



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

**HİSTEREKTOMİ OLAN KADINLARIN AMELİYAT  
SONRASI KONFOR DÜZEYLERİNİN ÖZ-BAKIM  
GÜCÜNE ETKİSİ**

**Mehtap DAĞ**

**KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI KADIN  
HASTALIKLARI VE DOĞUM  
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ARALIK 2021**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİSTEREKTOMİ OLAN KADINLARIN AMELİYAT SONRASI  
KONFOR DÜZEYLERİNİN ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK**

**Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ARALIK 2021**



## TEZ KABUL VE ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında Mehtap DAĞ  
tarafından hazırlanan  
"Histerektomi Olan Kadınların Ameliyat Sonrası Konfor Düzeylerinin Öz-bakım Gücüne Etkisi"  
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile  
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

## BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak

hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çevresinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge ve değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihmal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullandığım verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi halde aleyhime doğabilecek tüm hak ve kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

Mehtap DAĞ

## ÖZET

**DAĞ Mehtap, Histerektomi Olan Kadınların Ameliyat Sonrası Konfor Düzeylerinin Öz-bakım Gücüne Etkisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.**

**Amaç:** Bu araştırma histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeyleri ile öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Tanımlayıcı olan bu çalışma, histerektomi ameliyatı olup Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatan 102 kadının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlarla birebir görüşülerek, araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında Hasta Tanılama Formu, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Öz-bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak  $p<0,05$  kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınların postoperatif 1.gün genel konfor puan ortalaması  $2,88\pm 0,21$ , postoperatif 2.gün genel konfor puan ortalaması  $3,05\pm 0,21$  saptanmışken, postoperatif 1.gün öz-bakım gücü puan ortalaması  $92,88\pm 16,05$ , postoperatif 2.gün öz-bakım gücü puan ortalaması  $98,19\pm 17,74$  olarak saptanmıştır. Postoperatif 1. gün ve 2. günde genel konfor ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Araştırmada yaş, gelir durumu, çalışma durumu, tıbbi tanı, ameliyat şekli gibi değişkenler ile genel konfor ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların postoperatif 1. günde ağrı skorları ile genel konfor puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların postoperatif 2. günde ağrı skorları ile genel konfor puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların eğitim düzeyleri ile 1. gün genel konfor puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların eğitim düzeyleri ile

2. gün genel konfor puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Araştırmada gelir durumu, tıbbi tanı, ameliyat şekli gibi değişkenler ile öz-bakım gücü düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların çalışma durumu, ağrı durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim durumu, yaşları ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sağlık ekipleri tarafından genel konfor durumunun öz-bakım gücü düzeyini de artırdığı bilinmeli ve buna göre bakım planlamaları yapılmalıdır.

**Sonuç:** Histerektomi sonrası ağrı ve eğitim düzeylerinin ameliyat sonrası konforu etkilediği saptanmıştır. Yaş, eğitim durumu, ağrı skorları, çalışma durumlarının ameliyat sonrası hastaların öz-bakımlarını anlamlı derecede etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada öz-bakım gücü ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu da saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin histerektomi olan kadınlarda bütüncül bir bakım verirken hastaların genel konfor düzeyleri ile öz-bakım güçlerini değerlendirmeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Histerektomi, Konfor, Öz-bakım Gücü

## ABSTRACT

**DAĞ Mehtap, The Effect Of Post-Operational Comfort Level On The Self-Care Agency Of Women With Hysterectomy, Gulhane Institute of Health Sciences, Gynecology and Obstetrics Nursing Program, Master Thesis, Ankara 2021**

**Aim:** This study was planned as a descriptive study in order to evaluate the postoperative comfort levels of women who had hysterectomy and the factors affecting their self-care agency.

**Materials and Methods:** This descriptive study will be carried out with the participation of 102 women who had hysterectomy surgery and were admitted to the Gynecology and Obstetrics Clinic of Gulhane Training and Research Hospital. The data will be obtained by the researcher by interviewing the women who voluntarily agreed to participate in the study. Patient Identification Form, General Comfort Scale (GAS), Self-Care Agency Scale (SCA) were used to collect data. IBM SPSS Statistics 20 program was used in the evaluations and  $p < 0.05$  was accepted as the statistical significance limit.

**Results:** While the mean postoperative first day general comfort score of the women participating in the study was  $2.88 \pm 0.21$ , and the postoperative second day general comfort score average was  $3.05 \pm 0.21$ , the mean score of self-care agency on the postoperative first day was  $92.88 \pm 16.05$ , and the mean score on the self-care agency on the postoperative second day was  $98.19 \pm 17.74$ . A weakly positive correlation was found between general comfort and self-care agency on the 1st and 2nd postoperative days ( $p < 0,01$ ). In the study, no statistically significant difference was found between variables such as age, income status, employment status, medical diagnosis, type of surgery and the general comfort scale mean score ( $p > 0,05$ ). A weakly negative correlation was found between the patients' pain scores and general comfort scores on the 1st postoperative day ( $p < 0,001$ ). A moderately negative correlation was found between the patients' pain scores and general comfort scores on the 2nd postoperative day ( $p < 0,001$ ). There was no difference between the education levels of the patients and the general comfort scores on the 1st day ( $p > 0,05$ ). There was a difference between the education levels of the patients and the general comfort scores on the 2nd day ( $p < 0,001$ ). In the study, no statistically significant difference was found between

variables such as income status, medical diagnosis, type of surgery and the level of self-care agency ( $p>0,05$ ). A significant relationship was found between the working status, pain status and self-care agency level of the patients ( $p<0,05$ ). A significant relationship was found between the education level, age and self-care agency of the patients ( $p<0,001$ ). It should be known by the healthcare teams that the general comfort situation also increases the level of self-care agency, and care plans should be made accordingly.

**Conclusion:** Pain and education levels after hysterectomy were found to affect postoperative comfort. It was determined that age, education level, pain scores, and employment status significantly affected the self-care of patients after surgery. In addition, a significant relationship was found between self-care agency and comfort level in the study. According to these results, it is recommended that nurses evaluate the general comfort levels and self-care powers of the patients while giving holistic care to women who have had hysterectomy.

**Keywords:** Hysterectomy, Comfort, Self-Care Agency

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca danışmanlık aldığım, bilgi ve tecrübelerinin yoluma ışık olduğu değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK'e,

Bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ'e,

Eğitim hayatımda gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Meslek hayatım süresince birlikte çalıştığım ekip arkadaşlarıma,

Destek ve varlıklarıyla yanımda olan değerli dostlarıma,

Her daim yanımda olan canım aileme,

Araştırmama katkı sağlayan, varlığı ve gücüyle yarınlarımızı aydınlatacak nesiller yetiştiren kadınlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehtap DAĞ

Aralık, 2021

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLoların LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ .....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.2. HİSTEREKTOMİ ENDİKASYONLARI .....	6
2.3. HİSTEREKTOMİ ÇEŞİTLERİ.....	9
2.3.1. Abdominal Histerektomi .....	9
2.3.2. Vajinal Histerektomi .....	10
2.3.3. Laparoskopik Histerektomi .....	11
2.3.4. Robotik Yardımlı Histerektomi.....	12
2.4. HİSTEREKTOMİDE OLUŞABİLECEK KOMPLİKASYONLAR.....	12
2.5. HİSTEREKTOMİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ .....	13
2.5.1. Histerektomi Sonrası Fizyolojik Değişiklikler.....	13
2.5.2. Histerektominin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri.....	14
2.5.3. Histerektominin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	14
2.5.4. Histerektominin Psikolojik Etkileri .....	15
2.6. HİSTEREKTOMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI .....	16
2.6.1. Preoperatif Bakım .....	17
2.6.2. Postoperatif Bakım.....	18
2.6.3. Taburculuk Ve Evde Bakım Eğitimi.....	19
2.7. KONFOR KAVRAMI .....	20
2.8. KONFOR KURAMI .....	22
2.8.1. Konfor Kuramının Düzeyleri .....	23

2.8.2. Konfor Kuramının Boyutları.....	24
2.9. ÖZ-BAKIM KAVRAMI.....	26
2.10.HİSTEREKTOMİ, KONFOR VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ .....	30
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>33</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....	33
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE GENEL ÖZELLİKLERİ .....	33
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	34
3.4.1. Tanıtıcı Veri Formu (Bkz. EK 1 ).....	34
3.4.2. Genel Konfor Ölçeği: (Bkz. EK 2 ) .....	34
3.4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği: (Bkz. EK 3 ) .....	36
3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI .....	37
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	37
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	37
3.8. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ İZİNLER VE ETİK BOYUT.....	38
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>41</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>67</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>81</b>
EK-1. Tanıtıcı Veri Formu.....	81
EK-2. Genel Konfor Ölçeği .....	83
EK-3. Öz-bakım Ölçeği .....	85
EK-4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni .....	88
EK-5. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu İzni .....	89
EK-6. Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim sorumlusu İzni .....	90
EK-7. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni .....	91
EK-8. Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni.....	92
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>93</b>

## TABLOLARIN LİSTESİ

**Sayfa No:**

<b>Tablo 3.1:</b> Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi .....	36
<b>Tablo 4.1:</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri .....	41
<b>Tablo 4.2:</b> Hastaların Sağlık Öyküsüne Yönelik Dağılımları.....	42
<b>Tablo 4.3:</b> Hastaların Postoperatif 1. Gün ve 2. Gün Vital Bulgularının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.4:</b> Hastaların Postoperatif 1. Gün ve 2. Gün Bazı Sağlık Verilerinin Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 4.5:</b> Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanı, GKÖ Alt Düzeylerine Ait Puanlarının ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Postoperatif 1.Gün ve 2.Güne Göre Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.6:</b> Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.7:</b> Hastaların Tıbbi Tanı ve Operasyon Türü ile Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.8:</b> Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.9:</b> Hastaların Tıbbi Tanı ve Operasyon Şekli İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	55
<b>Tablo 4.10:</b> Hastaların Yaşları İle Genel Konfor Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	57
<b>Tablo 4.11:</b> Hastaların Ağrı Skorları İle Genel Konfor Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki .....	57
<b>Tablo 4.12:</b> Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki .....	58

**KISALTMALAR**

<b>AH</b>	= Abdominal Histerektomi
<b>DM</b>	= Diabetes Mellitus/ Diyabet
<b>DUK</b>	= Disfonksiyonel Uterin Kanama
<b>EAH</b>	= Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>Gİ</b>	= Gastrointestinal
<b>GKÖ</b>	= Genel Konfor Ölçeğini
<b>GU</b>	= Genitoüriner
<b>HT</b>	= Hipertansiyon
<b>LH</b>	= Laparoskopik Histerektomi
<b>ÖBGÖ</b>	= Öz-Bakım Gücü Ölçeği
<b>TAH+BSO</b>	= Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingo-Oferektomi
<b>TLH</b>	= Total Laparoskopik Histerektomi
<b>VAS</b>	= Vizuel Analog Skala
<b>VH</b>	= Vajinal Histerektomi
<b>VKİ</b>	= Vücut Kitle İndeksi



# 1. GİRİŞ

## 1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Histerektomi, çeşitli iyi huylu bozuklukları tedavi etmenin etkili bir yoludur ve genellikle kötü huylu jinekolojik durumların tedavisi için gereklidir (1). Ülkemizde birçok kadın jinekolojik problemler açısından risk içindedir. Sebep olarak küçük yaşta evlilik, sık ve çok sayıda doğum yapma, kötü şartlarda düşük yapma, düzenli olarak jinekolojik muayene olamama gibi nedenler sayılmaktadır (2). Histerektomi, en sık uygulanan jinekolojik ameliyatlardan biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu histerektomi riski %45dir. Çoğu histerektomi, iyi huylu jinekolojik durumlar için elektif (acil olmayan) prosedür olarak uygulanır; Amerika Birleşik Devletleri'nde histerektomi sebeplerinin en yaygın olanı leiomyomdur (miyom). Diğer yaygın endikasyonlar arasında endometriozis, ağır adet kanaması ve uterovajinal prolapsus vardır. Bu ameliyat abdominal, laparoskopik veya vajinal olarak, laparoskopik yardımcı veya laparoskopik yardımsız yapılabilir (3). Histerektomi çoğunlukla kadınlar 30 ile 50 yaş arasındayken uygulanan yaygın bir cerrahi işlemdir. Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'dan sonra ikinci en yüksek histerektomi oranlarına sahiptir. Avustralya'da 60'lı yaşlarındaki her 3 kadından 1'inin histerektomi geçirdiği tahmin edilmektedir; Kadınların yaklaşık %30'unda ameliyat sırasında bilateral ooferektomi de vardır (4).

Histerektomi ameliyatının yöntemi birçok faktöre göre değerlendirilir. Bu faktörler, uterusun büyüklüğü, hastanın vücut kitle indeksi (VKİ), abdominal cerrahi öyküsü, nulliparite, ileri yaş gibi kriterlerden oluşmaktadır (5). Histerektomiye yol açabilecek durumlar genellikle hayatı tehdit etmekten ziyade rahatsızlık ve sıkıntı verici olup, bu ameliyat çoğunlukla kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla yapılmaktadır (5). Bu nedenle bu işlem için minimal invaziv teknikler aranmaktadır. Total laparoskopik histerektomi (TLH), erken iyileşme, daha az postoperatif ağrı ve intraoperatif kan kaybı, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha fazla hasta memnuniyeti gibi avantajları nedeniyle değerlendirilen bir yöntemdir (5). Abdominal histerektomi (AH), miyomlar ve malignite varlığında daha sık uygulanmaktadır. Laparoskopik prosedürün avantajları ve dezavantajları olmasına rağmen, eğitimli

doktorlar tarafından yapıldığında komplikasyon oranı abdominal histerektomininkini geçmez (6).

Histerektomili kadınlarda çeşitli cinsel sorunlar görülebilmekte olup bunlar; cinsel işlev kaybı, kadınlık algısının kaybı, beden algısının farklılaşması, doğurganlık kaybı ve menapoz olarak sıralanabilir. Tüm bunlar ruhsal olarak endişe ve korkuya sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (7). Bu kadınlarda psikoseksüel işlev bozukluğu görülür ve belirtileri arasında anksiyete, depresyon, yorgunluk ve uyku bozukluğu yer alabilir (6). Histerektomi geçiren kadınlar başka sebeplerle batin ameliyatı geçiren kadınlarla karşılaştırıldığında, histerektomi geçiren kadınların dikkate alınması gereken ek fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri vardır. Histerektomi geçiren kadınlarda, yumurtalık yetmezliğine bağlı hormonal dengesizlik (yumurtalıklar korunsa bile) ve ameliyatın olası olumsuz sonuçları nedeniyle fizyolojik faktörler de farklılıklar görülebilir (6). Yapılan bir çalışmada postoperatif bakım kalitesinde bir artış ve daha yüksek hasta memnuniyetine yol açan farklı girişimler histerektomi sonrası depresyon riskini azaltabilir (8). Histerektomi sonrası kadınların yaşam kalitesini araştıran bir çalışmada postoperatif 6-8. haftada tam olarak iyileşme sağlandığı sonucu bildirilmiştir (9). Günümüzde histerektomi ile ilgili olarak, malign durumlar haricinde uygulanmasının gereksiz olduğuna ilişkin tartışmaların sürdüğünü, üreme organları sağlıklı olduğu sürece kadının yaşamına anlam verdiği düşünülmektedir. Üreme organlarının sağlığı bozulduğunda ve kaybı söz konusu olduğunda kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı tehdit altına girmektedir (10). Kadın sağlığı açısından histerektomi ameliyat sonrası dönemde kadının yaşantısını etkileyen dönemlerden biri olarak kabul edilebilir.

Histerektomi ameliyatı sonrası hastaya kaliteli bakım vermek ve bakımın niteliğini değerlendirmek önemlidir. Ameliyat sonrası konfor ve öz-bakım gücü histerektomi ameliyatı sonrası dikkatle değerlendirilmesi gereken kavramlardandır. Hemşirelik için konfor, stresli sağlık durumlarından kaynaklanan ferahlama, rahatlık veya üstünlük için temel insan ihtiyaçlarının (aktif, pasif veya işbirliği içinde) tatmini olarak tanımlanır (11). Konfor, olumlu insan deneyiminin eşzamanlı ve birbiriyle ilişkili birçok yönünü yakalayan bütünsel bir yaklaşımdır (12). K.Kolcaba'nın (1994) konfor teorisine göre hemşireler, stresli sağlık durumlarında hastalarının toplam konfor ihtiyaçlarını belirler. Hemşireler daha sonra şu anda karşılanmayan ihtiyaçları

karşlamak için müdahaleler planlarlar (12). Konfor, hastada beklenen pozitif bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Hemşireler hasta bakımında sundukları hizmetin kalitesini belirlemek ve hastada beklenen sonuçları değerlendirebilmek için genel konfor ölçeğini kullanmakta ve bu yolla yazılı kayıt tutmaktadırlar (13). GKÖ, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyuttan oluşmuştur (13).

Öz-bakım kişinin sağlığını, yaşamını, iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerinin gerçekleştirilmesidir (14). Öz-bakım gücü her insanda farklı seviyelerde olup, etkili bir öz-bakım gücünün oluşabilmesi için algısal, bilişsel, kişiler arası ve psikomotor özelliklere gereksinim vardır. Bundan dolayı öz-bakım gücü bireyin yeteneği ve sağlık durumuna göre farklılıklar göstermektedir (14). Orem'e göre sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, öz-bakım yoluyla elde edilecek sonuçlardır. Orem'in teorisi ayrıca “sağlık için kişisel sorumluluğa değer verirken, hemşirelik hizmetlerinin önleme ve sağlık eğitiminde kilit rolü olabileceğini işaret eder”. Öz-bakım öğrenilebilir bir davranış olduğu için hemşireler insanların öz-bakım çabalarını teşvik edebilir, destekleyebilir ve sağlık eğitimi vererek bireyin katılımını artırabilir (14).

Literatürde histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini araştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Hemşire; histerektomi ameliyatı geçirmiş olan bir hastanın konforunu yükseltmeye yönelik hastanın durumunu değerlendirerek, sorun odaklı planlayacağı profesyonel bakım ile hastanın öz-bakım gücünün artmasına, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyileşmesini hızlandırmaya konforlu bir postoperatif dönem geçirmesine yardımcı olabilir. Bu çalışmada da, histerektomi olan kadınların postoperatif dönemdeki sağlık durumlarını belirlemek, ameliyat sonrası dönemde konfor düzeylerinin öz-bakım güçlerine olan etkisini değerlendirmek hedeflenmiştir.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

### 1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeyleri nasıldır?
2. Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası öz- bakım gücü nasıldır?
3. Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası 1.gün konfor düzeyleri ile 2.gün konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası 1. gün öz-bakım gücü ile 2.gün öz-bakım gücü arasında fark var mıdır?
5. Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeyleri ile öz-bakım gücü arasında bir ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HİSTEREKTOMİ TANIM VE TARİHÇESİ

Histerektomi dünyada en sık uygulanan majör jinekolojik işlemlerdendir (15). Kadınlar için fiziksel, duygusal, ekonomik, cinsel ve tıbbi öneme sahiptir. Langenbeck ilk olarak 1813'te Almanya'nın Göttingen kentinde ülsere serviksi olan 50 yaşındaki bir kadının rahmini başarıyla vajinal yoldan histerektomi yaptı. Bundan yaklaşık otuz yıl sonra, 1843'te İngiltere'de Clay of Manchester tarafından abdominal yoldan subtotal histerektomi gerçekleştirildi (15). Subtotal histerektomi, EH Richardson'ın ilk total abdominal histerektomiyi yaptığı 1929 yılına kadar tercih edilen operasyondur. 1950'lerde antibiyotik, kan bankacılığı ve anesteziye bağlı gelişmelere bağlı total histerektomi, algılanan servikal karsinomu riskini ortadan kaldırmak için standart bakım haline gelmiştir (15).

