırasında hissedilen ağrı ve kişisel hijyen sırasında hissedilen ağrı; hareket/ mobilizasyon parametresine oturup kalkma sırasında yaşanan güçlük, egzersiz; sosyal yaşam parametresine ev içinde çalışma soruları eklenmiştir. Uzman onayı alınan formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için GÜSAUM Genel Cerrahi Kliniklerinde Şubat 2021-Mart 2021 tarihleri arasında apendektomi ameliyatı olan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamına dâhil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

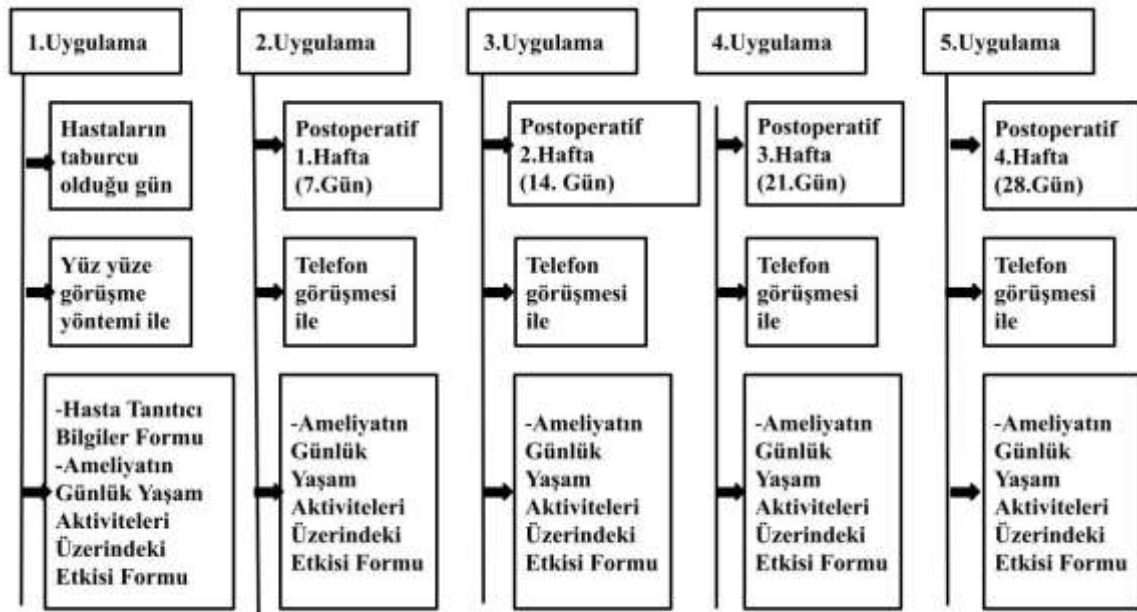
Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni (EK-3), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzni (EK-4) ve Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı (EK-5) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan (n:60) onam alınmıştır (EK-6).

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından iki aşamada toplanmıştır. Uygulamanın ilk aşamasında, araştırmacı klinik enfeksiyon korunma talimatlarına uyarak, genel cerrahi kliniklerinde örneklem kriterlerine uyan hastalarla "Hasta tanıtıcı bilgiler formu" ve "Ameliyatın hastaların günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisi formu"nu taburcu oldukları gün hasta odasında yüz yüze doldurmuştur.

İkinci aşamada ise, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme sırasında alınan iletişim bilgileri ile hastalar ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda telefonla aranarak yaşadıkları güçlükler form ile değerlendirilmiştir. Araştırmacı, telefon izlemleri için uygun

zaman dilimini, hastalarla yaptıkları bir önceki görüşme sırasında kararlaştırmıştır. Hastalarla taburcu oldukları yüz yüze yapılan ilk görüşme ortalama 25- 30 dakika, ameliyat sonrası 1. ve 2. haftalarda hastalarla yapılan telefon görüşmesi ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Ameliyat sonrası 3. ve 4. haftalarda hastaların yaşadıkları sorunların azalmasına bağlı olarak, telefon görüşme süresi de azalmış ve görüşmeler ortalama 5-10 dakika sürmüştür. Hastalarla yüz yüze gerçekleşen görüşme ortalama 10:00-14:00; telefon görüşmesi ortalama 12:00-20:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir. Hastaların yaşadıkları güçlüklerin zaman içerisinde azalmasına bağlı telefon görüşme süreleri azalmıştır. Araştırmacı gerekli durumlarda (yara yeri enfeksiyonu gibi ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar, patoloji sonuçları vb.) hastaları sağlık kurumlarına yönlendirmiştir.

Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların verilerinin toplanmasına ait araştırma deseni Şekil 3.1.'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Verilerinin Toplanmasına Ait Araştırma Deseni

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formlarından elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak sayısallaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS İstatistik 23 paket programı ile sayısallaştırılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, apendektomi ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşama durumları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu ve daha önce ameliyat olma durumu bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, 1. ve 3. çeyreklik değeri) verilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için non- parametrik testlerden yararlanılmıştır. Gruplar arasında fark olup olmadığına Mann Whitney U testi ile bakılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde spearman korelasyon analizinden ve zamanlara göre değişimlerin incelenmesinde Friedman testinden yararlanılmış ve anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce GÜSAUM kurum izni ve GÜSAUM Genel Cerrahi Anabilim Dalı izni, Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayın'dan etik onay (sayı: 14574941-199, tarih: 14.07.2020) alınmıştır (EK-3, EK-4 ve EK-5). Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-6).

Araştırmacı, telefon izlemleri için uygun zaman dilimi, telefon izlemleri için uygun zaman dilimini, hastalarla yaptıkları görüşme sırasında kararlaştırılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışma sonucunda elde edilen veriler aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=60)

		N	%
Yaş	Ort±ss	33,80±12,57	
	Med (Çeyreklik Değeri:25-75)	30,5 (24,5-40)	
Cinsiyet	Kadın	30	50,0
	Erkek	30	50,0
Beden kitle indeksi*	Zayıf	1	1,6
	Normal	42	70,0
	Kilolu	13	21,7
	Şişman	4	6,7
Hastanede kalınan gün sayısı	1	55	91,7
	2 ve üzeri	5	8,3
Ameliyat tipi	Açık yöntem	15	25,0
	Laparoskopik yöntem	45	75,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	4	6,6
	İlköğretim	10	16,7
	Lise ve üniversite	46	76,7
Medeni durum	Evli	33	55,0
	Bekar	27	45,0
Yaşam koşulları	Yalnız yaşıyor	8	13,3
	Biriyle birlikte yaşıyor	52	86,7
Gelir düzeyi	Geliri gidere denk	50	83,3
	Gelir giderden fazla	10	16,7
Çalışma durumu	Evet	33	55,0
	Hayır	27	45,0

Çizelge 4.1. (devam)Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=60)

Kronik hastalıklar	Var	9	15,0
	Yok	51	85,0
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	19	31,7
	Hayır	41	68,3

* (BKİ Sınıflaması: Zayıf = BKİ<18,5; Normal= 18,5-24,9; Kilolu= 25-29,9; Şişman= BKİ>30)

Çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 4.1.'de yer almaktadır. Veriler incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının $33,80 \pm 12,57$ ve yarısının kadın olduğu görülmektedir. Apendektomi ameliyatı olan hastaların %75'i laparoskopik yöntem ile %25'i açık yöntem ile ameliyat olmuştur. Hastaların beden kitle indeksine bakıldığında ise hastaların çoğunluğunun (%70) normal kiloda bulunmuştur. Hastaların yarısından fazlası (%55) aktif olarak bir işte çalışmakta olduğu görülürken lise ve üzeri mezun olan hasta oranı %76,7'dir. Hastaların büyük çoğunluğu (%91,7) ameliyat sonrası hastanede 1 gün kalmıştır, kronik hastalığa sahip hastaların oranının ise %15 olduğu ve daha önce hastaların üçte birinin ameliyat olduğu bulunmuştur. Tabloda yer almamakla birlikte daha önce olunan ameliyatlara yönelik hastalar ağrı, mobilizasyonda ağrı, yemek yemede güçlük, bulantı-kusma, kendi kendine giyinebilmede güçlük yaşamışlardır.

Çizelge 4.2. Hastaların apendektomi ameliyatı sonrası taburcu oldukları gün, 1. hafta, 2.hafta, 3. hafta ve 4. haftalarda yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki dağılımının incelenmesi

Güçlükler	Taburcu Olunan Gün (Ort±ss) (Med) (Çeyreklik Değeri)	1.Hft (Ort±ss) (Med) (Çeyreklik Değeri)	2.Hft (Ort±ss) (Med) (Çeyreklik Değeri)	3.Hft (Ort±ss) (Med) (Çeyreklik Değeri)	4.Hft (Ort±ss) (Med) (Çeyreklik Değeri)	İstatistiksel Analiz p*
AĞRI						
Ameliyat Bölgesinde Ağrı	4,58±1,39 4(4-5)	2,73±1,04 3(2-3)	1,8±0,9 2(1-2)	0,77±0,91 1(0-1)	0,33±0,66 0(0-0,5)	0,000
Yatak İçi Hareket Sırasında Ağrı	3,73±1,46 3(3-5)	1,83±1,43 2(1-3)	0,78±1,12 0(0-1)	0,28±0,74 0(0-0)	0,12±0,56 0(0-0)	0,000

Çizelge 4.2. (devam) Hastaların apendektomi ameliyatı sonrası taburcu oldukları gün, 1. hafta, 2.hafta, 3. hafta ve 4. haftalarda yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki dağılımının incelenmesi

Mobilizasyon Sırasında Ağrı	3,68±1,55 3(3-4)	1,8±1,25 2(1-3)	0,7±0,94 0(0-1)	0,17±0,56 0(0-0)	0,05±0,22 0(0-0)	0,000
Giyinme Sırasında Hissedilen Ağrı	2,77±1,86 3(2-4)	0,85±1,29 0(0-2)	0,3±0,85 0(0-0)	0,12±0,52 0(0-0)	0,02±0,13 0(0-0)	0,000
Kişisel Hijyen Sırasında Hissedilen Ağrı	1,02±1,67 0(0-2)	0,18±0,62 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
<u>BESLENME</u>						
Yemek Yemede Güçlük	0,15±0,82 0(0-0)	0,13±0,47 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,024
Bulantı Kusma	0,62±1,56 0(0-0)	0,3±0,91 0(0-0)	0,23±0,77 0(0-0)	0,07±0,36 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,001
İştahsızlık	0,98±1,73 0(0-2)	0,4±0,98 0(0-0)	0,1±0,4 0(0-0)	0,07±0,36 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
<u>GÜNLÜK AKTİVİTE</u>						
Diş Fırçalama	0,63±1,46 0(0-0)	0,08±0,33 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
Saç Tarama	0,63±1,52 0(0-0)	0,08±0,33 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
Banyo Yapma	0±0 0(0-0)	0,62±1,3 0(0-0)	0,1±0,44 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
Kendi Kendine Giyinebilme	2,63±1,96 2(2-4)	0,58±1,06 0(0-1)	0,22±0,67 0(0-0)	0,08±0,38 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
Tuvalete Gitmede Yaşanan Güçlük	0,95±1,62 0(0-2)	0,2±0,71 0(0-0)	0,03±0,26 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
<u>HAREKET / MOBİLİZASYON</u>						
Yatak İçi Hareket	3,35±1,34 3(3-4)	1,67±1,36 2(0,5-2,5)	0,77±1,01 0(0-1)	0,23±0,67 0(0-0)	0,08±0,42 0(0-0)	0,000
Mobilizasyon	3,5±1,35 3(3-4)	1,68±1,19 2(1-2)	0,68±0,97 0(0-1)	0,23±0,65 0(0-0)	0,07±0,31 0(0-0)	0,000

Çizelge 4.2. (devam) Hastaların apendektomi ameliyatı sonrası taburcu oldukları gün, 1. hafta, 2.hafta, 3. hafta ve 4. haftalarda yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki dağılımının incelenmesi

Merdiven İnip Çıkma	0±0 0(0-0)	0,35±0,84 0(0-0)	0,12±0,49 0(0-0)	0,05±0,29 0(0-0)	0,05±0,39 0(0-0)	0,000
Ağır Ev İşlerini Yapma	0±0 0(0-0)	0,62±1,38 0(0-0)	0,8±1,46 0(0-1)	0,48±1,03 0(0-0)	0,33±0,9 0(0-0)	0,000
Egzersiz Yapma	0,05±0,39 0(0-0)	0,22±0,94 0(0-0)	0,23±0,89 0(0-0)	0,12±0,52 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,050
<u>SOSYAL YAŞAM</u>						
Araba Kullanma(n=24)	0±0 0(0-0)	0,08±0,41 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,406
İşe Gitme (n=33)	0±0 0(0-0)	0,15±0,62 0(0-0)	1,12±1,76 0(0-2)	0,48±1,3 0(0-0)	0,09±0,52 0(0-0)	0,000
Sosyal Aktiviteleri Yerine Getirme	0±0 0(0-0)	0,37±0,94 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,000
<u>UYKU</u>						
Uykuya Dalmada Yaşanan Güçlük	0,3±1,06 0(0-0)	0,13±0,47 0(0-0)	0,02±0,13 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,010
Uykudan Sık Sık Uyanma	1,18±1,73 0(0-3)	0,72±1,46 0(0-0)	0,37±0,97 0(0-0)	0,3±0,98 0(0-0)	0,17±0,67 0(0-0)	0,000
Uyku Süresinde Azalma	0,65±1,48 0(0-0)	0,58±1,36 0(0-0)	0,28±0,9 0(0-0)	0,43±1,16 0(0-0)	0,25±0,73 0(0-0)	0,054
Uyku Süresinde Artma	0,63±1,58 0(0-0)	0,45±1,25 0(0-0)	0,18±0,79 0(0-0)	0,17±0,67 0(0-0)	0,13±0,62 0(0-0)	0,009
<u>BEDEN İMAJI</u>						
Yara Yeri Nedeniyle Rahatsızlık Hissetme	0,43±1,39 0(0-0)	1,3±1,69 0(0-2)	1,33±1,73 0(0-3)	0,95±1,58 0(0-2)	0,75±1,36 0(0-1)	0,000
Yara Yerini Saklama İsteği	0,05±0,39 0(0-0)	0,2±0,78 0(0-0)	0,28±0,99 0(0-0)	0,17±0,67 0(0-0)	0,12±0,52 0(0-0)	0,086

