

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BARİATRİK CERRAHİ UYGULANACAK HASTALARDA
CERRAHİ KORKU DÜZEYİNİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI, BULANTI-KUSMA VE UYKU KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Gamze ODABAŞI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Kasım 2021
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BARİATRİK CERRAHİ UYGULANACAK HASTALARDA
CERRAHİ KORKU DÜZEYİNİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI, BULANTI-KUSMA VE UYKU KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Gamze ODABAŞI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Özlem AŞCI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Kasım 2021
NEVŞEHİR**

İTHAF

Dünyaya bu sene gözlerini açan savaşçı yeğenim Umut Çınar ODABAŞI' na ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Danışmanım olduğu ilk günden itibaren, eğitim hayatımın her detayında titizlikle duran, yoğun iş temposuna rağmen gece gündüz demeden değerli vakitlerini benimle paylaşan, tez dışında dahi tüm konularda bana yardımcı olup ilgilenen, bana güven ve cesaret veren, engin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülden Küçükakça Çelik'e

Bugünlere gelmemde emeklerini asla ödeyemeyeceğim, tüm ahlaki ve insanî değerlerle beni yetiştiren, sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim her seferinde bana çocuğu için bir anne ve baba daha ne kadar fedakarlık yapabilir dedirten sevgili annem Hatice Odabaşı ve sevgili babam Sami Odabaşı'na teşekkür eder, sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Gamze ODABAŞI

Kasım 2021, NEVŞEHİR

BARİATRİK CERRAHİ UYGULANACAK HASTALARDA CERRAHİ KORKU DÜZEYİNİN AMELİYAT SONRASI AĞRI, BULANTI-KUSMA VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gamze ODABAŞI

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Kasım 2021

ÖZET

Bu araştırma, bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi cerrahi korkunun ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan araştırmanın evrenini; Ekim 2019 ve Haziran 2021 tarihleri arasında, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğine başvuran 109 bariatrik cerrahi hastası oluşturdu. Araştırma laporoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 105 hasta ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında; “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Cerrahi Korku Ölçeği”, “Vizuel Analog Skala”, “Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi” ve “Richard-Campbell Uyku Ölçeği” kullanıldı. Veriler, araştırmacı tarafından hasta dosyaları incelenerek ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırma verileri; tanımlayıcı istatistiksel metotlar ve Shapiro – Wilk testi, Mann Whitney –U testi, Spearman korelasyon analizi, Pearson korelasyon analizi ve adımsal çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Araştırmada hastaların preoperatif uzun dönem cerrahi korku düzeyleri ile 4. saat ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($r=.192, p=.049$). Ayrıca; kısa ve uzun dönem cerrahi korku ile birlikte hastaların cinsiyet ve medeni durumları, 4. saat ağrı şiddeti üzerinde etkili faktörlerdi. Ameliyat sonrası 12. saat ağrı şiddeti ile beden kitle indeksi, 24. saat ağrı şiddeti ile eşlik eden komorbiditeler arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Hastaların cerrahi korku düzeyleri ile bulantı kusma ve öğürme deneyimleri arasında ise anlamlı bir ilişki yoktu. Kronik hastalığı bulunan hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma ve öğürme semptom deneyimi daha fazlaydı. Ayrıca semptom sıkıntısı ve semptom oluşumu ile yaş faktörü arasında anlamlı

bir ilişki olduğu saptandı. Ameliyat öncesi kısa dönem cerrahi korku ile hastalarda eşlik eden komorbiteler, ameliyat sonrası uyku kalitesinin yordayıcıları arasındaydı. Bununla birlikte; hastaların ameliyat öncesi uyku kalitesinin iyi olması, ameliyat sonrası uyku kalitesinde artış ile ilişkiliydi ($p<0.05$). Çalışma sonuçları doğrultusunda; bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat öncesi dönem psikolojik hazırlığında, cerrahi korkuları ile birlikte hasta tanımlayıcı özelliklerinin de dikkate alınması ve ameliyat sonrasında ağrı, bulantı-kusma-öğürme semptomu ve uyku kalitesini değerlendirerek, gereksinime uygun hemşirelik bakımının sağlanması önerilir.

Anahtar kelimeler : Bariatrik cerrahi, cerrahi korku, ağrı, bulantı, kusma, uyku kalitesi
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Gül den KÜÇÜKAKÇA ÇELİK
Sayfa Adeti : 77

THE RELATION OF SURGICAL FEAR LEVEL WITH POSTOPERATIVE PAIN, NAUSEA-VOMITING AND SLEEP QUALITY IN PATIENTS SCHEDULED FOR BARIATRIC SURGERY

(M. Sc. Thesis)

Gamze ODABAŞI

**NEVSEHIR HACI BEKTAŞ VELI UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCES**

October 2021

ABSTRACT

The present study was conducted to determine the relations between preoperative fear of surgery and postoperative pain, nausea-vomiting, and sleep quality in patients who undergo bariatric surgery. The population of the study, which had a descriptive-correlational design, comprised 109 bariatric surgery patients admitted to the general surgery clinic of a training and research hospital between October 2019 and June 2021. The study was completed with 105 patients who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy. The “Patient Descriptive Characteristics Form”, “Surgical Fear Scale”, “Visual Analog Scale”, “Rhodes Nausea-Vomiting and Retching Index”, and “Richard-Campbell Sleep Scale” were used in the collection of the data. The study data were collected by the researcher by examining the patient files and using the face-to-face interview method and were evaluated using descriptive statistical methods and Shapiro-Wilk test, Mann Whitney-U test, Spearman Correlation Analysis, Pearson Correlation Analysis, and Stepwise Multiple Linear Regression Analysis. A statistically significant and positive correlation was detected between the patients’ preoperative long-term fear of surgery and mean 4th- hour pain score ($r=.192$, $p=.049$). Also, gender and marital status of the patients were effective factors on the 4th-hour pain intensity along with short- and long-term fear of surgery. It was found that there were significant relations between postoperative pain intensity at the 12th hour and Body Mass Index, and between the pain intensity at the 24th hour and comorbidities. No significant relations were detected between the patients’ fear of surgery and nausea-vomiting and retching experiences. Patients with chronic diseases had more post-operative nausea-vomiting and retching symptoms. It was also determined that there were significant relations between symptom distress, symptom formation, and the age factor. Preoperative short-term surgical fear and

comorbidities were among the predictors of postoperative sleep quality. However, the good preoperative sleep quality of patients was associated with increased postoperative sleep quality ($p<0.05$). In line with the results of the study, it is recommended to take into account the descriptive characteristics of patients along with fear of surgery, and to provide nursing care appropriate to their needs by evaluating postoperative pain, nausea-vomiting-retching symptoms, and sleep quality in the preoperative psychological preparation of patients who are scheduled to undergo bariatric surgery.

Keywords : Bariatric surgery, fear of surgery, pain, nausea, vomiting, sleep quality

Thesis Advisor : Assistant Professor **Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK**

Number of Page : 77

İÇİNDEKİLER

KABÜL VE ONAY	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bariatrik Cerrahi.....	5
2.2. Cerrahi Korku Kavramı.....	6
2.2.1. Cerrahi Korku Nedenleri ve Etkileyen Faktörler	7
2.2.2. Cerrahi Korkunun Hasta Üzerinde Etkileri	8
2.2.3. Cerrahi Korku ve Hemşirelik Bakımı.....	9
2.3. Ağrı Kavramı.....	9
2.3.1. Ameliyat Sonrası Ağrı Nedenleri ve Etkileyen Faktörler	10
2.3.2. Bariatrik Cerrahi ve Ağrı.....	11
2.4. Bulantı ve Kusma Kavramı	12
2.4.1. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma Risk Faktörleri	12
2.4.2. Bariatrik Cerrahi ve Bulantı- Kusma.....	13
2.5. Uyku Kalitesi Kavramı.....	14

2.5.1.	Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	15	
2.5.2.	Bariatrik Cerrahi ve Uyku Kalitesi.....	16	
2.6.	Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi Yönetiminde Hemşirenin Rolü	17	
3. BÖLÜM			
MATERYAL VE METOD			19
3.1.	Araştırmanın Tipi	19	
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19	
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19	
3.4.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19	
3.5.	Verilerin Toplanması.....	20	
3.5.1.	Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	20	
3.5.1.1.	Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	20	
3.5.1.2.	Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ).....	21	
3.5.1.3.	Vizuel Analog Skala (VAS).....	21	
3.5.1.4.	Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi (BKÖİ).....	21	
3.5.1.5.	Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)	22	
3.5.2.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	23	
3.6.	Araştırmanın Değişkenleri	24	
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	24	
3.8.	Araştırmanın Etik İlkeleri.....	24	
3.9.	Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....	25	
4. BÖLÜM			
BULGULAR.....			26
5. BÖLÜM			
TARTIŞMA			38

6. BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuçlar.....	47
6.2. Öneriler.....	48
KAYNAKLAR	49
EKLER	67
ÖZGEÇMİŞ	77



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi Alt Boyut Puan Hesaplamaları.....	22
Tablo 4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N= 105)	26
Tablo 4.2.	Hastaların Cerrahi Girişim ile İlgili Özellikleri	27
Tablo 4.3.	Hastaların Ameliyat Öncesi CKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	28
Tablo 4.4.	Hastaların Ameliyat Sonrası VAS Puan Ortalamaları	28
Tablo 4.5.	Hastaların Ameliyat Sonrası BKÖİ Puan Ortalamaları	28
Tablo 4.6.	Hastaların Ameliyat Sonrası RCUÖ Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.7.	Hastaların Tanıtıcı ve Cerrahi Girişim Özelliklerine göre CKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.8.	CKÖ ile VAS, BKÖİ ve RCUÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	31
Tablo 4.9.	CKÖ ve Hasta Özelliklerinin VAS Puan Ortalamaları ile İlişkisinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	32
Tablo 4.10.	CKÖ ve Hasta Özelliklerinin BKÖİ Puan Ortalamaları ile İlişkisinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	34
Tablo 4.11.	CKÖ ve Hasta Özelliklerinin RCUÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	36

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BKÖİ	: Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi
CKÖ	: Cerrahi Korku Ölçeği
CO₂	: Karbondioksit
Db	: Desibel
LAGB	: Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
LBPD/DS	: Laparoskopik Biliopankreatik Diversion/Duodenal Switch
LRYGB	: Laparoskopik Roux-en-y Gastrik Bypass
LSG	: Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
OUA	: Obstrüktif Uyku Apnesi
RCUÖ	: Richard-Campbell Uyku Ölçeği
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)
VAS	: Vizuel Analog Skala
VIF	: Variance Inflation Factor (Varyans Enflasyon Faktörü)

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Bariatri; obezitenin etiyojisi, önlenmesi ve tedavisi ile ilgilenen alan olarak bilinmektedir [1]. Obezitenin etiyojisinde; genetik yatkınlık, çevresel faktörler, sosyoekonomik ve psikolojik nedenler, sedanter yaşam ve hormonlar gibi etkenlerin olduğu belirtilmektedir [2,3]. Obezitenin standart birincil tedavisi diyet ve yaşam tarzı müdahalelerini içermektedir [4]. Diğer tedavi seçeneği ise kilo vermeyi amaçlayan ve birkaç prosedürden oluşan bariatrik cerrahi yöntemlerden oluşmaktadır [5].

Bariatrik cerrahi yöntemler, morbid obezite için önemli ve etkili bir tedavi seçeneğidir [6]. Kilo kaybında artış, obeziteye eşlik eden diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi endokrin ve kardiyovasküler hastalıkların prevalansı ve insidansındaki azalma, bariatrik cerrahi yöntemlerin tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır [7-10]. Ancak bariatrik cerrahi planlanan hastalarda, obeziteye sıklıkla diyabet, hipertansiyon ve solunum problemleri gibi ciddi sorunlar eşlik etmektedir. Bu nedenle bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi hazırlığı, diğer hasta gruplarından farklılık göstermektedir [4].

Bariatrik cerrahi hastalarının hazırlığında; ameliyat öncesi hasta komorbiditelerini, motivasyon faktörünü ve ameliyat sonrasındaki yönetimi içeren multidisipliner bir yaklaşım önerilmektedir. Bununla birlikte, ameliyat öncesi psikolojik ve/veya psikiyatrik değerlendirme, şiddetle tavsiye edilmektedir [6].

Cerrahi öncesi psikolojik değerlendirme, ameliyat sonrası prognozun daha iyi olması, hastanın tedaviye ilişkin memnuniyetinin sağlanması ve cerrahi sonuçları iyileştirmek amacıyla yapılmaktadır [11]. Cerrahi öncesi psikolojik riskleri değerlendirmenin, ameliyatın güvenliğini ve prognozunu etkileyebilecek olumsuz duyguların tanımlanmasında bir yol gösterici olabileceği bildirilmektedir [2].

Bariatrik cerrahide multidisipliner ekibin bir üyesi olan hemşirelerin; ameliyat öncesi dönemde, hastaların endişe ve korku gibi olumsuz duygularını tanımlanması ve diğer bakım ekibi üyeleri ile işbirliği içerisinde yönlendirmeler yapması, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları arasındadır [12]. Bariatrik cerrahi hastalarında, ameliyat öncesi

cerrahi korkunun değerlendirilmesi, hemşirelik bakımını geliştirmede hedefe yönelik müdahaleler için ilk adım olabilir.

Ameliyat öncesi cerrahi korku, cerrahi işlem geçirmeyi bekleyen birçok hastada gözlenebilecek duygusal bir reaksiyondur [13,14]. Ameliyat için bekleyen hastaların çoğunda görülen bu durumun normal olduğu kabul edilebilir. Ancak artan korku ve endişe seviyeleri, morbidite ve mortalitede artış, yara iyileşmesinde gecikme, hastanede uzun süre kalma ya da daha fazla anestezi alma ve ameliyat sonrası analjeziklerin daha fazla kullanımı gibi ameliyatla ilgili risk faktörlerinde artışa neden olabilir [13-15]. Bariatrik cerrahi hastalarında, yüksek obstrüktif uyku apnesi (OUA) prevalansı [16,17], cerrahi korkunun getirdiği bu risklerle birleştiğinde; artan analjezi ihtiyacı için opioidlerin kullanımı, bu hastalarda advers solunum olayları ile ilgili komplikasyonların gelişimine zemin hazırlayabileceği öngörülmektedir [18]. Ayrıca opioid kullanımı ameliyat sonrası bulantı ve kusma riskini artışa neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası bulantı kusma oranının %30- 50 arasında değiştiği belirtilmektedir [19]. Dolayısıyla, bariatrik hastalarda, opioid kullanımı ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasında ters ilişki olduğu görülmektedir [20].

Özellikle obez hastalarda yağ hücrelerinin, anestezi maddeler için rezervuar rol oynaması, bariatrik cerrahi sonrası bulantı kusmanın gelişmesinde rol alan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır [21]. Ayrıca anestetiklerin ameliyat sonrası bulantı kusma üzerinde etkili olduğu ve bulantı kusma görülme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir [22]. Apfel ve arkadaşlarının (2012) ameliyat sonrası bulantı kusmaya yönelik yaptıkları çalışmada; opioid kullanımının bulantı kusmaya neden olan önemli faktörlerden biri olduğunu belirlemiştir [23]. Ayrıca farklı çalışmalar da cerrahi anksiyete ve korkunun, artmış ameliyat sonrası ağrı düzeyleri gibi bozulmuş psikososyal ve fiziksel iyileşme ile ilişkili olabileceğini göstermiştir [14,24,25].

Bariatrik cerrahinin yaşamı değiştiren doğası ve bu hasta popülasyonundaki anksiyete bozukluklarının prevalansı göz önüne alındığında, cerrahi prosedür uygulanan hastalar, perioperatif deneyim sırasında yüksek düzeyde anksiyete ve korku yaşayabilirler [18]. Diğer duygusal problemlerin eşlik ettiği korku derecesindeki bu artış, hastaların uyku kalitelerini etkileyebilir. Çünkü korkunun, hüznün gibi duygusal tepkilerin uyku kalitesi üzerine negatif bir etki yarattığı bilinmektedir [25]. Yapılan çalışmalarda; cerrahi işlem

öncesi anksiyete ve korku yaşayan bireylerde uyku döngüsünün bozulduğunu göstermektedir [25-28]. Altunkaya ve Erdoğan'ın (2017) bariatrik cerrahi hastaları ile yapmış oldukları bir tez çalışmasında; melatonin seviyesindeki azalma ile morfin tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir [29]. Dolayısıyla bireyler cerrahi korku nedeniyle uyku-uyanıklık döngüsünü sürdürmede başarısız olurlarsa, ameliyat sonrası iyileşme süreci de olumsuz yönde etkilenmiş olacaktır [30].

Herhangi bir tedavi için hastaneye yatan hastanın yaşayabileceği her olumsuz durumun tedavi sürecine ve iyileşmeye olumsuz etki yaratacağı düşünülürse, hastanın bu süreçte yaşayacağı anksiyetenin ve korkunun farklı girişimlerle azaltılması, hastanın her anlamda güvenliğinin ve konforunun sağlanması hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır [31]. Bireyin tedavi, hastaneye yatış ve bakım kalitesi ile ilgili beklentileri, iyileşmesini etkileyebilecek önemli bir faktördür [32].

Bariatrik cerrahi ekibi, cerrahi süreçte hastaların yaşadığı bir dizi fiziksel ve psikolojik değişiklikten sorumludur. Bu hastalar için perioperatif bakımda çalışan multidisipliner ekip, olası komplikasyonları önlemeyi veya tedavi etmeyi, bariatrik cerrahi öncesi gerekli girişimleri planlama ve bunları ameliyat sonrası dönemde sürdürmeyi hedeflemektedir [33]. Multidisipliner ekibin bir üyesi olarak hemşire; bulantı-kusma, ağrı, anksiyete, korku, uykusuzluk gibi istenmeyen durumlara yönelik önlemler almalı, refahı artırıcı bakım gereksinimlerini belirlemelidir. Bu bağlamda; bariatrik hastalarda hemşirenin, cerrahi riskleri ve obezitenin klinik durumu ile ilişkili komorbiditeleri uygun bir şekilde tanımlayabilmesi ve gerekli girişimleri uygulayabilmesi beklenmektedir [33]. Ancak ilgili literatür incelendiğinde bariatrik cerrahide; hastanın psikolojik değerlendirmesi içerisinde cerrahi korkunun, ameliyat sonrası hasta konforunu etkileyen ağrı, bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisinin incelendiği hemşirelik araştırmalarına rastlanmamıştır.

Bu çalışma; bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda, ameliyat öncesi cerrahi korkunun ameliyat sonrası hasta konforunu etkileyebilecek olan ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bariatrik cerrahi hastalarında risk faktörlerinin, iyileştirmedeki potansiyel etkinliği göz önüne alındığında [33] bu yapılacak

değerlendirmelerin, bütüncül hasta bakımını sağlama ve hasta merkezli sonuçları iyileştirmede yol gösterici bir kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda, ameliyat öncesi cerrahi korku ile ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi arasında ilişki yoktur.

H₁: Bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda, ameliyat öncesi cerrahi korku ile ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi arasında ilişki vardır.



2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Bariatrik Cerrahi

Bariatrik cerrahi, kilo kaybı sağlamak için kullanılan çeşitli cerrahi prosedürleri ifade eder. Hacmi ve/veya emme kapasitesini azaltmak için gastrointestinal sistemin modifikasyonunu içerir. Bariatrik cerrahi, hastaların yaşam kalitesinin sağlanmasında, uzun vadeli etkisi olan bir tedavi seçeneğidir [34].

