



**AKCİĞER REZEKSİYONU AMELİYATI YAPILAN HASTALARIN
KAYGI DÜZEYLERİ VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN
BELİRLENMESİ**

Nursena KARAOĞLAN KÖKSAL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2024

ETİK BEYAN

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları 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.

Nursena KARAOĞLAN KÖKSAL

27/09/2024

AKCİĞER REZEKSİYONU AMELİYATI YAPILAN HASTALARIN KAYGI DÜZEYLERİ VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nursena KARAOĞLAN KÖKSAL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2024

ÖZET

Bu araştırma, akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma 1 Eylül 2023 - 1 Nisan 2024 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde ilk kez akciğer rezeksiyonu ameliyatı geçiren 90 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalarla yüz yüze görüşülerek ve taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. haftalarda telefonla görüşülerek uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), bağımsız örneklem t testi, tekrarlı ölçümler varyans analizi, pearson korelasyon analizi, ANOVA, Levene, Bonferroni, Tamhane's T2 ve Cochran's Q testleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ameliyat öncesi dönemde $43,37 \pm 8,77$, ameliyat sonrası 1. gün $46,66 \pm 6,89$ iken taburculukta ($33,57 \pm 4,45$) ve taburculuk sonrası 6. haftada ($28,26 \pm 4,08$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında; pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (1. gün) güçlük yaşama düzeylerine bakıldığında sırasıyla; hareket ve aktivite ($8,34 \pm 1,29$), kişisel hijyen ve giyim ($8,31 \pm 1,44$), günlük yaşam aktiviteleri ($7,76 \pm 1,24$) ve ağrıya ($7,25 \pm 2,23$) ilişkin güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların taburculuk sırasında çoğunlukla günlük yaşam aktiviteleri, kişisel hijyen ve giyim, hareket ve aktivite, çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlük deneyimledikleri saptanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası 6. haftada güçlük yaşama düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına dayanarak, hastalara kaygı deneyimleri ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlükler ile baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, izlem programlarının rutin haline getirilmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar Kelimeler : Göğüs cerrahisi, Akciğer rezeksiyonu, Ameliyat sonrası dönem, Kaygı, Güçlük, Cerrahi hemşireliği
Sayfa Adedi : 149
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

DETERMINATION OF ANXIETY LEVELS AND DIFFICULTIES OF PATIENTS
WHO HAVE HAD LUNG RESECTION SURGERY

(M. Sc. Thesis)

Nursena KARAOĞLAN KÖKSAL

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

September 2024

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to determine the anxiety levels and difficulties experienced by patients who underwent lung resection surgery. The study was carried out with 90 patients who underwent lung resection surgery for the first time in Gazi University Health Research and Application Center Thoracic Surgery Clinic between 1 September 2023 and 1 April 2024. The data of the study were collected using the Descriptive Characteristics Information Form, Surgery Specific Anxiety Scale, State Anxiety Scale and Questionnaire for Determination of Postoperative Difficulties. The study was conducted by face-to-face interviews with the patients in the preoperative and postoperative period and by telephone interviews in the 1st, 3rd and 6th weeks after discharge. Descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum), independent sample t test, repeated measures analysis of variance, Pearson correlation analysis, ANOVA, Levene, Bonferroni, Tamhane's T2 and Cochran's Q tests were used in the evaluation of the data. In the statistical evaluation, it was determined that the mean scores of the State Anxiety Scale of the patients was 43.37 ± 8.77 in the preoperative period, 46.66 ± 6.89 on the 1st postoperative day, and decreased statistically significantly at discharge (33.57 ± 4.45) and at the 6th week after discharge (28.26 ± 4.08). When the relationship between the State Anxiety Scale and the Surgery Specific Anxiety Scale was examined, it was found that there was a statistically significant positive relationship. When the patients' level of difficulty in the early postoperative period (day 1) was examined, it was determined that they had difficulties related to movement and activity (8.34 ± 1.29), personal hygiene and clothing (8.31 ± 1.44), activities of daily living (7.76 ± 1.24) and pain (7.25 ± 2.23), respectively. It was determined that patients mostly experienced difficulties related to activities of daily living, personal hygiene and clothing, movement and activity, work and social life during discharge. It was determined that patients' levels of experiencing difficulties decreased statistically significantly at the 6th week after discharge. Based on the findings of the study, it is recommended that education and counselling services should be provided to patients to cope with their anxiety experiences and difficulties in the postoperative period, and follow-up programmes should be made routine.

Science Code : 1032.1

Key Words : Thoracic surgery, Lung resection, Postoperative period, Anxiety, Difficulties, Surgical nursing

Page Number : 149

Supervisor : Prof. Dr. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli yardımları ve katkılarıyla bana destek olan, akademik yoluma ışık tutan, emek ve sabır gösteren ve kıymetli zamanını ayıran danışmanım Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT'a,

Çalışmanın uygulanmasında kullanılan veri toplama formunun hazırlığında uzman görüşlerinden faydalandığım Doç Dr. Sevil GÜLER, Doç. Dr. Bediye ÖZTAŞ, Doç. Dr. Gülay YAZICI, Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN, Doç. Dr. SİBEL YILMAZ ŞAHİN, Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK ve Dr. Öğr. Üyesi Sevcan Avcı IŞIK'a,

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Servisi hemşirelerine, hekimlerine ve personellerine,

Değerli fikir ve desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Burçin IRMAK'a,

Tüm sıkıntılarımı paylaşan sevgili arkadaşlarım Yasemin AÇAR ve Nimet Sena KÜÇÜK'e,

Bugünlere gelmemi sağlayan, bu süreçte sevgi ve anlayışlarını üstümden eksik etmeyen canım ailem; sevgili babam Orhan KARAOĞLAN, sevgili annem İclal KARAOĞLAN, sevgili kardeşim Berkay KARAOĞLAN'a

Ve tabi ki yoğun çalışmalarım sırasında sabır gösterdiği, bana destek olduğu, sevgisini ve ilgisini eksik etmediği için canım eşim Ahmet KÖKSAL'a,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Akciğer Rezeksiyonu Gerektiren Hastalıklar	7
2.2. Akciğer Rezeksiyonu Türleri.....	7
2.2.1. Pnöminektomi	7
2.2.2. Bilobektomi	8
2.2.3. Lobektomi	9
2.2.4. Segmentektomi	9
2.2.5. Wedge (kama) rezeksiyon	10
2.3. Akciğer Rezeksiyonunda Cerrahi Teknikler.....	11
2.3.1. Açık torakotomi	12
2.3.2. Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (VATS).....	13
2.4. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı.....	15
2.4.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı	15
2.4.2. Ameliyat sırası hemşirelik bakımı	18
2.4.3. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	18
2.4.4. Taburculuk planlaması.....	31

	Sayfa
2.5. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Sonrası Evde Bakım ve İzlem	31
2.6. Kaygı Kavramı.....	32
2.6.1. Ameliyat öncesi ve sonrası kaygı	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Şekli	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.4. Veri Toplama Formları	43
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu	43
3.4.2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği.....	43
3.4.3. Durumluk Kaygı Ölçeği	44
3.4.4. Ameliyat sonrası güçlüklerin belirlenmesine ilişkin soru formu.....	45
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	46
3.6. Araştırmanın Uygulanması	46
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	107
6.1. Sonuçlar	107
6.2. Öneriler	109
KAYNAKLAR	111
EKLER.....	125
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	126
EK-2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	129
EK-3. Durumluk Kaygı Ölçeği	130

Sayfa

EK-4. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu.....	131
EK-5. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Komisyon Onayı	141
EK-6. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzin Yazısı ..	143
EK-7. Ölçek İzinleri.....	145
EK-8. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	146
ÖZGEÇMİŞ	148

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	52
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özelliklerine göre dağılımı.....	54
Çizelge 4.3. Metastatik akciğer kanseri olan hastalar için primer kansere ilişkin özelliklerin dağılımı	55
Çizelge 4.4. Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	56
Çizelge 4.5. Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı.....	56
Çizelge 4.6. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	57
Çizelge 4.7. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	58
Çizelge 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı.....	59
Çizelge 4.9. Hastaların bazı ameliyat ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı	60
Çizelge 4.10. Hastaların izlemlere göre güçlük yaşama düzeylerinin dağılımları.....	62
Çizelge 4.11. Hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı	64
Çizelge 4.12. Hastaların izlemlere göre ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddetlerinin dağılımı	100

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Akciğer rezeksiyonu türleri	11
Şekil 2.2. Posterolateral torakotomi kesisi	13
Şekil 2.3. Video yardımcı Torakoskopik Cerrahi (VATS)	15
Şekil 2.4. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası ağrı yönetimi	23
Şekil 2.5. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası göğüs tüpü olan hastanın bakımı.....	26
Şekil 2.6. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı.....	30
Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.....	42
Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama akış şeması.....	48
Şekil 4.1. Hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımları	57
Şekil 4.2. Hastaların izlemlere göre ağrıya ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları .	68
Şekil 4.3. Hastaların izlemlere göre solunuma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	70
Şekil 4.4. Hastaların izlemlere göre dolaşıma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	72
Şekil 4.5. Hastaların izlemlere göre beslenme ve metabolik duruma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	74
Şekil 4.6. Hastaların izlemlere göre sindirime ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	76
Şekil 4.7. Hastaların izlemlere göre boşaltıma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	78
Şekil 4.8. Hastaların izlemlere göre sinir sistemine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	80
Şekil 4.9. Hastaların izlemlere göre hareket ve aktiviteye ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	82
Şekil 4.10. Hastaların izlemlere göre kişisel hijyen ve giyime ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	84
Şekil 4.11. Hastaların izlemlere göre uyku ve dinlenmeye ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	86

Şekil	Sayfa
Şekil 4.12. Hastaların izlemlere göre günlük yaşam aktivitelerine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	88
Şekil 4.13. Hastaların izlemlere göre ilaç kullanımına ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları.....	90
Şekil 4.14. Hastaların izlemlere göre yara yerine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları.....	92
Şekil 4.15. Hastaların izlemlere çalışma ve sosyal hayata ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları	94
Şekil 4.16. Hastaların izlemlere göre beden imajına ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları.....	96
Şekil 4.17. Hastaların izlemlere göre diğer güçlüklerle ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları.....	98

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AÖKÖ	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery)
ESTS	Avrupa Göğüs Cerrahları Derneği (European Society of Thoracic Surgeons)
GLOBOCAN	Küresel Kanser Gözlemevi (Global Cancer Observatory)
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
RATS	Robot Yardımlı Göğüs Cerrahisi (Robotic Assisted Thoracoscopic Surgery)
VATS	Video Yardımlı Göğüs Cerrahisi (Video Assisted Thoracoscopic Surgery)

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

Solunum sistemi hastalıkları; akciğerlerdeki ve hava yolu sistemlerindeki organ ve dokuları etkileyerek gaz değişimini ve nefes almayı zorlaştıran hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Hinkle ve Cheever, 2014). En yaygın solunum yolu hastalıkları arasında influenza, pnömoni, astım, kronik bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bronşektazi ve akciğer kanseri yer almaktadır (Cengiz ve Saatçi, 2024). Ülkemizde ve tüm dünyada hastalık ve ölümlerin başlıca nedenlerinden biri de solunum sistemi ile ilgili hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2024 yılı sağlık istatistikleri raporuna bakıldığında; 2021 yılında küresel çapta ilk 10 ölüm nedeni arasında 4. sırada KOAH, 5. sırada alt solunum yolu enfeksiyonları, 6. sırada trakea, bronş ve akciğer kanserleri ve 10. sırada tüberküloz yer almaktadır (DSÖ, 2024). Küresel Kanser Gözlemevi'nin (GLOBOCAN) 2022 verilerine göre; dünya çapında trakea, bronş ve akciğer kanseri görülme oranı %2,9 iken mortalite oranı %2 olarak belirlenmiştir (GLOBOCAN, 2022). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2022 yılındaki Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre; ICD-10 ana tanı gruplarına göre ölüm nedenlerinin dağılımına bakıldığında 3. sırada solunum sistemi hastalıkları (%13,54) yer almaktadır. Yine aynı raporda akciğer, trakea ve bronş kanseri en sık görülen kanser türünde erkeklerde ilk sırada yer alırken, kadınlarda 5. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2023 yılı ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri raporunda ise tümör kaynaklı ölümlerin ilk sırasında trakea, bronş ve akciğer tümörleri yer almaktadır (TÜİK, 2023).

Solunum sistemi hastalıkları içinde yaygın şekilde görülen kanserlerin tedavisinde radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi tercih edilmektedir (Baykara, 2016). Günümüzde göğüs cerrahisinde yapılan ameliyatların büyük çoğunluğunu akciğer rezeksiyonları oluşturmaktadır (Chen-Yoshikawa ve diğerleri, 2020). Akciğer tümörleri başta olmak üzere; bronşektazi, akciğer apsesi, tüberküloz ve fungal enfeksiyonlar akciğer rezeksiyonları ile tedavi edilmektedir (Tokat ve Özdemir, 2004). Akciğer rezeksiyonları kapsamında pnömonektomi, bilobektomi, lobektomi, segmentektomi ve wedge rezeksiyon yapılmaktadır. Rezeksiyon için genellikle posterolateral torakotomi tercih edilse de son yıllarda videotorakoskopik akciğer rezeksiyonları da sıklıkla uygulanmaktadır (Çolak, 2015).

Segmentektomiden pnömonektomiye kadar geniş bir yelpazede gerçekleştirilen akciğer rezeksiyonları ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından riskli cerrahilerdir (Roungeris ve diğerleri, 2024). Akciğer rezeksiyonlarından sonra olguların yaklaşık dörtte birinde kaçınılmaz olarak komplikasyon gelişmektedir (Taylor ve diğerleri, 2021). Elektif akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası görülen mortalite oranları, koroner arter bypass cerrahisi sonrasına kıyasla 2 ile 4 kat fazla olarak bildirilmiştir (Dinç ve diğerleri, 2018). Kardiyopulmoner komplikasyonlar akciğer rezeksiyonu sonrası en sık görülen komplikasyon türü olup, aynı zamanda mortalite ve morbiditenin esas belirleyicisidir (Özgür ve Ulukol, 2022). Bu nedenle hastaların ameliyata en iyi şekilde hazırlanmasını sağlamak ve ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek için detaylı şekilde değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Saqib, 2016).

Akciğer rezeksiyonları birçok hastalıkta en ümit verici tedavi şekli olmasına rağmen, hastalar için hem psikolojik hem de fizyolojik bir travmadır (Yeşilbaş, 2023). Ameliyat kararı ve bekleme süreci hastalar tarafından; ağrı, yabancı bir ortamda bulunma, kontrol ve bağımsızlığın kaybı, rol ve sorumluluklarda değişiklik şeklinde yaşamı tehdit edici, korkutucu ve bilinmezliklerin olduğu bir yaşam deneyimi olarak algılanmaktadır (Okyar ve diğerleri, 2022). Bu durum hastaların ameliyat sürecine uyumunu zorlaştırmakta ve iyileşme sürecini geciktirmektedir (Doğan ve diğerleri, 2024).

Ameliyat öncesi kaygı deneyimi, organa verilen değer ile doğrudan ilişkilidir (Yıldız ve diğerleri, 2015). Özellikle akciğerlerin yaşamsal anlamı ve önemi nedeniyle, bireyin akciğerlerine dolayısıyla yaşamına müdahale edilecek olması akciğer rezeksiyonu ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeyini yükseltmektedir (Sayın, 2021). Bu hastaların ileri düzey solunum sıkıntısı yaşamaları ve günlük hayatta solunum araçlarından destek almaları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yoğun kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. Pek çok hasta, ameliyat sonrası nefes almakta zorluk çekeceği düşüncesiyle kaygıya kapılmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2016). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanarak hastaların ameliyat sürecine hazırlanması önemlidir.

Hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri, cerrahi girişimin başarısı ve ameliyat sonrası dönemde hasta bakım sonuçları üzerine etki etmektedir. (Menevşe, 2022; Gürler Balta ve diğerleri, 2022). Ameliyat olmayı bekleyen hastaların kaygı deneyimleri; bağışıklık

yanıtının azalmasına, enfeksiyona yatkınlığın artmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olarak birçok olumsuz etkiyi beraberinde getirmektedir (Karaca, 2024). Ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrası dönemde daha fazla tıbbi komplikasyon gelişmekte ve rezeksiyon sonrası kritik bakım ve tedavi gereksinimi olan hastaların büyük çoğunluğu yoğun bakım ünitesinde izlenmektedir (Akıncı, 2022; Kıraner, 2018). Yoğun bakım ünitesinde yatmak ise hastaların hastanede kalış süresini uzatarak kaygı düzeyini etkilemektedir (Berg ve diğerleri, 2013). Manji ve diğerleri tarafından kardiyak cerrahinin ardından yoğun bakım ünitesinde uzun süreli kalış sonrası erken yeniden hastaneye yatışın sonuçları ve değiştirilebilir risk faktörlerini belirlemeye yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada ameliyat öncesi kaygı düzeyinin, ameliyat sonrası hastaneye tekrarlı yatış, uzamış yoğun bakım süresi ve komplikasyonlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Manji ve diğerleri, 2017). Bu nedenle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşanan kaygının en aza indirilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası verilen bakımın kalitesi açısından önem arz etmektedir (Doğan ve diğerleri, 2024).

Hastalar cerrahi türü ve yeri fark etmeksizin ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini etkileyen ağrı, solunum, dolaşım, beslenme, sindirim, boşaltım, hareket, öz bakım, uyku ve beden imajı gibi güçlükler ve bunlara ek olarak ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlara bağlı güçlükler ile karşı karşıya kalmaktadır (Acar ve Fındık, 2021; Aydoğdu ve Dal Yılmaz, 2020). Akciğer rezeksiyonu ameliyatının hastaların sağlığı üzerinde tedavi edici ve olumlu etkileri olmasına rağmen, hastalarda yarattığı kaygı deneyimine ek olarak ameliyat sonrası dönemde güçlükler neden olduğu ve bu güçlüklerin hastanın yaşamını fiziksel, zihinsel, psikososyal ve fonksiyonel olarak etkilediği bilinmektedir (Li ve diğerleri, 2021). Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların yaşadığı güçlüklerle ilişkin literatürde sınırlı çalışma bulunmaktadır. Ameliyat yeri ve tekniği bakımından toraks cerrahisi ile benzerlik gösteren kardiyovasküler cerrahi geçiren hastaların yaşadığı güçlüklerle bakıldığında, diğer cerrahi türlerinde olduğu gibi hastaların özellikle ağrı, solunum, dolaşım, hareket ve aktivite, uykuya ilişkin güçlükler yaşadıkları görülmektedir (Akbari ve Şenol Çelik, 2015; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Yavuz, 2019). Ögüt (2018) tarafından kardiyovasküler cerrahi sonrası hastaların yaşadıkları ağrı şiddeti, ağrının özellikleri ve ağrıyı etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da ameliyat sonrası dönemde hastaların %92.86'sının ağrı ile karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı güçlükler kendi bakımını sağlama yeteneklerini olumsuz yönde etkileyerek günlük yaşam

aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmakta ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Gill ve diğerleri, 2023)

Hastalar taburcu olduktan sonra iyileşme sürecinin büyük bir kısmını evde geçirmektedir. Taburculuğa iyi hazırlanamayan hastalar iyileşme sürecinde karşılaştıkları güçlüklerle baş edemeyerek, ortaya çıkan semptomları yönetmekte zorlanmakta ve bu duruma bağlı olarak kaygı yaşamaktadır (Dal ve diğerleri, 2012). Hasta ve yakınlarının yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ise hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz atlatabilmesi ve gerekli bakımın planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır (Yılmaz ve Çifçi, 2010). Bu amaçla çalışmada akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Literatürde akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlükler bir arada ele alınmıştır. Çalışma sonuçlarının hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlükler ile ilgili farkındalığın artırılmasında önemli sonuçlar sunarak, hastalara sunulan hemşirelik bakım hizmetinin kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca, kaygı deneyimi hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin aksamasına neden olabilmektedir. Hemşirelerin, hastaların kaygı düzeylerinin farkına vararak, öz bakım süreçlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma, akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

- Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri nedir?
- Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların yaşadıkları güçlükler nedir?

Araştırmanın önemi

Literatürde akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar olmakla birlikte, hastaların ameliyat sonrası

yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeylerinin ve yaşadığı güçlüklerin belirlenmesinin; ameliyat öncesi ve sonrası kaygının ve yaşanan güçlüklerin giderilmesine yönelik gerekli girişimlerin uygulanmasında, sağlık çalışanlarının bu konuda olumlu tutum geliştirmelerinde, hastaneye plansız tekrarlı yatışların önlenmesinde, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında yol gösterici olacağı ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Günümüzde akciğer tümörleri başta olmak üzere birçok hastalığın cerrahi tedavisinde akciğer rezeksiyonları tercih edilmektedir (Şengül İnan, 2022). Zaman içinde tıbbi teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, cerrahların tecrübe ve deneyimlerinin artması, video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) gibi yöntemlerin yaygınlaşması ile birlikte akciğer rezeksiyonu uygulanan hasta sayısında da artış meydana gelmiştir (Yeşilbaş, 2023).

2.1. Akciğer Rezeksiyonu Gerektiren Hastalıklar

Teknolojideki gelişmelere ve sağlık alanındaki yeniliklere paralel olarak akciğer rezeksiyonlarının uygulanabilirliği artmış olsa da yapılan çalışmalara bakıldığında hala tedavi sürecinde akciğer rezeksiyonuna en sık başvuru alan hastalıklardan birinin akciğer maligniteleri olduğu görülmektedir (Aksu ve Erdoğan, 2017). Malign kitleleri takiben bronşektazi, tüberküloz, amfizem, akciğer absesi, bronş karsinomu, benign kitleler, kist hidatik, toraks travmaları, aspergilloma, yabancı cisim aspirasyonu, ankiste ampiyem, sekestrasyon, malign endobronşial plazmositom, hipoplastik akciğer, enfeksiyöz parankim yıkımı ve büllöz distrofi de diğer akciğer rezeksiyonu gerektiren hastalıklar arasında yer almaktadır (Harris ve diğerleri, 2016; Salami ve diğerleri 2018; Yazgan ve Şirzai, 2024; Yekeler ve diğerleri, 2013). Akciğer rezeksiyonu gerektiren hastalıklar konjenital nedenler veya kazanılmış nedenlerle ortaya çıkabilir. Konjenital nedenler konjenital kistik adenoid malformasyon, pulmoner sekestrasyon ve konjenital lobar amfizem olarak sıralanırken kazanılmış nedenler postpnömonik nedenler ve travmatik bronş rüptürü olarak ifade edilebilir (Mercan ve diğerleri, 2011). Tüm bunlara bakıldığında akciğer rezeksiyonlarının birçok hastalığın tedavi sürecinde önemli bir yer edindiği söylenebilir (Yeşilbaş, 2023).

2.2. Akciğer Rezeksiyonu Türleri

2.2.1. Pnöminektomi

Pnöminektomi, sağ veya sol akciğerin tamamının cerrahi yöntemle çıkarıldığı ve akciğer fonksiyonlarında yarıdan fazla kayıp meydana getirebilen radikal bir rezeksiyon tipidir (Kapdağlı, 2014; Raza ve Alzetani, 2017). Sağ akciğerin üç lobunun veya sol akciğerin iki lobunun birden tutulduğu, tümör lokalizasyonunun santral yerleşimli olduğu, interlober

damar ya da lenf nodlarına yayılmış tümörler ile ana bronş çevresindeki lenf düğümlerinin invaze olduğu ve diğer cerrahi rezeksiyonlarla patolojik bölgenin çıkarılamadığı durumlarda uygulanmaktadır (Hatipoğlu, 2019).

Sağ akciğer total akciğerin hacminin yarısından fazlasını oluşturduğu için sağ pnömonektomilerin mortalite ve morbidite oranlarının sol pnömonektomilere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Doğru ve diğerleri, 2021; Kapdağlı, 2014). Üçvet ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada pnömonektomi sonrası mortalite oranı %6,9 olarak bildirilirken hayatını kaybeden hastaların tümüne sağ pnömonektomi uygulandığı belirtilmiştir (Üçvet, 2008). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, sağ pnömonektominin sol pnömonektomiye kıyasla daha yüksek perioperatif mortalite oranlarıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Peer ve diğerleri, 2015; Pricopi ve diğerleri, 2015; Yang ve diğerleri, 2019).

Pnömonektomi yüksek mortalite ve morbidite oranlarına ek olarak ameliyat sonrası dönemde komplikasyon sayısının en fazla olduğu akciğer rezeksiyonudur (Aksoy, 2019). Pulmoner emboli, kanama, ampiyem, bronkoplevral fistül, solunum yetmezliği, kardiyak aritmiler ve miyokard enfarktüsü pnömonektomi sonrası karşılaşılan ciddi komplikasyonlardır (Kapdağlı, 2014). Bu tür komplikasyonlardan kaçınabilmek için ameliyat öncesi dönemde tüm hastalar dikkatle değerlendirilmeli, yeterli ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım hizmeti sunulmalıdır (Xin ve diğerleri, 2022).

2.2.2. Bilobektomi

Bilobektomi; sağ akciğerde üst lob ve orta lobun veya alt lob ve orta lobun birlikte çıkarılması işlemidir ve orta-üst lobektomi süperior veya üst bilobektomi, orta-alt lobektomi inferior veya alt bilobektomi olarak adlandırılmaktadır (Icard ve diğerleri, 2013). Bilobektomi daha çok tümörün boyutu veya anatomik yerleşimi nedeniyle tercih edilmektedir (Gülyüz, 2021).

Bilobektominin mortalite ve morbidite oranları lobektomi ile pnömonektomi arasındadır (Thomas ve diğerleri, 2016). Literatür incelendiğinde küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle bilobektomi yapılan hastalarda beş yıllık sağkalım oranının %26-58 arasında değiştiği görülmüştür (Kim ve diğerleri, 2010; Icard ve diğerleri, 2013). Samancılar ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise lobektomi sonrası 5 yıllık sağ kalım oranı %59,6 olarak belirlenmiştir (Samancılar ve diğerleri, 2016).

2.2.3. Lobektomi

Lobektomi akciğerin beş lobundan birisinin arterleri, veni ve bronşu ayrılarak yapılan rezeksiyon çeşididir (Dübüş, 2005). Lobektomide tümörün santral ve periferik drenaj yolları ile birlikte çıkarılması sağlanmaktadır (Kapdağlı, 2014). Lobektomi, akciğerin benign hastalıklarında uygulanabilmekle birlikte sıklıkla akciğer malignitelerinin tedavisinde tercih edilmektedir (Kirby ve Fell, 2005). Erken evre küçük hücre dışı akciğer kanserlerinde günümüzde altın standart tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir (Hartwig ve D'amico, 2010; Mangiamelli ve diğerleri, 2022). Lobektomi işlemi malignite nedeniyle yapıldığında rezeksiyona sıklıkla lenf nodu örnekleme ve/veya diseksiyonu da eklenmektedir (Goldstraw ve diğerleri, 2011).

Geleneksel olarak lobektomi tıpkı pnömonektomide olduğu gibi torakotomi insizyonu ile yapılmaktadır ancak zamanla video torakoskopinin gelişmesi üzerine VATS lobektomi de uygulanmaya başlanmıştır (Gülyüz, 2021). Lobektomi çeşitli akciğer hastalıkları için yarar sağlamakla birlikte lobektomi yapabilmek için hastaların rezeksiyonu tolere edebilecek yeterli akciğer rezervine sahip olmaları gerekmektedir. Bu şartlar altında yapılan lobektomi genellikle hastalar tarafından iyi tolere edilebilmektedir çünkü rezeksiyon sonrası kalan akciğer plevral boşluğu doldurarak oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmektedir (Kapdağlı, 2014; Gülyüz, 2021).

2.2.4. Segmentektomi

Segmentektomi, en küçük anatomik akciğer rezeksiyonudur. (Aksoy, 2019). Akciğerin fonksiyonel ve anatomik yapısına bakıldığında bronşiyal, arteriyel ve venöz sistemin ayrı olduğu segment adı verilen birimlerden oluştuğu görülmektedir. Sağ akciğerde üç lob, on segment ve sol akciğerde iki lob, sekiz segment bulunmaktadır (Gülyüz, 2021). Bu segmentlerden birinin veya birkaçının cerrahi rezeksiyonuna segmentektomi denilmektedir (Liu ve diğerleri, 2020).

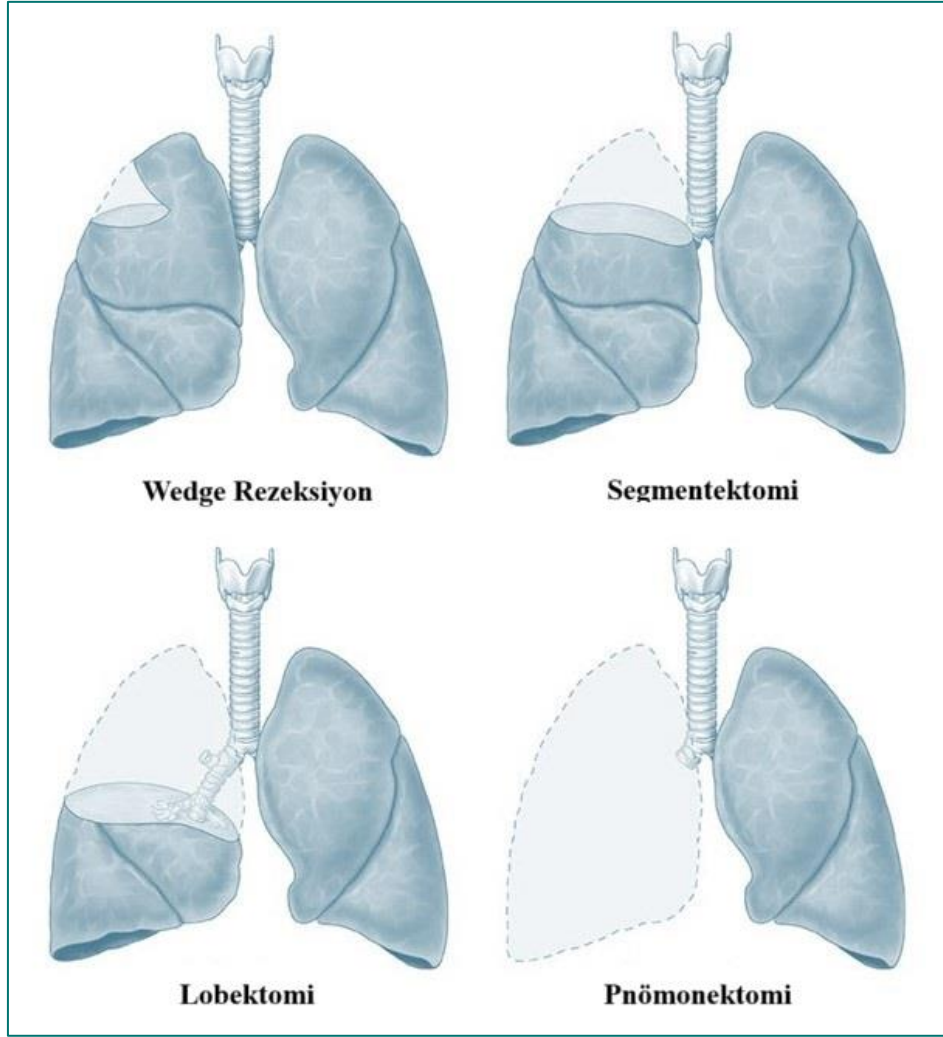
Akciğer kanseri tedavisinde segmentektomi rutin bir işlem olarak kabul edilmese de sınırlı solunum rezervi nedeniyle solunum fonksiyonları sadece segmental rezeksiyona uygun,

daha büyük anatomik rezeksiyonları kaldıramayacak, anatomik olarak segmente uyan yerleşimdeki lezyonlara segmentektomi uygulanmaktadır (Dübüş, 2005). Her bir segment anatomik rezeksiyon ile çıkarılabilir olsa da daha çok üst lob segmentleri ve alt lobun süperior segment rezeksiyonu için kullanılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda akciğer kanseri cerrahisinde 2 cm'den küçük tümörlerde segmentektomi, lobektomiye alternatif görülmeye başlanmıştır (Tezel ve Kolbaş, 2019; Winckelmans ve diğerleri, 2020). Lingulektomi ise iki segment içermesine rağmen sık uygulanan özel bir segmentektomi formudur (Kapdağlı, 2014).

2.2.5. Wedge (kama) rezeksiyon

Wedge rezeksiyon, akciğer kanseri tedavisinde yalnızca yüksek riskli hastalarda son tedavi seçeneği olarak tercih edilen ve anatomik olmayan bir rezeksiyon türüdür (Kapdağlı, 2014). Çeşitli teknik uygulamaları olmakla beraber genel uygulama, tümör ve etrafındaki sağlıklı dokuyu içine alarak, mekanik stapler yardımıyla V veya U şeklinde ve tümör dokusunu bozmadan yapılan rezeksiyondur (Gülyüz 2021).

Segmentektomi ve wedge rezeksiyon gibi sınırlı rezeksiyonlar akciğer rezervi kısıtlı hastalarda uygulanmaktadır (Dübüş, 2005). Anatomik rezeksiyonlar ile karşılaştırıldığında artmış lokal nüks riskine rağmen anatomik rezeksiyonu tolere edemeyecek hastalarda kabul edilebilir bir seçenek olabilmektedir (Singhal, Shrager & Kaiser, 2005).



Şekil 2.1. Akciğer rezeksiyonu türleri

2.3. Akciğer Rezeksiyonunda Cerrahi Teknikler

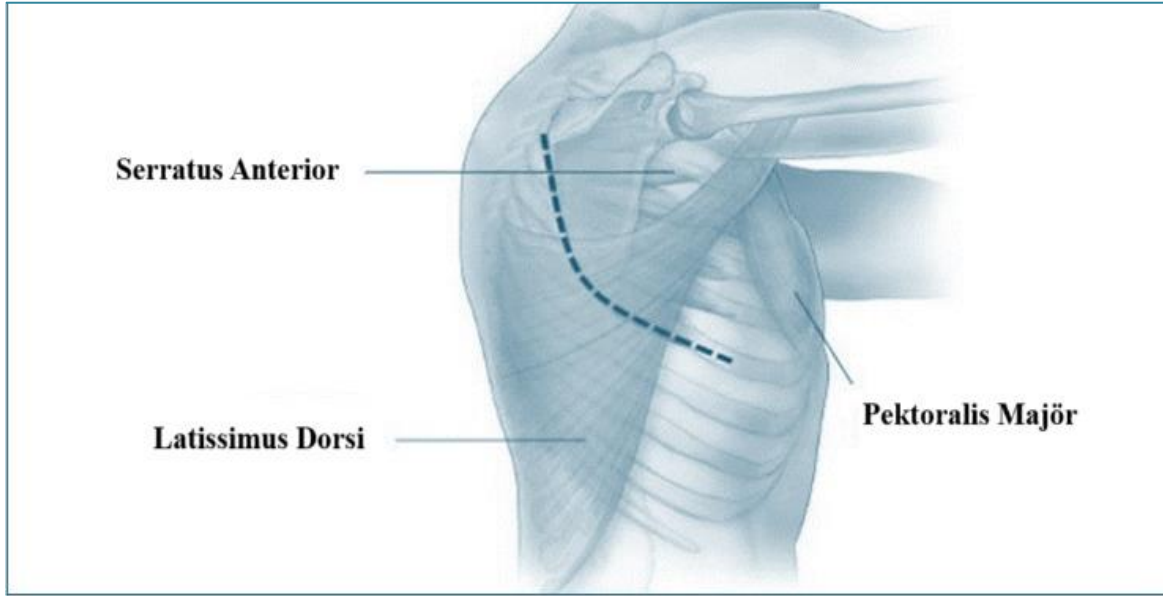
Akciğer rezeksiyonlarının 500 yıldan fazla bir geçmişi olmasına rağmen anatomik rezeksiyonlar ancak 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren başarılı ve güvenli bir şekilde yapılmaya başlanmıştır (Yeğinsu, 2008). Göğüs cerrahları yüzyıllar boyunca kaburgaları aralayarak intratorasik alana ulaşmaya çalışmışlardır. Çok uzun bir süre posterolateral torakotomi benzeri geniş insizyonlar standart uygulama olarak kabul görmüştür. Teknolojinin hızla ilerlemesi, onkolojik ve cerrahi prosedürlerin gelişmesi ile birlikte göğüs cerrahisi de minimal invaziv cerrahi tekniklerine evrilmeye başlamıştır (Wong ve diğerleri, 2018).