* Friedman testi

Hastaların apendektomi ameliyatı sonrası taburcu oldukları gün, ameliyat sonrası 1. hafta, 2.hafta, 3. hafta ve 4. haftalarda yaşadıkları güçlüklerin zaman içindeki dağılımı Çizelge 4.2.'de yer almaktadır. Egzersiz ve araba kullanma sırasındaki yaşanan güçlük, uyku süresinde azalma, yara yerini saklama isteği ortancaları zamanla istatistiksel olarak anlamlı

derecede bir farklılık göstermemekte iken ($p>0,05$); ameliyat bölgesinde ağrı, yatak içi hareket sırasında ağrı, mobilizasyon sırasında ağrı, giyinme sırasında hissedilen ağrı, kişisel hijyen sırasında hissedilen ağrı, yemek yemede güçlük, bulantı kusma, iştahsızlık, diş fırçalama, saç tarama, banyo yapma, kendi kendine giyinebilme, tuvalete gitme, yatak içi hareket, mobilizasyon, oturup kalkma sırasında yaşanan güçlük, merdiven inip çıkma, ağır ev işlerini yapma, işe gitme, sosyal aktiviteleri yerine getirme, uykuya dalma, uykudan uyanma, uyku süresinde artma, yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme ortancaları zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, ameliyat bölgesinde ağrı, yatak içi hareket sırasında ağrı, mobilizasyon sırasında ağrı, giyinme sırasında hissedilen ağrı, kişisel hijyen sırasında hissedilen ağrı, yemek yemede güçlük, bulantı kusma, iştahsızlık, diş fırçalama, saç tarama, banyo yapma, kendi kendine giyinebilme, tuvalete gitme, yatak içi hareket, mobilizasyon, oturup kalkma sırasında yaşanan güçlük, merdiven inip çıkma, ağır ev işlerini yapma, işe gitme, sosyal aktiviteleri yerine getirme, uykuya dalma, uykudan uyanma, uyku süresinde artma, yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme ortancaları zamanla anlamlı derecede azalma göstermektedir ($p<0,05$).

Çizelge 4.3. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrı düzeyi ortancasının dağılımı

	Ameliyat bölgesinde					Yatak içi hareket sırasında					Mobilizasyon sırasında				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	4,73±1,31	2,7±0,82	1,8±0,92	0,73±1,01	0,37±0,67	4±1,34	2±1,39	0,7±1,18	0,4±0,89	0,03±0,18	4,07±1,41	1,9±1,16	0,57±0,86	0,23±0,68	0,07±0,25
	4(4-5)	3(2-3)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-1)	4(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	4(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)
Erkek	4,43±1,48	2,7±1,24	1,8±0,89	0,8±0,81	0,3±0,65	3,47±1,55	1,67±1,47	0,87±1,07	0,17±0,53	0,2±0,76	3,3±1,6	1,7±1,34	0,83±1,02	0,1±0,4	0,03±0,18
	4(3-5)	2,5(2-4)	2(1-2)	1(0-1)	0(0-0)	3(2-5)	1,5(0-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(2-4)	1,5(1-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,385	0,658	0,962	0,432	0,696	0,128	0,392	0,439	0,263	0,531	0,016	0,517	0,347	0,386	0,557
Ameliyat öyküsü															
Evet	4,84±1,54	2,74±1,05	1,79±1,08	0,95±1,03	0,47±0,7	4,11±1,74	2,16±1,54	0,95±1,43	0,42±0,9	0,05±0,23	4±1,8	2,11±1,24	0,63±1,07	0,16±0,5	0,11±0,32
	5(4-6)	3(2-3)	2(1-2)	1(0-2)	0(0-1)	4(3-5)	2(1-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	4(3-5)	2(1-3)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)
Hayır	4,46±1,32	2,73±1,05	1,8±0,81	0,68±0,85	0,27±0,63	3,56±1,32	1,68±1,37	0,71±0,96	0,22±0,65	0,15±0,65	3,54±1,42	1,66±1,24	0,73±0,9	0,17±0,59	0,02±0,16
	4(4-5)	3(2-3)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,275	0,881	0,626	0,356	0,156	0,201	0,254	0,832	0,357	0,983	0,319	0,199	0,405	0,939	0,185

Çizelge 4.3. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrı düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu																
İlköğretim	4,57±1,34	2,71±0,83	1,93±0,92	0,86±1,03	0,64±1,01	3,93±1,49	2,14±1,51	1,14±1,46	0,43±0,94	0,29±0,83	3,36±1,22	2±1,3	1±1,11	0,07±0,27	0±0	
	4(4-6)	3(2-3)	2(2-2)	0,5(0-2)	0(0-1)	4(3-5)	2(1-3)	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-3)	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	
Lise ve Üzeri	4,59±1,42	2,74±1,1	1,76±0,9	0,74±0,88	0,24±0,48	3,67±1,46	1,74±1,41	0,67±0,99	0,24±0,67	0,07±0,44	3,78±1,63	1,74±1,24	0,61±0,88	0,2±0,62	0,07±0,25	
	4(4-5)	2,5(2-3)	2(1-2)	1(0-1)	0(0-0)	3(3-5)	2(1-3)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-5)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	
İstatistiksel Analiz (p*)	0,812	0,797	0,424	0,791	0,18	0,433	0,365	0,235	0,431	0,075	0,556	0,494	0,198	0,65	0,331	
Ameliyat türü																
Açık	6,33±1,23	3,87±0,74	2,47±1,06	1,67±1,05	0,8±0,86	5,33±1,45	3,07±1,33	1,87±1,36	0,8±1,15	0,47±1,06	5,27±1,67	3,07±0,96	1,73±1,1	0,6±0,99	0,13±0,35	
	6(5-7)	4(3-4)	2(2-3)	2(1-3)	1(0-1)	5(4-6)	3(2-4)	2(1-3)	0(0-2)	0(0-0)	5(4-6)	3(2-4)	2(1-3)	0(0-1)	0(0-0)	
Laparoskopik	4±0,85	2,36±0,83	1,58±0,72	0,47±0,63	0,18±0,49	3,2±1,01	1,42±1,22	0,42±0,75	0,11±0,44	0±0	3,16±1,09	1,38±1,03	0,36±0,57	0,02±0,15	0,02±0,15	
	4(4-4)	2(2-3)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	3(3-4)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	1(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	
İstatistiksel Analiz (p*)	0	0	0,001	0	0	0	0	0	0,002	0,002	0	0	0	0	0,09	
Yaş																
İstatistiksel Analiz(p)**	-0,091 (0,489)	-0,214 (0,101)	-0,196 (0,132)	-0,043 (0,746)	0,138 (0,294)	-0,084 (0,524)	-0,100 (0,449)	-0,051 (0,701)	-0,117 (0,372)	0,000 (0,999)	-0,209 (0,109)	-0,092 (0,485)	-0,003 (0,980)	-0,104 (0,429)	0,077 (0,557)	

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.3.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrı düzeyi ortancasının dağılımı

	Giyinme					Kişisel hijyen				
	Tbc ***Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet										
Kadın	3,07±1,78 3(2-4)	0,73±1,17 0(0-2)	0,23±0,82 0(0-0)	0,1±0,55 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	1,27±1,84 0(0-2)	0,2±0,61 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Erkek	2,47±1,93 2,5(0-4)	0,97±1,4 0(0-2)	0,37±0,89 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,77±1,48 0(0-0)	0,17±0,65 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,294	0,601	0,453	0,584	0,317	0,232	0,677	-	-	-
Ameliyat öyküsü										
Evet	3,26±1,97 3(2-5)	1,37±1,61 0(0-3)	0,37±0,76 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,53±1,81 0(0-3)	0,37±0,9 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Hayır	2,54±1,79 3(2-3)	0,61±1,05 0(0-1)	0,27±0,9 0(0-0)	0,12±0,56 0(0-0)	0,02±0,16 0(0-0)	0,78±1,57 0(0-0)	0,1±0,44 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,203	0,064	0,288	0,966	0,496	0,07	0,149	-	-	-
Eğitim durumu										
İlköğretim	2,86±1,96 3(2-4)	0,93±1,33 0(0-2)	0,21±0,58 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,29±1,68 0(0-3)	0,36±0,93 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Lise ve Üzeri	2,74±1,86 3(2-4)	0,83±1,29 0(0-2)	0,33±0,92 0(0-0)	0,15±0,6 0(0-0)	0,02±0,15 0(0-0)	0,93±1,68 0(0-2)	0,13±0,5 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,662	0,829	0,988	0,331	0,581	0,361	0,334	-	-	-

Çizelge 4.3.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrı düzeyi ortancasının dağılımı

Ameliyat türü	4,87±1,64	2,2±1,52	1,07±1,44	0,47±0,99	0,07±0,26	2,13±2,36	0,4±0,83	0±0	0±0	0±0
Açık	5(4-6)	3(0-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	2(0-4)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Laparoskopik	2,07±1,34	0,4±0,81	0,04±0,21	0±0	0±0	0,64±1,19	0,11±0,53	0±0	0±0	0±0
	2(1-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0	0	0	0,002	0,083	0,011	0,069	-	-	-
Yaş										
İstatistiksel Analiz r(p)**	-0,108 (0,411)	-0,063 (0,635)	-0,245 (0,059)	-0,352 (0,006)	-0,200 (0,126)	0,064 (0,625)	0,082 (0,532)	-	-	-

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.3. incelendiğinde; ameliyat bölgesinde ağrı, yatak içi hareket ederken ağrı ve giyim sırasında ağrı ortancaları bakımından cinsiyet, ameliyat öyküsü, eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadınlarda taburcu oldukları gündeki mobilizasyon sırasında ağrı ortancası erkeklere göre daha yüksektir($p<0,05$). Yaş ile 3. haftadaki giyinme sırasında hissedilen ağrı ortancası arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).Ameliyat bölgesinde ağrı, yatak içi hareket ederken,mobilizasyon sırasında ağrı ve giyim sırasında ağrı ortancaları bakımından ameliyat yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Açık apendektomi ameliyatı olan hastalar laparoskopik yöntem ile ameliyat olan hastalara göre daha fazla ağrı yaşamaktadır.

Çizelge 4.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beslenme ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Yemek yemede güçlük					Bulantı kusma					İştahsızlık				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	0,1±0,4 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,03±2,01 0(0-0)	0,53±1,2 0(0-0)	0,47±1,04 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,4±2,03 0(0-3)	0,7±1,26 0(0-1)	0,17±0,53 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Erkek	0,2±1,1 0(0-0)	0,23±0,63 0(0-0)	0,07±0,25 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,2±0,76 0(0-0)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,57±1,28 0(0-0)	0,1±0,4 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,584	0,151	0,154	-	-	0,060	0,044	0,011	0,154	-	0,074	0,017	0,289	0,154	-
Ameliyat öyküsü															
Evet	0,42±1,43 0(0-0)	0,32±0,75 0(0-0)	0,05±0,23 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,11±2,05 0(0-3)	0,47±1,07 0(0-0)	0,21±0,63 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,26±2,1 0(0-2)	0,47±1,07 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Hayır	0,02±0,16 0(0-0)	0,05±0,22 0(0-0)	0,02±0,16 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,39±1,24 0(0-0)	0,22±0,82 0(0-0)	0,24±0,83 0(0-0)	0,1±0,44 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,85±1,54 0(0-1)	0,37±0,94 0(0-0)	0,1±0,37 0(0-0)	0,05±0,31 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,171	0,131	0,574	-	-	0,094	0,146	0,951	0,332	-	0,645	0,697	0,797	0,574	-

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beslenme ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu	0,5±1,61	0,43±0,76	0,14±0,36	0±0	0±0	0,79±1,63	0,14±0,53	0,07±0,27	0±0	0±0	1,57±2,03	0,36±0,63	0,07±0,27	0±0	0±0
İlköğretim	0(0-0)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0,5(0-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Lise ve üzeri	0,04±0,29	0,04±0,29	0±0	0±0	0±0	0,57±1,56	0,35±0,99	0,28±0,86	0,09±0,41	0±0	0,8±1,61	0,41±1,07	0,11±0,43	0,09±0,41	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,071	0,002	0,010	-	-	0,490	0,531	0,626	0,431	-	0,077	0,400	0,968	0,431	-
Ameliyat türü	0,4±1,55	0,13±0,52	0±0	0±0	0±0	0,6±1,68	0,4±1,12	0,27±0,7	0,13±0,52	0±0	1,87±2,29	0,8±1,52	0,33±0,72	0,13±0,52	0±0
Açık	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-4)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Laparoskopik	0,07±0,33	0,13±0,46	0,04±0,21	0±0	0±0	0,62±1,54	0,27±0,84	0,22±0,79	0,04±0,3	0±0	0,69±1,41	0,27±0,69	0,02±0,15	0,04±0,3	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,701	0,817	0,410	-	-	0,869	0,783	0,646	0,410	-	0,054	0,249	0,016	0,410	-
Yaş	0,125	0,042	0,075	-	-	0,059	-0,008 (0,954)	-0,129	-0,169	-	0,051	-0,03	-0,095	-0,021	-
İstatistiksel Analiz r(p)**	(0,343)	(0,749)	(0,568)			(0,656)		(0,325)	(0,196)		(0,700)	(0,821)	(0,472)	(0,871)	