Bariatrik cerrahi tedavi seçenekleri; kısıtlayıcı, malabsorbif ve ikisinin kombine kullanıldığı hibrit yöntemleri içerir. Kısıtlayıcı yöntemler, mide kapasitesini önemli ölçüde azaltarak, kalori alımını sınırlandırıp kilo vermeyi hedefler. Malabsorbif yöntemler, ince bağırsak uzunluğunu büyük ölçüde kısaltarak besin malabsorbsiyonuna yol açar. Büyük oranda kilo kaybı sağlarken, makro ve mikro besin eksikliğine sebep olarak metabolik komplikasyon gelişme oranını artırır. Hibrit yöntemler ise hem kısıtlayıcı hem de malabsorbif cerrahi tekniklerin aynı anda uygulandığı yöntemlerdir. Hangi cerrahi yöntemin seçilmesi gerektiğinin kararı, obezite ile ilişkili komorbid hastalık varlığı, morbidite ve mortalite ile ilişkili risk faktörleri, hastanın genel sağlığı, fayda-zarar oranı göz önüne alınarak verilir [35-37]. Ayrıca bariatrik cerrahi yöntemlerinin uygulanabilmesi için hasta seçimi, rehberler doğrultusunda belirli uygulama endikasyonlarına göre yapılmaktadır. Bu endikasyonlar [38-40];

- ▶ BKİ (Beden Kitle İndeksi) ≥ 40 kg/m² olan,
- ▶ BKİ ≥ 35 kg/m² olan ve bir veya daha fazla obezite ile ilişkili komorbidite bulunan hastalar,
- ▶ BKİ 30- 34.9 kg/m² olan 18-65 yaş ve obeziteye bağlı hastalığı bulunan hastalar,
- ▶ BKİ ≥ 35 kg/m² ve kilo kaybı ile iyileştirilebilir bir veya daha fazla obeziteye bağlı ciddi hastalığı bulunan hastalar (Tip-2 diyabet, insülin direnci, prediyabet ve/veya metabolik sendromu olan yüksek riskli Tip-2 diyabetliler, iyi kontrol edilemeyen hipertansiyon, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı/alkolik olmayan steatohepatit, obstruktif uyku apnesi, diz ve kalça osteoartriti, idrar stres inkontinansı)

- ▶ Obezite hipoventilasyon sendromu ve Pickwickian sendromu (bu hastalıklarda operasyon riski ve faydası iyi değerlendirilmelidir), idiopatik intrakraniyal hipertansiyon, gastroözofajiyal reflü, ciddi venöz stazis hastalıklarında obeziteye bağlı hareketliliği kısıtlanan ve yaşam kalitesi azalan hastalar,
- ▶ BKİ 30- 34.9 kg/m² olan ve optimal yaşam şekli ve tıbbi tedavilere rağmen düzeltilemeyen glisemik kontrollü Tip-2 diyabetli veya metabolik sendromu bulunan hastalar,
- ▶ Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB), Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG), Laparoskopik Roux-en-y Gastrik Bypass (LRYGB), Laparoskopik Biliopankreatik Diversion/Duodenal Switch (LBPD/DS) veya diğer ilgili prosedürler; obezite ile ilişkili komplikasyonların düzeltilmesi gereken hastalarda, temel bariatrik ve metabolik cerrahi yöntemler olarak önerilir.

Bariatrik cerrahi; tedavi edilmemiş depresyon veya psikoz teşhisi konulmuş, yeme davranış bozukluğu olan, madde veya alkol bağımlılığı olan, ameliyat ve anestezi riski yüksek, koagülasyon bozukluğu ve ciddi kardiyovasküler rahatsızlığı olan, ameliyat sonrası yaşam boyu yeme içme alışkanlığını değiştiremeyecek hastalara önerilmemektedir [35].

Ulusal ve uluslararası bariatrik cerrahi rehberleri; hastanın ameliyat öncesi komorbidite durumu, motivasyonu ve ameliyat sonrası yönetiminin, multidisipliner bir ekip anlayışı ile yürütülmesi gerekliliğinin altını çizmektedir [38,40]. Bu ekipte önemli bir role sahip olan hemşirelerden, bariatrik cerrahi uygulanan hastaların bakımında özel hemşirelik uygulamalarını planlaması gerekmektedir [41,42].

2.2. Cerrahi Korku Kavramı

Korku; kişinin iyilik haline zarar verebilecek gerçek bir fiziksel tehdit veya tehlike düşüncesinin neden olduğu, kaygıdan kaynaklanan güçlü bir duygusal tepki olarak tanımlanır [13]. Kişiler, stres etkenini yüksek bir tehdit olarak algıladıklarında ve tehditle baş edemediklerinde korku yaşarlar [43]. Cerrahi korku ise; hastalık, anestezi, ameliyat veya bilinmezlik gibi nedenlerle hastaların hissettikleri sinirlilik, stres ve memnuniyetsizlik olarak kabul edilir [13]. Cerrahi korku, ameliyat kararının öğrenilmesi ile başlayıp, taburculuk sonrası dönemini de etkileyebilen ve ameliyat bekleyen birçok

hasta tarafından deneyimlenen duygusal bir durumdur [25,44]. Ameliyat öncesi dönemde cerrahi korku normal kabul edilen bir duygu olsa da, korku düzeyindeki artışın beraberinde getirdiği sorunlarla birlikte, bireysel ve toplumsal sosyo-ekonomik yük için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir [44,45].

2.2.1. Cerrahi Korku Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

Hastalar için önemli bir yaşam deneyimi olarak kabul edilen cerrahi prosedürlerde; ameliyat öncesi anksiyetenin ana kaynağı, hastaların deneyimlediği korkulardır [46]. Literatürde; ameliyat öncesi cerrahi prosedürün kendisine yönelik korkudan, ölüm korkusuna kadar değişen korku nesnesi ile birlikte, cerrahi korku prevelansını etkileyebilecek bazı faktörler de tanımlanmaktadır [44,46]. Cerrahi korkuya neden olan ve cerrahi korkuyu etkileyen bu faktörler; sosyodemografik faktörler, ameliyat öncesi ve sonrasına yönelik faktörler ve anestezi ile ilişkili faktörler olarak sıralanmaktadır [44,46-49].

Hastaların korku düzeyleri üzerinde genellikle; yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet faktörünün etkili olduğu bilinmektedir [50]. Yapılan çalışmalarda; kadınların erkeklere göre daha fazla korku deneyimine sahip olduğu [44,46-48], hatta korkunun kadınlarda erkeklerden beş kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir [49]. Bununla birlikte; 55 yaş altı ve eğitim düzeyi düşük bireylerin daha az korku düzeyine sahip olduğu bildirilmektedir [48]. 18-40 yaş arasında ameliyat olan hastalarda görülen korkuların nedenleri; ağrı, olası komplikasyonlar, bilinmeyenden korkma olarak tanımlanmakta [47], 40 yaşın üzerindeki hastaların korku nedeni %75 oranında anestezi ile ilişkilendirilmektedir [49]. Hastaların anesteziye yönelik korku nedenleri arasında ise; anestezi alma, anestezinin başarısız olması ve buna bağlı ameliyat esnasında uyanma, uygulanan cerrahi işlemi hissetme, anestezistin yeterli yetkinliğe sahip olmaması, ameliyat sırasında teknik hata korkusu ve ameliyat sonrası uyanamama yer almaktadır [46,47,49,51]. Ayrıca ilk kez ameliyat olacak hastaların, daha önce ameliyat deneyimi olan hastalara kıyasla, anestezinin etkisi ile özel konulardan bahsetme korkularının olduğu belirtilmektedir [46].

Ameliyat, bireyin hayatında beklenmedik ve belirsiz bir olay olduğu için bilinmeyen bir olayı temsil eder ve korku, endişe gibi duygular uyandırabilir. Hastalar, perioperatif yolculuklarıyla ilgili bu belirsizliği azaltmak için ameliyat öncesi bilgilendirilmek isterler. Bilgi beklentileri karşılanmadığında ise korku ve kaygı hissederler [52]. Ancak,

malign bir hastalık tanısı ile ameliyat olması gerekliliği gibi bir bilgilendirme de hastalarda ameliyat öncesi korku nedenleri arasındadır [47]. Bununla birlikte; cerrahi işlem, cerrahiye kadar geçen süre, cerrahi ile ilgili önceki deneyimler ve ameliyat öncesi açlık süresi de hasta korkuları üzerinde etkili olan, ameliyat öncesi döneme ilişkin faktörler olarak sıralanmaktadır [47,50]. Ameliyat sonrası döneme ilişkin en önemli korku faktörü ise ağrı beklentisi veya deneyimidir. Ameliyat sonrası yoğun bakım ortamına alınma, felç geçirme, enfeksiyon ve kanama gibi bir komplikasyonların gelişmesi, sakat kalma, bulantı-kusma, yara izi, başkalarına muhtaç olma ve hastalığın nüksetmesi, hastada korku duygusuna yol açan diğer nedenler arasında gösterilmektedir [46-50]. Hastada oluşan tüm bu korkular ise cerrahi operasyon sonucu üzerinde etkili, fizyolojik ve psikolojik strese neden olabilmektedir [47].

2.2.2. Cerrahi Korkunun Hasta Üzerinde Etkileri

Korku ve kaygı cerrahi deneyimin öngörülebilir bir parçası olmasına rağmen, bu duyguların yetersiz yönetiminin hasta üzerinde önemli etkileri olabilir [53]. Korku hissetmek, nöroendokrin tepkiyi aktive eder ve hem sempatik sinir sisteminde hem de hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninde bir tepkiye ve stres hormonlarının salınımında artışa neden olur [25]. Bu tepkinin sonuçları; yaşamı sürdürmek için kullanılan enerji depolarının mobilizasyonu, hipermetabolizma, kardiyovasküler sistemin aktivasyonu, hayati organlara giden kan hacminin artmasını, gastrointestinal sistem fonksiyonları ve salgısının azalması gibi bir dizi reaksiyonu içerir. Bunun yanı sıra düşünce sürecinde yavaşlama, sinirlilik, iştahsızlık, hızlı konuşma, huzursuzluk ve aşırı duyarlılık gibi psikolojik belirtilere de neden olabilir [54]. Görülen bu reaksiyonlar, ameliyat esnasında ve sonrasında bazı komplikasyonlara zemin hazırlayabilir [48,54].

Hastalarda cerrahi korku; ameliyat esnasında daha fazla anestetik madde ve ameliyat sonrası daha fazla analjezik kullanımı, cerrahi sonrası artan ağrı, bulantı-kusma, uyku kalitesinde bozulma, yara iyileşmesinde gecikme gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olabilir [25,44,51,52,55,56]. Bunun yanı sıra hastalar, operasyonun kendisinden ve kötü sonuçlarından korktukları için ameliyat olmayı erteleme davranışı gösterebilir [57]. Cerrahi korkunun tüm bu olumsuz etkileri ise hastaların yaşam kalitesinin azalması, hastanede kalış sürecinin uzaması ve sağlık bakım maliyetinde artış ile sonuçlanabilmektedir [55]. Bu nedenle; ameliyat öncesi dönemde, hastaların

cerrahi korkularının hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve yönetilmesi, uygulanan cerrahi girişimin hasta yararına sonuçlanmasında önemlidir.

2.2.3. Cerrahi Korku ve Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönemde hastalar; stres durumlarını tetikleyen ve beraberinde duygusal, fizyolojik ve bilişsel bozulmalara yol açan korkutucu bir gerçekle karşı karşıya kalmaktadır [58,59]. Ameliyat öncesi bu korkuların hasta üzerinde ciddi etkileri ve korkuları hafifletmenin potansiyel olarak sağladığı faydalar göz önüne alındığında korku, hemşireler tarafından yönetilmesi gereken güçlü bir duygusal tepkidir [52].

Hastalar sadece ameliyat olacaklarını bildikleri için değil, ameliyat sonrası dönemde ne olacağını bilmedikleri ve hastane ortamına yabancı oldukları için de korku duyarlar. Ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin hastalarla tanışması, cerrahi klinik ve ameliyathaneyi tanıtmaları, korkularını azaltabilir ve böylece hastalar tanıdık bir ortamda kendilerini daha güvende hissedebilir [60]. Bunun yanı sıra; hastaların duyu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilmeli, korkuları anlaşılmalıdır. Hastalara doğru zamanda açık ve yeterli açıklamalar ile bilgi verilmeli, cerrahi sürecin tüm aşamalarında, hastaların öz bakımına katılımı teşvik edilmelidir [54]. Ameliyat öncesi eğitimin amacı; hastalardaki korkuyu kontrol altına almak, kendisi ve yakınları ile daha iyi bir terapötik ilişki kurmak, öz kontrol ve öz bakım davranışlarını geliştirmek ve iletişim yoluyla cerrahi işlem hakkında bilgi vermek olmalıdır [59]. Ameliyat öncesi planlanan eğitim, hastalara duygusal destek sağlamayı da hedefleyen sözlü, yazılı veya görsel-işitsel bilgileri de içermelidir [61]. Ayrıca hastalarda korku duygusunun azaltılmasına yardımcı olan müzik terapi gibi nonfarmakolojik yöntemlerden de yararlanılmalıdır [62].

Her hastanın bireysel özellikleri, korku kaynaklarının ve korkuya verilen tepkilerin önemli ölçüde farklılık göstermesine neden olur. Bu doğrultuda; hastaların ameliyata özgü ve bireysel korku kaynakları ile birlikte korkuya verdikleri tepkiler öğrenilmeli, hemşirelik süreci hasta merkezli ve bütüncül bakım doğrultusunda uygulanmalıdır [59].

2.3. Ağrı Kavramı

Ağrı; vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olarak veya doku hasarı olmaksızın ortaya çıkan, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan öznel bir duyum ve duygu olarak tanımlanmaktadır [63]. Ağrı duyusu, olası hasar

karşısında vücudumuzu uyarır ve birçok hastalığın teşhisinde tanımlayıcı rol üstlenerek vücudumuzun önemli bir savunma mekanizmasını oluşturur [64].

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana bilinen ağrı [65]; sadece yaşayan birey tarafından tanımlanabilen öznel bir kavramdır [66,67]. Bu nedenle, hastanın sözel ve davranışsal tepkileri, ağrının değerlendirilmesinde önemli bir faktördür [66]. Ayrıca; ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından ‘beşinci yaşam bulgusu’ olarak kabul edilmektedir [68] ve etkili ağrı yönetiminin her hastanın hakkı olduğunun altı çizilmektedir [63].

2.3.1. Ameliyat Sonrası Ağrı Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

Her yıl dünya genelinde cerrahi operasyon geçiren milyonlarca insandan, yaklaşık dörtte üçünde akut ağrı gelişmektedir [69]. Ameliyat sonrası akut ağrı, cerrahi travma ile başlar, giderek azalır ve doku iyileşmesi ile sonlanır [67].

Karmaşık bir olgu olan ameliyat sonrası ağrı; fizyolojik, duygusal ve öznel bileşenleri olan bir hasta deneyimidir [70]. Ağrının nedenleri; hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı ve ameliyatın türü dahil olmak üzere birçok faktörü içermektedir [63,66-68,71,72]. Ameliyat sonrası ağrının, özellikle cerrahi kesi alanının daha geniş olduğu torakotomi ve üst batın cerrahisi gibi büyük cerrahi girişimlerden sonra daha şiddetli yaşandığı bilinmektedir [69]. Bu cerrahi girişimlerde hastaların daha uzun anestezi süresine sahip olması, ameliyat sonrası ağrı yoğunluğunda artış ile sonuçlanabilmektedir [73]. Ameliyat sırasında hastaya verilen pozisyon ve endotrakeal tüp, katater, dren gibi kullanılan tıbbi cihazların da ağrıya sebep olduğu bilinmektedir [71,74,75]. Ameliyat sonrası derin nefes alma-öksürme ve mobilizasyon gibi hareketlilik hali, yara yeri enfeksiyonu, yapılan sıkı pansumanlar ve hastanın kilolu olmasının kesi bölgesinde yarattığı gerginlik, ağrının şiddetini arttıran fizyolojik faktörler arasında yer almaktadır [69]. Ayrıca ameliyat sonrası ağrı; kanama, apse, paralitik ileus ve distansiyon gibi komplikasyonların habercisi de olabilmektedir [71,74,75].

Ameliyat öncesi hasta beklentileri; ameliyat sonrası akut ağrı deneyiminin psikolojik etkisine işaret eden, ameliyat sonrası analjezi ihtiyacı ile hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir [70]. Ameliyat sonrası ağrı beklentisine yönelik duyulan korku, anksiyete gibi psikolojik faktörlerin sebep olduğu gerginlik, hastalarda kas spazmına yol açarak ağrı şiddetini arttırabilmektedir [71,74,75]. Laparoskopik cerrahi

gibi orta düzeyde ağrılı prosedürlerde bile hastaların; anksiyete, ruh hali ve psikososyal hassasiyetlerinin, ameliyat sonrası deneyimlenen ağrı şiddetinin önemli bir göstergesi olduğu görülmektedir [65].

2.3.2. Bariatrik Cerrahi ve Ağrı

Gelişen teknoloji ile birlikte bariatrik cerrahi prosedürleri, laparoskopik yöntemle yapılmaktadır [76]. Laparoskopik cerrahinin daha küçük cilt kesileri, daha düşük postoperatif ağrı, daha az kan kaybı ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi açıkcerrahiye göre bazı avantajları vardır. Laparoskopik ameliyat geçiren hastalar, özellikle karın bölgesinde, sırtta ve omuzlarda ameliyat sonrası ağrı yaşarlar. Deneyimlenen ağrı üç kategoriye ayrılır [77]:

1. Peritonun çekilmesi veya periton inflamasyonu ile tetiklenen visseral ağrı,
2. Frenik sinir stimülasyonundan kaynaklanan omuz ağrısı,
3. Cerrahi insizyonun neden olduğu parietal ağrı

Laparoskopik cerrahiden sonra parietal ağrının toplam ağrının %50-70'ini, viseral ağrının %10-20'sini ve pnömoperitona bağlı ağrının %20-30'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir [78].

Laparoskopik cerrahide; karın ve omuz ağrıları, karında tutulan karbondioksit (CO₂) ile ilişkilidir. Gaz sıkışması; diyaframın direkt irritasyona, gerilmesine ve dolayısıyla ağrıya neden olur. Omuz ağrısının ise frenik sinirin gaz kaynaklı tahrişinden kaynaklandığına ve omuzda yansıyan ağrıya yol açtığı düşünülmektedir [79]. Ameliyattan sonraki akut inflamasyon, yüksek seviyelerde proinflamatuvar sitokinlerle ilişkilidir [80]. Bu sitokinler sadece nöronal aktivitede merkezi ve periferik hipersensitizasyona neden olmakla kalmaz, aynı zamanda beynin ruh halini etkileyen diğer tüm alanları ile etkileşime girebilir. Hastalarda önceden var olan psikolojik sorunlar olduğunda ise sitokinler ve monoaminler arasındaki bu karmaşık etkileşim, hastaların baş etme mekanizmalarının azalmasına yol açabilmektedir. Bu durum, ağrının hem “nosiseptif” hem de “duygusal” bileşenlerinde artış ile sonuçlanabilmektedir [70]. Ameliyat sonrası ağrı, özellikle pelvik veya viseral bölgelerden kaynaklandığında ve bu duruma hasta anksiyetesi eklendiğinde, bulantı-kusma gelişmesine neden olabilmektedir [81]. Ayrıca obeziteye eşlik eden komorbid hastalıkların kalıcı inflamasyona ve doku hasarına sebep olduğu bilinmektedir.

Bu oluşan hasarların bariatrik cerrahi geçiren bireylerde sinir sistemi nosiseptif işleminde değişikliklere yol açarak, deneyimlenen ağrının şiddetini arttırdığı belirtilmektedir [82]. Bununla birlikte; diğer laparoskopik yaklaşımlarda olduğu gibi ameliyattan sonraki ilk 24 saatte ağrı şiddeti hastalarda daha yüksek olup, ikinci-üçüncü günden sonra giderek azalma eğilimi göstermektedir [78].

2.4. Bulantı ve Kusma Kavramı

Bulantı; genellikle kusma dürtüsüne neden olan, zorlayıcı bir kas aktivitesi içermeyen kişiye rahatsızlık veren hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanır [83]. Kusma ise mide içindeki maddelerin, karın kaslarının kasılmasıyla zorlu bir biçimde ve refleks olarak özofagus yoluyla ağızdan dışarı atılmasıdır [74,84,85]. Kusma gelişmeden önce sıklıkla bulantı hissi öncülük eder veya birlikte gelişebilir. Ayrıca bireylerde, bulantı hissine; terleme, solukluk, tükürük salgısında artma, bradikardi, hipotansiyon ve iştahsızlık gibi semptomlar da eşlik edebilir [84].

Bulantı, kusma ve öğürme hissi; merkezi ve/veya periferik sinir sistemleri yoluyla çeşitli emetik uyaranlarla tetiklenebilen yaygın gastrointestinal şikayetler arasındadır [86]. Özellikle ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde görülen ve cerrahi hastaları tarafından en çok bildirilen sıkıntı ve memnuniyetsizlik nedenlerinden biri olarak bilinmektedir [87,88]. Hastaların hastanede kalış süresinin uzaması, daha fazla kaynak kullanımı, hastaneye plansız başvuruların ve ekonomik yükün artması gibi birçok sorunu beraberinde getirmektedir [88,89]. Ayrıca, genel anestezi sonrası hastaların yaklaşık %49'unda görülebilen, istenmeyen bir komplikasyon olarak da değerlendirilmektedir [90].