2.3.1. Açık torakotomi

Torakotomi, torasik kavite içindeki organları görmek, lezyonları teşhis etmek ve cerrahi tedavi uygulamak için kostalar arasında kesi yapılmasını içeren bir cerrahi prosedür olarak tanımlanmaktadır (Mangiamelli ve diğerleri, 2022). Torakotomi; pulmoner maligniteler, pulmoner enfeksiyonlar, göğüs travması, büllöz hastalık, intraplevral bozuklukların yanı sıra kapak replasman cerrahisi, hiatus fıtığı onarımlarını gerçekleştirmek için de tercih edilmektedir (Aksu, 2023). İyi seçilmiş bir torasik yaklaşımda cerrahi insizyon aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Ameliyat sahasına çok yakın olmalı,
- Cerraha yeterli görüş ve uygulama alanı sağlamalı,
- Sinirlere, kan damarlarına ve kaslara zarar vermemeli,
- Ameliyat sonrası fonksiyonları mümkün olduğu kadar az etkilemeli,
- Mümkün olduğu kadar kozmetik olmalı ve beden imajını bozmamalıdır (Kol ve diğerleri, 2013; Sayın, 2021).

Toraks cerrahisinde yapılacak insizyona tümörün yerleşimi ve cerrahi gereksinime göre karar verilir ancak yukarıda belirtilen özelliklere sahip olması nedeniyle en çok tercih edilen torakotomi yaklaşımı posterolateral torakotomidir (Yakşı ve Kılıçgün, 2022; Öztürk, 2007). Bu yaklaşımda insizyon; memenin yaklaşık 4 cm altından başlamakta olup, 6. kostanın üst kenarından ilerletilerek, skapulunun alt ucundan yaklaşık 3 cm posteriorda skapula ortasında sonlandırılmaktadır. Latisimus dorsi, serratus anterior ve gerekirse trapezius kaslarının alt kısmı bir miktar kesilip interkostal aralığa ulaşılmaktadır (Raza ve Alzetani, 2017). Bu kesi ile geniş bir görüş açısı sağlanabilir ve tüm akciğer ameliyatları planlanabilir ancak uzun işlem süresi, kötü kozmetik görüntü ve şiddetli postoperatif ağrı gibi dezavantajları bulunmaktadır (Balta, 2020; Yakşı ve Kılıçgün, 2022).



Şekil 2.2. Posterolateral torakotomi kesisi

2.3.2. Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS)

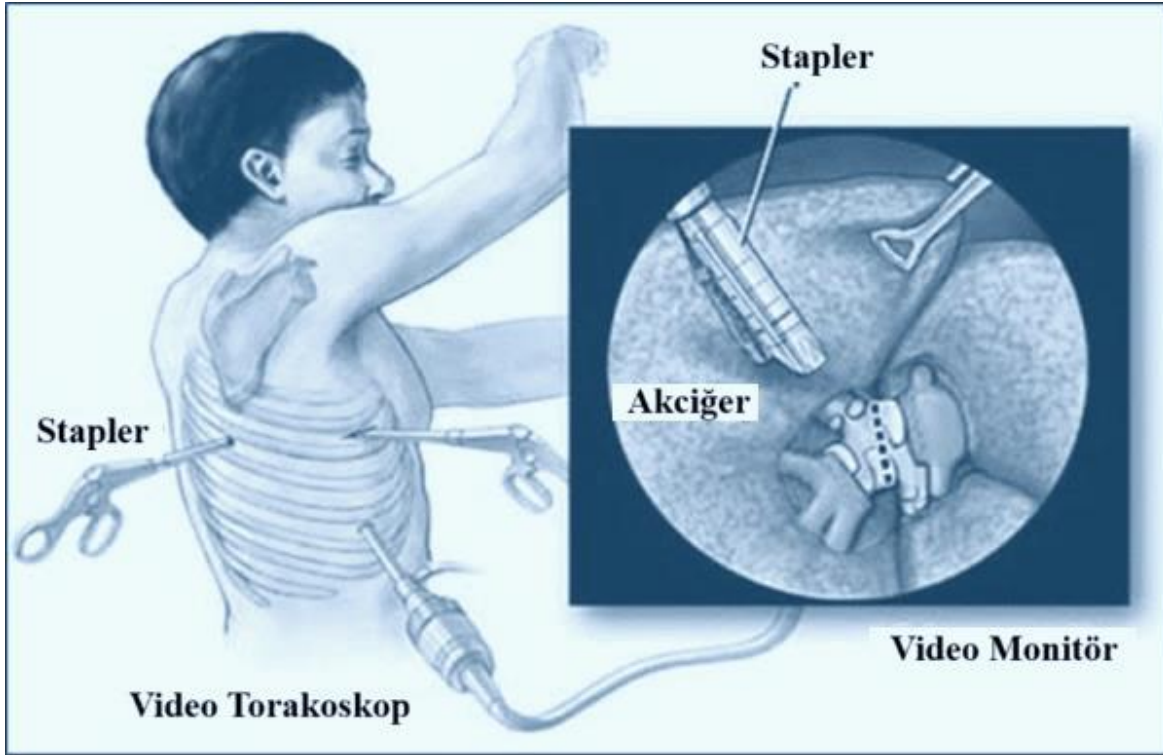
Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (VATS), akciğer ve toraks boşluğunda yer alan yapılar üzerinde tanısal işlemler gerçekleştirmek ve tedavi uygulamak amacıyla torakoskop adı verilen özel bir video kamera kullanılarak gerçekleştirilen minimal invaziv cerrahi türüdür (Türk, 2022). İlk uygulandığı günden bu yana popülaritesi artmaya devam eden VATS, plevra biyopsisi, plevral efüzyon drenajı, plörediz, tanısal akciğer biyopsisi, mediastinal kist ve tümörler, primer akciğer malignitesinde anatomik rezeksiyonlar gibi birçok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır (Nakazawa ve diğerleri, 2018). VATS'ta diğer açık cerrahi yaklaşımlarda olduğu gibi tümörün bulunduğu akciğer lobu, hiler ve mediastinal lenf nodları birlikte çıkarılabilmektedir (Lackey ve Donington, 2013).

VATS ile rezeksiyon işleminde hasta ameliyathane koşullarında çift lümenli entübasyon tüpü ile entübe edilmektedir (Mangiamelli ve diğerleri, 2022). Tek (single port – uniport VATS) insizyon veya çoklu insizyonlar (multiple port VATS) kullanılarak yapılabilen bu rezeksiyon tekniğinde, kosta retraksiyonu yapılmadan ve toraks ekartörü kullanılmadan sadece torakoskop aracılığı ile görüntü sağlanmaktadır. Cerrah intratorasik yapılara insizyondan alanından değil monitörden bakmaktadır (Guerrero ve Gonzales-Rivas, 2017). Uniportal, yani tek kesiden yapılan ameliyatların endikasyonları ise giderek yaygınlaşmaktadır (Hofmann, 2015).

VATS ile rezeksiyon için akciğer dokusunun serbest olması, malignite büyüklüğünün rezeksiyona engel olmayacak düzeyde olması önemlidir. VATS ile rezeksiyon yapılmasını engelleyen durumlarda cerrahın isteğine bağlı olarak VATS protokolü sonlandırılabilir ve çalışma insizyonu genişletilerek torakotomi protokolü ile operasyona devam edilebilir (Türk, 2022; Guerrero ve Gonzales-Rivas, 2017). VATS sırasındaki açık cerrahiye dönüş başarısızlık olarak değerlendirilmemelidir (Demmy ve diğerleri, 2005).

VATS, dünya çapında videotorakoskopik tekniklerin gelişmesiyle birlikte popülerlik kazanmış ve zamanla göğüs cerrahisi kliniklerinde en yaygın kullanılan teknik haline gelmiştir (Gonzalez-Rivas ve diğerleri, 2016). Doksanlı yılların başında erken evre akciğer kanserleri için kullanılan VATS, yirminci yüzyılın sonlarına doğru majör akciğer rezeksiyonlarında kullanılması ile birlikte hızlı bir gelişme göstermiştir (Sezen ve diğerleri, 2019; Guerrero ve Gonzales-Rivas, 2017).

Tarihsel deneyimler ile VATS tekniğinin geleneksel kas koruyucu olmayan torakotomiye nazaran daha az ağrı, daha kısa süreli göğüs tüpü kullanımı, daha düşük mortalite ve morbidite sağladığı, daha az hastanede yatış süresi, daha iyi bir kozmetik görünüm ve daha yüksek yaşam kalitesi sunduğu ortaya konmuştur (Sihoe, 2014; Grogan ve Jones, 2008). Günümüzde majör akciğer rezeksiyonları dahil pek çok göğüs cerrahisi operasyonu VATS ile yapılabilmektedir (Guerrero ve Gonzales-Rivas, 2017; McKenna, 2010).



Şekil 2.3. Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS)

2.4. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirmek için ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemde bütüncül bir hemşirelik bakımı sunulmalıdır.

2.4.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılacak hastanın ameliyat öncesi bakımı, herhangi bir cerrahi girişim geçirecek hastanın bakımına benzemekle birlikte, farklı olarak bu hastalarda solunum sistemi kapsamlı bir şekilde incelenmeli ve değerlendirilmelidir (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021). Ameliyat öncesi dönemde hastanın değerlendirilmesi solunum ve kardiyovasküler sistemler üzerine odaklanmalıdır (Saqib, 2016). Hastanın ameliyat sürecine en iyi şekilde hazırlanmasını sağlamak komplikasyonları önlemek açısından oldukça önemlidir (Korkmaz ve diğerleri, 2023). Bu nedenle hastadan genel tanılama ölçütlerine ek olarak detaylı solunum sistemi öyküsü alınır.

- Solunum sistemine ilişkin belirti ve bulgular (göğüs ağrısı, dispne, öksürük, balgam miktarı ve rengi, hemoptizi),
- Sigara kullanım öyküsü (sigara kullanıyor ise süresi ve günde kaç paket kullandığı),
- Günlük yaşam aktivitelerini (yürüme, dinlenme, banyo yapma, yemek yeme) yerine getirdiği sırada kalp ve solunum fonksiyonları,
- Uyurken dik pozisyonda olmaya ve çift yastık kullanımına ihtiyaç duyma durumu,
- Başka tıbbi bir durum ya da kronik bir hastalığın varlığı (alerji, hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği) değerlendirilir (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021; Saqib, 2016).

Hastanın ameliyat öncesi fiziksel durumunu ve sınırlılıklarını değerlendirmek için çok sayıda test yapılır. Akciğer fonksiyon testleri ve arteriyel kan gazı ölçümleri yapılarak akciğerlerin işlevlerini yeterli düzeyde yerine getirip getirmediği belirlenir. Ayrıca bu ölçümler ameliyat sonrası dönemdeki bulgularla karşılaştırmak için bir referans görevi görür. Bronkoskopi, akciğer filmi, MR, EKG gibi tanısal görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra kanda üre-nitrojen, serum kreatinin, kan glikoz, serum elektrolitleri ve protein düzeylerinin belirlenmesini içeren beslenme durumuna ilişkin laboratuvar testleri yapılır (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021). Türk Toraks Derneği de hastalara akciğer rezeksiyonu ameliyatı öncesinde akciğer fonksiyon testleri, kan gazı analizleri ve egzersiz testlerinin yapılmasını önermektedir (Özkan, 2014).

Ameliyat öncesi dönemde bronkopulmoner sekresyonları artan hastalarda hava yolu açıklığını sağlamak ve ameliyat sonrası atelektazi ve enfeksiyon gibi komplikasyonları önlemek amacıyla nemlendirme, postüral drenaj ve göğüs perküsyonu uygulanmalıdır (Xin ve diğerleri, 2022). Göğüs perküsyonunun istemi yapılan bronkodilatörler uygulandıktan sonra yapılması önemlidir. Ayrıca bronkopulmoner sekresyonları incelterek atılımını kolaylaştıracağı için ameliyat öncesinde yeterli beslenme ve sıvı alımı da sağlanmalıdır (Sayın, 2021). Atılan mukus veya balgam miktarı değerlendirilmeli fazla olması halinde hekim istemi doğrultusunda antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021). Ayrıca ameliyat sabahı postüral drenaj yapılacaksa mutlaka premedikasyondan önce yapılmalıdır. Çünkü premedikasyonda yer alan atropin, sekresyonları azaltacağından premedikasyondan sonra yapılan postüral drenaj istenilen etkiyi sağlamayacaktır (Erdil ve Elbaş, 2016).

Günümüzde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ve ESTS (European Society of Thoracic Surgeons), tarafından bir hastanın göğüs cerrahisine en iyi şekilde hazırlanması için sunulan öneriler şunlardır;

- Hastanın beslenme durumu ve ameliyat öncesi kilo kaybı değerlendirilmeli ve yetersiz beslenen hastalarda oral beslenme desteği sağlanmalı,
- Hastaneye başvurduktan sonraki 24 saat içinde standart ve güvenilir bir beslenme değerlendirme aracı kullanılarak hastanın beslenme riski belirlenmeli; risk puanı üç ve üzerinde ise diyetisyene başvurulmalı ve gerekirse 5-7 gün beslenme desteği uygulanmalı,
- Ameliyattan önceki dört hafta boyunca alkol ve sigara kullanılmamalı,
- Akciğer fonksiyonları ve egzersiz kapasitesi düzenlenmeli,
- Ameliyat sonrası akciğer enfeksiyonlarını azaltmak için ameliyata kadar her altı saatte bir dişler alkolsüz antiseptik ağız solüsyonu ile fırçalanmalı,
- Göğüs cerrahisi için geliştirilen “Caprini Risk Skoru Değerlendirme Aracı” kullanılarak hastaların venöz tromboemboli riski değerlendirilmeli; risk skoru beş ve üzerinde ise kanama riski dışlanmalı ve ameliyattan 12 saat öncesine kadar düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmalı,
- Hiperglisemi mevcut ise; kan şekeri düzenlenmeli,
- Anemi varsa; demir tedavisi ve gerekli olduğunda eritropoezi stimüle eden ajanlar uygulanmalıdır (Batchelor ve diğerleri, 2019; Tufan ve Rızalar, 2021).

Ameliyat öncesi eğitim; ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat sırası ve sonrası dönem hakkında bilgilendirme, hastanın hastanede kalış süresi, ağrı yönetimi, ağız yolu ile beslenme, drenler hakkında bilgi verme, yatak içinde dönme ve derin solunum öksürük egzersizlerinin öğretilmesi ile ilgili detaylı bilgileri içermelidir (Xin ve diğerleri, 2022). Bu egzersizler pulmoner sekresyonları harekete geçirir, geride kalan akciğer dokusunun ekspansiyonunu sağlar ve göğüs tüplerinden drenaja yardımcı olur. Ameliyat öncesinde egzersiz eğitimi için hastaya spirometri cihazları verilmeli, hemşire her egzersizin doğru uygulanışını göstermelidir. Hasta ve ailesinin egzersizlere aktif katılımı sağlanmalıdır (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021; Andersen ve diğerleri, 2017; Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021).

Akciğerlerin vücuttaki kritik rolü göz önüne alındığında, ameliyat öncesi dönemde hastanın kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olması beklenir. Bu hastaların ileri düzey solunum sıkıntısı yaşamaları ve solunum araçlarından destek almaları yoğun ölüm korkusu yaşamalarına neden olur. Pek çok hasta, ameliyat sonrası nefes almakta zorluk çekeceği düşüncesiyle korku ve kaygıya kapılmaktadır. Bu sebeple ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyat süreci hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendini güvende hissetmesi için oldukça önemlidir (Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021).

2.2.2. Ameliyat sırası hemşirelik bakımı

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası komplikasyonları önlemek için ERAS tarafından önerilen ve ameliyat sırasında alınması gereken önlemler şunlardır;

- Ameliyattan 60 dakika önce rutin intravenöz antibiyotik profilaksisinin uygulanması,
- Gerekiyorsa cilt hazırlığının (tırış makineleri ya da tüy dökücü kremler ile) yapılması,
- Cildi temizlemek için klorheksidin glukonat kullanılması,
- Normoterminin sağlanması ve sürdürülmesi (Batchelor ve diğerleri, 2019).

2.2.3. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Yoğun bakım üniteleri kritik bakım ve tedavi gereksinimi olan ve yakın gözlem gerektiren hastaların izlendiği birimlerdir (Ursavaş ve diğerleri, 2006). Yoğun bakım gereksinimi olan hastalar ise standart bakım ve tedavinin yeterli olmadığı, organ ve sistem fonksiyonları kısmen veya tamamen bozulmuş, mortalite riski yüksek olan bireylerdir (Nadir ve Şahin, 2010). Bu nedenle akciğer rezeksiyonu ameliyatı geçiren yüksek riskli hastalar için sıklıkla ameliyat sonrası yoğun bakım desteği sunulmaktadır (Rhodes ve diğerleri 2011). Araştırma sonuçları göğüs cerrahisi sonrası yoğun bakım takibine alınan hastalarda mortalite oranlarının azaldığını göstermektedir (Whitson ve D'Cunha, 2011). Geçmişte pnömonektomi gibi majör ameliyatlardan sonra hastalar rutin olarak yoğun bakıma alınırken, son yıllarda maliyetlerin yüksek olması ve yoğun bakımdan kaynaklanan risklerin azaltılması amacıyla pek çok hasta doğrudan göğüs cerrahisi servislerinde takip edilmektedir (Pedoto ve Heerdt, 2009). Bu durum maliyet etkin çalışmak ve yoğun bakımdan kaynaklanan riskleri en aza indirmek açısından doğru bir yaklaşım olarak değerlendirilse de

gereksinim duyan hastaların yoğun bakım şartlarında takip edilmesi önemlidir. (Ören ve diğerleri, 2015).

Ameliyat sonrası dönemde hasta yoğun bakım ünitesine kabul edildikten sonra tedavi ve bakım süreci homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, ağrının kontrol altına alınması, olası komplikasyonların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasına dayanır (Kıraner, 2018). Bu süreçte hızlı ve dikkatli bir değerlendirme ve zamanında ve doğru uygulanan girişimler ile hastanın normal fonksiyonlarının hızlı, güvenli ve olabildiğince konforlu şekilde geri dönmesine yardımcı olunur (Ören ve diğerleri, 2015).

Yoğun bakıma hasta kabulü sırasında;

- Hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilmeden önce monitör, ventilatör, defibrilatör, aspiratör gibi gerekli tüm ekipmanların çalışır ve kullanıma hazır durumda olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Hasta güvenli bir şekilde ameliyathane sedyesinden yoğun bakım yatağına alınmalıdır.
- Hastanın yatağa geçişi sırasında hastaya bağlı bulunan entübasyon tüpü, kateter, dren gibi ekipman ve bağlantıların yerinden çıkmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Yatak kenarlıkları kaldırılarak düşme riski önlenmeli, optimum ventilasyon ve perfüzyonu sağlamak için hastaya uygun şekilde pozisyon verilmelidir.
- Vücut sıcaklığının sağlanması ve sürdürülmesi için ameliyathaneden hipotermik (vücut ısısı $<35^{\circ}\text{C}$) olarak gelen hastalar aktif olarak yeniden ısıtılmalıdır. Çünkü ameliyat sonrası hipotermi doku hipoksisi, metabolik asidoz, koagülopati, hipertansiyon ve taşikardiye neden olan periferik dokuların hipoperfüzyonu ile ilişkilendirilmiştir. Vücut banyosu, ameliyat bölgesindeki antiseptik solüsyonu temizleme, pansuman, hemofiltrasyon gibi vücut sıcaklığını etkileyen girişimler ertelenmeli, bu girişimler yaşamsal bulgular normale döndükten sonra yapılmalıdır.
- Gerekli olduğunda endotrakeal aspirasyon uygulanmalıdır. İşlem sırasında aseptik tekniğe dikkat edilmelidir. Trakeal aspiratın rengi, kokusu, miktarı değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
- Hastanın ağız mukozası ve onu çevreleyen dokular günlük olarak değerlendirilmelidir. Gereksinim durumuna göre 2-6 saatte bir ağız bakımı verilmeli, ağız hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesine özen gösterilmelidir.

- Göz hijyeninin sürdürülmesi için gözler iç kantüsten dış kantüse doğru ve her iki göz ayrı kompreslerle temizlenmeli, gerekli durumlarda hekim önerisine göre serum fizyolojik ile göz lavajı yapılmalıdır.
- Yoğun bakım içerisinde fizyoterapist iş birliği ile erken mobilizasyon sağlanmalı, eklem açıklığı gözlenmelidir.
- Ventilator alarmları, solunum sayısı, saturasyonu, mekanik ventilatör ile hastanın uyumu, mekanik ventilasyonun olumsuz etkileri takip edilmeli, solunum devrelerinin kıvrılmamasına ve cihazdan ayrılmamasına dikkat edilmelidir.
- Entübasyon tüpünü tespit etmek için kullanılan flaster, gazlı bez veya özel tespit araçları kirlendikçe değiştirilmeli, ağız, dudak ve dilde tüpün basısı nedeniyle oluşabilecek travmaları önlemek amacıyla her vardiyada tespit bölgesinin değişimi sağlanmalıdır.
- Entübasyon tüpünün trakeadaki yerleşimi kontrol edildikten sonra balon şişirilmelidir. Her aspirasyondan sonra ve sekiz saatte bir balon basınçları izlenmeli ve ortalama 24-30 cmH₂O olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- Mekanik ventilasyon uygulaması iletişimi belirli bir süre kesintiye uğratacağından iletişime yardımcı araçlar (kâğıt, kalem, küçük yazı tahtası vb.) kullanılmalıdır.
- Gürültüsüz, sakin bir ortam sağlanarak özellikle gece uyuması sağlanmalı, sedasyon gereksinimi, aşırı uyku/uykusuzluk durumu, ajitasyon belirtileri izlenerek çevresel ve psikolojik stresörler en aza indirgenmelidir.
- Hidrasyon ve beslenme durumu değerlendirilmeli, bireyin boyu kilosu, tanıya uygun beslenme planı, beslenmede yardımcı araç-gereç ihtiyacı belirlenmeli, aldığı çıkardığı sıvı izlemi, cilt turgoru ve tonüsü değerlendirilmelidir.
- Ventilator kaynaklı pnömoninin engellenmesi için el hijyenine dikkat edilmeli, hastanın başı 30-45 derece kaldırılmalı, steril aspirasyon yapılmalı, klorheksidin glukonat ile ağız bakımı yapılmalı, peptik ülser ve derin ven trombozu profilaksisi sağlanmalıdır (Babacan, 2014; Çelik, 2006; Çelik, 2014; Olgun ve diğerleri, 2010; Yamansavcı ve diğerleri, 2013; Xin ve diğerleri, 2022).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların yoğun bakımda ve serviste sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerden biri de ağrıdır (Kokulu, 2011). Özellikle torakotomi, ameliyat sonrası ağrının en şiddetli olduğu ve ağrı yönetiminin en zor olduğu cerrahi prosedürlerden biridir (Maloney ve diğerleri, 2022). Ameliyat sonrası ağrıya ve ağrıya bağlı komplikasyonlara sebep olan faktörler arasında interkostal sinir hasarı, kemik zedelenmeleri, kırılmaları, cilt ve yumuşak doku kesileri, göğüs duvarı majör kasları olan latissimus dorsi, serratus anterior

ve trapezius gibi büyük kas gruplarının kesileri ve intraplevral kesiler yer almaktadır (Mangiamelli ve diğerleri, 2022; Yazkan, 2013). Torakotomi sonrası ağrıya neden olan bir diğer faktör ise ameliyat bölgesine yerleştirilen göğüs tüpleridir. Hava ve sıvı drenajını sağlamak amacıyla 6-8. interkostal aralığa yerleştirilen tüpler, paravertebral ya da epidural blok uygulanan alanın dışında olduğu için ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca cerrahi insizyon nedeniyle uzun süreli lateral dekübit pozisyonunda kalmak da yaygın kas ağrısına yol açabilmektedir. Hastanın büyük cerrahi girişim nedeniyle anksiyete düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrası ağrı algısını daha da arttırabilmektedir (Erden ve Şenol Çelik, 2013; Maloney ve diğerleri, 2022).

Torakotomi sonrası ağrı sebebiyle kardiyak ve pulmoner fonksiyonlar önemli derecede etkilenmektedir. Yetersiz ağrı kontrolü, sempatik aktivitenin ve sistemik vasküler direncin artmasına yol açarak solunum hızı, kalp hızı ve kan basıncında artışa neden olur ve hemodinamik stabiliteyi olumsuz etkiler (Ahmad, 2018). Bununla birlikte ağrının neden olduğu stres tepkisi katekolaminlerin salınmasına, periferik kan akışının azalmasına, paralitik ileusa ve mesane motilitesinin azalmasına neden olabilir (Sayın, 2021). Ağrının yol açtığı komplikasyonlar arasında; solunum kapasitesinde azalmaya bağlı etkili öksürememe ile bronşiyal sekresyonların atılamaması, ateletazi, pnömoni, bronşit, hipoksemi, respiratuar yetmezlik ve uzamış mekanik ventilasyon gibi sorunlar yer almaktadır (Erden ve Çelik, 2013; Korkmaz ve diğerleri, 2023). Ağrının kontrol altına alınması ile bu komplikasyonların önüne geçilebilmekte ve hasta memnuniyeti artırılabilir (Siopi ve diğerleri, 2015; Yazkan, 2013). Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası ağrı yönetimi şekil 1.4'te özetlenmiştir.

Ağrıya yönelik hemşirelik girişimlerinde;

- Ağrının yeri, niteliği, şiddeti, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilmelidir.
- Hastaya rahat ve uygun bir pozisyon verilmelidir.
- Ortamdaki fazla uyaranlar, gereksiz gürültü ve ışık engellenmelidir.
- Ağrıya eşlik eden ajitasyon, huzursuzluk durumları gözlemlenmelidir.
- Uygulanacak tüm girişimler öncesinde hastaya basit açıklamalar yapılmalıdır.
- Cihazların kablo ve bağlantıları kontrol edilerek hastaya zarar vermesi önlenmelidir.
- Bireye özgü ağrı tedavisi planlanmalı, torakotomi sonrası ağrının kontrol altına alınmasında multimodal analjezi yaklaşımı uygulanmalıdır.

- Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler bir arada kullanılmalıdır.
- Ağrılı girişimlerden önce hekim istemi ile uygun analjezik ilaçlar uygulanmalıdır.
- Analjezik uygulaması sonrası solunum komplikasyonları açısından hasta izlenmelidir (Carpenito-Moyet, 2010; Erden ve Şenol Çelik, 2013, Sayın, 2021; Siopi ve diğerleri, 2015; Xin ve diğerleri, 2022).



Şekil 2.4. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası ağrı yönetimi (Carpenito-Moyet, 2010; Erden ve Şenol Çelik, 2013, Sayın, 2021; Siopi ve diğerleri, 2015; Xin ve diğerleri, 2022)

Ameliyat sonrası dönemde cerrahi insizyon bölgesi yakın izlem gerektirir, kanama ve drenaj yönünden takip edilir. Drenler varsa açık olup olmadığı, drenaj miktarı ve özelliğine bakılır (Kıraner, 2018). Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası ameliyata bağlı olarak plevral boşlukta biriken kan, sıvı ve atmosferik havanın drenajını sağlamak, negatif intratorasik basıncı yeniden oluşturarak geride kalan akciğer dokusunun kollabe olmasını önlemek, yeniden ekspanse olmasını ve gaz değişimini sağlamak ve toraks boşluğunun her iki tarafındaki basınçları eşit duruma getirerek mediastinal shift gelişimini önlemek için interkostal aralıktan plevral boşluğa göğüs tüpü yerleştirilir (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021; Grondel ve diğerleri, 2018). Göğüs cerrahisinde en önemli noktalardan birisi göğüs tüpü olan hastanın bakımındır;

- Göğüs tüpü yerleştirildikten sonra ilk üç saat içinde drenaj miktarının 100-300 ml, 24 saat içinde ise 500–1000 ml olması normal olarak kabul edilmektedir. Zamanla drenaj miktarının azalması ve renginin açılması beklenir. Gelen drenajın rengi ve miktarı saatlik olarak izlenmeli ve kaydedilmelidir. Drenajın parlak, koyu kırmızı ya da pembe renkli ve bulanık olup olmadığı değerlendirilmelidir. Günlük drenaj miktarının azalma eğilimi göstermemesi, drenajın saatlik 100 ml’den fazla ve parlak kırmızı renkli olması, kan basıncında düşüş ve nabız hızında artış aktif kanamayı düşündürmelidir (Ergin, Yeğinsu ve Gürlek, 2010; Soydan, 2018).
- Göğüs tüpünün giriş alanı akıntı, kanama, kızarıklık ve hava kaçağı yönünden takip edilmeli ve günlük pansuman uygulaması yapılmalıdır (Emir, 2019; Soydan, 2018).
- Göğüs tüpü şişesine eklenen serum fizyolojik ya da distile suyun miktarı, intratorasik alandan drene edilen sıvı miktarının doğru bir şekilde izlenmesi için kaydedilmeli, drenaj miktarında meydana gelen değişiklikler hekime bildirilmelidir (Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021; Ergin, Yeğinsu ve Gürlek, 2010).
- Göğüs tüpünün çalışma durumu şişe içindeki sıvının hareketi ya da tüpteki salınım hareketi incelenerek değerlendirilmelidir. Şişede hava kabarcığı yoksa ya da tüpte herhangi bir hareket gözlenmiyorsa drenaj sistemi tıkalı olabilir. Tüpün kıvrılması veya kan pıhtısı ya da doku parçaları nedeniyle tüpün tıkanması kapalı drenaj sisteminin çalışmasına engel olabilir. Tıkanıklıkları önlemek için drenaj sistemi saat başı takip edilmelidir. Tüpte var olan bir tıkanıklığı gidermek ve pıhtının toplama haznesine atılımını kolaylaştırmak için sağma ve sıkıştırma hareketleri yapılmalıdır. Bu hareketler plevra boşluğuna uygulanan negatif basıncı bir süre artırarak tüpteki sıvının boşalmasını

kolaylaştırabilir. Böylece sıvının beklemiş olmasına bağlı oluşan pıhtı ve tıkanıklıkları önler (Akdoğan, 2019; Soydan, 2018).

- Tüp torakostomi uygulanan hastalarda kapalı drenaj sisteminin devamlılığını sağlamak ve insizyon alanında oluşabilecek hava kaçağını önlemek için drenaj tüpleri ve drenaj toplama kapları arasındaki tüm bağlantılar kontrol edilmelidir. Cilt altına hava kaçağından şüpheleniliyorsa göğüs tüpü çevresindeki doku palpasyon ile değerlendirilmelidir. Palpasyon sırasında çıtırtı sesinin (krepitasyon) varlığı cilt altı amfizem geliştiğini düşündürmelidir ve hekim durum hakkında bilgilendirilmelidir. Drenaj şişesindeki bir kırık ya da çatlak, atmosfer havasının plevral alana geçmesine neden olabilir. Bu nedenle çatlak ya da kaçak olup olmadığı belirli aralıklarla kontrol edilmelidir (Akdoğan, 2019; Emir, 2023; Soydan, 2018).
- Göğüs tüpü yer çekimi etkisi altında çalıştığı için drenaj sistemini göğüs seviyesinin altında ve dik pozisyonunda tutmak drenajın devamlılığını sağlamak adına oldukça önemlidir. Drenaj şişesinin yana doğru eğilmesi sistemin hava almasına neden olacaktır. Drenaj şişesi devrildiğinde normal pozisyonuna getirilmeli ve gerekli durumda içerisindeki su seviyesi yeniden düzenlenmelidir (Bauman ve Hendley, 2018; Durai ve diğerleri, 2010; Ergin, Yeğinsu ve Gürlek, 2010; Soydan, 2018; Zisis ve diğerleri, 2015).
- Tüp torakostomi sonrası hastanın akciğerlerinin yeniden ekspanse olmasını sağlamak ve sekresyon birikimini önlemek için öksürme ve balgam çıkarma yolu ile hava yollarını temizlemesi ve sık sık mobilize olması konusunda hasta desteklenmelidir. Triflow kullanımı konusunda eğitim verilmeli ve hastalar triflow egzersizlerini uygulaması konusunda cesaretlendirilmelidir (Emir, 2023).



Şekil 2.5. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası göğüs tüpü olan hastanın bakımı (Akdoğan, 2019; Akyolcu ve Seyhan Ak, 2021; Bauman ve Hendley, 2018; Durai ve diğerleri, 2010; Emir, 2023; Ergin, Yeğinsu ve Gürlek, 2010; Soydan, 2018; Zisis ve diğerleri, 2015)

Hastanın yoğun bakıma veya servise kabulü ve ilk değerlendirmesini takiben genel durumu stabil oluncaya kadar temel yaşam bulguları yakından izlenir. Solunum fonksiyonu bu tür hastalarda her zaman önceliklidir ve devamında kardiyovasküler fonksiyon ile cerrahi insizyon alanının da değerlendirilmesi gerekir (Babacan, 2014; Özalevli, 2015). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımında temel amaç solunum ve dolaşım fonksiyonlarını düzeltmek için etkin doku perfüzyonu ve pulmoner ventilasyonu sağlamak, komplikasyonları önlemek ve erken taburculuğa hastayı hazırlamaktır (Sayın, 2021).

Ameliyat sonrası dönemde kardiyak outputun düzenlenmesi için;

- Yaşam bulguları ilk saatlerde 15 dakikada bir izlenmelidir.
- Santral venöz basınç ölçümü düzenli olarak takip edilmelidir.
- Sol kalp yetmezliğinin en iyi göstergelerinden biri olan ortalama pulmoner arter basıncı ölçülmelidir.
- Venöz göllenmeyi ve hipotansiyonu önlemek için bacaklara elastik bandaj uygulaması yapılmalı veya anti embolik çoraplar giydirilmelidir. Bandajların veya çorapların basınç yaralanmasına neden olmaması için zaman zaman bu araçlara ara verilerek cilde sıvazlama şeklinde hafif masaj uygulaması yapılmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021).

Gaz değişiminde bozulmayı engellemek ve hava yolu açıklığını sağlamak için;

- Solunum hızı, derinliği ve ritmi kontrol edilmelidir.
- Ventilasyon ve oksijenasyonun etkinliğini görebilmek için oksijen satürasyonları takip edilmeli ve arteriyel kan gazı ölçümleri yapılmalıdır.
- Gerekğinde oksijen desteği sağlanmalıdır.
- Alveolleri genişletmek, atelektazi ve ameliyat sonrası pnömoniye önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizleri planlanmalı ve uygulamaya teşvik edilmelidir.
- Durum stabil ise ventilasyonu ve göğüs drenajını kolaylaştırmak için yatak başı 30-40 dereceye kadar yükseltilmelidir. Bilinç kapalıysa aspirasyonu önlemek için hasta sırtüstü ve başı yan tarafa gelecek şekilde yatmalıdır.
- Göğüs tüpünden gelen drenaj miktarı düzenli olarak takip edilmelidir.
- Dispne, taşikardi, pembe köpüklü balgam gibi pulmoner ödem belirtileri açısından takip edilmelidir (Carpenito-Moyet, 2010; Smith ve diğerleri, 2016).

Sıvı volüm dengesizliklerini düzenlemek için;

- Hastaya ameliyat sonrası dönemde mutlaka aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır.
- Laboratuvar (serum sodyum düzeyi gibi) ve fizik muayene bulguları izlenmelidir.
- Günlük kilo takibi yapılmalıdır.
- Ameliyat sonrası oral alım başlayana kadar hasta intravenöz sıvı infüzyonları ile desteklenmelidir (Carpenito-Moyet, 2010; Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021).
- Kardiyopulmoner komplikasyon riskini en aza indirmek adına oral diyet ve oral analjezi tolere edilir edilmez IV sıvı infüzyonu sonlandırılmalıdır (Ardò ve diğerleri, 2018; Xin ve diğerleri, 2022).