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.4. incelendiğinde; yaş ile yemek yemede güçlük, bulantı kusma ve iştahsızlık ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İlköğretim ve altı mezunu olan hastalar ameliyat sonrası 1. hafta ve 2. haftada lise ve üzeri mezunu olan hastalara göre yemek yemede daha fazla güçlük yaşamaktadır ($p<0,05$). Kadın hastalarda ameliyat sonrası 1. hafta ve 2. haftada erkek hastalara göre daha fazla bulantı kusma görülmektedir ($p<0,05$). Kadın hastalarda ameliyat sonrası 1. haftada iştahsızlık erkek hastalara göre daha yüksek görülmüştür ve açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası 2. haftadaki iştahsızlık ortancası laparoskopik ameliyat olanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre günlük aktiviteler ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Diş fırçalama					Saç tarama					Banyo yapma				
	Tbc*** (Ort±ss) (Med)	Gün 1. Hft (Ort±ss) (Med)	2.Hft (Ort±ss) (Med)	3.Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2.Hft (Ort±ss) (Med)	3.Hft (Ort±ss) (Med)	4.Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3.Hft (Ort±ss) (Med)	4.Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	0,8±1,63 0(0-1)	0,1±0,4 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,83±1,76 0(0-1)	0,1±0,4 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,6±1,3 0(0-0)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Erkek	0,47±1,28 0(0-0)	0,07±0,25 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,43±1,22 0(0-0)	0,07±0,25 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,63±1,33 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,244	0,973	-	-	-	0,223	0,973	-	-	-	-	0,941	0,557	-	-
Ameliyat öyküsü															
Evet	0,95±1,68 0(0-3)	0,11±0,32 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,89±1,63 0(0-2)	0,11±0,32 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,84±1,46 0(0-3)	0,21±0,63 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Hayır	0,49±1,34 0(0-0)	0,07±0,35 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,51±1,47 0(0-0)	0,07±0,35 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,51±1,23 0(0-0)	0,05±0,31 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,306	0,44	-	-	-	0,328	0,44	-	-	-	-	0,362	0,185	-	-

Çizelge 4.5.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre günlük aktiviteler ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu	0,57±1,22	0±0	0±0	0±0	0±0	0,57±1,22	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	0,86±1,46	0,29±0,73	0±0	0±0
İlköğretim	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Lise ve üzeri	0,65±1,54	0,11±0,38	0±0	0±0	0±0	0,65±1,61	0,11±0,38	0±0	0±0	0±0	0±0	0,54±1,26	0,04±0,29	0±0	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,94	0,258	-	-	-	0,92	0,258	-	-	-	-	0,374	0,071	-	-
Ameliyat türü	1,33±2,26	0,2±0,56	0±0	0±0	0±0	1,4±2,44	0,2±0,56	0±0	0±0	0±0	0±0	1,53±1,81	0,4±0,83	0±0	0±0
Açık	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Laparoskopik	0,4±1,01	0,04±0,21	0±0	0±0	0±0	0,38±0,96	0,04±0,21	0±0	0±0	0±0	0±0	0,31±0,92	0±0	0±0	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,101	0,221	-	-	-	0,096	0,221	-	-	-	-	0,002	0,002	-	-
Yaş İstatistiksel Analiz r(p)**	-0,020 (0,878)	-0,132 (0,314)	-	-	-	-0,016 (0,902)	-0,132 (0,314)	-	-	-	-	0,026 (0,844)	0,19 (0,146)	-	-

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.5.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre günlük aktiviteler ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Kendi kendine giyinebilme					Tuvalete girme				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet										
Kadın	2,97±1,73 3(2-4)	0,53±0,94 0(0-1)	0,13±0,51 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,17±1,91 0(0-2)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Erkek	2,3±2,14 2(0-4)	0,63±1,19 0(0-0)	0,3±0,79 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,73±1,26 0(0-2)	0,33±0,92 0(0-0)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,141	0,842	0,378	0,531	-	0,469	0,091	0,317	-	-
Ameliyat öyküsü										
Evet	3,21±2,39 3(2-5)	1,11±1,41 0(0-3)	0,32±0,75 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,16±1,46 0(0-2)	0,42±1,12 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Hayır	2,37±1,68 2(2-4)	0,34±0,76 0(0-0)	0,17±0,63 0(0-0)	0,12±0,46 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,85±1,7 0(0-2)	0,1±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,203	0,028	0,336	0,23	-	0,187	0,278	0,142	-	-
Eğitim durumu										
İlköğretim	2,86±1,96 3(2-4)	0,86±1,29 0(0-2)	0,29±0,73 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1±1,52 0(0-2)	0,36±0,84 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Lise ve üzeri	2,57±1,97 2(2-4)	0,5±0,98 0(0-0)	0,2±0,65 0(0-0)	0,11±0,43 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,93±1,67 0(0-2)	0,15±0,67 0(0-0)	0,04±0,29 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)

Çizelge 4.5.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre günlük aktiviteler ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

İstatistiksel Analiz(p*)	0,459	0,322	0,568	0,331	-	0,794	0,118	0,581	-	-
Ameliyat türü										
	4,33±2,16	1,73±1,33	0,87±1,13	0,33±0,72	0±0	1,87±2,29	0,53±1,13	0,13±0,52	0±0	0±0
Açık	4(2-6)	2(0-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	2(0-3)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
	2,07±1,53	0,2±0,59	0±0	0±0	0±0	0,64±1,21	0,09±0,47	0±0	0±0	0±0
Laparoskopik	2(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,000	0,000	0,000	0,002	-	0,029	0,014	0,083	-	-
Yaş										
	-0,051	0,031	-0,01	-0,163	-	0,075	0,066	0,072	-	-
İstatistiksel Analiz r(p)**	(0,701)	(0,812)	(0,939)	(0,214)	-	(0,570)	(0,617)	(0,587)	-	-

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.5. incelendiğinde; açık apendektomi ameliyatı olan hastalar laparoskopik apendektomi ameliyat olan hastalara göre banyo yapmada, kendi kendine giyinebilmede ve tuvalete gitmede daha fazla güçlük yaşamaktadır($p<0,05$). Yaş ile diş fırçalama, saç tarama, banyo yapmada, kendi kendine giyinebilmede ve tuvalete gitmede yaşanan güçlük ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Daha önce ameliyat öyküsü olan hastalar ameliyat sonrası 1. haftada ameliyat öyküsü olmayan hastalara göre kendi kendine giyinebilme de daha fazla güçlük yaşamaktadır.

Çizelge 4.6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hareket / mobilizasyon ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Yatak içi hareket sırasında güçsüzlük					Mobilizasyon sırasında güçsüzlük					Oturup kalkma sırasında güçsüzlük				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	3,57±1,3	1,67±1,27	0,63±0,96	0,27±0,74	0,03±0,1 8	3,83±1,29	1,73±1, 08	0,53±0,8 2	0,2±0,66	0,03±0,1 8	3,77±1,45	2,17±0,91	1±1,23	0,37±0,89	0,03±0,18
	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-5)	2(2-3)	0,5(0- 2)	0(0-0)	0(0-0)
Erkek	3,13±1,36	1,67±1,47	0,9±1,06	0,2±0,61	0,13±0,5 7	3,17±1,34	1,63±1, 3	0,83±1,0 9	0,27±0,6 4	0,1±0,4	3,47±1,41	2,23±1,25	1,17±1, 29	0,6±0,86	0,03±0,18
	3(2-4)	1,5(0-3)	0,5(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(2-4)	2(0-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-5)	2(2-3)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,308	0,958	0,315	0,691	0,544	0,033	0,771	0,355	0,483	0,544	0,482	0,618	0,604	0,117	1
Ameliyat öyküsü															
Evet	3,47±1,22	1,79±1,47	0,84±1,17	0,32±0,75	0,05±0,2 3	3,68±1,29	1,74±1,19	0,53±0,96	0,21±0,63	0,05±0,23	3,79±1,23	2,26±1,19	0,95±1,27	0,26±0,65	0,05±0,2 3
	3(3-4)	2(0-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-5)	2(1-3)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	4(3-5)	2(2-3)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)
Hayır	3,29±1,4	1,61±1,32	0,73±0,95	0,2±0,64	0,1±0,49	3,41±1,38	1,66±1,2	0,76±0,97	0,24±0,66	0,07±0,35	3,54±1,52	2,17±1,05	1,15±1,26	0,59±0,95	0,02±0,1 6
	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(2-3)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,433	0,654	0,951	0,503	0,966	0,275	0,76	0,248	0,706	0,966	0,335	0,728	0,498	0,13	0,574

Çizelge 4.6. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hareket / mobilizasyon ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu															
	3,21±1,58	2,21±1,42	1,14±1,1	0,29±0,73	0,14±0,36	3,36±1,22	2±1,24	1,21±1,12	0,21±0,58	0,14±0,53	3,29±1,44	2,36±0,93	1,14±1,23	0,43±0,85	0±0
İlköğretim	3(3-4)	2(1-3)	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-3)	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(2-3)	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)
	3,39±1,27	1,5±1,31	0,65±0,97	0,22±0,66	0,07±0,44	3,54±1,39	1,59±1,17	0,52±0,86	0,24±0,67	0,04±0,21	3,72±1,42	2,15±1,13	1,07±1,27	0,5±0,89	0,04±0,21
Lise ve üzeri	3(3-4)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-5)	2(2-3)	0(0-2)	0(0-1)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,956	0,082	0,089	0,73	0,079	0,862	0,228	0,021	0,941	0,644	0,59	0,355	0,727	0,603	0,431
Ameliyat türü															
	4,33±1,91	2,87±1,19	1,67±1,11	0,8±1,08	0,33±0,82	4,6±1,64	2,8±0,94	1,67±1,11	0,8±1,08	0,27±0,59	4,8±1,78	2,93±1,22	1,93±1,71	1,2±1,3	0,07±0,26
Açık	5(3-5)	3(2-4)	2(1-3)	0(0-2)	0(0-0)	5(3-6)	3(2-4)	2(1-3)	0(0-2)	0(0-0)	5(5-6)	3(3-4)	2(0-3)	1(0-2)	0(0-0)
	3,02±0,89	1,27±1,18	0,47±0,79	0,04±0,3	0±0	3,13±1,01	1,31±1,02	0,36±0,65	0,04±0,21	0±0	3,22±1,04	1,96±0,93	0,8±0,92	0,24±0,48	0,02±0,15
Laparoskopik	3(3-3)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	1(0-2)	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	3(3-4)	2(2-2)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,002	0,000	0,000	0,000	0,002	0,002	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,001	0,015	0,004	0,41
Yaş															
İstatistiksel Analiz	-0,241	-0,084	-0,084	-0,130	-0,006	-0,249	-0,204	-0,058	-0,053	0,104	-0,217	-0,167	-0,149	-0,147	-0,021
r(p)**	(0,063)	(0,524)	(0,523)	(0,321)	(0,965)	(0,055)	(0,118)	(0,662)	(0,689)	(0,429)	(0,095)	(0,203)	(0,255)	(0,264)	(0,871)

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

*** Taburculuk

Çizelge 4.6.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hareket / mobilizasyon ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Merdiven inip çıkma					Ağır ev işi yapma					Egzersiz				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	1,7±1,84	0,3±0,75	0,13±0,5 7	0,1±0,4	0,1±0,55	0,13±0,7 3	1±1,62	1,3±1,7	0,83±1,29	0,67±1,18	0,1±0,55	0,03±0,18	0±0	0±0	0±0
	1(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-3)	0(0-2)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Erkek	1,47±1,76	0,4±0,93	0,1±0,4	0±0	0±0	0±0	0,23±0,97	0,3±0,95	0,13±0,51	0±0	0±0	0,4±1,3	0,47±1,2 2	0,23±0,73	0±0
	1(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,567	0,9	0,986	0,154	0,317	0,317	0,023	0,007	0,009	0,003	0,317	0,281	0,04	0,078	-
Ameliyat öyküsü															
Evet	1,32±1,92	0,47±0,96	0±0	0±0	0±0	0,21±0,92	1,21±1,72	0,95±1,65	0,47±0,96	0,37±0,9	0±0	0±0	0,21±0,92	0,16±0,69	0±0
	0(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-3)	0(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Hayır	1,71±1,74	0,29±0,78	0,17±0,59	0,07±0,35	0,07±0, 47	0±0	0,34±1,11	0,73±1,38	0,49±1,08	0,32±0,91	0,07±0, 47	0,32±1, 13	0,24±0,89	0,1±0,44	0±0
	2(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,347	0,508	0,163	0,332	0,496	0,142	0,014	0,691	0,946	0,726	0,496	0,163	0,797	0,916	-

Çizelge 4.6.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hareket / mobilizasyon ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu															
İlköğretim	1,14±1,66 0(0-3)	0,43±0,76 0(0-1)	0,07±0,27 0(0-0)	0,07±0,27 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,57±1,99 0(0-4)	1,43±1,79 0(0-3)	0,64±1,08 0(0-2)	0,5±1,02 0(0-0)	0,21±0,8 0(0-0)	0,07±0,27 0(0-0)	0,29±1,07 0(0-0)	0,21±0,8 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Lise ve üzeri	1,72±1,82 2(0-3)	0,33±0,87 0(0-0)	0,13±0,54 0(0-0)	0,04±0,29 0(0-0)	0,07±0,44 0(0-0)	0,09±0,59 0(0-0)	0,33±0,99 0(0-0)	0,61±1,31 0(0-0)	0,43±1,03 0(0-0)	0,28±0,86 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,26±1,06 0(0-0)	0,22±0,84 0(0-0)	0,09±0,41 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,306	0,269	0,968	0,384	0,581	0,581	0,005	0,064	0,408	0,329	0,07	0,984	0,903	0,644	-
Ameliyat türü															
Açık	2,07±2,37 0(0-4)	0,53±1,13 0(0-0)	0,13±0,52 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,87±1,81 0(0-0)	1,47±1,92 0(0-3)	1,07±1,44 0(0-2)	0,33±0,9 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Laparoskopik	1,42±1,54 2(0-3)	0,29±0,73 0(0-0)	0,11±0,49 0(0-0)	0,07±0,33 0(0-0)	0,07±0,45 0(0-0)	0,09±0,6 0(0-0)	0,53±1,22 0(0-0)	0,58±1,22 0(0-0)	0,29±0,79 0(0-0)	0,33±0,9 0(0-0)	0,07±0,45 0(0-0)	0,29±1,08 0(0-0)	0,31±1,02 0(0-0)	0,16±0,6 0(0-0)	0±0 0(0-0)
(İstatistiksel Analiz(p*))	0,388	0,571	0,984	0,41	0,564	0,564	0,676	0,07	0,019	0,988	0,564	0,236	0,236	0,309	-
Yaş	-0,151 (0,248)	0,107 (0,417)	0,004 (0,973)	0,06 (0,650)	-0,038 (0,775)	-0,166 (0,206)	0,269 (0,038)	0,226 (0,083)	0,147 (0,263)	0,300 (0,020)	0,124 (0,344)	-0,213 (0,101)	-0,028 (0,833)	0,047 (0,722)	-
(İstatistiksel Analiz) r(p)**															