1825 yılında Langenbeck ilk abdominal histerektomiyi yapmıştır (16). İlk laparoskopik histerektomiyi (LH) Harry Reich 1989'da yapmıştır (17). Histerektomi sezaryenden sonra kadınlara uygulanan en yaygın büyük cerrahi girişimlerden biridir. Çoğunlukla 30 ile 50 yaş arasındaki kadınlara uygulanmaktadır (4, 18). Kadın rahminin ameliyatla alınması, yani histerektomi birçok ülkede yaygınlaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 600.000'den fazla histerektomi yapılmaktadır (18). Histerektomi ameliyatı abdominal, vajinal ve laparoskopik olarak üç farklı şekilde yapılabilir. Histerektomilerin %75'i abdominal, %25'i de vajinal yoldan yapılır. Vajinal histerektomi (VH), AH'den kanıtlarla üstün olduğu halde histerektomilerin %25'i vajinal yolla yapılmaktadır (19).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınlar için gebelik ile ilgili olmayan en yaygın cerrahi prosedür histerektomidir ve yılda yaklaşık 650.000 histerektomi yapılmaktadır. Histerektomilerin çoğu elektif vaka olarak yapılırsa da, histerektomi olma olasılığı kadının yaşına, tanısı, gelir, etnik köken ve eğitim gibi diğer özelliklere göre değişir. Histerektomi oranı, 1988 ile 1990 yılları arasında 30 ile 54 yaşındaki 10.000 kadın başına 100,5 ile zirveye ulaştığı bildirilmiştir (6). Kanada'da histerektomi oranları Amerika Birleşik Devletleri'ndekinden çok daha yüksektir ve 35 ile 55 yaş arasındaki kadınlarda keskin bir şekilde %30'a yükselir. Daha düşük gelirli ve eğitilmiş Kanadalı kadınlar daha yüksek histerektomi oranına sahiptir (6).

Histerektomi olan hastada bir organ kaybı ile sonuçlanacak cerrahi girişim öncesi ölüm tehlikesi, sakatlık, sosyal kayıplar, ağrı, beden imajının değişmesi gibi kaygılarının olduğu belirtilmektedir. Histerektomi yapılacak olan hastaların bunlara ilave olarak cinsel işlevlerinde bozulma, eş ilişkisinde bozulma, doğurganlık kaybı, bedensel güç kaybı, kadınlık algısı ve menopoz ile ilgili olumsuz yan etkiler yaşayacağına dair kaygılarının da olduğu gösterilmiştir (6, 20).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılında toplam 479 814 histerektomi ameliyatı gerçekleştirilmiş olup vakaların % 86.6'sı benign endikasyonlar sebebiyle yapıldığı anlaşılmaktadır. Amerikada 2009 yılında benign sebeplerle yapılan histerektomi çeşitlerinin % 56'sı abdominal, % 20,4'ü laparoskopik, % 18,8'i vajinal, % 4,5'i robotik yardımla şeklinde dağıldığı anlaşılmaktadır (21, 22).

## **2.2. HİSTEREKTOMİ ENDİKASYONLARI**

Kadınlarda peri ve postmenapozal dönemde en sık uygulanan operasyon histerektomidir (23). Histerektomi endikasyonları arasında disfonksiyonel uterin kanama (DUK), leiomyoma, adenomyozis, endometriozis, uterovajinal prolapsus, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, jinekolojik kanserler, obstetrik komplikasyonlar ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar vardır. Sezeryandan sonra en fazla uygulanan jinekolojik girişimdir (24). Daha iyi tanı yöntemleri ile çeşitli hastalıkların daha iyi anlaşılması ve minimal invaziv odaklı tedavi seçeneklerinin artması ile son yıllarda göreceli bir düşüş belgelenmiştir (25). Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanan histerektomilerin çoğu, leiomyomu, anormal uterin kanama ve kronik pelvik ağrı nedeniyle yapılmakta olup ikinci sırada endometriozis ile ilişkili bozukluklar gelir (25). Uterin leiomyomlar dünyada histerektomi uygulanmasının en sık karşılaşılan endikasyonudur (24).

### **Leiomyomlar (Fibroidler)**

Uterusun en sık rastlanan benign tümörü leiomyom olup üreme dönemindeki kadınların %20-30 'unda, premenapozal kadınların % 20-77 'sinde görülmektedir. Leiomyomlar ın oluşturduğu semptomlar sebebiyle yılda yaklaşık 140.000 histerektomi ve 20.000 myomektomi yapılmaktadır (24). Tüm yumuşak doku tümörleri içinde ilk sırada uterin leiomyoma görülür. Uterin leiomyoma otopsi

incelemelerinde, kadınların % 50'sinde bulunmakta olup, en sık histerektomi uygulama sebebidir (26). Leiomyomlar buldukları lokalizasyona bağlı farklı semptomlar gösterir ve semptomların şiddetleri farklıdır. Bu semptomlar arasında pelvik ağrı, dismenore, anormal uterin kanama, anemi, hayat kalitesinde bozulma ve infertilite sayılabilir. Oluşumu genetik veya hormonal sebeplere bağlı olabilir. Leiomyomların en önemli tedavisi cerrahi operasyondur fakat cerrahi istemeyen veya fertilitelerini korumak isteyen kadınlarda medikal tedaviler uygulanmaktadır. Medikal tedavilerin oluşumundaki en önemli faktör leiomyomların üzerinde östrojen ve progesteron reseptörleri sayesinde hormona duyarlı olmalarıdır (27). Fibroidler için tıbbi tedavi sınırlı olup, progestojenler, prostaglandin sentetaz inhibitörleri, oral kontraseptifler ve androjenik steroidler (danazol ve gestrinon) gibi ilaçlar kullanılmıştır (28).

### **Disfonksiyonel Uterin Kanama**

Organik sebep olmaksızın meydana gelen adet düzensizliği disfonksiyonel uterin kanama olarak tanımlanmaktadır. Polikistik over hastalığı ile beraber olabilmektedir. Adet döngüsündeki değişikliklerin genellikle tiroid hastalıkları, hipofiz hastalıkları, diyabetes mellitus (DM), kan diskrazileri ve uterus neoplazisi gibi sistemik hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tanı diğer organik sebeplerin dışlanması ile konulmaktadır (29). Kadınların %20-30'unda DUK görülmekte ve DUK görülen kadınların%60 ı histerektomi olduğu belirtilmektedir. Bu histerektomi oranları coğrafik dağılım, hasta ve hekim ile ilişkili faktörlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (24).

### **Uterovajinal Prolapsus**

Pelvik organ prolapsusu doğum yapmış kadınlarda %40 %60 arası görülmektedir (30). Pelvik organ prolapsusu nedeniyle takip edilen bu kadınların %7 ile %10 u cerrahi olarak tedavi edilmektedir ve ameliyat için pik yaş aralığı 60-69 arasındadır. Yine bu grupta hastalığın ve tedavinin 5 yıl içinde tekrar etme olasılığı %13 olarak bulunmuştur (30). Halka şeklinde serviks ağzına yerleştirilen peser, cerrahi müdahaleyi geciktirebilir (31).

### **Endometriozis ve Adenomyozis**

Uterus dışında endometrial doku ve bezlerin varlığı ile karakterize olan endometriozis (32) kadın popülasyonunun %7-10 unu etkiler (33). Endometriozis histopatolojik olarak iyi huylu gibi görünse de yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilir. Menstrüel siklus anormallikleri, barsak ve mesane disfonksiyonu, infertilite, kronik pelvik ağrı ve dismenore en bilinen morbiditeleridir (34). Endometrial glandların ve stromanın derin miyometrial doku sahaları içerisinde olmasına adenomyozis denmektedir. Etiyolojisi ve patolojik mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte yetersiz progesteron durumunda artmış östrojen aktivitesinin etiyojide etkisinin olduğu düşünülmektedir. Benign sebepler ile yapılan histerektomi vakalarının %20- 30 unu adenomyozis oluşturmaktadır (35). Endometrial hiperplazi kadınlarda anormal uterin kanama ortaya çıkarır ve bütün yaş grubu kadınlarda görülebilir (26).

### **Pelvik İnflamatuvar Hastalık**

Pelvik inflamatuvar hastalık genellikle semptomların çok çeşitli olması ve şiddeti nedeniyle zor teşhis edilen bir hastalıktır (36). Hastalar asemptomatik olabildiği gibi, en önemli belirtisi cinsel aktif bir kadında karın alt kadranda ve ani başlayan ağrıdır (36). Semptomlar, cinsel birleşmede kötüleşen hafif alt karın ağrısı, anormal rahim kanaması, sık idrara çıkma, ağrılı idrar şeklinde olabilir (37).

### **Pelvik Ağrı**

Kronik pelvik ağrı, pelviste algılanan, 6 aydan uzun süren, kalıcı, menstruel siklus ile ilişkisi olmayan ağrı olarak tanımlanır. Spesifik bir etiyojisi tanımlanmaz ve diğer somato-fonksiyonel ağrı sendromları (irritabl barsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu) ve ruh sağlığı bozuklukları (depresyon, travma sonrası stres bozukluğu) ile ilişkilidir (38). Tanıda ultrasonografi, venografi gibi yöntemler kullanılsa da öykü ve fizik muayeneden elde edilen bulgulardan faydalanılmaktadır. Pelvik ultrasonografinin anatomik anormallikleri ekarte ettiği belirtilmiştir (38). Küratif ve kanıta dayalı tedaviler sınırlı olup, histerektomi medikal tedavilerin başarısız olduğu durumlarda son tercih tedavi olarak değerlendirilmelidir (38).

### **Jinekolojik Kanserler**

Histerektomilerin ikinci en sık nedeni jinekolojik kanserler olup olguların yaklaşık 5 vakadan birine (%18,8) karşılık gelmektedir (39).

### **Obstetrik Komplikasyonlar**

Gebeliğin hayati komplikasyonlarında bazen histerektomi hayat kurtarıcı bir ameliyat olabilir. Bu durumlar arasında uterus rüptürü, plasenta dekolmanı, plasenta previa, uterus atonisine ikincil doğum sonu kanama, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen şiddetli uterus sepsisi, uterus inversiyonu ile ilişkili majör kanama yer alır (40).

## **2.3. HİSTEREKTOMİ ÇEŞİTLERİ**

İyi huylu nedenler için histerektomi yolunun seçimi vajina ve uterusun boyutundan şeklinden etkilenebilir. Histerektominin hangi yolla yapılacağı; cerrah eğitimi ve deneyimi, ortalama vaka hacmi, mevcut hastane teknolojisi, cihazları ve desteği, vakanın acil mi yoksa planlanmış mı olduğu, bilgilendirilmiş hastanın tercihinine göre farklılık gösterir (22).

Uzman jinekolog seçenekleri hastayla tartışmalıdır. Hangi histerektomi yolunun en üst fayda sağlayacağı ve riskleri en aza indireceği konusunda net öneriler verilmelidir. Histerektomi yaklaşımlarının avantaj ve dezavantajları, hastanın değerleri, tercihleri tartışılmalı ve bu tartışmadan sonra hasta ve sağlık kuruluşu en iyi hareket tarzını birlikte belirlemelidir (22, 41).

### **2.3.1. Abdominal Histerektomi**

Hastanın klinik durumu vajinal veya LH'ye izin vermiyorsa ya da bu işlemleri gerçekleştirecek imkanlar mevcut bulunmuyorsa, AH tercih edilir. AH endikasyonları içinde adneksiyel kitle, pelvik endometriozis, geçirilmiş cerrahi veya pelvik enfeksiyona bağlı yapışıklıklar, 12. gestasyonel haftadan büyük uterus sayılabilir (22, 41). AH; dünyada en çok tercih edilen histerektomi şekli olma özelliğini korumaktadır (42). AH yapım şekilleri; subtotal histerektomi, total abdominal histerektomi (TAH), total abdominal histerektomi + bilateral salpingo oferektomi (TAH+BSO) ve radikal histerektomidir (43). Total veya subtotal şeklinde

iki farklı yolla yapılmakta ve rahim ağzı korunuyorsa subtotal, rahim ağzı alınacaksa total olarak adlandırılmaktadır. Subtotal histerektomide, papsmear testi sonucu normal olmalı ve kadına düzenli olarak papsmear testi yaptırmasının önemi olduğu bilgisi verilmelidir (44).

Rahmin alınmasıyla beraber tüplerde ve overlerde patolojik bir bulgu saptandığında ameliyat sırasında over ve tüpler çıkarılabilmekte ve follop tüplerinin çıkarılmasına salpinjektomi, overlerin çıkarılmasına ooferektomi, tüp ve overlerin birlikte çıkarılmasına salpingo-ooferektomi denilmektedir. Tüplerin ve overlerinde çıkarıldığında ameliyat “total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi” adını alır (7).

Abdominal histerektominin en etkili çözüm olarak uygulandığı endikasyonlar; uterin prolapsus, leiomyoma, endometrial veya adneksiyal maligniteler, anormal uterin kanama, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, kronik pelvik ağrı, endometriozis, serviksin preinvaziv ve invaziv hastalıkları, endometrial hiperplaziler ve obstetrik kanamalardır. Bu endikasyonlar arasında en yaygını leiomyomadır (45).

Bölgesel lenf düğümleri gibi yakındaki yapıların incelenmesi gerektiğinde, rahim yumurtalıklar ve fallop tüpleri ile birlikte çıkarılacağı zaman, büyük tümörler mevcut olduğunda AH kullanılır (46).

Radikal Histerektomi (werheim): Abdominal yöntem kullanılarak TAH dan daha kapsamlı yapılan cerrahi işlemdir ve lenf nodlarının diseksiyonunu, vajenin 1/3 kısmı ve parametriumların çıkarılmasında kapsar. TAH’a göre daha komplike ve işlem süresi uzun olmakla beraber abdominal ve vajinal histerektomide onu destekleyen ligamentler de çıkarılır (7).

### **2.3.2. Vajinal Histerektomi**

VH, mümkün olduğunda tercih edilen yaklaşımdır. Kanıtlar, histerektomiye yönelik diğer yaklaşımlarla karşılaştırıldığında daha iyi sonuçlar ortaya çıktığını göstermektedir (41).

VH, genişlemiş uterusu olan hastalarda bile AH ile karşılaştırıldığında hastanede kalış süresinin daha az olması ve hasta iyileşmesinin daha kısa sürede oluşu açısından önemlidir. VH, LH ile karşılaştırıldığında büyük ölçüde daha kısa süren bir

operasyondur ve daha düşük maliyetle sonuçlanır (42). İyileşme süresi diğer türlere oranla daha kısa olabilmekte ve postoperatif dönemde, barsak komplikasyonları daha az görülmektedir. Obez hastalarda abdominal yolla histerektomi daha zor olduğundan VH avantajlıdır. Vajinal yolla yapılan histerektominin en büyük riski postoperatif dönemde ki enfeksiyondur (7). VH, AH göre daha düşük operatif morbidite, daha kısa hastanede yatış, daha hızlı iyileşme ve daha az kan transfüzyonu ihtiyacı taşır (47).

Vajinal yaklaşım, rahmin boyutunun 12. gebelik haftasında olduğundan daha küçük olduğu tespit edildiğinde, ilgili başka bir patolojiden şüphelenilmediğinde ve histerektominin sistosel, rektosel veya enterosel onarımı ile birlikte yapılacağı durumlarda endike olabilir (46).

### **2.3.3. Laparoskopik Histerektomi**

LH, vajinal histerektominin uygulanabilir olmadığı hastalarda açık abdominal histerektomiye göre daha çok tercih edilen bir yöntemdir (41). LH ile ilgili 1000'den fazla yayına rağmen rolünün tanımlanması güçtür. LH, vajinal histerektominin yerine geçmek değil eşlik eden ooferektomi, önceki pelvik cerrahi veya adezyon riski, daha büyük uterus, nulliparite gibi VH için (göreceli) kontrendikasyonlar olduğunda AH için bir alternatif olabilir. Randomize araştırmalar, abdominal histerektomi ile karşılaştırıldığında, LH'nin ameliyat süresinin daha uzun sürmesine rağmen hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu, daha az postoperatif ağrı ve daha hızlı iyileşmeye neden olduğunu gösterilmiştir. LH, bitişik organ yaralanması için daha yüksek risk taşır ve daha hızlı iyileşme nedeniyle daha etkin bir yöntem olabilir (47).

1989'da Harry Reich ve arkadaşları, tamamen laparoskopi ile gerçekleştirilen ilk histerektomiye tanımladılar. Kısa bir süre sonra, hevesli öncüler LH'nin daha iyi olduğunu iddia ettiler. Daha düşük postoperatif morbiditesi, kozmetik sonuçları ve komplikasyon oranlarında artış olmadan maliyetleri düşürmesi nedeniyle AH'ye alternatiftir. Abdominal olarak yapılan histerektomilerin oranı 1990'da %75'ten 2001'de %27'ye düştü. LH'nin kullanılmaya başlanması AH'lerin sayısının azaltılmasında önemli bir rol oynadı, ancak paradoksal olarak VH'nin daha geniş bir şekilde kullanılmasına neden oldu (47). LHnin, AHye göre faydaları aktivitelere daha hızlı dönüş, daha az ateşli atak, daha düşük intraoperatif kan kaybı, daha az yara

komplikasyonu ve daha düşük mortalite olarak kanıtlanmıştır. Ancak LH abdominal yaklaşıma göre daha uzun ameliyat sürelerine sahip olabilir (48).

### **2.3.4. Robotik Yardımlı Histerektomi**

Bilindiği üzere günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle birlikte robotik teknolojiler de tıp alanına girmeye başlamış ve hızlı bir şekilde kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu konudaki deneyimler 30 yılı aşkın bir süredir birikmekte olup 20 yıl önce insanlarda kullanımı onaylanmış olup cerrahi prosedürlerde yerini almıştır (49). Minimal invaziv cerrahi sistemlerinin geliştirilme ve kullanımı büyük cerrahi işlemlere kıyasla daha az komplikasyon beklentisi, daha az kanama, ameliyat sonrası nekahat sürelerinin ve yara iyileşme sürelerinin kısalması, daha hızlı mobilize olma, daha az ağrı, cerrahın oturarak çalışması ve buna bağlı ellerde titremenin az olması gibi sebeplerle tercih sebebi olmaktadır (50). Bununla birlikte laparoskopik ve robotik yardımcı jinekolojik cerrahilerin dezavantajları arasında cerrahlar için ayrı bir eğitim gerektirmesi, kullanılan cihazların maliyetlerinin yüksek olması, ameliyathanede yer kapladığı alanın büyük olması, bakımlarının zorluğu, cerrahın dokunma duyusundan yoksun olması sıralanabilir (51).

## **2.4. HİSTEREKTOMİDE OLUŞABİLECEK KOMPLİKASYONLAR**

Histerektomi, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan en yaygın jinekolojik girişimdir ve her yıl 600.000'den fazladır. Histerektominin komplikasyonları cerrahinin yöntemine ve cerrahi tekniğe göre değişir. Histerektominin en sık görülen komplikasyonları arasında enfeksiyöz, venöz tromboembolik, genitoüriner (GU) ve gastrointestinal (GI) yol yaralanması, kanama, sinir yaralanması ve vajinal kaf ayrılması sayılır (52). Bunlar erken dönem komplikasyonları; kanama, üreter travması, tromboembolik hastalık, ağrı ve geç dönem komplikasyonları; barsak, üriner sistem ve seksüel disfonksiyon bozuklukları, ciddi menopozal semptomlar, genital prolapsus şeklinde kategorize edilebilir (53).