2.4.1. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma Risk Faktörleri

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, Kapur'un 1991'de büyük "küçük problem" olarak tanımlamasından bu yana büyük ilgi görmüş [91] ve ilişkili risk faktörleri, belli farklılıklarla kılavuzlarda yayınlanmıştır [87]. Bulantı-kusmaya neden olan bu risk faktörleri; hastaya özgü faktörler ve perioperatif faktörler olarak sıralanmıştır [83].

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansını artıran hastaya özgü faktörler arasında; cinsiyet, yaş, taşıt tutma deneyimi, sigara içme durumu, hastada mevcut olan çeşitli fizyopatolojik durumlar yer almaktadır [92-95]. Kadınların erkeklere kıyasla ameliyat sonrası bulantı-kusma deneyimleme olasılığı, hastaya özgü en güçlü tahmin edici risk

faktörü olarak tanımlanmaktadır. Özellikle 50 yaşın altındaki hastalarda, bulantı kusma insidansı daha sık görülmektedir. Ameliyattan önce taşıt tutma deneyimi olan hastalar cerrahi sonrası yüksek risk altındadır. Sigaranın kademeli olarak kemoreseptör tetikleyici bölgeyi duyarsızlaştırması nedeniyle sigara içmeyen hastaların, bulantı kusmaya daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra; karın patolojisi, diyabetes mellitus, hipotiroidizm, gebelik ve kafa içi basınç artışı öyküsü olan hastalarda riskin yüksek olduğu belirtilmektedir [83,87-89,91].

Ameliyat sonrası bulantı kusma riskini artıran değiştirilebilir perioperatif risk faktörleri arasında; anestezi ve cerrahinin türü, süresi, ameliyat sonrası ani hareket/pozisyon değişiklikleri ve ağrı yer almaktadır [83,92-95]. Anestezi ile ilgili risk faktörleri; uçucu anestezikler, nitröz oksit, intraoperatif ve postoperatif opioidlerin kullanımınıdır [83,87-89,91]. Genel anestezide, nazogastrik tüpün yerleştirilmesi faringeal veya vagal sinir uyarımını tetikleyerek bulantı kusmaya sebep olabilmektedir [92-95]. Cerrahi risk faktörleri açısından cerrahinin süresi önemlidir ve her 30 dakikalık cerrahi süre artışı bazal riski %60 oranında artırmaktadır [83-87]. Tüm ameliyat türleri incelendiğinde ise kolesistektomi, jinekolojik ve laparoskopik ameliyatlara daha fazla risk taşımaktadır [83,87-89,91-95].

2.4.2. Bariatrik Cerrahi ve Bulantı- Kusma

Bariatrik cerrahi prosedürler arasında yer alan laparoskopik sleeve gastrektomi, etkili ve komplikasyon oranı düşük bir yöntem olmasına rağmen, hastalarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma, yaygın bir sorun olmaya devam etmektedir [96]. Özellikle ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastaların %65'inde görülebilmekle birlikte riskfaktörlerinin sayısı arttıkça, bulantı kusma gelişme oranı da artış göstermektedir [49]. Bu oranın, ayılma ünitesinde %18 ile %98.7 arasında değiştiği belirtilmektedir [97].

Bariatrik cerrahide midenin horizontal rezeksiyonu, zimba ve sütür hattının mide dokusuna yaptığı baskı ve batın içerisi CO₂ ile şişirilerek uygulanan laparoskopik yöntemin karın içine yapmış olduğu basınç, ameliyat sonrası bulantı kusma görülme riskini artırmaktadır. [98-100]. Bariatrik cerrahi hastalarına; vücut ağırlıkları ve artan vücut yağ oranı nedeniyle, genellikle yüksek miktarlarda opioidler ve genel anesteziyi sürdürmek için uçucu anestetikler uygulanmaktadır [101]. Dolayısıyla ağrı yönetimi için başvurulmuş opioid ve ameliyat esnasında uygulanan anestetik maddeler, normal

beden kitle indeksine sahip hastalara kıyasla bariatrik cerrahi hastalarında daha çok bulantı kusmaya neden olan risk faktörlerini içermektedir [18,102]. Ayrıca bu hastalarda genellikle diyabet, karaciğer yağlanması, hipertansiyon gibi hastaya özgü risk faktörleri arasında yer alan komorbit durumların eşlik etmesi, sağlık profesyonellerinin ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansına karşı dikkatli olmasını gerektirir [96]. Çünkü ameliyat sonrası bulantı ve kusma; sadece hoş olmayan bir deneyim olmakla kalmaz, aynı zamanda çok sayıda komplikasyona neden olabilir [100]. Özellikle sıvı-elektrolit dengesizliklerine yol açan ameliyat sonrası bulantı ve kusma, bariatrik cerrahi sonrası en sık hastaneye tekrar başvuru nedenleri arasında yer almaktadır [103-105].

2.5. Uyku Kalitesi Kavramı

Uyku, fiziksel ve zihinsel sağlık için temel olan karmaşık ve dinamik bir fizyolojik durumdur [106-107]. Uyku; dinlenme, onarım, esenlik ve hayatta kalma için gerekli “dış çevreden kopuk bilişsel ve duyuşsal durumun döngüsel olarak tersine çevrilebilir hali” olarak tanımlanır [108-109]. Dolayısıyla uyku kavramı; bir organizmanın çevresiyle olan geçici, kısmi ve periyodik iletişim kaybının resmidir [108]. Uyku, insanın günlük rutininin önemli bir parçasıdır ve hayatta kalmak için yiyecek ve su kadar önemlidir [110].

Yeterli sürede ve kalitede uyku; fizyolojik, duygusal ve bilişsel konfor ile birlikte iyi bir yaşam kalitesinin göstergesi olarak kabul edilir [111]. Uyku kalitesi, bireyin gece boyunca ne kadar dinlendirici uyuduğunun ve gün boyunca ne kadar tazelenmiş hissettiğinin bir ölçütüdür. Uyku kalitesi kavramı; uyku başlangıcına kadar geçen süre, uyku başladıktan sonraki uyanma sayısı ve toplam uyku süresini içerir [112,113].

Yaşamın neredeyse üçte birinin uykuda geçtiği düşünüldüğünde kaliteli bir uyku; enerji tasarrufu ve biyopsikososyal iyilik için gerekli temel insan ihtiyacıdır ve sağlanmadığı takdirde insan yaşamı tehdit altındadır [107,109,110]. Özellikle cerrahi süreçte uyku kalitesini sürdürmede yaşanan başarısızlık; hastalarda daha fazla gerginlik, yara iyileşmesinde gecikme, ağrılarda artış ve günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük gibi birçok sorunu beraberinde getirebilmektedir [108,114]. Ameliyat sonrası kötü uyku kalitesi ayrıca; bilişsel bozukluklar (sanrılar, deliryum gibi), kronik ağrı, duygu durum bozuklukları, metabolik bozukluklar ve proinflatuar değişiklikler gibi potansiyel olumsuz etkilere zemin hazırlamaktadır [115].

2.5.1. Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Cerrahi hastalarında; uyku kalitesi ile birlikte uyku kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin planlanması, ameliyat sonrası iyileşmenin sağlanmasında hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır [108]. Özellikle ameliyat sonrası ilk günlerde hastaların uyku düzenindeki/döngülerindeki değişikliklere neden olan endojen ve eksojen faktörler göz ardı edilmemelidir [106].

Yaş, ameliyat öncesi komorbidite varlığı ve cerrahi travmanın ciddiyetinin ameliyat sonrası uyku problemleri ile ilişkili bağımsız faktörler olduğu bilinmektedir [115]. Yaş ilerledikçe genellikle uyku düzeni, uyku süresi ve kalitesindeki değişiklik uyku alışkanlıklarının özelliklerini etkilemektedir. Kalp yetmezliği, depresyon, Alzheimer hastalığı gibi komorbiditelerin ve sosyal izolasyon, yalnızlık gibi faktörlerin eşlik etmesi nedeniyle yaşlılık döneminde bireyler; uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk çekebilmektedir [110]. Bu temel insan ihtiyacının gerçekleşmesinde; sigara ve alkol, ilaçlar ve hastalıklar önemli rol oynamaktadır. Hastalık ve hastaneye yatış, uyku bozuklukları ile yakın ilişkili olup özellikle uyku düzeninde bozulmalara yol açmaktadır [108].

Doğası gereği cerrahi servisler genellikle çok gürültülüdür ve gürültü seviyeleri 70 desibeli (dB) aşmaktadır. Cerrahi servisler ayrıca çok sayıda gece aktivitesi ve hasta müdahaleleri nedeni ile aydınlık olmak durumundadır [116]. Hastanede gece ışığa maruz kalma, hastalarda melatonin salgısını baskılayarak ve sirkadiyen ritmi bozarak uyku kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır [117]. Ağrı gibi hastayla ilgili faktörler ve alarmlardan kaynaklanan gürültüler veya tıbbi prosedürlere atfedilebilen uyku kesintileri gibi hastaneyle ilgili faktörler, uyku bozukluğuna katkıda bulunmaktadır [107,109,114,118].

Bilinmeyen temsil eden hastane ortamı; hastalarda anksiyeteye neden olmakta, ameliyat sonrası ağrıyı, ameliyat esnasında anestezi ihtiyacını ve hasta sıkıntısını artırarak uyku kalitesinde bozulmaya neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası cerrahi inflamatuvar yanıtta yer alan bazı sitokinler, hastalarının yaşadığı uyku ile ilgili problemlere zemin hazırlamaktadır. Bu yanıtın majör cerrahide minör cerrahiye göre daha fazla olması, cerrahi türünün uyku kalitesi üzerinde etkili rol oynadığını göstermektedir [117].

Ameliyat sonrası hastalarda uyku kalitesini olumsuz etkileyebilecek diğer faktörler arasında ise tuvalete gitme ihtiyacı, mide bulantısı ve yüksek ateş yer almaktadır [116]. Bununla birlikte; obez bireylerin yetersiz uyku kalitesinden muzdarip olma olasılığı daha yüksektir [119].

2.5.2. Bariatrik Cerrahi ve Uyku Kalitesi

Bariatrik cerrahi; obezite tedavisi için etkili müdahalelerden biri olarak kabul edilse de, [34,35] ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönemde kötü uyku kalitesi, obezitenin bilinen komorbiditeleri arasındadır [120]. Çünkü obez hastalarda; uyku kaybının obeziteyi “başardığı” ve obezitenin uyku kaybını “başlattığı” bir çift yönlü kısır döngü mevcuttur [121].

Bireylerde kısa uyku süresinin; ghrelin artışı, leptin oranında azalma, akşam kortizol düzeyinde artış, insülin duyarlılığında azalma, büyüme hormonunda artış ve adiponektin'de bir azalma dahil olmak üzere vücutta yağ birikimini destekleyen bir dizi hormonal değişikliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir [122-124]. Bu tür değişiklikler; iştahta artış, enerji tüketiminde azalma ve yağ metabolizmasında artışa yol açarak, kilo alımına ve obeziteye neden olabilmektedir [121]. Obezite ise OUA, stres düzeyinde artma ve duygu-durum bozuklukları dahil olmak üzere hastalarda uyku kalitesini bozabilecek, çok sayıda fiziksel ve duygusal soruna katkıda bulunmaktadır [120]. Dolayısıyla bariatrik cerrahi hastalarında kanıtlar; ameliyat öncesi dönemde kötü uyku kalitesinin olabileceğini göstermektedir [121,125]. Bununla birlikte obez hastalarda eşlik eden komorbiditeler, bariatrik cerrahi sonrası erken dönem ağrı şiddetini arttıran mekanizmalar [82] ve yaygın bir sorun olmaya devam eden bulantı-kusma [96], uyku kalitesi üzerinde etkili olumsuz faktörler arasında yer almaktadır. Ancak bariatrik cerrahi sonrası uzun dönemde; sürekli kilo kaybı ile birlikte obeziyete eşlik eden OUA komorbitesinde düzelmeye, hastaların uyku kalitesinde iyileşme sağlayabilmektedir. Özellikle laparoskopik sleeve gastrektomi cerrahisinden 6 ay sonra; hızlı kilo kaybı ile birlikte uyku kalitesindeki iyileşmenin, OUA'de düzelmeye ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [126].

2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Ameliyat sonrası kaliteli bir bakım sunabilmek için hemşirelerin; komorbitelerin sağlık üzerine etkileri ve cerrahi sürecin getirdiği riskler ile birlikte hasta konforunu etkileyen semptomlar ve yönetimi konusunda geniş bir bakış açısına sahip olması gerekir [127]. Bu semptomlar arasında yer alan ağrı [70,77,79,82,96-98,128] ile uyku kalitesindebozulma [116,117,119], ameliyat sonrası cerrahi hastalarında görülen yaygın problemlerdir ve hemşireler tarafından yönetilmesi gereken hemşirelik tanılarındır [129].

Öznel doğası gereği hastanın tanımladığı ağrıya inanma ve ölçekler yardımı ile objektif hale dönüştürme, ağrı yönetiminde önemli bir adımdır [130]. Ayrıca ağrının doğru tanılanmasında; yeri, süresi, şiddeti, niteliği ve ağrıya neden olan faktörlerin değerlendirilmesi, planlanan hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır [131]. Özellikle bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörler olabilir ve ağrıyla baş etmede psikolojik desteğe ihtiyaç duyabilirler [132]. Bu nedenle ağrıya yönelik hastanın soru sormasına ve endişelerini ifade etmesine izin verilmelidir [133]. Etkili semptom yönetimini sağlamak için farmakolojik müdahalelerin yanı sıra nonfarmakolojik yaklaşımları (sıcak/soğuk uygulama, masaj, gevşeme/dikkati başka yöne çekme egzersizleri, müzik vb.) göz önünde bulundurmak, ameliyat öncesi eğitim sağlamak ve hastaları karar verme sürecine dahil etmek gerekmektedir. Bu doğrultuda; laporoskopik bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda korbondiyoksitinin neden olduğu ağrının geçici olduğu ve karbondiyoksitinin vücuttan atılımı ile birlikte ağrının azalacağı konusunda bilgi ve güvence vermek önemlidir [127]. Tercih edilen farmakolojik yöntemler, hekim istemine göre düzenli aralıklarla ve ambulasyon, pansuman gibi ağrılı girişimlerden önce uygulanmalıdır [134-136]. Ancak farmakolojik yöntemler arasında yer alan opioidler, morbid obez hastalarda eşlik eden yüksek OUA insidansı nedeniyle solunum komplikasyonlarına ve yan etkilerin gelişmesiyle bulantı-kusmaya yol açabileceğinden, ağrı yönetimi için hemşireler farmakolojik yaklaşımlardan daha fazlasına ihtiyaç duyulabilirler [18]. Hemşireler; hastaların ağrıya tolerasyonunu sağlamak ve anksiyete, bulantı-kusma gibi hasta konforunu etkileyen semptomları azaltmak için nonfarmakolojik yaklaşımları, farmakolojik tedavi ile birlikte tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanabilirler [137]. Ayrıca uygun ağrı yönetimi ile birlikte hastalara verilen pozisyon değişikliğinde dikkatli olunması, ameliyat sonrası oral alımının erken

sürede başlatılması, erken mobilizasyon ve antiemetiklerin uygun doz ve sürede verilmesi, hastalarda bulantı-kusma semptomlarının azalmasına yardımcı olabilir [138]. Bu semptomların yönetimi; aynı zamanda hastalarda uyku kalitesinin sağlanmasında da önemlidir [121].

Hemşirelikte, uyku ve dinlenmeyi 14 temel “insan ihtiyacı”ndan biri olarak tanımlayan Virginia Henderson ile uykunun insan sağlığı ve iyileşme için önemine dikkat çeken Florence Nightingale; hastalarda uyku kalitesinin sağlanması için gerekli destekleyici hemşirelik uygulamalarının planlanması konusunda hemfikirdir [108]. Uykunun çevreden gelen duyuşal uyanarlara tepki verilememesi olduğu düşünöldüğünde, uyku üç temel mekanizma ile desteklenebilir. Bu mekanizmalardan ilki; uyanarların azaltılması, yani çevresel uyanarları ortadan kaldırmak veya en aza indirmek için çevresel faktörlerin değıştirilmesini içerir [139]. Hastanelerde güröltü, ışık ve hemşirelik faaliyetlerinden kaynaklanan gece uyu bölünmelerini azaltma gibi uygulanan çevresel stratejiler, hastalarda uyku kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir [140,141]. İkinci mekanizma; çevreden alıcıya gelen duyuşal uyanarların iletiminin kesintiye uğratılmasıdır. Bu amaçla; basit cihazlar (kulak tıkaçları, göz maskeleri) aracılığıyla çevre ve hasta arasında bir bariyer oluşturularak, uyku döngüsünün sağlıklı olması sağlanabilir [139]. Bir diğer mekanizma ise uyanarlara beynin dikkatini azaltmak olabilir. Müzik [142], aromaterapi [143] ve sirkadiyen ritmi etkilemek için gündüz ışığa maruz bırakma [144] gibi teknikler; uyku kalitesini sağlamada yararlı nonfarmakolojik girişimler olarak uygulanabilir.

3. BÖLÜM

MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki bu çalışmada, bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi cerrahi korku ile ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ekim 2019 ve Haziran 2021 tarihleri arasında Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Kliniğinde tamamlandı. Hastane; 540 yataklı genel hastane binası içinde toplam 27 yataklı Genel Cerrahi servisi ile hizmet vermektedir. Genel Cerrahi Kliniğinde; bariatrik cerrahi konusunda deneyimli bir Profesör, bir Doktor öğretim üyesi olmak üzere toplam 2 eğitim sorumlusu; 6 uzman doktor, 1 sorumlu hemşire ve 12 klinisyen hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Ekim 2019 ve Haziran 2021 tarihleri arasında Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi kliniğine bariatrik cerrahi nedeniyle başvuran 109 hasta oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmedi ve belirtilen tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar çalışmanın örneklemini oluşturdu. Üç hastaya laparoskopik sleeve gastrektomi dışında bir cerrahi yöntem uygulanması ve bir hastanın ameliyat sonrası ölçüm araçlarına yanıt vermek istememesi nedeniyle çalışma örnekleme 105 hasta ile tamamlandı. Çalışmada evrenin %96'sına ulaşıldı.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın dahil edilme ve çalışma dışı bırakılma ölçütleri literatür doğrultusunda belirlendi [3,13,18,19,24,25,56,102,145-148].

Araştırmaya alınma kriterleri:

- ✓ 18 yaş ve üzerinde, araştırmaya katılmaya gönüllü olan,

- ✓ İletişim kurulabilen,
- ✓ BKİ ≥ 35 kg / m² veya BKİ ≥ 40 olan,
- ✓ Laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan,
- ✓ Cerrahi operasyon öncesi hastaneye yatışı yapılan hastalar, araştırmaya dahil edildi alınma kriterlerini oluşturdu.

Araştırma dışı bırakılma kriterleri

- ✓ Laparoskopik sleeve gastrektomi dışında farklı bir yöntem uygulanan,
- ✓ Psikiyatrik ve nörolojik tanısı bulunan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerini belirlemek üzere “Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)”, hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerini değerlendirmek üzere “Vizuel Analog Skala (VAS)”, ilk 24 saatteki bulantı- kuma durumunu değerlendirmek üzere “Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi (BKÖİ)” ve uyku kalitelerini değerlendirmek üzere “Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)” kullanıldı.

3.5.1.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı özellikler formu; hastaların sosyodemografik, tıbbi ve cerrahi öyküsünü belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan bir formdur. Formun birinci bölümünde; cinsiyet, yaş, boy, kilo, BKİ, medeni durumu, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşadığı yer, sigara kullanma durumu, ailede obezite öyküsü ve hastane öncesi uyku kalitesi olmak üzere 12 soru bulunmaktadır. Kronik hastalık bulunma durumu, ASA skoru, daha önce ameliyat olma öyküsü, ameliyat ile ilgili bilgi alma durumu, genel anesteziye kalma süresi, ameliyat komplikasyon öyküsü ve hastanede yatış süresi gibi hastaların tıbbi özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru formun ikinci bölümünü oluşturmaktadır.