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.6. incelendiğinde; açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda yatak içi hareket ederken, mobilizasyon sırasında, oturup kalkma sırasında ve ağır ev işlerini yapma sırasında yaşanan güçlük ortancası laparoskopik ameliyat olan hastalara göre daha yüksektir($p<0,05$). İlköğretim ve altı mezunu olan hastalar ameliyat sonrası 2. haftada lise ve üzeri mezunu olan hastalara göre mobilizasyon sırasında daha fazla güçlük yaşamaktadır($p<0,05$). Kadın hastalarda ameliyat sonrası 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta ve 4. haftadaki ağır ev işlerini yapmada yaşanan güçlük ortancası erkek hastalara göre, daha önce ameliyat olan hastalarda ameliyat sonrası 1. haftadaki ağır ev işlerini yapmada yaşanan güçlük ortancası daha önce ameliyat olmayan hastalara göre, ilköğretim ve altı mezunu olanlarda ameliyat sonrası 1. haftadaki ağır ev işlerini yapmada yaşanan güçlük ortancası lise ve üzeri mezunu olan hastalara göre daha yüksektir($p<0,05$). Erkek hastalarda ameliyat sonrası 2. haftadaki egzersiz yaparken yaşanan güçlük düzeyi kadın hastalara göre daha yüksektir($p<0,05$).

Çizelgede belirtilmemekle birlikte; ilköğretim ve altı mezunu olan hastaların ameliyat sonrası 1. haftadaki işe gitmede yaşadığı güçlük lise ve üzeri mezunu olan hastalara göre daha yüksektir ve açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası 3. haftada işe gitmede yaşadığı güçlük laparoskopik ameliyat olan hastalara göre daha yüksektir($p<0,05$). Araba kullanma ve sosyal aktiviteleri yerine getirmede yaşanan güçlük düzeyi ortancaları bakımından cinsiyet, ameliyat öyküsü, eğitim durumu, ameliyat yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$)(Ek Çizelge 1).

Ayrıca açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda taburcu oldukları gündeki uykudan sık sık uyanma düzeyi laparoskopik ameliyat olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir($p<0,05$). Ayrıca yaş ile ameliyat sonrası 2. haftadaki uykudan sık sık uyanma ortancaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). İlköğretim ve altı mezunu olan hastalarda ameliyat sonrası 3. haftada lise ve üzeri mezun olan hastalara göre uyku süresinde artış daha fazladır($p<0,05$)(Ek Çizelge 2).

Çizelge 4.7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beden imajı ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme					Yara yerini saklama isteği				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet										
Kadın	0,73±1,8 0(0-0)	2,03±1,83 2(0-3)	1,97±1,9 2(0-3)	1,47±1,78 0(0-3)	1,23±1,65 0(0-3)	0,1±0,55 0(0-0)	0,4±1,07 0(0-0)	0,43±1,19 0(0-0)	0,27±0,87 0(0-0)	0,23±0,73 0(0-0)
Erkek	0,13±0,73 0(0-0)	0,57±1,17 0(0-0)	0,7±1,29 0(0-2)	0,43±1,17 0(0-0)	0,27±0,74 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,13±0,73 0(0-0)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,086	0,000	0,004	0,007	0,007	0,317	0,040	0,094	0,297	0,078
Ameliyat öyküsü										
Evet	0,58±1,8 0(0-0)	1,05±1,61 0(0-2)	1,11±1,66 0(0-2)	0,68±1,53 0(0-0)	0,58±1,26 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,21±0,92 0(0-0)	0,58±1,46 0(0-0)	0,42±1,07 0(0-0)	0,37±0,9 0(0-0)
Hayır	0,37±1,18 0(0-0)	1,41±1,73 0(0-2)	1,44±1,78 0(0-3)	1,07±1,6 0(0-2)	0,83±1,41 0(0-2)	0,07±0,47 0(0-0)	0,2±0,71 0(0-0)	0,15±0,65 0(0-0)	0,05±0,31 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,879	0,417	0,454	0,346	0,453	0,496	0,811	0,272	0,054	0,010

Çizelge 4.7.(devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre beden imajı ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu										
İlköğretim	0,79±2,08 0(0-0)	1,36±1,6 1(0-2)	1,29±1,86 0(0-2)	1±1,71 0(0-2)	0,64±1,15 0(0-1)	0±0 0(0-0)	0,29±1,07 0(0-0)	0,64±1,65 0(0-0)	0,43±1,16 0(0-0)	0,21±0,8 0(0-0)
Lise ve üzeri	0,33±1,12 0(0-0)	1,28±1,73 0(0-3)	1,35±1,72 0(0-3)	0,93±1,55 0(0-2)	0,78±1,43 0(0-1)	0,07±0,44 0(0-0)	0,17±0,68 0(0-0)	0,17±0,68 0(0-0)	0,09±0,41 0(0-0)	0,09±0,41 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,502	0,659	0,884	0,974	0,930	0,581	0,887	0,470	0,182	0,644
Ameliyat türü										
Açık	1,07±2,28 0(0-0)	2,33±1,99 2(0-4)	2,13±2,1 2(0-3)	1,6±1,92 0(0-4)	1,07±1,58 0(0-2)	0,2±0,77 0(0-0)	0,47±1,25 0(0-0)	0,67±1,59 0(0-0)	0,4±1,12 0(0-0)	0,2±0,77 0(0-0)
Laparoskopik	0,22±0,88 0(0-0)	0,96±1,45 0(0-2)	1,07±1,53 0(0-2)	0,73±1,4 0(0-0)	0,64±1,28 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,11±0,53 0(0-0)	0,16±0,67 0(0-0)	0,09±0,42 0(0-0)	0,09±0,42 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,112	0,013	0,065	0,078	0,264	0,083	0,214	0,127	0,221	0,701
Yaş										
İstatistiksel Analiz	0,033 (0,803)	-0,119 (0,366)	-0,144 (0,271)	-0,125 (0,341)	-0,152 (0,246)	-0,087 (0,511)	0,047 (0,719)	0,197 (0,130)	0,097 (0,463)	-0,009 (0,946)
r(p) **										

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

Çizelge 4.7. incelendiğinde; kadın hastalarda ameliyat sonrası 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta ve 4. haftadaki yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme düzeyi erkek hastalara göre ve açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası 1. haftadaki yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme ortancaları laparoskopik apendektomi ameliyatı olan hastalara göre daha yüksektir($p<0,05$). Kadın hastalarda ameliyat sonrası 1. haftadaki yara yerini saklama ortancası erkek hastalara göre ve daha önce ameliyat olanların 4. haftadaki yara yerini saklama ortancası daha önce ameliyat olmayanlara göre daha yüksektir($p<0,05$).

Hastaların hiçbirisi ev içinde çalışırken güçlük ve yemek yeme sırasında ağrı yaşamadığı için istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

5.TARTIŞMA

Cerrahi girişimler alandaki küresel gelişmeler, teknolojik ilerlemeler ve hastanın kliniğe yatmasıyla başlayan ve taburculuk sonrasına kadar uzanan süreçte hasta bakımındaki gelişmeler ile popülaritesi artan ve yaygın olarak uygulanan tedavi yöntemidir(Erdil ve Elbaş, 2008).Apendektomi, gastrointestinal sistem cerrahisinde dünya çapında en yaygın uygulanan cerrahisidir(Gomes ve ark.,2015).Literatür incelendiğinde cerrahi girişim sonrası hastaların çoğunlukla ağrı, mobilizasyon sırasında ağrı, bulantı-kusma, egzersiz sırasında güçlük yaşadıkları görülmektedir(Katkhoua ve ark.,2005; İzveren ve Dal, 2011; Adib-Hajbaghery ve ark., 2013; Ribeiro ve ark.,2014; Shahdadi ve ark.,2015; Kumar ve ark., 2016).Literatürde apendektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları güçlüklerin tamamını kapsayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, apendektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $33,80 \pm 12,57$ ve % 50'si kadındır. Literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde apendektomi ameliyatı en sık 15 ile 65 yaşları arasında görülmektedir (Eriksen ve ark.,2009; Geetha ve ark.,2009; Shaikh ve ark.,2009; Tzovaras ve ark.,2010; Ribeiro ve ark.,2014; Horvarth ve ark.,2017; Kalas ve ark.,2019; Kathare ve ark.,2019; Di Saverio ve ark.,2020). Çalışmamızda hastaların %91,7'si hastanede 1 gün kalmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde apendektomi geçiren hastaların hastanede kalış günü ortalama 1 ile 3 gündür (Çelik ve Erbil,2019; Eriksen ve ark.,2009; Wijkerslooth ve ark.,2021). Bulgularımıza göre apendektomi ameliyatı uygulanan hastaların yaş ortalaması ve hastanede kalış günü benzerlik göstermektedir.

Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği uygulama kılavuzlarına göre, cerrahi geçirmiş hastada akut ağrı cerrahi girişimden sonra mevcut olan ağrı olarak tanımlanmaktadır (American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management,2012). Apendektomi ameliyatı sonrası hastaların ağrısı primer olarak cerrahi insizyon yerine bağlıdır(Ribeiro ve ark.,2014).Araştırmamızda hastaların ameliyat bölgesinde, yatak içi hareket ederken ve mobilizasyon sırasında, giyinme sırasında ve kişisel hijyen sırasında ağrı yaşadıkları ve ağrı düzeylerinin zaman içerisinde anlamlı derecede azaldığı görülmektedir ($p<0,05$).

Literatürde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde cerrahi işlem sonrası hastalar ameliyat bölgesinde (Eriksen ve ark.,2009; Karahan ve ark.,2010; İzveren ve Dal,2011; Dal ve ark.,2012; Ayhan ve Kurşun, 2017; Aydoğdu, 2020) yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme hareketini gerçekleştirirken, yataktan kalkarken (Yılmaz ve Gürler,2011; Yolcu ve ark.,2016; Ayhan ve Kurşun,2017); mobilize olurken (Karahan ve ark.,2010; Aydoğdu,2020) zorluk ve ağrı yaşamaktadır.

Çalışmamızda açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat bölgesinde ağrı özellikle yatak içi hareket ederken, mobilizasyon ve giyinme sırasında daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$).Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde açık apendektomi ameliyatı sonrası ağrı düzeyi laparoskopik ameliyata göre daha yüksektir (Geetha ve ark.,2009; Li ve ark.,2010; Shirazi ve ark.,2010; Batajoo ve Hazra,2012; Kalas ve ark.,2019; Alsoueni ve ark.,2020). Yapılan farklı cerrahi ameliyatlarda da açık yöntemin laparoskopik yöntemle göre ağrı düzeyi daha yüksek bulunmuştur(Papachristou ve ark.,2002; Pokorny ve ark.,2006; Rafiq ve Khan,2016; Bullen ve ark.,2019).Açık apendektomi ameliyatında hastaların daha fazla ağrı yaşamasının cerrahi insizyon hattının geniş olması ve doku hasarının laparoskopik yöntemle göre daha fazla olması, daha fazla dikiş bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, abdominal cerrahi işlemlerden sonra hastaların yaşadığı yaygın ve istenmeyen semptomlardır (Gan ve ark., 2014; Robleda ve ark., 2015). Ameliyat sonrası hastaların aldıkları anestezi(Coluzzi ve ark.,2012; Gan ve ark.,2014; Milnes ve ark.,2015), opioid ilaçlar (Smith ve Laufer, 2014), şiddetli ağrı (Öbrink ve ark.,2015) ve anksiyete bulantı ve kusma görülme sıklığını arttırmaktadır. Ayrıca ameliyat sonrası dönemde hastalarda vücudun verdiği fizyolojik yanıt olarak iştah kaybı görülebilmektedir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (2009), yaptıkları çalışmada iştahı stimüle edici hormon olan asillenmiş ghrelin düzeylerinin, serumda ve tükürükte en yaygın olarak apandisit gibi inflamatuvar hastalık durumlarında azaldığı ve dolayısıyla iştah kaybına neden olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı-kusma ve iştahsızlık yaşadıkları ve bu sorunun zaman içerisinde anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Literatürde hastaların ameliyat sonrası dönemde bizim çalışmamıza benzer şekilde bulantı kusma (İzveren ve Dal,2011; Aydoğdu,2020; Khadilkar ve ark.,2020; Melese Ayele,2021) ve iştahsızlık (Urbach ve ark.,2005; Melese Ayele,2021) yaşadığı bulunmuştur. Çalışmamızda kadın hastalarda ameliyat sonrası bulantı kusma ve iştahsızlık daha fazla

görülmüştür. Çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın cinsiyeti bulantı kusma için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Nursal ve ark.,2003; Salazar-Parra ve ark.,2020; Melese Ayele,2021).