Histerektomi sonrası enfeksiyöz komplikasyonlar, AH için %10,5 VH için %13.0 ve LH için %9.0 dur (52). Venöz tromboembolizm, %1'lik klinik tanı oranı ve daha hassas laboratuvar yöntemleriyle saptanan %12'ye varan oranlarla daha az yaygındır (52).

Tüm majör jinekolojik ameliyatlar için GÜ yolundaki yaralanmanın %1-2 oranında meydana geldiği ve bu yaralanmaların %75'inin histerektomi sırasında meydana geldiği tahmin edilmektedir (52). Histerektomi sonrası GI kanalının yaralanması %0,1-1 aralığında ve daha az yaygındır (52).

Histerektomi sonrası kanama komplikasyonları da nadirdir ve tahmini kan kaybı aralığı AH için 238-660.5 mL, LH için 156-568 mL ve VH için 215-287 mL dir. Kan transfüzyonu, LH de VH ile karşılaştırıldığında daha olasıdır. Histerektomi sonrası nöropati, majör pelvik cerrahi sonrası %0.2-2 oranında nadir fakat önemli bir olaydır. Vajinal kaf ayrılması %0.39 oranında tahmin edilmektedir (52).

## **2.5. HİSTEREKTOMİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ**

Uterusun kadınlık rolünün sürdürülmesinde ve kadının biyolojik sosyal psikolojik dengesinin korunmasında rolü vardır. Histerektominin kadın üzerinde fiziksel ve biyolojik etkileri vardır. Vücut bütünlüğünün bozulması, doğurganlık yeteneğinin kaybı bu etkiler içindedir. Aynı zamanda histerektomi psikoseksüel ve sosyal sorunlarda oluşturabilir. Kadının insanların sevgisini kaybetme, kadınlık özelliklerinin kaybı gibi korkuları oluşabilir (54). Kadın uterusunun sağlığı bozulduğunda veya kadın histerektomi yaşadığında fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığında değişiklikler oluşabilir (10). Doğurganlık bazı toplumlarda kadının eşi ailesi ile iyi ilişki kurmasını, benimsenmesini sağlar. Bundan dolayı kadının doğurganlığı ve devamı aile için önem teşkil eder. Menopoza girilmiş olsa bile histerektomi kadını olumsuz yönde etkileyebilir. Tam tersi olarak bazı kadınlarda olumlu düşünceler oluşturur. Bu düşünceler histerektominin kansere karşı koruyucu, istenmeyen gebeliği önleyici, cinsel özgürlüğü artırıcı, ağrılı menstruasyon dönemlerinden kurtarıcı olmasıdır (55).

### **2.5.1. Histerektomi Sonrası Fizyolojik Değişiklikler**

Histerektomi sonrası kadınların semptomları arasında çeşitli fizyolojik faktörler vardır. Yüksek vücut ısısı, ameliyat sonrası hastalarda yaygın olarak görülür ve hızlı göz hareketi, uykusunun azalması ve derin uykunun artması ile ilişkilidir. Ancak ateşin neden olduğu uyku bozukluğuna hormonların aracılık edip etmediği bilinmemektedir. Ameliyat sonrası ateş, hipertansiyon (HT), taşikardi,

anemi, enfeksiyon ve ağrı, uyku bozukluğu ile ilişkili fizyolojik faktörlerdendir. Ayrıca, postoperatif uyku bozukluğu, postoperatif yorgunluğa katkı sağlar (6).

### **2.5.2. Histerektominin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri**

Histerektomi ameliyatı sonrası olması beklenen bedensel ve ruhsal değişimler hastalar ve eşlerinde endişe uyandırmaktadır (56). Histerektomi ameliyatları ile diğer ameliyatlarda arasında libido açısından fark oluşmadığı belirtilmiştir. Libido farkının overlerin çıkarılması kaynaklı olduğu ve overlerin korunduğu operasyonlarda libidoda artma olduğu belirtilmiştir. Overlerin korunması ile cerrahi menopoza önlenmekte seksüel yaşamı olumsuz etkileyen semptom ve hastalık durumlarının yok olması sonucunda kadının seksüel yaşamında olumlu yönde değişimler söz konusu olmaktadır (55). Doğal menopoza ve TAH geçiren kadınlar arasında cinsel istek duyma, orgazm ve psikolojik iyilik hali açısından bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak TAH+BSO geçiren kadınların seksüel fonksiyonlarında azalma olduğu belirtilmiştir (55). Yılmaz ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada TAH ameliyatının yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemediğini tespit etmişlerdir (54). Histerektomi ameliyatının kadının sosyal, fiziksel ve seksüel yaşantısı üzerine etkileri olacağı beklenmektedir. Yazıcı ve ark (2016) histerektomi olan kadınlarla olmayan kadınlar arasında cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, doyum ve cinsel işlevler açısından anlamlı fark tespit etmemişlerdir (57).

Vajinal, subtotal ve total abdominal histerektominin cinsellik üzerine olumsuz etki yaratmadığı, hatta aralarında belirgin fark olmaksızın cinsel işlevlerde olumlu yönde değişiklik oluşturabildiği bildirilmektedir (54).

Beden imajı, zihinsel ve fiziksel sağlık, ilişki uyumu ve doyumun cinsel ilişki ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Histerektomi, yara izi veya hormonal değişikliklerle ilişkili olumsuz bir vücut imajı ile sonuçlanır. Vücut imajındaki bu tür değişiklikler histerektomiden sonra cinsel işlevi etkileyebilir (58).

### **2.5.3. Histerektominin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri**

Histerektomi ameliyatları kadının genel olarak yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar (56). Kadınlar histerektomi sonrası doğurganlık kaybı yaşayacağından, bundan dolayı eşi ile ilişkisinin bozulacağı, kadınlık yeteneğini kaybedeceği, beden

imajının deęiŖeceęi gibi konularda endiŖe içindedirler. Ayrıca kadınlar menopozun zararlı etkileri, fiziksel güç kaybı gibi pek çok konuda endiŖe ve korku hissedebilirler. Kadının hissettiği kaygı ve endiŖeler yaŖam kalitesinin düşmesine sebep olur. Fakat ameliyat öncesi var olan kadını olumsuz etkileyen semptomların yok olmasıyla kadının yaŖam kalitesinin düzeyi artmaktadır. Seksüel fonksiyonlarda oluşan deęiŖimler yaŖam kalitesini etkileyebilir. Çünkü seks, insanın kendini anlamasında önemlidir (10). Esen ve Çam(2006) yaptıkları çalışmada histerektomi olan kadınların evlilik sürelerinin ve canlı doğum sayılarının yaŖam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve histerektomi olan kadınlardan eşleri ile olan ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında değişiklik yaŖayanların yaŖam kalitesinin düŖtüęü belirtilmiŖtir (10).

Histerektomi teknikleri de cinsel iŖlev ve yaŖam kalitesini etkiler. LH'de AH'ye göre cinsel iŖlev bozuklukları daha az ve yaŖam kalitesi daha yüksek olarak belirtilmiŖtir. Sadece histerektomi tekniği değil, ameliyatın endikasyonları da histerektomi sonrası hastaların cinsel fonksiyonlarında ve yaŖam kalitelerinde değişiklik oluşturabilmektedir. Anormal uterin kanama, endometriozis, adneksiyal veya uterus patolojileri cinsel sorunlara yol açabilir ve ağrı yaŖam kalitesini düşürür (59).

#### **2.5.4. Histerektominin Psikolojik Etkileri**

Histerektomi sonrası anksiyete, depresyon gibi psikolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır ve en sık depresyon görülür. Depresyonun en önemli sebebi histerektomi sonrası oluşan infertilitedir. Histerektomi sonrası oluşabilen cinsel kimlik kaybı, beden imajında değişiklik ve cinsel ilginin azalması gibi durumlarda depresyona sebep olur. Ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan korkmak, ağrı, beden imajında değişiklik, yaŖlanma, doğum yapamama ve kadınsılığın azalması düşünceleri histerektominin olumsuz algılanmasına sebep olabilir. Kadınsılığın azalması hissi kendilik değerinde azalmaya neden olurken, yaratıcılık kaybı ve boşluk hissi oluşur (60, 61).

#### **Histerektomi sonrası psikolojik problemleri etkileyen faktörler**

- Cinsel kimlik sorunu
- Daha önce depresyon geçirmiŖ olma

- Ailede mental hastalık veya depresyon
- 35 yaşından küçük olma
- Çocuk isteme,
- Cinsel çekiciliğini kaybetme korkusu,
- Eşinin olumsuz tutumu ve işinin olmamasıdır (7, 60).

Histerektomi sonrası üriner inkonstinans, konstipasyon, prematür over yetmezliği gibi yeni semptomlar gelişebilir (61).

Hemşireler hastalara psikososyal yönden destek sağlamakta oldukça önemlidir;

- Hemşireler histerektomiye anlaşılır bir dille hastaya anlatmalı, niçin nasıl gerçekleştiği, yarar ve zararları konuşulmalıdır,
- Hastanın kendisini duygularını sorunlarını anlatmasına izin verilmelidir,
- Hastaya hala kadın olduğu anlatılmalıdır,
- Overleri alınmadı ise menapozu girmeyeceği anlatılmalıdır,
- Yanlış bilgileri düzeltilmelidir,
- Seksüel fonksiyonlarında olacak değişiklikler konuşulmalıdır. VH sonrası vajenin kısılacağı, overler alınmış ise vajinal kuruluk oluşacağı söylenmelidir. Şikayetlerinin zamanla azalacağı ve cinsel fonksiyonlarını engellemeyeceğinin bilgisi hastaya verilmelidir (7).

## 2.6. HİSTEREKTOMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelerin hasta bakımındaki hedefi, hastaları tedavi yan etkilerinden korumaktır. Aynı zamanda vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki sürekli değişikliklere hastanın adaptasyonunu kolaylaştırmaktır (55). Cerrahi girişimle herhangi bir organı alınacak olan hastada ağrı, ölüm tehlikesi, sakat kalma, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma ve beden imajının değişmesi gibi korku ve kaygılara sahiptir. Histerektomi olacak kadınlar cinsel fonksiyonunu, doğurganlık yeteneğini ve kadınlık rolünü kaybetme gibi korkulara sahiptir. Eşi ile ilişkilerinin bozulacağı, menopozun zararlı etkilerini yaşayacağı ve fizik gücünü kaybedeceği gibi endişeleri

de vardır (7, 20). Histerektomi ameliyatı sonrası hastaların hastanelerde daha kısa süre kaldıkları ve iyileşme sürecini evlerinde geçirdikleri bilinmekte olup bu sebeple kadınların taburcu olduklarında karşılaşılabilecekleri sorunları bilmeleri önemlidir. Sağlık ekibi içinde hastaya en yakın olan kişi hemşiredir. Hemşire histerektomi olacak kadına ameliyat öncesi, sonrası dönemlere ve taburculuktan sonraki döneme ait açık ve net bilgiler verir böylece hastanın korku ve endişelerini azaltabilir. Oluşabilecek sorunlarla baş etmesine yardımcı olur. Histerektomi olan hastalar ameliyat sonrası yeni yaşamına uyum sorunu yaşayabileceğinden hemşirelerin hastaların bu süreçte yanlarında olmalı ve yeni durumlarını kabullenmesine yardımcı olmalıdırlar (7, 20, 55).

### **2.6.1. Preoperatif Bakım**

Cerrahi girişimler bireylerde fazlaca stres oluşturur. Jinekolojik operasyonlarda bu stres daha da artmıştır. Çünkü bireyin üreme fonksiyonları ve seksüel fonksiyonları risk altına girmiştir. Bu sebeple jinekolojik operasyon geçiren kadınların daha fazla destek ve bilgiye ihtiyacı olur. Gelişmiş sağlık hizmetleri kapsamında kişi kendi sağlığını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol sahibi olmalıdır. Verilecek eğitim histerektomi sonrası kadınların yaşadıkları sorunları çözümlenmelerinde önemlidir. Histerektomi ameliyatı planlanan ve yapılan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası dönemlere, iyileşme sürecine yönelik eğitim verildiğinde kadınların bilgilerinde önemli artışlar olur. Eğitim alan kadınlar ameliyat sonrası ve iyileşme döneminde daha az sorunla karşılaşmakta ve çözebilmektedir (7, 20).

Hastaya histerektomi girişim şekli, organların çıkarılması, oluşabilecek riskler konusunda bilgi verilir. Burada önemli olan hastaya gerektiğinden fazla bilgi verilerek anksiyetesini artırmamaktır. Ameliyattan sonra oluşabilecek durumlar hakkında bilgi verilir. Hasta yapılan bilgilendirmeden sonra ameliyat olup olmayacağına, ameliyat şekline karar verip yapılacak tedaviye izin verir ve izin formunu imzalar. Hemşire hastanın operasyon izin formunu imzaladığını kontrol etmelidir. Histerektomiden sonra oluşabilecek cinsel, fiziksel, psikolojik değişiklikler hakkında bilgi verilir, gebelikten korunmak için bir yöntem kullanmasına gerek olmadığı ve artık çocuk sahibi olamayacağı açıklanır (7, 62). Preoperatif dönemde derin solunum, öksürük ve bacak egzersizleri öğretilmelidir. Öğrenilen egzersizler hastada oluşabilecek solunum

dolaşım komplikasyonlarını engelleyecektir. Preoperatif dönemde hastanın barsak boşaltımı ve derisinin temizliği sağlanmalıdır. Derinin temizliği enfeksiyonu önleyeceği için hastaya operasyon öncesi antiseptikli sabun ile duş aldırılmalıdır. Aspirasyon riskini azaltmak için ameliyattan 8-12 saat öncesinde hastanın oral beslenmesi kesilmelidir. Günün ilerleyen saatlerinde ameliyata girecek hastaların sıvı-elektrolit dengesi bozulmasın diye intravenöz mayi takılmalıdır. Ameliyat öncesi gece iyi dinlenmesi ve uyuması sağlanmalıdır (7).

### **Ameliyattan hemen önce**

- Ameliyat izninin imzalanmış olduğu tekrar kontrol edilir,
- Vital bulguları alınır ve normal dışı bir durum varsa rapor edilir,
- VH için antiseptik solüsyon ile vajinal duş aldırılır,
- Takma diş, gözlükleri varsa çıkarılır,
- Makyaj, oje ve takıları çıkarılır,
- Preoperatif medikasyonu yapılır (7).

### **2.6.2. Postoperatif Bakım**

Postoperatif dönem ameliyat sonu hasta odasında başlar nekahat dönemi sonuna kadar sürer. En kritik süreç ilk 72-96 saattir (7). Postoperatif ilk saatte 15 dakika aralıklarla daha sonra hasta stabil olana kadar yarım saat aralıklarla vital bulguları alınmalıdır. Hava yolu açık tutulur, dönme ve derin nefes uygulamaları yapılır. Vital bulgular monitörle takip edilir. Bacak egzersizleri yapılır, kanama değerlendirmesi yapılır. Vajina ve insizyon bölgesinde enfeksiyon değerlendirmesi yapılır. Hasta pulmoner embolizm, yara yeri akıntıları, tromboflebit, pnömoni, vajinal kanama, yara yeri enfeksiyonu, idrar retansiyonu, idrar yolu enfeksiyonu açısından takip edilir. Perine bakımı verilir, psikolojik değerlendirmeler yapılır (7, 62).

İlk 24 saat için genellikle güçlü ağrı kesici gerekir. Vajinal cerrahi geçiren hastalar, abdominal cerrahi geçiren hastalar kadar ağrı kesici ihtiyacı duymaz. Erken ambulasyon venöz sirkülasyon ve kas tonüsünü geliştirir. Akciğerlerin genişlemesini ve barsak hareketlerini sağlar. Bundan dolayı histerektomiden sonra ilk gün hastanın yataktan kalkması sağlanmalıdır. Postoperatif dönemde ateş yaygın olarak görülebilir.

İlk 24 saat içinde ateşin 38 °C olması pulmoner atelektazi düşündürür. Önlemek için ise erken mobilizasyon sağlanmalı ve spirometri kullanılmalıdır. Operasyondan 48 saat sonra ateşin yükselmesi cerrahi girişim olan bölgede bir enfeksiyonu gösterir. Sıvı alımını tolere edebilene kadar genellikle yaklaşık 24 saat boyunca intravenöz sıvılar gereklidir ve genellikle ameliyattan sonraki birkaç gün içinde hafif diyet ve sıvılara yeniden başlayabilirler. Histerektomi takiben gaz şikayeti yaygın derecede olabilir ve kabızlık da yaygındır. Üriner enfeksiyonda histerektomiden sonra sık görülür ve takip edilmelidir. Ameliyat sırasında yara bölgesine bir dren yerleştirilebilir ve genellikle ameliyattan iki ile üç gün sonra çıkarılır. Vajinal cerrahide dikişler genellikle eriyebilir. Histerektomi takiben hasta bir miktar vajinal kanama ve/veya akıntı yaşayabilir (7, 62).

### **2.6.3. Taburculuk Ve Evde Bakım Eğitimi**

Histerektomi ameliyatında da birçok ameliyatta olduğu gibi çeşitli beslenme önerileri verilebilir. Taburcu olduktan sonra yüksek protein, demir, yüksek C vitamini içeren besinler tüketmesi önerilir (62). Hastanın birkaç hafta boyunca, yorgun ve enerjisinin az olması olağandır ve belirgin bir sebep olmaksızın moralinin bozuk ve ağlamaklı hissettiği günler olabilmektedir. Bir fizyoterapist tavsiyesi ile vücuduna dikkat etmesi ve gerektiğinde dinlenmesi, nazikçe hareket etmesi ve düzenli egzersiz yapması için teşvik edilmelidir. Biraz enerji kazandıktan sonra, aktivite seviyesini kademeli olarak artırabilir, ancak karın ve pelvik taban kaslarını zorlamaktan kaçınmalıdır. Ameliyattan yaklaşık altı hafta sonra araba kullanma, yüzme ve ev işleri gibi aktivitelere yeniden başlayabilir ve kuvvetli nitelikteki sportif faaliyetler için iki üç ay beklenmelidir (7, 62).

Kişinin kendisini vajinal kanama, gastrointestinal değişimler, kramplar, distansiyon, ateş, yara yerinde kızarıklık, şişlik, ısı artışı, ağrı gibi enfeksiyon belirtileri açısından takip etmesi önerilmelidir (62). Karında veya vajinal olarak morarma yaşamasının normal olduğu söylenmeli, gerekirse analjezi alması tavsiye edilmelidir. Karın bölgesindeki yaranın etrafında uyuşma haftalar veya aylar sürebilir. Hasta hastaneye yatışından itibaren sigarayı bırakmışsa, bunu sürdürmesi için teşvik edilmelidir. Sağlıklı, dengeli beslenme, bol sıvı alımı ve hasta kabızlık riskleri konusunda uyarılmalıdır. Hastanın diyetini kilo alımını önlemeye yönelik yapması

önerilebilir (7, 62). Hastaya enfeksiyon riskini azaltmak için tampon yerine hijyenik ped kullanması ve vajinal duştan kaçınması önerilir. Histerektomiden yaklaşık altı hafta sonra cinsel aktiviteye devam edebilir. İşe dönüş yaklaşık üç ay sonra olabilir (7, 62).