Konforu sağlamak ve hareketliliği arttırmak için;

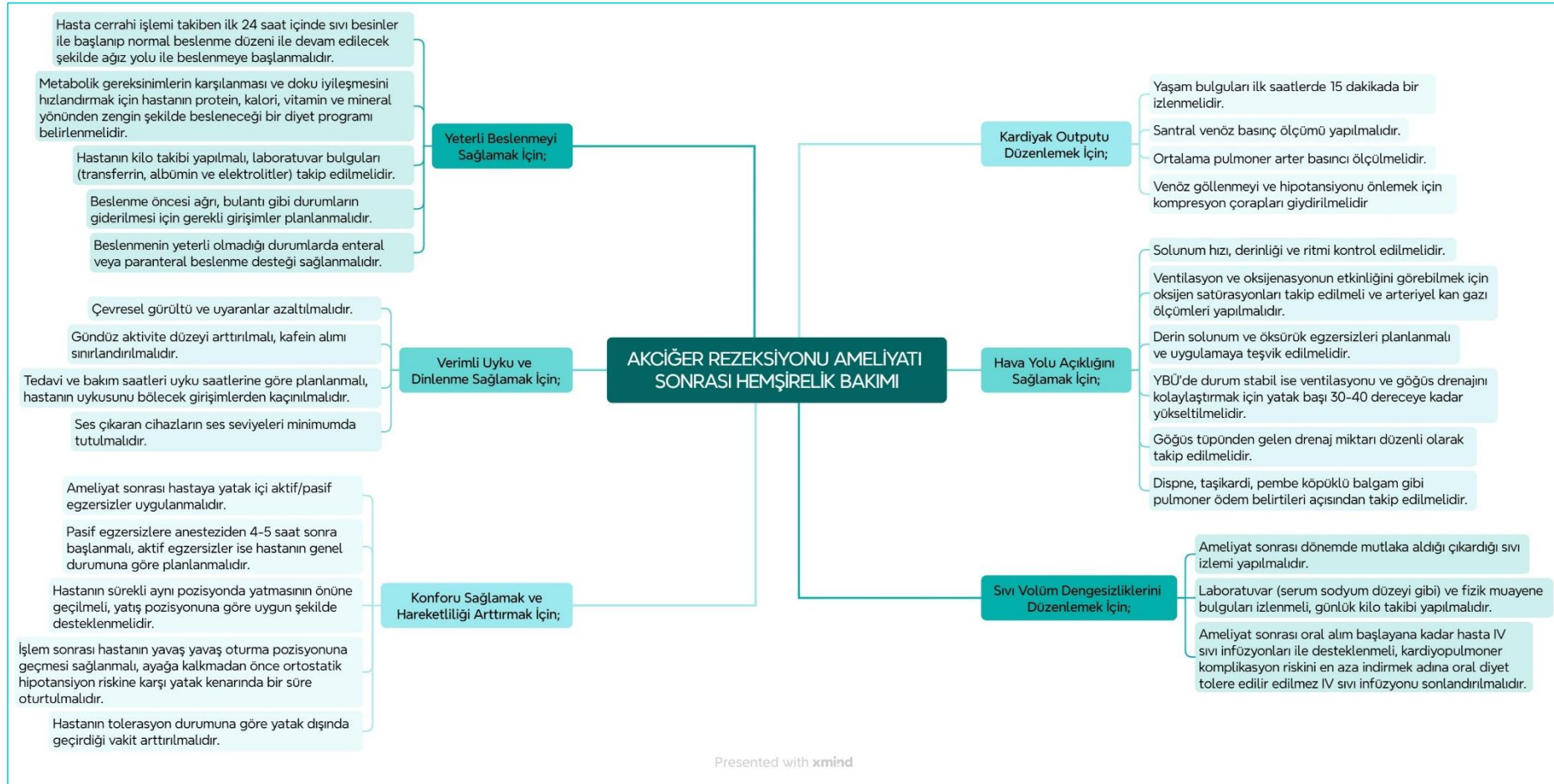
- Ameliyat sonrası hastaya yatak içi range of motion (ROM) egzersizleri uygulanmalıdır.
- Pasif egzersizlere anesteziden 4-5 saat sonra başlanmalı, aktif egzersizler ise hastanın genel durumuna göre planlanmalıdır.
- Hastanın sürekli aynı pozisyonda yatmasının önüne geçilmeli, yatış pozisyonuna göre uygun şekilde desteklenmelidir.
- İşlem sonrası hastanın yavaş yavaş oturma pozisyonuna geçmesi sağlanmalı, ayağa kalkmadan önce ortostatik hipotansiyon riskine karşı yatak kenarında bir süre oturtulmalıdır.
- Hastanın tolerasyon durumuna göre yatak dışında geçirdiği vakit arttırılmalıdır (Demir, 2021; Carpenito-Moyet, 2010; Erdil ve Elbaş 2016).

Verimli uyku ve dinlenme sağlanabilmesi için;

- Çevresel gürültü ve uyaranlar azaltılmalıdır.
- Gündüz uykuları sınırlandırılmalıdır.
- Gündüz aktivite düzeyi arttırılmalı, kafein alımı sınırlandırılmalıdır.
- Tedavi ve bakım saatleri uyku saatlerine göre planlanmalı, hastanın uykusunu bölecek girişimlerden kaçınılmalıdır.
- Ses çıkaran cihazların ses seviyeleri minimumda tutulmalıdır (Serin, 2021).

Yeterli beslenmenin sağlanması için;

- Hasta cerrahi işlemi takiben ilk 24 saat içinde sıvı besinler ile başlanıp normal beslenme düzeni ile devam edilecek şekilde ağız yolu ile beslenmeye başlanmalıdır. Aromalı yüksek enerjili proteinli içecekler normal bir diyetle geçişte köprü görevi görürler ve iyileşme sürecinin erken dönemlerinde protein ve kalori alımını sağlarlar. Hekim istemine göre aromalı yüksek enerjili proteinli içecekler günde iki ila üç kez order edildiği şekilde uygulanmalıdır (Ardò ve diğerleri, 2018; Xin ve diğerleri, 2022).
- Metabolik gereksinimlerin karşılanması ve doku iyileşmesini hızlandırmak için hastanın protein, kalori, vitamin ve mineral yönünden zengin şekilde besleneceği bir diyet programı belirlenmelidir (Erdil ve Elbaş, 2016).
- Hastanın kilo takibi yapılmalı, laboratuvar bulguları (transferrin, albümin ve elektrolitler) takip edilmelidir.
- Beslenme öncesi ağrı, bulantı gibi durumların giderilmesi için gerekli girişimler planlanmalıdır.
- Beslenmenin yeterli olmadığı durumlarda enteral veya parenteral beslenme desteği sağlanmalıdır (Serin, 2021).



Şekil 2.6. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı (Ardò ve diğerleri, 2018; Carpenito-Moyet, 2010; Demir, 2021; Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021; Serin, 2021; Smith ve diğerleri, 2016; Xin ve diğerleri, 2022)

2.2.4. Taburculuk Planlaması

Hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süresi kısa olduğundan taburculuğa hazır oluşluklarının değerlendirilmesi önemlidir. Bu değerlendirme işlevselliğin sadece fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönlerini de kapsamalıdır (Sun ve Fong, 2017). Değerlendirme sonucunda hastaların gereksinimlerine uygun etkili bir taburculuk planlaması yapılmalıdır. Taburculuk planlaması, hastaların evde rahat bir iyileşme süreci geçirmelerine yardımcı olurken karşılaştıkları sorunları çözebilme gücünü, evde bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmakla birlikte aynı zamanda hastaneye plansız tekrarlı yatışların da önüne geçmektedir (Dal ve diğerleri, 2012; McMurray ve diğerleri, 2007; Pieper ve diğerleri, 2006). Taburculuk planlamasının önemli bir parçası olan taburculuk eğitimi; ağız hijyeni, beslenme, yara bakımı, ağrı yönetimi, enfeksiyonlardan korunma, dinlenme, egzersiz ve aktivite düzeyi, banyo yapma zamanı, ilaçların dozları, etkileri, yan etkileri ve kullanım şekillerini içermelidir (Bilik, 2017). Hastalara sigaradan uzak durmaları, tozlu ve dumanlı ortamlarda bulunmamaları, üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunmaları, öksürüğe neden olabilecek durumlardan kaçınmaları konusunda bilgi verilmelidir. (Erdil ve Elbaş, 2016; Sayın, 2021; Yeşilbaş, 2023). Hastalara taburculuk sonrası hastaneye başvurmalarını gerektirecek olası komplikasyonların neler olduğu ifade edilmelidir (Sun ve Fong, 2017). Kontrollere gelmelerinin önemi ve geliş sıklığı konusunda bilgi verilmelidir (Batchelor ve diğerleri, 2019).

ERAS protokolünde taburculuk sonrası hasta izlemi hemşirelik bakımının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda; hemşire, taburculuk sonrası herhangi bir güçlükle karşı karşıya kalmaları durumunda hastalara hekim ya da diğer acil sağlık hizmetleri ile iletişime geçmeleri konusunda bilgi vermelidir. Taburculuk sonrası ilk hafta günde bir kez telefonla izlem yapılmalı, iyileşme durumu değerlendirilmelidir. Hemşire hastada sorun olması durumunda gerekirse doktor ile iş birliği halinde bakım işlevini yürütmelidir (Ardò ve diğerleri, 2018; Batchelor ve diğerleri, 2019).

2.5. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Sonrası Evde Bakım ve İzlem

Teknolojideki gelişmeler ve sağlık alanındaki yeniliklere paralel olarak akciğer rezeksiyonlarının uygulanabilirliği artsa da sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve enfeksiyon riskini en aza indirmek için hastalar mümkün olan en kısa sürede taburcu

edilmektedir (Suhonen ve diğerleri, 2007). Bu nedenle hastalar cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinin büyük bir bölümünü hastane dışında geçirmekte ve bu süreçte evde kaliteli ve güvenli bakımın sürdürülmesinde güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır (Bilik, 2017). Özellikle cerrahi girişim sonrası komplikasyon riskinin yüksek olduğu ilk bir aylık zaman diliminde yaşanan güçlüklerin belirlenmesi, hasta ve aile merkezli evde bakımın planlanması çok önemlidir (Dinçer ve Kurşun, 2019; Pieper ve diğerleri, 2006; McMurray ve diğerleri, 2007) Literatür incelendiğinde; akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine yönelik çalışmalara rastlanmamakta birlikte kalp damar cerrahisi geçiren hastalar üzerinde yapılan çalışmalar olduğu belirlenmiştir (Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Çevik Aydın, 2000; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Fredericks ve DaSilva, 2010; Gallagher ve diğerleri, 2004; Oshvandi ve diğerleri, 2020; Yılmaz ve Çifçi, 2010).

2.6. Kaygı Kavramı

Kaygı kavramı, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 31.08.2024). Bir başka ifade ile kaygı, bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi şeklinde ifade edilmektedir. (Dursun, 2016; Şahin, 2019). Birçok insan stresli ve tehlikeli durumlarla karşı karşıya kaldığında kaygı hissedebilir ve bu hisse genellikle panik, dehşet, sıkıntı ve korku gibi duygular eşlik edebilir (Ertan, 2022; Gürhan, 2016). Kaygı deneyimi, sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların artışına yol açmanın yanı sıra bireyi birçok fizyolojik ve psikolojik sorunla karşı karşıya getirebilir (Fındık ve Yıldızeli Topçu, 2012).

Dönem dönem hissedilen kaygı duygusu belirli bir düzeye kadar normal kabul edilebilir (Özbayır, 2010). Kaygı düzeylerini ise bireyin kişilik özellikleri, başa çıkma stratejileri, yaşam deneyimleri, cinsiyet gibi birçok faktör etkilemektedir. Kaygı düzeyleri yoğunluğuna ve şiddetine göre hafif, orta, yüksek ve panik düzey olarak sınıflandırılır (Çam ve Engin, 2014).

- Hafif Düzey Kaygı: Sıklıkla önemsiz olarak ifade edilse de hafif düzey kaygı duygusal, sosyal ve mesleki yaşantıyı etkileyebilmektedir. Hafif düzey kaygı yaşayan bireylerde çevreye karşı farkındalık, öğrenme yeteneği ve algılama kapasitesi artar. Ancak

beraberinde huzursuzluk, tırnak yeme, uyku düzeninde bozulma, yemek yemede zorlanma gibi uyumsuz başa çıkma stratejileri de gelişebilmektedir (Alkın ve Onur, 2007; Çam ve Engin, 2014; Oudejans ve Pijpers, 2010).

- Orta Düzey Kaygı: Orta düzey kaygı yaşayan bireyler, hafif düzey kaygı yaşayanlara göre daha sık veya kalıcı semptomlara sahiptir. Örneğin, orta düzey kaygısı olan kişiler, kendilerini gergin hissetme, endişelerini kontrol edememe, birkaç gün veya haftanın çoğu günü rahatlayamama gibi semptomlar yaşayabilirler. Orta düzey kaygı yaşayan bireylerde iletişim ve anlama düzeyinde azalma eğilimi vardır. Çevrede olup bitene karşı farkındalık azalır. Ayrıca kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme, seçici dikkat ve sözel ifadede artış gibi bulgular görülebilir. Orta düzey kaygı belirtileri yıkıcı olsa da bireyler, profesyonel destek alarak veya kendi kendine baş etme stratejilerini kullanarak kaygılarını etkili bir şekilde yönetebilirler (Alkın ve Onur, 2010; Çam ve Engin, 2014; Öz, 2010).
- Yüksek Düzey Kaygı: Birey yüksek düzey kaygı yaşadığında çevresindeki olayları tam olarak algılayamadığı için ayrıntıları kavrama yeteneği azalır ve olaylar arasında neden sonuç ilişkisi kuramaz. İletişim yeteneği kaybolur, hem fiziksel hem duygusal huzursuzluk yaşar. Bireyler hızlı ve yüksek sesle konuşur, göz teması kurmaları güçleşir. Bireylerde çarpıntı, baş ağrısı, nefes darlığı, bulantı, titreme, göğüs ağrısı gibi semptomlar görülebilir. Bu düzey kaygı yaşayan bireylerin profesyonel bir yardıma ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurulmalıdır. (Alkın ve Onur, 2010; Çam ve Engin, 2014; Sertbaş ve Bahar, 2004; Öz, 2010)
- Panik Düzeyde Kaygı: Bu düzeyde bireyler artık kriz aşamasındadır. Panik düzey kaygı yaşayan bireylerde soluk görünme, kan basıncında düşme, işitme duyularında ve kas koordinasyonunda zayıflama, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme, tükenmişlik ve hatta ölüm korkusu olabilir. Kontrolü kaybetme, söylenenleri yerine getirememe, iletişim sorunları, uyarıya rağmen kendine gelememe gibi bulgular gözlemlenir. Bireylerin sakinleşmesi için profesyonel destek hatta ilaç tedavisine ihtiyaç olabilir (Çam ve Engin, 2014; Öz, 2010).

Literatürde kaygı düzeyini belirlemeye yönelik çok sayıda kaygı ölçeği bulunmakla birlikte sıklıkla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’te geliştirilmiş (Spielberger ve diğerleri, 1970) Öner ve Le Compte tarafından 1983’te Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmaktadır. Spielberger ve

arkadaşları geleceğe yönelik, hoş olmayan endişe durumu olarak tanımladıkları kaygıyı durumluk ve sürekli kaygı olarak iki şekilde ele almıştır. (Spielberger ve diğerleri, 1970).

Durumluk Kaygı; kişilerin içerisinde bulunduğu stresli durumları yorumlaması sonucu ortaya çıkan kişisel korkularını ifade etmektedir ve sürekli bir durum değildir. Kaygıya neden olan durumlar değişime uğradıkça durumluk kaygı da farklılık gösterir. Bireyin tehdit edici bir olayı algıladığı hallerde durumluk kaygı ortaya çıkmakta ve algılanmış olan tehlikenin sonlanması ile birlikte ortadan kalkmaktadır. İçinde bulunulan durumun bireye tehditkâr gelip gelmeyeceği, bireyin o duruma kişisel yaklaşımına ve geçmiş tecrübelerine dayanmaktadır. Bu nedenle durumluk kaygı oldukça değişken bir kavramdır (Öner ve Le Compte, 1983).

Sürekli Kaygı ise; bireyin geçmişte yaşadığı kaygı deneyimlerinin de etkisiyle endişe, huzursuzluk ve karamsarlık gibi olumsuz duyguları devamlı hissetme halidir. Kısaca bireyin içinde bulunduğu durumu genellikle stresli olarak algılaması ya da yorumlaması eğilimi olarak tanımlanabilir. Durumluk ve sürekli kaygı arasında sürekli bir etkileşim vardır. Sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, durumluk kaygı düzeyini de artırır. Durumluk kaygı düzeyinin artması ve süresinin uzaması da sürekli kaygı düzeyini artırır. (Alkın ve Onur, 2007; Öner ve Le Compte, 1983).

2.6.1. Ameliyat öncesi ve sonrası kaygı

Cerrahi girişim, hastalar tarafından yaşamı tehdit eden bir durum olarak algılandığı için kaygıya neden olmaktadır (Fındık ve Yıldızeli Topçu, 2012). Ameliyat öncesi dönemde hastaların çoğu orta düzeyden panik düzeye varabilen derecelerde kaygı deneyimlemekte ve bu durum olağan bir hasta yanıtı olarak kabul edilmektedir (Attias ve diğerleri, 2016; Stirling ve diğerleri, 2007). Eberhart ve arkadaşları (2020) tarafından büyük cerrahi prosedürlerin uygulanacağı 3087 birey ile yapılan kesitsel bir araştırmada, bireylerin %92,6'sının ameliyat öncesi anksiyete yaşadığı ve bunun %40,5'inin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatmanın ve cerrahi girişimi beklemenin yanı sıra, ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi eksikliği, günlük işlerin kesintiye uğraması, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve yaşam kalitesinin düşmesi kaygıya neden olan durumlar arasında yer almaktadır (Aykent ve diğerleri, 2007; Kaya ve diğerleri, 2018).

Ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrası dönemin çıktılarını etkilemektedir. Ameliyat olmayı bekleyen hastaların kaygı deneyimleri, bağışıklık yanıtının azalmasına, enfeksiyona yatkınlığın artmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olarak birçok olumsuz etkiyi beraberinde getirmektedir. Ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrası dönemde daha fazla tıbbi komplikasyon gelişmekte ve rezeksiyon sonrası kritik bakım ve tedavi gereksinimi olan hastaların büyük çoğunluğu yoğun bakım ünitesinde izlenmektedir. Ek olarak yoğun bakım ünitesinde yatmak da hastaların hastanede kalış süresini uzatarak kaygı düzeyini etkilemektedir (Berg ve diğerleri, 2013). Manji ve diğerleri (2017) tarafından kardiyak cerrahi geçiren hasta grubu ile gerçekleştirilen bir çalışmada ameliyat öncesi kaygı düzeyinin, ameliyat sonrası hastaneye tekrarlı yatış, uzamış yoğun bakım süresi ve komplikasyonlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Manji ve diğerleri, 2017).

Akciğerlerin hayati önemi ve bireyin yaşamı üzerindeki etkileri, akciğer rezeksiyonu ameliyatı öncesinde hastaların kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Bu hastaların ileri düzeyde solunum sıkıntısı yaşamaları ve günlük hayatta solunum destek araçlarına ihtiyaç duymaları, ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde yoğun bir ölüm korkusu hissetmelerine yol açmaktadır. Birçok hasta, ameliyat sonrası nefes almakta güçlük çekme düşüncesi nedeniyle kaygı duymaktadır (Sayın, 2021). Ju ve diğerleri (2023) tarafından video yardımcı torakoskopik cerrahi geçiren akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Ju ve diğerleri, 2023). Bu nedenle hastaların kaygı düzeyleri ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değerlendirilmeli ve kaygıyı kontrol altına almaya yönelik uygun girişimler planlanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Göğüs Cerrahisi Kliniğinde yapılmıştır. GÜSAUM, 1979 yılında kurulmuş olup, 1077 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde hemşirelik hizmetleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir ve hastanede toplam 764 hemşire görev yapmaktadır.

Göğüs Cerrahisi Kliniği 11 yatak kapasitelidir ve 08:00 – 16:00, 16:00 – 08:00 ve 00:00 – 08:00 olmak üzere 3 vardiya halinde çalışan 9 hemşire ile hizmet vermektedir. Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Ocak - Aralık 2023 tarihleri arasında 113 hastaya akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılmıştır. Bu hastaların çoğunluğunu akciğerde kitle saptanan bireyler oluşturmaktadır. Göğüs Cerrahisi Kliniğinde her gün 1-2 hastaya açık torakotomi veya VATS teknikleri kullanılarak akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılmaktadır. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı kararı verilen hastalar genellikle ameliyattan bir gün önce kliniğe kabul edilmektedir. Kabul sırasında hasta ve yakınlarına klinik düzeni, hasta hakları ve sorumlulukları, refakat koşulları, ziyaret saatleri, hemşire çağrı ziliinin yeri ve kullanımı, doktor ve hemşire odalarının yeri, ziyaret saatleri hakkında bilgi verilmektedir. Hastanın yaşamsal bulguları değerlendirilerek hemşire gözlem formuna kaydedilmektedir. Periferik damar yolu açılan ve kanları alınan hastanın ameliyat öncesi gerekli tetkikleri tamamlandıktan sonra anestezi onayı alınmaktadır. Ameliyat öncesi günün akşamında ise hasta ve yakınlarına hekim ve hemşire tarafından ameliyat sonrası ağrı kontrolü, mobilizasyon teknikleri, derin solunum ve öksürük egzersizleri, spirometre kullanımı, göğüs tüpü bakımı, cilt hazırlığı, gece yarısından sonra katı ve sıvı gıdaların sınırlandırılması, istirahat ve uykunun sağlanmasına yönelik sözel bilgilendirme yapılmaktadır. Hastaların varsa ameliyat sürecine ilişkin soruları cevaplandırılmaktadır. Ameliyat günü, hasta ameliyata gitmeden önce hemşireler hastanın yaşamsal bulgularını değerlendirerek

kaydetmektedir. Rezeksiyon alanı cerrah tarafından hastanın da onayı alınarak silinmez bir kalem ile işaretlenmektedir. Hastaya takma diş, ısıtma cihazı gibi protezleri ve yüzük, küpe, bileklik, saat gibi takıları çıkarması gerektiği hatırlatılarak tüm kıymetli eşyaları hasta yakınlarına teslim edilmektedir. Hastaya varsa idrarını yapması gerektiği söylenerek ameliyat önlüğü, bone, galoş ve basınçlı kompresyon çorapları giydirilmektedir. Hasta güvenliğini sağlamak ve sürdürmek amacıyla hastanın ameliyathaneye transferi hemşire ve personel eşliğinde yapılmaktadır.

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı genel anestezi altında çift lümenli entübasyonu takiben yapılmaktadır. Tüm ameliyatlarda 3 göğüs cerrahı, 1 anestezi hekimi ve 1 ameliyathane scrub hemşiresi tarafından uygulanmaktadır. Ameliyat sırasında tüm hastalara arteriyel katater, plevral göğüs tüpü ve idrar sondası takılmaktadır. Akciğer rezeksiyonu ameliyatının ortalama süresi 3-4 saattir. Ameliyatın ardından hastalar mekanik ventilasyon ve sedasyon altında Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilmektedir. Ameliyat sonrası kanama kontrolü ve hemodinamik izlem sırasında hastalar ilk 4-6 saat uyutulmaktadır. Kanaması olmayan, hemodinamik olarak stabil seyreden, nörolojik ve solunum fonksiyonları normal seyreden hastalar uyandırılarak ekstübe edilmektedir. Ekstübasyon sonrası tüm hastalar 4lt/dk'dan nazal oksijen almakta, yoğun bakım hemşireleri tarafından solunum egzersizleri yaptırılmakta ve spirometre ile aralıklı olarak çalıştırılmaktadır. Ameliyat sonrası antibiyotik, antiemetik ve analjezik tedavisi (parasetamol, opioid, nonopioid) uygulanmaktadır. Ameliyatın ertesi sabahı (ameliyat sonrası 1. gün kabul edilmektedir) hastalar klinik doktoru tarafından değerlendirilmektedir. Genel durumu kliniğe transfer için uygun (hemodinamik olarak stabil, kanaması olmayan, ağrısını tolere edebilen) olarak izlenen hastalar Göğüs Cerrahisi Kliniğine transfer edilmektedir. Kliniğe kabul edilen hastanın ihtiyacına uygun şekilde nazal oksijen tedavisi başlanmaktadır.

Hastalar kliniğe çıktıktan sonra nazal oksijen ihtiyacı olduğu ve göğüs tüpü bulunduğu süre içerisinde hemşire ve bakım destek personeli eşliğinde mobilize edilmektedir. Daha sonra hastanede kaldığı süre boyunca olan mobilizasyonlar ise hasta yakını ile tek başına gerçekleştirilmektedir. Mobilizasyon öncesi hastaya verilen tüm ilaç infüzyonları durdurulurken oksijen desteği devam etmektedir. Hastalar mobilize olurken ilk olarak yatak içinde oturtulmakta, ikinci aşamada yatak kenarında ayakları yere değecek şekilde oturtulup gözlemlenmektedir. Üçüncü aşamada hasta ayakta dik duruş pozisyonunda beklemekte ve

baş dönmesi, göz kararması, mide bulantısı yok ise yürütülmektedir. Hastalara gün içerisinde çalışmaları gereken solunum ve spirometre egzersizleri hemşireler tarafından sözel olarak ifade edilmektedir. Fizyoterapist hastaları gün içerisinde bir kez ziyaret etmekte ve derin solunum öksürük egzersizleri ile spirometre egzersizleri yaptırmaktadır. Hastalar ortalama 5-8 gün içinde taburcu olmaktadır. Taburculuk kriterleri arasında; hemodinamik olarak stabil olması, dinlenme ve yürüyüş sırasında solunum problemi yaşamaması, oksijen ihtiyacının olmaması, insizyon alanının temiz ve kuru olması, idrar çıkışının yeterli olması, nörolojik bir problemin olmaması ve ağrısının kontrol edilebilir olması yer almaktadır.

Göğüs Cerrahisi Kliniğinde planlı bir taburculuk eğitimi verilmemektedir. Hastalara taburcu olurken hekim tarafından evde kullanılacak ilaçlar, yara yeri bakımı, dikişlerin alınma zamanı, banyo yapma zamanı, kontrol zamanı ve acil durumlarda yapılması gerekenlerle ilgili sözel olarak bilgilendirme yapılmaktadır. Hastaların ameliyat sonrası yaşayacakları sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik bir eğitim planlaması yapılmamaktadır. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hastaların kontrolleri Göğüs Cerrahisi Kliniğinde yapılmaktadır. Klinikte ameliyat sonrası telefonla izlem yapılmamaktadır. Hastalar taburculuk sonrası genellikle 7-10 gün sonra ilk kontrollerine gelmektedir. Komplikasyon gelişme durumu ve görüntüleme yöntemlerinden elde edilen veriler ışığında hastaların gözlem sıklığı hekim tarafından belirlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 1 Eylül 2023 – 1 Nisan 2024 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde akciğer rezeksiyonu ameliyatı olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise akciğer rezeksiyonu ameliyatı olan, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine dahil edilecek hasta sayısı, 2023 yılında akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hasta sayısı dikkate alınarak ve “evrendeki birey sayısının bilindiği” durumlarda olayın görülüş sıklığına göre örneklemdeki birey sayısının hesaplanması amacıyla aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} \quad (3.1)$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeşi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,10)

α : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{113 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (113 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 87 \quad (3.2)$$

Evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak araştırmanın örneklemine dahil edilecek hasta sayısı minimum 87 olarak bulunmuştur. Oshvandi ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan %10'luk kayıp oranı da dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 96 olarak hesaplanmıştır (Oshvandi ve diğerleri, 2020).

Çalışmaya dahil etme kriterleri;

- Algılama güçlüğü ve zihinsel engeli olmayan,
- Türkçe anlayıp konuşabilen,
- Göğüs tüpü veya dreni olan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk vb.) bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve
- 18 yaşından büyük yetişkin hastalar.

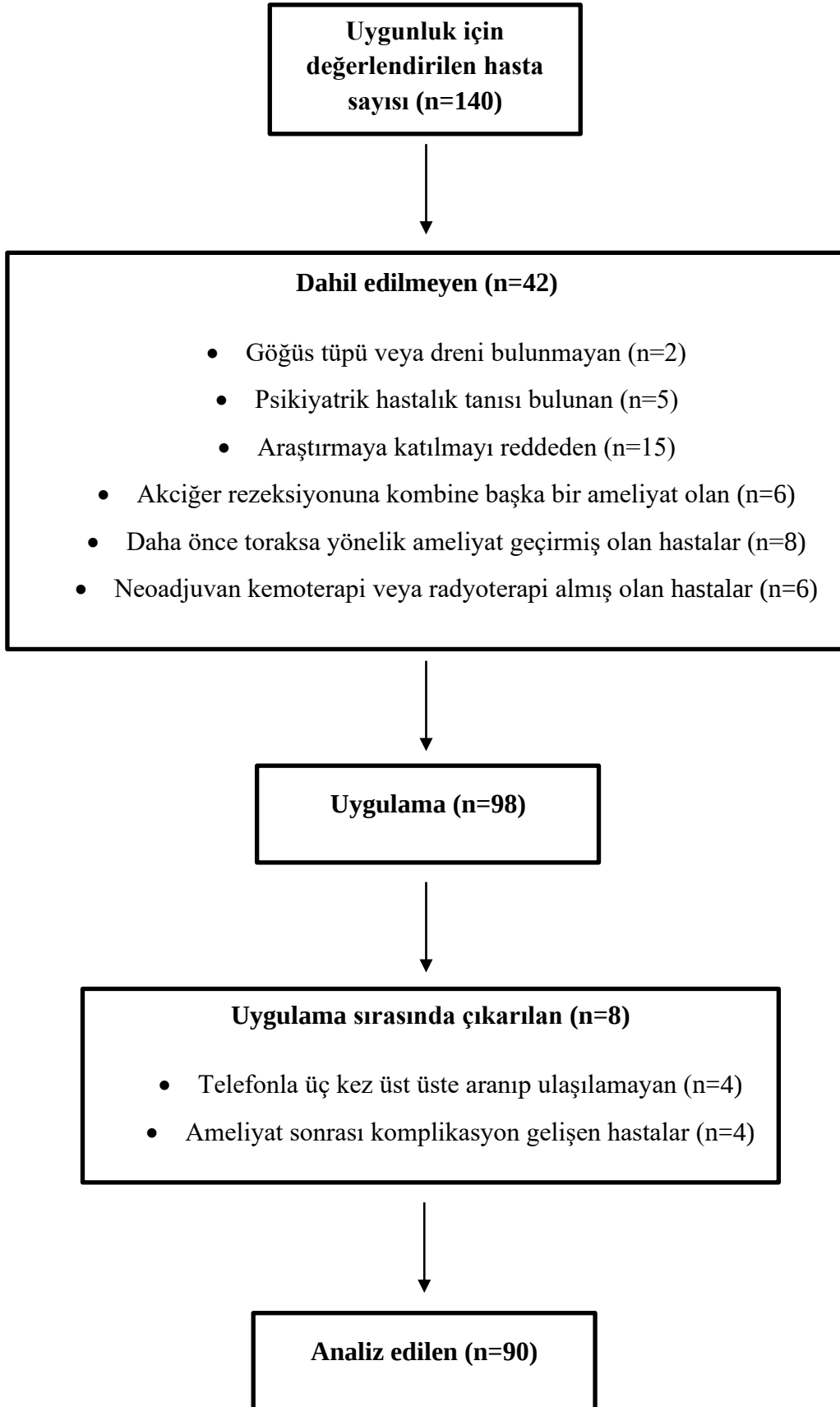
Çalışmadan dışlama kriterleri;

- Akciğer rezeksiyonuna kombine başka bir ameliyat olan,
- Daha önce toraksa yönelik ameliyat geçirmiş olan hastalar,
- Neoadjuvan kemoterapi veya radyoterapi almış olan hastalar.

Çalışmadan çıkarılma kriterleri;

- Telefonla üç kez üst üste aranıp ulaşılamayan,
- Hastanın hastanede yatış süresinin uzamasına neden olacak türden komplikasyon gelişen hastalar (bronkoplevral fistül, uzamış hava kaçağı ve atelektazi).

Araştırmacı çalışmanın yapıldığı tarihler arasında uygunluk için 140 hastayı değerlendirmiş olup, dahil edilme kriterlerine uyan 98 hasta ile görüşmüştür. Çalışma sürecinde telefonla üç kez üst üste aranıp ulaşılamayan (n=4) ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişen (n=4) hastalar örneklemiden çıkarılmıştır. Böylece araştırma 90 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yüz yüze görüşme yöntemi ile ve taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. haftalarda telefonla görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde taburculuk sonrası izlem haftaları akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası iyileşme süreci ve literatürdeki çalışmaların takip süreçlerine göre belirlenmiştir (Akbari ve Şenol Çelik, 2015; Antonoff ve diğerleri, 2016; Gallagher ve diğerleri, 2004; Johnson, 2000; Lapum ve diğerleri, 2011; Sawatzky ve diğerleri, 2013; Uzunok, 2022).

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından güncel literatürden yararlanılarak geliştirilen bu form 38 soru ve dört bölümden oluşmaktadır (Aksu ve Erdoğan, 2017; Emre ve Tuna, 2020; Gürel, 2018; Kaplan, 2023; Yeşilbaş, 2023).

- Birinci bölümde; hastanın iletişim bilgilerini içeren 5 soru,
- İkinci bölümde; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik özelliklerini ve sigara içme durumu, alkol kullanma durumu gibi hastayı tanıtıcı özellikleri içeren 15 soru,
- Üçüncü bölümde; kronik hastalığı bulunma durumu, ilaç kullanma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, hastanın tanısı, hastaneye yatış tarihi, planlanan ameliyat türü, ameliyat tekniği, yoğun bakımda yatış süresi gibi hastalığına ve ameliyata ilişkin bilgileri içeren biri açık uçlu olmak üzere toplam 12 soru,
- Dördüncü bölümde ise; metastatik akciğer kanseri olan hastalara yönelik primer kanser türü, primer tanıdan sonra geçen süre, primer kanser evresini bilme durumu, primer kansere yönelik tedavi olma durumu gibi bilgileri içeren 6 soru bulunmaktadır (EK-1).

3.4.2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, Dirik ve Karancı tarafından 2003 yılında geliştirilmiş likert tipi (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Karasızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen

katılıyorum) bir ölçektir (EK 2). Ölçek hastaların ameliyat ile ilgili yaşayabilecekleri korkuları içeren 10 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutu ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanması sonucunda elde edilmektedir. Sadece 8. madde toplanmadan önce ters olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin referans aralığı 10-50 arasında olup, puanın yükselmesi ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan ve sınırlılıklardan duyulan kaygıları yansıtmaktadır. Dirik ve Karancı'nın geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur (Karancı ve Dirik, 2003). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,57 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemeye yönelik kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilmiş (Spielberger ve diğerleri, 1970), Öner ve Le Compte tarafından 1983'te Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1983). Durumluk Kaygı Ölçeği toplam 20 sorudan oluşan 4'lü likert tipi (1=Hiç, 2=Biraz, 3=Çok, 4=Tamamiyle) bir ölçektir (EK-3). Ölçekten elde edilen puan değeri 20-80 arasında değişmekte olup, puanın yükselmesi kaygı düzeyinin arttığını göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları belirtmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır ve bunlar 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Ölçek hesaplamasında doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları belirlendikten sonra, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer olan "50" eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanını göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınan toplam puana göre kaygı düzeyleri "0-19 arası puan= kaygı yok", "20-39 arası puan= hafif düzeyde kaygı", "40-59 arası puan= orta düzeyde kaygı", "60-79 arası puan= ağır düzeyde kaygı", 80 ve üzeri puan= panik düzeyde kaygı" olarak sınıflandırılmıştır (Biçersoy, 2015). Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,94 olarak belirlenmiştir (Öner ve Le Compte, 1983). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri ameliyat öncesi dönemde 0,92, ameliyat sonrası 1. gün 0,88, taburculuk sırasında 0,80 ve taburculuk sonrası 6. hafta 0,74 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4. Ameliyat sonrası güçlüklerin belirlenmesine ilişkin soru formu

Ameliyat sonrası güçlüklerin belirlenmesine ilişkin soru formu, ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Akbari ve Şenol Çelik, 2015; Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Dal ve diğerleri, 2012; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Emre ve Tuna, 2020; Gallagher ve diğerleri, 2004; Yılmaz ve Çifçi, 2010; Acar ve Fındık, 2021). Hazırlanan soru formu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman altı öğretim üyesine görüşleri alınmak üzere gönderilmiş ve öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır (EK-4). Uzmanlara tüm basamaklar için önerilerini belirtmeleri adına bir form gönderilmiştir. Uzmanlar dörtlü likert tipi (1: uygun değil, 2: maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3: uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4: uygun) skala üzerinden hazırlanan soru formunu değerlendirmiş ve önerilerini belirtmişlerdir. Alınan geri bildirimler doğrultusunda soru formunda hem içerik olarak hem de dil, anlatım ve ifadesel olarak gerekli düzenlemeler yapılarak ameliyat sonrası güçlüklerin belirlenmesine ilişkin soru formunun son hali oluşturulmuştur.