3.5.1.2. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)

Ölçek; Theunissen ve arkadaşları (2014) [44] tarafından, elektif cerrahi uygulanacak olan hastalarda cerrahi operasyonun getirdiği kısa ve uzun dönem korkuları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bağdigen ve Karaman Özlü (2016) [13] tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 11 likertlidir ve 0-10 arası puanlanmaktadır. 8 maddeden oluşan ölçeğin; korkunun kaynağına ilişkin iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki 1-4 arası maddeler cerrahinin kısa dönem sonuçlarının korkusunu, 5-8 arası maddeler cerrahinin uzun dönem sonuçlarının korkusunu ölçmektedir. Ölçekte yer alan her bir madde 0 “hiç korkuyorum”, 10 “çok korkuyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Toplam ölçekten 0 ile 80, alt boyutlardan ise 0-40 arasında herhangi bir puan alınabilmekte, elde edilen puanın yüksek olması cerrahi korkunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik cronbach α katsayısı toplam puan için 0.89, kısa dönem sonuçları (CKÖ-K) alt boyutu için 0.86 ve uzun dönem (CKÖ-U) alt boyutu için 0.87 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada; CKÖ cronbach α toplam boyutta 0.780, CKÖ-K alt boyutunda 0.660 ve CKÖ-U alt boyutunda 0.823 olarak bulundu.

3.5.1.3. Vizuel Analog Skala (VAS)

1992 yılında Cline ve arkadaşları [149] tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eti Aslan [150] tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 cm uzunluğunda yatay bir çizgiden oluşmaktadır ve alınacak puan ölçeğin en sol ucu ile hasta tarafından işaretlenen nokta arasındaki uzaklığın ölçülmesi ile belirlenmektedir. Ölçek; ağrı, anksiyete, yorgunluk, bulantı kusma gibi birçok semptomun değerlendirmesinde de kullanılabilir. Ölçekteki alınacak puan aralığı 0-10 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar, değerlendirilen semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir.

3.5.1.4. Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi (BKÖİ)

Ölçek; Rhodes ve McDaniel (1999) [151] tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik [152] tarafından yapılmıştır. Hastaların son 24 saatteki bulantı-kusma- öğürme sayısı ve şiddetini değerlendiren ölçek, sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçekte; Semptom Deneyimi, Semptom Oluşumu ve Semptom Sıkıntısı olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Beşli likert özellikte olan ölçekte maddelere verilen yanıtlar 0= en az

sıkıntı düzeyi, 4= en fazla sıkıntı düzeyi olarak puanlanmaktadır. Puanlar değerlendirilirken 1., 3., 6. ve 7. maddeler ters çevrilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 32'dir ve puanların yüksek olması, hastalarda bulantı-kusma semptomunun arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik cronbach's α katsayısı 0.950, bu çalışmada ise 0.941 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.1. Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi Alt Boyut Puan Hesaplamaları

Alt Boyut Puan Hesaplaması		
Semptom deneyimi	Alt boyut maddeleri	Puan aralığı
Bulantı Deneyimi	4,5,7	0-12
Kusma Deneyimi	1,3,6	0-12
Öğürme Deneyimi	2,8	0-12
Toplam Deneyim	Tüm Maddeler	0-32
Semptom Oluşumu	Alt boyut maddeleri	Puan aralığı
Bulantı Oluşumu	4,7	0-8
Kusma Oluşumu	1,6	0-8
Öğürme Oluşumu	8	0-4
Toplam Semptom Oluşumu	Tüm Maddeler	0-20
Semptom Sıkıntısı	Alt boyut maddeleri	Puan aralığı
Bulantı Sıkıntısı	5	0-4
Kusma Sıkıntısı	3	0-4
Öğürme Sıkıntısı	2	0-4
Toplam Semptom Sıkıntısı	Tüm Maddeler	0-12

3.5.1.5. Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)

Richards tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçek [153], 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde 0-100 arasında değişen ve yatay bir çizgiden oluşan çizelge ile puanlanmaktadır. Ölçekte; hastaların gece uykusunun derinliği, uykuyadarma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uykunun kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeyi değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puan; ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6. madde çıkarılarak 5 madde üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek puanlamasında; 0-25 arası alınan puan çok kötü uykuyu, 76-100 arası alınan puan çok iyi uykuyu göstermektedir ve puanlar arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Karaman Özlü ve Özer (2015) [154] tarafından yapılan ölçeğin cronbach's α katsayısı 0.910 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise cronbach's α katsayısı 0.886 olarak belirlenmiştir.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hastaların tanımlayıcı özellikleri CKÖ, VAS, BKÖİ ve RCUÖ'ne yönelik veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ve hasta dosyasından alınarak kaydedildi.

Hastalar ile tanışma, araştırma hakkında bilgilendirme, bilgilendirilmiş gönüllü iznin yazılı alınması, hasta tanıtıcı özellikleri formu ve CKÖ, ameliyattan bir gün önce hastalara uygulandı. Ayrıca ameliyatta önce VAS ile hastaların hastaneye yatmadan önceki uyku kalitelerini nasıl tanımladıkları değerlendirilerek kaydedildi.

Literatürde bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası bulantı- kusma, ağrı gibi hasta konforunu etkileyen semptomların genel olarak ameliyattan sonraki ilk 4-24 saat içinde artarak devam ettiği ve sonrasında azalma eğilimi gösterdiği görülmektedir. Anestezi sonrası hasta konforunu etkileyen semptomların ise sıklıkla ameliyat sonrası 12. saatte görüldüğü belirtilmektedir [79,128,155,156]. Literatür bilgisinden yola çıkarak hastaların ağrı şiddeti; ameliyat sonrası 4, 12 ve 24. saatte VAS ile değerlendirildi. Ayrıca hastaların ilk 24 saatte deneyimledikleri bulantı-kusma, öğürme gibi semptomların değerlendirilmesi, Rhodes Bulantı-Kusma ve Öğürme İndeksi ile yapıldı. Hastaların taburculuğunun planlandığı gün ise hastanede yattığı süre içerisindeki uyku kaliteleri, Richard-Campbell Uyku Ölçeği ile değerlendirildi.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede tüm hastalara ağrı kontrolü için ameliyat sonrası 2x1 İntravenöz/gün parasetamol 500 mg ve bulantı-kusma kontrolü için 3x1 intravenöz/gün antiemetik (ondansetron 8mg) uygulanmaktaydı. Ayrıca ağrı verilerin toplandığı ilk 24 saat içerisinde tüm hastalara intravenöz opioid (1x100mg contramal) uygulandı.

Ameliyat sonrası hasta dosyasından genel anestezide kalma süresi alınarak kaydedildi. Hastaların ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasında komplikasyon gelişme durumu sorgulanıp tıbbi özellikler formunun ilgili bölümüne kaydedildi. Hastanın hastanede yatış süresi, taburcu olacağı gün kayıt edilerek çalışmanın tüm ilgili formları tamamlandı.

Ameliyat öncesi ve sonrası verilerin toplanması, hastaların ameliyata alınma ve ameliyattan çıkma saatine göre saat 12:00 ile 17:00 arasında gerçekleştirildi. Hastadan yazılı ve sözlü izin alma, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ölçüm araçlarını uygulama periyotlarından oluşan veri toplama süreci, yaklaşık 35-40 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ölçek puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Cerrahi korku düzeyi ve hasta tanımlayıcı özellikleri

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumu Shapiro-wilk testi ile değerlendirildi. İki grup arasındaki farklılıkların belirlenmesinde normal dağılıma uygun olmayan durumlarda Mann Whitney-U testi ve Spearman korelasyon analizinden yararlanıldı. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Araştırmada hastaların cerrahi sonrası ağrı, bulantı- kusma ve uyku düzeylerinin yordanmasında; tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan değişkenler ve ölçek puanları adimsal çoklu doğrusal regresyon analizi değerlendirildi. Ayrıca ölçek güvenilirlikleri için Cronbach alfa kat sayısı hesaplandı. Anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma onayı alındı (Karar No: 2019.12.100 Tarihi:23/07/2019). Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü hastane Başhekimliği, yazılı izin ile araştırmanın hastane bünyesinde yapılabileceğini onayladı (Karar No: 66472688-771 Tarihi:30/09/2019). Bu araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun tüm hastalara araştırma hakkında bilgi verildi ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" doğrultusunda araştırmaya katılma onayları alındı. Araştırmanın yürütülme sürecinde, bireysel hasta haklarının korunmasına yönelik "İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu"na sadık kalındı.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Laporoskopik sleeve gastrektomi sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesini; ameliyat öncesi korku ve tanımlayıcı özellikler ile ilişkilendirmiş ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yönüdür. Ayrıca çalışmada; cerrahi korkunun, ameliyat sonrası birbiri ile ilişkili bu parametreler üzerine etkisinin değerlendirilmesi çalışmanın gücünü arttırmaktadır. Bununla birlikte; çalışmanın dikkate alınması gereken bazı sınırlılıkları vardır. Hastalarda ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesini etkileyen parametre olarak sadece ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyi ve tanımlayıcı hasta özellikleri ele alınmıştır. Perioperatif süreçte deneyimledikleri ve değerlendirilen parametreleri etkileyen farklı fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel faktörler olabilir. Çalışma sonuçları değerlendirilirken bu durum göz ardı edilmemelidir. Ek olarak, araştırmadan elde edilen bulgular araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara genellenebilir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bariatrik cerrahi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları, aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N= 105)

Tanıtıcı Özellikler		N	%
Yaş (yıl)	Ort±SS	34.56±10.68	
Cinsiyet	Kadın	69	65.7
	Erkek	36	34.3
BKİ (kg/m ²)	Ort±SS	41.42±6.80	
Medeni durum	Evli	62	59.0
	Bekar	43	41.0
Eğitim durumu	Ortaöğretim ve altı	54	51.4
	Lise ve üzeri	51	48.6
Gelir durumu	Geliri giderinden az	5	5.0
	Geliri giderine eşit	4	4.0
	Geliri giderinden çok	92	91.0
Yaşanılan yer	İl	102	97.1
	İlçe/köy	3	2.9
Sigara kullanımı	Evet	51	48.6
	Hayır	54	51.4
Günlük içilen sigara adedi	Ort±SS	16.47±8.70	
Kronik hastalık bulunma durumu	Var	39	37.1
	Yok	66	62.9
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	79	75.2
	Hayır	26	24.8
Taşıt tutma deneyimi	Var	19	18.0
	Yok	86	82.0
Ailede obezite öyküsü	Var	78	74.3
	Yok	27	25.7
*Ailede obezite öyküsü olan birey/bireyler	Anne	54	69.2
	Baba	32	41.0
	Kardeş	8	10.3
	Teyze	6	7.7
	Diğer (çocuk)	2	2.6
Hastane öncesi uyku Kalitesi (VAS)	Ort±SS	6.47±2.13	

*Birden fazla cevap verilmiştir. BKİ: Beden Kitle İndeksi; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; VAS: Vizuel Analog Skala

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaş ortalamalarının 34.56 ± 10.68 yıl, %65.7’sinin kadın, BKI ortalamalarının 41.42 ± 6.80 kg/m^2 , %59.0’unun evli, %51.4’ünün ortoöğretim ve altı eğitim düzeyinde, %91.0’unun gelir durumunun yüksek, %97.1’inin il merkezinde yaşadığı, %48.6’sının sigara kullandığı ve sigara kullananların günlük içilen sigara adeti ortalamasının 16.47 ± 8.70 olduğu saptandı. Hastaların %62.9’unda kronik hastalık bulunduğu, %75.2’sinin daha önce ameliyat deneyiminin olduğu, %82.0’ının taşıt tutma sorunu olduğu, %74.3’ünün ailesinde obezite öyküsü bulunduğu, ailede obezite öyküsü bulunan bireylerin çoğunluğunun (%69.2) annesinin obez olduğu ve hastane öncesi VAS’a göre uyku kalitesi puan ortalamalarının 6.47 ± 2.13 olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Hastaların Cerrahi Girişim ile İlgili Özellikleri (N=105)

Cerrahi girişim ile ilgili özellikler		N	%
ASA skoru	1	66	62.9
	2	39	37.1
Cerrahi işleme yönelik bilgi sahibiolma	Evet	103	98.1
	Hayır	2	1.9
Cerrahi işleme yönelik bilgi alınan kaynak	İnternet	81	78.6
	Yakın çevre	22	21.4
Genel anestezide kalma süresi (Saat)	Ort±SS	1.43±0.38	
Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu (Kanama)	Evet	7	6.7
	Hayır	98	93.3
Hastanede Yatış süresi (Gün)	Ort±SS	2.96±0.90	

ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği) Skorlaması; ASA 1: Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi hastalık dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı kişi; ASA 2: Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.2’de hastaların cerrahi girişim özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; hastaların % 62.9’unun ASA skorunun 1 olduğu, %98.1’inin uygulanacak cerrahi girişim ile ilgili bilgi sahibi olduğu ve %78.6’sının bu bilgiye internetten ulaştığı belirlendi. Hastaların genel anestezide kalma süresi ortalamalarının 1.43 ± 0.38 saat ve hastanede yatış süresi ortalamalarının 2.96 ± 0.90 olduğu saptandı. Hastaların çoğunluğunda (%93.3), cerrahi işleme bağlı ameliyat sonrası bir komplikasyon gelişmediği belirlendi.

Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi CKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=105)

Ölçek Puanları	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
CKÖ-K	19.75	8.60	2	39
CKÖ-U	10.27	8.15	0	34
CKÖ Toplam Puan	30.02	14.05	2	62

CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği; CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem Korku; CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem Korku; SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’de hastaların ameliyat öncesi CKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; CKÖ toplam puanının 30.02 ± 14.05 , CKÖ-K ve CKÖ-U alt boyut puanlarının sırasıyla 19.75 ± 8.60 ve 10.27 ± 8.15 olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. Hastaların Ameliyat Sonrası VAS Puan Ortalamaları (N=105)

Ölçek Puanları	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
VAS (Ameliyat sonrası 4. saat)	4.91	1.92	0	10
VAS (Ameliyat sonrası 12. saat)	2.67	1.50	0	8
VAS (Ameliyat sonrası 24. saat)	1.29	1.23	0	5

VAS: Vizuel Analog Skala; SS: Standart Sapma

Tablo 4.4’de hastaların VAS puan ortalamaları incelendiğinde; ameliyat sonrası 4. saat puan ortalamalarının 4.91 ± 1.92 , 12. saat 2.67 ± 1.50 ve 24. saat 1.29 ± 1.23 olduğu saptandı.

Tablo 4.5. Hastaların Ameliyat Sonrası BKÖİ Puan Ortalamaları (N=105)

Ölçek Puanları	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Bulantı Deneyimi	1.35	2.29	0	11
Kusma Deneyimi	0.70	1.77	0	8
Öğürme Deneyimi	1.07	1.71	0	8
Toplam Semptom Deneyimi	3.11	5.37	0	25
Bulantı Oluşumu	0.91	1.54	0	8
Kusma Oluşumu	0.34	0.96	0	4
Öğürme Oluşumu	0.42	0.83	0	4
Toplam Semptom Oluşumu	1.68	3.00	0	16
Bulantı sıkıntısı	0.44	0.84	0	4
Kusma sıkıntısı	0.35	0.89	0	4
Öğürme sıkıntısı	0.65	0.98	0	4
Toplam Semptom Sıkıntısı	1.44	2.47	0	12

BKÖİ: Bulantı Kusma Öğürme İndeksi; SS: Standart Sapma

Tablo 4.5’de hastaların ameliyat sonrası BKÖİ puan ortalamaları incelendiğinde; toplam semptom deneyimi puan ortalamalarının 3.11 ± 5.37 , bulantı deneyimi 1.35 ± 2.29 , kusma deneyiminin 0.70 ± 1.77 ve öğürme deneyimi puan ortalamalarının 1.07 ± 1.71 olduğu belirlendi. Hastaların toplam semptom oluşumu puan ortalamaları 1.68 ± 3.00 , bulantı oluşumu 0.91 ± 1.54 , kusma oluşumu 0.34 ± 0.96 ve öğürme oluşumu 0.42 ± 0.83 puan olarak saptandı. Semptom sıkıntısı puan ortalaması ise 1.44 ± 2.47 olarak belirlendi ve hastaların bulantı, kusma, öğürme sıkıntısı puan ortalamaları sırasıyla 0.44 ± 0.84 , 0.35 ± 0.89 , 0.65 ± 0.98 olarak saptandı.

Tablo 4.6. Hastaların Ameliyat Sonrası RCUÖ Puan Ortalamaları (N=105)

Ölçek Puanları	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Gece Uykusunun Derinliği	45.00	28.00	0	100
Uykuya Dalma Süresi	51.71	28.61	5	100
Uyanma Sıklığı	48.33	28.19	0	100
Uyandığında Uyanık Kalma Süresi	47.05	27.97	0	100
Uykunun Kalitesi	56.19	26.17	5	100
Ortamdaki Gürültü Düzeyi	83.14	23.21	0	100
RCUÖ Toplam Puan	248.29	115.20	20	470

RCUÖ: Richard-Campbell Uyku Ölçeği; SS: Standart Sapma

Tablo 4.6’da hastaların ameliyat sonrası RCUÖ puan ortalamaları incelendiğinde; RCUÖ toplam puanının 248.29 ± 115.20 olduğu belirlendi. Hastaların gece uykusu derinliği, uykuya dalma süreleri, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süreleri, uyku kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeyine yönelik puan ortalamalarının ise sırasıyla; 45.00 ± 28.00 , 51.71 ± 28.61 , 48.33 ± 28.19 , 47.05 ± 27.97 , 56.19 ± 26.17 ve 83.14 ± 23.21 olduğu saptandı.

Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı ve Cerrahi Girişim Özelliklerine göre CKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105)

Tanıtıcı ve Cerrahi Girişim Özellikleri		CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ					
		CKÖ-K		CKÖ-U		CKÖ-Toplam	
		Ort±SS	Z/p*	Ort±SS	Z/p*	Ort±SS	Z/p*
Cinsiyet	Kadın	21.16±8.25	-2.133/.033	10.7±8.32	-.562/.574	31.86±13.98	-1.746/.081
	Erkek	17.06±8.74		9.44±7.85		26.50±13.71	
Medeni Durum	Evli	19.32±8.70	-.744/.457	10.34±8.94	-.434/.664	29.66±14.91	-.727/.467
	Bekar	20.37±8.52		10.16±6.95		30.53±12.88	
Eğitim Durumu	Ortaöğretim ve Altı Lise ve Üzeri	19.63±7.96	-.872/.383	10.41±9.00	-.878/.380	30.04±13.88	-.161/.872
		19.88±9.31		10.12±7.23		30.00±14.38	
Sigara Kullanımı	Evet	19.69±7.78	-.154/.878	11.20±9.36	-.476/.634	30.88±14.41	-.443/.658
	Hayır	19.81±9.38		9.39±6.78		29.20±13.80	
Kronik Hastalık	Evet	19.72±8.85	-.352/.725	9.56±8.31	-.970/.332	29.28±15.19	-.577/.564
	Hayır	19.77±8.52		10.68±8.08		30.45±13.44	
Daha Önce Ameliyat Olma	Evet	18.34±8.18	-2.973/.003	9.33±7.95	-2.089/.039	27.67±13.65	-2.819/.004
	Hayır	24.04±8.59		13.12±8.24		37.15±13.02	
Ailede Obezite Öyküsü	Var	19.65±8.95	-.198/.843	10.22±7.94	-.088/.930	29.87±13.98	-.407/.684
	Yok	20.04±7.67		10.41±8.87		30.44±14.52	
ASA Skoru	1	19.74±8.53	-.405/.685	10.74±8.03	-1.130/.259	30.48±13.42	-.607/.544
	2	19.77±8.84		9.46±8.38		29.23±15.22	
Bilgi Alınan Kaynak	İnternet	19.83±8.56	-.563/.573	10.38±8.19	-1.233/.217	30.21±14.06	-1.185/.236
	Yakın çevre	15.50±13.44		4.50±0.71		20.00±12.73	
Komplikasyon (Kanama)	Evet	20.15±8.73	1.987/.047	10.57±8.06	-.341/.733	30.40±14.28	-1.041/.298
	Hayır	14.14±3.18		10.24±8.19		24.71±9.69	
Yaş	r,p**	-.090/.360		-.101/306		-127/.195	
BKİ		-.141/.151		.041/.679		-.072/.463	
Anestezi Kalma Süresi (Saat)		-.051/.608		.024/.806		-.041/.676	
Hastanede Yatış Süresi (Gün)		.182/.063		.260/.007		.270/.005	

* Mann Whitney U Testi; ** Spearman korelasyon, $p < 0.05$; ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği) Skorlaması; BKİ: Beden Kitle İndeksi; CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği; CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem Korku; CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem Korku; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.7 'de hastaların tanıtıcı ve cerrahi girişim özelliklerine göre CKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; yaş, BKİ, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık bulunma durumu, ailede obezite öyküsü, ASA skoru, cerrahi girişime yönelik bilgi alınan kaynak ve anestezide kalma süresi ile CKÖ toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Kadın hastaların, daha önce ameliyat olmayanların, ameliyat sonrası komplikasyon gelişen hastaların CKÖ-K puan ortalamaları daha yüksekti. Ayrıca daha önce ameliyat olmayanların ve hastane yatış süresi uzun olanların CKÖtoplam ve CKÖ-U dönem korku puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.8. CKÖ ile VAS, BKÖİ ve RCUÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=105)