Taburculuk eğitiminde hastanın ailesi de eğitime dahil edilmeli, eğitim konuları ise yara bakımı, enfeksiyon belirti ve bulguları, ağrı yönetimi, beslenme, ilaçların etki, yan etkileri ve kullanım şekilleri, egzersizler olmalıdır. Taburculuk eğitimi verilen hastaların daha çabuk iyileştiği, özgüvenlerinin arttığı görülmüştür. Tekrar hastaneye daha az başvuru olup buna bağlı olarak hasta bakım maliyetlerinin düşeceği, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti artacağı için taburculuk eğitimi önemlidir. Hemşirelerin hasta eğitimindeki rolü büyüktür (63).

Histerektomi sonrası semptomlar fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu olarak şekillenmiştir. Başka nedenlerle karın ameliyatı geçiren kadınlarla karşılaştırıldığında, histerektomi geçiren kadınların dikkate alınması gereken fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri vardır. Rahim alınması, yumurtalık yetmezliğine bağlı hormonal dengesizlik ve ameliyatın olası olumsuz sonuçları nedeniyle histerektomi geçiren kadınlarda fizyolojik faktörler farklılık gösterebilir. Bu kadınların yaşadığı psikolojik faktörler de depresif duygudurum ve anksiyete gibi olumsuz sonuçların bildirilmesiyle, histerektomi olmayan kadınlardan farklıdır. Sosyal faktörler, kadın topluluğundaki aile ilişkilerine ve destek sistemlerine bağlı olarak değişebilir. Kadınların partnerleri ile olan ilişkilerindeki faktörler ve uzun dönemli yaşam kalitelerine etkileri cerrahi işleme göre değişiklik gösterebilir (6). Laparoskopik cerrahinin iyileşme süresinin daha kısa olduğu, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiş olup uygun hastalara yapılması gerekmektedir (64).

## **2.7. KONFOR KAVRAMI**

Karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olan konfor hemşirelikte birçok kuramcı tarafından ele alınıp incelenmiştir. Konfor hemşirelik işlevi ve bakımının sonucu olarak incelenmiştir (65). 1926 da Harmer hemşirenin çevresel rahatlığı sağlamasının önemini vurgulamış ve ağrının rahatlatılması ve ağrının verdiği rahatsızlıkların azaltılmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Goodnow ise 1935 te ‘‘The Technic of

Nursing’’ kitabında hastaların rahatlığını sağlamanın ve sürdürmenin önemli olduğunu belirtmiştir (65, 66).

Orlando(1961) kuramında hastanın gereksinimlerini gidermeye odaklanmıştır, hemşirenin amacı hastanın acil gereksinimlerini karşılamak, sıkıntı ve rahatsızlıktan kurtararak rahatlığını sağlamak demıştır (65-67). Roy’un uyum modeline (1981)göre, hastanın fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonları ve bağımsızlık-ilişkiler konusundaki ihtiyaçlarına uyum sağlamasına hemşireler yardım eder. Bu gereksinimlerden bazıları karşılanmaz ise hemşire soruna yönelik değerlendirme yapar ve sorunları gidererek konforu sağlar (66, 67). Watson’ın kuramında (1979)konfor kavramı önemli bir yer tutar. Watson sağlık konusunu ise, içsel ve dışsal çevrede yaşanan akıl, beden ve ruh arasındaki uyum şeklinde tanımlar. Bu kuramda konfor ise iç ve dış çevreyi etkileyen bir değişkenlerdir (65). Paterson ve Zderad (1988) “Hümanistik Hemşirelik” kuramında, konforu “hemşirelik deneyiminin ve doğasının aktarılan yapısı” şeklinde adlandırmıştır. Paterson rahatlığı; özgürlük, sağlık, gelişme olarak tanımlamıştır (11, 66, 67). Richeson ve Huch (1988) rahatlığın hemşireliğin sağlık bakımına benzersiz katkısı olduğunu ifade eder ve Morse (1992) hemşireliğin amacının rahatlığı teşvik etmek olduğunu belirtir ve Cropper (1992), hemşirelerin rahatlığı teşvik ederek sağlığı geliştirdiğini ek olarak belirtir (11). Rahatlık kavramı, hemşirelik kuramlarında önemli bir kavram olarak yer almakta ve Faye Abdellah 21 hemşirelik problemi tipolojisini içeren kuramında, “Fizyolojik Gereksinimler” altında yer alan ilk problemi “Rahatlık, hijyen ve güvenlik” olarak belirtmiştir (65, 66).

Konfor eş anlamlısı olarak kullanılan rahatlık sözcüğü Türk Dil Kurumu göre “üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama durumu”, “yorgunluk veya sıkıntı vermeme” halidir. İngilizcede ise rahatlık (comfort) sözcüğü, konfor, rahatlatmak, teselli, avuntu, cesaretlendirme, ferahlık ve ferahlatıcı, huzur, memnun etme anlamlarına gelmektedir. Çeşitli sözlüklerde rahatlık, rahatlatma, rahat olma durumu

- Ağrıyı dindirmek, üzüntüyü kederi azaltmak
- Sıkıntıdan uzaklaştırmak
- Rahatlayan şey veya bir kişi
- Rahatlık durumu veya sessizce zevk almak, üzüntüden uzak olma

- Yaşamı kolaylaştıran herhangi bir şey
- Neşelendirici, ümit edici yatıştırıcı şeyler tarafından üzüntünün, ızdırabın azaltılması anlamlarını taşır (65).

Rahatlık durumu, yokluk koşullarını ortadan kaldırmak, üzüntü, ağrı ve acı çekmek gibi koşullarla baş etmek anlamlarına da gelir (65, 68). 1994 yılında Katharine Kolcaba tarafından analiz edilen konfor; ağrının, sıkıntının, üzüntünün, tedirginliğin olmaması olarak adlandırılan rahatlık kavramıdır (65). Katharine Kolcaba konforu farklı şekillerde tanımlar.

- 1) Rahatsızlığın geçmesine ve giderilmesine veya rahatlık durumuna neden olan durum, örneğin; “Alçısı çıkarılınca rahatladı”, “Kendi evimde rahat hissediyorum.”
- 2) Gönül ferahlığı, ferahlamış hissetme, huzur durumu, örneğin; “Duştan sonra rahatladım.”
- 3) Rahatsızlıktan kurtulma durumu, örneğin; “Ağrım geçti, rahatım.”
- 4) Yaşamı kolaylaştıran, hoşnutluk veren şeyler, Örneğin; “Rahat yaşamak için yeterli param var”, “Rahat bir oda.”(65-67).

Hemşirelik kuramlarının dört temel kavramı insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Hemşireler düzenli bir şekilde bakım vermeye başladıktan sonra konfor, bakım, iletişim gibi çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlardır ve böyle kuram geliştirme çalışmalarının temelleri atılmıştır. Hemşirelerin ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramı, Nightingale’in çalışmalarına kadar uzanmaktadır (69). Bununla birlikte, konfor, tüm kişinin tepkilerini açıklayan bütünsel bir sonuçtur (11).

## 2.8. KONFOR KURAMI

Rahatlık, hemşirelik mesleğinin ayırt edici bir özelliği olarak adlandırılmıştır ancak şimdiye kadar bir hemşirelik teorisi içinde kavramsallaştırılmamıştır ve bundan dolayı rahatlık ön plandadır (11). 1965 yılında St. Luke’s Hospital School of Nursing’den hemşire diploması alan Katharine Kolcaba, rahatlık kavramı ve hasta rahatlığının sağlanmasını içeren çalışmalarının üzerinde yaklaşık 15 yıl boyunca çalışmıştır. Uzun çalışmaları sonucunda orta düzeyde bir hemşirelik kuramı olarak

kabul edilen Rahatlık Kuramını (Comfort Theory) geliştirmiştir ve bu kuramın üç düzey ve dört boyuttan oluşan yapısını ortaya koymuştur (65). Konfor karmaşık, çok boyutlu bir yapıdır ve temel bir insan gereksinimidir. Kolcaba'nın teorisine göre konfor, fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olarak ferahlama, rahatlama ve üstünlük ihtiyaçlarının karşılanması yoluyla gerçekleşen, bütünsel bir varlık deneyimidir ve güçlenmiş hissetmenin deneyimidir. Ağrı veya diğer fiziksel rahatsızlıkların olmamasından daha fazlasını ifade eder. Temel, çok boyutlu ve karmaşık bir sağlık bakımının ortaya çıkardığı sonuçtur (70-72).

Konfor teorisinin temel varsayımları,

- 1) İnsanlar karmaşık uyaranlara bütüncül tepkiler verir.
- 2) Rahatlık, hemşirelik hizmetleri için temel olan istenilen bütünsel bir sonuçtur.
- 3) İnsanlar, temel konfor ihtiyaçlarını karşılamaya çalışır ve bu varsayımlar konfor teorisinin temelini oluşturmaktadır (11).

Konfor Teorisi, kişinin etkileşimine odaklanır, çevre, sağlık, hemşirelik, ağrı ve sıkıntının giderilmesi, kolaylığı ve aşılması üzerindeki etkileridir (73). Konfor kuramı 3 düzey 4 boyuttan oluşmaktadır. Düzeyleri ferahlama (relief), rahatlama (ease), üstünlük (transcendence) şeklindedir. Konfor kuramının boyutları ise fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel, çevresel ortamlardır (65, 67, 74).

### **2.8.1. Konfor Kuramının Düzeyleri**

#### **Ferahlama (relief)**

Belirli bir konfor ihtiyacının karşılanmış olma durumu, bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaya başlanmasından sonra sıkıntıdan kurtulmasıdır (73, 75, 76).

#### **Rahatlama (ease)**

Sakin, rahat ya da huzur içinde olma bulunma, kişinin rahatsızlığının olmaması, memnuniyet durumu, memnun olduğunu söylemesi halidir. Gönül rahatlığı hali olarak tanımlanır (65, 66, 74, 76).

## **Üstünlük (transcendence)**

Kişinin sorunların veya acıların üstesinden gelebilme hali olarak tanımlanır. Üçüncü aşama olan üstünlük düzeyinde hastanın ihtiyaçları karşılandığından dolayı hasta ferahlamış ve rahatlamıştır (67, 73, 75, 76). Üstünlük düzeyini rahatlatma ve ferahlamadan ayıran hastanın performans gücünün oluşmasıdır. Ferahlama, rahatlatma, üstünlük hastanın performansını olumlu yönde etkiler (74-76).

## **2.8.2. Konfor Kuramının Boyutları**

### **Fiziksel Konfor**

Vücut duyuları, homeostatik mekanizmalar, bağışıklık fonksiyonu ile ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu beslenme, hidrasyon, dinlenme ve gevşeme etkiler (73, 76). Ağrı fiziksel konforun azalmasında en etkili etken olmaktadır. Barsak fonksiyonunun devamlılığı ise kişinin fiziksel konforunu artırır (66, 74). Kolcaba fiziksel konforun kişinin hastalığa karşı yanıtından kaynaklandığını ifade eder ve bireyin fiziksel durumunu etkileyen parametrelerden biri bozulduğunda fiziksel konforun etkileneceğini söyler (76).

### **Psikospritüel Konfor**

Saygı, kimlik, cinsellik gibi kavramların kişinin yaşamındaki anlamı ve farkındalık durumudur (73). Bilişsel, duygusal ve ruhsal bileşenleri kapsar. Benlik saygısı, kendine güven, cinsellik, kendinin farkında olma gibi bireyin yaşamına anlam katan öğeleri barındırır (76, 77). Dokunma, masaj yapma ve ağız bakımı verme gibi hastayı rahatlatıcı girişimler ve sorularını cevaplandırma, yakınlarının ziyaretine izin verme, iletişim kurmayı sağlama gibi girişimler, hastanın psikospritüel konforunu yükseltecektir (74, 77).

### **Çevresel Konfor**

İnsan deneyiminin dış arka planıyla ilgilidir. (Sıcaklık, ışık, ses, koku, renk, mobilya, manzara vb.) (73). Çevresel konforu dış faktörler ve bunların insan üzerindeki değişiklikler oluşturmakta ve bu faktörleri aydınlık, gürültü, güvenilir çevre, pencereden görünen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar oluşturmaktadır (69, 77). Çevresel konforu azaltan nedenler arasında soğuk ortam,

gürültülü sesler, parlak ışık, kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar sayılabilir (69).

### **Sosyokültürel Konfor**

Kişilerarası, ailevi ve toplumsal ilişkilerle ve ayrıca aile gelenekleri, ritüelleri ve dini uygulamalarla ilgilidir (73). Sosyokültürel bakımı oluşturan faktörler içinde danışmanlık, ailenin gelenek, görenek ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması sayılabilir (69, 74). Konforu azaltan faktörler içinde ise aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması sayılabilmektedir (69).

Durumlar ve bağlamlar birleştiğinde, hastanın ihtiyaçlarını karşılama perspektifinden bütünsel rahathlığına ulaşılır. Bunlar, deneyim bağlamlarıyla birlikte, teorisyen tarafından genel bir hastalık durumunda insanların rahatını ölçmek için oluşturulan Genel Konfor Ölçeğinin geliştirilmesine rehberlik etti. Yanıt seçenekleri 1 ile 4 arasında değişen, Likert tipi 48 maddeden oluşur ve puan yükseldikçe rahatlık düzeyi yükselir (70).

Ayrıca konfor yapısı literatürde bir durum, süreç, sonuç, eylem veya müdahale olarak tanımlanmaktadır. Rahatlığın sağlanması bir bakım faktörü ve hemşirelerin sorumluluğu olduğundan, bu müdahale de hemşirelik bakımı etkinliklerine odaklanmaktadır. Bu anket kültürler arası olarak uyarlanmıştır ve içeriği, bu çalışmanın yönlendirilen popülasyonundaki psikometrik özellikler dikkate alınarak uzmanlar tarafından doğrulanmıştır. Bununla birlikte, bu aracı klinik olarak doğrulayan ve sosyodemografik ve klinik değişkenlerin konfor bağlamlarıyla ilişkisini öngören çalışmaların eksikliği vardır. Bu nedenle, kronik durumun karmaşıklığının ortasında, daha iyi müdahale edebilmek için konfor bağlamlarını olumsuz etkileyen demografik ve klinik değişkenlerin ilişkilerini anlamak gerekmektedir (70).

## 2.9. ÖZ-BAKIM KAVRAMI

Öz-bakım kavramı, ilk defa Dorothea E. Orem tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Orem, bu kuramında kişinin bireysel bakım gereksinimlerine odaklanmıştır. Öz-bakımı, bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli müdahaleleri yerine getirmek olarak tanımlamaktadır. Öz-bakım, kişilerin yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendi üzerlerine düşeni yerine getirmeleridir (78, 79). Orem'in öz-bakım teorisine göre, öz-bakım, bakım eylemlerini yerine getirme eylemleridir. Öz-bakım yaşam içerisinde streslerin üstesinden gelerek sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirebilecek bir işlemdir (80). Öz-bakım, Orem'in (1991) teorisindeki merkezi kavram olan öz-bakım bireylerin kendi adlarına başlattığı ve gerçekleştirdiği faaliyetlerin tümüdür ve kişisel bakım da bir hedef söz konusudur. Bireyler sürekli olarak öz-bakımı gerçekleştirme yetenekleri ile çeşitli terapötik öz-bakım talepleri arasında bir denge sağlamak için hareket ederler. Terapötik öz-bakım taleplerini karşılamada öz-bakım gücü yeterli olmadığında öz-bakım eksikliği oluşur ve bu durumda hemşirelik bakımı gerekir (14). Orem'in bakım gereksinimleri kuramına göre kişilerin öz-bakım işlevleri yeterli olmadığında hemşireler devreye girer ve bireylere yardım etmeyi hedefler (81).

Öz-bakım bireyin devamlı, başarılı olarak kendi kendisine yaptığı bakımdır. Öz-bakım bireylerde kişisel merak, eğitim ve sağlık bakımından edinilen tecrübeler ile öğrenilmiş davranış olarak geçmektedir (82). Orem'in genel hemşirelik kuramı, hemşire ve hasta rollerinin özelliklerini açıklamaktadır ve İç içe geçmiş bu kuramların ortak adı "Öz- bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı"dır (79).

Levine, Katz ve Holst öz-bakımı bireylerin kendi sağlığını korumak için hastalığın saptanması ve tedavisinde bireyin kendi fonksiyonlarını kullanma süreci olarak belirtmiştir (82).

**Orem'in "Öz-bakım Yetersizlik Kuramı" birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşur.**

### 1. Öz-bakım kuramı

Hayatın devamlılığı için öz-bakımın neden gerekli olduğunu belirtir ve bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini koruyabilmek adına kendi

üzerlerine düşeni yapabilmeyi hedefler (82). Öz-bakım bir davranış olarak hem uygulama hem tedaviye yöneliktir. Öz-bakım Yetersizliği Kuramı öz-bakımın, bireylerin normal yaşamlarında karşılarında oluşan olaylara yönelik yapmaları gereken kesintisiz, fiziksel, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve sosyal gelişmeleri içerdiğini belirtir (83).

## 2. Öz-bakım yetersizlik kuramı

Hangi durumlarda ve ne zaman hemşireliğin gerekli olduğunu belirtir. Hemşirelik, kişilerin öz-bakım davranışlarının sınırlandırıldığı ya da olmadığı zamanlarda gereklidir. Ayrıca hemşirelik çocuklarda öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamak, bilimsel bilgilerin kullanılmasını gerektiren durumlarda gereklidir (82). Eğer bireylerin davranışları sınırlanır ve öz-bakım gereksinimlerini karşılayamayacak düzeye gelirse öz-bakım eksikliği ortaya çıkar (83). Hemşirenin bakım gereksinimlerini kendisinin üstlendiği durum kişinin öz-bakım yetersizliğini gideremediği zamanlardır (79, 84, 85).

## 3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

İnsanlara hemşirelik ile nasıl yardım edileceğini ifade eder. Bireyin sağlık ihtiyaçlarını belirlerken hemşirenin yapacağı işlevleri tanımlaması, planlaması ve uygulamasını kapsar. Bireyin sağlık ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı ya da kişiye nasıl yardım edileceğinin cevapları hemşirelik sistemlerinde sorgulanmalıdır. Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda üç temel hemşirelik sistemi ifade eder. Bunlar: tümüyle eksikliği giderici sistem, kısmen eksikliği giderici sistem ve destekleyici eğitsel sistemdir (79, 82, 86).

**Tümüyle Eksikliği Giderici Sistem:** Bu sistem hastanın, öz-bakımında hiç bir aktif etkinliğinin olmadığı durumları temsil eder. Hasta birey tüm yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmede tam bağımlıdır ve tüm ihtiyaçları hemşire tarafından giderilir (82, 87).

**Kısmen Eksikliği Giderici Sistem:** Hemşire ve hastanın bakım faaliyetlerini beraber yürüttüğü sistemdir. Yeni ameliyat olmuş bir hastanın tek başına hareket edememesi durumunda hemşirenin hastaya yardımcı olması bu sistemdeki hemşirelik eylemlerindendir (82, 87).

**Destekleyici- Eğitsel Sistem:** Hastanın gerekli öz-bakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu sistemdir. Bireyin bu sistemde bir yardımcı aracılığı ile öğrenme zorunluluğu vardır. Bu sistemde destekleme, rehberlik etme, gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması ve öğretim yardım etmek ile ilgili yöntemlerdendir (82, 87).