Formda, hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları güçlükleri belirlemeye ilişkin Virginia Henderson'ın "Temel İnsan Gereksinimleri Modeli" temel alınarak oluşturulan 16 başlık altında 76 güçlük yer almaktadır. Bunlar ağrıya ilişkin güçlükler (2 madde), solunuma ilişkin güçlükler (5 madde), dolaşıma ilişkin güçlükler (4 madde), beslenme ve metabolik duruma ilişkin güçlükler (6 madde), sindirime ilişkin güçlükler (3 madde), boşaltıma ilişkin güçlükler (4 madde), sinir sistemine ilişkin güçlükler (6 madde), hareket ve aktiviteye ilişkin güçlükler (7 madde), kişisel hijyen ve giyime ilişkin güçlükler (6 madde), uyku ve dinlenmeye ilişkin güçlükler (5 madde), günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlükler (6 madde), ilaç kullanımına ilişkin güçlükler (3 madde), yaraya ilişkin güçlükler (7 madde), çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlükler (7 madde), beden imajına ilişkin güçlükler (3 madde) ve diğer güçlüklerdir. Formda diğer güçlükler olarak "soru sormak istediği zaman hekim ya da hemşireye ulaşamama" ve "kontrol zamanı ve sıklığını bilememe" bulunmaktadır.

Hastalardan her bir başlık altında yer alan maddelere ilişkin güçlük yaşama durumlarını "Var/Yok" şeklinde değerlendirmesi istenmektedir. Ayrıca hastaların her bir başlığa ilişkin yaşadıkları güçlükler sayısal skala ile değerlendirilmektedir. Skalada, hastaların güçlük yaşama düzeylerini 0 ile 10 puan arasında değerlendirmesi beklenmektedir. Sıfır "hiç güçlük

yaşamadım”ı temsil ederken, on puan “mümkün olan en kötü düzeyde güçlük yaşadım”ı ifade etmektedir. Örneğin; solunuma ilişkin yaşanan güçlükler başlığı altında 5 madde yer almaktadır. Hastalara öncelikle bu maddelerde yer alan güçlükleri yaşama durumları sorularak “Var/Yok” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Ardından “Yukarıda belirtilen solunuma ilişkin güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?” sorusu ile güçlük yaşama düzeylerini ifade etmeleri beklenmiştir. Aynı zamanda hastaların ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddeti sayısal skala kullanılarak değerlendirilmektedir. Skalada, hastaların deneyimledikleri ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddetini 0 ile 10 puan arasında değerlendirmesi beklenmektedir. Değerlendirme sonucunda; 0-3 puan düşük, 4-6 puan orta, 7-10 puan yüksek şiddet olarak belirtilmiştir.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması veri toplama formlarının işlerliğini saptamak amacıyla 1-24 Eylül 2023 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Göğüs Cerrahisi Kliniğinde akciğer rezeksiyonu ameliyatı geçiren, dahil edilme kriterlerine uygun 10 hastaya yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formları üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadığından, ön uygulamadaki hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 1 Eylül 2023 - 1 Nisan 2024 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Göğüs Cerrahisi Kliniğinde akciğer rezeksiyonu ameliyatı geçiren 90 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın uygulamasına Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Komisyon Onayı (EK-5) ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni (EK-6) alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın uygulama sürecinden önce Göğüs Cerrahisi Kliniği hekimleri ve hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirilmiştir.

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı uygulanmak üzere Göğüs Cerrahisi Kliniğine yatırılıp yapılan, dahil edilme kriterlerine uygun hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve içeriği açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalardan sözlü izin ve yazılı onam alınmıştır.

Formlar, hastalardan elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Yüz yüze görüşmelerde her hastaya taburculuk sonrası telefon görüşmeleri için gün içerisinde uygun oldukları saatler sorulmuş ve randevu saatleri belirlenmiştir.

Veri toplama süreci beş aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme kriterlerine uygun hastalarla ameliyat öncesi 24 saat içinde hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır.

İkinci aşamada, hastaların yoğun bakım ünitesinden servise transferi gerçekleşikten ortalama dört saat sonra (ameliyat sonrası birinci gün) hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu uygulanmıştır. Yoğun bakımdan servise transfer sırasında hastaların ajitasyonu sebebiyle araştırmacı hastaları genellikle kliniğe geldikten 3-4 saat sonra ziyaret etmiştir.

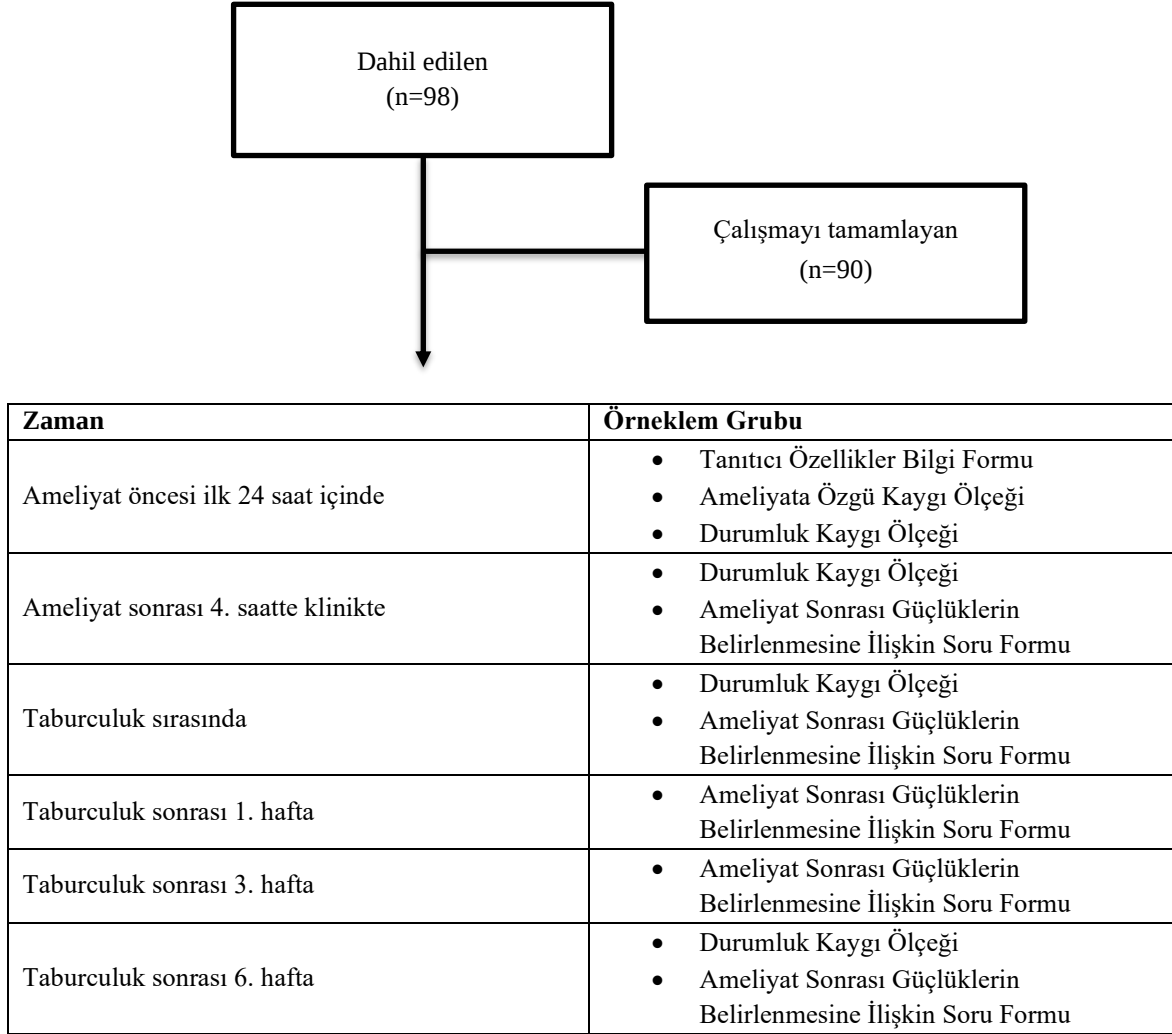
Üçüncü aşamada, taburculuk kararı verilen hastalar ile taburculuk esnasında hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu uygulanmıştır.

Dördüncü aşamada, hastalar taburculuk sonrası 1. hafta ve 3. haftada telefonla aranarak Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu uygulanmıştır.

Beşinci aşamada ise taburculuk sonrası 6. haftada telefonla aranarak Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu kullanılarak veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. haftalarda yapılan görüşmeler ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Taburculuk sonrası 6. haftada hastaların yaşadıkları sorunların azalmasına bağlı olarak telefon görüşme süresi de azalmış ve görüşmeler ortalama 10 dakika sürmüştür. Telefonla görüşmeler sırasında hastaların büyük bir kısmı ağrı yönetimi, analjezik kullanımı, iyileşme süreci ve uzunluğu, klinik doktorlarına ve kliniğe ulaşma yolları gibi konularda sorular sorup öneriler istemişlerdir. Hastaların bu soruları ve talepleri çalışma sonuçlarının etkilenmemesi açısından klinik ve poliklinik dahili telefon numaraları

verilerek ya da ilgili birime yönlendirilerek cevaplandırılmış ve herhangi bir öneride bulunulmamaya özen gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, beden kitle indeksi, kronik hastalığı bulunma durumu, sigara kullanma durumu ve daha önce ameliyat olma durumu bağımsız değişkenlerini oluştururken akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşama durumları, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeğinden elde edilen puanlar ise bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Veri toplama formlarından elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktararak sayısallaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) Statistics 26 programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine başvurulmuş, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Zamana göre değişimlerin incelenmesinde tekrarlı ölçümler varyans analizi ve Cochran’s Q testinden, ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden ve ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama formlarının uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan 02.08.2023 karar tarihli ve E-77082166-302.08.01-711496 karar sayılı izin alınmıştır (EK-5). Etik komisyon onayının ardından Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’ne kurum izni için başvurulmuş ve 23.08.2023 karar tarihli, E-42000842-199-726560 karar sayılı izin alınmıştır. (EK-6). Ayrıca ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan da yazılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan (n=90) sözlü izin ve yazılı onam alınmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

Bu bölümde akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların sosyodemografik özellikleri, kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=90)

Sosyodemografik Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Yaş (Ortalama $\pm$ SS)		62,78 $\pm$ 11,76	26-88
		n	%
Yaş	54 yaş ve altı	17	18,9
	55 – 65 yaş	32	35,5
	66 – 75 yaş	35	38,9
	76 yaş ve üzeri	6	6,7
Cinsiyet	Kadın	35	38,9
	Erkek	55	61,1
Beden Kitle İndeksi	18.5 - 24.9 (normal kilolu)	25	27,8
	25 - 29.9 (fazla kilolu)	35	38,9
	30 - 39.9 (I. ve II. Derece obez)	30	33,3
Medeni Durumu	Evli	70	77,8
	Bekar	20	22,2
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı	51	56,7
	Lise	18	20,0
	Lisans ve üzeri	21	23,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	48,9
	Çalışmıyor	46	51,1
Meslek	İşçi	9	10,0
	Memur	6	6,7
	Serbest Meslek	8	8,9
	Ev Hanımı	22	24,4
	Emekli	45	50,0
Gelir Düzeyi	Geliri Giderden Az	20	22,2
	Geliri Gidere Denk	57	63,3
	Geliri Giderden Fazla	13	14,4
Sosyal Güvence	Var	87	96,7
	Yok	3	3,3
Yaşadığı Yer	İl	58	64,4
	İlçe	32	35,6
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Var	87	96,7
	Yok	3	3,3
Birlikte Yaşadığı Kişiler Kimler (n=87)	Eş	40	46,0
	Çocuk	7	8,0
	Eş ve çocuk	26	29,9
	Geniş aile	14	16,1
Bakımından Sorumlu Kişi	Var	87	96,7
	Yok	3	3,3
Bakımından Sorumlu Kişi Kim (n=87)	Eş	57	65,5
	Çocuk	23	26,4
	Gelin	7	8,0
Sigara İçme Durumu	Evet	14	15,6
	Hayır	22	24,4
	Bırakmış	54	60,0
Sigara İçme Süresi (yıl) (n=14)	10 – 25 yıl	3	21,3
	26 - 40 yıl	6	42,9
	41 yıl ve üzeri	5	35,7
Sigara İçme Miktarı (adet/gün) (n=14)	10 adet ve altı	2	14,3
	10 – 20 adet	10	71,4
	20 adet ve üzeri	2	14,3
Alkol Kullanma Durumu	Evet	9	10,0
	Hayır	81	90,0

Çizelge 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının $62,78 \pm 11,76$ (min=26, maks=88) olduğu görülmektedir. Hastaların %38,9'u 66 – 75 yaş arasında, %61,1'i erkek ve %38,9'u fazla kiloludur. Hastaların çoğu evli (%77,8) ve ilköğretim ve altı bir eğitim düzeyine (%56,7) sahiptir. Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakını çalışmakta (%48,9) ve tamamına yakınının (%96,7) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %64,4'ü il merkezinde ikamet etmekte ve %63,3'ü gelir düzeyini giderine denk olarak ifade etmektedir. Hastaların tamamına yakını birlikte yaşadığı bir kişinin (%96,7) ve bakımından sorumlu bir kişinin bulunduğunu (%96,7) belirtmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %15,6'sı aktif olarak sigara kullandığını, sigara kullanan hastaların yarıya yakını (%42,9) 26-40 yıldır sigara kullandığını ve yarıdan fazlası (%71,4) ise günde 10-20 adet sigara kullandığını ifade etmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=90)

Hastalık ve Ameliyat İle İlgili Özellikler		n	%
Kronik Hastalığı Bulunma Durumu	Var	76	84,4
	Yok	14	15,6
Kronik Hastalık Çeşidi (n=76)*	Hipertansiyon	50	65,8
	Diyabet	36	47,4
	KOAH	13	17,1
	Koroner Arter Hastalığı	19	25,0
	Hiperlipidemi	26	34,2
	Hipotiroidi	15	19,7
	Benign Prostat Hiperplazisi	16	21,1
	Romatoid Artrit	6	7,9
	Diğer**	10	13,1
İlaç Kullanma Durumu	Var	77	85,6
	Yok	13	14,4
Kullanılan İlaç Çeşidi (n=77)*	Antitrombotik İlaçlar	30	39,0
	Kalp ve Damar Sistemi İlaçları	57	74,0
	Antidiyabetik İlaçlar	38	49,4
	Kolesterol İlaçları	26	33,8
	Tiroit Preparatları	16	20,8
	Bronkodilatörler	14	18,2
	Prostat İlaçları	18	23,4
	Antidepresanlar	7	9,1
	Diğer***	37	48,1
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Var	71	78,9
	Yok	19	21,1
Ameliyat Olma Nedeni (n=71)*	Kanser	10	14,1
	Sistemik Hastalıklar****	35	49,3
	Sistemik Hastalıklar ve Kanser	26	36,6
Hastanın Yatış Tanısı	Sağ Akciğerde Kitle	47	52,2
	Sol Akciğerde Kitle	40	44,4
	Bronşektazi	2	2,2
	Kist Hidatik	1	1,1
Akciğerdeki Kitlenin Türü (n=87)	Benign	11	12,6
	Malign	39	44,8
	Metastatik	37	42,5
Ameliyat Türü	Pnöminektomi	3	3,3
	Bilobektomi	7	7,8
	Lobektomi	43	47,8
	Segmentektomi	13	14,4
	Wedge Rezeksiyon	24	26,7
Ameliyat Tekniği	Açık Torakotomi	42	46,7
	VATS	48	53,3
Ameliyat Sonrası Serviste Yatış Süresi (gün)	$\bar{X} \pm SS$, (min-maks)	6,15 ± 1,75 (4-14)	

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiş olabilir.

**Diğer; astım, fibromiyalji, multiple skleroz, parkinson, behçet hastalığı, akdeniz ateşi.

***Diğer; diüretikler, proton pompa inhibitörleri, prostat ilaçları, gut ilaçları, antiparkinson ilaçlar, antiepileptik ilaçlar, antineoplastik ilaçlar.

****Sistemik hastalıklar; Sinir sistemi hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, üriner sistem hastalıkları vb.

Çizelge 4.2.'de araştırmaya katılan hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğunun (%84,4) en az bir kronik

hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunan hastaların yarıdan fazlası ise (%65,8) hipertansiyon hastasıdır. Hastaların %85,6'sı ilaç kullanmakta olup çoğunluğu (%74,0) kalp damar sistemi ilaçları kullanmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %78,9'u daha önce ameliyat deneyimi geçirmiştir ve bu hastaların yarıya yakını (%49,3) sistemik hastalıklar nedeniyle opere olmuştur.

Hastaların hastaneye yatış tanıları incelendiğinde %52,2 sağ akciğerde kitle, %44,4 sol akciğerde kitle, %2,2 bronşektazi ve %1,1 kist hidatik olduğu belirlenmiştir. Akciğerde kitle sebebiyle yatan hastalarda kitlenin türü çoğunlukla malign (%44,8) ya da metastatiktir (%42,5). Hastaların yarıya yakınına (%47,8) uygulanan ameliyat türü lobektomidir ve akciğer rezeksiyonları %46,7 oranla açık torakotomi tekniği ile %53,3 oranla VATS tekniği ile uygulanmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası serviste yatış süresi ortalama $6,15 \pm 1,75$ (min=4, maks=14) gündür.

Çizelge 4.3. Metastatik akciğer kanseri olan hastalar için primer kansere ilişkin özelliklerin dağılımı (n= 37)

Primer Kansere İlişkin Bilgiler	n	%
Primer Kanseri Türü (n=37)	Meme kanseri	7,8
	Mesane kanseri	6,7
	Prostat kanseri	4,4
	Rektum kanseri	3,3
	Kolon kanseri	3,3
	Böbrek kanseri	3,3
	Diğer*	71,2
Primer Tanıdan Sonra Geçen Süre	0-6 ay	2,7
	6 ay-1 yıl	13,5
	1-3 yıl	35,1
	3 yıl ve üzeri	48,6
Primer Kanseri Evresini Bilme Durumu	Evet	86,5
	Hayır	13,5
Primer Kanseri Evresi (n=32)	Erken Evre	78,1
	Geç Evre	21,9
Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Cerrahi Tedavi	27,0
	Cerrahi Tedavi + KT	13,5
	Cerrahi Tedavi + RT	8,1
	Cerrahi Tedavi + KT + RT	18,9
	Diğer**	32,5

*Diğer; Ewing sarkomu, kolanjiokarsinom, osteosarkom, retroperitoneal liposarkom, uterus leiomyosarkom, mide kanseri, pankreas kanseri, tiroid kanseri.

**Diğer; İmmünoterapi, hormonoterapi, akıllı ilaç tedavisi

Çizelge 4.3.'te metastatik akciğer kanseri olan hastalar için primer kansere ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların %41,1'i metastatik akciğer kanseridir ve bu hastalarda akciğer kanseri %7,8 oranla meme kanserinden köken

almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakını (%48,3) primer tanıdan sonra geçen süreyi üç yıl ve üzeri olarak belirtmektedir. Primer kansere ilişkin sıklıkla (%27,0) uygulanan tedavi yöntemi ise cerrahi tedavidir.

Çizelge 4.4. Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=90)

Ölçekler	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan	$\bar{X} \pm SS$
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	10	16	35	24,91±4,30
Durumluk Kaygı Ölçeği				
Ameliyat öncesi	20	30	68	43,37±8,77
Ameliyat sonrası 1. gün	20	26	66	46,66±6,89
Taburculuk sırasında	20	25	45	33,57±4,45
Taburculuk sonrası 6.hafta	20	23	48	28,26±4,08

Çizelge 4.4'te hastaların Ameliyata Özgü Kaygı ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puan ortalaması 24,91±4,30 iken, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ameliyat öncesi dönemde 43,37±8,77 (orta düzey), ameliyat sonrası 1. günde 46,66±6,89 (orta düzey), taburculuk sırasında 33,57±4,45 (hafif düzey) ve taburculuk sonrası 6. haftada 28,26±4,08 (hafif düzey) olarak bulunmuştur.

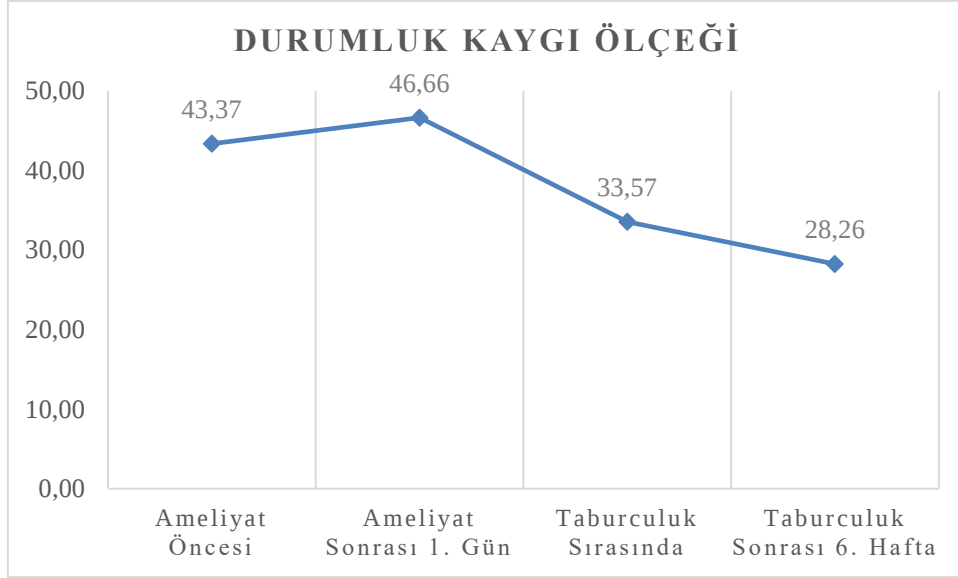
Çizelge 4.5. Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı (n=90)

Ölçek	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 6.hafta	F/p	Fark
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Durumluk Kaygı Ölçeği	43,37±8,77	46,66±6,89	33,57±4,45	28,26±4,08	224,446/0,001*	t1,t2<t3<t4

F:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, *:p<0,05

t1: Ameliyat öncesi, t2: Ameliyat sonrası 1. gün, t3: Taburculuk sırasında, t4: Taburculuk sonrası 6. hafta

Çizelge 4.5.'te hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının zamana göre dağılımları yer almaktadır. Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, Durumluk Kaygı Ölçeği puanları bakımından zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişim tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ameliyat sonrası 1. günde artış gösterirken taburculuk sırası ve taburculuk sonrası 6. haftada azaldığı görülmektedir (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımları

Çizelge 4.6. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=90)

Ölçek	Ameliyata özgü kaygı ölçeği	Durumluk kaygı ölçeği (Ameliyat Öncesi)
r	1	0,375
p		0,000*
N		90

r:Pearson korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Çizelge 4.6.'da Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların ameliyat öncesi dönemde, Ameliyata Özgü Kaygı puanı yükseldikçe Durumluk Kaygı puanı da yükselmektedir.

Çizelge 4.7. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=90)

Tanıtıcı Özellikler		Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Yaş	<55 yaş	24,94±4,78	0,093 ^F	0,911
	55-65 yaş	24,66±3,88		
	>65 yaş	25,10±4,49		
Cinsiyet	Kadın	25,60±4,85	1,217 ^t	0,227
	Erkek	24,47±3,89		
BKI	Normal	24,16±5,41	0,957 ^F	0,388
	Fazla kilolu	24,74±3,78		
	Obez	25,73±3,80		
Medeni durum	Evli	24,30±3,85	-2,605 ^t	0,011*
	Bekar	27,05±5,16		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	26,00±439a	4,095 ^F	0,020*
	Lise	23,72±3,48		
	Lisans ve üzeri	23,29±4,09b		
Çalışma durumu	Evet	25,57±4,41	1,427 ^t	0,157
	Hayır	24,28±4,14		
Yaşadığı yer	İl	24,69±4,15	-0,656 ^t	0,513
	İlçe	25,31±4,59		
Gelir düzeyi	Geliri giderden az	24,80±4,21	1,284 ^F	0,282
	Geliri gidere denk	25,33±4,37		
	Geliri giderden fazla	23,23±3,96		
Sigara içme durumu	Evet	24,71±4,53	0,130 ^F	0,878
	Hayır	25,32±4,72		
	Bırakmış	24,80±4,13		
Alkol kullanma durumu	Evet	25,44±3,32	0,391 ^t	0,697
	Hayır	24,85±4,40		
Kronik hastalığı bulunma durumu	Var	24,76±4,26	-0,759 ^t	0,450
	Yok	25,71±4,56		
İlaç kullanma durumu	Var	24,74±4,24	-0,917 ^t	0,362
	Yok	25,92±4,68		
Ameliyat olma durumu	Var	25,11±4,21	0,859 ^t	0,393
	Yok	24,16±4,63		
Akciğerdeki kitlenin türü	Benign	25,64±4,11	1,920 ^F	0,153
	Malign	23,92±4,08		
	Metastatik	25,68±4,18		
Ameliyat tekniği	Açık torakotomi	24,40±4,15	-1,046 ^t	0,298
	VATS	25,35±4,42		

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, *: p<0,05

a,b: ortalamalar arasındaki farklılıkları ifade eder (a>b)

Çizelge 4.7.'de hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre Ameliyata Özgü Kaygı puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; medeni durum ve eğitim durumları arasında Ameliyata Özgü Kaygı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir (p<0,05). Buna göre, bekar olanlarda Ameliyata Özgü Kaygı puanı evli olanlara göre daha yüksek iken, ilköğretim ve altı mezunu olanlarda Ameliyata Özgü Kaygı puanı lisans ve üzeri mezunu olanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı (n=90)

Sosyodemografik Özellikler	Durumluk kaygı ölçeği (t ₁)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₂)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₃)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₄)	F ¹	P	Fark
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			
Yaş							
<55 yaş	43,06±8,98	45,88±6,72	33,41±4,76	29,06±7,32	23,236	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
55-65 yaş	42,00±7,91	46,78±7,33	33,47±3,92	27,59±3,22	83,891	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
>65 yaş	44,56±9,34	46,88±6,75	33,71±4,81	28,44±2,64	152,241	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
F²/p	0,776/0,463	0,131/0,877	0,038/0,963	0,787/0,458			
Cinsiyet							
Kadın	44,00±8,98	46,63±7,57	34,11±4,78	28,40±4,66	72,279	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Erkek	42,96±8,69	46,67±6,49	33,22±4,24	28,16±3,71	147,482	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	0,541/0,590	-0,029/0,977	0,930/0,355	0,266/0,791			
BKI							
Normal	42,60±8,35	44,76±5,66	33,04±4,09	28,00±3,10	98,064	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Fazla kilolu	42,86±8,79	46,69±6,76	32,80±4,33	28,26±4,18	75,523	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Obez	44,60±9,23	48,20±7,74	34,90±4,71	28,47±4,75	71,961	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
F²/p	0,446/0,642	1,729/0,183	2,089/0,130	0,087/0,917			
Medeni durum							
Evli	42,26±7,99	46,67±6,59	33,23±4,15	27,96±4,25	170,807	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Bekar	47,25±10,38	46,6±8,03	34,75±5,32	29,30±3,29	46,818	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	-0,2300/0,024*	0,041/0,968	-1,354/0,179	-1,302/0,196			
Eğitim durumu							
İlköğretim ve altı	44,47±9,40	47,10±7,86	34,20±5,08	28,06±2,85	124,620	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Lise	40,50±7,02	46,39±5,28	32,44±3,11	27,00±3,05	130,173	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Lisans ve üzeri	43,14±8,29	45,81±5,63	33,00±3,62	29,81±6,47	42,241	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
F²/p	1,386/0,256	0,273/0,762	1,259/0,289	2,515/0,087			
Çalışma durumu							
Evet	43,82±9,36	47,70±6,68	33,66±4,21	28,77±4,40	117,126	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Hayır	42,93±8,23	45,65±7,01	33,48±4,72	27,76±3,74	118,899	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	0,476/0,635	1,421/0,159	0,192/0,849	1,178/0,242			
Yaşadığı yer							
İl	43,66±8,88	47,14±7,38	33,67±4,64	28,31±4,07	144,938	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
İlçe	42,84±8,68	45,78±5,91	33,38±4,16	28,16±4,16	73,808	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	0,418/0,677	0,893/0,374	0,302/0,764	0,170/0,865			
Gelir düzeyi							
Geliri giderden az	41,65±7,49	46,45±8,86	35,4±5,01a	27,00±2,90	57,363	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Geliri gidere denk	44,63±9,38	46,77±6,51	33,51±4,39	28,74±3,87	178,623	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Geliri giderden fazla	40,46±6,98	46,46±5,44	31,00±2,12b	28,08±6,05	30,026	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
F²/p	1,718/0,185	0,022/0,979	4,133/0,019*	1,366/0,261			
Sigara içme durumu							
Evet	43,57±7,35	47,00±6,53	32,57±2,93	26,29±2,84	78,023	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Hayır	43,91±9,94	47,18±8,10	34,77±5,24	29,14±5,00	39,109	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Bırakmış	43,09±8,74	46,35±6,56	33,33±4,40	28,41±3,84	129,632	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
F²/p	0,071/0,932	0,132/0,877	1,238/0,295	2,240/0,113			
Alkol kullanma durumu							
Evet	44,33±7,62	47,00±4,06	34,11±4,01	28,78±2,64	107,492	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Hayır	43,26±8,92	46,62±7,15	33,51±4,52	28,20±4,22	184,706	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	0,347/0,729	0,157/0,875	0,385/0,701	0,403/0,688			

F¹:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, F²:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

a,b: ortalamalar arasındaki farklılıkları ifade eder (a>b)

t₁: Ameliyat öncesi, t₂: Ameliyat sonrası 1. gün, t₃: Taburculuk sırasında, t₄: Taburculuk sonrası 6. hafta

Çizelge 4.8.'de hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; medeni

durumlar arasında aynı zaman dilimi içerisinde bakıldığında ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, bekar olanlarda ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puanı evli olanlara göre daha yüksektir. Ayrıca gelir düzeyleri arasında aynı zaman dilimi içerisinde bakıldığında taburculuk sırasında Durumluk Kaygı Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, geliri giderinden az olanlarda taburculuk sırasında Durumluk Kaygı Ölçeği puanı geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksektir. Sosyodemografik özelliklerin her biri ayrı ayrı grup içi zamana göre değerlendirildiğinde Durumluk Kaygı Ölçeği puanının zamanla azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.9. Hastaların bazı ameliyat ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı (n=90)

Ameliyat ve Hastalığa İlişkin Özellikler	Durumluk kaygı ölçeği (t ₁)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₂)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₃)	Durumluk kaygı ölçeği (t ₄)	F	P	Fark
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			
Kronik hastalığı bulunma durumu							
Var	42,82±8,41	46,93±6,72	33,38±4,47	28,04±4,12	208,965	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Yok	46,36±10,34	45,14±7,81	34,57±4,36	29,43±3,80	18,421	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	-1,396/0,166	0,893/0,374	-0,918/0,361	-1,172/0,244			
İlaç kullanma durumu							
Var	42,77±8,36	46,94±6,68	33,52±4,60	28,12±4,15	205,146	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Yok	46,92±10,54	45,00±8,11	33,85±3,56	29,08±3,71	18,523	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	-1,595/0,114	0,936/0,352	-0,243/0,808	-0,783/0,436			
Ameliyat olma durumu							
Var	43,97±8,81	47,21±7,12	33,82±4,71	28,45±4,30	173,958	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Yok	41,11±8,44	44,58±5,63	32,63±3,27	27,53±3,13	63,910	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	1,270/0,207	1,490/0,140	1,267/0,212	0,876/0,384			
Akciğerdeki kitlenin türü							
Benign	39,27±7,04	46,55±6,39	32,91±4,09	25,55±2,73b	32,732	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
Malign	43,15±8,76	46,00±7,25	32,90±4,32	28,41±4,02	112,517	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
Metastatik	45,16±9,20	47,51±6,85	34,59±4,6	28,97±4,31a	76,939	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
F/p	1,972/0,146	0,449/0,640	1,564/0,215	3,111/0,050*			
Ameliyat tekniği							
Açık torakotomi	44,07±8,55	48,14±7,35	34,40±4,77	27,98±2,71	124,427	0,001*	t ₁ >t ₂ <t ₃ <t ₄
VATS	42,75±9,00	45,35±6,25	32,83±4,07	28,50±5,00	113,295	0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ <t ₄
t/p	0,711/0,479	1,946/0,055	1,688/0,095	-0,628/0,532			

F: Tekrarlı ölçümler varyans analizi, t:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

a,b: ortalamalar arasındaki farklılıkları ifade eder (a>b)

t₁: Ameliyat öncesi, t₂: Ameliyat sonrası 1. gün, t₃: Taburculuk sırasında, t₄: Taburculuk sonrası 6. hafta

Çizelge 4.9’da hastaların bazı ameliyat ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının izlemlere göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; akciğerdeki kitlenin türleri arasında aynı zaman dilimi içerisinde bakıldığında taburculuk sonrası 6. haftada Durumluk Kaygı Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kitle türü metastatik olanlarda taburculuk sonrası 6. haftada Durumluk Kaygı Ölçeği puanı kitle türü benign olanlara göre daha yüksektir. Ameliyat ve hastalığa ilişkin özelliklerin her biri ayrı ayrı grup içi zamana göre değerlendirildiğinde Durumluk Kaygı Ölçeği puanının zamanla azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.10. Hastaların izlemlere göre güçlük yaşama düzeylerinin dağılımları

Güçlükler	Ameliyat sonrası 1. gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 6. hafta	F/p	Fark
	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)		
Ağrıya ilişkin güçlükler	7,25±2,23 (2-10)	5,15±1,94 (2-10)	3,64±2,24 (0-10)	110,539/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Solunuma ilişkin güçlükler	6,83±1,67 (3-10)	5,35±1,56 (0-8)	3,66±1,84 (0-8)	110,343/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Dolaşıma ilişkin güçlükler	1,42±2,17 (0-7)	1,08±2,02 (0-7)	0,81±1,80 (0-7)	10,182/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Beslenme ve metabolik duruma ilişkin güçlükler	5,13±2,41 (0-10)	3,31±2,31 (0-9)	1,02±2,23 (0-8)	79,002/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Sindirime ilişkin güçlükler	1,96±2,10 (0-7)	3,86±2,45 (0-8)	1,87±2,47 (0-8)	29,791/0,001*	t ₁ <t ₂ >t ₃
Boşaltıma ilişkin güçlükler	2,84±2,27 (0-7)	1,23±1,78 (0-6)	0,25±0,85 (0-4)	69,965/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Sinir sistemine ilişkin güçlükler	4,53±2,08 (0-9)	1,94±2,05 (0-8)	0,10±0,94 (0-9)	214,080/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Hareket ve aktiviteye ilişkin güçlükler	8,34±1,29 (6-10)	6,42±1,49 (3-10)	3,85±2,20 (0-8)	287,532/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Kişisel hijyen ve giyime ilişkin güçlükler	8,31±1,44 (4-10)	6,50±1,50 (4-10)	2,86±2,49 (0-8)	286,900/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Uyku ve dinlenmeye ilişkin güçlükler	5,84±1,05 (3-8)	4,96±1,31 (2-8)	3,60±1,52 (0-8)	135,728/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlükler	7,76±1,24 (5-10)	6,66±1,28 (3-10)	3,76±1,97 (0-8)	260,701/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
İlaç kullanımına ilişkin güçlükler	2,42±2,43 (0-7)	1,38±2,09 (0-6)	0,82±1,64 (0-6)	32,149/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Yara yerine ilişkin güçlükler	1,42±1,41 (0-4)	0,82±1,30 (0-4)	0,17±0,75 (0-4)	31,456/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlükler	6,60±1,87 (3-10)	6,03±1,84 (2-10)	3,13±1,93 (0-8)	150,252/0,001*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Beden imajına ilişkin güçlükler	0,56±1,43 (0-5)	0,40±1,15 (0-4)	0,06±0,36 (0-2)	6,503/0,002*	t ₁ >t ₂ >t ₃
Diğer güçlükler**	2,24±1,27 (0-5)	0,30±0,94 (0-4)	0,35±0,97 (0-5)	80,752/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃

F:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, *:p<0,05

**Diğer güçlükler: Soru sormak istediği zaman hekim ya da hemşireye ulaşamama, kontrol zamanı ve sıklığını bilememe

t₁: Ameliyat sonrası 1. gün, t₂: Taburculuk sırasında, t₃:Taburculuk sonrası 6. hafta