Ameliyat sonrası dönemde hastalar ağrı, yorgunluk, yetersiz enerjiye sahip olma gibi pek çok nedenden dolayı günlük aktivitelerini yerine getirirken güçlük yaşamaktadır. Çalışmamızda hastaların kişisel hijyenlerini sağlarken ve giyinirken ağrı yaşadığı ve bu nedenle günlük yaşamda güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Özellikle insizyon yerinin abdominal bölgede yer alması da hastaların güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda hastaların diş fırçalama ve saç tarama, kendi kendine giyinebilme, banyo yapma ve tuvalete gitme durumlarında güçlük yaşadıkları ve bu güçlüklerin zaman içerisinde anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir($p<0,05$). Literatür incelendiğinde bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların ameliyat sonrası banyo yapma (Aydoğdu,2020); kendi kendine giyinebilme (Karahana ve ark.,2010; Aydoğdu,2020); tuvalete gitme(Karahana ve ark.,2010) ve kişisel bakımlarını yerine getirme (Nilsson ve ark.,2019) sırasında güçlük yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamızda açık apendektomi ameliyatı olan hastalar banyo yapma, tuvalete gitme ve kendi kendine giyinebilme sırasında daha fazla güçlük yaşamaktadır. Bunun nedeninin cerrahi insizyon hattının açık apendektomi ameliyatında daha geniş olması ve insizyon bölgesinin lokasyonundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde hareket ederken yaşadıkları güçlüklerin azaltılması, fiziksel aktivite düzeylerinin artmasına ve hastaların günlük yaşamlarına hızlı şekilde dönmelerine yol açar. Bu durum ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların azalmasını, erken taburculuğu ve hastane masraflarının azalmasını sağlar (Do Nascimento Junior ve ark.,2014; Feldheiser ve ark.,2016). Çalışmamızda hastaların günlük yaşamda aktif olarak yaptıkları yatak içi hareket, mobilizasyon, oturup kalkma, merdiven inip çıkma, ağır ev işlerini yapma ve egzersiz ve araba kullanma sırasında güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların yatak içi hareket ederken (Yolcu ve ark.,2016), oturup kalkma sırasında (Fanneby ve ark.,2006), merdiven inip çıkarken (Karahana, 2010; Aydoğdu,2020), ağır ev işlerini yaparken (Karahana,2010; Aydoğdu,2020) güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Hastaların yatak içinde hareket ve mobilizasyon sırasında güçlük yaşama nedenlerinin cerrahi insizyon ve ağrı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda kadın hastaların, daha önce ameliyat olan hastaların, ilköğretim ve altı mezunu olan hastaların ve açık apendektomi ameliyatı olan hastaların ağır

ev işlerini yapmada yaşadığı güçlük düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ağır ev işlerini yapmada kadınların daha aktif rol oynaması ve ilköğretim ve altı mezun hastaların ev işi yapmaya daha erken süreçte başlamaları nedeniyle güçlük yaşadıkları düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası hastalar cerrahi insizyon hattının abdominal bölgede yer alması ve yara iyileşme süreci nedeniyle sosyal yaşamlarını devam ettirmekte güçlük yaşamaktadır. Literatürde operasyon yöntemine göre farklılık göstermekle birlikte işe tekrar başlama süresi ortalama 10-30 gündür (Liem ve ark, 1997; Wei ve ark,2010; Wei ve ark.,2011; Rashid ve ark,2013; Kathare ve ark.,2019; Khadilkar ve ark.,2020). Çalışmamızda açık apendektomi ameliyatı olan hastalar işe gitmekte daha fazla güçlük yaşamaktadır. Literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup laparoskopik yöntemle yapılmış cerrahilerde (ortalama 7-21 gün) işe geri dönüşün açık cerrahi yöntemle (ortalama 12-33 gün) göre daha hızlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Liem ve ark, 1997; Wei ve ark,2010; Wei ve ark.,2011; Rashid ve ark,2013; Kathare ve ark.,2019; Khadilkar ve ark.,2020). Çalışmamızı yürüttüğümüz hastanede apendektomi ameliyatı sonrası çalışan hastalar için taburculuktan itibaren evde istirahat edebilmeleri için ortalama 10 gün rapor verilmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde uyku düzenleri ameliyat bölgesindeki ağrı, çevresel faktörler, anksiyete ve ameliyat sırasında hastalara verilen anestezi gibi pek çok nedenden etkilenmektedir (Rampes ve ark,2019). Ameliyat sonrası süreçte uyku düzeninin sağlanması ve uyku kalitesinin artırılması yara iyileşme süreci, ağrı eşiğinin artırılması, fiziksel yorgunluk, psikolojik rahatsızlıkların ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların azaltılmasını sağlamaktadır (Song ve ark,2020;Su ve Wang, 2018). Çalışmamızda hastaların uykudan sık sık uyanma, uykuya dalmada güçlük, uyku süresinde azalma ve uyku süresinde artma sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Urbach ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada bizim çalışmamız benzer şekilde abdominal cerrahi sonrası hastaların %33'ü uykuya dalmada güçlük yaşarken, %62'sinin uykudan sık sık uyandıkları bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası uyku kalitesinin ameliyat öncesi bulgulara göre göreceli olarak düşük olduğu bulunmuştur (Bisgaard ve ark,2002; Gögenur ve ark.,2009).

Cerrahi girişim beden imajı için risk faktörüdür. Beden imajında cerrahiye bağlı memnuniyetsizlik hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda kadın

hastalarda ve açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme düzeyi daha yüksektir. Literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde ameliyat sonrası kozmetik açıdan hasta memnuniyetini etkileyen bileşenlerden birinin kadın cinsiyeti olduğu bulunmuştur (Liang ve ark.2013; Rafiq ve Khan,2016). Hastaların ameliyat sonrası 1. haftada rahatsızlık hissetmesinin nedeni olarak dikişlerin görünür olması olduğu düşünülmektedir. Literatürde açık yöntem ve laparoskopik yöntem ile yapılan cerrahi girişimlerin beden imajı ve kozmetik açıdan karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde laparoskopik yöntemin açık yöntemle göre daha avantajlı olduğu sonucu bulunmuştur (Wei ve ark,2010; Rafiq ve Khan,2016). Açık yöntem ile yapılan apendektomi ameliyatında cerrahi insizyon hattının daha büyük olması ve insizyon yerinin lokasyonundan kaynaklı hastaların memnuniyet düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Hastanın perioperatif eğitim süreç hazırlığı ve hastaya özgü taburculuk planlaması etkin şekilde yapılmadığında hastalar evde pek çok sorun ve güçlük yaşamaktadır. Hemşireler hastaların kliniğe kabul edilmesiyle birlikte hastayı taburculuğa hazırlarken evde yaşayabileceği güçlükleri hasta eğitimi ve taburculuk planlamasına entegre etmelidir. Apendektomi ameliyatı acil cerrahi girişim gerektirdiği için bu hasta grubu etkin preoperatif hemşirelik bakımı alamamaktadır, ameliyat sürecine hazırlanamamaktadır. Hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin kısa olması da evde güçlük yaşamalarına zemin oluşturmaktadır.

Taburculuk sonrası poliklinik hemşirelerinin görev ve sorumluluklarından biri bakım ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için hastaların izlenmesi ve hasta eğitimidir (Tabish,2011). Cerrahi sonrası hastaların yaşadıkları sorunların azaltılması için telefonla izlemin ve etkin bir taburculuk eğitiminin evde bakım hizmetleri ile desteklenmesi gerekmektedir (Dal, Bulut ve Güler Demir,2012). Miller ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada gününbirlik cerrahide hemşire liderliğinde telefon ile hastaların izleminin yapılması hasta güvenliğini tehlikeye atmayan, zaman kazandıran, uygun maliyetli bir takip şekli olarak belirtilmektedir. Hastaların izlenmesi hasta iyileşmesinin değerlendirilmesine, ameliyat sonrası sorunların tanınmasına ve bakımdaki eksikliklerin belirlenmesine olanak tanırken, aynı anda klinik randevuların daha elverişli olmasına da olanak sağlamaktadır. Hasta memnuniyetinin arttığı ve hastaların çoğunun aslında bu takip şeklini tercih ettiği bulunmuştur. Hemşirelik bakımının sürekliliğinin sağlanması, ameliyat sonrası dönemde

ortaya çıkabilecek güçlüklerin önlenmesi, ameliyat sonrası sürecin devamında taburculuk süreci için hastaya özgü taburculuk eğitiminin sağlanması, hastalara danışmanlık rolü ile etkin bakım sunulmasını sağlamak için literatürde de önerildiği gibi hastaları telefon ile izlemenin etkin ve kullanılabilir bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Bundan dolayı çalışmamızda ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda hastaların evde izlenmesinde telefonda faydalanılmıştır.

Sonuç olarak, çalışmamızda apendektomi ameliyatı olan hastalarla taburcu oldukları gün yüz yüze ve 1 aylık süreçte telefonla izlem yöntemiyle ameliyat sonrası yaşadıkları güçlükler belirlenmiş ve bu güçlüklerin zaman içerisinde anlamlı şekilde azaldıkları gözlenmiştir. Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlükler göz önünde bulundurularak taburculuk eğitimlerinin ve hasta takiplerinin güçlüklerle yönelik çözüm önerileri ile birlikte tekrar değerlendirilmesi uygun olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Hastaların %50' si kadın ve %55'i evlidir. Hastaların %70'i normal kilolu, % 85'inde kronik hastalık bulunmamakta olup, %31,7'si daha önce ameliyat olmuştur ve %76,7'si lise ve üzeri mezundur. Hastaların %75'i laparoskopik yöntemle ameliyat olmuştur

6.1.2. Hastaların egzersiz ve araba kullanma sırasındaki yaşanan güçlük, uyku süresinde azalma, yara yerini saklama isteği ortalamaları zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık göstermemekte iken ($p>0,05$); diğer tüm parametreler zamanla anlamlı derecede azalma göstermektedir.

6.1.3. Açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat bölgesinde, yatak içi hareket, giyinme, mobilizasyon sırasında hissedilen ağrı, banyo yapma, kendi kendine giyinebilme, tualete gitme, yatak içi hareket, mobilizasyon, oturup kalkma sırasında ve işe gitmede güçlük yaşandığı ve hastaların uykudan sık sık uyandığı bulundu.

6.1.4. Apendektomi ameliyatı sonrası kadın hastalarda bulantı kusma, mobilizasyon sırasında ağrı, iştahsızlık, yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme ve yara yerini saklama isteği daha fazla görülmektedir.

6.1.5. Kadın, daha önce ameliyat olan, ilköğretim ve altı mezunu olan ve açık apendektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası ağır ev işlerini yapmada yaşanan güçlük düzeyi daha yüksektir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Apendektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşayabilecekleri güçlüklerin çözüm önerileri ile birlikte eğitim planlarına, bakım planlarına entegre edilmesi ve hastalara verilecek eğitim materyallerinin (broşür, kitap vb.) bu doğrultuda düzenlenmesi,

6.2.2. Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği çok merkezli ve geniş örneklem sayısına sahip çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ackley B.j., Ladwig G.B. (2011). *Nursing Diagnosis Handbook- E-Book: An Evidence-Based Guide to Planning Care*,9.Baskı, Mosby Elsevier;566-567;142-147
- Açıl S.B. (2018). *Güvenlik/Koruma: Kanama Riski*.Kapucu S., Akyar İ., Korkmaz F., Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Ankara: Pelikan Yayınevi,808-810
- Adib-Hajbaghery M., Etri M., Hosseainian M., Mousavi M.S. (2013). Pressure to the P6 Acupoint and Post-Appendectomy Pain, Nausea, and Vomiting: A Randomized Clinical Trial, *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 115-122
- Alsoueni H.K., Mohammed M.M., Nawar A.M., Ali A.A. (2020). Laparoscopic Appendectomy Versus Open Appendectomy in Young Female Patients, *Benha Medical Journal*, 37(1):271-284
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. (2012). Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 116(2):248-73
- Andersen D.K., Billiar T.R., Dunn D.L., Hunter J.G., Matthews J.B., Pollock R.E. (2016). *Schwartz Cerrahinin İlkeleri*, Onuncu Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri,1241-1259
- Andersson RE. (2014). Short-term complications and long-term morbidity of laparoscopic and open appendectomy in a national cohort. *Br Journal Surg*.101(9):1135-42
- Atasayar S, Guler Demir S. (2019). *Determination of the Problems Experienced by Patients Post-Thyroidectomy*. *Clinical Nursing Res*.28(5):615-635
- Aydoğdu Ö., Yılmaz Ü.D. (2020). *Patient's Experiences and Difficulties at Home Following Day Surgery*. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science*.12(1):1-9
- Ayhan F., Kursun S. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control, *International Journal of Caring Sciences*,10(3), 1456
- Barlow A., Muhleman M., Gileckı J., Matusz P., Tubbs R.S., Loukas M. (2013). The Vermiform Appendix: A Review, *Clinical Anatomy*,26:833–842
- Batajoo H, Hazra NK. (2012). Laparoscopic versus open appendectomy in acute appendicitis. *Journal Nepal Health Res Counc.*;10(22):239-42
- Becker P., Fichtner-Feigl S., Schilling D. (2018). Clinical Management of Appendicitis, *Visceral Medical*;34:453–458
- Berrios-Torres S.I., Umscheid, C.A., Bratzler D. W. et al.(2017).Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection,*JAMA Surgical*, 152(8):784-79

- Bhangu A., Søreide K., Di Saverio S., Assarsson J. H., Drake F.T. (2015). Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management, *The Lancet*,386: 1278–87
- Bisgaard T, Klarskov B, Kehlet H, Rosenberg J. (2002). Recovery after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Surgery*.132(5):817-25
- Bozkul G., Bulut H. *Apendektomi Cerrahisi Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi,19-21 Aralık 2019, Ankara. (Poster Bildirisi)
- Brown D, Edwards H. (2015). *Lewis's Medical Surgical Nursing- E-Book: Assessment and Management of clinical problems*,4.Baskı (17. Bölüm),990-992
- Bullen NL, Massey LH, Antoniou SA, Smart NJ, Fortelny RH. (2019). Open versus laparoscopic mesh repair of primary unilateral uncomplicated inguinal hernia: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis, *Hernia*, 23(3): 461-472
- Candaş B., Gürsoy A. (2015). Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,3(1):40-50
- Carpenito-Moyet L.J. (2004). *Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*,4. Baskı,41-55
- C.deWit S., Kumagai C.K. (2013). *Medical-Surgical Nursing- E-Book: Concepts & Practice*, Elsevier Saunders,2. Baskı,672
- Coluzzi, F., Rocco, A., Mandatori, I., & Mattia, C. (2012). Non-analgesic effects of opioids: opioid-induced nausea and vomiting: mechanisms and strategies for their limitation. *Current pharmaceutical design*, 18(37), 6043-6052.
- Çelik Y., Erbil O.A.(2019).Comparison of complications of open and laparoscopic appendectomy,*Laparosc Endoscopic Surgical Sciences*,26(1):5-10
- Cetinkaya Z, Aydın S, Cerrahoglu YZ, Ayten R, Erman F, Aygen E.(2009). Changes in appetite hormone (ghrelin) levels of saliva and serum in acute appendicitis cases before and after operation. *Appetite*.52(1):104-7.
- Çilingir D., Bayraktar N. (2009).Burun Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Üç Gün İçinde Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesine Yönelik Uygulamaları,*Türkiye Klinikleri Journal Nursing*,1(2):71-80
- Dal Ü., Bulut H., Demir S.G. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar,*Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1);34-40
- Danwang C, Mazou TN, Tochie JN, et al. (2018). Global prevalence and incidence of surgical site infections after appendectomy: a systematic review and metaanalysis protocol. *BMJ Open*;8,1-4
- Deshmukh SN, Pawar AP. (2020). Open versus laparoscopic appendicectomy: a prospective comparative study.*International Surgical Journal*;7:1122-6.