Kuramda öz-bakım, öz-bakım gücü, temel durumsal etmenler, terapötik öz-bakım gereksinimi, öz-bakım eksikliği ve hemşirelik gücü, hemşirelik sistemi gibi kavramlar açıklanmıştır (86).

### **Temel Durumsal Faktörler**

Kişinin öz-bakımla ilgilenme yetenekleri ve öz-bakımını etkileyen nedenler olarak açıklanır. Bu faktörler içinde yaş, cinsiyet, sağlık durumu, çevresel etmenler, yaşam biçimleri, gelişimsel durum, aile sistemi etmenleri, sağlık bakım sistemleri etmenleri, sosyo-kültürel durum, kaynakların varlığı ve yeterliliği sayılır (86).

### **Öz-Bakım Gücü**

Bireyin sağlığının sürdürülmesi ve yükseltilmesi için öz-bakım performansını etkileyen faktörlerin tümüne öz-bakım gücü denir (86). İnsanın, kendisinin ve başkalarının öz-bakımını yapacak güce sahip olduğunu Orem kuramında belirtmiştir ve bu gücün bireysel farklılıklara dayandığını ifade etmiştir. Öz-bakım gücü Orem'e göre bireyin bulunduğu çevreden kazanılır ve çevre öz-bakım gücünü etkileme gücüne sahiptir (79). Yeterli öz-bakım gücü ile sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi mümkündür. Yaşlılıkta öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalınır. Çünkü yaşlanma ile birlikte bireylerde biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değişmekte, görme, duyma, hareket etme gibi fonksiyonlarda da gerileme olmaktadır ve bundan dolayı yaşam kalitesi düşmektedir (88). Orem'e göre (1995) öz-bakım gücü, sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi için bireysel yeteneklerdir. Bu yetenek öz-bakım davranışlarını düzenlemeyi, öz-bakımla ilgili konularla ilgilenmeyi, anlama ve kavramayı, bilgiyi kullanmayı, karar verme ve verilen kararı uygulamayı sağlar. Öz-bakım gücü değişik derecelerde herkeste vardır (89).

## **Terapötik Öz-Bakım Gereksinimleri**

Yaşam, sağlık ve iyilik halinin devamı için gerçekleştirilen eylemlerdir. Orem öz-bakım gereksinimlerini üç gruba ayırmıştır. Bunlar; evrensel öz-bakım gereksinimleri, gelişimsel öz-bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapmada öz-bakım gereksinimleridir (79).

**Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri:** İnsan yapı ve fonksiyon bütünlüğünün sürdürülmesinde gereklidir ve yaşam döngüsünün tüm dönemlerinde vardır. Orem'e göre evrensel öz-bakım gereksinimleri; hava, su, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme, toplumsal etkileşim ve yalnızlık arasında denge, yaşam ve iyiliğe yönelik tehditlerin önlenmesidir. Hemşire gözlem, iletişim ve fizik muayenesini bu gereksinimler doğrultusunda yapar ve hastadan elde ettiği verileri değerlendirir, hastanın gereksinimlerini gider (79, 81, 87).

**Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri:** Bireyin büyüme ve gelişme aşamalarında oluşan gereksinimleridir ve yaşam sürecini ve insan gelişimini devam ettirmek için koşulların devamını, gelişme sürecini etkileyen olumsuz koşulları önleyici bakımı ve farklı gelişimsel aşamalardaki gereksinimleri içerir (81, 87).

**Sağlıktan Sapmada Öz-bakım Gereksinimleri:** Birey sağlık durumundaki değişikliklerde kendi bakımını sağlayamadığı durumlarda öz-bakıma ihtiyaç duyacaktır. Orem, sağlık durumundaki değişiklik hallerinde öz-bakımı “yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen” durum olarak belirtir. Bu kısımda hastalığı gösterebilen davranışları gözleme, birey üzerinde hastalık ve hastalık etkilerini değerlendirme yapılır. Hastaya öz-bakımında yardımcı olabilmeleri için hemşirelerin hastalığın fizyopatolojisi, hemşirelik bilimi ve diğer bilimlerde bilgi sahibi olması gerekir. Orem'e göre bireyler kendilerini etkileyen sağlık sorunlarında öz-bakım gereksinimlerini karşılayamazsa hemşirelere ihtiyaç duyacaktır (79, 81, 82, 87).

## **Hemşirelik Gücü**

Hemşirelik gücü; sosyal sistem, kişilerarası sistem ve profesyonel teknolojik sistem olmak üzere birbiriyle ilişkili üç sistemi kapsar. Hemşirelik gücü, hemşireliğin amacını ifade eder. Hemşireliğin amacı bireyin öz-bakımı için, sağlıkla ilgili

sınırlılıklarının giderilmesi ya da üstesinden gelinmesidir. Bu güç; hemşirenin kişisel donanımını gösterir. Hemşirenin kişisel donanımı hastalık bilgisi, klinik deneyim, eğitim ve uzmanlık etmenlere bağlıdır. Hemşirenin gücüne bağlı olarak ihtiyacı olan bireye yeterli yardım yapılabilir (79, 84-86).

## **2.10. HİSTEREKTOMİ, KONFOR VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ**

Kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal dengesinin korunması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde uterusun önemli bir yeri vardır. Kadın uterusun kaybı ile menstruasyon ve doğurganlık yeteneğini de kaybeder ve bununla beraber yaşamı, organ kaybı duygusuyla psikolojik yönden de olumsuz olarak etkilenebilir (2). Ayrıca histerektomi olan kadınlarda üriner inkontinans, konstipasyon, prematür over yetmezliği, cinsel fonksiyon bozukluğunu da içine alan yeni fiziksel belirtiler görülür ve bununla beraber kadınların büyük çoğunluğunda depresyon, yorgunluk, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların gelişebileceği de belirtilmiştir (61).

Histerektomi sonrası kadınların kendilerini farklı, yabancılaşmış, yetersiz, değişmiş hissettiği ve bu kadınlarda diğer ameliyatlara kıyasla depresyon ve kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Histerektomi olan hastalardaki kaygı tedaviye uyumu reddetmeye, genel yaşam kalitesinde azalmaya ve hastalığın iyileşme seyrinin kötüye gidişine sebep olabilmektedir (90, 91). Konfor, fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olarak ferahlama, rahatlama ve üstünlük ihtiyaçlarının karşılanması yoluyla gerçekleşen deneyim olup hemşireler empatik bir yaklaşımla bireyin fiziksel, psikososyal ve spiritüel temel gereksinimlerinin karşılanması, bakıma katılmasının sağlanması yolu ile rahatlığın sağlanmasında destek olur (70, 71, 76). Perioperatif dönemde cerrahi hastasının konforunu etkileyen faktörler, anestezi ve cerrahi ile ilişkili anksiyete, aileden ayrılma, yetersiz sosyal destek ve taburculuk sonrası evde bakımın sürdürülmesi için kaynakların sınırlılığıdır (92).

Hastaların sağlık durumu bozulduğunda öz-bakım ihtiyaçları oluşmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde hastalar mevcut öz-bakım gücünü kaybedip başka kişilere tamamen ya da yarı bağımlı olabilmektedir. Bundan dolayı hastaların ameliyat sonrası sağlık durumu etkilendiği için öz-bakım gücü azalmaktadır (93).

Cerrahi girişimlerin beklenen ancak istenmeyen bir sonucu ağrı olmaktadır (94, 95). Postoperatif dönemde ağrı tedavisinde yetersizlik olan hastada, hastanede daha uzun süre kalmasını gerektirecek gastrointestinal sistem sorunları, uykusuzluk, miyokard enfarktüsü, öksürük görülebilir ve bununla bağışıklık sisteminde düşme, kan basıncında artma, kalp ritminde artma, solunum sayısında artma, oksijen tüketiminde artma, öz-bakım faaliyetlerini gerçekleştirme yeteneğinde düşme gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Aynı zamanda bu komplikasyonlar birçok işleyişi etkiler (94, 96, 97). Ağrı sonucu oluşan anksiyete, hareket edememe, derin nefes alamama, etkili öksürememe birçok komplikasyona sebep olabilir. Bundan dolayı hastalar ağrı sebebi ile farklı sorunlarla karşılaşmakta ve ameliyat sonrası iyileşme süreçleri uzamaktadır. Bunun sonucunda ise hasta konforu bozulmaktadır (98, 99). Ameliyat sonrası erken dönemde, az ağrının olması konfor düzeyini arttıran hastanın yararına olan durumlar içindedir (100).

Postoperatif dönemde, hastada ağrının kontrol altına alınması, erken mobilizasyonun sağlanması, bulantı ve kusmanın giderilmesi önemli olmakla birlikte hastanın ihtiyaçlarının giderilmesi hedeflenmektedir. Hemşireler hastalarda oluşabilecek semptomları gidererek cerrahi süreç boyunca hastaların konforunda yükselmeyi ve ameliyat sonrası dönemde kişisel bakımlarını (öz-bakım) yapmalarını sağlayacaktır (101). Hastaların öz-bakımı sağlandığında, hastada komplikasyon riski azalır, sağlık hizmetlerinin kullanımında azalma olur. Öz-bakımı sağlanmış hastaların memnuniyetinde artış, azalan sağlık maliyetleri, hastada gelişmiş başa çıkma yöntemleri, gelişmiş hasta kontrol duygusu, hasta konforunda yükselme, yaşam kalitesinde artış ve cerrahi iyileşmenin hızlanması ortaya çıkmaktadır (102, 103).

Postoperatif dönemde hastaların uzun süre mobil olmaması, venöz staz, trombüs, ortostatik hipotansiyon gibi dolaşım problemlerine, solunum problemlerine ve konstipasyon gibi komplikasyonlara sebep olabilmektedir (104, 105). Hemşireler hastaların en kısa sürede normal yaşama dönmesi için hastaya yardım etmeli ve destek sağlamalıdır. Aynı zamanda hemşirelerin komplikasyonların oluşmasını engellemek, en aza indirmek ve komplikasyonları erken dönemde fark etmek gibi sorumlulukları bulunmaktadır (104).

Stresli sağlık durumlarından geçen hastaların, kendilerini gulenmiş, anlaşılmış ve güvende hissetmeleri önemlidir. Bu u yn, yüksek düzeyde konfora yol açar. Kolcaba'ya göre, bütüncül rahatlık durumu ağrı veya diğer fiziksel rahatsızlıkların yokluğundan çok daha fazlasıdır. Ferahlama belirli bir ihtiyaç karşılandığında yaşanır, rahatlık bir memnuniyet durumu olarak tanımlanır ve üstünlük sorunların veya ağrının üstesinden gelme durumudur. Florence Nightingale zamanından beri hasta konforunu artırmak temel hemşirelik hedefi olmuştur. Konforu bozan faktörlerle başa çıkararak hedeflenen önlemler sağlanabilir. Rahatlığı artırıcı önlemlerin etkinliğini değerlendirmek için hemşirelerin, ameliyattan önce ve sonra konfor düzeylerini değerlendirmeleri gerekir (71, 106). Katharine Kolcaba, sağlık alanında hastaların karşılanmayan konfor ihtiyaçlarının hemşirelik önlemleri veya müdahaleleri yoluyla hemşirelik uzmanları tarafından karşılandığına inanmaktadır. Sonuç olarak, rahatlık elde edildiğinde kişi kendini gulenmiş ve bağlı hisseder, sağlık davranışlarına ve sağlıklı yaşam tarzına bağlı kalır ve sonuç olarak bütüncül bir sonuca ulaşır. Teorisyen tarafından önerilen kavramsal model, bireye rahatsızlık veren durumlardan veya uyaranlardan kaynaklanan ihtiyaçlara dayanmaktadır. Rahatlık ihtiyaçları tanımlanmalı ve hemşirelik müdahaleleri, kolaylaştırıcı gler kullanarak rahatsızlığı olumlu şekilde ortadan kaldırmayı amaçlamalıdır. Artan rahatlık, olumsuz gerilimlerin azaldığını ve bunun sonucunda da bir iyileşmeye olduğunu gösterir (71, 72).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Bu çalışma, histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE GENEL ÖZELLİKLERİ**

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, toplam 38 yataklıdır. İki tane özel odası bulunmaktadır. Üç odası çift kişilik diğer odalar tek kişiliktir. Katta sorumlu hemşire dahil olmak üzere 35 hemşire görev yapmaktadır. Serviste 8-16, 8-24, 16-08 olarak mesai görev yapılmaktadır. Gece mesaisinde 1 kişi travayda olmak üzere 4, gündüz mesaisinde ortalama 10 hemşire dönüşümlü olarak görev almaktadır. Gece katta 5 doktor görev almaktadır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini 24 Ocak 2020- 20 Haziran 2020 tarihleri arasında Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde vajinal, abdominal, laparoskopik veya robotik histerektomi ameliyatı geçiren ve postoperatif 1 ve 2. günde olan kadınlar oluşturmuştur. Yapılan inceleme sonucunda 2019 Aralık ayına kadar kriterlere uyan 413 kadın histerektomi olmuştur. Güvenirlik aralığı %95; olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hata oranı ise %5 olarak kabul edilerek; 102 opere olan kadın araştırmanın örneklemine oluşturacağı belirlenmiştir.

#### **Çalışmaya dahil edilme kriterleri**

- Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde jinekolojik kanser tanısı almamış olan vajinal, abdominal, laparoskopik veya robotik histerektomi ameliyatı geçiren ve postoperatif 1. ve 2. günde olan hastalar,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden Türkçe okuma ve yazma yeterliliğine sahip,
- Çalışmaya katılmaya sözel onam veren,

- Anket formundaki bilgileri eksiksiz dolduran kadınlar.

#### **Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;**

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

### **3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Bu çalışmada, histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılandırılmış, her hasta için postoperatif 1. ve 2. günlerde Ekler’de sunulan veri toplama formları kullanılmıştır (EK 1. Tanıtıcı Veri Formu, EK 2. Genel Konfor Ölçeği, EK 3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği)

#### **3.4.1. Tanıtıcı Veri Formu (Bkz. EK 1 )**

Literatürde incelenerek araştırmacı tarafından demografik veri formu oluşturulmuştur (44, 67). Bu formun ilk bölümü kadının sosyodemografik ve obstetrik-jinekolojik öyküsüne ait bilgilerini; ikinci bölümü ise “Ameliyat Sonrası Hasta Değerlendirmesi”ne yönelik parametrelerini (ağrı, ateş, nabız, kan basıncı, mobilizasyon durumu v.b) içermektedir.

Çalışmada hastaların ağrı değerlendirmeleri Vizuel Analog Skalası (VAS) aracılığıyla yapılmıştır. Vizuel Analog Skalası; hastaların ağrılarını 0 ile 10 arası bir puanlama yaparak ifade etmelerine olanak sağlayan bir skaladır. Buna göre “0” ağrının olmaması, “1-3 puan” hafif ağrı, “4-6 puan” orta şiddette ağrı ve “7-10 puan” şiddetli ağrı anlamına gelmektedir. Orta ve şiddetli ağrıya müdahale edilmelidir (107).

Ayrıca bu veri toplama formunda kadınların VKİ de sorgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü referans aralığına göre 18,5-24.99 arası değerler “normal” sayılır. Vücut kitle endeksi değeri 25’in üzeri fazla kilolu, 30’un üzeri obezite, 40’ın üzeri morbid obezite olarak kabul edilmektedir (108).

#### **3.4.2. Genel Konfor Ölçeği: (Bkz. EK 2 )**

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için 48 maddeden oluşan, dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeğini geliştirme çalışmalarına

başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır. Bu ölçek konfor gereksinimlerinin belirlenmesini sağlamak ve konfor sağlayan girişimlerin etkinliğini ölçmek için kullanılmaktadır. Çalışmada kullanım kolaylığından dolayı dördümlü likert tip tercih edilmiştir. Ölçek, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Ölçek, konforu hem boyut hem de düzey olarak değerlendirmektedir. Konfor fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13madde) sosyokültürel boyutları (10 madde) içermektedir. Konfor düzeyi olarak ise; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve üstünlük-sorunların üstünden gelme (15madde) şeklinde değerlendirilmektedir. Herhangi bir yanıt yanlışlığını azaltmak için 24 olumlu ve 24 olumsuz ifadeden oluşur (Tablo 3.1). Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan (4p ) yüksek konfora, düşük puan ( 1p ) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan ( 1p ) yüksek konfora, yüksek puan ( 4 p ) ise düşük konfora işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin değerlendirilmesinde negatif maddeler ters kodlanarak toplanır. Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer bulunur. Alınabilecek en düşük değer olan 1 düşük konfor durumunu, en yüksek değer olan 4 ise yüksek konfor durumunu gösterir. Kolcaba; konforun süreklilik özelliğinden çok durumluk özelliği gösterdiğini, konforun bütüncül yapısı nedeni ile ölçeğin kuramda açıklanan üç düzey ve dört boyutu içeren alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verdiğini saptamıştır. Yüksek puan yüksek konfor seviyesini göstermektedir. 2004 yılında Ü. Karabacak ve S. Kuşuoğlu tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yaparak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach Alpha katsayısı 0,88, Kuşuoğlu ve Karabacak'ın araştırmasında 0,85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da genel konfor ölçeği cronbach alfa değeri 0,71 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.1:** Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Düzeyleri Boyutları	Ferahlama Madde No	Rahatlama Madde No	Üstünlük Madde No
Fiziksel Konfor	14*, 19* 48*, 25*	1, 36 20*, 28*	15, 29 5*, 6*,
Psikosprituel Konfor	44, 46 22*, 40*	2, 7, 31 38, 24*	9, 17 41*, 45*
Çevresel Konfor	3, 27 12*, 34*	11, 47 32*, 42*	30, 33 18*, 21*, 35*
Sosyokültürel Konfor	37, 8* 13*, 26*	4, 23 43, 39*	10, 16

\*Negatif maddeler

### 3.4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği: (Bkz. EK 3 )

Öz-bakım gücü sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Hemşirelik kuramcılarında Dorothea E. Orem tarafından tanımlanan, birey ve onun bireysel bakım gereksinimlerine odaklanan "öz-bakım modeli" kuramı ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. "Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler" olarak açıklanan öz-bakım, Orem'in kuramının ana kavramlarından birisi olup bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. Öz-bakım gücü ölçeği insanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini ya da güçlerini ölçmek amacı ile 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Bu ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Öz-bakıma karşı yönelimleri 5 Likert tipli ölçek üzerine deneklerin yanıtlaması ile uygulanır. 1993 yılında N. Nahcivan tarafından güvenilirliği ve geçerliği incelenmiştir. 8 maddenin toplam korelasyon puanları düşük olunca çıkarılmış ve ölçek 35 maddeye düşmüştür. Her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup, 5 dereceli yanıt seçeneği üzerinden, verilen yanıtla göre değerlendirme yapılmaktadır. "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0, "Beni pek tanımlamıyor" yanıtına 1, "Fikrim yok" yanıtına 2, "Beni biraz tanımlıyor" yanıtına 3, "Beni çok tanımlıyor" yanıtına da 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte, 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) olumsuz doğrultuda değerlendirilir ve puanlama

ters döndürülür. En düşük puan 0, en yüksek puan 140' tır. "En yüksek puan, öz-bakım gücünün en üst derecesini gösterir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da öz-bakım ölçeği cronbach alfa değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI**

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 10 kadın ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada araştırmaya katılan kadınlar, örneklem içerisinde yer almamıştır. Veri toplama formuna gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Araştırmanın uygulamasının yapılabilmesi için Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim sorumlusundan izin alınarak ve çalışmanın etik kurul ve tıpta uzmanlık eğitim kurulunun onayı alındıktan sonra, veri toplama aşamasına geçilmiştir. Araştırmanın uygulama kısmına, katılımcılara araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklanarak ve katılımcılardan uygulamayı kabul ettiklerine dair onay alınarak başlanmıştır. Araştırmanın uygulama aşaması histerektomi olan hastanın odasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle tamamlanmıştır. Verilerin toplanması her kadın için yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

### **3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma, Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde jinekolojik kanser tanısı almamış histerektomi olan kadınlar ile sınırlıdır. Araştırmaya gönüllü katılan kadınların bireysel ifadeleri ile sınırlıdır. Elde edilen veriler uygulamanın yapıldığı tarih aralığı ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları kullanılan veri formu ile sınırlıdır.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov

Smirnov testinden yararlanılmıştır. Sürekli verilerin 1. gün ve 2. gün ölçümleri arasındaki farklılığın incelenmesinde normal dağılıma uyan verilerde bağımlı gruplarda t test, normal dağılıma uymayan verilerde Wilcoxon test kullanılmıştır. Nominal verilerin 1. gün ve 2. gün ölçümleri arasındaki farklılığın incelenmesinde Mc Nemar test kullanılmıştır.

Ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Analizi Çoklu karşılaştırma testi ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler ve ölçek puanlarının sürekli veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's Korelasyon katsayısından faydalanılmıştır. Korelasyon verilen tabloların yorumlaması aşağıdaki şekilde analiz edilmiştir:

- $r < 0.20$  ve sıfıra yakın değerler ilişkinin olmadığı ya da çok zayıf,
- 0.20-0.39 arasında ise zayıf,
- 0.40-0.59 arasında ise orta düzeyde,
- 0.60-0.79 arasında ise yüksek düzeyde,
- 0.80-1.0 ise çok yüksek ilişkiyi işaret eder.

Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### **3.8. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ İZİNLER VE ETİK BOYUT**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane EAH Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26/11/2019 tarihli ve 19/388 karar numaralı onayı alınmıştır (Bk. EK-4). Gülhane EAH Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 23.01.2020 tarihli ve karar no:2 sayılı kararı ile onay alınmıştır (Bk. EK-5). Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim sorumlusundan 12/11/2019 tarihinde izin alınmıştır (Bk. EK-6). Genel Konfor Ölçeğini kullanabilmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan Ükke Karabacak'tan ölçek kullanım izni alınmıştır (Bk. EK-7).

Öz-Bakım Gücü Ölçeğini kullanabilmek için Türkçe güvenilirliği ve geçerliği çalışmalarını yapan Nursen Nahcivan'dan ölçek kullanım izni alınmıştır (Bk. EK-8).





## 4. BULGULAR

Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde tablolar halinde gösterilmiştir.

**Tablo 4.1:** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort ± SS		
<b>Yaş</b>	53,27±9,60		
<b>Evlilik yaşı</b>	19,87±3,80		
<b>VKİ</b>	29,35±5,29		
	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Medeni durum</b>	Bekar	25	24,5
	Evli	77	75,5
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim (8 Yıl)	80	78,4
	Lise	14	13,7
	Üniversite/Yüksekokul	8	7,8
<b>Çalışma durumu</b>	Evet	10	9,8
	Hayır	92	90,2
<b>Gelir durumu</b>	Gelir gideri karşılıyor	88	86,3
	Gelir gideri karşılamıyor	14	13,7
<b>Sigara</b>	Evet	24	23,5
	Hayır	78	76,5
<b>Alkol</b>	Evet	-	-
	Hayır	102	100
<b>Düzenli egzersiz</b>	Evet	8	7,8
	Hayır	94	92,2
<b>Çay kahve tüketimi</b>	Hiç	1	1,0
	1 bardak	9	8,8
	1 fincan ve üzeri	92	90,2

Çalışmaya 102 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 53,27±9,60 yıl olup minimum yaş 33 maksimum 81 olarak saptanmıştır. Hastaların evlilik yaşı ortalaması 19,87±3,80 yıl olup minimum evlilik yaşı 15 maksimum 33 olarak belirlenmiştir. Hastaların %75,5'i evli olup %78,4'ü ilköğretim mezunu olarak belirlenmiştir. Hastaların % 90,2'sinin çalışmadığı , %86,3'inin gelirinin giderini karşıladığı

saptanmıştır. Hastaların %23,5'inin sigara kullandığı, %7,8'i düzenli egzersiz yapmakta olduğu ve %90,2'si günde bir fincandan fazla çay kahve tükettiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.2:** Hastaların Sağlık Öyküsüne Yönelik Dağılımları

Genel sağlık		n	%
Tıbbi tanı	Myoma uteri	26	25,5
	Endometriyal hiperplazi	17	16,7
	Anormal uterin kanama	33	32,4
	Uterus prolapsusu	16	15,7
	Diğer (Pelvik ağrı, ...v.b.)	10	9,8
Ameliyat şekli	Abdominal	57	55,9
	Vajinal	23	22,5
	Laporoskopi+robotik	22	21,6
Kronik hastalık	Yok	56	54,9
	Var	46	45,1
HT	Yok	62	60,8
	Var	40	39,2
DM	Yok	80	78,4
	Var	22	21,6
Ailede sağlık öyküsü	Yok	34	33,3
	Var	68	66,7
<b>Obstetrik ve jinekolojik sağlık öyküsü</b>			
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)		
Toplam gebelik sayısı	3 (0-12)		
Yaşayan çocuk sayısı	3 (0-6)		
Menarş yaşı	13,07±1,19		
Menopoz yaşı (n=58)	48,90±3,36		
		n	%
Küretaj	Yok	73	71,6
	Var	29	28,4
Menopoz	Evet	58	56,9
	Hayır	44	43,1

Hastaların %32,4'ünün tıbbi tanısı anormal uterin kanama, %25,5'inin myoma uteri, %16,7'sinin endometriyal hiperplazi, %15,7'sinin uterus prolapsusu olarak

belirlenmiştir. Hastaların %55,9'una abdominal cerrahi, %25,5'ine vajinal ve %21,6'sına laparoskopi+robotik cerrahi yapıldığı saptanmıştır. Hastaların %45,1'inde herhangi bir kronik hastalık bulgusu belirlenmiştir. Hastalarda HT görülme oranı %39,2, DM görülme oranı %21,6 ve diğer kronik hastalıkların görülme oranı %3,9 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %66,7'sinde ailede sağlık öyküsü olduğu belirlenmiştir. Hastaların toplam gebelik sayısı ortancası 3 (0-12), yaşayan çocuk sayısı ortancası 3 (0-6), menarş yaşı ortalaması 13,07±1,19 olarak saptanmıştır. Hastaların %56,9'u menopoz dönemindedir. Menopozda olan hastaların menopoz yaşı ortalaması 48,90±3,36 olarak belirlenmiştir. Hastaların %28,4'ünde küretaj, %29,4'ünde düşük öyküsü saptanmıştır.

**Tablo 4.3:** Hastaların Postoperatif 1.Gün ve 2.Gün Vital Bulgularının Karşılaştırılması

	Ort ± SS Ortanca (Min- Max) <b>Postop 1. gün</b>	Ort ± SS Ortanca (Min-Max) <b>Postop 2. gün</b>	t Z	p
<b>Nabız</b>	84,65±9,87 84 (55-108)	82,61±9,02 82 (58-106)	t=5,111*	<0,001
<b>Sistolik</b>	119,51±14,96 120 (90-160)	118,06±12,49 120 (100-150)	Z=-2,110**	0,035
<b>Diastolik</b>	72,34±9,02 70 (50-92)	73,87±2,26 72,5 (60-90)	Z=-2,218**	0,027
<b>Solunum</b>	14,91±0,49 15 (14-16)	14,69±0,59 15 (14-16)	Z=-3,507**	<0,001
<b>Ağrı</b>	5,19±1,15 5 (2-7)	3,85±1,17 4 (0-6)	Z=-8,477**	<0,001

t:\* Paired Samples t testi

Z:\* \*Wilcoxon testi

Mobilizasyon sayısı, ateş, gaita çıkışı ve beslenme saati açısından ameliyat sonra 1. gün ile 2. gün arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığından tablo içerisinde gösterilmemiştir. Birinci gün ateş değeri 38 ve üzerinde olan tek hasta belirlenmiştir ve bu hastanın ateş değerinin ikinci gün 38 in altına düştüğü belirlenmiştir. Hastaların 1. gün nabız değerleri ile 2. gün nabız değerleri arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün nabız değerleri 1.gün nabız değerlerine göre daha düşük belirlenmiştir Hastaların 2. gündeki nabız değerlerindeki düşüş anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün sistolik kan basıncı değerleri ile 2. gün sistolik kan basıncı değerleri arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların 2.gün sistolik kan basıncı değerleri 1.gün sistolik değerlerine göre daha düşük belirlenmiştir. Hastaların 2. gündeki sistolik kan basıncı değerlerindeki düşüş anlamlı bulunmuştur. Hastaların 1. gün diastolik kan basıncı değerleri ile 2. gün diastolik kan basıncı değerleri arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların 2.gün diastolik kan basıncı değerleri 1.gün diastolik değerlerine göre daha yüksek belirlenmiştir. Hastaların 2. gündeki diastolik kan basıncı değerlerindeki artış anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün solunum değerleri ile 2. gün solunum değerleri arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün solunum değerleri 1.gün solunum değerlerine göre daha düşük belirlenmiştir. Hastaların 2. gündeki solunum değerlerindeki düşüş anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün ağrı skorları ile 2. gün ağrı skorları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün ağrı skorları 1.gün nabız değerlerine göre daha düşük belirlenmiştir. Hastaların 2. gündeki ağrı skorlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.4:** Hastaların Postoperatif 1.Gün ve 2.Gün Bazı Sağlık Verilerinin Karşılaştırılması

		Postop 1. gün		Postop 2. gün		Test istatistiği	P
		n	%	n	%		
Sağlık algılaması	Çok iyi	2	2,0	12	11,8	Z=-3,873**	<0,001
	İyi	89	87,3	84	82,4		
	Kötü	11	10,8	6	5,9		
Beslenme durumu	Rejim 0	8	7,8	2	2,0	Z=-7,690**	<0,001
	Rejim 1	11	10,8	4	3,9		
	Rejim 2	66	64,7	28	27,5		
	Rejim 3	17	16,7	68	66,7		
Uyku düzeni	Düzenli	38	37,3	64	62,7	$\chi^2 =24,038$	<0,001***
	Düzensiz	64	62,7	38	37,3		
Foley durumu	Yok	49	48	84	82,4	$\chi^2 =33,029$	<0,001***
	Var	53	52	18	17,6		
Dren	Yok	61	59,8	72	70,6	$\chi^2 =63,232***$	<0,001***
	Var	41	40,2	30	29,4		

t:\* Paired Samples t testi

Z:\* \*Wilcoxon testi: Sağlık durumu algılama ve beslenme durumları skorları için tabloda yüzde değerleri verildi. Bu skorlar ordinal bir değişken olması nedeniyle wilcoxon test ile karşılaştırıldı.

\* \*\*McNemar testi

Hastaların 1. gün sağlık durumu algılaması skorları ile 2. gün sağlık durumu algılaması skorları arasında fark saptanmıştır (p<0,001). Hastaların 2. sağlık durumu algılama skorlarının 1. güne göre iyi yönde artış gösterdiği belirlenmiştir.

Hastaların 1. gün beslenme durumu skorları ile 2. gün beslenme durumu skorları arasında fark saptanmıştır (p<0,001). Hastaların 2. beslenme durumu skorlarının 1. güne göre iyi yönde artış gösterdiği belirlenmiştir.

Hastaların 1. gün uyku durumunun düzenli/düzensiz olma oranları ile 2. gün uyku durumunun düzenli/düzensiz olma oranları arasında fark saptanmıştır (p<0,001). Birinci gün uyku durumu düzensiz olan 64 hastanın %59,4'ünün 2. gün uyku durumunun düzenli hale geldiği saptanmıştır.

Hastaların 1. gün foley durumunun yok/var olma oranları ile 2. gün foley durumunun yok/var olma oranları arasında fark saptanmıştır (p<0,001). Birinci gün

foley durumunun var olan 53 hastanın %34'ünün 2. gün foley durumunun yok hale geldiği saptanmıştır.

Ameliyat sonu solunum egzersizi yapan 2 hasta olması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır.

Hastaların 1. gün dren durumunun yok/var olma oranları ile 2. gün dren durumunun yok/var olma oranları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Birinci gün dreni olan 41 hastanın %73,2'sinin 2. gün dreninin çıktığı saptanmıştır.

**Tablo 4.5:** Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanı, GKÖ Alt Düzeylerine Ait Puanlarının ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Postoperatif 1.Gün ve 2.Güne Göre Karşılaştırılması

	Postop 1. gün	Postop 2. gün		
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Test İstatistiği	p value
<b>GKÖ Ferahlama</b>	2,73±0,29 2,81 (1,94-3,56)	2,86±0,29 2,93 (1,94-3,56)	Z=-5,367*	<0,001
<b>GKÖ Rahatlama</b>	2,94±0,26 2,94 (1,94-3,59)	3,13±0,24 3,11 (2,24-3,65)	Z=-7,557*	<0,001
<b>GKÖ Üstünlük</b>	3,03±0,26 3 (2,40-3,60)	3,16±0,26 3,20 (2,33-3,67)	Z=-4,899*	<0,001
<b>GKÖ Toplam</b>	2,88±0,21 2,92 (2,19-3,29)	3,05±0,21 3,08 (2,31-3,52)	Z=-7,686*	<0,001
<b>Öz-bakım Gücü Toplam</b>	92,88±16,05 93,5 (47-124)	98,19±17,74 102,5 (54-130)	Z=-6,489*	<0,001

\* Wilcoxon test

Hastaların 1. gün GKÖ ferahlama alt düzey puanları ile 2.gün GKÖ ferahlama alt düzey puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ ferahlama alt düzey puanları 1.gün GKÖ ferahlama alt düzey puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Hastaların 2.gün GKÖ ferahlama alt düzey puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün GKÖ rahatlama alt düzey puanları ile 2.gün GKÖ rahatlama alt düzey puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ rahatlama alt düzey puanları 1.gün GKÖ rahatlama alt düzey puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların 2.gün GKÖ rahatlama alt düzey puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün GKÖ üstünlük alt düzey puanları ile 2.gün GKÖ üstünlük alt düzey puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ üstünlük alt düzey puanları 1.gün GKÖ üstünlük alt düzey puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Hastaların 2.gün GKÖ üstünlük alt düzey puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2.gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur.

Hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.6:** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	GKÖ Toplam		Test İstatistiği	p value
	Postop 1. gün	Postop 2. gün		
	Ort ± SS Ortanca (Min- Max)	Ort ± SS Ortanca (Min- Max)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	2,87±0,22 2,90 (2,19-3,29)	3,04±0,21 3,06 (2,31-3,52)	Z=-6,696	<0,001
Lise	2,92±0,21 2,98 (2,44-3,17)	3,08±0,24 3,16 (2,58-3,38)	Z=-3,016	<0,003
Üniversite/Yüksekokul	2,98±0,15 2,97 (2,75-3,25)	3,09±0,16 3,15 (2,85-3,27)	Z=-2,539	<0,011
Test İstatistiği	KW=2,968	KW=22,577		
p	0,227	<0,001		
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	2,83±0,23 2,84 (2,44-3,25)	2,99±0,24 3,01 (2,58-3,27)	Z=-2,812	0,005
Hayır	2,98±0,21 2,93 (2,19-3,29)	3,05±0,21 3,08 (2,31-3,52)	Z=-7,220	<0,001
Test İstatistiği	U=388,0	U=392,5		
p	0,417	0,447		
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir gideri karşılıyor	2,88±0,22 2,91 (2,19-3,29)	3,04±0,22 3,08 (2,31-3,52)	Z=-7,077	<0,001
Gelir gideri karşılmıyor	2,94±0,20 2,98 (2,65-3,21)	3,11±0,19 3,13 (2,83-3,48)	Z=-3,044	0,002
Test İstatistiği	U=503,5	U=519,5		
p	0,274	0,348		

Z: Wilcoxon test

U: Mann Whitney U test

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

İlköğretim mezunu olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Lise mezunu olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Üniversite/Yüksekokul mezunu olan

hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üniversite/yüksekokul olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üniversite/yüksekokul olan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi eğitim düzeyinde olduğu Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; ilköğretim mezunu kadınlar ile lise mezunu kadınlar arasında ( $p=0,009$ ); ilköğretim mezunu kadınlar ile üniversite/yüksekokul mezunu olan kadınlar arasında genel konfor ölçek puanları arasında fark vardır ( $p=0,000$ ). Lise mezunu kadınların genel konfor ölçekleri üniversite mezunu kadınların genel konfor ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,464$ ).

Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşük belirlenmiştir. Lise ve üniversite/yüksekokul mezunu olan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında ise fark saptanmamıştır.