Çizelge 4.10.'da hastaların izlemlere göre güçlük yaşama düzeylerinin dağılımları yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün güçlük yaşama düzeylerine bakıldığında; sırasıyla hareket ve aktivite ($8,34 \pm 1,29$), kişisel hijyen ve giyim ($8,31 \pm 1,44$), günlük yaşam aktiviteleri ($7,76 \pm 1,24$) ve ağrıya ilişkin güçlük ($7,25 \pm 2,23$) yaşadıkları görülmektedir. Hastalar taburculuk sırasında özellikle günlük yaşam aktiviteleri ($6,66 \pm 1,28$), kişisel hijyen ve giyim ($6,50 \pm 1,50$), hareket ve aktivite ($6,42 \pm 1,49$), çalışma ve sosyal hayata ilişkin ($6,03 \pm 1,84$) güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların sadece sindirime ilişkin güçlük yaşama düzeyinin taburculuk sırasında arttığı, taburculuk sonrası 6. haftada azaldığı belirlenmiştir. Hastaların izlemlere göre güçlük yaşama düzeylerinin giderek azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Çizelge 4.11. Hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı

Güçlükler		Ameliyat sonrası 1. gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 1. hafta	Taburculuk sonrası 3. hafta	Taburculuk sonrası 6. hafta	Test/p	Fark
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Ağrıya ilişkin güçlükler	Ameliyat bölgesinde ağrı	90 (%100)	88 (%97,8)	79 (%87,8)	58 (%64,4)	46 (%51,1)	126,118/0,001*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Diğer bölgelerde ağrı**	77 (%85,6)	74 (%82,2)	74 (%82,2)	60 (%66,7)	52 (%57,8)	54,791/0,001*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
Solunuma ilişkin güçlükler	Nefes darlığı	56 (%62,2)	43 (%47,8)	42 (%46,7)	36 (%40)	33 (%36,7)	30,485/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Boğaz ağrısı	48 (%53,3)	10 (%11,1)	3 (%3,3)	1 (%1,1)	1 (%1,1)	151,514/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Ses kısıklığı	28 (%31,1)	6 (%6,7)	2 (%2,2)	1 (%1,1)	1 (%1,1)	91,051/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Öksürük	58 (%64,4)	64 (%71,1)	56 (%62,2)	38 (%42,2)	32 (%35,6)	58,708/0,001*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Balgam	83 (%92,2)	83 (%92,2)	81 (%90)	76 (%84,4)	66 (%73,3)	35,655/0,001*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
Dolaşıma ilişkin güçlükler	Çarpıntı	30 (%33,3)	22 (%24,4)	21 (%23,3)	19 (%21,1)	17 (%18,9)	29,939/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Ritim bozukluğu	11 (%12,2)	9 (%10)	9 (%10)	9 (%10)	9 (%10)	8,000/0,092	-
	Bacaklarda ödem	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	-	-
	Bacak damarlarında pıhtı	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	-	-
Beslenme ve metabolik duruma ilişkin güçlükler	Bulantı	39 (%43,3)	11 (%12,2)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)	126,157/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Kusma	15 (%16,7)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	56,387/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	İştahsızlık	81 (%90)	64 (%71,1)	54 (%60)	21 (%23,3)	11 (%12,2)	184,191/0,001*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Kilo kaybı	2 (%2,2)	14 (%15,6)	29 (%32,2)	22 (%24,4)	14 (%15,6)	43,032/0,001*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Yutma güçlüğü	16 (%17,8)	3 (%3,3)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)	53,143/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Yeterli sıvı alamama	7 (%7,8)	3 (%3,3)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)	20,471/0,001*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
Sindirime ilişkin güçlükler	İshal	0 (%0)	0 (%0)	2 (%2,2)	0 (%0)	0 (%0)	8,000/0,092	-
	Kabızlık	24 (%26,7)	54 (%60)	33 (%36,7)	23 (%25,6)	24 (%26,7)	42,790/0,000*	t ₁ <t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Karında şişlik	45 (%50)	67 (%74,4)	42 (%46,7)	31 (%34,4)	35 (%38,9)	41,925/0,000*	t ₁ <t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
Boşaltıma ilişkin güçlükler	Az miktarda idrar yapma	31 (%34,4)	18 (%20)	5 (%5,6)	2 (%2,2)	0 (%0)	79,860/0,000*	t ₁ >t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Çok miktarda idrar yapma	3 (%3,3)	5 (%5,6)	2 (%2,2)	0 (%0)	0 (%0)	12,000/0,017*	t ₁ ,t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Sık idrara çıkma	17 (%18,9)	13 (%14,4)	10 (%11,1)	9 (%10)	8 (%8,9)	20,462/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	İdrar yaparken yanma	51 (%56,7)	9 (%10)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	176,757/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅

Çizelge 4.11. (devam) Hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı

	Güçlükler	Ameliyat sonrası 1. gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 1. hafta	Taburculuk sonrası 3. hafta	Taburculuk sonrası 6. hafta	Test/p	Fark
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Sinir sistemine ilişkin güçlükler	Anlama güçlüğü	5 (%5,6)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	20,000/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Konuşma güçlüğü	2 (%2,2)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	8,000/0,092	-
	Hatırlama güçlüğü	8 (%8,9)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	32,000/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Odaklanma güçlüğü	42 (%46,7)	8 (%8,9)	3 (%3,3)	0 (%0)	0 (%0)	136,609/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	El ve ayaklarda uyuşma	39 (%43,3)	22 (%24,4)	9 (%10)	3 (%3,3)	0 (%0)	106,103/0,000*	t ₁ >t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Hareket ederken dengeyi sağlayamama	75 (%83,3)	32 (%35,6)	13 (%14,4)	0 (%0)	0 (%0)	215,191/0,000*	t ₁ >t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
Hareket ve aktiviteye ilişkin güçlükler	Yatak içinde hareket etmekte zorlanma	90 (%100)	87 (%96,7)	82 (%91,1)	54 (%60)	34 (%37,8)	164,359/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Oturup kalkmakta zorlanma	90 (%100)	88 (%97,8)	81 (%90)	70 (%77,8)	48 (%53,3)	112,686/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Yürümekte zorlanma	76 (%84,4)	26 (%28,9)	7 (%7,8)	1 (%1,1)	0 (%0)	229,326/0,000*	t ₁ >t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Merdiven inmekte ve çıkmakta zorlanma	75 (%83,3)	63 (%70)	55 (%61,1)	35 (%38,9)	28 (%31,1)	113,493/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	İki kilograma kadar olan ağır eşyaları kaldıramama	20 (%22,2)	7 (%7,8)	5 (%5,6)	2 (%2,2)	2 (%2,2)	47,404/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Yukarı uzanamama	63 (%70)	57 (%63,3)	53 (%58,9)	45 (%50)	36 (%40)	58,526/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Yorgunluk hissetme	89 (%100)	90 (%100)	90 (%100)	86 (%95,6)	72 (%80)	60,800/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
Kişisel hijyen ve giyime ilişkin güçlükler	Tuvaleti kullanmakta zorlanma	44 (%48,9)	5 (%5,6)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	159,226/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Tek başına giyinip soyunmakta zorlanma	90 (%100)	84 (%93,3)	71 (%78,9)	37 (%41,1)	15 (%16,7)	208,503/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Tek başına banyo yapmakta zorlanma	90 (%100)	90 (%100)	89 (%98,9)	77 (%85,6)	55 (%61,1)	107,626/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Saç taramakta zorlanma	58 (%64,4)	36 (%40)	24 (%26,7)	10 (%11,1)	8 (%9)	126,925/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	El yüz yıkamakta zorlanma	56 (%62,2)	12 (%13,3)	6 (%6,7)	1 (%1,1)	1 (%1,1)	178,744/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Tırnaklarını kesmekte zorlanma	48 (%53,3)	24 (%26,7)	11 (%12,2)	6 (%6,7)	4 (%4,4)	124,830/0,000*	t ₁ >t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅

Çizelge 4.11. (devam) Hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı

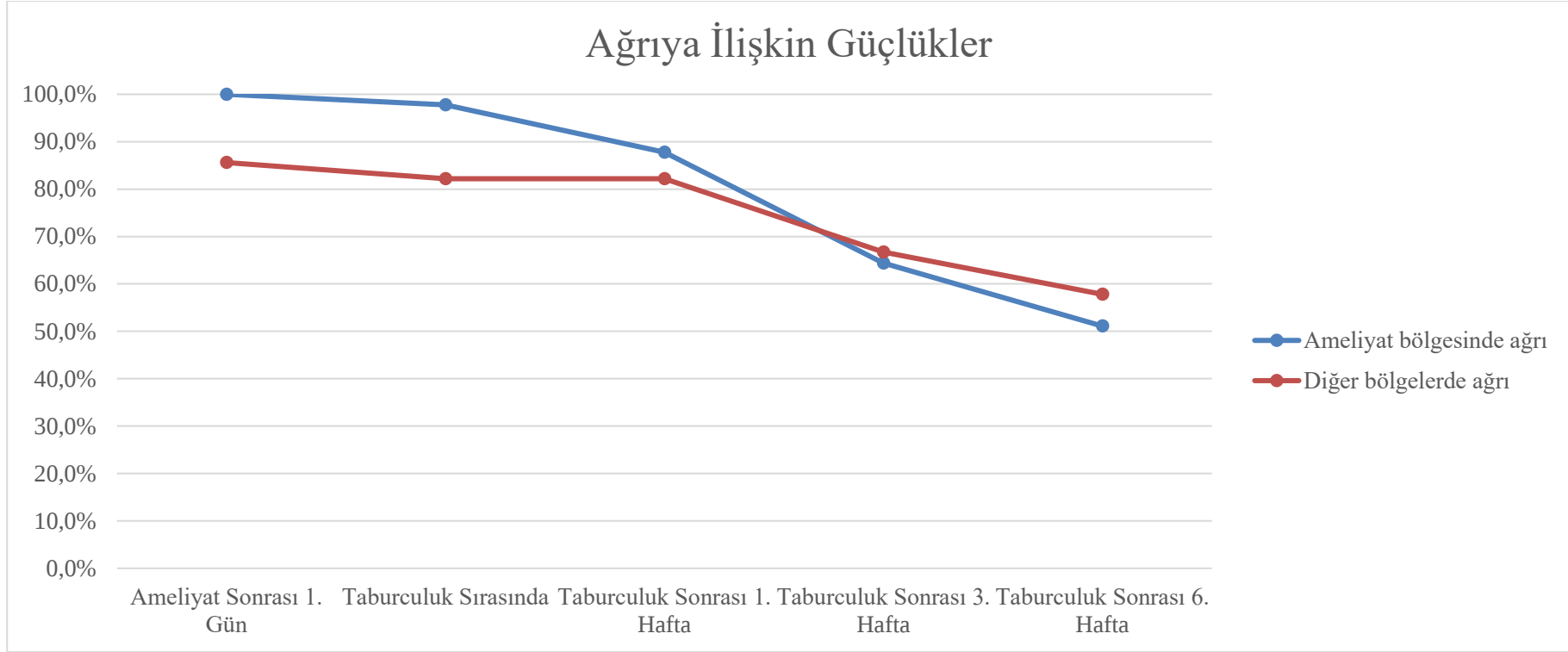
Güçlükler		Ameliyat sonrası 1. gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 1. hafta	Taburculuk sonrası 3. hafta	Taburculuk sonrası 6. hafta	Test/p	Fark
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Uyku ve dinlenmeye ilişkin güçlükler	Uykuya dalmakta güçlük	80 (%88,9)	75 (%83,3)	70 (%77,8)	58 (%64,4)	47 (%52,2)	68,381/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Uyku süresinde azalma	72 (%80)	66 (%73,3)	45 (%50)	23 (%25,6)	19 (%21,1)	136,257/0,000*	t ₁ ,t ₂ >t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Uyku süresinde artma	7 (%7,8)	5 (%5,6)	1 (%1,1)	3 (%3,3)	3 (%3,3)	8,320/0,081	-
	Geceleri sık uyanma	86 (%95,6)	84 (%93,3)	81 (%90)	71 (%78,9)	57 (%63,3)	67,624/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Gündüz uyuklama	89 (%98,9)	88 (%97,8)	79 (%87,8)	69 (%76,7)	62 (%68,9)	76,329/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlükler	Kendi kendine yemek yemekte zorlanma	21 (%23,3)	2 (%2,2)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)	75,182/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Öğünlerini hazırlamakta zorlanma	90 (%100)	87 (%96,7)	84 (%93,3)	57 (%63,3)	32 (%35,6)	171,096/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Ev işlerini yapmakta zorlanma	90 (%100)	90 (%100)	89 (%98,9)	84 (%93,3)	74 (%82,2)	49,263/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Alışveriş yapmakta zorlanma	90 (%100)	89 (%98,9)	80 (%88,9)	28 (%31,1)	10 (%11,1)	255,099/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Telefon kullanmakta zorlanma	18 (%20)	7 (%7,8)	3 (%3,3)	1 (%1,1)	0 (%0)	51,143/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Araba kullanmakta zorlanma	84 (%93,3)	78 (%86,7)	72 (%80)	43 (%47,8)	34 (%37,8)	145,941/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
İlaç kullanımına ilişkin güçlükler	İlaçlarını almakta bir başkasına bağımlı olma	42 (%46,7)	21 (%23,3)	17 (%18,9)	11 (%12,2)	10 (%11,1)	89,973/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	İlaçlarını önerilen zamana uygun alamama	45 (%50)	25 (%27,8)	22 (%24,4)	19 (%21,1)	19 (%21,1)	82,069/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	İlaçlarını önerilen doza uygun alamama	10 (%11,1)	5 (%5,6)	2 (%2,2)	2 (%2,2)	2 (%2,2)	25,684/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
Yara yerine ilişkin güçlükler	Şişlik	0 (%0)	0 (%0)	2 (%2,2)	2 (%2,2)	0 (%0)	6,000/0,199	-
	Akıntı	0 (%0)	0 (%0)	7 (%7,8)	5 (%5,6)	0 (%0)	21,524/0,000*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Kızarıklık	0 (%0)	0 (%0)	8 (%8,9)	5 (%5,6)	0 (%0)	23,000/0,000*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Kanama	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	-	-
	Sıcaklık artışı	0 (%0)	0 (%0)	8 (%8,9)	5 (%5,6)	0 (%0)	23,000/0,000*	t ₁ ,t ₂ <t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Dikişlerin açılması	0 (%0)	0 (%0)	3 (%3,3)	1 (%1,1)	0 (%0)	8,500/0,075	-
	Yara bakımında zorlanma	49 (%54,4)	28 (%31,1)	16 (%17,8)	11 (%12,2)	5 (%5,6)	96,095/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅

Çizelge 4.11. (devam) Hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı

	Güçlükler	Ameliyat sonrası 1. gün	Taburculuk sırasında	Taburculuk sonrası 1. hafta	Taburculuk sonrası 3. hafta	Taburculuk sonrası 6. hafta	Test/p	Fark
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlükler	Ameliyat nedeniyle çalışmaya ara verme	22 (%24,4)	22 (%24,4)	21 (%23,3)	19 (%21,1)	4 (%4,4)	60,821/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Çalışma süresinde azalma	22 (%24,4)	22 (%24,4)	21 (%23,3)	19 (%21,1)	8 (%8,9)	45,548/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Gelir durumunda değişiklik yaşama	20 (%22,2)	20 (%22,2)	19 (%21,1)	17 (%18,9)	6 (%6,7)	45,548/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ ,t ₄ >t ₅
	Maddi sorun yaşama	31 (%34,4)	31 (%34,4)	24 (%26,7)	14 (%15,6)	14 (%15,6)	46,159/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ ,t ₅
	Hobilere ayrılan zamanda kısıtlama	88 (%97,8)	88 (%97,8)	87 (%96,7)	74 (%82,2)	51 (%56,7)	116,500/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Aile içi rollerini yerine getirmekte zorlanma	87 (%96,7)	87 (%96,7)	85 (%94,4)	62 (%68,9)	32 (%35,6)	171,052/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
Beden imajına ilişkin güçlükler	Sosyal temas kurmakta isteksiz olma	72 (%80)	69 (%76,7)	63 (%70)	43 (%47,8)	36 (%40)	96,407/0,000*	t ₁ ,t ₂ ,t ₃ >t ₄ >t ₅
	Yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hissetme	13 (%14,4)	10 (%11,1)	4 (%4,4)	3 (%3,3)	3 (%3,3)	31,556/0,000*	t ₁ ,t ₂ >t ₃ ,t ₄ ,t ₅
	Yara yerini gizleme isteği duyma	4 (%4,4)	2 (%2,2)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	12,800/0,012*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅
Diğer güçlükler	Ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	-	-
	Soru sormak istediği zaman hekim ya da hemşireye ulaşamama	3 (%3,3)	1 (%1,1)	1 (%1,1)	3 (%3,3)	2 (%2,2)	2,222/0,695	-
	Kontrol zamanı ve sıklığını bilememe	76 (%84,4)	8 (%8,9)	11 (%12,2)	17 (%18,9)	10 (%11,1)	167,821/0,000*	t ₁ >t ₂ ,t ₃ ,t ₄ ,t ₅

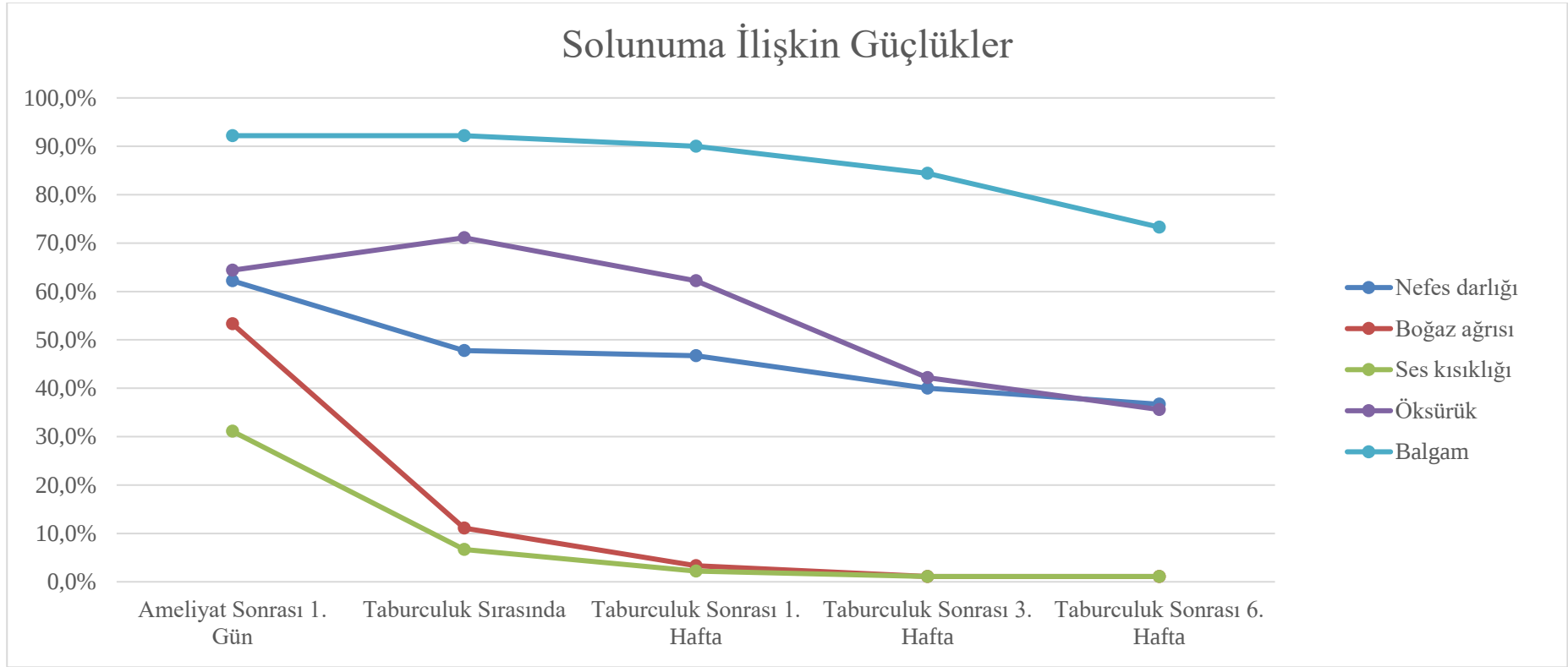
Test: Cochran's Q testi, *:p<0,05 **Baş, boyun, omuz vb.

t₁: Ameliyat sonrası 1. gün, t₂: Taburculuk sırasında, t₃: Taburculuk sonrası 1. hafta, t₄: Taburculuk sonrası 3. hafta, t₅: Taburculuk sonrası 6. hafta



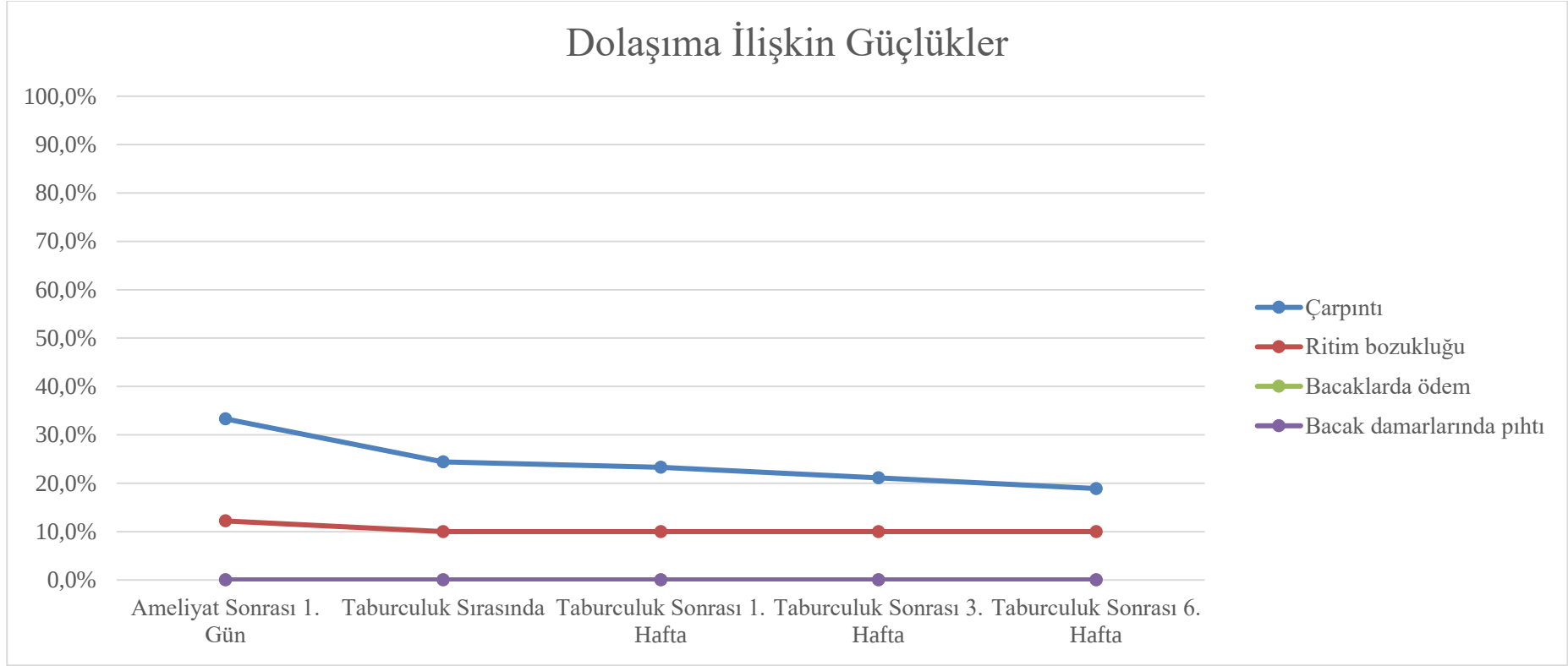
Şekil 4.2. Hastaların izlemlere göre ağrıya ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Çizelge 4.11.'de hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı yer almaktadır. Ağrıya ilişkin güçlükler incelendiğinde; ameliyat sonrası 1. günde hastaların tamamının (%100) ameliyat bölgesinde ağrı ve %85,6'sının diğer bölgelerde ağrı ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Ayrıca, ağrıya ilişkin yaşanan güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; ameliyat bölgesinde ve diğer bölgelerde ağrı oranlarının taburculuk sonrası 3. ve 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.2.). Tabloda belirtilmemekle birlikte ameliyat bölgesinde ağrı yaşayan hastalar yarı oturur pozisyonda istirahat ettiklerini ve insizyon alanını yastık ile desteklediklerini belirtirken diğer bölgelerde ağrı yaşayan hastalar ağrılı bölgeyi hareket ettirmekten kaçındıklarını ve ağrılı bölgeye masaj uyguladıklarını ifade etmişlerdir.



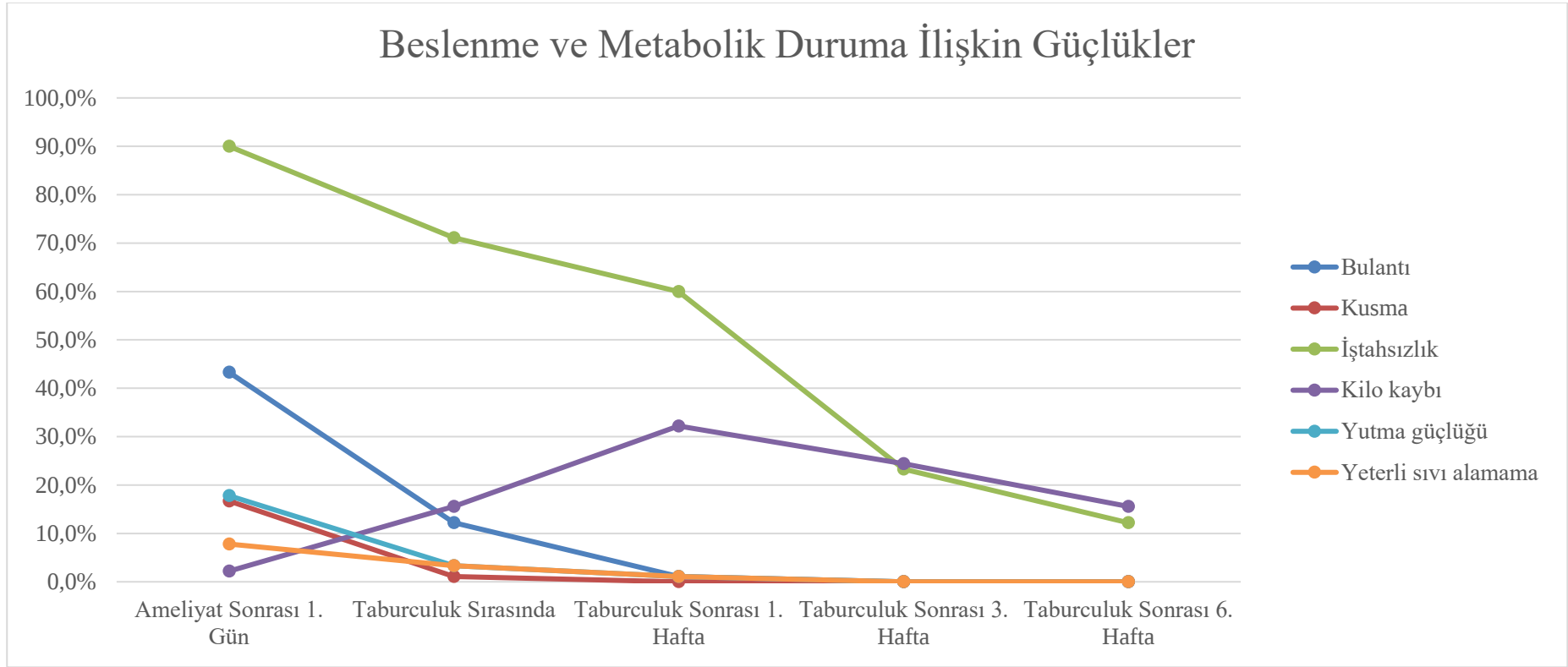
Şekil 4.3. Hastaların izlemlere göre solunuma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Solunuma ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü balgam olduğu görülmektedir. Ayrıca, solunuma ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; nefes darlığı, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı oranlarının taburculuk sırasında, öksürük oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve balgam oranlarının taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.3.). Tabloda belirtilmemekle birlikte nefes darlığı yaşayan hastalar kısa süreli ve dinlenerek hareket ettiklerini, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı yaşayan hastalar ılık içecekler tükettiklerini ve pastil kullandıklarını, balgam güçlüğü ile karşı karşıya kalan hastalar ise postüral drenaj uyguladıklarını ifade etmişlerdir.



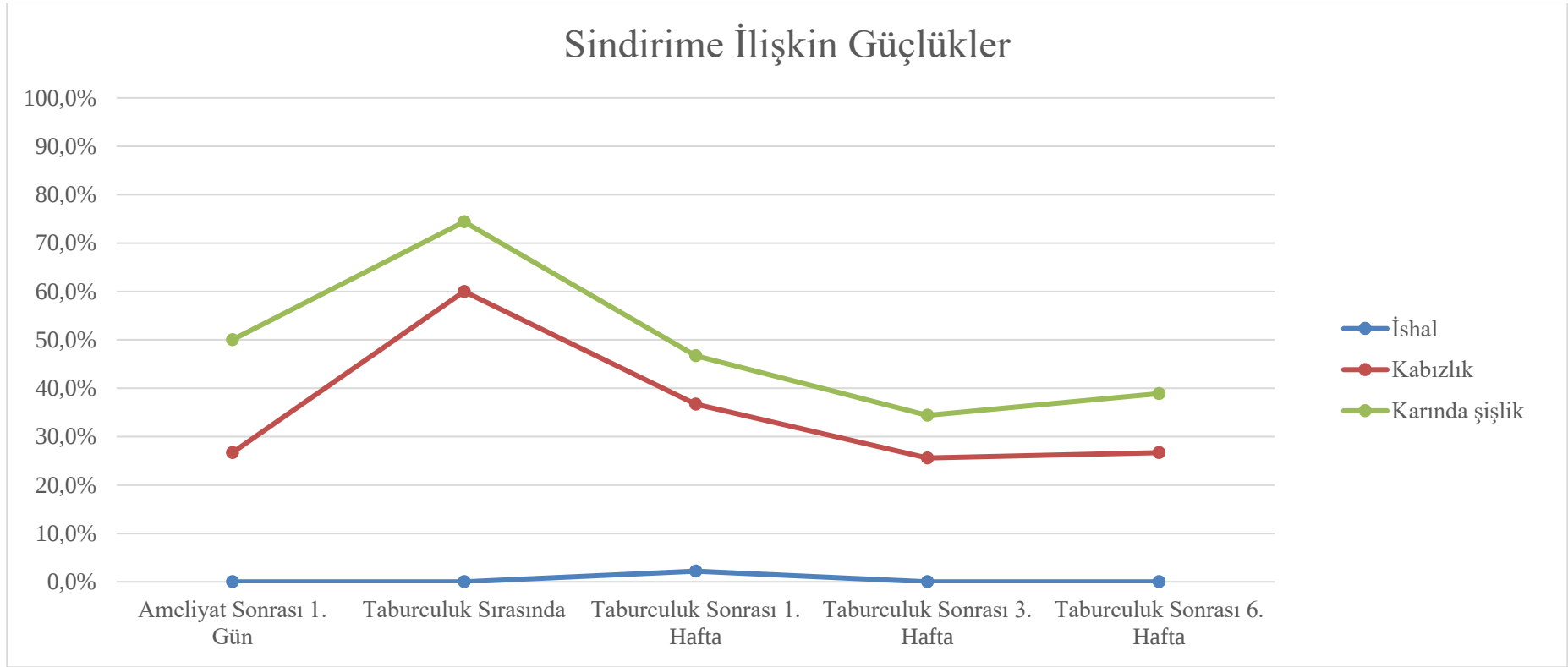
Şekil 4.4. Hastaların izlemlere göre dolaşıma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Dolaşıma ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü çarpıntı olduğu görülmektedir. Ayrıca, dolaşıma ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; ritim bozukluğu oranları değişim göstermemekte iken, çarpıntı oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.4.). Hastalarda ameliyat sonrası bacaklarda ödem ve damarlarda pıhtı güçlükleri görülmemiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte çarpıntı yaşayan hastalar hareket ve aktivite sırasında dinlenme molaları verdiklerini ifade etmişlerdir.



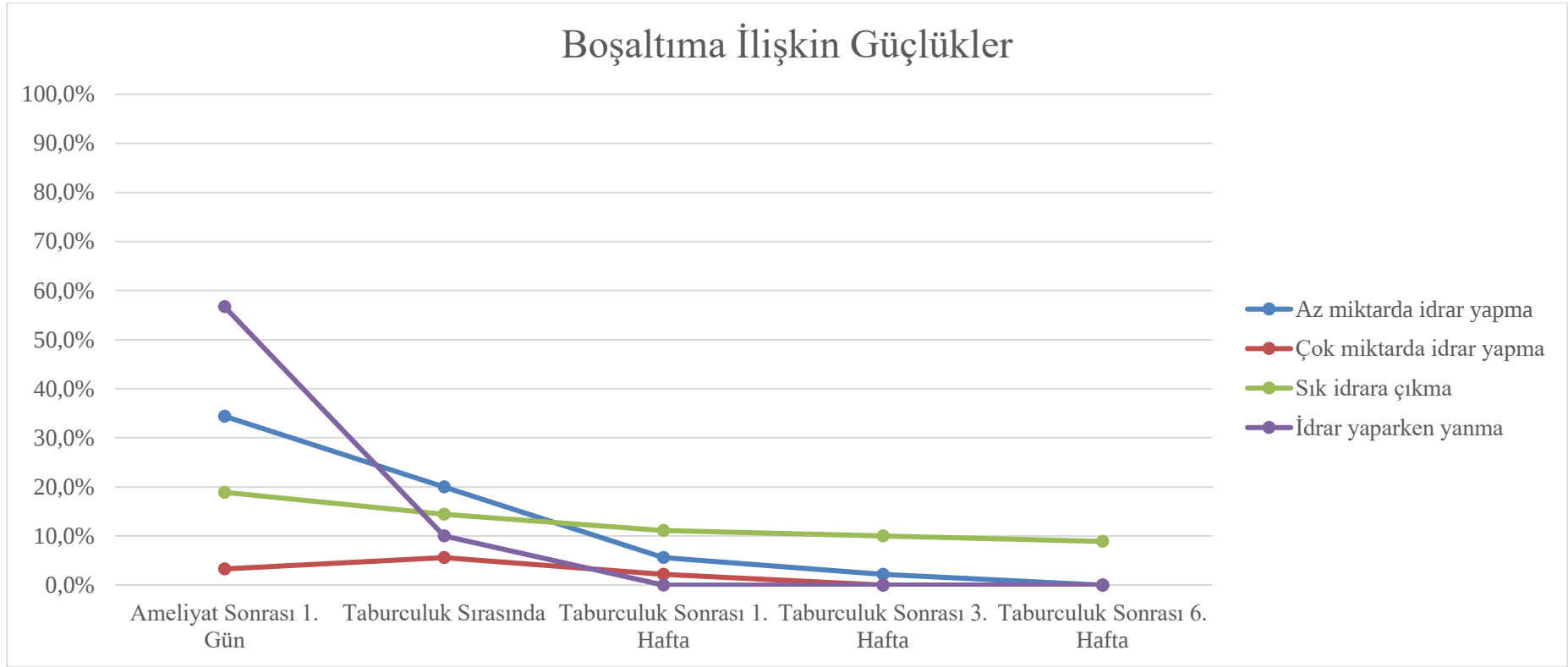
Şekil 4.5. Hastaların izlemlere göre beslenme ve metabolik duruma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Beslenme ve metabolik duruma ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası 1. gün, taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası 1. haftada sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü iştahsızlık, taburculuk sonrası 3. hafta ve 6. haftada ise kilo kaybı olduğu görülmektedir. Ayrıca, beslenme ve metabolik duruma ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; bulantı, kusma, yutma güçlüğü ve yeterli sıvı alamama oranlarının taburculuk sırasında, iştahsızlık oranının taburculuk sonrası 3. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenirken, kilo kaybı oranının taburculuk sonrası 1. haftada arttığı ve taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.5.). Tabloda belirtilmemekle birlikte bulantı ve kusma güçlüğü ile karşı karşıya kalan hastalar tuzlu yiyecekler tükettiklerini, odayı sık sık havalandırdıklarını ve ilaç kullandıklarını, iştahsızlık yaşayan hastalar kendilerini yemek yemek için zorladıklarını, kilo kaybı yaşayan hastalar öğün sayısını artırdıklarını ve yutma güçlüğü yaşayan hastalar yumuşak kıvamlı gıdalar tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.