Ağrı, Bulantı-Kusma- Öğürme Semptomu ve Uyku Kalitesi	CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ					
	CKÖ-K		CKÖ-U		CKÖ-Toplam	
	r	p	r	p	r	p
VAS (4.Saat)	.086	.382	.192	.049*	.164	.094
VAS (12. Saat)	.017	.860	.021	.834	.023	.816
VAS (24. Saat)	.035	.724	.023	.816	.035	.725
Bulantı deneyimi	-.078	.431	-.011	.909	-.054	.584
Kusma deneyimi	-.134	.174	.073	.462	-.040	.688
Öğürme deneyimi	-.100	.311	.102	.301	-.002	.983
Toplam semptom deneyimi	-.109	.270	.051	.603	-.037	.710
Bulantı oluşumu	-.065	.508	-.029	.771	-.057	.566
Kusma oluşumu	-.155	.114	.028	.780	-.079	.423
Öğürme oluşumu	-.121	.217	.104	.290	-.014	.888
Toplam semptom oluşumu	-.117	.236	.023	.817	-.058	.556
Bulantı sıkıntısı	-.091	.356	.022	.823	-.043	.664
Kusma sıkıntısı	-.098	.320	.115	.245	.006	.948
Öğürme sıkıntısı	-.071	.472	.089	.367	.008	.934
Toplam semptom sıkıntısı	-.094	.339	.084	.395	-.009	.927
RCUÖ-Toplam	-.088	.372	-.060	.543	-.089	.368

r: pearson korelasyon testi; p<0.05; BKİÖ: Bulantı Kusma Öğürme İndeksi; CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği; CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem Korku; CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği UzunDönem Korku; RCUÖ: Richard-Campbell Uyku Ölçeği; VAS: Vizuel Analog Skala

Tablo 4.8'de hastaların CKÖ ile VAS, BKİÖ ve RCUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; CKÖ-U ile 4. Saat VAS puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.9. CKÖ ve Hasta Özelliklerinin VAS Puan Ortalamaları ile İlişkinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi (N=105)

	Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Değişim istatistikleri				Durbin-Watson
					Standart tahmin hatası	R ² değişimi	F değişimi	F değişimi p	
VAS 4. saat	1	.473	.224	.216	1.75764	.224	29.734	.000	1.876
	2	.533	.284	.270	1.69610	.060	8.611	.004	
	3	.582	.339	.319	1.63852	.054	8.295	.005	
	4	.605	.366	.341	1.61178	.028	4.379	.039	
	Model 4		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri		
			B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
	Sabit		6.341	1.140		5.562	.000		
	CKÖ-U		.090	.021	.367	4.201	.000	.830	1.206
	Cinsiyet (Kadın)		-1.088	.336	-.260	-3.242	.002	.989	1.011
	CKÖ-K		.052	.020	.227	2.584	.011	.818	1.223
Medeni Durum (Bekar)		-.049	.024	-.169	-2.093	.039	.971	1.030	
VAS 12. saat	1	.239	.057	.048	1.54559	.057	6.254	.014	2.003
	Model 1		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri		
			B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
	Sabit		1.646	.457		3.606	.000		
	BKİ		.170	.068	.239	2.501	.014	1.000	1.000
	VAS 24. saat	1	.504	.254	.247	1.31867	.254	35.161	.504
Model 1		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri			
		B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF	
Sabit		1.132	.160		7.081	.000			
ASA 2		1.597	.269	.504	5.930	.000	1.000	1.000	

P<0.05; ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği) Skorlaması; BKİ: Beden Kitle İndeksi; CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği; CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem Korku; CKÖ-U: Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem Korku; VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Enflasyon Faktörü)

Tablo 4.9.'da CKÖ ve hasta özelliklerinin VAS puan ortalamaları ile ilişkisinin adımsal çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi incelendiğinde; VAS 4. saat puanında en iyi model 4. adımda, VAS 12. saat ve 24. saat puanlarında ise en iyi model 1. Adımda oluştu. Durbin–Watson (DW-d) değeri model geçerliliğini sağladı (d=1.876; d=2.003; d=1.795). Tolerans ve VIF değerleri, değişkenlerin eşitliğinin bulunmadığını gösterdi. VAS 4. saat standart sapmasını; CKÖ-U standart sapmasındaki bir birimlik artışın .367 birim ve CKÖ-K standart sapmasındaki bir birimlik artışın ise .227 birim arttırdığı belirlendi. Bu bulgu kısa ve uzun dönem cerrahi korku düzeyindeki artışın, ameliyat sonrası VAS ile değerlendirilen 4. saat ağrı şiddetindeki artış ile ilişkili olduğunu gösterdi. VAS 4. saat puanlarının kadınlarda erkeklere göre 275 birim, bekarların evlilere göre .169 birim azaldığı saptandı. VAS 12. saat standart sapmasını, BKİ'indeki bir birimlik artışın .239 birim arttırdığı belirlendi. VAS 24. saat puanlarının; ASA 2 skoru olan hastaların, ASA 1 skoru olanlara göre .504 birim arttığı belirlendi.

Tablo 4.10. CKÖ ve Hasta Özelliklerinin BKÖİ Puan Ortalamaları ile İlişkinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi (N=105)

	Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Değişim istatistikleri				Durbin-Watson
					Standart tahmin hatası	R ² Değişimi	p	F değişimi p	
Semptom Deneyimi	1	.245	.060	.051	5.23361	.060	6.549	.012	1.563
	Model 1		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri		
			B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
	Sabit		7.365	1.738		4.238	.000		
	Kronik hastalık varlığı (Yok)		-.123	.048	-.245	-2.559	.012	1.000	1.000
Semptom Oluşumu	1	.241	.058	.049	2.93044	.058	6.344	.013	1.581
	Model 1		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri		
			B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
	Sabit		4.019	.973		4.130	.000		
	Yaş		-.068	.027	-.241	-2.519	.013	1.000	1.000
Semptom Sıkıntısı	1	.238	.057	.048	2.41294	.057	6.209	.014	1.585
	Model 1		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		Eşitlik/ortaklık istatistikleri		
			B	Standart hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
	Sabit		3.346	.801		4.177	.000		
	Yaş		-.055	.022	-.238	-2.492	.014	1.000	1.000

$p < 0.05$; BKÖİ: Bulantı Kusma Öğürme İndeksi; VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Enflasyon Faktörü)

Tablo 4.10’da CKÖ ve hasta özelliklerinin BKÖİ puan ortalamaları ile ilişkisinin adımsal çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi incelendiğinde; semptom deneyimi, semptom oluşumu ve semptom sıkıntısı puanlarında en iyi model 1. adımda oluştu. Durbin–Watson değeri model geçerliliğini sağladı ($d= 1.563$; $d=1.581$; $d=1.585$). Tolerans ve VIF değerleri, değişkenlerin eşitliğinin bulunmadığını gösterdi. Semptom deneyimi puanlarının kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre .049 birim azaldığı; semptom oluşumu puanının hastaların yaşlarında ki bir birimlik artış ile .241 birim azaldığı; semptom sıkıntısı puanının ise hastaların yaşlarında ki bir birimlik artış ile .238 birim azaldığı belirlendi.



Tablo 4.11. CKÖ ve Hasta Özelliklerinin RCUÖ Puan Ortalamaları ile İlişisinin Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi (N=105)

	Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Değişim istatistikleri				Durbin-Watson
					Standart tahmin hatası	R ² değişimi	F değişimi	F değişimi p	
Richard-Campbell Uyku Ölçeği	1	.267	.071	.062	25.34073	.071	7.918	.006	1.394
	2	.327	.107	.089	24.97636	.035	4.027	.047	
	3	.382	.146	.121	24.53753	.040	4.681	.033	
	Model 3		Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar			Eşitlik/ortaklık istatistikleri	
			B	Standart Hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF
		Sabit	53.543	8.206		6.525	.000		
		ASA 2	-13.348	5.034	-.245	-2.652	.009	.992	1.009
		Hastane öncesi uyku kalitesi	3.207	1.176	.273	2.726	.008	.841	1.190
		CKÖ-K	-.658	.304	-.216	-2.164	.033	.847	1.181

P<0.05; ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği) Skorlaması; CKÖ-K: Cerrahi Korku Ölçeği- Kısa Dönem Korku; RCUÖ: Richard-Campbell Uyku Ölçeği; VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Enflasyon Faktörü)

Tablo 4.11’de CKÖ ve hasta özelliklerinin RCUÖ puan ortalamaları ile ilişkisinin adımsal çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi incelendiğinde; RCUÖ puanlarında en iyi model 3. adımda oluştu. Durbin–Watson değeri model geçerliliğini sağladı ($d= 1.394$). Tolerans ve VIF değerleri, değişkenlerin eşitliğinin bulunmadığını gösterdi. RCUÖ standart sapmasını CKÖ-K standart sapmasındaki bir birimlik artışın .216 birim azalttığı saptandı. Bu bulgu, kısa dönem cerrahi korku düzeyindeki artışın, ameliyat sonrası RCUÖ ile değerlendirilen uyku kalitesindeki azalma ile ilişki olduğunu gösterdi. RCUÖ puanının, ASA 2 skoru olan hastaların ASA 1 skoru olan hastalara göre.245 birim azaldığı ve hastane öncesi uyku kalitesi puanındaki bir birimlik artışının RCUÖ puanını .273 birim arttırdığı belirlendi.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bariatrik cerrahinin yaşamı değiştiren doğası ve perioperatif dönemde hastalarda mevcut ya da olası, psikolojik ve fiziksel komorbiditelerin yaygınlığı göz önüne alındığında [18] etkili ve kaliteli hemşirelik bakımına duyulan gereksinim daha da önem arz etmektedir. Bu doğrultuda; multidisipliner ekibin bir üyesi olan hemşirelerden, ameliyat öncesi dönemde hastaların iyilik halini değerlendirip, ameliyat sonrası komorbiditeler ile ilgili sorunlara neden olabilecek, sosyodemografik ve psikolojik faktörleri tanımlayabilmesi beklenmektedir [33]. Bilimsel bilgilerden yola çıkarak, bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi cerrahi korkunun, ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisini değerlendiren bu çalışmada; elde edilen verilerin literatürde bulunan mevcut kanıtlar ışığında analiz edilerek tartışılması amaçlanmıştır.

Korku duygusu, kişinin hayatının birçok anında mevcuttur [58]. Bu duygu; algılanan tehdide karşı vücudun fizyolojik ve psikolojik tepkilerini içerir ve ameliyat kararı alınmış çoğu hasta için ortak bir deneyimdir [60]. Nitekim yapılan çalışmalarda; ameliyat öncesi hastaların %50-90'ının korku duygusunu deneyimledikleri belirtilmektedir [48,157]. Bununla birlikte; hastalıklar ve hastanın uygulanacak ameliyata bakış açısı, korku duygusunun düzeyini etkileyebilmektedir [58]. Bariatrik cerrahi uygulanan hastalarla yapılan bu çalışmada da; ameliyat öncesi dönemde hastaların orta düzeye yakın bir cerrahi korkusu bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmada; hastaların ameliyat sonrası sağlığının kötüleşmesi, ameliyatın başarısız olması, iyileşme sürecinde uzama ve iyileşememe gibi uzun dönem korkularından ziyade; ameliyatın kendisine, anesteziye, ameliyat sonrası ağrı ve bulantı-kusma yaşayabilme olasılığına yönelik kısa dönem korkuları daha yüksektir (Tablo 4.3). Paralel olarak farklı cerrahi işlem uygulanan bazı hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların orta düzey veya orta düzeye yakın bir cerrahi korku deneyimi yaşadıklarını bildirmektedir. Ancak hastaların uzun dönem korku düzeyini nispeten bu çalışmadan daha yüksek bildirilen bazı araştırmalara da rastlanmaktadır [13,50]. Bariatrik cerrahinin, günümüzde daha çok estetik kaygı ön planda tutularak tercih edildiği düşünüldüğünde; hastaların ameliyata bakış açıları korkularını etkilemiş ve ameliyat sonrası süreçte fiziksel değişime yönelik hasta motivasyonu, uzun dönem korkuların yönetiminde olumlu rol oynamış olabilir. Bununla

birlikte; çalışmada belirlenen kısa dönem hasta korkularının yönetimi de göz ardı edilmemeli, bariatrik cerrahi hastalarında olabilecek olumsuz psikolojik faktör varlığının, ameliyat sonrası deneyimlenen ağrı şiddetinin önemli bir göstergesi olduğu unutulmamalıdır [127].

Bariatrik cerrahi hastaların %75'e yakınının ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde orta ila şiddetli ağrı deneyiminin olduğu [155] ve özellikle laparoskopik yaklaşımlarda, bu ağrı şiddetinin iki veya üçüncü günden sonra azalma eğilimi gösterdiği bilinmektedir [78]. Laparoskopik sleeve gastrektomi yöntemi kullanılarak bariatrik cerrahi uygulanan hastalar ile yapılan bu çalışma sonuçlarında; hastalarda ağrı şiddetinin ameliyat sonrası 4. saatte orta düzeyde (4.91 ± 1.92) olduğu ve ilk 24 saat içinde giderek azalma eğilimi gösterdiği belirlendi (12. saat: 2.67 ± 1.50 ; 24. saat: 1.29 ± 1.23) (Tablo 4.4). Obezite tedavisi için dünya çapında yılda yarım milyondan fazla bariatrik prosedür uygulanmakta olup, çoğu laparoskopik yöntemle yapılmaktadır. Bu hastalarda yüksek düzeyde ameliyat sonrası ağrının hala yaygın olmaya devam ettiği bilinmektedir [158]. Weingarten ve arkadaşları (2011); laparoskopik bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda ekstübasyondan sonraki ilk 48 saat içinde hastaların %41'inde (n:150) en az bir kez şiddetli ağrı (VAS>7/10) olduğunu bildirmektedir [159]. Hartwig ve arkadaşları (2017); laparoskopik prosedür sonrası bu hastalarda en kötü ağrı şiddetinin orta düzeyde (5.6 ± 2.7) olduğunu, ancak hastaların %44.8'inin (n: 86) ağrılarını şiddetli olarak değerlendirdiği belirtmektedir [160]. Ng ve arkadaşları (2017) ise çalışmalarında; bariatrik cerrahi hastalarında etkili ağrı yönetimi ile 12. ve 24. saatte ağrı şiddetinin azaltılabileceğini ortaya koymaktadır [161]. Bu çalışma sonuçları; hastalarda ilk 24 saat içinde orta veya şiddetli ağrının olabileceğini ve etkili ağrı yönetimi ile ağrı şiddetinin azaltılabileceğini göstermektedir. Ayrıca bu çalışma bulgularında hastaların ağrı şiddetinin ilk 24 saat içerisinde azalma eğiliminde olması, araştırmanın yapıldığı klinikte ağrı yönetimine önem verildiğini göstermesi açısından, memnun edici bir sonuçtur.

Bariatrik cerrahi hastalarında yeterli ağrı yönetimi sağlanamadığında; ameliyat sonrası deneyimlenen şiddetli ağrı daha fazla opioid kullanımına yol açabilir [159]. Opioidler, ameliyat sonrası hasta konforunu etkileyen bulantı-kusma komplikasyonu için güçlü bir risk faktörüdür [101]. Bulantı-kusma ise ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastaların %65'inde görülebilmekte ve risk faktörlerinin sayısı arttıkça, gelişme oranı da artış

göstermektedir [102]. Özellikle laporoskopik sleeve gastrektomide, ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansının, diğer bariatrik prosedürlere oranla daha yüksek olduğu bildirilmektedir [128,162,163]. Halliday ve ark. (2017) ameliyat sonrası bulantı kusmanın ilk 24 saatte daha kötü olduğunu ve sonraki 4 gün içinde yavaş yavaş düzeldiğini belirtmektedir. Bununla birlikte aynı çalışmada bulantı-kusmanın opioid kullanımı ile yüksek oranda ilişkili olduğu bildirilmektedir [128]. Bu çalışmada ise literatür bilgisinin aksine, ilk 24 saat ameliyat sonrası bulantı-kusma ve öğürme ile ilgilibirden fazla risk faktörü bulunmasına rağmen hastaların kendi değerlendirmelerini içeren semptom deneyimlerinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Bu sonuçlar; Kushner ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında belirttiği gibi hastaların kendi değerlendirmelerini içeren ve katılımını kolaylaştıran ölçüm araçlarının, hasta ile iletişim ve etkileşimin sağlanması sonucu, semptom yoğunluğunda veya sıkıntısında azalmaya yol açabileceğini düşündürmektedir [100]. Bunun yanı sıra literatürde; iyi planlanmış bir ameliyat sonrası ağrı yönetiminin, opioidlere olan ihtiyacı azaltmasının ile birlikte bulantı- kusma üzerinde de olumlu etki yapabileceğine vurgu yapılmaktadır [102]. Nitekim bu çalışmada; ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde iyi yönetildiği düşünülen ağrı şiddeti, hastaların bir kez opioid ilaç alması ile azalma eğilimi göstermiş ve bulantı-kusma-öğürme semptomları üzerinde olumlu yönde katkı sağlamış olabilir.

Cerrahi hastalarında ağrı şiddetini arttıran mekanizmaların ve yaygın bir sorun olmaya devam eden bulantı-kusmanın, uyku kalitesi üzerinde de olumsuz etkileri vardır [115]. Bu çalışmada; her ne kadar hastalar ağrılarının azaldığını ve bulantı-kusma-öğürme semptomlarını az deneyimlediklerini bildirseler de uyku kalitelerini orta düzeyde değerlendirmişlerdir (Tablo 4.6). Uyku kalitesi ve süresinin psikolojik sorunlar da dahil olmak üzere diğer sağlık sorunlarıyla da ilişkili olabileceği düşünüldüğünde, bariatrik cerrahi hastalarının uyku kalitesini ve süresini etkileyebilecek bir dizi psikolojik ve fiziksel durumun bulunabileceğini göz ardı etmemek gerekir [121]. Çünkü sleeve gastrektomi uygulanan hastalarda kötü uyku kalitesi yaklaşık %60 olarak bildirilmektedir [120]. Özellikle fiziksel faktörler arasında yer alan ve bariatrik cerrahi hastalarında sık görülen OUA'nin, kronik hipoksemi ve sistemik inflamasyon gibi etkileri nedeniyle hastalarda opioidlere karşı analjezi duyarlılığını artırıp, uyku bozukluğuna neden olabileceği belirtilmektedir [164]. Toor ve arkadaşları (2011) ise ağrı dışında uyku kalitesinin fiziksel bozucuları arasında nefes almada zorluk, öksürme ve horlama gibi

faktörlerin bariatrik cerrahi hastalarında, genel uyku kalitesinin düşük olmasına katkıda bulunduğunu bildirmektedir [121]. Bu çalışmada hastaların tanı almış OUA sendromu bulunmasa da, Beccuti ve Pannainobozite'nin (2011) belirttiği gibi obezite ile birlikte eşlik edebilecek zorlu solunum, OUA olmadan da uyku problemleri ile ilişkili olabilmektedir [165]. Ayrıca bu çalışmada; hastalar tarafından uyku kaliteleri üzerinde önemli bir faktör olarak bildirilen ortamdaki gürültü düzeyi, diğer cerrahi işlem uygulanan hastalarda [107,114,118] olduğu gibi bariatrik cerrahi hastalarında da uyku örüntüsünün olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Bununla birlikte çalışmada ameliyat öncesi orta düzeyde belirlenen ve hastaların uyku kaliteleri üzerinde etkili psikolojik faktörlerden olan cerrahi korkuya atıf yapılabilir. Nitekim yapılan çalışmalar; cerrahi işlem öncesi anksiyete ve korku duygusu yaşayan hastalarda uyku döngüsünün olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır [166-169].