- Di Saverio S, Podda M, De Simone B et al. (2020). Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal Emergency Surgical*;15(1):27
- Do Nascimento Junior, P., Módolo, N. S., Andrade, S., Guimarães, M. M., Braz, L. G., & El Dib, R. (2014). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(2)
- Doenges M.E., Moorhouse M.F., Murr A.C. (2010). *Nursing Care Plans, Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 8. Baskı; 344-349
- Ehlers A.P., Talan D.A., Moran G.J., Flum D.R., Davidson G.H. (2016). Evidence for an Antibiotics-First Strategy for Uncomplicated Appendicitis in Adults: A Systematic Review and Gap Analysis, *Journal American College Surgical*, 222(3): 309–314.
- Erdil F., Elbaşı N.Ö. (2008). *Perioperatif Hemşirelik, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara, 97-136
- Eriksen J.R., Poornoroozy P., Jørgensen L.N., Jacobsen B., Friis-Andersen H.U., Rosenberg J. (2009). Pain, quality of life and recovery after laparoscopic ventral hernia repair, *Hernia*, 13:13–21
- Feldheiser A, Aziz O, Baldini G, Cox BP, Fearon KC, Feldman LS, Gan TJ, Kennedy RH, Ljungqvist O, Lobo DN, Miller T, Radtke FF, Ruiz Garces T, Schricker T, Scott MJ, Thacker JK, Ytrebø LM, Carli F. (2016). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice. *Acta Anaesthesiol Scand*. 60(3):289-334.
- Fränneby, U., Sandblom, G., Nordin, P., Nyrén, O., & Gunnarsson, U. (2006). Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Annals of surgery*, 244(2), 212–219.
- Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, et al. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia Analgesia*, 118:85-113.
- Geetha KR, Kudva A, Bhavatej. (2009). Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy: a comparative study of clinical outcome and cost analysis- Institutional experience. *Indian Journal Surgical*; 71(3):142-6
- Gogenur I., Rosenberg-Adamsen S., Kiil C., Kjærsgaard M., Kehlet H., Rosenberg J. (2001). Laparoscopic cholecystectomy causes less sleep disturbance than open abdominal surgery, *Surgical Endoscopic*, 15: 1452–1455
- Gomes C.A., Sartelli M., Saverio S.D., Ansaloni L., Catena F., Coccolini F., Inaba K., Demetriades D., Gomes F.C., Gomes C.C. (2015). Acute appendicitis: proposal of a new comprehensive grading system based on clinical, imaging and laparoscopic findings, *World Journal of Emergency Surgery*, 10(60):1-6
- Gope D, Dnayanmote AS, Thakkar SM, Tulsian AR, Kutty SA, Ranka M, et al. (2019). Comparison between AIR score and Alvarado score in cases of non-perforated and perforated acute appendicitis. *International Surgery Journal*, 6:1-7

- Gorter rr, Eker HH, Gorter-Stam MA et al. (2016).Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES Consensus Development Conference 2015.*Surgical Endoscopic*,30(11): 4668–4690.
- Gray RT, Sut MK, Badger SA, Harvey CF. (2010).Post-operative telephone review is cost-effective and acceptable to patients,*Ulster Medical Journal*,79(2):76-79
- Haripriya A., Baghel A.(2020).A comparative study of laparoscopic appendectomy versus open appendectomy for the treatment of acute appendicitis.*Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 8(12);42-45
- Horata E. (2015). *Akut apandisit tanısı doğrulanmış hastaların, preoperatif periappendiküler BT morfolerilerinin incelenmesi ve periappendiküler BT değerleri ile apandisit perforasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Horvath P, Lange J, Bachmann R, Struller F, Königsrainer A, Zdichavsky M. (2017). Comparison of clinical outcome of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. *Surgical Endoscopic*, 31(1):199-205.
- Im GY, Modayil RJ, Lin CT, Geier SJ, Katz DS, Feuerman M, Grendell JH. (2011). The appendix may protect against clostridium difficile recurrence. *Clinical Gastroenterol Hepatol*, 9:1072–1077.
- İzveren A.Ö., Dal Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,18(2):36-46
- Kalas G.L., Akhtar N., Khan A.H., Altaf A. (2019). Early post-operative pain in Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy, *Pakistan Journal Surgical*, 35(3):201-04
- Karadağ M. (2019), Sindirim Sistemi Cerrahisinde Bakım, (Karadağ M., Bulut H. (Ed.)), *Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şeması*, Vize Yayıncılık: Ankara, 928-930
- Karahan A., Kav S., Abbasoğlu A., Doğan N., Tepe A. (2010). Günöbirlik Cerrahiyi Takiben Hastaların Ev Ortamındaki Deneyim ve Güçlükleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,12(3),38-48
- Kathare S.S., Shinde N.D., Ahmed F., Ahmed A.. (2019). Comparative study of open versus laparoscopic appendectomy. *International Journal Surgical Science*,3(3):131-136
- Katkhouda N., Mason RJ, Towfigh S, Gevorgyan A, Essani R.(2005).Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized double-blind study,*Annals of Surgical. Sep*;242(3):439-48
- Khadilkar R, Panditrao AA, Inturi R.(2020). A comparative study of laparoscopic appendectomy versus open appendectomy. *International Surgical Journal* ,7:138-43.

- Kim G.(2015).Electroacupuncture for postoperative pain and gastrointestinal motility after laparoscopic appendectomy (AcuLap): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*.16:461
- Kotaluoto S.(2016).Operative Treatment of Acute Appendicitis;Wound healing, severe complication and mortality,*Tampere University Press*,15-65
- Kotaluoto S., Pauniahho SL. K.,Helminen M.T.,Sand J.A.Rantanen T.K.(2016).Severe Complications of Laparoscopic and Conventional Appendectomy Reported to the Finnish Patient Insurance Centre,*World Journal Surgical*,40:277–283
- Kumar S, Jalan A, Patowary BN, Shrestha S.(2016). Laparoscopic Appendectomy Versus Open Appendectomy for Acute Appendicitis: A Prospective Comparative Study. *Kathmandu Universal Medical Journal (KUMJ)*.14(55):244-248
- Leonards L.M.,Pahwa A.,Patel M.K., Petersen J., Nguyen M.J.,Jude C.M.(2017). Neoplasms of the Appendix: Pictorial Review with Clinical and Pathologic Correlation,*Radio Graphics*, 37:1059–1083
- Lewis S.R.R.,Mahony P.J.,Simpson J.(2011).Appendicitis ,*BMJ*;343
- Li, X., Zhang, J., Sang, L. *et al.*(2010).Laparoscopic versus conventional appendectomy - a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol* 10,129 .
- Liang MK, Clapp M, Li LT, Berger RL, Hicks SC, Awad S. (2013).Patient Satisfaction, chronic pain, and functional status following laparoscopic ventral hernia repair. *World Journal Surgical*.37(3):530-7.
- Licari L, Guercio G, Campanella S, Scerrino G, Bonventre S, Tutino R, Gulotta L, Profita G, Scaturro D, Letizia Mauro G, Salamone G.(2019). Clinical and Functional Outcome After Abdominal Wall Incisional Hernia Repair: Evaluation of Quality-of-Life Improvement and Comparison of Assessment Scales. *World Journal Surgical*. 43(8):1914-1920.
- Liem MS, van der Graaf Y, van Steensel CJ, Boelhouwer RU, Clevers GJ, Meijer WS, Stassen LP, Vente JP, Weidema WF, Schrijvers AJ, van Vroonhoven TJ.(1997). Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. *New England Journal Medical*.29;336(22):1541-7.
- Luca A.(2011).Care Management Process In Appendectomy Nursing, *European Scientific Journal*,7(26):202-226
- Ma Y.,Jones G., Tay Y.K., Hunter T.,Holden D.,Rodgers-Wilson S.,Cashin P. Tan P.Y., Croagh D.(2018). Post-operative telephone review is safe and effective: prospective study–Monash outpatient review by phone trial,*ANZ Journal Surgery*,88: 434–439
- Melese Ayele W. (2021).Prevalence of Postoperative Unfavorable Outcome and Associated Factors in Patients with Appendicitis: A Cross-Sectional Study. *Open Access Emergence Medical*.13:169-176.

- Miller A., Barton K., Hassn A. (2012). Nurse-Led Telephone Follow-Up After Day Case Surgery, *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(5)
- Milnes, V., Gonzalez, A., & Amos, V. (2015). Aprepitant: A New Modality for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting: An Evidence-Based Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(5), 406-417.
- Moghadam MY, Nemat-Shahi M, Soroosh D, Nemat-Shahi M, Asadi A. (2020). Effect of evening primrose oil on postoperative pain after appendectomy: A double-blind, randomized, clinical trial. *Biomedicine (Taipei)*. 10(1):28-32
- Monahan F.D., Neighbors M., Green C. (2011). *Manual of Medical-Surgical Nursing Care - E-Book: Nursing Interventions and Collaborative Management (Manual of Medical Surgical Nursing Care)*, Mosby Elsevier, 7. Baskı, 467-470
- Mulugeta H., Ayana M., Sintayehu M., Dessie G., Zewdu T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, *BMC Anesthesiology*, 18:155
- Nechay T., Sazhin A., Titkova S., Tyagunov A., Anurov M., Melnikov-Makarchuk K., Tyagunov A. (2020). Evaluation of enhanced recovery after surgery program components implemented in laparoscopic appendectomy: prospective randomized clinical study, *Scientific Report*, 10:10749
- NICE. (2010). *Venous thromboembolism in adults: reducing the risk in hospital*, 5-28
- NICE. (2018). *Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism*, 176-193
- Nilsson U, Jaensson M, Dahlberg K, Hugelius K. (2019). Postoperative Recovery After General and Regional Anesthesia in Patients Undergoing Day Surgery: A Mixed Methods Study. *Journal Perianesth Nursing*. 34(3):517-528
- Nursal TZ, Yildirim S, Tarim A, Noyan T, Poyraz P, Tuna N, Haberal M. (2003). Effect of drainage on postoperative nausea, vomiting, and pain after laparoscopic cholecystectomy. *Langenbecks Arch Surgical*. 388(2):95-100.
- Ovayolu Ö., Karabağ Aydın A. (2018). Konfor: Akut Ağrı ve Bulantı. Kapucu S., Akyar İ., Korkmaz F., Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı (937-943; 953-957). Ankara: Pelikan Yayınevi
- Papachristou EA, Mitselou MF, Finokaliotis ND. (2002). Surgical outcome and hospital cost analyses of laparoscopic and open tension-free hernia repair. *Hernia*.; 6(2):68-72.
- Patel VK, Sharma S, Gaharwar APS, Gupta R. (2018). A Comparative Study Between Laparoscopic Appendectomy and Conventional Open Appendectomy. *IJSS Journal of Surgery*, 4(2):20-25
- Paya K. (2008). *Pediatric Surgery Diagnosis and Management*, Birinci baskı (54. Bölüm), Jaypee Brothers Medical Publishers, 596-617