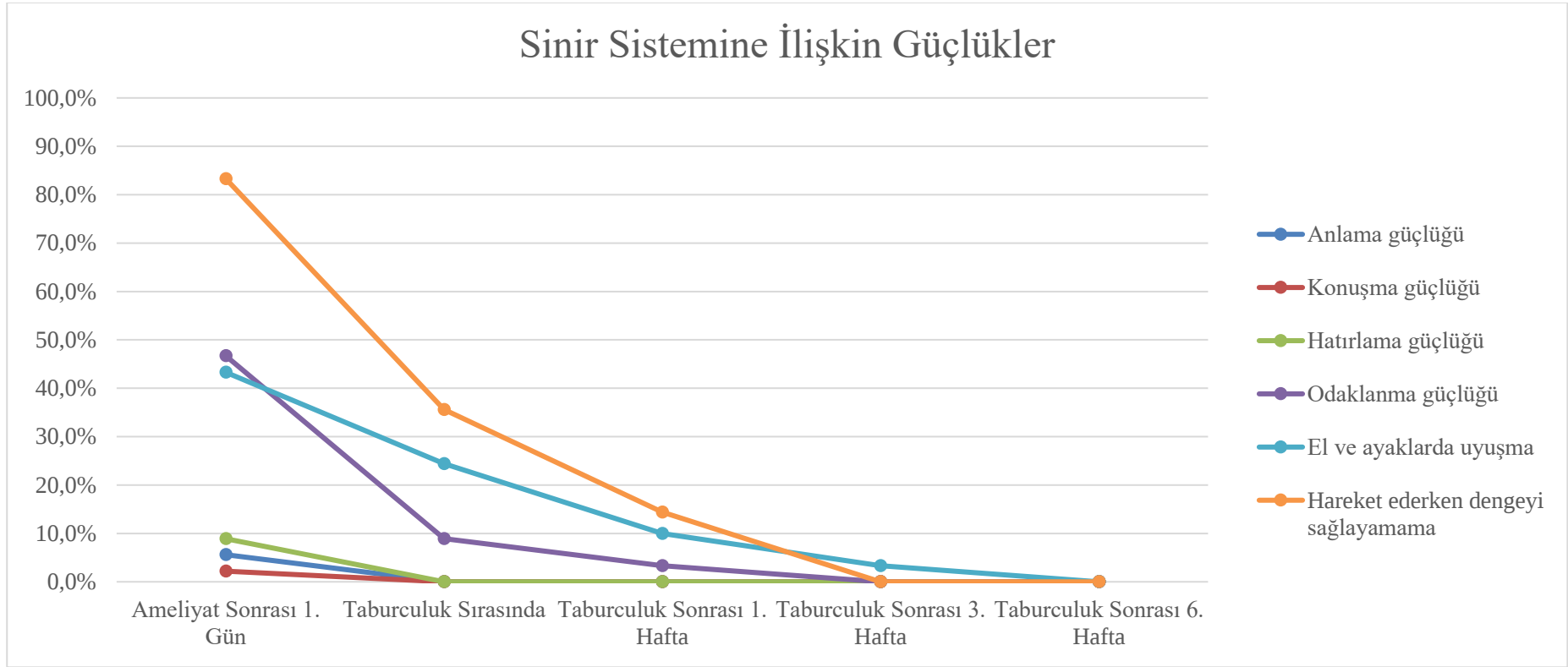
Şekil 4.6. Hastaların izlemlere göre sindirime ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Sindirime ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü karında şişlik olduğu görülmektedir. Ayrıca, sindirime ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; karında şişlik ve kabızlık oranlarının taburculuk sırasında arttığı ve taburculuk sonrası 1. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.6.). Tabloda belirtilmemekle birlikte kabızlık yaşayan hastalar kuru kayısı ve erik tükettiklerini, sıvı ve lifli gıda tüketimini artırdıklarını, komposto ve bitki çaylarından destek aldıklarını, ilaç kullandıklarını belirtirken karında şişlik problemi yaşayan hastalar karın bölgesine masaj uyguladıklarını ve hareket ve aktivite süresini artırdıklarını ifade etmişlerdir.



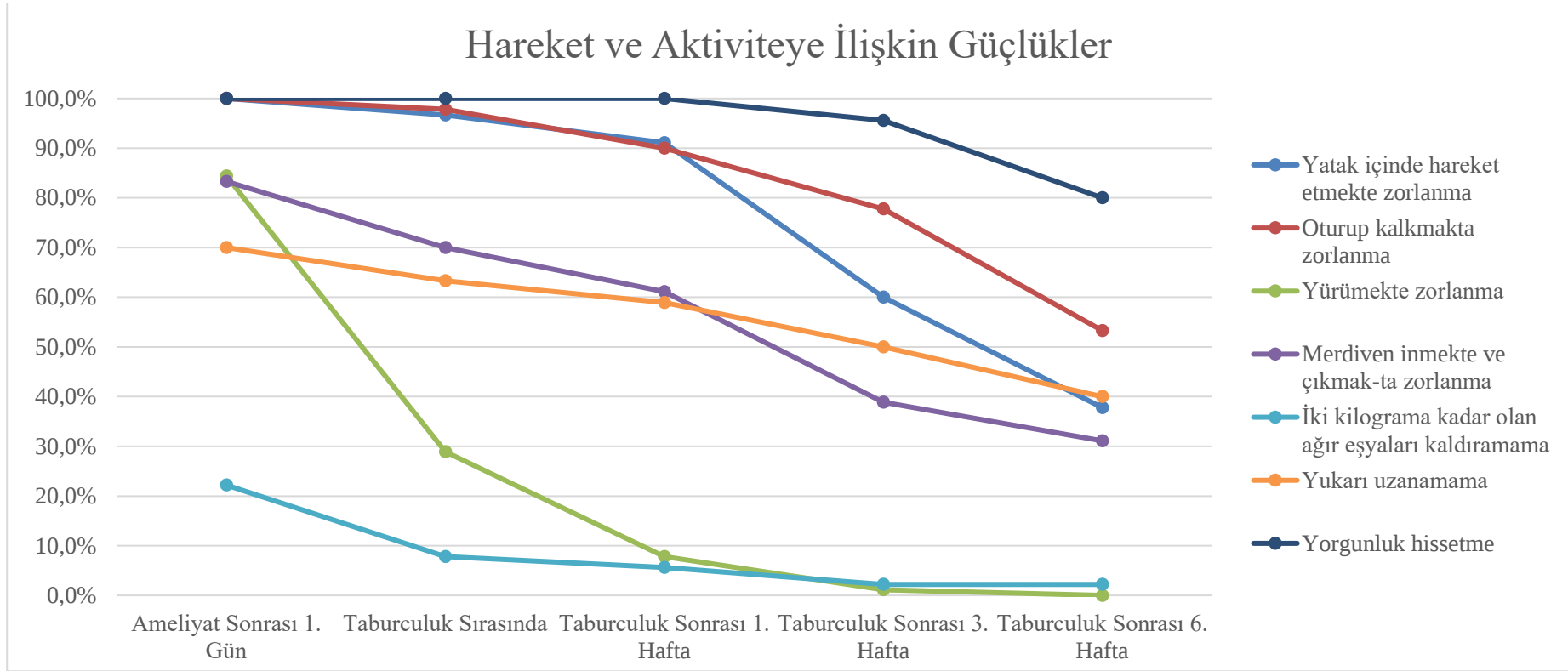
Şekil 4.7. Hastaların izlemlere göre boşaltıma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Boşaltıma ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası 1. gün sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü idrar yaparken yanma ve taburculuk sırasında az miktarda idrar yapma olduğu görülmektedir. Ayrıca, boşaltıma ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; az miktarda idrar yapma ve çok miktarda idrar yapma oranları taburculuk sonrası 1. haftada azalırken, idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.7.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; az miktarda idrar yapma ve idrar yaparken yanma güçlüğü yaşayan hastalar sıvı tüketimini artırdıklarını ifade etmişlerdir.



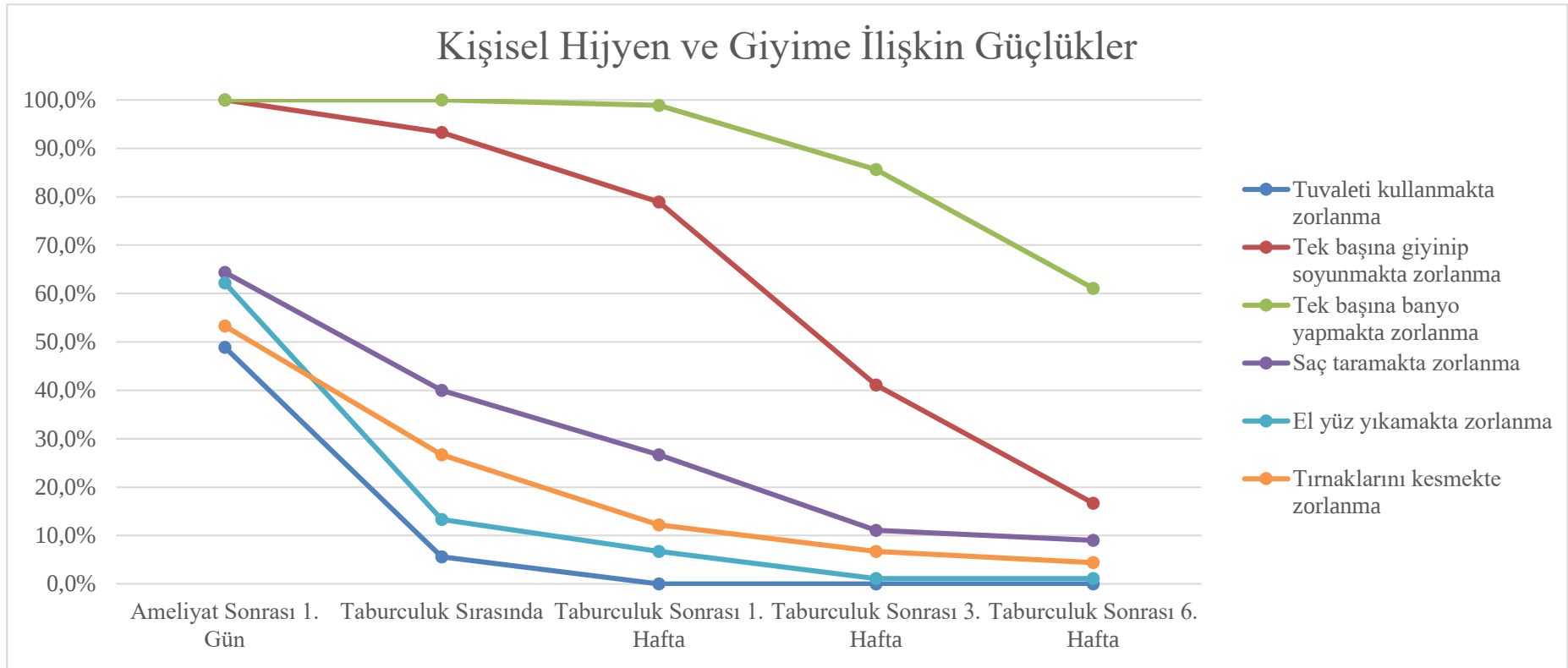
Şekil 4.8. Hastaların izlemlere göre sinir sistemine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Sinir sistemine ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası 1. gün, taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası 1. haftada sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü hareket ederken dengeyi sağlayamama olduğu görülmektedir. Hastalar yalnızca ameliyat sonrası 1. günde anlama güçlüğü, konuşma güçlüğü ve hatırlama güçlüğü yaşamıştır. Ayrıca, sinir sistemine ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; anlama güçlüğü, hatırlama güçlüğü ve odaklanma güçlüğü oranlarının taburculuk sırasında ve el ve ayaklarda uyuşma ve hareket ederken dengeyi sağlayamama oranlarının taburculuk sonrası 1. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.8.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; odaklanma güçlüğü yaşayan hastalar uyku ve dinlenme süresini artırdıklarını ve dış uyaranların sayısını azalttıklarını, el ve ayaklarda uyuşma güçlüğü yaşayan hastalar açma kapama egzersizleri yaptıklarını, hareket ederken dengeyi sağlamakta güçlük yaşayan hastalar destek ile mobilize olduklarını ifade etmişlerdir.



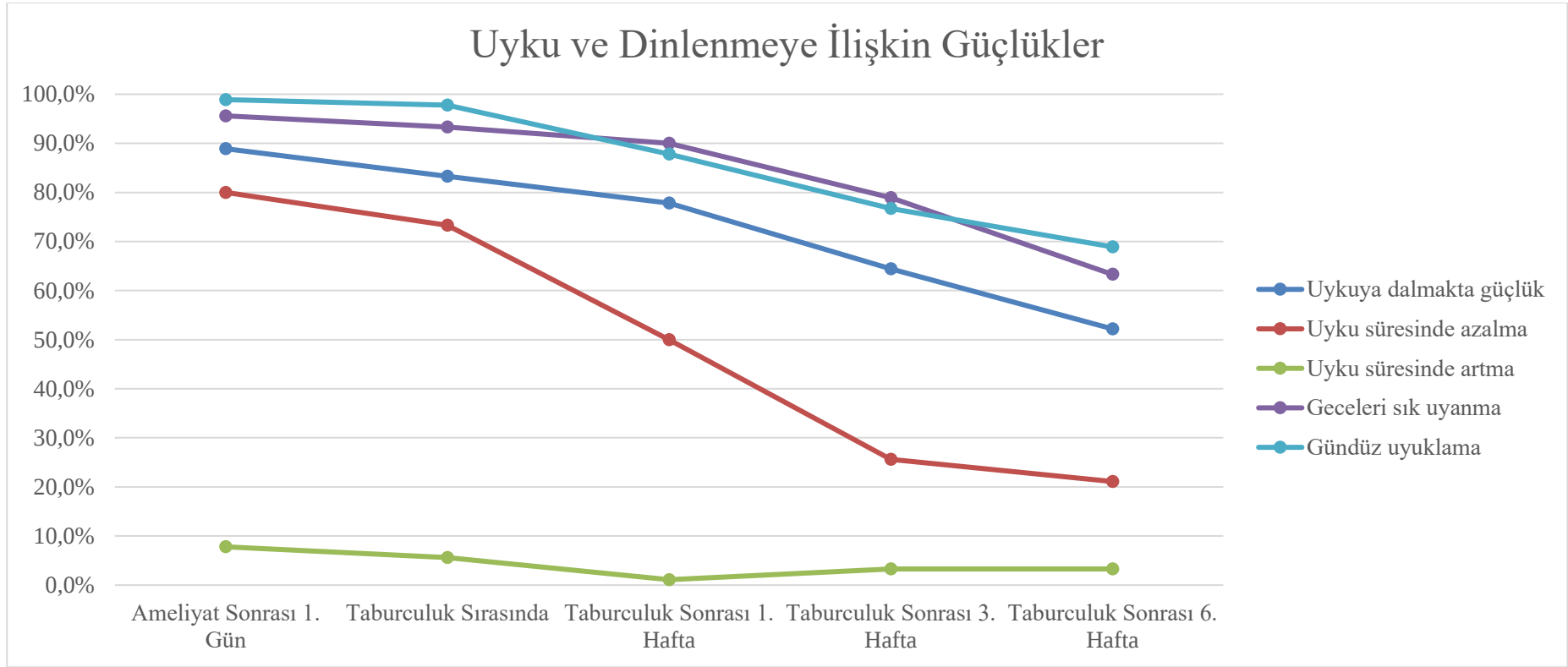
Şekil 4.9. Hastaların izlemlere göre hareket ve aktiviteye ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Hareket ve aktiviteye ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerin yatak içinde hareket etmekte zorlanma, oturup kalkmakta zorlanma ve yorgunluk hissetme olduğu görülmektedir. Ayrıca, hareket ve aktiviteye ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; yatak içinde hareket etmekte zorlanma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve taburculuk sonrası 6. haftada, oturup kalkmakta zorlanma, yukarı uzanamama, yorgunluk hissetme oranlarının taburculuk sonrası 6. haftada, yürümekte zorlanma oranlarının taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası 1. haftada, merdiven inmekte ve çıkmakta zorlanma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve iki kilograma kadar olan ağır eşyaları kaldıramama oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.9.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; oturup kalkmakta güçlük yaşayan hastalar yatak kenarlıklarından destek aldıklarını, yürümekte zorlanan hastalar yürüteç kullandıklarını, merdiven inmekte ve çıkmakta güçlük yaşayan hastalar asansör kullandıklarını, yorgunluk hisseden hastalar gündüz uyku ve dinlenme süresini artırdıklarını ifade etmişlerdir.



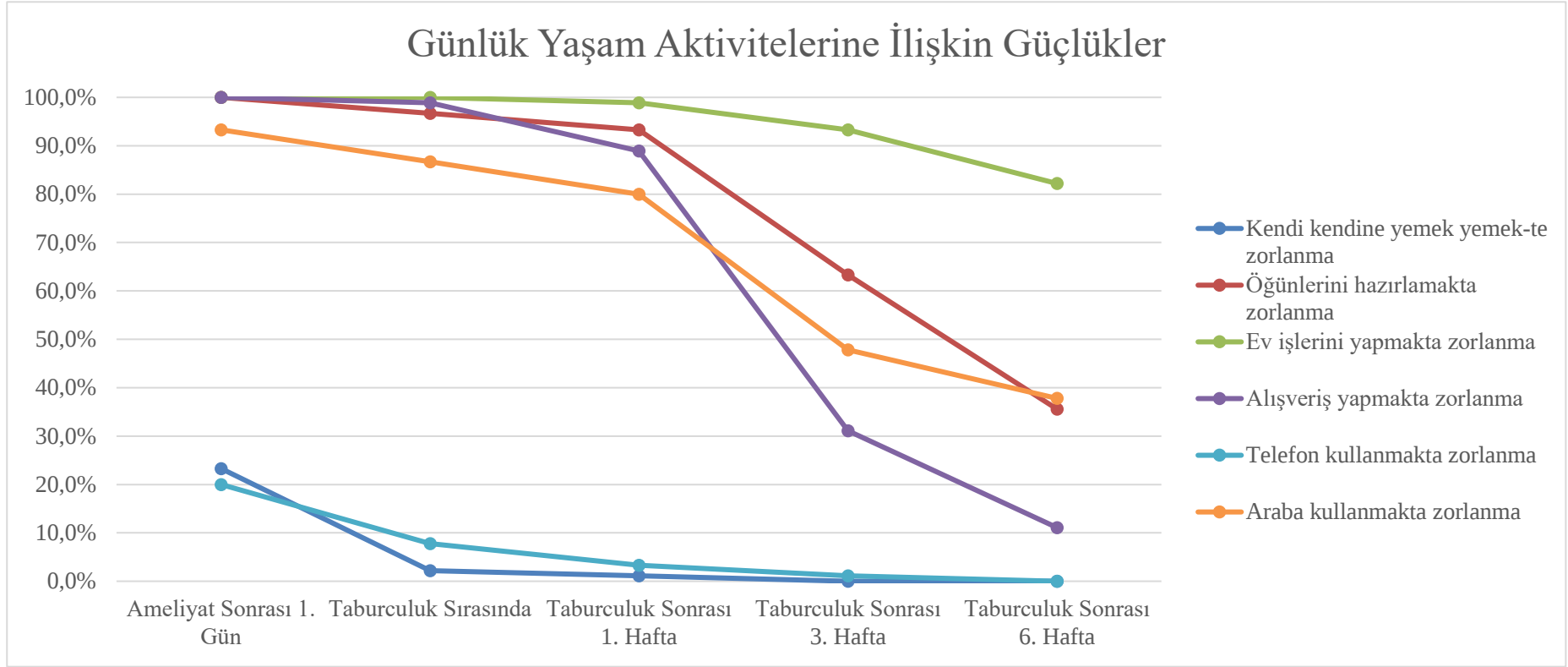
Şekil 4.10. Hastaların izlemlere göre kişisel hijyen ve giyime ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Kişisel hijyen ve giyime ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerin tek başına giyinip soyunmakta zorlanma ve tek başına banyo yapmakta zorlanma olduğu görülmektedir. Ayrıca kişisel hijyen ve giyime ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; tuvaleti kullanmakta zorlanma, saç taramakta zorlanma, el yüz yıkamakta zorlanma oranlarının taburculuk sırasında, tırnaklarını kesmekte zorlanma oranlarının taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası 1. haftada, tek başına giyinip soyunmakta zorlanma, tek başına banyo yapmakta zorlanma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.10.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; tek başına giyinip soyunmakta güçlük yaşayan hastalar kolay giyilip çıkarılabilen kıyafetler tercih ettiklerini, tek başına banyo yapmakta güçlük yaşayan hastalar silme şeklinde banyo yaptıklarını, el yüz yıkamakta ve tırnaklarını kesmekte güçlük yaşayan hastalar yakınlarından destek aldıklarını ifade etmişlerdir.



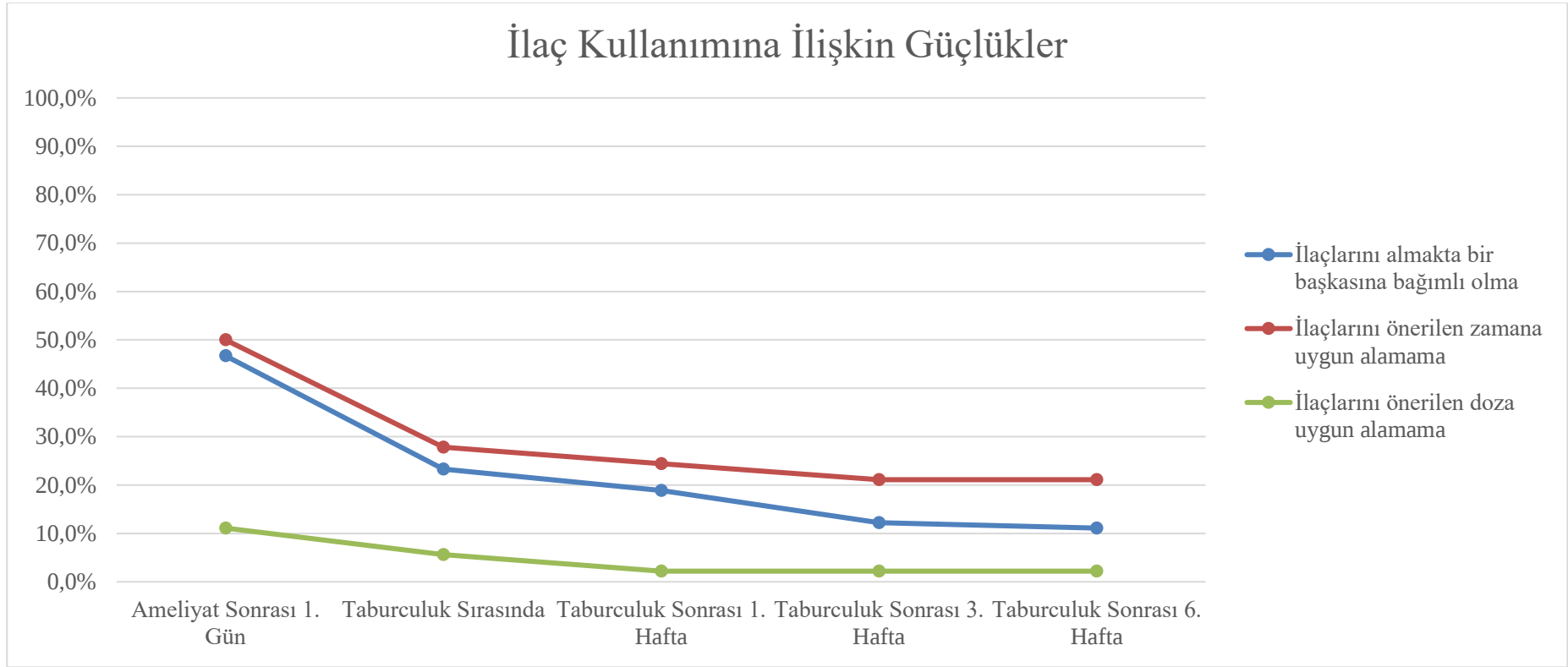
Şekil 4.11. Hastaların izlemlere göre uyku ve dinlenmeye ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Uyku ve dinlenmeye ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerin geceleri sık uyanma ve gündüzleri uyuklama olduğu görülmektedir. Ayrıca uyku ve dinlenmeye ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; uykuya dalmakta güçlük ve gündüz uyuklama oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada, uyku süresinde azalma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve taburculuk sonrası 6. haftada, geceleri sık uyanma oranlarının taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.11.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; uykuya dalmakta güçlük yaşayan hastalar karanlık ve sessiz bir uyku ortamı oluşturmaya çalıştıklarını, ilaç desteği aldıklarını, bitki çayları tükettiklerini ve müzik dinleyerek uykuya dalmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.



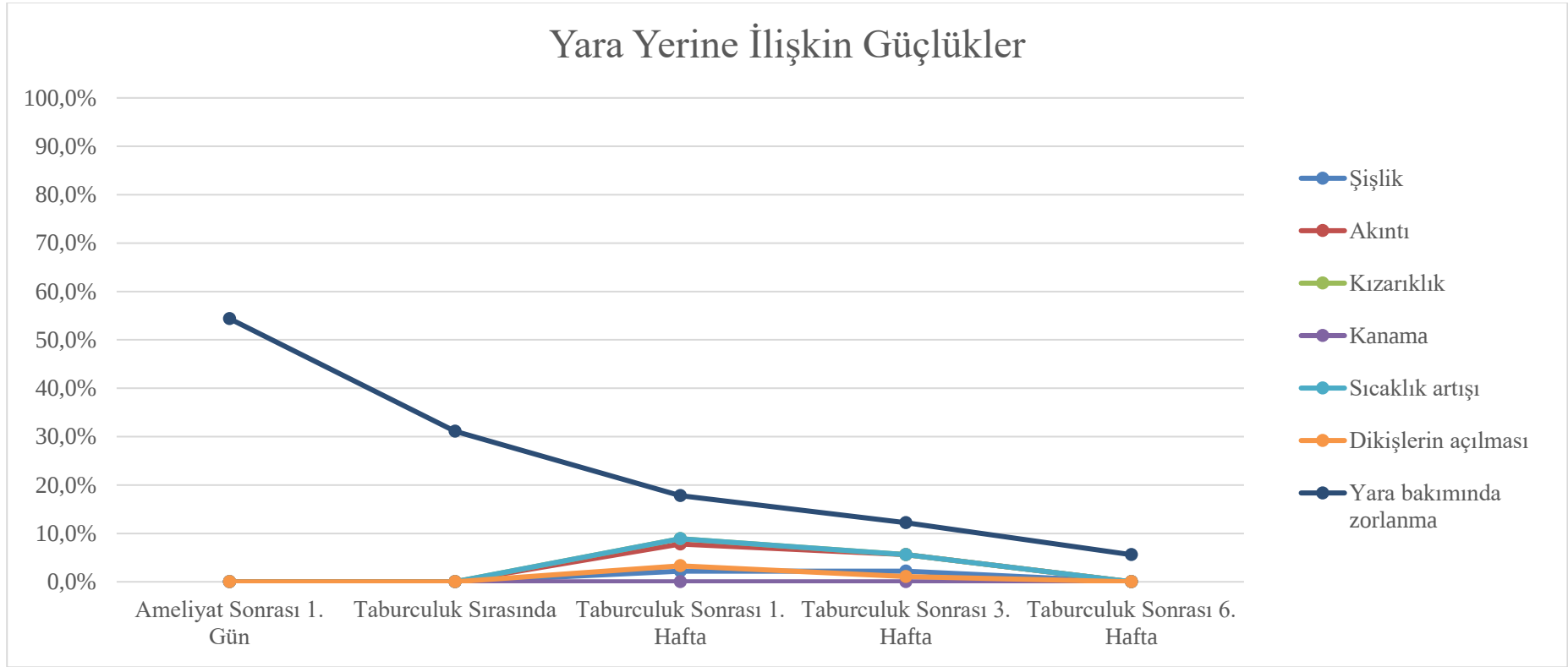
Şekil 4.12. Hastaların izlemlere göre günlük yaşam aktivitelerine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde karşı karşıya kaldığı güçlüklerin öğünlerini hazırlamakta zorlanma, ev işlerini yapmakta zorlanma ve alışveriş yapmakta zorlanma olduğu görülmektedir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; kendi kendine yemek yemekte zorlanma ve telefon kullanmakta zorlanma oranlarının taburculuk sırasında, öğünlerini hazırlamakta zorlanma ve alışveriş yapmakta zorlanma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve taburculuk sonrası 6. haftada, ev işlerini yapmakta zorlanma oranlarının taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.12.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; öğünlerini hazırlamakta güçlük yaşayan hastalar hazır yiyecek sipariş ettiklerini, ev işlerini yapmakta zorlanan hastalar yakınlarından destek aldıklarını, alışveriş yapmakta zorlanan hastalar online alışveriş uygulamalarını kullandıklarını, araba kullanmakta zorlanan hastalar toplu taşıma araçları ile ulaşım sağladıklarını ifade etmişlerdir.



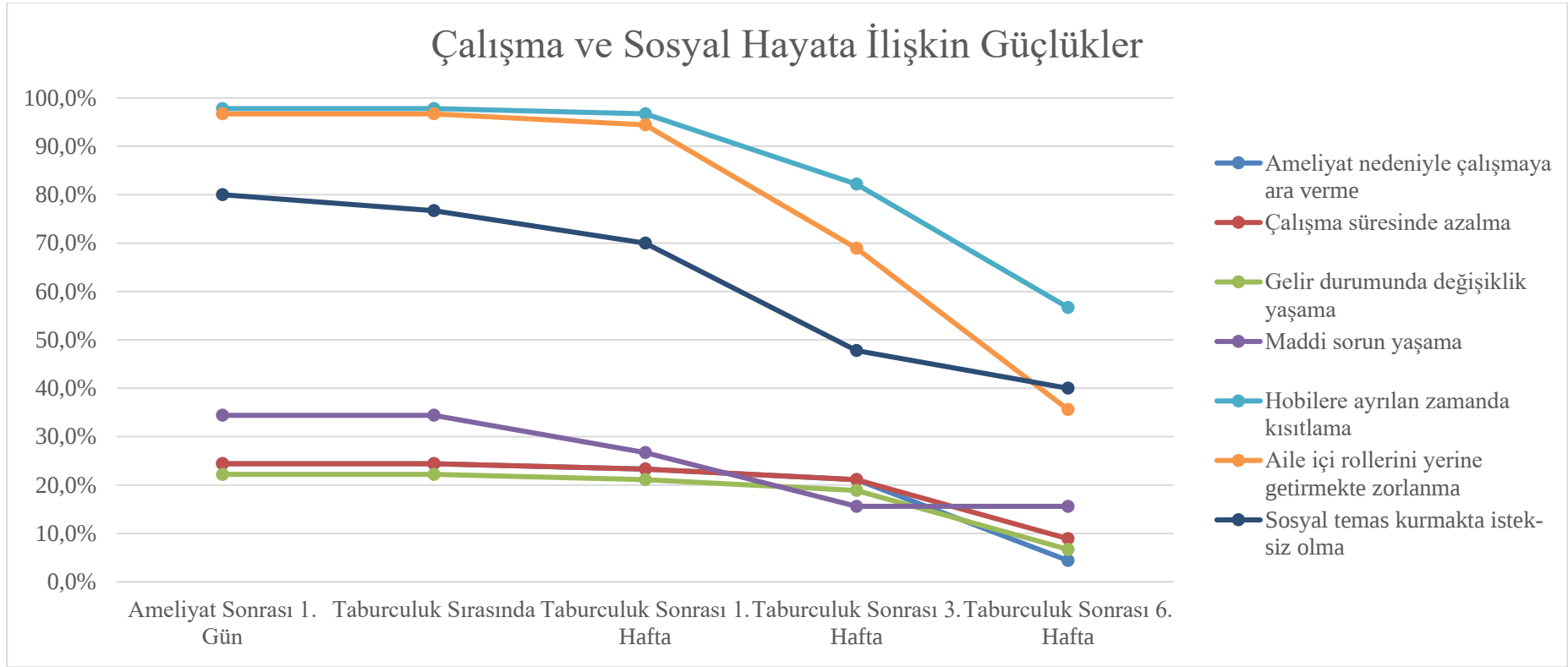
Şekil 4.13. Hastaların izlemlere göre ilaç kullanımına ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

İlaç kullanımına ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü ilaçlarını önerilen zamana uygun alamama olduğu görülmektedir. Ayrıca ilaç kullanımına ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; ilaçlarını almakta bir başkasına bağımlı olma, ilaçlarını önerilen zamana uygun alamama ve ilaçlarını önerilen doza uygun alamama oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.13.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; ilaçlarını önerilen zamana uygun şekilde almakta güçlük yaşayan hastalar hatırlatıcı alarm kurduklarını ve ilaç kutularının üzerine ilaç saatlerini not ettiklerini ifade etmişlerdir.



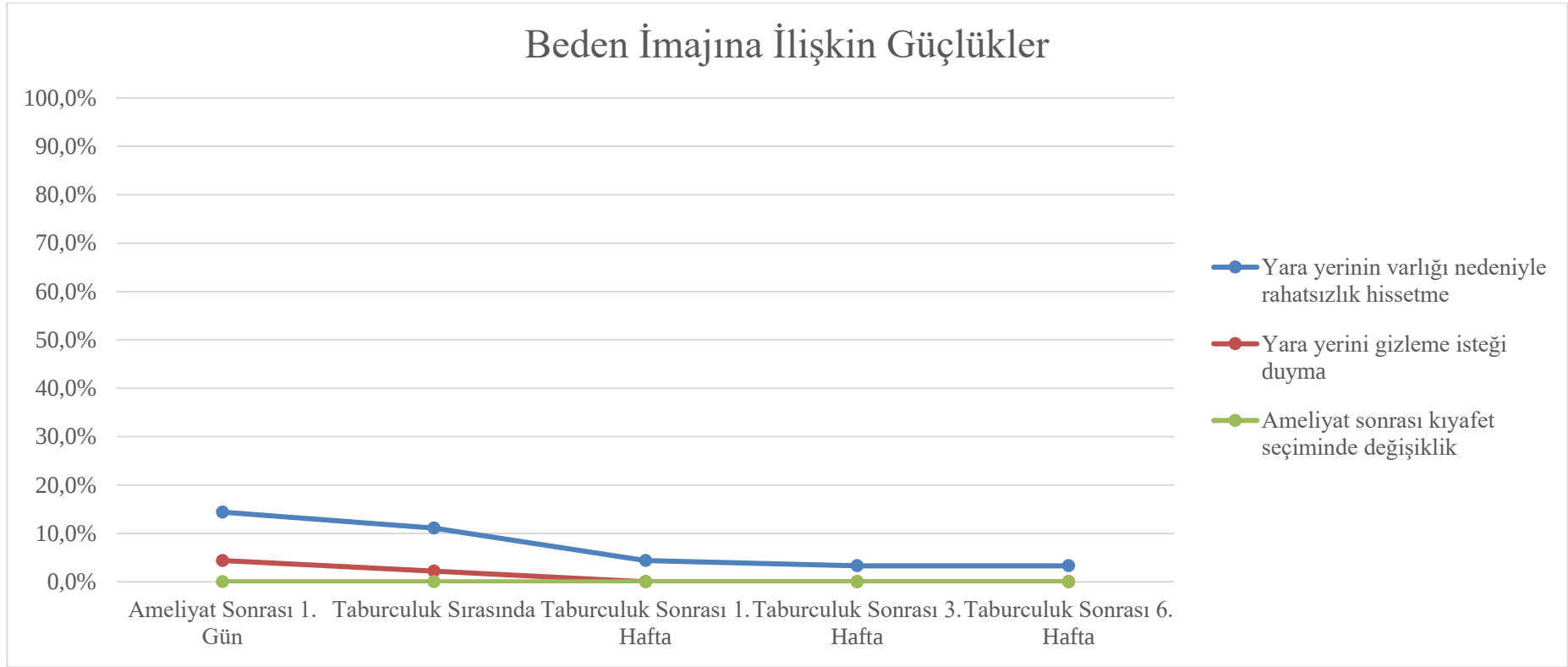
Şekil 4.14. Hastaların izlemlere göre yara yerine ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Yara yerine ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü yara bakımında zorlanma olduğu görülmektedir. Ayrıca yara yerine ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; akıntı, kızarıklık, sıcaklık artışı oranlarının taburculuk sonrası 1. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı, yara bakımında zorlanma oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.14.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; şişlik, akıntı, kızarıklık ve kanama güçlüğü yaşayan hastalar yara yerini temiz ve kuru bir bezle kapatarak acil servise başvurdıklarını ifade etmişlerdir.