Cerrahi işleme yönelik korku duygusunu oluşturan nedenler heterojen yapıda olup [44], yirmiden fazla cerrahi korkuya yol açabilecek faktör olduğu belirtilmektedir [48,170]. Sıralanan faktörlerin başında ise sosyo-demografik değişkenler yer almaktadır [171-173]. Bu çalışmanın sonuçları da değişkenler arasında yer alan cinsiyetin, cerrahi korku üzerinde önemli rol oynadığını ve kadınların kısa dönem cerrahi korkularının, erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7). Literatürde rastladığımız birçok çalışma; bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlar sunmaktadır [44,46-48, 171-178]. Hatta genel anestezi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada; korkunun kadınlarda, erkeklerden beş kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir [49]. Kadınlarda daha yüksek görülen bu korkunun nedenleri; aileden uzak kalma [176] ve kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmesi olarak gösterilmektedir [178,179]. Fizyolojik bakış açısı ise kadın ve erkeklerdeki korku ile ilgili farklılıkları kadınların yaşadıkları östrojen ve progesteron düzeylerindeki dalgalanmalar ve olası oral kontraseptif kullanımına bağlı korku duygusunu daha yoğun hissedilebilme olasılığı ile ilişkilendirmektedir [179]. Sonuçlar; kadınların ailelerinden ve evlerinden uzak kalmaya daha hassas olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, tarih boyunca süregelen erkeklerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmesi, Türk Kültüründe erkeğin zayıflığı algısını simgeleyebilmektedir. Dolayısıyla kültürel etki, erkek hastalarda cerrahi korku duygusunu ifade etmenin, zayıflık ve otoritelerini kaybetme algısı ile birlikte duygularını açığa vurmaktan çekinmelerine neden olmuş olabilir.

Cerrahi korkuya neden olan ve cerrahi korkuyu etkileyen faktörler arasında, sosyodemografik etkenler dışında, ameliyat öncesi ve sonrası döneme yönelik hasta deneyimleri de bulunmaktadır [44,46-49]. Bu çalışmada; daha önce ameliyat deneyimi olmayan hastaların cerrahi korku düzeylerinin yüksek olarak belirlenmesi, deneyimin cerrahi korku üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir (Tablo 4.7). Yapılan bazı çalışmalarda bu sonucu desteklemekte ve daha önce ameliyat deneyimi olmayan hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir [25,44,62]. Ameliyat olmanın hastaların hayatında beklenmedik ve belirsizlik içeren bir olayı temsil ettiği düşünüldüğünde [52] çalışma sonuçları, ameliyat öncesi bilinmezlik duygusunun hastalarda yaratmış olduğu korku ile açıklanabilir.

Özellikle bilinmezlik korkusu ile birlikte ağrı ve olası komplikasyonlardan korkma, 18-40 yaş arasında ameliyat olan gençlerde görülen korku nedenleri olarak sıralanmaktadır [47]. Bu çalışma sonuçlarında da hastaların yaş ortalamalarının, 18-40 yaş arasında olduğu (Tablo 4.1) ve komplikasyon gelişen hastaların kısa dönem cerrahi korku düzeyinin gelişmeyenlere göre yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada komplikasyon gelişmesine yönelik bu korku düzeyinin hastalarda %89.6 gibi yüksek bir oranda olduğu bildirilmektedir [171]. Artan korku düzeyi ise yara iyileşmesinde gecikme, daha fazla analjezik ve anestetik kullanımında artma ile birlikte ameliyat esnasında ve sonrasında bazı komplikasyonlara zemin hazırlayabilmektedir [25,48,54,56]. Ayrıca bu çalışma bulgularında da görüldüğü gibi cerrahi korku düzeyi arttıkça hastaların hastanede yatış süresi uzamaktadır (Tablo 4.7). Cerrahi korkunun tüm bu olumsuz etkileri hastaların yaşam kalitesinin azalması ve sosyoekonomik kayıplar ile sonuçlanabilmektedir [55].

Korku gibi duygusal durumlar, cerrahi müdahaleye ve ağrıya verilen bireysel tepkileri etkileyebilmektedir. Bu bağlamda; ameliyat sonrası ağrı oluşumuna etki eden emosyonel faktörlerin bilinmesi, hastalarda uygun tedavi ve bakım uygulamalarının planlanmasına önemli katkı sağlamaktadır [180]. Çalışmada; hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeyine etki eden cerrahi korku faktörü değerlendirildiğinde; uzun döneme yönelik hasta korkuları ile ameliyat sonrası 4. saat ağrı düzeyleri arasında ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Ayrıca; hastaların ameliyat öncesi kısa dönem cerrahi korku düzeyindeki artış, ameliyat sonrası 4. saat ağrı şiddetinde artış ile sonuçlanmaktadır (Tablo 4.9). Bu bulgu; cerrahi korku ve kaygının ameliyattan sonra deneyimlenen ağrının önemli bir

yordayıcısı olduğunu gösteren, önceki çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir [50,71]. Ancak bariatrik cerrahi hastaları ile yapılan bu çalışmanın, yapılan diğer çalışmalardan farklı olan ve dikkat çekilmesi gereken yönü, uzun dönem korku düzeyindeki artışın, ameliyat sonrası 4. saat ağrı şiddeti artışına daha fazla katkı sağlamasıdır (Tablo 4.9). Bu bulgu; her ne kadar psikolojik parametreler ile ağrı algısı arasındaki ilişki iyi kurulmuş olsa da [132], uzun dönem korku deneyiminin bir sonucu olan ağrının; bireyin öznel değerleri ve beklentileri ile de ilişkili olabileceğini [181] düşündürmektedir. Çünkü; bariatrik cerrahi uygulanacak bazı hastalar için ameliyat, yaşamın tüm sorunlarını çözecek mucizevi an olarak anlam ifade ederken, bazı hastalar için kilo yönetiminde başarısızlık, pasiflik ve güçsüzlük olarak algılanabilmektedir [182]. Ameliyattan beklentilerin klinik sonuçlar üzerindeki etkisi bilinmesine rağmen, olumsuz hasta algılarının ve tutumlarının, çoğu zaman tespit edilemediği ve iyi sorgulanıp yönetilmediği belirtilmektedir [183]. Olumsuz beklentilerin ise; hastaların kaygılarını tetiklediği ve artan ağrı şiddetine katkı sağladığı bildirilmektedir [184]. Dolayısıyla; iyi yönetilmeyen uzun döneme ilişkin olumsuz beklenti ve algılar, hastalarda cerrahi korkuyu tetikleyip, ağrı düzeyinde artış gibi istenmeyen klinik sonuçlara yol açmış olabilir. Ayrıca; beklenti ve algılarda obeziteye yönelik sosyal, kültürel ve üremeyle ilgili toplumsal baskılar da dahil çeşitli psikososyal faktörler de etkili olabilir. Bu psikososyal faktörlere karşı oluşan endişelerin, özellikle kadınlarda ameliyat için son derece önemli bir motive edici kaynak olduğu bilinmektedir. Erkekler için ise psikososyal beklentilerden ziyade, morbid obezite ve eşlik eden komorbitelerin, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ile birlikte cerrahi tedavinin önem kazandığı ve ciddi sağlık sorununun çözümü için önemli bir motivasyon kaynağı olduğu bildirilmektedir [185]. Ağrı faktörünün birey ve çevre arasındaki etkileşimin bir ürünü olduğu göz önüne alındığında [181] bu çalışmada; kadınların erkeklere göre, bekarlarında evlilere göre (0.169 birim) ameliyat sonrası 4. saat ağrı şiddetinin azalması, ameliyat öncesi dönemde psikososyal endişelerin, kadın ve bekar hastalar için ameliyattan beklentilerde, bir motivasyon kaynağı olabileceğini ve ameliyat sonrası ağrı şiddetinin azaltılmasında olumlu rol üstlenebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de hastaların psikososyal, demografik ve cerrahi özellikleri gibi faktörlerin ameliyat sonrası ağrı ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir [132,186]. Bariatrik cerrahide bu faktörler arasında obezite ve eşlik eden komorbid hastalıkların kalıcı inflamasyona ve doku hasarına sebep olduğu bilinmektedir. Oluşan hasarların ise bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda sinir sistemi nosiseptif işleminde değişikliklere yol açarak,

deneyimlenen ağrının şiddetini arttırdığı belirtilmektedir [82]. Bu çalışma bulguları da literatür bilgisini desteklemekte ve obez bariatrik cerrahi hastalarında bir birimlik BKİ artışının 12. saat ağrı şiddetinde artışa neden olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra; komorbit durumların eşlik ettiği ASA 2 sınıflamasındaki hastaların, ameliyat sonrası 24. saat ağrı şiddetinde artış olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). Hozumi ve arkadaşları (2018), ameliyat sonrası obez hastalarda ağrı artışını kronik inflamasyona neden olan sitokinlerden olan rezistin serum seviyesi ile ilişkilendirmektedir [187]. Doufas ve arkadaşları (2013) ise obez hastalarda teşhis ve tedavi edilmemiş uyku apnesi komorbitesinin bir sonucu olan gecehipopnelerinin, artan ağrıya neden olabileceğini bildirmektedir [188]. Çalışma sonuçları; bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, hasta özellikleri ile birlikte eşlik edebilecek komorbitelerin de dikkate alınması gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir.

Bariatrik cerrahi hastaları kliniğe başvurduklarında diyabet, karaciğer problemleri ve hipertansiyon gibi hastaya özgü faktörler arasında yer alan komorbitelere sahip olabilirler. Obezite, genel anestezi, laporoskopik girişim ve bu komorbiteler birleştiğinde, ameliyat sonrası bulantı- kusmaya zemin hazırlayan, güçlü bir risk profili oluşabilir [96]. Genel anestezi altında laporoskopik sleve gastrektomi uygulanan hastalarla yapılan bu çalışmada da kronik hastalığı bulunmayanların, ameliyat sonrası bulantı-kusma ve öğürme risk profili hasta lehine doğru değişim göstermiş ve hastalarda semptom deneyiminin azaldığı görülmüştür (Tablo 4. 10). Ameliyat sonrası bulantı ve kusma yönetimine ilişkin güncel kılavuzda; kronik hastalık bulunan hastalarda ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme riski B1 kanıt düzeyinde değerlendirilmiştir. Ayrıca kadın cinsiyet, sigara kullanmama, ameliyat sonrası opioid kullanımı, daha önce semptom ve taşıt tutma deneyimi, anestezi ve ameliyat türü, ameliyat süresi ve yaş gibi hastaya ve cerrahi işleme özgü risk faktörleri de tanımlanmıştır [189]. Bu çalışmada; klavuzda belirtilen ve B1 kanıt düzeyinde değerlendirilen genç yaş faktörü, ameliyat sonrası semptom oluşumu ve sıkıntısı üzerinde etkili olmuş ve hastaların yaşı arttıkça, azalma eğilimi göstermiştir (Tablo 4.10). Literatürde; genç yaşın ameliyat sonrası bulantı-kusma için değiştirilemeyen bir faktör olduğu tanımlanmış ve özellikle 50 yaşın altındaki hastalarda, bulantı kusmaya yönelik semptom insidansının daha sık görüldüğü belirtilmiştir [83,87-89,91]. Ancak yapılan çalışmalardan yola çıkarak oluşturulan klavuzlar, ameliyat sonrası bulantı-kusma ve öğürme risk faktörlerinin kanıt düzeyinin

güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çünkü; Apfel risk tahmin skoruna dayalı tavsiyelerin uygulanmasına rağmen, metabolik ve bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaklaşık %82'inin, bu çalışmadan farklı olarak ameliyat sonrası bulantı-kusmadan muzdarip olduğunu belirtilmektedir [97]. Dolayısıyla bu çalışma sonuçları; bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma deneyimi üzerindeki etkisinde, yaş ve preoperatif komorbite risk faktörlerinin kanıt düzeyinin güçlendirilmesi yönünde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yaş ve ameliyat öncesi komorbidite, ameliyat sonrası uyku bozukluğu ile ilişkili kişisel risk faktörleri arasında da yer almaktadır [115]. Bununla birlikte; psikolojik, cerrahi ve çevresel faktörler dahil olmak üzere çoklu risk faktörleri, hastalarda uyku problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilir [190]. Psikolojik faktörlerden; korku, üzüntü, şüphe, mutluluk gibi duygusal tepkiler bireylerin rahatlamasını ve uykusunu etkiler. Bireyler korktuklarında ihtiyaç duyduklarından daha az uyurlar ve hızlı göz hareketi (REM) uykuları kısalır. Ayrıca hastalarda ameliyat öncesi artan korku, gece uykuya dalmakta güçlük çekilmesine neden olur ve uyku kalitesinin azalmasına yol açabilir [182]. Bu çalışma sonuçları da göstermiştir ki, kısa dönem cerrahi korku, hastaların ameliyat sonrası uyku kalitesinin azalmasında önemli bir etkidir (Tablo 4.11). Benzer şekilde Şahin Altun ve arkadaşları (2017) çalışmalarında; elektif cerrahi bekleyen hastaların cerrahi korku düzeyinin, gece uyku durumları üzerinde olumsuz etkili bir faktör olduğunu belirtmektedir [25]. Yapılan diğer çalışmalarda da; kaygı, stres gibi emosyonel faktörlerin hastalarda uyku kalitesini ve sirkadiyen uyku ritmini etkileyen önemli bir faktör olduğu görülmektedir [27,28]. Korku hissetmek, bir nöroendokrin tepkisini aktive ederek hem sempatik sinir sisteminde hem de hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninde bir tepkiye ve stres hormonlarında artışa neden olur. Sirkadiyen ritim ise stres reaksiyon mekanizmalarının yeterliliğinin önemli bir göstergesidir. Stresin yarattığı nöroendokrin yanıt da sirkadiyen ritmin bozulmasına neden olabilir ve uyku kalitesinin azalmasına yol açabilir [25]. Bariatrik cerrahide ek olarak ameliyat öncesi komorbiditeler, uyku kalitesinin bozulmasına katkı sağlayan faktörler arasındadır. OUA, morbid obezite ile ilişkili en önemli komorbid durumlardan biridir [126]. BKİ 35 kg/m² olan obez popülasyonda, OUA komorbidite prevalansının %60 ila %83 arasında değiştiği bildirilmektedir [181]. Obez bireylerde eşlik eden komorbiditelerle birlikte uyku kalitesinin bozulmasının muhtemel olduğu belirtilmektedir [125]. Bu çalışma sonuçları da komorbiditelerin eşlik

ettiği ASA 2 skoruna sahip hastaların, komorbitesi olmayan ASA 1 skoruna sahip hastalara göre ameliyat sonrası uyku kalitelerinin azaldığını doğrulamaktadır (Tablo 4.11). Dolayısıyla hastaların ameliyat öncesi uyku kalitesi, ameliyat sonrası erken dönem uyku kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmada da, ameliyat öncesi uyku kalitesi bir birimlik artış gösteren hastalarda, ameliyat sonrası uyku kalitesi puanları artış göstermektedir (Tablo 4.11). Ne yazık ki; uyku kalitesinin öneminin bilinmesine rağmen, uyku problemleri cerrahi süreçte zorlu bir problem olmaya devam etmektedir [115]. Yapılan çalışmalarda, cerrahi hastalarının yaklaşık %8.8 ila 79.1 oranında değişen ameliyat öncesi kötü uyku kalitesine sahip olduğunu [191-193] ve uyku problemlerinin ameliyattan sonra da uzun süre devam ettiğini bildirilmektedir [190]. Bununla birlikte; ameliyat travması, anestezi tipi ve farklı anestezi kler cerrahi süreçte, uyku fonksiyonunu ve uyku döngüsünü değiştirebilir. Ameliyat sonrası ağrı, bulantı ve kusma gibi semptomlar da hastalarda ameliyat sonrası uyku kalitesini azaltabilir [115]. Kötü uyku stresi ile cerrahi stres birleştiğinde ise katabolik aktivite ve doku yıkımı artar, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen anabolik aktivitenin azalması ile sonuçlanabilir. Bu nedenle; bariatrik cerrahi hastalarında yeterli uyku ihtiyaı ile birlikte uyku kalitesine etki eden faktörler hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası hemşirelik bakımında dikkate ele alınmalıdır [116].

6. BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Laparoskopik sleeve gastrektomi yöntemi kullanılarak bariatrik cerrahi uygulanan hastalar ile yapılan bu çalışma sonuçlarında, ameliyat öncesi dönemde hastaların orta düzeye yakın bir cerrahi korkusu (30.02 ± 14.05) bulunduğu belirlendi. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası uzun dönem korkularından (10.27 ± 8.15) ziyade kısa dönem korkularının (19.75 ± 8.60) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Ameliyat sonrası dönemde, hastalarda ağrı şiddeti 4. saatte orta düzeydeydi (4.91 ± 1.92) ve ilk 24 saat içinde giderek azalma eğilimi gösterdi (12. saat: 2.67 ± 1.50 ; 24. saat: 1.29 ± 1.23) (Tablo 4.4). Ayrıca çalışma da ilk 24 saat postoperatif bulantı-kusma ve öğürme ile ilgili hastaların kendi değerlendirmelerini içeren tüm semptom deneyimi puanlarının düşük düzeyde olduğu görüldü (Tablo 4.5). Hastaların uyku kalitesi puanları ise orta düzeyde ve uyku kalitelerini etkileyen en önemli faktörün ortamdaki gürültü düzeyi olduğu (83.14 ± 23.21) belirlendi (Tablo 4.6).

Ameliyat öncesi kadın hastaların, daha önce ameliyat olmayanların ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişen hastaların CKÖ-K puanları daha yüksekti. Ayrıca hastanede yatış süresi uzun olan hastaların ve daha önce ameliyat olmayan hastaların CKÖ toplam ve CKÖ-U dönem korkuları daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Ameliyat öncesi hastaların cerrahi korku düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerinin, ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma-öğürme ve uyku kalitesi ile ilişkisi değerlendirildiğinde; CKÖ-U ile 4. saat ağrı puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (Tablo 4.8) ve hastaların 4. saat ağrı şiddetini CKÖ-K ve CKÖ-U dönem korkularının artırdığı belirlendi (Tablo 4.9). Ayrıca, 4. saat ağrı şiddetinin kadınların erkeklere göre (0.275 birim) ve bekarların evlilere göre (0.169 birim) azaldığı saptandı. BKİ'deki bir birimlik artış, hastaların 12. saat ağrı artışı (0.239); ASA 2 skoruna sahip olma ise 24. saat ağrı artışı (0.504) ile ilişkili faktörlerdi (Tablo 4.9).

Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma ve öğürme semptom deneyiminin azalmasında kronik hastalık bulunmama (0.049 birim); semptom oluşumu (0.241 birim) ve semptom

sıkıntısının (0.238 birim) azalmasında ise hasta yaşındaki bir birimlik artışın etkili olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Hastaların ameliyat sonrası uyku kalitesini azaltan faktörler de, CKÖ-K'da artış (0.216 birim) ve ASA 2 skoruna sahip olmaydı (0.245 birim). Bununla birlikte; hastaların ameliyat öncesi uyku kalitesinin iyi olması, ameliyat sonrası uyku kalitesinde artış (0.273 birim) ile ilişkiliydi (Tablo 4.11).

6.2. Öneriler

- Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat öncesi dönem psikolojik hazırlığında, cerrahi korkuları ile birlikte hasta tanımlayıcı özelliklerinin de dikkate alınması,
- Ameliyat sonrası ilk 24 saat; ağrı şiddetinin çok boyutlu değerlendirilmesi ve ağrı yönetiminde hastalarda bulunan risk faktörleri ile birlikte psikolojik faktörlerin de göz ardı edilmemesi,
- Perioperatif süreçte, eşlik eden komorbitelerin yönetimi için gerekli önlemlerin alınması,
- Ameliyat öncesi hastaların bariatrik cerrahiye yönelik beklenti ve algıların multidisipliner ekip çerçevesinde değerlendirilmesi ve yönetilmesi,
- Hastaların uyku kalitesinin azalmasına neden olan psikolojik ve fizyolojik faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Çalışmanın kanıt düzeyinin güçlendirilmesi için araştırmaların sürdürülmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Aydın E, Bulut H. "Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı." *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(1):77-82, 2014.
2. Sierra-Murguiá M, Vite-Sierra A, Ramos-Barragán V, López-Hernández JC, Rojano-Rodríguez ME, Torres-Tamayo M. "Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and the correlation between obesity level and psychological variables." *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12(3):405-414, 2012.
3. Boniecka I, Wilenska H, Jeznach-Steinhagen A. "Stress as a factor contributing to obesity in patients qualified for bariatric surgery." *Videosurgery Other Miniinvasive Tech*, 12(1):60-67, 2017.
4. Otlamaz İ, Ece İ. "Obezite cerrahisinde hemşirelik bakımı." *Selçuk Tıp Dergisi*, 32(2):52-55, 2016.
5. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. "Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient" *Surg Obes Relat Dis*, 9(2):159-191, 2013.
6. Orlando G, Gervasi R, Luppino IM, et al. "The role of a multidisciplinary approach in the choice of the best surgery approach in a super-super-obesity case." *Int J Surg*, 12:103-106, 2014.
7. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, et al. "Clinical Guidelines Meta-Analysis: Surgical treatment of obesity." *Ann Intern Med*, 142:547-559, 2005.
8. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, et al. "Bariatric surgery and long-term cardiovascular events." *JAMA*, 307(1):56, 2012.
9. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, et al. "Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients." *Ann Surg*, 240(3):416-424, 2004.
10. Schigt A, Gerdes VEA, Cense HA, et al. "Bariatric surgery is an effective treatment for morbid obesity." *Neth J Med*, 71(1):4-9, 2013.
11. Greenberg I, Sogg S, Perna FM. "Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update." *Obesity*, 17(5):880-884, 2009.