Çalışan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Çalışan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Çalışmayan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Çalışan hastalarla çalışmayan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışan hastalarla çalışmayan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Geliri giderini karşılayan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Geliri giderini karşılayan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Geliri giderini karşılamayan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Geliri giderini karşılamayan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam

puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Geliri giderini karşılayan hastalarla geliri giderini karşılamayan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Geliri giderini karşılayan hastalarla geliri giderini karşılamayan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.7:** Hastaların Tıbbi Tanı ve Operasyon Türü ile Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	GKÖ Toplam		Test İstatistiği	p value
	Postop 1. gün	Postop 2. gün		
	Ort $\pm$ SS Ortanca (Min- Max)	Ort $\pm$ SS Ortanca (Min- Max)		
<b>Tıbbi tanı</b>				
Myoma uteri	2,91 $\pm$ 0,19 2,92 (2,54-3,29)	3,07 $\pm$ 0,17 3,10 (2,67-3,38)	Z=-3,880	<0,001
Endometriyal hiperplazi	2,82 $\pm$ 0,26 2,83 (2,25-3,25)	2,99 $\pm$ 0,28 3,02 (2,31-3,48)	Z=-3,459	0,001
Anormal uterin kanama	2,90 $\pm$ 0,24 2,93 (2,19-3,25)	3,06 $\pm$ 0,21 3,08 (2,40-3,38)	Z=-4,700	<0,001
Uterus prolapsusu	2,88 $\pm$ 0,19 2,92 (2,42-3,19)	3,07 $\pm$ 0,17 3,10 (2,60-3,31)	Z=-3,328	0,001
Diğer	2,88 $\pm$ 0,15 2,9+5 (2,58-3,08)	3,02 $\pm$ 2,75 3,03 (2,63-3,52)	Z=-1,479	0,139
Test İstatistiği	KW=1,956	KW=1,724		
p	0,744	0,786		
<b>Ameliyat şekli</b>				
Abdominal	2,85 $\pm$ 0,24 2,85 (2,19-3,29)	3,01 $\pm$ 0,23 3,06 (2,31-3,38)	Z=-5,860	<0,001
Vajinal	2,89 $\pm$ 0,17 2,93 (2,42-3,19)	3,09 $\pm$ 0,18 3,08 (2,60-3,52)	Z=-3,844	<0,001
Laporoskopik+robotik	2,97 $\pm$ 0,14 2,96 (2,67-3,25)	3,11 $\pm$ 0,17 3,25 (2,83-3,48)	Z=-3,325	0,001
Test İstatistiği	KW=5,218	KW=3,698		
p	0,074	0,157		

Z: Wilcoxon test

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tıbbi tanısı myoma uteri olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Myoma uteri tanılı hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı endometriyal hiperplazi olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Endometriyal hiperplazi tanılı hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı anormal uterin kanama olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Anormal uterin kanama tanılı hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı uterus prolapsusu olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Uterus prolapsusu tanılı hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı diğer olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tıbbi tanısı myoma uteri, endometriyal hiperplazi, anormal uterin kanama, uterus prolapsusu ve diğer olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tıbbi tanısı myoma uteri, endometriyal hiperplazi, anormal uterin kanama, uterus prolapsusu ve diğer olan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ameliyat şekli abdominal olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Abdominal olan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli vajinal olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli laporoskopik+robotik olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Hastaların 2.gün GKÖ toplam puanları 1.gün GKÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli abdominal, vajinal ve laporoskopik+robotik olan hastaların 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark

saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ameliyat şekli abdominal, vajinal ve laporoskopik+robotik olan hastaların 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.8:** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	ÖBGÖ Toplam			
	Postop 1. gün	Postop 2. gün		
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Test İstatistiği	p value
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	89,25±15,07 90 (47-121)	94,38±16,78 96 (54-123)	Z=-5,612	<0,001
Lise	101,71±13,47 104,5 (70-117)	108,57±16,36 112 (72-130)	Z=-2,733	0,006
Üniversite/Yüksekokul	113,37±5,87 112,5 (107-124)	118,12±5,40 119 (110-126)	Z=-1,827	0,068
Test İstatistiği	KW=23,641	KW=22,577		
p	<0,001	<0,001	Z=	
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	104,80±14,03 106 (80-124)	109,20±12,42 109 (85-126)	Z=1,892	0,059
Hayır	91,58±15,79 92,5 (47-121)	97,00±17,87 66,5 (54-130)	Z=-6,235	<0,001
Test İstatistiği	U=244,0	U=279,5		
p	0,015	0,042		
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir gideri karşılıyor	93,48±16,58 95 (47-124)	98,85±18,26 104,5 (54-130)	Z=-6,027	<0,001
Gelir gideri karşılmıyor	89,07±11,98 89 (62-111)	94,07±13,90 98 (70-119)	Z=-2,416	0,016
Test İstatistiği	U=490,5	U=474,5		
p	0,222	0,169		

Z: Wilcoxon test

U: Mann Whitney U test

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

İlköğretim mezunu olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Lise mezunu olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Üniversite/Yüksekokul mezunu olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üniversite/yüksekokul olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi eğitim düzeyinde olduğu Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; ilköğretim mezunu kadınlar ile lise mezunu kadınlar arasında ( $p=0,013$ ); ilköğretim mezunu kadınlar ile üniversite/yüksekokul mezunu olan kadınlar arasında öz-bakım gücü ölçek puanları arasında fark vardır ( $p=0,000$ ). Lise mezunu kadınların genel konfor ölçekleri üniversite mezunu kadınların öz-bakım gücü ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,284$ ).Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Lise ve üniversite/yüksekokul mezunu olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ise fark saptanmamıştır.

Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üniversite/yüksekokul olan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi eğitim düzeyinde olduğu Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; ilköğretim mezunu kadınlar ile lise mezunu kadınlar arasında ( $p=0,009$ ); ilköğretim mezunu kadınlar ile üniversite/yüksekokul mezunu olan kadınlar arasında öz-bakım gücü ölçek puanları arasında fark vardır ( $p=0,000$ ). Lise mezunu kadınların genel konfor ölçekleri üniversite mezunu kadınların öz-bakım gücü ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,464$  ). Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Lise ve üniversite/yüksekokul mezunu olan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ise fark saptanmamıştır.

Çalışan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmayan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Çalışmayan hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Çalışan hastalarla çalışmayan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Çalışan hastalarla çalışmayan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir.

Geliri giderini karşılayan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Geliri giderini karşılayan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Geliri giderini karşılamayan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Geliri giderini karşılamayan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Geliri giderini karşılayan hastalarla geliri giderini karşılamayan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Geliri giderini karşılayan hastalarla geliri giderini karşılamayan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.9:** Hastaların Tıbbi Tanı ve Operasyon Şekli İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	ÖBGÖ Toplam			
	Postop 1. gün		Postop 2. gün	
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Test İstatistiği	p value
<b>Tıbbi tanı</b>				
Myoma uteri	99,42±10,54 98,5 (80-121)	105,88±11,99 105 (79-130)	Z=-3,663	<0,001
Endometriyal hiperplazi	91,52±16,10 89 (47-117)	98,82±17,07 98 (54-126)	Z=-3,393	0,001
Anormal uterin kanama	92,57±18,91 92 (50-124)	96,81±19,72 100 (57-122)	Z=-3,100	0,002
Uterus prolapsusu	85,06±16,07 79,5 (62-111)	90,5±18,84 87 (61-119)	Z=-3,045	0,002
Diğer	91,70±13,56 89,5 (73-112)	94,00±18,36 90 (66-115)	Z=-0,911	0,362
Test İstatistiği	KW=8,363		KW=7,181	
p	0,079		0,127	
<b>Ameliyat şekli</b>				
Abdominal	94,68±16,45 95 (47-124)	99,80±18,23 104 (54-130)	Z=-4,596	<0,001
Vajinal	88,30±15,72 89 (62-117)	93,65±17,63 90 (61-119)	Z=-3,218	0,001
Laproskopi+robotik	93,00±15,06 93 (66-115)	98,77±16,48 103 (63-122)	Z=-3,177	0,001
Test İstatistiği	KW=3,247		KW=2,222	
p	0,197		0,329	

Z: Wilcoxon test KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tıbbi tanısı myoma uteri olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Myoma uteri tanılı hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı endometriyal hiperplazi olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Endometriyal hiperplazi tanılı hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün

ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı anormal uterin kanama olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Anormal uterin kanama tanılı hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı uterus prolapsusu olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Uterus prolapsusu tanılı hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Tıbbi tanısı diğer olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tıbbi tanısı myoma uteri, endometriyal hiperplazi, anormal uterin kanama, uterus prolapsusu ve diğer olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tıbbi tanısı myoma uteri, endometriyal hiperplazi, anormal uterin kanama, uterus prolapsusu ve diğer olan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ameliyat şekli abdominal olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Ameliyat şekli abdominal olan hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli vajinal olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ameliyat şekli vajinal olan hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli laporoskopik+robotik olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ameliyat şekli laporoskopik+robotik olan hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir. Ameliyat şekli abdominal, vajinal ve laporoskopik+robotik olan hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ameliyat şekli abdominal, vajinal ve laporoskopik+robotik olan hastaların 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10:** Hastaların Yaşları İle Genel Konfor Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş	
	r*	p
<b>GKÖ Toplam 1.gün</b>	-0,153	0,124
<b>GKÖ Toplam 2.gün</b>	-0,105	0,293
<b>ÖBGÖ Toplam 1.gün</b>	-0,530	<0,001
<b>ÖBGÖ Toplam 2.gün</b>	-0,590	<0,001

\* Spearman' s Korelasyon Katsayısı

Hastaların yaşları ile 1.gün GKÖ toplam puanları ve 2.gün GKÖ toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların yaşları ile 1.gün ÖBGÖ toplam puanları ve 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r=-0,530, p<0,001$ ;  $r=-0,590, p<0,001$ ). Hastaların yaşları arttıkça 1.gün ve 2. gün ÖBGÖ puanları azalmaktadır.

**Tablo 4.11:** Hastaların Ağrı Skorları İle Genel Konfor Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Ağrı 1.gün		Ağrı 2.gün	
	r*	p	r*	p
<b>GKÖ Toplam 1.gün</b>	-0,343	<0,001		
<b>ÖBGÖ Toplam 1.gün</b>	-0,115	0,249		
<b>GKÖ Toplam 2.gün</b>			-0,448	<0,001
<b>ÖBGÖ Toplam 2.gün</b>			-0,216	0,029

\* Spearman' s Korelasyon Katsayısı

Hastaların 1. gün ağrı skorları ile 1.gün genel konfor ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,343, p<0,001$ ). Hastaların 1. gün ağrı skorları arttıkça 1.gün genel konfor ölçeği toplam puanları azalmaktadır. Hastaların 1. gün ağrı skorları ile 1.gün öz-bakım gücü ölçeği toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların 2. gün ağrı skorları ile 2.gün genel konfor ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,448, p<0,001$ ). Hastaların 2. gün ağrı skorları arttıkça 2.gün genel konfor ölçeği toplam puanları azalmaktadır. Hastaların 2. gün ağrı skorları ile 2.gün öz-bakım gücü

ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,216$   $p<0,05$ ). (Hastaların 2. gün ağrı skorları arttıkça 2.gün öz-bakım gücü ölçeği toplam puanları azalmaktadır).

**Tablo 4.12:** Hastaların Genel Konfor Ölçeği Toplam Puanları İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	ÖBGÖ Toplam 1.gün		ÖBGÖ Toplam 2.gün	
	r*	p	r*	p
GKÖ Toplam 1.gün	0,258	0,009		
GKÖ Toplam 2.gün			0,266	0,007

\* Spearman' s Korelasyon Katsayısı

Hastaların 1. gün genel konfor ölçeği toplam puanları ile arasında 1.gün öz-bakım gücü ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,258$ ,  $p<0,01$ ). Hastaların 1.gün genel konfor ölçeği toplam puanları arttıkça 1.gün öz-bakım gücü ölçeği puanları da artmaktadır. Hastaların 2. gün genel konfor ölçeği toplam puanları ile arasında 2.gün öz-bakım gücü ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,266$ ,  $p<0,01$ ). Hastaların 2. gün genel konfor ölçeği toplam puanları arttıkça 2.gün öz-bakım gücü ölçeği puanları da artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendiren sonuçların tartışmasına yer verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının  $53,27 \pm 9,6$  olduğu belirlenmiştir. Histerektomi ameliyatı olan kadınların yaş ortalamalarının yapılan bazı çalışmalarda sırasıyla  $50.48 \pm 7.50$  (24),  $48.5 \pm 7.17$  (23),  $50 \pm 5.2$  (39),  $51.7 \pm 5.6$  (109) olarak bulunmuştur. Bu sonuç literatüre paralellik göstermektedir. Kadınların histerektomi uygulanma yaşının ileri olmasının nedeni olarak fibroidler, endometriozis, uterovajinal prolapsus, anormal uterin kanama, pelvik ağrı gibi jinekolojik patolojilerin peri ve post menopozal dönemlerdeki kadınlarda daha sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada hastaların yaşları arttıkça ameliyat sonrası 1.gün ve 2.gün öz-bakım güçleri azalmakta olduğu belirlenmiştir. Literatürde de yaşın ÖBGÖ toplam puanını etkilediği ve genç yaş grubunda olan hastaların öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (110). Diğer taraftan Karakurt ve arkadaşlarının (2013) diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirildiği çalışmalarında yaşla birlikte ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmediği belirlenmiştir (111). Fadiloğlu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmasında hastaların yaş ile öz-bakım puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (112). Gül ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da yaş grupları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (113). Bizim çalışmamızın sonucuna benzerlik gösteren çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar bildiren çalışmaların da literatürde yer aldığı görülmektedir. Bu farklılığın hastalığın ve uygulanan ameliyatın türü, şiddeti, süresi gibi çeşitli nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç bize jinekolojik operasyon geçiren kadınların bakımını üstlenen hemşireler açısından önemli olduğunu vurgulamış, hastanın yaşının postoperatif dönem öz-bakım gücünü azaltabileceği düşünülerek hastaların postoperatif 1. ve 2. günlerde hemşireler tarafından daha da desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun 8 yıl temel eğitim aldıkları belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri açısından 1. gün ve 2. gün ÖBGÖ toplam puanları

arasında fark saptanmışken, ilköğretim mezunu histerektomi olan kadınların ÖBGÖ puanlarının lise ve üniversite/yüksekokul olan hastaların ÖBGÖ puanlarından daha düşük olduğu değerlendirilmiştir. Alemdar ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların öz-bakım gücü puanlarının diğer eğitim gruplarının puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir (114). Karakurt ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (111). Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise gebelerin öğrenim düzeyinin öz-bakım gücü puanını etkilemediği tespit edilmiştir (115). Gül ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da öğrenim durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (113). Bıçakçı'nın (2010) çalışmasında öz-bakım gücü ile kadınların öğrenim düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında lise ve üzeri eğitim alan kadınların, ilköğretim mezunu olan kadınlara göre ÖBGÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (116). Gün'ün (2011) histerektomili hastalarda yapılan çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı gözlenmiştir (117). Literatürde eğitim düzeyi ile ÖBGÖ puan ortalaması arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlara rastlanmasına rağmen çoğu çalışma sonuçlarının bu bulguya eşlik ettiği görülmektedir. Kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlık algılarının ve bireysel sağlık farkındalıklarının daha yüksek olması nedeniyle öz-bakım güçlerinin de postoperatif dönemde daha yüksek olmasına neden olabileceği kanısına varılabilir. Jinekoloji hemşirelerinin ameliyat sonrası kadının eğitim düzeylerine yönelik verilerini toplanmasının bakıma fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi açısından çalışmaya katılan hastaların 1.gün konfor düzeyleri açısından anlamlı bir fark yokken 2. gün konfor düzeyleri açısından eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. İlköğretim mezunu olan hastaların 2.gün GKÖ toplam puanlarının hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ameliyat geçiren hastaların eğitim durumları ile GKÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir (67). Yılmazın (2020) çalışmasında hastaların eğitim durumları ile GKÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (118). Güner ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise eğitim durumunun konfor düzeyini

etkilemediği saptanmıştır (75). Bu bulgu literatürle paralellik göstermemesine rağmen bu çalışmanın güzel bir sonucu olarak düşünülebilir. Bu sonuç bize eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ameliyat sonrası konforu algılama düzeylerinin de daha iyi olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların postoperatif 1. gün ve postoperatif 2. gününde çalışan hastalarla çalışmayan hastaların ÖBGÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Postoperatif 1. ve 2. günlerde çalışan hastaların ÖBGÖ toplam puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre daha yüksektir. Literatürde bu konuda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada gebelerin çalışma yaşamında yer almaları ve öz-bakım gücü puanları incelendiğinde; herhangi bir işte çalışan gebelerin öz-bakım gücü puanlarının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ancak gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (115). Karakurt ve arkadaşlarının (2017) yaptığı kardiyovasküler cerrahi geçiren hastaların çalışma durumuna göre ÖBGÖ puanına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (119). Gül ve arkadaşlarının (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda ÖBGÖ puanına bakıldığında da çalışan bireyler ile çalışmayan bireyler arasında bir fark bulunamamıştır (113). Gün'ün yaptığı çalışmada (2011) çalışan olguların öz-bakım gücü puan ortalamaları, çalışmayan olguların öz-bakım gücü puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (117). Bizim çalışma bulgumuza göre çalışma durumu bireyin sağlık algısını ve farkındalığını arttırabilir, bu nedenle de çalışma durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınlarda sigara içme sıklığı %23.5 olarak tespit edilmiştir. Pekcan ve arkadaşlarının “Histerektomi ile Birlikte Yapılan Bilateral Salpingooferektomiye Bağlı Hipoöstrojenizmin Sistolik Gelişimine Etkisi” çalışmasında histerektomili kadınların %24'ünü sigara içtiği saptanmıştır (120). Kaban ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında histerektomili kadınlarda sigara içme sıklığı %26.3 olarak tespit edilmiştir (121). Bu bulgu literatür bilgisi ile benzer olarak değerlendirilmiştir.

Kadınların menapoz ile birlikte VKİ'lerinin de arttığı bilinmektedir. Hem östrojenin etkisi hem de yaşla birlikte kadınlarda obeziteye yatkınlığı arttırarak birçok

kronik hastalığı da beraberinde getirebilmektedir (122). Bizim çalışmamıza katılan kadınlarında VKİ'lerinin  $29.35 \pm 5.29$  olduğu, DSÖ verilerine göre kilolu kadın grubuna girdikleri belirlenmiştir. Literatürde yer alan diğer çalışma sonuçlarının da bu bulguya benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir (109, 123). Kadın sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin kadınların yaş ve menapozla birlikte artan obesiteden korunma konusunda eğitim ve danışmanlık vermeleri önemlidir. Ayrıca çalışmamızda kadınların %56.9'unun menapoza girdikleri tespit edilmiştir. Pekcan ve arkadaşlarının "Histerektomi ile Birlikte Yapılan Bilateral Salpingooferektomiye Bağlı Hipoöstrojenizmin Sistorektosel Gelişimine Etkisi" çalışmasında histerektomili kadınların %67'sinin (120); Bolsoy ve arkadaşlarının "Histerektomi operasyonu geçiren kadınların cinsel yaşamlarına yönelik bilgi gereksinimleri" çalışmasında kadınların %43.3'ünün (124); Pelik ve arkadaşlarının "Histerektomi ameliyatı olan kadınların" Öz-bakım gücü" nün incelenmesi" çalışmasında %29.4'ünün (125); Öztürk ve arkadaşlarının "Benign Endikasyonlarda Laparoskopik ve Abdominal Histerektomi" çalışmasında kadınlarda menopoz oranı %39.1 (123) olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki bu farklılıkların zamanla gelişmekte olan ülkelerde menopoz yaşının düşmesi, okuryazarlık oranı arttıkça hastaneye başvuruların artması, kadınlarda çalışıyor olma durumu ve sigara içme oranlarının menopoza girme yaşını azaltması gibi faktörlerden kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada histerektomi olan hastaların postoperatif 1. gün ve 2. günde tıbbi tanısı myoma uteri, endometriyal hiperplazi, anormal uterin kanama, uterus prolapsusu ve diğer olanların ÖBGÖ ve GKÖ toplam puanları arasında fark bulunmamasına rağmen hastaların tıbbi tanılarının dağılımları myoma uteri %25.5, anormal uterin kanama %32.4, endometriyal hiperplazi %16.7, uterus prolapsusu %15.7, diğer %9.8 olarak saptanmıştır. Literatürde tıbbi tanı ile konfor ve öz-bakım gücünü değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Diğer taraftan Öztürk ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında histerektomi hastalarının tanılarının leiomyoma %64.8, anormal uterin kanama %12.6, endometriyal hiperplazi %11.9, uterus prolapsusu %2 şeklinde bulunmuştur (123). İşgüder ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada histerektomi hastalarının tanılarının myoma uteri %45.3, disfonksiyonel uterin kanama %29.4, endometriyal hiperplazi %12.9, uterus prolapsusu %10, kronik pelvik ağrı %1.2, adenomyozis %1.2 olarak bulunmuştur (24). Demirayak ve arkadaşlarının (2016)

yaptığı çalışmada histerektomi hastalarının tanıları anormal uterin kanama %32.6, myoma uteri %27.7, atipili hiperplazi %18.8 olarak bulunmuştur (109). Essa ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında histerektomi hastalarının tanıları anormal uterin kanama çalışma grubunda %60, kontrol grubunda %62.5, endometriyal hiperplazi çalışma grubunda %17.5, kontrol grubunda %20, fibroidler çalışma grubunda %22.5, kontrol grubunda %17.5 olarak belirlenmiştir (90). Çalışmanın bu bulguları literatüre benzerlik göstermekte olup, hastaların tıbbi tanılarının ameliyat sonrası genel konfor düzeyi ve öz-bakım gücü açısından farklılık oluşturmadığı düşünülebilir.