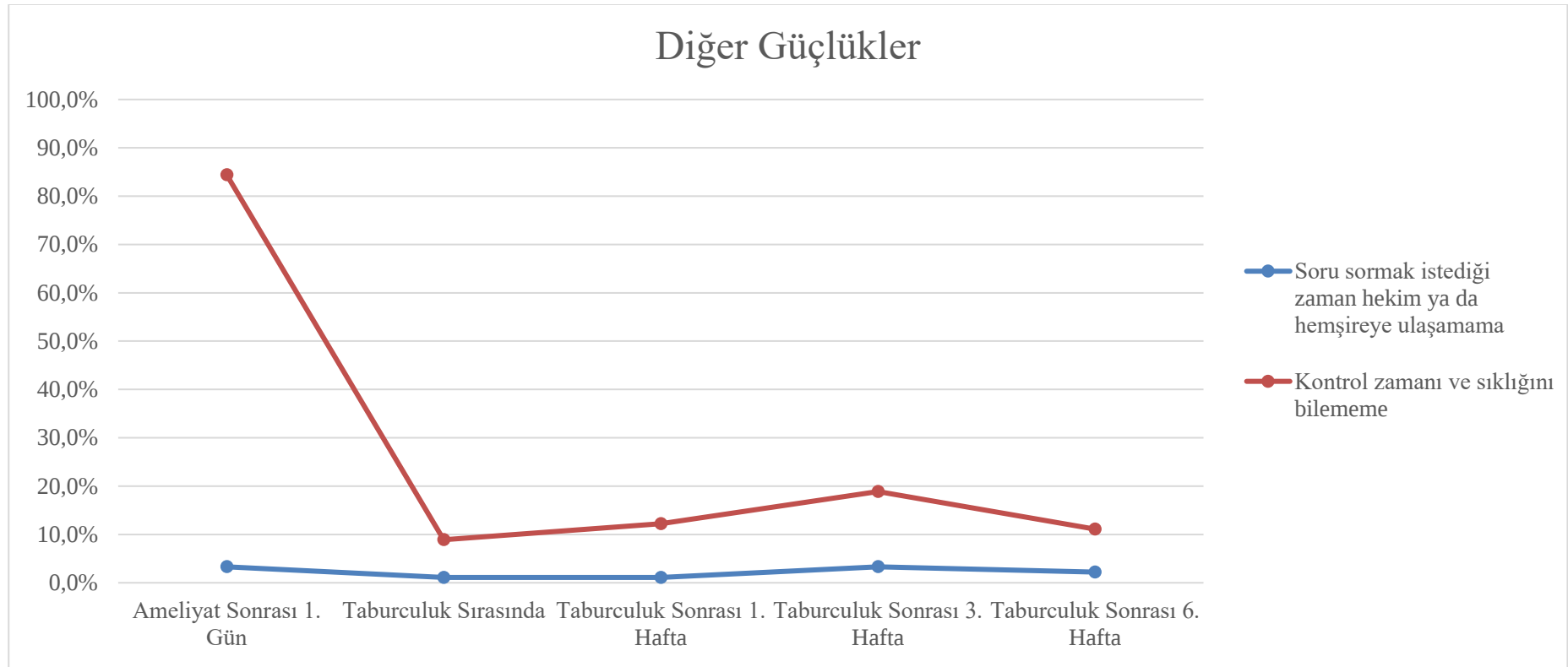
Şekil 4.15. Hastaların izlemlere çalışma ve sosyal hayata ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü hobilere ayrılan zamanda kısıtlama olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışma ve sosyal hayata ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; ameliyat nedeniyle çalışmaya ara verme, çalışma süresinde azalma ve gelir durumunda değişiklik yaşama oranlarının taburculuk sonrası 6. haftada, maddi sorun yaşama oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada, hobilere ayrılan zamanda kısıtlama, aile içi rollerini yerine getirmekte zorlanma ve sosyal temas kurmakta isteksiz olma oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada ve taburculuk sonrası 6. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.15.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; hobilere ayrılan zamanda kısıtlama güçlüğü yaşayan hastalar yeni hobiler edindiklerini, aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşayan hastalar rol paylaşımında bulunduklarını ifade etmişlerdir.



Şekil 4.16. Hastaların izlemlere göre beden imajına ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Beden imajına ilişkin güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hissetme olduğu görülmektedir. Ayrıca beden imajına ilişkin güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hissetme oranlarının taburculuk sonrası 3. haftada, yara yerini gizleme isteği duyma oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.16.). Tabloda belirtilmemekle birlikte; yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hisseden hastalar yara yerine temas etmekten kaçındıklarını ifade etmişlerdir.



Şekil 4.17. Hastaların izlemlere göre diğer güçlüklerle ilişkin yaşadıkları güçlüklerin dağılımları

Diğer güçlükler incelendiğinde; hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüğü kontrol zamanı ve sıklığını bilememe olduğu görülmektedir. Ayrıca diğer güçlüklerin izlemlere göre değişimine bakıldığında; kontrol zamanı ve sıklığını bilememe oranlarının taburculuk sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Şekil 4.17.).

Çizelge 4.12. Hastaların izlemlere göre ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddetlerinin dağılımı

		Ameliyat Sonrası 1.gün	Taburculuk Sırasında	Taburculuk Sonrası 1.hafta	Taburculuk Sonrası 3.hafta	Taburculuk Sonrası 6.hafta
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ağrının Şiddeti	0-3 arası*	3 (3,3)	22 (24,5)	13 (14,4)	35 (38,8)	59 (65,6)
	4-6 arası**	42 (46,7)	60 (66,7)	61 (67,8)	52 (57,8)	29 (32,2)
	7-10 arası***	45 (50)	8 (8,9)	16 (17,8)	3 (3,3)	2 (2,2)
Bulantının Şiddeti	0-3 arası*	65 (72,3)	85 (94,5)	89 (98,9)	90 (100)	90 (100)
	4-6 arası**	16 (17,8)	5 (5,5)	1 (1,1)	-	-
	7-10 arası***	9 (9,9)	-	-	-	-
Yorgunluğun Şiddeti	0-3 arası*	1 (1,1)	8 (8,9)	12 (13,3)	39 (43,4)	60 (66,6)
	4-6 arası**	23 (25,6)	61 (67,8)	56 (62,2)	47 (52,3)	29 (32,2)
	7-10 arası***	66 (73,3)	21 (23,4)	22 (24,5)	4 (4,4)	1 (1,1)

*Tabloda 0-3 arası; düşük, **4-6 arası; orta, ***7-10 arası; yüksek şiddet olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.12.'de hastaların izlemlere göre ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddetinin dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası 1. gün orta ve yüksek şiddette ağrı deneyimlediği, ağrı şiddetinin taburculuk sonrası 1. hafta arttığı ve taburculuk sonrası 6. haftaya kadar azalarak devam ettiği belirlenmiştir. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün düşük şiddette bulantı deneyimlediği, taburculuk sonrası 3. ve 6. haftada ise bulantıya ilişkin sorun yaşamadıkları saptanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün orta ve yüksek şiddette yorgunluk deneyimlediği, yorgunluk şiddetinin taburculuk sonrası 6. haftaya kadar azalarak devam ettiği belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma 90 hasta ile yürütülmüş olup hastaların yaş ortalaması $62,78 \pm 11,76$ 'dır. Hastaların çoğu erkek (%61,1) ve ilköğretim ve altı bir eğitim düzeyine (%56,7) sahiptir. Akciğerde kitle sebebiyle rezeksiyon ameliyatı planlanan hastalarda kitlenin türü; benign (%12,6), malign (%44,8) ya da metastatik (%42,5) şeklindedir. Hastaların yarıya yakınına (%47,8) uygulanan ameliyat türü lobektomidir ve akciğer rezeksiyonları %46,7 oranla açık torakotomi tekniği ile %53,3 oranla VATS tekniği ile uygulanmıştır.

Ameliyat öncesi kaygı deneyimi, organa verilen değer ile doğrudan ilişkilidir (Yıldız ve diğerleri, 2015). Akciğerlerin yaşamı temsil etmedeki sembolik anlamı ve önemi bireylerde akciğer rezeksiyonu ameliyatı öncesi kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Bu hastaların ileri düzey solunum sıkıntısı yaşamaları ve yapay solunum araçlarına bağlanmaları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı deneyimini artırmaktadır. Pek çok hasta, ameliyat sonrası dönemde nefes almakta zorluk çekeceği düşüncesiyle kaygıya kapılmaktadır (Sayın, 2021). Literatürde toraks cerrahisi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ju ve diğerleri, 2023; Li ve diğerleri, 2021; Muthukrishnan ve diğerleri, 2023). Bizim çalışmamızda hastaların kaygı düzeylerine bakıldığında; hem ameliyat öncesi dönemde Ameliyata Özgü Kaygı düzeyinin hem de ameliyat sonrası dönemde Durumluk Kaygı düzeyinin yüksek olduğu (Çizelge 4.4.), AÖKÖ ile DKÖ arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu ($p < 0,05$, $r = 0,375$) yani ölçeklerin birbirini destekler şekilde hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6.). Sonuç olarak; hastaların tamamına yakınının akciğer kanseri nedeniyle rezeksiyon ameliyatı olduğu ve akciğerlerin vücuttaki kritik rolü ve önemi göz önüne alındığında, hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların kaygı düzeylerini etkileyen faktörler incelendiğinde; medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve ameliyat türünün hastaların kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre; bekar, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan, geliri giderinden az olan ve ameliyat türü malign olan bireylerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bulgulardan yola çıkarak; bekar olan

hastaların tanı ve tedavi sürecinde bakımını yürütecek birinin varlığına ihtiyaç duymaları, eğitim düzeyi düşük olan hastaların bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama konusunda güçlük yaşamaları, geliri giderinden az olan hastaların tedavi süreçlerinin getireceği maddi yükü karşılamakta güçlük yaşamaları, malignite nedeniyle rezeksiyon ameliyatı olan hastaların kanserin yeniden nüks edeceğine dair korkuları olması nedeniyle kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle akciğer rezeksiyonu ameliyatı olan bireylere bakım sürecinde kapsamlı destek sağlanmalı, mevcut tedavi seçenekleri ve tedaviye erişim yolları konusunda bilgilendirme yapılmalı, maddi kaygıları yönetmeye yönelik sosyal planlamalar yapılmalı ve kaygı düzeylerini kontrol altına almaya yardımcı olacak eğitim programları geliştirilmelidir.

Literatür incelendiğinde, hastaların cerrahi süreçlerde kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve zamanla bu kaygının azalma eğilimi gösterdiği belirlenmiştir (Prado-Olivares ve Chover-Sierra, 2019; Özyürek ve Göktaş, 2021). Çalışmamızda benzer şekilde hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı deneyimlediği ve kaygı düzeylerinin izlem süresince istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.5.). Özellikle kaygı deneyiminin hastanın yaşadığı güçlüklerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hastalar çok sayıda fiziksel ve psikososyal güçlükle karşı karşıya kalmaktadır. Hastanın iyileşme süreci ameliyatın türü, süresi ve ameliyat sonrası komplikasyonlar gibi faktörlere bağlı olsa da ameliyat sonrası yaşanan güçlüklerin iyileşme süreci üzerindeki potansiyel etkisi göz ardı edilmemelidir (Almasharfi ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası 1. gün, taburculuk sırası ve taburculuk sonrası 6. haftada çok sayıda güçlük ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Çizelge 4.10.). Hastaların fiziksel güçlüklerin yanı sıra hareket ve aktivite, kişisel hijyen ve giyim gibi birebir yürütmek zorunda olduğu ihtiyaçlarla ilişkili güçlükler yaşadığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaları konu alan çalışmaların çoğunlukla mortalite oranları ve komplikasyonlar üzerine odaklandığı görülmektedir (Etienne ve diğerleri, 2024; Rathnayake ve Hardikar, 2024; Roungeris ve diğerleri, 2024). Akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği çalışmalara rastlanmamakla birlikte bu çalışmanın bulguları toraks cerrahisini içerdiği için, kalp damar cerrahisi geçiren hasta grupları ile yapılan çalışma sonuçları ile tartışılmıştır. Kalp damar cerrahisi geçiren hastaların en çok ağrıya ilişkin güçlük yaşadıkları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Akbari ve Şenol Çelik, 2015; Subeh ve diğerleri, 2014; Yavuz, 2019). Özellikle toraks cerrahisinde ağrı şiddetinin yüksek olduğu

ve çalışmamızda da hastaların neredeyse %50'sinin taburculuk sonrası 6. haftaya kadar ağrı deneyimlediği göz önüne alındığında; hastaların hem ağrı deneyimi nedeniyle hem de akciğer kapasitesinde azalmaya bağlı yorgunluk nedeniyle birtakım aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası dönemde akciğer kapasitelerini artırmak için fizik tedavi uygulamalarına yönlendirilmelerinin yorgunluk ile başa çıkmada faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Akbari ve Şenol Çelik'in koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmaya göre; ameliyat sonrası dönemde hastalarda büyük oranda (>%50) ağrı, solunum problemleri, iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik, içe kapanma, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk görüldüğü belirtilmiştir (Akbari ve Şenol Çelik, 2015). Gill ve diğerlerinin kardiyak cerrahi geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmada ise; ağrı, nefes almada zorluk, çarpıntı, uykuya dalmada güçlük, yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, yara ile ilgili sorunlar ve sosyal izolasyon görüldüğü tespit edilmiştir (Gill ve diğerleri, 2023). Ameliyat sonrası dönemde yukarıda belirtilen güçlüklerle ek olarak bazı çalışmalarda; sırt ağrısı, kol ağrısı, konstipasyon, yatak içinde hareket etmekte zorlanma, tek başına banyo yapmakta zorlanma, hareket ve aktiviteden kaçınma gibi güçlükler de bildirilmiştir (Direk ve Şenol Çelik, 2012; Gallagher ve diğerleri, 2004; Parry ve diğerleri, 2010). Kalp damar cerrahisi sonrası hastalar fiziksel sorunların yanı sıra sosyal etkileşimde zorlanma, ziyaretçilerden kaçınma, aile içinde rol karmaşası gibi sosyal sorunlarla de karşılaşmaktadırlar (Akbari ve Şenol Çelik, 2012; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Parry ve diğerleri, 2010). Çalışmamızda da benzer şekilde akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası hastaların sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerin ağrı, balgam, nefes darlığı, çarpıntı, iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, karında şişlik, yatak içinde hareket etmekte zorlanma, oturup kalkmakta zorlanma, tek başına banyo yapmakta zorlanma, geceleri sık uyanma, gündüzleri uyuklama, aile içi rollerini yerine getirmekte zorlanma ve yara bakımında zorlanma olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası dönemde etkin hava yolu temizliği sağlayamayan hastalar nefes almakta güçlük ve buna bağlı olarak çarpıntı yaşamaktadır. Hastaların ameliyat sonrası dönemde hava yollarının temizliğini sağlamak için derin solunum öksürük egzersizleri ve postüral drenaj tekniklerini uygulamalarının yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastalar ameliyat sonrası dönemde çok sayıda güçlük ile karşı karşıya kalmanın yanı sıra bu güçlükler ile başa çıkma konusunda kendi çözüm yollarını geliştirdiklerini belirtmektedirler.

Örneğin; ameliyat bölgesinde ağrı yaşayan hastalar yarı oturur pozisyonda istirahat ettiklerini ve insizyon alanını yastık ile desteklediklerini belirtirken diğer bölgelerde ağrı yaşayan hastalar ağrılı bölgeyi hareket ettirmekten kaçındıklarını ve ağrılı bölgeye masaj uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Kabızlık yaşayan hastalar kuru kayısı ve erik tükettiklerini, sıvı ve lifli gıda tüketimini artırdıklarını, komposto ve bitki çaylarından destek aldıklarını, ilaç kullandıklarını belirtirken karında şişlik problemi yaşayan hastalar karın bölgesine masaj uyguladıklarını ve hareket ve aktivite süresini artırdıklarını ifade etmişlerdir. Bulantı ve kusma güçlüğü ile karşı karşıya kalan hastalar tuzlu yiyecekler tükettiklerini, odayı sık sık havalandırdıklarını ve ilaç kullandıklarını, iştahsızlık yaşayan hastalar kendilerini yemek yemek için zorladıklarını, kilo kaybı yaşayan hastalar öğün sayısını artırdıklarını ve yutma güçlüğü yaşayan hastalar yumuşak kıvamlı gıdalar tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum hastaların ameliyat sonrası dönemde karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik etkili bir taburculuk planlamasına, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı, bulantı ve yorgunluk şiddeti değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular özellikle ağrı ve yorgunluğun taburculuk sonrası 6. haftaya kadar azalarak devam ettiğini göstermektedir (Çizelge 4.12.). Bu durum hastaların süregelen ağrı ve yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, ameliyat sonrası dönemde hastalara akciğer kapasitesini etkin bir şekilde kullanma, günlük yaşam aktivitelerinin uygun şekilde düzenleme, yeni yaşam düzenine uyum sağlama, hasta memnuniyetini artırma ve hastaneye plansız tekrarlı yatışların önüne geçme amacıyla eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulması önem taşımaktadır.

Akciğer rezeksiyonu ameliyatları oldukça büyük cerrahi prosedürlerdir. Rezeksiyon ameliyatı sonrası hastalar tıpkı kalp damar cerrahisinde olduğu gibi hem kaygı yaşamakta hem de birçok güçlükle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşadığı kaygı ve güçlükler ile baş etmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesinin ve hastaların ameliyat sonrası dönemde yakından takip edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların %38,9'u 66 – 75 yaş arasında, %61,1'i erkek ve %77,8'i evlidir. Hastaların %38,9'u fazla kiloludur. Yine hastaların %56,7'si ilköğretim ve altı bir eğitim düzeyine sahip olmakla birlikte %48,9'u çalışmakta ve %15,6'sı aktif olarak sigara kullanmaktadır (Bkz. Çizelge 4.1).
- Araştırmaya katılan hastaların %84,4'ünün eşlik eden en az bir kronik hastalığı bulunmakla birlikte bu hastaların %65,8'i hipertansiyon hastasıdır. Hastaların en sık kullandığı ilaç grubunun %74,0 ile kalp damar sistemi ilaçları olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %78,9'unun daha önceden ameliyat deneyimi bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 4.2).
- Araştırmaya katılan hastaların %52,2'sinin sağ akciğerde kitle, %44,4'ünün sol akciğerde kitle, %2,2'sinin bronşektazi ve %1,1'inin kist hidatik nedeniyle akciğer rezeksiyonu ameliyatı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %47,8'ine lobektomi ve %53,3'üne VATS uygulanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası serviste yatış süresi ortalama $6,15 \pm 1,75$ (min=4, maks=14) gündür (Bkz. Çizelge 4.2).
- Araştırmaya katılan hastaların %41,1'inin metastatik akciğer kanseri olduğu ve bu hastalarda akciğer kanserinin %7,8 oranla meme kanserinden köken aldığı belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3).
- Hastaların AÖKÖ puan ortalaması $24,91 \pm 4,30$ 'dur. DKÖ puan ortalaması ise ameliyat öncesi dönemde; $43,37 \pm 8,77$, ameliyat sonrası 1. günde; $46,66 \pm 6,89$, taburculuk sırasında; $33,57 \pm 4,45$ ve taburculuk sonrası 6. haftada; $28,26 \pm 4,08$ olarak belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4).
- Hastaların DKÖ puan ortalamalarının ameliyat sonrası 1. günde artış gösterirken taburculuk sırası ve taburculuk sonrası 6. haftada azalış gösterdiği belirlenmiştir. DKÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.5).
- AÖKÖ ile DKÖ arasında ameliyat öncesi dönemde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.6).

- Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, BKİ, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalığı bulunma durumu, ilaç kullanma durumu, ameliyat olma durumu, akciğerdeki kitlenin türü ve ameliyat teknikleri arasında *Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puanı* bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken ($p>0.05$), medeni durum ve eğitim durumları arasında *Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puanı* bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.7).
- Araştırmaya katılan hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre; yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara içme durumu, alkol kullanma durumuna göre gruplar arasında *Durumluk Kaygı Ölçeği puanı* açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, medeni durumları ve gelir düzeylerine göre gruplar arasında *Durumluk Kaygı Ölçeği puanı* açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Grup içi zamana göre değerlendirildiğinde *Durumluk Kaygı Ölçeği puanının* zamanla azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). (Çizelge 4.8).
- Araştırmaya katılan hastaların bazı ameliyat ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre; kronik hastalığı bulunma durumu, ilaç kullanma durumu, ameliyat olma durumu ve ameliyat tekniği grupları arasında *durumluk kaygı ölçeği puanı* açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, *akciğerdeki kitle türleri* arasında *Durumluk Kaygı Ölçeği puanı* açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Grup içi zamana göre değerlendirildiğinde *Durumluk Kaygı Ölçeği puanının* zamanla azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9).
- Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası birinci gün günlük yaşama düzeylerinin yüksek olup taburculuk sırası ve taburculuk sonrası 6. haftada günlük yaşama düzeylerinin azalma gösterdiği belirlenmiştir. Hastaların zamana göre günlük yaşama düzeylerinin azalma göstermesi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olarak kabul edilmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.10).
- Araştırmaya katılan hastaların izlemlere göre yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde; ameliyat sonrası 1. günde hastaların tamamının (%100) ameliyat bölgesinde ağrı ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Hastaların tüm zaman dilimlerinde sıklıkla karşı karşıya kaldığı güçlüklerin; balgam, çarpıntı, karında şişlik, yatak içinde hareket etmekte zorlanma, oturup kalkmakta zorlanma, yorgunluk hissetme, tek başına giyinip soyunmakta zorlanma, tek başına banyo yapmakta

zorlanma, geceleri sık uyanma, gündüzleri uyuklama, ilaçlarını önerilen zamana uygun alamama, yara bakımında zorlanma, hobilere ayrılan zamanda kısıtlama, yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hissetme, kontrol zamanı ve sıklığını bilememe olduğu görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün karşı karşıya kaldığı güçlüklerin; idrar yaparken yanma, öğünlerini hazırlamakta zorlanma, ev işlerini yapmakta zorlanma ve alışveriş yapmakta zorlanma olduğu, ameliyat sonrası 1. gün, taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası 1. haftada karşı karşıya kaldığı güçlüklerin iştahsızlık ve hareket ederken dengeyi sağlayamama olduğu, taburculuk sonrası 3. hafta ve 6. haftada karşı karşıya kaldığı güçlüklerin ise kilo kaybı olduğu görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.11).

- Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün orta ve yüksek şiddette ağrı, düşük şiddette bulantı, orta ve yüksek şiddette yorgunluk deneyimlediği belirlenmiştir. Hastaların taburculuk sonrası 3. ve 6. haftada bulantıya ilişkin sorun yaşamadıkları dikkati çekerken ağrı ve yorgunluk şiddetinin taburculuk sonrası 6. haftaya kadar azalarak devam ettiği belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.12).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kliniğe kabulünden itibaren kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve izlenmesi,
- Hastalara ve yakınlarına kaygıyla baş etme stratejileri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri güçlükler ve erken taburculuk sonrası bu güçlükleri belirlemek için hasta izlemi ve danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların yaşadıkları güçlüklerin hasta eğitimlerinde kapsamlı bir şekilde ele alınması ve eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği daha geniş örnekleme sahip çok merkezli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, E. Z., ve Fındık, Ü. (2021). Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların hastalık algısına etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 197-206.
- Ahmad, A. M. (2018). Essentials of physiotherapy after thoracic surgery: What physiotherapists need to know. A narrative review. *The Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 51(5), 293.
- Akbari, M., and Şenol Celik, S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research*, 20(4), 442-449.
- Akdoğan, N. (2019). *Göğüs tüpü çıkarılmasında soğuk uygulamanın ağrı düzeyine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 7-8.
- Akıncı, N. (2022). Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyetesi ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(2).
- Aksoy, Y. (2019). *Tamamlayıcı pnömonektomilerde morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler nelerdir? Tamamlayıcı pnömonektomi uygulanan hastaların erken ve uzun dönem sonuçları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 4-5.
- Aksu, N. T. (2023). *Torakotomi sonrası Qigong egzersiz eğitiminin omuz ve solunum fonksiyonu üzerine etkileri*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 4-8.
- Aksu, N. T., ve Erdoğan, A. (2017). Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 4(2), 35-42.
- Akyolcu, N., ve Seyhan Ak, E. (2021). Solunum sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakım. G. Aksoy, N. Kanan ve N. Akyolcu (Editörler), *Cerrahi Hemşireliği II*. Üçüncü baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 42-52.
- Alkın, T., ve Onur, E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. E. Köroğlu ve C. Güleç. (Editörler) *Psikiyatri Temel Kitabı*. İkinci baskı. Ankara. HYB Basım Yayın, 296-303.
- Andersen, K. S., Skoffer, B., Oestergaard, L. G., Van Tulder, M., and Petersen, A. K. (2017). The effects of respiratory physiotherapy after lung resection: Protocol for a systematic review. *International journal of surgery protocols*, 4, 1-5.
- Antonoff, M.B., Ragalie, W., Correa, A.M., Spicer, J.D., Sepesi, B., Roth, J.A., Walsh, G.L., Hofstetter, W.L., Swisher, S.G., Rice, D.C., Vaporciyan, A.A., and Mehran, R.J. (2016). Results of postdischarge nursing telephone assessments: persistent symptoms common among pulmonary resection patients. *The Annals of Thoracic Surgery*. 102(1), 276-81.

- Ardò, N. P., Loizzi, D., Panariti, S., Piccinin, I., and Sollitto, F. (2018). Enhanced recovery pathways in thoracic surgery from Italian VATS group: nursing care program. *Journal of thoracic disease*, 10, 529–534.
- Attias, S., Boker, L.K., Arnon, Z., Ben-Arye, E., Bar'am, A., Sroka, G., Matter, I., Somri, M., and Schiff, E. (2016). Effectiveness of integrating individualized and generic complementary medicine treatments with standard care versus standard care alone for reducing preoperative anxiety. *Journal of clinical anesthesia*, 29, 54-64.
- Aydoğdu, Ö., and Dal Yılmaz, Ü. (2020). Patient's Experiences and Difficulties at Home Following Day Surgery, *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 12(1), 1-9.
- Aykent, R., Kocamanoğlu, İ.S., Üstün, E., Tür, A., and Şahinoğlu, H. (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 5 (1), 7-13.
- Babacan, B. (2014). *Göğüs cerrahi yoğun bakım ünitesinde görülen erken dönem postoperatif hemşirelik tanıları*. 10. Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu ve 6. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Kongresinde sunuldu, İstanbul, 18-20.
- Balta, C. (2020). Göğüs Cerrahisinde Kullanılan Kesiler. C. Balta ve M. Kuzucuoğlu (Editörler). *Göğüs Cerrahisi Stajyer Kitabı*. Birinci baskı. İstanbul: Akademisyen Kitabevi, 111–121.
- Batchelor, T.J., Rasburn, N.J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R.J., Gonzalez, M., and Slinger, P.D. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91-115.
- Bauman, M., and Handley, C. (2018). Best Practices: Chest Tube Management. *American Nurse*, 4-5.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Berg, K., Årestedt, K., and Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1630-1638.
- Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M., and Årestedt, K. (2012). Ameliyat sonrası iyileşme ve günlük cerrahi hastalarında sağlık ile ilgili yaşam kalitesiyle ilişkisi. *BMC Nursing*, 11, 1-10.
- Biçersoy, G. (2015). *Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 23.
- Bilgin, M. (2013). Pnömonektomi. İ. Ökten ve H. Ş. Kavukçu. (Editörler). *Göğüs Cerrahisi*. İkinci baskı. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hizmetleri, 389-395.
- Bilik Ö. (2017). Klinikten eve uzanan yolculuk: Ameliyat olan hastaların evde bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 114-127.

- Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (Çev. F. Erdemir), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (Eserin orijinali 1983'te yayımlandı), 675-752.
- Cebeci, F., and Şenol Çelik, S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce post discharge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 412-20.
- Cengiz, H., ve Saatçi, E. (2024). Solunum sistemi hastalıkları açısından koruyucu hekimlik. Sarı, O. (editör). *Birinci Basamakta Koruyucu Hekimlik*. Birinci baskı. Türkiye Klinikleri, 44-48.
- Chen-Yoshikawa, T. F., Fukui, T., Nakamura, S., Ito, T., Kadomatsu, Y., Tsubouchi, H., Ueno, H., Sugiyama, T., Goto, M., Mori, S., Ozeki, N., Hakiri, S., and Kawaguchi, K. (2020). Current trends in thoracic surgery. *Nagoya Journal of Medical Science*, 82(2), 161.
- Cimilli, C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4, 182-186.
- Çam, O., ve Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. (Birinci baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitap Evi, 277-278,
- Çelik, S. (2006). Mekanik ventilasyonda hasta bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 19-25.
- Çelik, S. (2014). Hemodinamik izlem. Y. Sayın, (Editör). *Erişkin yoğun bakım hastalarında temel sorunlar ve hemşirelik bakımı*, İkinci Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 25-49.
- Çevik Aydın, F. (2000). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 40-52.
- Çolak, M. A. (2015). *Üst lobektomiler sonrasında inferior pulmoner ligamentin diseksiyonun apikal ölü boşluğun obliterasyonundaki yeri; retrospektif çalışma*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, 9-12.
- Dal, Ü., Bulut, H., ve Güler Demir, S. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Demir, B. (2021). Göğüs Cerrahisi sonrası erken ve geç dönem bakım. S. Sarıtaş, S. Bülbüloğlu, G. Kapıkıran, (Editörler). *Kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları, cerrahisi ve bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 78-90.
- Demmy, T.L., James, T.A., Swanson, S.J., McKenna, Jr. R.J., and D'Amico, T.A. (2005). Troubleshooting video-assisted thoracic surgery lobectomy. *The Annals of Thoracic Surgery*, 79(5), 1744-52.
- Dinç, B., Titiz, T.A., ve Keskin, H. (2018). Lobektomi olgularında uyguladığımız tek akciğer ventilasyonunun değerlendirilmesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 4(2), 130-6.

- Dinçer, A., ve Kurşun Ş. (2019). Yaşlı bireylerin cerrahi girişim sonrası evde yaşadıklarının sorunların belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 518-523.
- Direk, F., and Şenol Çelik, S. (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Turkish journal of thoracic and cardiovascular surgery* 20(3), 530-5.
- Doğan, T., Yıldırım Çetinkaya, M. ve Yılmaz, Ş. (2024). Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Çalışma, *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 2, 1-15.
- Doğru, M. V., Sezen, C. B., Aker, C., Girgin, O., Kilimci, U., Erduhan, S., and Metin, M. (2021). Evaluation of factors affecting morbidity and mortality in pneumonectomy patients. *Acta Chirurgica Belgica*, 121(5), 301-307.
- Duman, E.A. (2016). *Açık kalp cerrahisi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 18-19.
- Durai, R., Hoque, H., and Davies, T. W. (2010). Managing a chest tube and drainage system. *AORN Journal*, 91(2), 275-283.
- Dursun, P. (2016). On the nature of boredom. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 6(2), 209-220.
- Dübüş, T. (2005). *Akciğer kanseri cerrahisi sonrası uzun dönem yaşam kalitesi, solunumsal ve fonksiyonel kapasite ölçümleri*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 12-15.
- Eisner, M., Blanc, P.D., Yelin, E.H., Katz, P.P., Sanchez, G., Iribarren, C., and Omachi, T.A. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 65(3), 229-234.
- Emir, H. (2023). *Göğüs tüpü çıkarma işlemi öncesi uygulanan solunum egzersizinin yaşam bulguları ve ağrı düzeyine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu, 13-14.
- Emre, Ö., ve Tuna, A. (2020). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1), 44-53.
- Erden, S., ve Şenol Çelik, S. (2013). Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 11-24.
- Erdil, F., ve Elbaş, N. Ö. (2016). Solunum sisteminin cerrahi hastalıkları ve hemşireliği. N.Ö., Elbaş (editör). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği* (7.baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 249-293.
- Ergin, M., Yeğinsu, A., ve Gürlek, K. (2010). Göğüs tüpü takılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(2), 115-121.

- Ertan, G. (2022). *Lomber disk herni ameliyatı olacak hastalarda kaygı, algılanan stres ve COVID-19 korkusunun ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisinin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 13-16.
- Etienne, H., Pagès, P. B., Iquille, J., Falcoz, P. E., Brouchet, L., Berthet, J. P., and Mordant, P. (2024). Impact of surgical approach on 90-day mortality after lung resection for nonsmall cell lung cancer in high-risk operable patients. *ERJ Open Research*, 10(1).
- Fındık, Ü., ve Yıldızeli Topçu, S. (2012). Cerrahi girişime alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33.
- Fredericks, S., and DaSilva, M. (2010). An examination of the postdischarge recovery experience of patients who have had heart surgery. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(4), 281-291.
- Gallagher, R., McKinley, S., and Dracup, K. (2004). Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care*, 17(4), 160-5.
- Gill, E., Huda, S. U. and Khan, F. U. (2023). Post-discharge problems in cardiac surgery patients. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 6(6), 168-79.
- Goldstraw, P., Ball, D., Jett, J. R., Le Chevalier, T., Lim, E., Nicholson, A. G., and Shepherd, F. A. (2011). Non-small-cell lung cancer. *The Lancet*, 378(9804), 1727-1740.
- Gonzalez-Rivas, D., Yang, Y., and Calvin, N. G. 2016. Advances in uniportal video-assisted thoracoscopic surgery: pushing the envelope. *Thoracic Surgery Clinics*, 26 (2), 187–201.
- Grogan, E. L., and Jones, D. R. (2008). VATS lobectomy is better than open thoracotomy: what is the evidence for short-term outcomes?. *Thoracic surgery clinics* 18(3), 249–258.
- Grondell, J., Holleran, C., Mintz, E., and Wiesel, O. (2018). Postoperative bedside critical care of thoracic surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 27(4), 328-333.
- Guerrero, W. G., and Gonzales-Rivas, D. (2017). Multiportal video-assisted thoracic surgery, uniportal video-assisted thoracic surgery and minimally invasive open chest surgery selection criteria. *Journal of Visualized Surgery*, 3.
- Gülyüz, Ö. C. (2021). Kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları. S. Sarıtaş, S. Bülbüloğlu ve G. Kapıkıran (Editörler). *Solunum sistemi sorunları ve cerrahisi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 130-136.
- Gürel, S. (2018). *Lobektomi ve pnömonektomi olacak hastalarda ölüm kaygısı*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 53-54.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 125-142.

- Gürler Balta, M., Karaman, S., Karaman, T., Tapar, H., Dogru, S., and Suren, M. (2022). The effect of preoperative anxiety and depression on postoperative recovery quality. *Medicine Science*, 11, 1227-1233.
- Harris, R. C., Khan, M. S., Martin, L. J., Allen, V., Moore, D. A., Fielding, K., Grandjean, L. and LSHTM MDR-TB Surgery Systematic Review Group. (2016). The effect of surgery on the outcome of treatment for multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 16, 1-15.
- Hartwig, M. G., and D'Amico, T. A. (2010). Thoracoscopic lobectomy: the gold standard for early-stage lung cancer? *The Annals of thoracic surgery*, 89(6), S2098-S2101.
- Hatipoğlu, M. (2019). *Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde pnömonektomi ve bronşial sleeve lobektomi olgularının karşılaştırılması ve sağkalım analizi*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 17-21.
- Hennington, M.H., and Ulicny, K.S., (1994). Detterbeck, F.C. Vertical muscle sparing thoracotomy. *Annals Thoracic Surgery*, 57, 759-761.
- Hinkle, J.L. and Cheever, K.M. (2018). Gas Exchange and Respiratory Function. Sharma, S. K. and Madhavi, S. (Editors) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. New Delhi: Wolters Kluwer Ltd., 303-305.
- Hofmann, H.S. (2015). VATS - technique and indications. *Chirurgia*, 86(7), 711-21.
- Icard, P., Heyndrickx, M., Galateau-Sallé, F., Rosat, P., Le-rochais, J. P., Gervais, R., Zalcmann, G., and Hanouz, J. L. (2013). Does bilobectomy offer satisfactory long-term survival outcome for non-small cell lung cancer? *The Annals of Thoracic Surgery*, 95(5), 1726-33.
- İnternet: Özkan, M. (2014). *Turkish Thoracic Society Preoperative Evaluation Consensus Report*. Web: <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/2152> adresinden 25 Eylül 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Web: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> adresinden 19 Eylül 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Web: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> adresinden 14 Ağustos 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Web: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=15&group_populations=0&multiple_populations=1&types=0 adresinden 26 Ağustos 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Web: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1> adresinden 12 Eylül 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Web: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 31 Ağustos 2024'te alınmıştır.
- Johnson, K. (2000). Use of telephone follow-up for post-cardiac surgery patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 16(3), 144-50.