12. Mulligan A, Young LS, Randall S, et al. "Best practices for perioperative nursing care for weight loss surgery patients." *Obes Res*, 13(2):267-273, 2005.
13. Bağdigen M, Karaman Özlü Z. "Validation of the turkish version of the surgical fear questionnaire." *J PeriAnesthesia Nurs*, 33(5):708-714, 2018.
14. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke H-F, Marcus MA. "Preoperative anxiety and catastrophizing." *Clin J Pain*, 28(9):819-841, 2012.
15. Aykent R, Kocamanoğlu İs, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. "Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması." *Turkiye Klin J Anesthesiol Reanim*, 5(1):7-13, 2007.
16. Aubrun F, Mazoit J-X, Riou B. "Postoperative intravenous morphine titration." *Br J Anaesth*, 108(2):193-201, 2012.
17. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. "Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes 5-year outcomes." *N Engl J Med*, 376(7):641-651, 2017.
18. Anderson JG, Suchicital L, Lang M, et al. "The effects of healing touch on pain, nausea, and anxiety following bariatric surgery: a pilot study." *Explore*, 11(3):208-216, 2015.
19. Moussa AA, Oregan PJ. "Prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic bariatric surgery - Granisetron alone vs granisetron combined with dexamethasone/droperidol ." *Middle East J Anesthesiol*, 19(2):357-367, 2007.
20. De Oliveira GS, Duncan K, Fitzgerald P, Nader A, Gould RW, McCarthy RJ. "Systemic lidocaine to improve quality of recovery after laparoscopic bariatric surgery: a randomized double-blinded placebo-controlled trial." *Obes Surg*, 24(2):212-218, 2014.
21. Aktaş YY, Gürçayır D, Atalay C. "Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar." *Dicle Tıp Derg*, 45: 341-351, 2018.
22. Apfel CC, Turan A, Souza K, Pergolizzi J, Hornuss C. "Intravenous acetaminophen reduces postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis." *Pain*, 154(5):677-689, 2013.

23. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, et al. "Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting". *Br J Anaesth*, 109(5):742-753, 2012.
24. Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K. "The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy." *J Anesth*, 28(2):222-227, 2014.
25. Altun Ö. Özlü Z. Olçun Z. Kaya M. "Does the fear of surgery prevent patients from sleeping?" *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*, 20(4):260-266, 2017.
26. Wright CE, Schnur JB, Montgomery GH, Bovbjerg DH. "Psychological factors associated with poor sleep prior to breast surgery: An exploratory study." *Behav Med*, 36(3):85-91, 2010.
27. Sheizaf B, Almog B, Salamah K, Shehata F, Takefman J, Tulandi T. "A pragmatic evaluation of sleep patterns before gynecologic surgery." *GynecolSurg*, 8(2):151-155, 2011.
28. Ito Y, Iida T, Yamamura Y, et al. "Relationships between salivary melatonin levels, quality of sleep, and stress in young japanese females." *Int J Tryptophan Res*, 6:1, 2013.
29. Altunkaya N. "Bariatrik cerrahi uygulanan olgularda; melatonin, kortizol, vücut ısısı değişikliklerinin ve melatonin seviyesi ile analjezi ihtiyacı arasındaki ilişkinin incelenmesi." *TC Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı(Uzmanlık Tezi) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2017.
30. Weinhouse GL, Schwab RJ. "Sleep in the Critically ill Patient." *Sleep*, 29(5):707-716, 2006.
31. Cimilli C. "Cerrahide anksiyete." *Klin Psikiyat Derg*, 4:182-186, 2001.
32. Razera APR, Braga EM. "A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória." *Rev da Esc Enferm da USP*, 45(3):632-637, 2011.
33. Ferreira MBG, Felix MM dos S, Galvão CM. "Nursing care in the perioperative period for patients undergoing bariatric surgery." *Rev da Rede Enferm do Nord*, 15(4):710-719, 2014.
34. Khwaja HA, Bonanomi G. "Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications." *Curr Anaesth Crit Care*, 21(1):31-38, 2010.

35. Kulick D, Hark L, Deen D. "The Bariatric Surgery Patient: A Growing Role for Registered Dietitians." *J Am Diet Assoc*, 110(4):593-599, 2010.
36. Mancini MC. "Bariatric surgery – An update for the endocrinologist." *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 58(9):875-888, 2014.
37. Piché M-È, Auclair A, Harvey J, Marceau S, Poirier P. "How to Choose and Use Bariatric Surgery in 2015." *Can J Cardiol*, 31(2):153-166, 2015.
38. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al. "Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures" *Endocr Pract*, 25(12):1346-1359, 2019.
39. Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, et al. "Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP." *Surg Endosc*, 34(6):2332-2358, 2020.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı "Obezite ve Metabolik Cerrahi Klinik Protokolü" Ankara, 1199;51, 2021.
41. Petcu A. "Comprehensive care for bariatric surgery patients." *AACN Advanced Critical Care*, (28):263-274, 2017.
42. Santos JC dos, Ferreira JDL, Lima CLJ de, et al. "Nursing in the pre and postoperative of bariatric surgery." *Int Arch Med*. 10:1-9, 2017.
43. Nijkamp MD, Ruiter RAC, Roeling M, Borne B Van Den. "Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery." *Patient Educ Couns*, 47:265-272, 2002.
44. Theunissen M, Peters ML, Schouten EGW, et al. "Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery." *Plos One*, 9(6): e100225, 2014
45. Theunissen M, Jonker S, Schepers J, et al. "Validity and time course of surgical fear as measured with the Surgical Fear Questionnaire in patients undergoing cataract surgery." *Plos One*, 13(8): e0201511, 2018.

46. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. "Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients." *J Anesth*, 27(1):104-108, 2013.
47. Fernandez Lobato RC, Soria-Aledo V, Jover Navalón JM, Calvo Vecino JM. "National survey on patient's fears before a general surgery procedure." *Cirugía Española*, 93(10):643-650, 2015.
48. Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-Ilmonen M. "Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process." *Int J Nurs Stud*, 39(8):811-822, 2002.
49. Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. "Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study." *Saudi J Anaesth*, 10(3):317-321, 2016.
50. Mete Z, Avci Işık S. "Determination of the relationship between surgical fear levels and postoperative pain levels in patients undergoing total knee prosthesis surgery." *Turkiye Klin J Nurs Sci*, 12(3):337-347, 2020.
51. Bheemanna N, Channaiah SD, Gowda P V., Shanmugham V, Chanappa N. "Fears and perceptions associated with regional anesthesia: A study from a tertiary care hospital in South India." *Anesth Essays Res*, 11(2): 483-488, 2017.
52. Cheng JYJ, Wong BWZ, Chin YH, et al. "Preoperative concerns of patients undergoing general surgery." *Patient Educ Couns*, 104(6):1467-1473, 2021.
53. Shahmansouri N, Janghorbani M, Salehi Omran A, et al. "Effects of a psychoeducation intervention on fear and anxiety about surgery: Randomized trial in patients undergoing coronary artery bypass grafting." *Psychol Health Med*, 19(4):375-383, 2014.
54. Cakir G, Gursoy A. "The effect of pre-operative distress on the perioperative period." *Journal of Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 2(3):1-3, 2017.
55. Masjedi M, Ghorbani M, Managheb I, et al. "Evaluation of anxiety and fear about anesthesia in adults undergoing surgery under general anesthesia." *Acta Anaesthesiol Belg*, 68(1):25-29, 2017.

56. Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, da Graça Pereira M, de Carvalho EC. "The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: Randomized controlled trial." *Rev Lat Am Enfermagem*, 26: e3027, 2018.
57. Al-Taiar A, Al-Sabah R, Elsalawy E, Shehab D, Al-Mahmoud S. "Attitudes to knee osteoarthritis and total knee replacement in Arab women: A qualitative study." *BMC Res Notes*, 6(1): 6:406, 2013.
58. Suriano MLF, Michel JM, Zeitoun SS, Herdman TH, de Barro ALBL. "Consensual validation of the nursing diagnoses fear and anxiety identified at the immediate preoperative period in patients undergoing elective surgery." *Int J Nurs Terminol Classif*, 22(3):133-141, 2011.
59. Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM. "Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery." *Rev Fac Med*, 66(2):195-200, 2018.
60. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. "Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment." *J Perianesthesia Nurs*, 31(6):495-503, 2016.
61. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. "Preoperative education for hip or knee replacement." *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(5):CD003526, 2014.
62. Dursun A. "Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi". *Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2018.
63. Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S, et al. "Development of severe postoperative pain." *Anesthesiology*, 120(5):1237-1245, 2014.
64. Faydali S. "Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı quality use of analgesics in surgical patients." *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010: 83-91, 2010.

65. Rudin Å, Wölner-Hanssen P, Hellbom M, Werner MU. "Prediction of postoperative pain after a laparoscopic tubal ligation procedure." *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(7):938-945, 2008.
66. Tighe PJ, Le-Wendling LT, Patel A, Zou B, Fillingim RB. "Clinically derived early postoperative pain trajectories differ by age, sex, and type of surgery." *Pain*, 56(4):609-617, 2015.
67. Büyükyılmaz F. Aştı T."Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı." *J Anatolia Nurs Heal Sci*, 12(2):84-93, 2009.
68. Tai YH, Wu HL, Lin SP, Tsou MY, Chang KY. "Influential factors of postoperative pain trajectories in patients receiving intravenous patient-controlledanalgesia: A single-centre cohort study in Taiwan." *BMJ Open*, 9(11):1-7, 2019.
69. Ceyhan D, Güleç MS. "Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı midir?" *Agri*. 22(2):47-52, 2010.
70. Hariharan S. "Do patient psychological factors influence postoperative pain?" *Pain Manag*, 6(6):511-513, 2016.
71. Ip HYV, Abrishami A, Peng PWH, Wong J, Chung F. "Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review." *Anesthesiology*, 111(3):657-677, 2009.
72. Lin SP, Chang KY, Chen HH, Tsou MY. "Predicting procedure-specific morphine consumption of intravenous patient-controlled analgesia with random- effect model approach." *Clin J Pain*, 35(1):43-49, 2019.
73. Chan JJI, Thong SY, Tan MGE. "Factors affecting postoperative pain and delay in discharge from the post-anaesthesia care unit: A descriptive correlational study." *Proc Singapore Healthc*, 27(2):118-124, 2018.
74. LeMone P, Burke KM, Bauldoff G, et al, eds. Medical–Surgical Nursing: Clinical Reasoning in Patient Care. 6ed. *Canada: Pearson Australia Group*, 2017.
75. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Eds. Medical-Surgical Nursing Assessmentand Management of Clinical Problems. *Canada: Elsevier Health Sciences*, 2014.

76. Sundbom M. "Laparoscopic revolution in bariatric surgery." *World J Gastroenterol*, 20(41):15135-15143, 2014.
77. Safari S, Rokhtabnak F, Djalali Motlagh S, Ghanbari Garkani M, Pournajafian A. "Effect of intraperitoneal bupivacaine on postoperative pain in laparoscopic bariatric surgeries." *Surg Obes Relat Dis*, 16(2):299-305, 2020.
78. Ruiz-Tovar J, Muñoz JL, Gonzalez J, et al. "Postoperative pain after laparoscopic sleeve gastrectomy: comparison of three analgesic schemes (isolated intravenous analgesia, epidural analgesia associated with intravenous analgesia and port-sites infiltration with bupivacaine associated with intraven." *Surg Endosc*, 31(1):231-236, 2017.
79. Pasquier EK, Andersson E. "Pulmonary recruitment maneuver reduces pain after laparoscopic bariatric surgery: a randomized controlled clinical trial." *Surg Obes Relat Dis*, 14(3):386-392, 2018.
80. Franke A, Lante W, Fackeldey V, et al. "Pro-inflammatory cytokines after different kinds of cardio-thoracic surgical procedures: Is what we see what we know?" *Eur J Cardio-thoracic Surg*, 28(4):569-575, 2005.
81. Ferreira AT, Duarte NMC, Caetano AMM, et al. "Postoperative pain following bariatric surgery: Correlation between intensity and clinical-surgical variables." *Bariatric Surg Pract Patient Care*, 14(2):57-61, 2019.
82. Stefanik JJ, Felson DT, Apovian CM, et al. "Changes in pain sensitization after bariatric surgery." *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 70(10):1525-1528, 2018.
83. Shaikh S, Nagarekha D, Hegade G, Marutheesh M. "Postoperative nausea and vomiting: A simple yet complex problem." *Anesth Essays Res*, 10(3):388-96, 2016.
84. Kasap E, Yüceyar H. "Bulantı-kusma ve yaklaşım." *Güncel Gastroenteroloji*, 13(3):148-152, 2009.
85. Hyland S., Brockhouse K. Vincent S. "Postoperative nausea and vomiting." *Ann Palliat Med*, 1(2):120-126, 2012.
86. Zhong W, Shahbaz O, Teskey G, et al. "Mechanisms of nausea and vomiting: Current knowledge and recent advances in intracellular emetic signaling systems." *Int J Mol Sci*, 22(11):1-33, 2021.

87. Koyuncu O, Urfali S, Hakimoğlu S, Taşdoğan AM. "Strategies to prevent postoperative nausea and vomiting." *Turk Onkol Derg*, 35(3):349-355, 2020.
88. Elsaid RM, Namrouti AS, Samara AM, Sadaqa W, Zyoud SH. "Assessment of pain and postoperative nausea and vomiting and their association in the early postoperative period: an observational study from Palestine." *BMC Surg*, 21(1):1-9, 2021.
89. SJ Stephenson, M Jiwanmall, NE Cherian, S Kamakshi, A Williams. "Reduction in post-operative nausea and vomiting (PONV) by preoperative risk stratification and adherence to a standardized anti emetic prophylaxis protocol in the day-care surgical population." *J Fam Med Prim care*, 10(2):865-70, 2021.
90. Eberhart LHJ. "Patient preferences for immediate postoperative recovery." *Br J Anaesth*, 89(5):760-76, 2002.
91. Moon YE. "Postoperative nausea and vomiting." *Korean J Anesthesiol*, 67(3):164-170, 2014.
92. Son J, Yoon H. "Factors affecting postoperative nausea and vomiting in surgical patients." *J Perianesthesia Nurs*, 33(4):461-470, 2018.
93. AlJabari A, Massad I. "Post-operative nausea, vomiting and pain score in post anesthesia care unit (PACU) at Jordan University Hospital." *J Anesth Clin Res*, 2016: 07 (01), 2016.
94. Steinhorsdottir KJ, Kehlet H, Aasvang EK. "Surgical stress response and the potential role of preoperative glucocorticoids on post-anesthesia care unit recovery." *Minerva Anesthesiol*, 83(12):1324-1331, 2017.
95. Brampton W, Dryburgh IR, Wynn-Hebden A, Kumar A. "Simplified measures of postoperative nausea and vomiting do not transfer to other populations." *Br J Anaesth*, 111(4):677-678, 2013.
96. Varner KL, March AL. "Prevention of nausea and vomiting after laparoscopic sleeve gastrectomy: Are we doing enough?" *AANA J*, 88(2):142-147, 2020.
97. Ziemann-Gimmel P, Schumann R, English W, Morton J, Wadhwa A. "Preventing nausea and vomiting after bariatric surgery: is the Apfel risk prediction score enough to guide prophylaxis?" *Obes Surg*, 30(10):4138-4140, 2020.

98. Aftab H, Fagerland MW, Gondal G, Ghanima W, Olsen MK, Nordby T. "Pain and nausea after bariatric surgery with total intravenous anesthesia versus desflurane anesthesia: a double blind, randomized, controlled trial." *Surg Obes Relat Dis*, 15(9):1505-1512, 2019.
99. Iqbal IM, Spencer R. "Postoperative nausea and vomiting." *Anaesth Intensive Care Med*, 13(12):613-616, 2012.
100. Kushner BS, Freeman D, Sparkman J, Salles A, Eagon JC, Eckhouse SR. "Assessment of postoperative nausea and vomiting after bariatric surgery using a validated questionnaire." *Surg Obes Relat Dis*, 16(10):1505-1513, 2020.
101. Eisenlohr J, Zeuzem C, Dudok S, Karcz K, Hofmann-Kiefer K, Groene P. "Postoperative nausea and vomiting in bariatric surgery in comparison to non-bariatric gastric surgery." *Wideochirurgia I Inne Tech Maloinwazyjne*, 14(1):90-95, 2019.
102. Halliday TA, Sundqvist J, Hultin M, Walldén J. "Post-operative nausea and vomiting in bariatric surgery patients: an observational study." *Acta Anaesthesiol Scand*, 61(5):471-479, 2017.
103. Celio A, Bayouth L, Burruss MB, Spaniolas K. "Prospective Assessment of Postoperative Nausea Early After Bariatric Surgery." *Obes Surg*, 29(3):858-861, 2019.
104. Tayne S, Merrill CA, Shah SN, Kim J, Mackey WC. "Risk factors for 30-day readmissions and modifying postoperative care after gastric bypass surgery." *J Am Coll Surg*, 219(3):489-495, 2014.
105. Merkow RP, Ju MH, Chung JW, et al. "Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States." *JAMA*, 313(5):483-495, 2015.
106. Vieira V, Oliveira L. "Sleep quality assessment in ambulatory surgery patients." *Ambul Surg*, 25(3):92-100, 2019.
107. Park MJ, Yoo JH, Cho BW, Kim KT, Jeong W-C, Ha M. "Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients." *Environ Health Toxicol*. 29(14): 80-81, 2014.

108. Sobhy E, Negm A. "Factors affecting sleep-quality for patients in medical and surgical departments." *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(3), 556-567, 2019.
109. Prakrithi S, Chandran S, Kishor M, Pradeep T. "A comparative study of the quality of sleep in patients in the ward: Pre and postsurgery in a tertiary care hospital in South India." *Muller J Med Sci Res*, 10(1):1-7, 2019.
110. Crivello A, Barsocchi P, Girolami M, Palumbo F. "The meaning of sleep quality: a survey of available technologies." *IEEE Access*, (7):167374-167390, 2019.
111. Manzoli JPB, Correia MDL, Duran ECM. "Conceptual and operational definitions of the defining characteristics of the nursing diagnosis disturbed sleep pattern." *Rev Lat Am Enfermagem*, 26(3):105-9, 2018.
112. Al Khatib HK, Hall WL, Creedon A, et al. "Sleep extension is a feasible lifestyle intervention in free-living adults who are habitually short sleepers: A potential strategy for decreasing intake of free sugars? A randomized controlled pilot study." *Am J Clin Nutr*, 107(1):43-53, 2018.
113. Leung JM, Sands LP, Newman S, et al. "Preoperative Sleep Disruption and Postoperative Delirium." *J Clin Sleep Med*, 11(8):907-913, 2015.
114. Atar N, Kirbiyik E, Kaya N, Kaya H. "Patients' sleep quality and factors affecting sleep in surgery clinic of one university hospital." *Turkiye Klin J Nurs Sci*, 4(May 2014):74-84, 2012.
115. Li S, Song B, Li Y, Zhu J. "Effects of intravenous anesthetics vs inhaled anesthetics on early postoperative sleep quality and complications of patients after laparoscopic surgery under general anesthesia." *Nat Sci Sleep*, 13:375-382, 2021.
116. Dolan R, Huh J, Tiwari N, Sproat T, Camilleri-Brennan J. "A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients." *Ann Med Surg*.6:(2016)1-5, 2016.
117. Rampes S, Ma K, Divecha YA, Alam A, Ma D. "Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes." *J Biomed Res*, 34(4):271-280, 2020.