- Pokorny H, Klingler A, Scheyer M, Függer R, Bischof G.(2006).Postoperative pain and quality of life after laparoscopic and open inguinal hernia repair: results of a prospective randomized trial. *Hernia*.;10(4):331-7.
- Prechal D.,Damirov F.,Grilli M.,Ronellenfitsch U.(2019).Antibiotic therapy for acute uncomplicated appendicitis: a systematic review and meta-analysis.*International Journal of Colorectal Disease*, 34:963-971
- Pudner R.(2010).*Nursing the Surgical Patient*,Üçüncü Baskı,Elsevier;3-123
- Qadri I.K.,Abdalahim M.S.,Majali S.A.,Stomberg M.W.,Bergbom I.(2012).Improving the Quality of Nurses' Postoperative Pain Assessment and Management Practices,*Journal Medicine*,46 (3):246-257
- Rafiq M.S.,Khan M.M.(2016).Scar Pain, Cosmesis and Patient Satisfaction in Laparoscopic and Open Cholecystectomy, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*,26 (3): 216-219
- Rampes S, Ma K, Divecha YA, Alam A, Ma D.(2019).Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes. *Journal Biomedical Research*. 34(4):271-280
- Rashid A, Nazir S, Kakroo SM, Chalkoo MA, Razvi SA, Wani AA.(2013). Laparoscopic interval appendectomy versus open interval appendectomy: a prospective randomized controlled trial. *Surgical Laparoscopic Endoscopic Percutan Techonology*. 23(1):93-6
- Ribeiro M.D.C., Simone J.C.C., Ramiro T.H.S., Santos V.S., Nunes M.S., Alves J.A.B. (2014). Pain in patients undergoing appendectomy,*Revista Dor. São Paulo*, 15(3): 198-201
- Robleda, G., Roche-Campo, F., Sánchez, V., Gich, I., & Baños, J.-E. (2015). Postoperative Discomfort After Abdominal Surgery: An Observational Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 272-279.
- Rubèr M.(2012).*Immunopathogenic aspects of resolving and progressing appendicitis*, Linköping University Faculty of Health Sciences ,İsveç,10
- Sammalkorpi et al.(2014).A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis - a prospective study. *BMC Gastroenterology*,14:114
- Salazar-Parra M, Guzman-Ramirez BG, Pintor-Belmontes KJ, Barbosa-Camacho FJ, Bernal-Hernández A, Cruz-Neri RU, Fuentes-Orozco C, Aguirre LLR, Rodríguez-Navarro D, Brancaccio-Pérez IV, Esparza-Estrada I, Cervantes-Pérez E, Cervantes-Guevara G, Cervantes-Cardona GA, González-Ojeda A.(2020). Gender Differences in Postoperative Pain, Nausea and Vomiting After Elective Laparoscopic Cholecystectomy. *World Journal Surgery*. 44(12):4070-4076.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).(2004). Postoperative management in adults. A practical guide to postoperative care for clinical staff, *National Guideline Clearinghouse*, 1-45,Erişim adresi: tarihi: www.guideline.gov

- Segura-Sampedro JJ, Rivero-Belenchón I, Pino-Díaz V, Rodríguez Sánchez MC, Pareja-Ciuró F, Padillo-Ruiz J, Jimenez-Rodriguez RM.(2017).Feasibility and safety of surgical wound remote follow-up by smart phone in appendectomy: A pilot study. *Annalsof Medicine and Surgery (Lond)*.18;21:58-62.
- Seyyed-Rasooli E, Amiri MR, Zamanzadeh V, Peron K, Aghakeshizadeh M.(2014).Effect of aromatherapy on anxiety and pain in patients undergoing cholecystectomy. *Advanced Herbal Medicine*, 1(1): 1-7.
- Shahdadi H.,Balouchi A.Taheri S., Darban F.(2015).Study effect of mint essence on pain, bloat and nausea in patients undergoing appendectomy,*Der Pharmacia Lettre*, 7 (10):193-197
- Shaikh, A. R., Sangrasi, A. K., & Shaikh, G. A. (2009). Clinical outcomes of laparoscopic versus open appendectomy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 13(4), 574–580.
- Shirazi B, Ali N, Shamim MS.(2010). Laparoscopic versus open appendectomy: a comparative study. *Journal Pak Medical Association*.;60(11):901-4.
- Smeltzer S.C.,Bare B.G.,Hinkle J.,Cheever K.(2010).*Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*,Wolters Kluwer Health,Onikinci Baskı,462-483
- Smith, H. S., & Laufer, A. (2014). Opioid induced nausea and vomiting. *European Journal of Pharmacology*, 722, 67-78
- Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA , Goldstein EJC, et al. (2010) Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Complicated Intra-abdominal Infection Guidelines CID*, 50: 133-164.
- Song B, Luo M, Zhu J.(2020).The efficacy of acupuncture in postoperative sleep quality: a literature review. *Sleep Breath*.
- Su, X., & Wang, D. X. (2018). Improve postoperative sleep: what can we do?. *Current opinion in anaesthesiology*, 31(1), 83–88.
- Şahin S.,Seçkin S.(2018).Apendektomi Materyallerinde Saptanan Histopatolojik Tanılar,Klinik Araştırma,*Firat Tıp Dergisi/Firat Medical Journal*, 23 (1): 23-27
- Tabish S.A.(2011).Outpatient Services In A Hospital. *Planning, Organisation & Management of Hospitals & Nursing Homes*, First Edition
- Taheri, H., Naseri-Salahshour, V., Abedi, A., & Sajadi, M. (2019). Comparing the Effect of Foot and Hand Reflexology on Pain Severity after Appendectomy: A Randomized Clinical Trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(6), 451–456.
- Tzovaras G, Baloyiannis I, Kouritas V, Symeonidis D, Spyridakis M, Poultsidi A, Tepetes K, Zacharoulis D.(2010). Laparoscopic versus open appendectomy in men: a prospective randomized trial. *Surgical Endoscopic*.24(12):2987-92

- Urbach DR, Harnish JL, Long G.(2005). Short-term health-related quality of life after abdominal surgery: a conceptual framework. *Surgical Innovation*.12(3):243-7.
- Wei HB, Huang JL, Zheng ZH, Wei B, Zheng F, Qiu WS, Guo WP, Chen TF, Wang TB. (2010). Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized comparison. *Surgical Endoscopic*.24(2):266-9.
- Wei, B., Qi, CL., Chen, TF. *et al.*(2011). Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis. *Surgical Endoscopic*.25, 1199–1208
- Wijkerslooth EML, Bakas JM, van Rosmalen J, van den Boom AL, Wijnhoven BPL.(2021). Same-day discharge after appendectomy for acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *Internal Journal Colorectal Disease*. Jun;36(6):1297-1309.
- Williams & Wilkins L.(2008).*Straight A's in Medical-surgical Nursing*,Wolters Kluwer Health,İkinci Baskı,279-280
- Yeh D.D.,Sakran J.V.,Rattan R.,Mehta A.,Ruiz G.,Lieberman H.,Mulder M.,Namias N.,Zakrison T.Pust D.G.(2019).A survey of the practice and attitudes of surgeons regarding the treatment of appendicitis.*The American Journal of Surgery*,218(1):106-112
- Yıldız T.(2019).Ameliyat,Öncesi,Sırası ve Sonrası Bakım,(Karadağ M.,Bulut H.(Ed.)),*Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı*,Vize Yayıncılık:Ankara, 505-564
- Yılmaz M., Gürler H.(2011).Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri,*AĞRI*;23(2):71-79
- Yolcu S., Akın S., Durna Z.(2016).Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi,*Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (2): 129-138
- Yüceer S.(2011).Nursing approaches in the postoperative pain management,*Klinik ve Deneyisel Araştırmalar Dergisi*,2(4): 474-478
- Zapf M, Denham W, Barrera E, Butt Z, Carbray J, Wang C, Linn J, Ujiki M.(2013).Patient-centered outcomes after laparoscopic cholecystectomy. *Surgical Endoscopic*. 27(12):4491-8

EKLER

EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. İletişim Bilgileri:

Dosya numarası:

Ev Tel / Cep Tel:

2. Yaş:

3. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

4. Boy-kilo:

5. Ameliyat Tarihi:

6. Operasyon tipi: ☐ Açık yöntem ☐ Laparoskopik yöntem

7. Taburculuk Tarihi:

8. Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar değil

☐ İlköğretim(İlkokul-Ortaokul)

☐ Lise ve üzeri

9. Medeni Durumu: ☐ Evli ☐ Bekâr

10. Yaşam Koşulları: ☐ Yalnız yaşıyor ☐ Biriyle birlikte yaşıyor

11. Gelir Düzeyi: ☐ Geliri giderden az ☐ Geliri gidere denk ☐ Geliri giderden fazla

12. Çalışma Durumu: ☐ Evet; Mesleğiniz:..... ☐ Hayır

13.Kronik hastalıklar: ☐ DM ☐ HT ☐ KBY ☐ Kalp Yetmezliği

☐ Diğer:.....

☐ Yok

14. Daha önce geçirilen ameliyat oldunuz mu?: ☐ Evet:.....☐ Hayır

15.Cevabınız evet ise; daha önceki ameliyatınızdan sonra yaşadığınız güçlükleri belirtiniz:

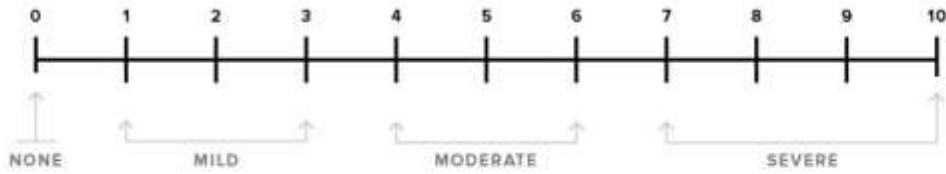
.....

EK-2. Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

Aşağıda geçirmiş olduğunuz ameliyatın günlük yaşam aktiviteleri üzerinde yaratabileceği olası güçlükler yer almaktadır. Yaşadığınız güçlüklerden etkilenme derecenizi aşağıdaki cetvel üzerinde puanlayınız. ‘‘0’’ hiç güçlük yaşanmadığını, ‘‘10’’ (çok şiddetli) güçlük yaşandığını göstermektedir.

1.AĞRI:

0-10 NUMERIC PAIN RATING SCALE



- Ameliyat bölgesinde ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Yatak içi hareket sırasında ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Mobilizasyon sırasında ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

- Yemek yeme sırasında hissedilen ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Giyinme sırasında hissedilen ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

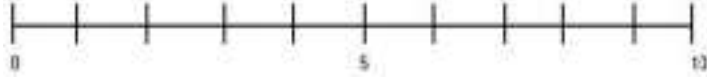
- Kişisel hijyen(tuvalete gitme,saç tarama,banyo yapma vb.) sırasında hissedilen ağrı:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

2. BESLENME:

- Yemek yemede güçlük Yutma güçlüğü, çiğneme güçlüğü vb.):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Bulantı-kusma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

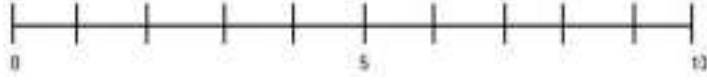
- İştahsızlık:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

3. GÜNLÜK AKTİVİTE:● **Dış fırçalama:**

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

● **Saç tarama:**

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

● **Banyo yapma:**

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

● **Kendi kendine giyinebilme:**

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

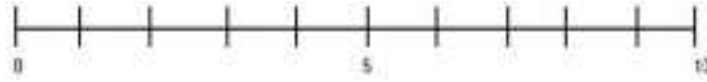
• Tuvalete gitme:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

4. HAREKET / MOBİLİZASYON:



• Yatak içi hareket:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• Mobilizasyon:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

- Oturup-kalkma sırasında yaşanan güçlük:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Merdiven inip çıkma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Ağır ev işlerini yapma(Duvar silmek, yer silmek, tamirat yapmak vb.):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Egzersiz:

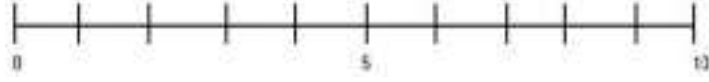
TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

5. SOSYAL YAŞAM:



• Araba kullanma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• İşe gitme:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• Ev içinde çalışma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

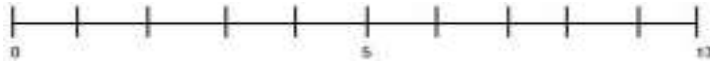
• Sosyal aktiviteleri yerine getirme:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

• Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

6. UYKU:

• Uykuya dalma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• Uykudan uyanma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

• Uyku süresinde azalma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

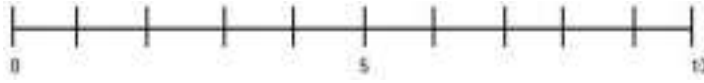
- Uyku süresinde artma:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

7. BEDEN İMAJİ:



- Yara yeri nedeniyle rahatsızlık hissetme:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

- Yara yerini saklama isteği:

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-2. (devam) Ameliyatın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu

• Diğer (.....):

TABURCU OLUNAN GÜN	POSTOP 1. HAFTA	POSTOP 2.HAFTA	POSTOP 3. HAFTA	POSTOP 4. HAFTA

EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.02.2021-E.22889



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-14574941-199-22889
Konu : Gamze BOZKUL-Gelen Cevap
Bildirimi

Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT
Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gamze BOZKUL'un teziyle ilgili yapacağı uygulama çalışmasına ilişkin uygulama talebi yazımıza gönderilen cevabi yazı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Yasemin DÜNDAR
Enstitü Müdürü

DAĞITIM

Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

Belge Doğrulama Kodu : BE84A10PP

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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

Tuna Cad. No:35 Kat: 3 ve 4 P.K. 06540 Çankaya/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 202 82 20
e-Posta : inglibb@gazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://inglibb.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi : gaziuiversitesi@ku01.kep.tr

Bilgi için :Rabia Denizel
Memur
Telefon No:03122023254



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3.(devam)Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.02.2021-E.22075



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

Sayı : E-42000842-199-22075
 Konu : Gamze BOZKUL Tez Veri
 Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27.01.2021 tarihli ve 14574941-199- 16210 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gamze BOZKUL' un Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. " konulu tez çalışmasını 6. Kat Genel Cerrahi Kliniği ve 7. Kat Genel Cerrahi Kliniğinde 01.02.2021- 01.02.2022 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Murat DİZBAY
Başhekim V.

Belge Doğrulama Kodu : BERSVA11LRA

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
 Kop Adresi : gaziusuniversitesi@hs01.kep.tr

Belgi için : Ayşe KABASAKAL
 Hemşire
 Telefon No: 2024025



EK-4. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.02.2021-E.20920



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-86062861-199-20920
Konu : Gamze BOZKUL-Tez Veri
Çalışması İzni

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 02.02.2021 tarihli ve 42000842-199- 18884 sayılı yazı.