- Ju, X., Feng, J., Yang, J., Ge, L., and Liu, X. (2023). Factors influencing the preoperative anxiety in lung cancer patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery: The role of information needs, illness perception and patient trust. *Journal of Psychosomatic Research*, 172, 111374.
- Kapdağlı, M.H. (2014). *Küçük hücreli dışı primer akciğer kanserinde komplet rezeksiyon uygulanan pnömonektomi ve bronşiyal sleeve lobektomi olgularının karşılaştırmalı analizi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 20-22.
- Kaplan, T. (2023). *Lobektomi uygulanan hastalarda aktif solunum teknikleri döngüsünün göğüs tüpü kalış süresine etkisinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 48.
- Karaca, E. (2024). *Cerrahi hastalarının anksiyete ve korku düzeyleri ile hemşireye güvenleri arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu, 14-18.
- Karadağ Arlı, Ş. (2017). Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 38-47.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N., ve Tepe, A. (2010). Gününbirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(3), 38-48.
- Karahan, E., Çelik, S., ve Zaman, F. (2020). Ertelenen cerrahi girişimlerin nedenleri ve hasta anksiyete düzeyine etkisi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 123-129.
- Karancı, A., and Dirik, G. (2003). Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-9.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yılmaz, T.T., ve Öngel, K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 22-26.
- Kaya, S., Sain Güven, G., Teleş, M., Korku, C., Aydan, S., Kar, A., Kartal, N., Koca, G.Ş., and Yıldız, A. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*, 26, 295-301.
- Kıraner, E. (2018). Yoğun bakımda akciğer rezeksiyonu sonrası hasta bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2), 88-103.
- Kim, A.W., Faber, L.P., Warren, W.H., Shah, N.D., Basu, S., and Liptay, M.J. (2010). Bilobectomy for non-small cell lung cancer: a search for clinical factors that may affect perioperative morbidity and long-term survival. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 139, 606-11.
- Kirby, T.J., and Fell, S.C. (2005). Pneumonectomy and its modifications. T.W. Shields and J. LoCicero (Eds.) *General Thoracic Surgery*. 6th edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 470–85.

- Kodama, K., Higashiyama, M., Okami, J., Tokunaga, T., Imamura, F., Nakayama, T., Inoue, A., and Kuriyama, K. (2016). Oncologic outcomes of segmentectomy versus lobectomy for clinical t1a n0 m0 non-small cell lung cancer. *Annals of Thoracic Surgery*, 101(2), 504-11.
- Kokulu, S. (2011). Torakotomi Sonrası Analjezi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 68-69.
- Kol, E., Alpar Ecevit, Ş., and Erdoğan A. (2013). Preoperative education and use of analgesic before onset of pain routinely for post-thoracotomy pain control can reduce pain effect and total amount of analgesics administered postoperatively. *Pain Management Nursing*, 14 (1), 29-35.
- Korkmaz, F.D., Yeşilyaprak, T., and Sofu, F.A. (2023). Thoracic surgery and nursing care. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), 141-148.
- Lackey, A., and Donington, J.S. (2013). Surgical management of lung cancer. *Seminars in Interventional Radiology*, 30(2), 133-140.
- Lapum, J., Angus, J.E., Peter, E., and Watt-Watson, J. (2011). Patients' discharge experiences: returning home after open-heart surgery. *Heart & Lung*. 40(3), 226-35.
- Li, X. R., Zhang, W. H., Williams, J. P., Li, T., Yuan, J. H., Du, Y., Liu, J. D., Wu, Z., Xiao, Z. Y., Zhang, R., Liu, G. K., Zheng, G. R., Zhang, D. Y., Ma, H., Guo, Q.L., and An, J. X. (2021). A multicenter survey of perioperative anxiety in China: Pre-and postoperative associations. *Journal of psychosomatic research*, 147, 110528.
- Liu, C., Liao, H., Guo, C., Pu, Q., Mei, J. and Liu, L. (2020). Single-direction thoracoscopic basal segmentectomy. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 160(6), 1586-1594.
- Maloney, J., Wie, C., Pew, S., Covington, S., Maita, M., Kozinn, R., Sabin, M., Freeman, J., Kraus, M., and Strand, N. (2022). Post-thoracotomy pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 26(9), 677-681.
- Mangiameli, G., Cioffi, U., and Testori, A. (2022). Lung Cancer Treatment: From Tradition to Innovation. *Frontiers in Oncology*, 12 , 858242.
- Manji, R.A., Arora, R.C., Singal, R.K., Hiebert, B.M., and Menkis, A.H. (2017). Early rehospitalization after prolonged intensive care unit stay post cardiac surgery: Outcomes and modifiable risk factors. *Journal of the American Heart Association*, 1-12.
- Martin, J., Ginsberg, R. J., Abolhoda, A., Bains, M. S., Downey, R. J., Korst, R. J., Weigel, T.L., Kris, M. G., Venkatraman, E.S. and Rusch, V. W. (2001). Morbidity and mortality after neoadjuvant therapy for lung cancer: the risks of right pneumonectomy. *The Annals of Thoracic Surgery*, 72(4), 1149-54.
- McKenna, R. (2010). Video-Assisted Thoracoscopic Surgery. M. Lewis, R. McKenna, G. E. Chaux, and J. A. Falk (Eds.). *Medical Management of the Thoracic Surgery Patient*. First edition, Elsevier, 78-85.

- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., and Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1602-1609.
- Menevşe, Ş. (2022). *Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastalara uygulanan duygusal özgürleşme tekniğinin cerrahi korku ve kaygıya etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 45-52.
- Mercan, M. H., Gürpınar, A., Şengün, A. ve Doğruyol, H. (2011). Lobektomi Deneyimlerimiz. *Güncel Pediatri*, 9(1), 90-93.
- Muthukrishnan, A., Tayyib, N. A., Alsolami, F. J., Ramaiah, P., and Lathamangeswaric, C. (2023). Anxiety and quality of life outcomes after coronary artery bypass graft surgery-A prospective cohort study. *Current Problems in Cardiology*, 48(2), 101474.
- Nadir, A., ve Şahin. E. (2010). Hemotoraks, pnömotoraks ve şilotoraks. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(1), 39-44.
- Nakazawa, S., Shimizu, K., Mogi, A., and Kuwano, H. (2018). VATS segmentectomy: past, present, and future. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 66, 81-90.
- Navarro-García, M.A., Marín-Fernández, B., de Carlos-Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordoñez-Ortigosa, E., Prieto-Guembe, P., Sorbet-Amóstegui, M.R., Induráin-Fernández, S., Elizondo-Sotro, A., Irigoyen-Aristorena, M.I., and García-Aizpún, Y. (2011). Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64, 1005-10.
- Okyar, P., Şen Tepe, Ç., ve Durat, G. (2022). Ameliyat Öncesinde Yaşanan Kaygının Uyku Kalitesine Etkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(2), 112-121.
- Olgun, N., Aslan, E.F., ve Çil, A. (2010). Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (eds.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1.Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 345- 373.
- Oshvandi, K., Pakrad, F., Saleh, R. M., Rabiei, M. A. S., and Shams, A. (2020). Post-operative symptoms and complications in patients having undergone coronary artery bypass graft in Hamadan: A descriptive cross-sectional study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(4).
- Oudejans, R. R. D., and Pijpers, J. R. (2010). Training with mild anxiety may prevent choking under higher levels of anxiety. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 44-50.
- Öğüt, S. (2018). *Açık kalp ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları ağrı şiddeti, ağrının özellikleri ve ağrıyı etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 31-35.
- Öner, N., ve Le Compte, A. (1983). *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1-26.

- Ören, B. (2018). Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 324-332.
- Ören, B., Kaymak, I., ve Bozkurt, G. (2015). Göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakım ihtiyaçlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 55-61.
- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 3. Baskı, Ankara: Mattek Matbacılık, 130-148.
- Özalevli, S. (2015). Toraks cerrahisinde postoperatif pulmoner rehabilitasyon. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 6, 16-25.
- Özbayır, T. (2010). Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Birinci Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 309-344.
- Özgür, Y., and Ulukol, Z. N. (2022). Evaluation of Risk Factors for Cardiac Complications After Lung Resection. *Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences*, 5(1), 43-53.
- Öztürk, M. (2007). *Standart posterolateral torakotomiyle serratus anterior kasını koruyucu torakotominin çok değişkenli karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri, 4-5.
- Özyürek, H., ve Göktaş, S. (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 83-92.
- Parry, M., Watt-Watson, J., Hodnett, E., Tranmer, J., Dennis, C.L., and Brooks, D. (2010). Pain experiences of men and women after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3).
- Pedoto, A., and Heerdt, P.M. (2009). Postoperative care after pulmonary resection: postanesthesia care unit versus intensive care unit. *Current Opinion In Anaesthesiology*, 22, 50-55.
- Peer, M., Stav, D., Cyjon, A., Sandbank, J., Vasserman, M., Haitov, Z., Sasson, L., Schreiber, L., Ezri, T., Priel, I. and Hayat, H. (2015). Morbidity and mortality after major pulmonary resections in patients with locally advanced stage IIIA non-small cell lung carcinoma who underwent induction therapy. *Heart, Lung and Circulation*, 24(1), 69-76.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Palleschi, M. T., Burns, J., Bednarski, D., and Garretson, B. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurses Journal*, 33, 281-291.
- Prado-Olivares, J., and Chover-Sierra, E. (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Diseases*, 7(2), 46.

- Pricopi, C., Mordant, P., Rivera, C., Arame, A., Foucault, C., Dujon, A., Barthes, F. P. And Riquet, M. (2015). Postoperative morbidity and mortality after pneumonectomy: a 30-year experience of 2064 consecutive patients. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 20(3), 316-321.
- Rathnayake, A., and Hardikar, A. (2024). Nutritional Scoring Tools and Predictors of Short-Term and Long-Term Survival of Major Lung Resections in the Elderly—A 10-Year Retrospective Analysis. *Heart, Lung and Circulation*, 33, 7-8.
- Raza, A., and Alzetani, A. (2017). Principles of posterolateral thoracotomy and pneumonectomy. *Surgery (Oxford)*, 35(5), 274-280.
- Rhodes, A., Moreno, R.P., Metnitz, B., Hochrieser, H., Bauer, P., and Metnitz, P. (2011). Epidemiology and outcome following post-surgical admission to critical care. *Intensive Care Medicine*, 37, 1466-1472.
- Roungeris, L., Devadze, G., Talliou, C., and Griva, P. (2024). Prediction of Postoperative Complications after Major Lung Resection: A Literature Review. *Anesthesia Research*, 1(2), 146-156.
- Salami, M.A., Sanusi, A.A., and Adegboye, V.O. (2018) Current indications and outcome of pulmonary resections for tuberculosis complications in Ibadan, Nigeria. *Medical Principles and Practice*, 27(1), 80-85.
- Samancılar, Ö., Akçam, T.İ., Kaya, Ş., Akçay, O., Ceylan, K.C., Sevinç, S., and Ünsal, Ş. (2016). Bilobectomy in non-small cell lung carcinoma: an analysis of indications and outcome with a review of the literature. *Current Thoracic Surgery*, 1(1), 6-11.
- Saqib, M. (2016). Risk factors for thoracic surgery. *Anaesth Pain & Intensive Care*, 20(1), 77-80.
- Sawatzky, J., Christie, S., and Singal, R.K. (2013). Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 69(9), 2076-87.
- Sayın, Y.Y. (2021). Solunum sistemi cerrahisinde bakım. M. Karadağ, H. Bulut (Editörler). *Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği* İkinci Baskı, Vize Yayıncılık, Ankara, 596-627.
- Serin, E. (2021). Solunum sistemi hastalıklarında yoğun bakım yönetimi. Sarıtaş, S., Bülbüloğlu, S., Kapıkıran, G (Editörler). *Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakım*. Birinci baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 336-350.
- Sertbaş, G., ve Bahar, A. (2004). Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 5, 39-44.
- Sezen, C. B., Bilen, S., Kalafat, C. E., Cansever, L., Sonmezoglu, Y., Kilimci, U., ve Kocaturk, C. I. (2019). Unexpected conversion to thoracotomy during thoracoscopic lobectomy: a single-center analysis. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 67, 969-975.

- Sihoe, A. D. (2014). The evolution of minimally invasive thoracic surgery: implications for the practice of uniportal thoracoscopic surgery. *Journal of Thoracic Disease*, 604.
- Singhal, S., Shrager, J.B., and Kaiser, L.R. (2005). Multimodality Therapy for Non-Small-Cell Lung Cancer. Shields, T.W., LoCicero, III J, Ponn, Rb, Rusch, VW, (eds.), *General Thoracic Surgery*. 6th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, USA, 1653-79.
- Siopi, V., Valasiou, I., Papageorgiou, E., Veliki, N., Tzinevi, M., Th, R., Gogakos, A.S., Paliouras, D., Asteriou, Ch., Anisoglou, S., and Barbetakis, N. (2015). Nursing care plan in post-thoracotomy pain management. A brief review. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*, 13, 71-81.
- Smith, A., Kisiel, M., and Radford, M. (2016). *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. 1st edition, Oxford: Oxford University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., and Lushene, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stirling, L., Raab, G., Alder, E.M., and Robertson, F. (2007). Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: Feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 494–501.
- Subeh, M.M., Salami, I., and Saleh, M.Y.N. (2014). Most frequent and severe symptoms and learning needs among CABG patients. *International Journal of Nursing*, 1 (2), 167-182.
- Suhonen, R. A., Iivonen, M. K., and Välimäki, M. A. (2007) Day-case surgery patients' health-related quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 121–129.
- Sun, V. and Fong, Y. (2017). Minimally invasive cancer surgery: indications and outcomes. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 23-36.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şanlıtürk, D. (2021). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım. Sarıtaş, S., Bülbüloğlu, S., Kapıkıran, G (Editörler) *Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakım*. Birinci Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 52-60.
- Şengül İnan, M. (2022). Anatomik rezeksiyonlar. Gözübüyük A., (editör). *Torasik Girişimler ve Tedavi Yöntemleri*. Birinci Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri, 42-46.
- Taylor, M., Hashmi, S. F., Martin, G. P., Shackcloth, M., Shah, R., Booton, R., and Grant, S. W. (2021). A systematic review of risk prediction models for perioperative mortality after thoracic surgery. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 32(3), 333-342.
- Tezel, Ç., ve Kolbaş, İ. (2019). Göğüs Hastalıkları. Mirici, A., Babaoğlu, E., Mutlu, P. (Editörler). *Erken Evre Akciğer Kanseri Yaklaşımı: Cerrahi Bakış Açısı*. İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi, 85-88.

- Thomas, P. A., Falcoz, P. E., Bernard, A., Le Pimpec-Barthes, F., Jougon, J., Brouchet, L., Massard, G., Dahan, M. and Wurtz, A. (2016). Bilobectomy for lung cancer: contemporary national early morbidity and mortality outcomes. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 49(2), 38-43.
- Tokat, A. O., ve Özdemir, N. (2004). Rezeksiyon Sonrası Bronkoplevral Fistül Gelişimi ve Tedavi Yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(1), 103-110.
- Tufan, A., ve Rızalar, S. (2021). Göğüs cerrahisinde hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 449-462.
- Türk, M.Ş. (2022). *Cerrahi olarak tedavi edilen erken evre akciğer kanserlerinde VATS ve torakotominin inflamatuvar parametreler üzerine etkisinin araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 29-32.
- Ursavaş, A., Ege, E., Yüksel, E. G., Atabey, M., Coşkun, F., Yıldız, F., ve Özyardımcı, N. (2006). Solunumsal yoğun bakım ünitesinde mortaliteyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(1), 43-48.
- Uzunok, S. (2022). *Perkütan koroner girişim yapılan bireylerde taburculuk eğitimi sonrası telefonla izlemin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Üçvet, A., Kul, C., Ceylan, K. C., Yuncu, G., Sevinç, S., Tözüm, H., Gürsoy, S., Yaldız, S. ve Başok, O. (2008). Pnömonektomi: Endikasyon ve sonuçları. *Journal Agent*, 10(1), 19-23
- Whitson, B. A., and D'Cunha, J. (2011, March). The thoracic surgical intensivist: the best critical care doctor for our thoracic surgical patients. In *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(1), 12-13.
- Winckelmans, T., Decaluwé, H., De Leyn, P., and Van Raemdonck, D. (2020). Segmentectomy or lobectomy for early-stage non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 57(6), 1051-1060.
- Wong, M., Sit, A., and Au, T. (2018). Minimally invasive thoracic surgery: beyond surgical access. *Journal of Thoracic Disease*, 1884.
- Xin, Z., Tu, K., Wu, H., Li, C., and Zhong, J. (2022). Perioperative nursing care for patients with lung cancer undergoing total pneumonectomy. *Journal of Cancer Therapy*, 13(4), 234-241.
- Yakşı, O., ve Kılıçgün A. (2022). Torakotomi Çeşitleri. Gözübüyük A. (editör). *Toraksik Girişimler ve Tedavi Yöntemleri*. Birinci Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 39-41.
- Yaman, Ö., and Aygin, D. (2022). Relationship Between Patients' Anxiety Levels Before Open Heart Surgery With Postoperative Symptoms. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 251-261.

- Yamansavcı, E.Ş., Gürsoy, S., ve Üçvet, A. (2013). *Göğüs cerrahisi hastalarında erken postoperatif dönemde yoğun bakım yönetimi*. 10. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, 50.
- Yang, C. F. J., Shah, S. A., Lin, B. K., VanDusen, K. W., Chan, D. Y., Tan, W. D., Ranney, D. N., Cox, M. L., D'Amico, T. A., and Berry, M. F. (2019). Right-sided versus left-sided pneumonectomy after induction therapy for non-small cell lung cancer. *The Annals of Thoracic Surgery*, 107(4), 1074-1081.
- Yavuz, D. (2019). *Kroner Arter Bypass Greft ve Kalp Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 28-30.
- Yazgan, S., ve Şirzai, E. Y. (2024). Bronşektazi yönetiminde cerrahinin rolü ve akciğer transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 17(2), 95-99.
- Yazkan, R. (2013). Göğüs cerrahisinde postoperatif komplikasyonlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 1(4), 114-127
- Yeğinsu, A. (2008). Akciğer rezeksiyonlarında elle yapılan bronş kapama teknikleri. *Turkish Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 16(2), 133-139.
- Yekeler, E., Karaarslan, K., Yazıcıoğlu, A., Kaya, S. and Karaoğluoğlu, N. (2013). Lobectomy for pulmonary hydatid cyst. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43(6), 1024-1029.
- Yeşilbaş, B. (2023). *Akciğer rezeksiyonu sonrası hastaların anksiyete, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2-10.
- Yıldız, T., Malak, A., Baltacı Göktaş, S., and Özen, Y. (2015). Effect of Patient Education on Patient Anxiety Level Using "Scale of Patient Education Requirements" in Open Heart Surgery. *Koşuyolu Heart Journal*, 18, 500-511.
- Yılmaz, M., ve Çifçi, E. S. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar*, 18, 183-189.
- Zisis, C., Tsirgogianni, K., Lazaridis, G., Lampaki, S., Baka, S., Mpoukovinas, I., Karavasilis, V., Kioumis, I., Pitsiou, G., Katsikogiannis, N., Tsakiridis, K., Rapti, A., Trakada, G., Karapantzou, I., Karapantzou, C., Zissimopoulos, A., Zarogoulidis, K., and Zarogoulidis, P. (2015). Chest drainage systems in use. *Annals of Translational Medicine*, 3(3), 43-52.

EKLER

EK-1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU**Anket No:****Tarih:**/...../.....

Sayın katılımcı,

Bu soru formu, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nursena KARAOĞLAN tarafından “Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi” amacıyla uygulanmaktadır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olmakla birlikte bu veriler çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkürlerimi sunuyorum.

A.İLETİŞİM BİLGİLERİ**- Hastanın;**

1. Dosya Numarası:

2. Ev Telefonu: 3. Cep Telefonu:

- Ulaşılabilecek Bir Yakınının;

4. Yakınlık Derecesi: 5. Cep Telefonu:

B. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

6. Yaşı:

7. Cinsiyet: Kadın [] Erkek []

8. Boyu: cm 9. Kilosu: kg 10. Beden Kitle İndeksi:

11. Medeni Durumu: Evli [] Bekar []

12. Eğitim Durumu: Okuryazar Değil [] İlkokul [] Ortaokul [] Lise [] Lisans []

Lisansüstü []

13. Çalışma Durumu: Evet [] Mesleği;

Hayır []

14. Sosyal Güvencesi: Var [] Yok []

15. Yaşadığı Yer: İl [] İlçe []

16. Gelir Düzeyi: Geliri Giderden Az [] Geliri Gidere Denk [] Geliri Giderden Fazla []

17. Birlikte Yaşadığı Kişiler: Var [] Açıklayınız:

Yok []

EK-1. (devam) Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

18. Bakımınızdan sorumlu/yardımcı birisi var mı? Var [] Açıklayınız:

Yok []

19. Sigara İçme Durumu: Evet []; Süresi: yıl Miktarı: paket/gün

Hayır []

Bırakmış []

20. Alkol Kullanma Durumu: Evet []; Süresi: yıl Miktarı: kadeh/gün

Hayır []

Bırakmış []

C. HASTALIK VE AMELİYAT İLE İLGİLİ BİLGİLER

21. Kronik Hastalığı Bulunma Durumu: Var []; Hipertansiyon [] Diyabet [] KOAH []

Kalp Yetmezliği [] Böbrek Yetmezliği [] Hiperlipidemi [] Diğer [];

Yok []

22. İlaç Kullanma Durumu: Evet []

Hayır [] (Cevabınız hayır ise 23. Soruya geçiniz)

23. Sürekli kullandığınız ilaçların adını, dozunu ve kullanma zamanını yazınız.

İLACIN ADI	DOZU	KULLANMA ZAMANI

24. Daha Önce Ameliyat Olma Durumu: Var [];

Yok []

25. Ameliyat Olma Nedeni: Sistemik Hastalıklar Nedeniyle []

Kanser Öyküsü Nedeniyle []

26. Hastanın Tanısı:

27. Hastaneye Yatış Tarihi: 28. Taburculuk Tarihi:

29. Ameliyat Türü:

30. Ameliyat Tarihi: 31. Ameliyat Tekniği: Açık Torakotomi [] VATS []

32. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Yatış Süresi:

EK-1. (devam) Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

D.PRİMER KANSERE İLİŞKİN BİLGİLER

33. Metastatik Akciğer Kanseri Olma Durumu: Evet []

Hayır [] *(Cevabınız hayır ise formu sonlandırınız)*

34. Primer Kanseri Türü:

35. Primer Tanıdan Sonra Geçen Süre: 0-6 ay [] 6 ay-1yıl [] 1-3 yıl [] 3 yıl ve üzeri []

36. Primer Kanseri Evresini Bilme Durumu: Evet []

Hayır [] *(Cevabınız hayır ise 38. soruya geçiniz)*

37. Primer Kanseri Evresini Tanımlama Şekli: Erken Evre [] Geç Evre []

38. Primer Kanser Yönelik Tedavi Olma Durumu: Evet [];

Hayır []

EK-2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

Ölçek No:

Tarih:

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatle okuyup, ne kadar katıldığınızı belirtin.

1 = Hiç katılmıyorum**2 = Katılmıyorum****3 = Kararsızım****4 = Katılıyorum****5 = Tamamen Katılıyorum**

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ölüm düşüncesi sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

EK-3. Durumluk Kaygı Ölçeği

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ**Ölçek No:****Tarih:**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

AKCİĞER REZEKSİYONU AMELİYATI OLAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN SORU FORMU

Form No:

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacak ve kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Bu form araştırmacı tarafından ameliyattan 1 gün sonra ve taburculuk esnasında yüz yüze görüşme yolu ile taburculuk sonrası dönemde ise 1.hafta, 3.hafta ve 6.haftada telefonla izlem yolu ile uygulanacaktır. Soruları içtenlikle ve eksiksiz cevaplayarak bilimsel gelişime katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz. Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da ek bilgiye gereksinim duyduğunuzda lütfen iletişime geçiniz.

Nursena KARAOĞLAN / Tel. No: / e-posta: hem.nursenakaraoglan@gmail.com

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ.	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?		
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA					
AĞRIYA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Ameliyat bölgesinde ağrı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır	
	Diğer bölgelerde ağrı (baş, boyun, omuz vb.)	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır	
	Yaşadığınız ağrı şiddetini 0 ile 10 puan arasında değerlendir- meniz gerekirse kaç puan ve- rirsiniz?														
	Yukarıda belirtilen ağrıya iliş- kin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendir- meniz gerekirse kaç puan ve- rirsiniz?														

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA										
SOLUNUMA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Nefes darlığı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Boğaz ağrısı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Ses kısıklığı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Öksürük	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Balgam	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen solunuma ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmez gerekirse kaç puan verirsiniz?													
DOLAŞIMA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Çarpıntı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Ritim bozukluğu	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Bacaklarda ödem	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Bacak damarlarında pıhtı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen dolaşıma ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmez gerekirse kaç puan verirsiniz?													

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA										
BESLENME VE METABOLİK DURUMA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Bulantı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yaşadığınız bulantı şiddetini 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?												0: BULANTIM YOK 10: DAYANILMAZ BULANTIM VAR	
	Kusma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	İştahsızlık	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Kilo kaybı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yutma güçlüğü	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yeterli sıvı alamama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
SİNDİRİME İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Yukarıda belirtilen beslenme ve metabolik duruma ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
	İshal	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Kabızlık	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Karında şişlik	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA										
	Yukarıda belirtilen sindirime ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
BOŞALTIMA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Az miktarda idrar yapma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Çok miktarda idrar yapma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Sık idrara çıkma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	İdrar yaparken yanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen boşaltıma ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
SINIR SİSTEMİNE İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Anlama güçlüğü	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Konuşma güçlüğü	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Hatırlama güçlüğü	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Odaklanma güçlüğü	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	El ve ayaklarda uyuşma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Hareket ederken dengeyi sağlayamama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	Evet		Hayır	
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen sinir sisteme ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
HAREKET VE AKTİVİTEYE İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Yatak içinde hareket etmekte zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Oturup kalkmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yürümekte zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Merdiven inmekte ve çıkmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	İki kilografa kadar olan ağır eşyaları kaldıramama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarı uzanamama (Örneğin; mutfak dolabından bardak almak için uzanamama)	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yorgunluk hissetme	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yaşadığınız yorgunluk şiddetini 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?	0: YORGUN HİSSETMİYORUM 10: ÇOK YORGUN VE TÜKENMİŞ HİSSEDİYORUM												
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1. HAFTA	3. HAFTA	6. HAFTA										
	Yukarıda belirtilen hareket ve aktiviteye ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
KİŞİSEL HİYEN VE GİYİME İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Tuvaleti kullanmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Tek başına giyinip soyunmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Tek başına banyo yapmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Saç taramakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	El yüz yıkamakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Tırnaklarını kesmekte zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen kişisel hijyen ve giyime ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
	Uykuya dalmakta güçlük	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Uyku süresinde azalma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Uyku süresinde artma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA										
UYKU VE DİNLENMEYE İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Geceleri sık uyanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Gündüz uyuklama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen uyku ve dinlenmeye ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Kendi kendine yemek yemek-te zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Öğünlerini hazırlamakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Ev işlerini yapmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Alışveriş yapmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Telefon kullanmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Araba kullanmakta zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen günlük yaşam aktivitelerine ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendir-													

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	meniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
						1.HAFTA		3.HAFTA		6.HAFTA				
İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	İlaçlarını almakta bir başkası-na bağımlı olma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	İlaçlarını önerilen zamana uy-gun alamama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	İlaçlarını önerilen doza uygun alamama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen ilaç kullanı-mına ilişkin yaşadığınız güç-lükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
YARA YERİNE İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Şişlik	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Akıntı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Kızarıklık	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Kanama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Sıcaklık artışı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Dikişlerin açılması	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yara bakımında zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		Var	Yok	Var	Yok	1.HAFTA		3.HAFTA		6.HAFTA				Evet
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok			Evet
	Yukarıda belirtilen yara yerine ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirerseniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
ÇALIŞMA VE SOSYAL HAYATA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Ameliyat nedeniyle çalışmaya ara verme	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Çalışma süresinde azalma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Gelir durumunda değişiklik yaşama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Maddi sorun yaşama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Hobilere ayrılan zamanda kısıtlama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Aile içi rollerini yerine getirmekte zorlanma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Sosyal temas kurmakta isteksiz olma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen çalışma ve sosyal hayata ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendirerseniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													

EK-4. (devam) Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu

	YAŞANABİLECEK GÜÇLÜKLER	AMELİYAT SONRASI 1. GÜN		TABURCULUK SIRASINDA		TABURCULUK SONRASI						SORUNA YÖNELİK GİRİŞİMİNİZİ AÇIKLAYINIZ	GİRİŞİMİNİZ SORUNU ÇÖZMEDE ETKİLİ OLDU MU?	
		1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA	1.HAFTA	3.HAFTA	6.HAFTA				
BEDEN İMAJINA İLİŞKİN GÜÇLÜKLER	Yara yerinin varlığı nedeniyle rahatsızlık hissetme	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yara yerini gizleme isteği duyma	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Ameliyat sonrası kıyafet seçimi- minde değişiklik	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda beden imajına ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değerlendir- meniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													
DİĞER GÜÇLÜKLER	Soru sormak istediği zaman hekim ya da hemşireye ulaşamama	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Kontrol zamanı ve sıklığını bilememe	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Diğer	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		Evet	Hayır
	Yukarıda belirtilen sorunlara ilişkin yaşadığınız güçlükleri 0 ile 10 puan arasında değer- lendirmeniz gerekirse kaç puan verirsiniz?													

EK-5. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.08.2023-E.711496



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-711496
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

02.08.2023

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Nursena KARAOĞLAN'ın, Prof. Dr. Hülya BULUT'un** danışmanlığında yürüttüğü *"Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **11.07.2023** tarih ve **13** 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 rica ederim.

Araştırma Kod No: 2023 - 917

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSDFEM78N2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi : gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No :202 38 81



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Komisyon Onayı

Evraf Tarih ve Sayısı: 02.08.2023-E.7/11496	GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ
---	---

TOPLANTI TARİHİ : 11.07.2023		TOPLANTI SAYISI : 13	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.			
Prof. Dr. C. Haluk BODUR			
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN			
Prof. Dr. Cevriye TEMEL GENCER			
Prof. Dr. İlkay ULUTAŞ			
Prof. Dr. Kemalettin DENİZ			
Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof. Dr. İlyas OKUR			
Prof. Dr. Nihan KAFA			
Doç. Dr. Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç. Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç. Dr. Elvan İNCE AKA			

EK-6. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.08.2023-E.720060



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

Sayı : E-42000842-199-726560
 Konu : Nursena KARAOĞLAN
 (Uygulama İzni)

21.08.2023

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 03.08.2023 tarihli ve 14574941-605.01- 715692 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden, Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Nursena KARAOĞLAN'ın Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Göğüs Cerrahisi Servisi'nde 1 Eylül 2023- 1 Nisan 2024 tarihleri arasında yürütülmesi tarafımızca uygun görülmüştür. Bölümden alınan cevabi yazı ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI
Başhekim

Ek:1 sayfa

Belge Doğrulama Kodu :BSUFR81613

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

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
 KEP Adresi :gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL
 Hemşire
 Telefon No:2024085



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. (devam) Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.08.2023-E.728860



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri**

Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-54173018-605.01-725460
Konu : Nursena KARAOĞLAN

18.08.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 16.08.2023 tarihli ve 42000842-605.01- 723832 sayılı yazı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Nursena KARAOĞLAN'ın Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Göğüs Cerrahisi Servisi'nde 1 Eylül 2023- 1 Nisan 2024 tarihleri arasında uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İsmail Cüneyt KURUL
Anabilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSCFR39NVZ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>



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@hs01.kep.tr

Bilgi için :Goncagül Şahin
Birim Evrak Sorumlusu



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Ölçek İzinleri

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x

✕ 🖨️ 📧

Nursena Karaoğlu <

25 Kas 2022 16:50

☆ 😊 ↩️ ⋮

Alıcı:

Sayın Gülay Dirik; Sayın Nuray Karancı;

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaktayım.

Akciğer Rezeksiyonu Yapılan Hastaların Kaygı Düzeylerinin ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi üzerine tez çalışması yapmayı planlıyorum. Çalışmamda "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği"ni kullanmak istiyor, izninizi rica ediyorum.

Görüş ve önerileriniz için şimdiden teşekkür ederim, saygılarımla...

📧 28 Kas 2022 10:05 ☆ 😊 ↩️ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Karaoglan,

"Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği"ni kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makaleyi gönderiyorum. İyi çalışmalar

25 Kasım 2022 16:50, "Nursena Karaoğlu" yazdı:

yazdı:

...

2 ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ

📎 📧



Nursena Karaoğlu

27 May 2023 16:55

☆ 😊 ↩️ ⋮

Alıcı:

Sayın Gülay Dirik; Sayın Nuray Karancı;

Prof. Dr. Hülya Bulut danışmanlığında yürütmekte olduğum "Akciğer Rezeksiyonu Yapılan Hastaların Kaygı Düzeylerinin ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" isimli tez çalışmasının başlığında değişikliğe gidilerek "Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" şeklinde yeni bir başlık belirlenmiştir. Araştırmanın içeriğinde herhangi bir değişiklik yapılmamış olup yalnızca tez çalışmasının başlığı yenilenmiştir.

Sizin için de uygunsa çalışmamda "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği"ni kullanmaya devam etmek istiyor, yeniden izninizi rica ediyorum.

Görüş ve önerileriniz için şimdiden teşekkür ederim, saygılarımla...

27 May 2023 19:54 ★ 😊 ↩️ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Karaoglan,

Çalışmanızda "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği"ni kaynak göstererek kullanmanızda bir sakınca yoktur. İyi çalışmalar

Nuray Karancı

28 May 2023 16:12

★ 😊 ↩️ ⋮

Alıcı: ben, gulay.dirik ▾

Merhaba,

Çöğü çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

Nuray Karancı

Prof. A. Nuray Karancı

Clinical Psychology

TOBB ETU

Department of Psychology

EK-8. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2
25.01.2022T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 02.08.2023 tarih / E-77082166-302.08.01-711496 sayı ile izin alınan ve Prof. Dr. Hülya BULUT ve Nursena KARAOĞLAN tarafından yürütülen "Akciğer Rezeksiyonu Ameliyatı Yapılan Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" 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 izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmacının Amacı	Bu araştırma akciğer rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastaların kaygı düzeyleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır.
Araştırmacının Yöntemi	Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Göğüs Cerrahisi Kliniğinde akciğer rezeksiyonu ameliyatı sonrası izlenen hastalar üzerinde yapılacaktır. Bu araştırmada sizin ameliyat sonrası kaygı düzeylerinizi ve yaşadığınız güçlükleri belirlemeyi planlıyoruz. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeniz halinde Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu siz katılımcılara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yüz yüze görüşme yöntemi ile ve taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. haftalarda telefonla görüşme yöntemi ile uygulanacaktır. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile kaygı deneyiminize yönelik sorular, Ameliyat Sonrası Güçlüklerin Belirlenmesine İlişkin Soru Formu ile yaşadığınız güçlüklerle yönelik sorular sorulacaktır. Veri toplama formlarının cevaplama süresi yaklaşık 20 dakika sürecektir.
Araştırmacının Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	21 Ağustos 2023 – 21 Haziran 2024
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	90
Araştırmacının Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniği
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde akademik 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 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)

EK-8. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2
25.01.2022

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır)

Adı ve Soyadı	Prof. Dr. Hülya BULUT	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü - Ankara	10.06.2023

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		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARAOĞLAN KÖKSAL, Nursena
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi	2020
Lise	Fethiye Kemal Mumcu Anadolu Lisesi	2015

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2021-halen	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Yayınlanan Bildiriler

1. Karaoğlu, N., Güler, S., İrmak, B. (2022). *Total Larenjektomi Ameliyatı Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. 7.Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-25 Eylül 2022, Konya. (Poster Bildiri).
2. Karaoğlu, N., Güler, S., Opak Yücel, B. (2022). *Total Gastrektomi Ameliyatı Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-25 Eylül 2022, Konya. (Sözel Bildiri).
3. Karaoğlu, N., Bulut, H. (2022). *Akciğer Rezeksiyonu Yapılan Hastanın Kaygı Düzeyi ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. 2. Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, 15-17 Aralık 2022, Ankara. (Sözel Bildiri).

Hobiler

Dil öğrenmek, bisiklete binmek, dans etmek, yeni yemek tarifleri denemek.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..