118. Wesselius HM, Van Den Ende ES, Alsma J, et al. "Quality and quantity of sleep and factors associated with sleep disturbance in hospitalized patients." *JAMA Intern Med*, 178(9):1165-1171, 2018.
119. Pinto TF, de Bruin PFC, de Bruin VMS, Lopes PM, Lemos FN. "Obesity, hypersomnolence, and quality of sleep: the impact of bariatric surgery." *Obes Surg*, 27(7):1775-1779, 2017.
120. Lawson JL, Wiedemann AA, Carr MM, Ivezaj V, Duffy AJ, Grilo CM. "Examining sleep quality following sleeve gastrectomy among patients with loss-of-control eating." *Obes Surg*, 29(10):3264-3270, 2019.
121. Toor P, Kim K, Buffington CK. "Sleep quality and duration before and after bariatric surgery." *Obes Surg*, 22(6):890-895, 2012.
122. Morselli L, Leproult R, Balbo M, Spiegel K. "Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite." *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 24(5):687-92, 2010.
123. N. Simpson, S. Banks, S. Arroyo, D. Dinges "Effects of sleep restriction on adiponectin level in healthy men and women." *Physiol Behav*, 101(5):693-698, 2011.
124. Knutson KL, Spiegel K, Penev P, Van Cauter E. "The metabolic consequences of sleep deprivation." *Sleep Med Rev*, 11(3):163-178, 2007.
125. Araghi MH, Jagielski A, Neira I, et al. "The complex associations among sleep quality, anxiety-depression, and quality of life in patients with extreme obesity." *Sleep*, 36(12):1859-1865, 2013.
126. Dilektasli E, Dilektasli AG. "Laparoscopic Sleeve gastrectomy improves excessive daytime sleepiness and sleep quality 6 months following surgery: A prospective cohort Study." *Adv Ther*, 33(5):774-785, 2016.
127. Banicek J, Butcher D. "Acute pain management following Roux-en-Y gastric bypass surgery." *Nurs Stand*, 25(18):35-40, 2011.
128. TA Halliday, J Sundqvist, M Hultin, et al. "Post-operative nausea and vomiting in bariatric surgery patients: an observational study." *Acta Anaesthesiol Scand*, 61(5):471-479, 2017.

129. Erdemir F. "*Hemşirelik Tanıları El Kitabı 2021*" Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2021
130. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Dokuz HF. "Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları." *Çağdaş Tıp Derg*, 8(1):60-66, 2018.
131. Erden S. "Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri." *Van Tıp Derg*, 22(4):332-336, 2015.
132. Gravani S, Matiatou M, Nikolaidis PT, et al. "Anxiety and Depression Affect Early Postoperative Pain Dimensions after Bariatric Surgery." *J Clin Med*, 10(1):53-54, 2020.
133. Ide P, Farber ES, Lautz D. "Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient." *AORN J*, 88(1):30-58, 2008.
134. British Pain Society. Pain Summit 2011. Published online 2011. https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/members_articles_pain_summit_report.pdf
135. Drake G & Williams, ACDC. Nursing education interventions for managing acute pain in hospital settings: a systematic review of clinical outcomes and teaching methods. *Pain Manag Nurs*, 18(1): 3-15, 2017.
136. Gürarslan Baş N, Karatay G, Bozoğlu Ö, Akay M, Kunduraci E, Aybek H. "Postoperative pain management: Nursing practices." *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*, 3(2):40-49, 2016.
137. Zografakis Sfakianakis M, Karteraki M, Panayiota K, et al. "Effect of music therapy intervention in acute postoperative pain among obese patients." *Int J Caring Sci*, 10(10):2-938-945, 2017.
138. Keeth S, D'Errico E, Champlin AM. "A Nurse-led evidence-based practice protocol to reduce postoperative nausea and vomiting in the bariatric surgery patient." *J Perianesthesia Nurs*, 35(6):574-579, 2020.
139. Dubose JR, Hadi K. "Improving inpatient environments to support patient sleep." *Int J Qual Heal Care*, 28(5):540-553, 2016.
140. Norton C, Flood D, Brittin A, Miles J. "Improving sleep for patients in acute hospitals." *Nurs Stand*, 29(28):35-42, 2015.

141. Li SY, Wang TJ, Vivienne Wu SF, Liang SY, Tung HH. "Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit." *J Clin Nurs*, 20(3-4):396-407, 2011.
142. Su CP, Lai HL, Chang ET, Yiin LM, Perng SJ, Chen PW. "A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit." *J Adv Nurs*, 69(6):1377-1389, 2013.
143. Hajibagheri A, Babaii A, Adib-Hajbagheri M. "Effect of rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: A randomized controlled trial." *Complement Ther Clin Pract*, 20(3):159-163, 2014.
144. Chong MS, Tan KT, Tay L, Wong YM, Ancoli-Israel S. "Bright light therapy as part of a multicomponent management program improves sleep and functional outcomes in delirious older hospitalized adults." *Clin Interv Aging*, 8:565-572, 2013.
145. BM F, J E, Fitzgerald BM, Elder J. "Will a 1-Page Informational Handout Decrease Patients' Most Common Fears of Anesthesia and Surgery?" *J Surg Educ*, 65(5):359-363, 2018.
146. K Ho, R Hawa, S Wnuk, A Okrainec, T Jackson, S Sockalingam. "The psychosocial effects of perioperative complications after bariatric surgery." *Psychosomatics*, 59(5):452-463, 2018.
147. KA Hillstrom, JK Groves. "A review of depression and quality of life outcomes in adolescents post bariatric surgery." *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 28(1):50-59, 2015.
148. Kvaalem IL, Bergh I, von Soest T, Rosenvinge JH, Johnsen TA, Martinsen EW, ... & Kristinsson JA. A comparison of behavioral and psychological characteristics of patients opting for surgical and conservative treatment for morbid obesity. *BMC obesity*, 3(1): 1-11, 2015.
149. Cline ME, Herman J, Shaw ER, & Morton RD. "Standardization of the visual analogue scale." *Nurs Res*, 41(6):378-380, 1992.

150. Eti-aslan F. "Ağri değerlendirme yöntemleri." *C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):9-16,2002.
151. Rhodes V MR. "The index of nausea, vomiting and retching: A new format of the index of nausea and vomiting." *Oncol Nurs Forum*, 26:889-894, 1999.
152. Gen F. "Meme Kanserli Hastalarda Akupresr Uygulamasının Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusma Ve Anksiyete zerine Etkisi" *Atatrk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Anabilim Dalı Doktora Tezi*, Erzurum, 2010.
153. KC. Richards. "Techniques for measurement of sleep in critical care." *Focus Crit Care*, 14(4):34-40, 1987.
154. Karaman zl Z, zer N. "Richard-Campbell Sleep Questionnaire Validity And Reliability Study." *J Turkish Sleep Med*, 2(2):29-32, 2015.
155. Iamaroon A, Tangwiwat S, Nivatpumin P, Lertwacha T, Rungmongkolsab P, Pangthipampai P. "Risk factors for moderate to severe pain during the first 24 hours after laparoscopic bariatric surgery while receiving intravenous patient- controlled analgesia." *Anesthesiol Res Pract*, 7, 2019.
156. Ng JJ, Shabbir A. "Reply to "Pain Control After Bariatric Surgery: We Still Need More Answers."" *Obes Surg*, 28(5):1418, 2018.
157. Celik F, Edipoglu IS. "Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score" *Eur J Med Res*, 23(1):1-10, 2018.
158. Wang J, Echevarria GC, Doan L, et al. "Effects of a single subanaesthetic dose of ketamine on pain and mood after laparoscopic bariatric surgery: A randomised double-blind placebo controlled study." *Eur J Anaesthesiol*, 36(1):16-24, 2019.
159. Weingarten TN, Sprung J, Flores A, Oviedo Baena AM, Schroeder DR, Warner DO. "Opioid requirements after laparoscopic bariatric surgery." *Obes Surg*, 21(9):1407-1412, 2011.
160. Hartwig M, Allvin R, Bckstrm R, Stenberg E. Factors Associated with Increased "Experience of Postoperative Pain after Laparoscopic Gastric Bypass Surgery." *Obes Surg*, 27(7):1854-1858, 2017.

161. Ng JJ, Leong WQ, Tan CS, et al. "A Multimodal Analgesic Protocol Reduces Opioid-Related Adverse Events and Improves Patient Outcomes in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy." *Obes Surg*, 27(12):3075-3081, 2017.
162. Major P, Stefura T, Małczak P, et al. "Postoperative care and functional recovery after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass among patients under ERAS protocol." *Obes Surg*, 28(4):1031-1039,2018.
163. Ziemann-Gimmel P, Goldfarb AA, Koppman J, Marema RT. "Opioid-free total intravenous anaesthesia reduces postoperative nausea and vomiting in bariatric surgery beyond triple prophylaxis." *Br J Anaesth*, 112(5):906-911, 2014.
164. S. Rahman, Ahmed Zaghw OE, Dhari Almenshid MR, Alali MI and M. "Management of Acute Pain in Obese Patients with Sleep Apnea." *Pain Manag Spec Circumstances*, 7: (114-131), 2018.
165. Beccuti G, Şimşek A. "Sleep and obesity." *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 14(4):402–412, 2011.
166. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. "Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review." *Obes Rev*, 12(2):142-148, 2011.
167. Sharman M, Hensher M, Wilkinson S, et al. "What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?" *Heal Expect*, 20(1):35-46, 2017.
168. Ristanto A, Caltabiano ML. Psychological support and well-being in post- bariatric surgery patients." *Obes Surg*, 29(2):739-743, 2019.
169. Karagülle OO, Yavuz E, Gülçiçek OB, et al. "Psychological well-being and marital satisfaction in response to weight loss after bariatric surgery." *Surg Today*, 49(5):435-442, 2019.
170. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. "Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents." *Anesth Analg*, 83(6):1285-1291, 1996.
171. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. "Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients." *J Clin Nurs*, 21(7-8):956-964, 2012.

172. Karanci AN, Dirik G. "Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients." *J Psychosom Res*, 55(4):363-369, 2003.
173. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, et al. "Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period." *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 59(2):51-56, 2004.
174. Gasc A, B AN, B SS, et al. "The structure of health factors among community-dwelling elderly people." *Photosynthetica*, 2(1):1-13, 2018.
175. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. "Preoperative anxiety in neurosurgical patients." *J Neurosurg Anesthesiol*, 21(2):127-130, 2009.
176. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. "Preoperative anxiety: detection and contributing factors." *Can J Anaesth*, 37(4):444-447, 1990.
177. Domar AD, Everett LL, Keller MG. "Preoperative anxiety: Is it a predictable entity?" *Anesth Analg*, 69(6):763-767, 1989.
178. Shevde K, Panagopoulos G. "A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia." *Anesth Analg*, 73(2):190-198, 1992.
179. Weinstock LS. "Management of Social Anxiety Disorder" *Psychiatry Interpers Biol Process*, 60(suppl 9):9-13, 1999.
180. Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños JE. Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(5):785-791, 2014.
181. Ashrafian H, Le Roux CW, Rowland SP, et al. "Metabolic surgery and obstructive sleep apnoea: The protective effects of bariatric procedures." *Thorax*, 67(5):442-449, 2012.
182. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Aliş H. "Factors affecting the sleep patterns of hospitalized patients during the early post-operational period." *Med J Bakirkoy*, 9(3):121-125, 2013.
183. Fischer L, Nickel F, Sander J, Ernst A, Bruckner T, Herbig B, ... & Sandbu R. Patient expectations of bariatric surgery are gender specific—a prospective, multicenter cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 10(3), 516-523, 2014.

184. Woo KY. "Unravelling placebo effect: The mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change." *J Clin Nurs*, 24(13-14):1975-1984, 2015.
185. Aly S, Hachey K, Pernar LIM. "Gender disparities in weight loss surgery." *Mini-invasive Surg*, 4(21): 2-9, 2020.
186. Yang MM, Hartley RL, Leung AA, Ronksley PE, Jetté N, Casha S, & Riva-Cambrin J. Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(4): e025091, 2019.
187. Hozumi J, Sumitani M, Nishizawa D, et al. "Resistin is a novel marker for postoperative pain intensity." *Anesth Analg*, 128(3):563-568, 2019.
188. Doufas AG, Tian L, Davies MF, Warby SC. "Nocturnal intermittent hypoxia is independently associated with pain in subjects suffering from sleep-disordered breathing." *Anesthesiology*, 119(5):1149-1162, 2013.
189. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. "Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting." *Perioperative Medicine*, 131(2): 412-448, 2020.
190. Lin D, Huang X, Sun Y, Wei C, Wu A. "Perioperative sleep disorder: a review." *Front Med*, 8(June):1-9, 2021.
191. Wang JP, Lu SF, Guo LN, Ren CG, Zhang ZW. "Poor preoperative sleep quality is a risk factor for severe postoperative pain after breast cancer surgery: Aprospective cohort study." *Medicine (Baltimore)*, 98(44):e17708, 2019.
192. Ida M, Onodera H, Yamauchi M, Kawaguchi M. "Preoperative sleep disruption and postoperative functional disability in lung surgery patients: a prospective observational study." *J Anesth*, 33(4):501-508, 2019.
193. Halle IH, Krystadwestgaard T, Wahba A, Oksholm T, Rustøen T, Gjeilo KH. "Trajectory of sleep disturbances in patients undergoing lung cancer surgery: A prospective study." *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 25(2):285-291, 2017.

EKLER

EK-1. HASTA TANITIM FORMU

I. BÖLÜM- Sosyodemografik Özellikler Formu

1. Cinsiyet: Kadın Erkek
2. Yaş:
3. Boy:
4. Kilo:
5. BKİ:
6. Medeni durum: Evli Bekâr
7. Eğitim durumu: Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim
 Ortaöğretim Yükseköğretim
8. İşi / Mesleği:
9. Gelir Durumu:
 Geliri giderinden az Geliri giderine eşit Geliri giderinden fazla
10. En uzun süre yaşadığınız yer?
 İl Köy/İlçe/Kasaba
11. Sigara kullanma durumu Evet.....adet/günde Hayır
12. Ailenizde başka obez olan birey var mı?
 Evet ise kim? Hayır

II. BÖLÜM- Tıbbi Özellikler formu

AMELİYAT ÖNCESİ

13. Kronik hastalık bulunma durumu:
14. ASA skoru: 1 2 3 4
15. Daha önce ameliyat olma öyküsü:
16. Uygulanan Cerrahi Türü:
17. Ameliyatınız ile ilgili daha önce herhangi bir yerden bilgi edindiniz mi?
 Evet ise nereden?..... Hayır
18. Ameliyat öncesi taşıt tutma deneyiminiz var mı? Evet Hayır

AMELİYAT SONRASI

19. Anestezi Süresi:

20. Ameliyat komplikasyon öyküsü:

21. Ameliyat sonrası ilk 24 saat opioid ve antiemetik alma durumu:

Uygulanan İlaçlar	Dozu	Verildiği saat
Antiemetik		
Opioid		

22. Hastanede yatış süresi:/gün

EK-2. CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

2) Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç korkmuyorum Çok korkuyorum

EK-3. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı: _____

Aşağıdaki 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış olan ölçek de size sorulmuş olan sorunun cevabı için 0 en az, 10 en fazla olmasını ifade etmektedir. Lütfen aşağıdaki ölçekte şu an hissettiğiniz durumu en iyi ifade eden rakamı işaretleyiniz.

HASTANE ÖNCESİ UYKU KALİTESİ



EK-4. RHODES BULANTI-KUSMA VE ÖĞÜRME İNDEKSİ

Tarih.....

Haftanın günü.....

Günün saati.....

AÇIKLAMALAR: Lütfen her sırada deneyiminizi en iyi açıklayan kutucuğu işaretleyiniz.

Lütfen her sıra için sadece bir seçenek seçip işaretleyiniz.

1. Son 24 saat içinde kez kustum	7 ya da daha fazla	5-6	3-4	1-2	Hiç Kusmadım
2. Son 24 saat içinde öğürme ya da kabartı nedeniyle sıkıntı Hissettim	Hiç hissetmedim	Hafif	Orta	Çok	Şiddetli
3. Son 24 saat içinde kustuğum ya da ağızdan çıkardığım içinsıkıntı hissettim	Şiddetli	Çok	Orta	Hafif	Hiç hissetmedim
4. Son 24 saat içinde midemde rahatsızlık ya da bulantı hissiniyaşadım	Hiç hissetmedim	1 saat ya da dahaaz	2-3 saat	4-6 saat	6 saatten daha fazla
5. Son 24 saat içinde midemde rahatsızlık ya da bulantı nedeniyle.....sıkıntı hissettim	Hiç hissetmedim	Hafif	Orta	Çok	Şiddetli
6. Son 24 saat içinde her kusmamda.....miktarda çıkardım	Çok fazla(3 fincan ya da daha fazla)	Çok (2-3 fincan)	Orta (1/2-2 fincan)	Az (1/2 fincan kadar)	Hiç kusmadım
7. Son 24 saat içinde midemde rahatsızlık ya da bulantı hissinikez yaşadım	7 ya da daha fazla	5-6	3-4	1-2	Hiç hissetmedim
8. Son 24 saat içinde bir şey çıkarmaksızın öğürme ya da kuru kabartı hissini.....kez yaşadım	Hiç hissetmedim	1-2	3-4	5-6	7 ya da daha fazla

EK-5. RICHARD-CAMPBELL UYKU ÖLÇEĞİ

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0-100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede “0” her bir ifade için en kötü duruma, “100” en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.

1. Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

2. Dün gece uykuya dalma

Uykuya çok zor daldım

Neredeyse yatar yatmaz uyudum

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

3. Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece döndüm durdum

Çok uyanmadım

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

4. Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam ya da

Hemen uyudum uyandırılısam uyuyamadım

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

5. Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi neredeyse hiç uyumadım

Güzel bir geceydi hiç uyanmadım

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

6. Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0-5-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100

RCUÖ Toplam Puanı:

EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisiyim (Gamze ODABAŞI). Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülden Küçükakça Çelik ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem Aşcı ile birlikte yüksek lisans tez çalışması planladık. “Bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda, ameliyat öncesi cerrahi korkunun ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Veri toplama sürecinde ameliyat öncesi sizin korkunuzu, ameliyata gitmeden önce uykunuzu ve ameliyattan sonra kliniğe geldiğinizde belirli aralıklarla ağrı ve bulantı- kusmanız sorulacaktır ve formlarımıza kaydedilecektir. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacak ve tedavi sürecinizi aksatmayacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Sayın Gamze Odabaşı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamlanacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğidının bir kopyası bana verilecektir. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı/zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Beyanı

Ad- soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

Gönüllü ile görüşen Hemşire

Ad- soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-7. ETİK KURUL

T.C.
NEYŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

Karar Tarihi: 23.07.2019

Toplantı Sayısı: 12

Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'in danışmanı olduğu Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ODABAŞI'nın "Bariatrik Cerrahi Uygulanacak Hastalarda Cerrahi Korku Düzeyinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi" isimli araştırma projesi hakkında Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden alınan 23.07.2019 tarih ve 17542 sayılı yazının görüşülmesi.

2019.12.100. Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'in danışmanı olduğu Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ODABAŞI'nın "Bariatrik Cerrahi Uygulanacak Hastalarda Cerrahi Korku Düzeyinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi" isimli araştırma projesi hakkında Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden alınan 23.07.2019 tarih ve 17542 sayılı yazı görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda, Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'in üstlendiği Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ODABAŞI'nın "Bariatrik Cerrahi Uygulanacak Hastalarda Cerrahi Korku Düzeyinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurumumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Erdiğan ÇİÇEK
Rektör Yardımcısı
(Etik Kurul Başkanı)



EK-8. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUM İZİNİ



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 66472688-771
Konu : Yüksek Lisans Tezi Gamze
ODABAŞI

Sayın Gamze ODABAŞI;

İlgi : Gamze ODABAŞI'nın 30/09/2019 tarihli dilekçesi.

Neveşehir İsmail Bektaş Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü 17011120003 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Gamze ODABAŞI'nın ilgil yazılızda "Bariatrik Cerrahi Uygulanacak Hastalarda Cerrahi Korku Düzeyinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Bulantı-Kusma ve Uyku Kalitesi İle İlişkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmasını; Eylül 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Aksaray Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniğinde uygulamayı planladığımız belirtilmektedir.

Söz konusu yüksek lisans tez çalışması talebi "Araştırma Üniteleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilerek Müdürlüğünüzce uygun mütalaa edilmiştir.

Bilgilerinizi sunar.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Koca ÇALIŞKAN
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

Telefon: Faks No: 03822136802

e-Posta: U.Sprizoz@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: Çeşitli Malî Nezip Faal

K elektronik Cud.

Elektronik imzaların geçerliliği: <http://www.belge.saglik.gov.tr> adresinden 563196d1-5b72-45a3-8c77-82a481e6e4d1 kodu ile doğrulanabilir.

Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanunu gereği elektronik ortamda elektronik imza ile yapılmıştır.

Bilgi için: Yürürlükte Beşir SABAYÇI

Koordinatör

Telefon No: (0 382) 213 01 32