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gamze BOZKUL'un Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. " konulu tez çalışmasını 6. Kat Genel Cerrahi Kliniği ve 7. Kat Genel Cerrahi Kliniğinde 01.02.2021- 01.02.2022 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof. Dr. Mustafa ŞARE
Anabilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BECNARVRL

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta : tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://med.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@ho01.kop.tr

Bilgi için :NEVİN DEZDAR
Bölüm Sekreteri
Telefon No:03122025729



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2020-E.74335



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-199-
 Konu : Gamze BOZKUL-Gelen Cevap
 Bildirimi

Dağıtım

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gamze BOZKUL'un, etik komisyon başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu'nun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.
 Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
 Gereği:
 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
 Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
 Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

13.07.2020 Memur
 14.07.2020 Enstitü Sekreteri

Rabia DEMİREL
 Bahtiyar YAHŞİ



Tunus Cad. No:35 Kat: 3 ve 4 P.K. 06540 Çankaya/ANKARA
 Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 202 82 20
 e-Posta: sagliblb@gazi.edu.tr İnternet Adresi: http://sagliblb.gazi.edu.tr/

Bilgi için: Rabia Demirel
 Memur
 Telefon No:03122023254

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

EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.07.2020-E.73235



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.03.2020 tarih ve E.44894 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze BOZKUL'un, Prof.Dr. Hülya BULUT'un** danışmanlığında yürüttüğü *"Apendektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **07.04.2020** tarih ve **04** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

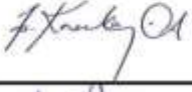
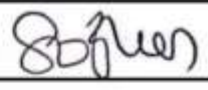
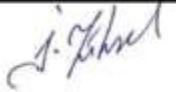
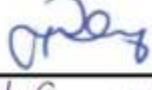
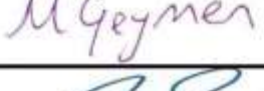
e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-359

Ek: 1 Liste



EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 07.04.2020	TOPLANTI SAYISI : 04
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülray BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL	
Doç.Dr.Necdet KARASU	KATILAMADI

EK-6. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 14.07.2020 tarih / 14574941-199 sayı ile izin alınan* ve Prof. Dr. Hülya BULUT tarafından yürütülen **"APENDEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırmanın amacı apendektomi ameliyat geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesidir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Genel Cerrahi servislerinde (6.kat ve 7.kat) yapılacaktır.Araştırmanın evrenini, 2020-2021 yılları arasında GÜSAUM Genel Cerrahi servislerinde apendektomi ameliyatı olan hastaların oluşturması planlanmıştır.Araştırmanın örneklemini ise algılama gücü ve zihinsel engeli olmayan, Türkçe anlayıp konuşabilen, gebe olmayan,Covid 19 testi pozitif olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük hastalar oluşturacaktır.Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Ameliyatın Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi Formu" ile toplanacaktır.Veriler hastaların taburcu oldukları gün yüz yüze, ameliyat sonrası 1,2,3,4. haftada telefon ile görüşme yöntemi ile toplanacaktır.Araştırmanın uygulanmasına başlanmadan önce GÜSAUM Başhekimliğinden kurum izni ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan etik onay alınacaktır.Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onam alınacaktır.Araştırmacı telefon izlemleri için uygun zaman dilimini hastalarla yaptığı bir önceki görüşmede birlikte belirleyecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01.02.2021-01.02.2022
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Örneklem kriterlerine uygun tüm hastalar araştırmaya dahil edilecektir. Covid 19 pandemisi nedeniyle çalışmaya kesitsel olarak başlanması planlanmıştır.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Servislerinde yapılacaktır.
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, aka demik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana

EK-6. (devam) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017

herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	PROF. DR. HÜLYA BULUT	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLER FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ANKARA, TEL:03122162625	14.05.2020 

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre sosyal yaşam ile ilgili güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Araba kullanma					İşe gitme					Sosyal aktivite				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet															
Kadın	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,2±0,77 0(0-0)	1,07±1,67 0(0-2)	0,47±1,36 0(0-0)	0,2±0,77 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,3±0,88 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Erkek	0±0 0(0-0)	0,14±0,53 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,11±0,47 0(0-0)	1,17±1,89 0(0-2)	0,5±1,29 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,43±1,01 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	-	0,398	-	-	-	-	0,861	0,966	0,839	0,273	-	0,668	-	-	-
Ameliyat öyküsü															
Evet	0±0 0(0-0)	0,25±0,71 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,22±0,67 0(0-0)	1,33±1,73 0(0-2)	0,56±1,67 0(0-0)	0,33±1 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,53±1,07 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Hayır	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,13±0,61 0(0-0)	1,04±1,81 0(0-2)	0,46±1,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,29±0,87 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	-	0,157	-	-	-	-	0,494	0,514	0,795	0,102	-	0,364	-	-	-

EK-7. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre sosyal yaşam ile ilgili güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu															
İlköğretim	0±0	0,4±0,89	0±0	0±0	0±0	0±0	0,67±1,15	0,67±1,15	0±0	0±0	0±0	0,07±0,27	0±0	0±0	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Lise ve üzeri	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	0,1±0,55	1,17±1,82	0,53±1,36	0,1±0,55	0±0	0,46±1,05	0±0	0±0	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	-	0,051	-	-	-	-	0,049	0,793	0,452	0,752	-	0,298	-	-	-
Ameliyat türü															
	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	0±0	2,29±2,43	1,86±2,34	0±0	0±0	0,73±1,33	0±0	0±0	0±0
Açık	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	2(0-4)	0(0-4)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Laparoskopik	0±0	0,09±0,43	0±0	0±0	0±0	0±0	0,19±0,69	0,81±1,44	0,12±0,43	0,12±0,59	0±0	0,24±0,74	0±0	0±0	0±0
	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-2)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	-	0,763	-	-	-	-	0,456	0,082	0,013	0,604	-	0,127	-	-	-
Yaş															
İstatistiksel Analiz	-	0,347	-	-	-	-	0,152	-0,156	-0,026	0,242	-	-0,095	-	-	-
r(p) **		(0,097)					(0,398)	(0,385)	(0,884)	(0,175)	-	(0,470)			

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

EK-8. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Uykuya dalmada güçsüzlük					Uykudan sık sık uyanma				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet										
Kadın	0,43±1,36 0(0-0)	0,2±0,55 0(0-0)	0,03±0,18 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,07±1,76 0(0-2)	0,4±1,16 0(0-0)	0,23±0,9 0(0-0)	0,33±1,06 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)
Erkek	0,17±0,65 0(0-0)	0,07±0,37 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,3±1,73 0(0-3)	1,03±1,67 0(0-3)	0,5±1,04 0(0-0)	0,27±0,91 0(0-0)	0,2±0,81 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,589	0,175	0,317	-	-	0,531	0,178	0,096	0,966	0,973
Ameliyat öyküsü										
Evet	0,26±1,15 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,21±1,75 0(0-3)	0,58±1,43 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)	0,26±0,93 0(0-0)	0,11±0,46 0(0-0)
Hayır	0,32±1,04 0(0-0)	0,15±0,48 0(0-0)	0,02±0,16 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,17±1,75 0(0-3)	0,78±1,49 0(0-0)	0,49±1,12 0(0-0)	0,32±1,01 0(0-0)	0,2±0,75 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,596	0,584	0,496	-	-	0,903	0,748	0,148	0,951	0,755

EK-8. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Eğitim durumu										
İlköğretim	0,21±0,8 0(0-0)	0,21±0,58 0(0-0)	0,07±0,27 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,29±1,86 0(0-3)	0,5±1,16 0(0-0)	0,21±0,58 0(0-0)	0,07±0,27 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Lise ve üzeri	0,33±1,14 0(0-0)	0,11±0,43 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	1,15±1,71 0(0-2)	0,78±1,55 0(0-0)	0,41±1,07 0(0-0)	0,37±1,1 0(0-0)	0,22±0,76 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,841	0,372	0,07	-	-	0,861	0,741	0,833	0,626	0,258
Ameliyat türü										
Açık	0,87±1,85 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	2,33±1,88 3(0-4)	0,93±1,67 0(0-3)	0,4±1,12 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)
Laparoskopik	0,11±0,53 0(0-0)	0,18±0,53 0(0-0)	0,02±0,15 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,8±1,52 0(0-0)	0,64±1,4 0(0-0)	0,36±0,93 0(0-0)	0,4±1,12 0(0-0)	0,22±0,77 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,05	0,182	0,564	-	-	0,003	0,678	0,891	0,14	0,236
Yaş										
İstatistiksel Analiz r(p) **	-0,099 (0,451)	-0,129 (0,326)	-0,166 (0,206)	-	-	-0,041 (0,758)	-0,236 (0,070)	-0,278 (0,032)	-0,118 (0,368)	-0,136 (0,302)

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

EK-9. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

	Uyku süresinde azalma					Uyku süresinde artma				
	Tbc*** Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)	Tbc Gün (Ort±ss) (Med)	1. Hft (Ort±ss) (Med)	2. Hft (Ort±ss) (Med)	3. Hft (Ort±ss) (Med)	4. Hft (Ort±ss) (Med)
Cinsiyet										
Kadın	0,67±1,56 0(0-0)	0,67±1,54 0(0-0)	0,37±1 0(0-0)	0,7±1,47 0(0-0)	0,27±0,69 0(0-0)	0,83±1,8 0(0-0)	0,5±1,31 0(0-0)	0,2±0,66 0(0-0)	0,2±0,81 0(0-0)	0,13±0,73 0(0-0)
Erkek	0,63±1,43 0(0-0)	0,5±1,17 0(0-0)	0,2±0,81 0(0-0)	0,17±0,65 0(0-0)	0,23±0,77 0(0-0)	0,43±1,33 0(0-0)	0,4±1,22 0(0-0)	0,17±0,91 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)	0,13±0,51 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,844	0,904	0,402	0,109	0,73	0,284	0,92	0,33	0,973	0,584
Ameliyat öyküsü										
Evet	0,37±1,21 0(0-0)	0,63±1,5 0(0-0)	0,42±1,07 0(0-0)	0,37±1,12 0(0-0)	0,26±0,81 0(0-0)	0,58±1,46 0(0-0)	0,42±1,07 0(0-0)	0,16±0,69 0(0-0)	0,32±1 0(0-0)	0,32±1 0(0-0)
Hayır	0,78±1,59 0(0-0)	0,56±1,3 0(0-0)	0,22±0,82 0(0-0)	0,46±1,19 0(0-0)	0,24±0,7 0(0-0)	0,66±1,65 0(0-0)	0,46±1,34 0(0-0)	0,2±0,84 0(0-0)	0,1±0,44 0(0-0)	0,05±0,31 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,289	0,841	0,329	0,686	0,898	0,969	0,778	0,783	0,398	0,178
Eğitim durumu										
İlköğretim	0,43±1,09 0(0-0)	0,57±1,28 0(0-0)	0,29±0,73 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0±0 0(0-0)	0,79±1,58 0(0-0)	0,57±1,22 0(0-0)	0,21±0,8 0(0-0)	0,57±1,22 0(0-0)	0,43±1,16 0(0-0)
Lise ve üzeri	0,72±1,59 0(0-0)	0,59±1,39 0(0-0)	0,28±0,96 0(0-0)	0,57±1,29 0(0-0)	0,33±0,82 0(0-0)	0,59±1,6 0(0-0)	0,41±1,27 0(0-0)	0,17±0,8 0(0-0)	0,04±0,29 0(0-0)	0,04±0,29 0(0-0)
İstatistiksel Analiz(p*)	0,622	0,816	0,614	0,097	0,124	0,536	0,367	0,92	0,012	0,068

EK-9. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre uyku ile ilgili yaşanan güçlük düzeyi ortancasının dağılımı

Ameliyat türü										
	1,33±2,09	0,73±1,53	0,4±1,12	0,4±1,06	0,33±0,9	0,4±1,55	0,8±1,66	0,33±0,9	0,27±1,03	0,27±1,03
Açık	0(0-3)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)
Laparoskopik	0,42±1,16 0(0-0)	0,53±1,31 0(0-0)	0,24±0,83 0(0-0)	0,44±1,2 0(0-0)	0,22±0,67 0(0-0)	0,71±1,6 0(0-0)	0,33±1,09 0(0-0)	0,13±0,76 0(0-0)	0,13±0,5 0(0-0)	0,09±0,42 0(0-0)
İstatistiksel Analiz (p*)	0,065	0,8	0,611	0,954	0,771	0,357	0,319	0,236	0,953	0,701
Yaş										
İstatistiksel Analiz r(p) **	-0,077 (0,560)	-0,155 (0,237)	-0,053 (0,687)	-0,049 (0,710)	-0,016 (0,905)	0,045 (0,735)	-0,19 (0,145)	-0,209 (0,108)	0,047 (0,720)	-0,018 (0,894)

* Mann Whitney U testi

** Spearman korelasyon

***Taburculuk

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı,adı : BOZKUL GAMZE
 Uyruğu : T.C.
 Doğum Tarihi / yeri: : 04.01.1996/ Altındağ
 Medeni hali : Bekar
 e-mail : gamze.bozkul@gmail.com



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Bölüm 3.)	2018
Lise	Gazi Şahin Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2021-Devam ediyor	Tarsus Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2020-2020	Gazi Üniversitesi Hastanesi	İzolasyon Yoğun Bakım Hemşiresi
2018-2020	Gazi Üniversitesi Hastanesi	Yoğun Bakım Hemşiresi
2018- 2018	Başkent Üniversitesi Hastanesi	Genel Cerrahi Klinik Hemşiresi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Bozkul G.,Bulut H.Apendektomi Cerrahisi Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi,19-21 Aralık 2019,Ankara. (Poster Bildiri)

2. Demiryürek S.O., Cansız G., Bozkul G., Arıkan Dönmez A., Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Zaman Yönetimi ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Açısından Kuşaklararası Farklılıklarının Belirlenmesi, 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 26-28 Nisan 2017, İstanbul. (Poster Bildiri)
3. Cansız G.,Bozkul G.,Demiryürek S.O.,Arıkan Dönmez A.,Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Güçlendirme Algıları Açısından Kuşaklararası Farklılıklarının Belirlenmesi.16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 26-28 Nisan 2017, İstanbul. (Poster Bildiri)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