Bu çalışmada kadınların postoperatif 1.gün ağrı skorlamalarının  $5.19 \pm 1.15$ ; postoperatif 2. gün ağrı skorlamalarının ise  $3.85 \pm 1.17$  olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası 2.günde hastaların ağrılarının azaldığı belirlenmiştir. Ayhan'ın (2015) çalışmasında hastaların ağrılarının ortalama  $4,40 \pm 2,72$  şiddette olduğu belirtilmiştir (126). Ameliyat sonrası histerektomi olan kadının konforunu ve öz-bakım gücünü etkileyen diğer bir önemli faktör de ağrının varlığıdır. Ayrıca bu çalışmada hastaların postoperatif 1. günde ağrı skorları ile GKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki ve 2. gününde ağrı skorları ile GKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Şahin'in (2018) çalışmasında şiddetli ağrısı olan hastaların konfor düzeyi hafif ve orta şiddette ağrısı olan hastalardan düşük bulunmuştur (67). Aydıngülü ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada hastaların ağrı şiddetine göre konfor düzeyi incelendiğinde ağrısı olmayan veya hafif ağrı deneyimleyen hastaların ölçek puan ortalamasının orta, şiddetli veya çok şiddetli ağrı deneyimleyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (127). Bu çalışmada hastaların postoperatif 1. gün ağrı skorları arttıkça postoperatif 1.gün GKÖ toplam puanları azalmakta, hastaların postoperatif 2. gün ağrı skorları arttıkça postoperatif 2.gün GKÖ toplam puanları azalmaktadır. Bulgular literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada hastaların postoperatif 1.gün ağrı skorları ile postoperatif 1.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Hastaların postoperatif 2. gün ağrı skorları ile 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Hastaların postoperatif 2. gün ağrı skorları arttıkça postoperatif 2.gün öz-bakım gücü azalmaktadır. Fadiloğlu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmasında hastaların VAS ağrı puan ortalaması arttıkça öz-bakım puan ortalamasının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (112). Kaya'nın (2019)

çalışmasında VAS ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ağrısı arttığında öz-bakım gücü azalmaktadır (128). Ovayolu ve arkadaşları (2012) çalışmasında VAS ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuş olup hastaların ağrısı arttığında öz-bakım gücü azalmaktadır (129). Çalışmamızın postoperatif 2.günü literatürle benzer sonuçlar göstermektedir.

Ameliyat sonrası kadın hastaların konforunu ve öz bakım gücünü etkileyen diğer bir faktör de; drenin varlığı ve hastaların genel sağlık düzeyi algılarının yüksek olup olmamasıdır. Bu çalışmada histerektomi olan kadınların postoperatif 1.gününde %59.8inde dren yokken, %40.2sinde ise dren vardır; genel sağlık algılarının ise postoperatif 1.günde %87.3'ünün, postoperatif 2. günde %82.4'ünün iyi olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Çıkman ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da %47.38inde dren yok, %52.62sinde dren var olarak tespit edilmiştir (130). Aydıngülü ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında %62.4ünde dren yok, %37.6sında dren var olarak tespit edilmiştir (127). Güner'in (2020) çalışmasında hastaların genel sağlık düzeyi algılarının %65.9 iyi olduğu bulunmuştur (75). Bizim çalışma bulgularımızın literatürden daha iyi çıkmasının sebebinin bazı hastaların laparoskopik yöntem ile ameliyatlarının yapılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların postoperatif 1.gün ve 2.gün genel konfor düzeylerinin sırasıyla  $2.88 \pm 0.21$  ve  $3.05 \pm 0.21$  olarak bulunmuştur. Postoperatif 1. gün GKÖ düzeyleri olan ferahlama  $2.73 \pm 0.29$ , rahatlama  $2.94 \pm 0.26$ , üstünlük  $3.03 \pm 0.26$ ; postoperatif 2. gün GKÖ düzeyleri ferahlama  $2.86 \pm 0.29$ , rahatlama  $3.13 \pm 0.24$ , üstünlük  $3.16 \pm 0.26$  olarak tespit edilmiştir. Literatürde histerektomi olan kadın hastaların postoperatif dönem konfor düzeylerinin incelenmemesine rağmen farklı popülasyonla çalışılmış olan makalelerde de bizim sonuçlarımıza benzer bulguların olduğu değerlendirilmiştir. Yılmazın (2020) çalışmasında KOAH hastalarının GKÖ toplam puan ortalaması  $2.59 \pm 0.36$ 'dır (118). Nural ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında koroner bakım ünitesinde yatan hastaların GKÖ skorunun  $3.22 \pm 3.33$  olduğu belirlenmiştir (131). Göğüs cerrahisi uygulanan bir başka çalışmada hastaların GKÖ toplam puanının  $2.89 \pm 0.32$  olduğu bildirilmiştir (132). Karabulut ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların taburculukta ortalama konfor düzeyi puanları  $3.16 \pm 0.2$  bulunmuştur (133). Çarık'ın çalışmasında GKÖ toplam puan

ortalaması  $128,73 \pm 12,03$  olarak bulunmuştur. GKÖ düzeyleri olan ferahlama  $41,92 \pm 4,84$ , rahatlama  $\%45,68 \pm 5,35$ , üstünlük  $\%41,13 \pm 4,32$  ortalama olarak bulunmuştur (99).

Bu çalışmada ise histerektomi olan kadınların postoperatif 1.gün ÖBGÖ puan ortalaması  $92,88 \pm 16,05$  olup postoperatif 2.gün ÖBGÖ puan ortalaması  $98,19 \pm 17,74$ 'dir. Hastaların 1. gün ÖBGÖ toplam puanları ile 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır. Hastaların 2.gün ÖBGÖ toplam puanları 1.gün ÖBGÖ toplam puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bıçakçı'nın (2010) çalışmasında kadınların öz-bakım gücü puan ortalaması  $96,93 \pm 36,22$  olarak saptanmıştır (116). Aktaş ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, ÖBGÖ puan ortalamasının  $75,47 \pm 15,28$  olarak bulundu (134). Küçükçaya ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında jinekolojik kanserli hastaların ÖBGÖ puan ortalaması  $111,3 \pm 33,0$  olarak bulunmuştur (135). Gün'ün (2011) histerektomili hastalarda benlik saygısının öz-bakım gücüne etkisini incelediği çalışmasında, öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamasını  $80,31 \pm 11,78$  olarak bulunmuştur ve öz-bakım gücünü orta düzey olarak saptanmıştır (117). Pelik ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında histerektomi olan kadınların öz-bakım gücü toplam puan ortalamaları  $88,1814,33$  olarak bulunmuştur (125). Üstündağ ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının ise yüksek düzeyde  $97,40 \pm 17,38$  olduğu saptanmıştır (78). Alemdar ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada araştırmaya alınan kronik hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü puan ortalaması  $102,78 \pm 18,81$  olarak bulunmuştur (114). Karakurt ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada diyabetli hastaların öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması  $82,84 \pm 19,75$  olarak bulunmuştur (111). Gül ve arkadaşlarının (2010) böbrek nakli yapılan hastaların öz-bakım gücü ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada ÖBGÖ puan ortalaması  $108,9 \pm 20,1$  bulunmuştur (113). Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada gebelerin öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $92,0 \pm 18,9$ 'dur (115). Literatür bulguları ile bu çalışmada belirlenen ÖBGÖ puan ortalaması farklılığının nedeni olarak örneklem grubunun yaş, eğitim seviyesi ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada hastaların postoperatif 1. gün GKÖ toplam puanları ile postoperatif 1.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ve postoperatif 2. gün GKÖ toplam puanları ile postoperatif 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Bozkurt'un (2021) öz bakım gücü ve konfor ile ilgili çalışmasında iki ölçek arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (136). Ünal'ın (2020) çalışmasında öz-bakım gücü ve konfor ile ilgili çalışmasında iki ölçek arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (137). Literatür ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir. Tüm çalışma sonuçlarına göre; hastaların ameliyat sonrası konfor düzeylerin artması ile öz-bakım gücünün de artabileceği söylenebilir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz bakım gücüne olan etkisini incelemek amacı ile yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $53,27 \pm 9,6$ ; evlenme yaş ortalamalarının ise  $19,87 \pm 3,80$  olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların vücut kitle indeksinin  $29,35 \pm 5,29$  olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %75,5'i evli olup, %78,4'ü ilköğretim mezunu olarak belirlenmiştir.
- Hastaların % 90,2'sinin çalışmadığı, %86,3'inin gelirinin giderini karşıladığı saptanmıştır. Hastaların %23,5'inin sigara kullandığı, %7,8'i düzenli egzersiz yapmakta olduğu ve %90,2'si günde bir fincandan fazla çay kahve tükettiği belirlenmiştir.
- Hastaların %32,4'ünün tıbbi tanısı anormal uterin kanama, %25,5'inin myoma uteri, %16,7'sinin endometriyal hiperplazi, %15,7'sinin uterus prolapsusu olarak belirlenmiştir.
- Hastaların %55,9'una abdominal cerrahi, %25,5'ine vajinal ve %21,6'sına ise laporoskopi+robotik cerrahi uygulandığı saptanmıştır.
- Hastaların %45,1'inde herhangi bir kronik hastalık bulgusu belirlenmiştir. Hastalarda HT görülme oranı %39,2, DM görülme oranı %21,6 ve diğer kronik hastalıkların görülme oranı %3,9 olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların bazı obstetrik ve jinekolojik özellikleri incelendiğinde toplam gebelik sayısı ortancası 3 (0-12), yaşayan çocuk sayısı ortancası 3 (0-6), menarş yaşı ortalaması ise  $13,07 \pm 1,19$  olarak saptanmıştır. Hastaların %56,9'u menopoz dönemindedir. Menopozda olan hastaların menopoz yaşı ortalaması  $48,90 \pm 3,36$  olarak belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların postoperatif 1.gün GKÖ puan ortalaması  $2,88 \pm 0,21$ , postoperatif 2.gün GKÖ puan ortalaması ise  $3,05 \pm 0,21$ 'dir. Bu sonuca göre hastaların 2.gün konfor düzeyi 1.gün konfor düzeyinden yüksek olarak belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların postoperatif 1.gün ÖBGÖ puan ortalaması  $92,88 \pm 16,05$ ; postoperatif 2.gün ÖBGÖ puan ortalaması ise  $98,19 \pm 17,74$ 'dir. Bu sonuca göre hastaların 2.gün öz-bakım gücü düzeyi 1.gün öz-bakım düzeyinden yüksek olarak belirlenmiştir.
- Hastaların eğitim düzeyleri ile 1. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hastaların eğitim düzeyleri ile 2. gün GKÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların postoperatif 2. gün konfor düzeyleri hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşüktür.
- Hastaların postoperatif 1. gün ağrı skorları ile 1.gün GKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r = -0,343$ ,  $p < 0,001$ ). Hastaların postoperatif 2. gün ağrı skorları ile 2.gün GKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r = -0,448$ ,  $p < 0,001$ ). Hastaların 1. gün ağrı skorları arttıkça 1.gün konfor düzeylerinin azaldığı ve hastaların 2. gün ağrı skorları arttıkça 2.gün konfor düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.
- Araştırmada yaş, gelir durumu, çalışma durumu, tıbbi tanı, ameliyat şekli gibi değişkenler ile genel konfor ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.
- Hastaların yaşları ile postoperatif 1.gün ÖBGÖ toplam puanları ve 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r = -0,530$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,590$ ,  $p < 0,001$ ). Hastaların yaşları arttıkça, postoperatif 1.gün ve 2. gün öz-bakım düzeyleri de azalmaktadır.
- Hastaların eğitim durumu ile postoperatif 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ve hastaların eğitim durumu ile postoperatif 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların postoperatif 1. gün öz-bakım gücü düzeyleri ve postoperatif 2. gün öz-bakım gücü düzeyleri hem lise hem de üniversite/yüksekokul mezunu olan hastalara göre daha düşük olarak belirlenmiştir.
- Hastaların çalışma durumuna göre postoperatif 1. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Çalışan hastaların 1. gün öz-

bakım gücü düzeyleri çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde hastaların çalışma durumuna göre postoperatif 2. gün ÖBGÖ toplam puanları arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışan hastaların 2. gün öz-bakım gücü düzeyleri çalışmayan hastalara göre daha yüksek belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların postoperatif 1. gün ağrı skorları ile 1.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak hastaların postoperatif 2. gün ağrı skorları ile 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r = -0,216$   $p<0,05$ ). Hastaların postoperatif 2. gün ağrıları arttıkça, 2.gün öz-bakım güçlerinin de azaldığı belirlenmiştir.
- Araştırmada gelir durumu, tıbbi tanı, ameliyat şekli gibi değişkenler ile öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.
- Hastaların postoperatif 1. gün GKÖ toplam puanları ile 1.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r = 0,258$ ,  $p<0,01$ ). Hastaların postoperatif 2. gün GKÖ toplam puanları ile 2.gün ÖBGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r = 0,266$ ,  $p<0,01$ ). Hastaların postoperatif 1. gün GKÖ puanı arttıkça postoperatif 1.gün ÖBGÖ puanı, postoperatif 2. gün GKÖ puanı arttıkça postoperatif 2.gün ÖBGÖ puanı da artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Histerektomi sonrası kadınların konfor düzeyi ve öz-bakım gücü belirlenmesi hastaların aldıkları bakımı değerlendirmek için önemli parametreler olabilir.
- Histerektomi olan kadınların kendi tedavi ve bakımlarına katılmasının sağlanması ile konfor düzeylerinde ve öz-bakım gücü düzeylerinde artış sağlanabileceği düşünülebilir.
- Hemşirelerin konfor düzeyi ve öz-bakım gücü düşük hastaların bakımında aktif yer alması, hastalara ameliyat sonrası onları desteklemesi ve eğitim vermesi önerilebilir.

- Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne olan etkisini inceleyen araştırma sayılarının artırılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Palsson M, Stjerdahl JH, Granasen G, Lofgren M, Sundfeldt K. Patient-reported lower urinary tract symptoms after hysterectomy or hysteroscopy: a study from the Swedish Quality Register for Gynecological Surgery. *Int Urogynecol J*. 2017;28(9):1341-9.
2. Kantar B, Sevil U. Histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi (Examination of women's level of depression and hopelessness after hysterectomy). *Jinekoloji ve obstetrik dergisi*. 2004;18(1):17-24.
3. Ayeleke RO, Mourad S, Marjoribanks J, Calis KA, Jordan V. Antibiotic prophylaxis for elective hysterectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD004637-CD.
4. Wilson LF, Pandeya N, Byles J, Mishra GD. Hysterectomy status and all-cause mortality in a 21-year Australian population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2019;220(1):83.e1-e11.
5. Terzi H, Hasdemir PS, Biler A, Kale A, Sendag F. Evaluation of the surgical outcome and complications of total laparoscopic hysterectomy in patients with enlarged uteruses. *International Journal of Surgery*. 2016;36:90-5.
6. Kim KH, Lee KA. symptom Experience in Women After Hysterectomy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2001;30(5):472-80.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Ankara Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. 713-23 p.
8. Bahri N, Tohidnik HR, Fathi Najafi T, Larki M, Amini T, Askari Sartavosi Z. Depression Following Hysterectomy and the Influencing Factors. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(1):e30493.
9. Lee CF, Wen FH, Lin SS, Lin HM. Changing quality of life in hysterectomized women. *J Formos Med Assoc*. 2009;108(5):414-22.
10. Emine E, Olcay Ç. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;22(1):107-17.
11. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(6):1178-84.
12. Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs*. 2000;18(1):46-62.
13. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;16:16-23.

14. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *West J Nurs Res.* 2004;26(7):813-24.
15. Magon N. Subtotal Hysterectomy. *IJCCI.* 2014.
16. Sandberg EM, Twijnstra ARH, Driessen SRC, Jansen FW. Total Laparoscopic Hysterectomy Versus Vaginal Hysterectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2017;24(2):206-17.e22.
17. Jones HW, Rock JA. *Te Linde's operative gynecology: Lippincott Williams & Wilkins;* 2015.
18. Halli S, Prasad JB, Biradar R. Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India. *BMC Women's Health.* 2020;20.
19. Ogelle O, Okafor C, Eke A, Obiechina N, Mbamara S. Current Trends in Hysterectomies at a Nigerian Tertiary Center. *Journal of Gynecologic Surgery - J GYNECOL SURG.* 2010;26:7-13.
20. Güler H, Taşkın L. Histerektomi Ameliyatı Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Başetmede Planlı Öğretimin Etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2001;5:1-10.
21. Cohen SL, Vitonis AF, Einarsson JI. Updated hysterectomy surveillance and factors associated with minimally invasive hysterectomy. *Jsls.* 2014;18(3).
22. Aslan E. Benign Uterin Hastalıklar Nedeniyle Yapılan Histerektomilerde Vajinal-Laparoskopik-Abdominal Histerektomi Yöntemlerinin Karşılaştırılması. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
23. Atılğan R, Boztosun A, Özercan MR. Histerektomi materyallerinde histopatolojik tanıların insidansı. *Fırat Tıp Dergisi.* 2012;17(1):19-22.
24. İşgüder ÇK, DOĞRU HY, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB, ARICI A, et al. Histerektomi materyallerinde histopatolojik tanıların değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi.* 2016;6(2):87-91.
25. Solnik MJ, Munro MG. Indications and alternatives to hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(1):14-42.
26. İsaoglu Ü, YILMAZ M, Delibaş İB, Gözükara İ, Bilici AE, Paşa U, et al. Histerektomi materyallerinde histopatolojik tanıların incelenmesi. *Abant Tıp Dergisi.* 2013;2(2):91-4.
27. Dural Ö. Leiomyomların Medikal Tedavisi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2017;80(4):153-61.
28. Sabry M, Al-Hendy A. Medical treatment of uterine leiomyoma. *Reprod Sci.* 2012;19(4):339-53.
29. Temür M, Çift T, Aktaş FN, Yılmaz Ö, Balcı UG, Dündar B, et al. Hemogram Parametrelerinin Disfonksiyonel Uterin Kanama ve Hormon Düzeyleri ile İlişkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2018;25(1):26-32.
30. Jeppson PC, Sung VW. Hysterectomy for pelvic organ prolapse: indications and techniques. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(1):72-82.

31. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, et al. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):Cd004010.
32. Yeung P, Jr. The laparoscopic management of endometriosis in patients with pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(3):371-83.
33. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;209:3-7.
34. Flyckt R, Kim S, Falcone T. Surgical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain. *Semin Reprod Med.* 2017;35(1):54-64.
35. Kalelioğlu MB, Öz ME. Histerektomi Materyallerinde Benign Klinik Endikasyonların ve Histopatolojik Tanıların Değerlendirilmesi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2021;13(2):91-7.
36. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(Rr-03):1-137.
37. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician.* 2019;100(6):357-64.
38. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician.* 2016;93(5):380-7.
39. Tazegül A, Acar A. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg.* 2010;26(1):19-22.
40. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi.* 2006;33(4):227-30.
41. Committee Opinion No 701: Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):e155-e9.
42. Sesti F, Calonzi F, Ruggeri V, Pietropolli A, Piccione E. A comparison of vaginal, laparoscopic-assisted vaginal, and minilaparotomy hysterectomies for enlarged myomatous uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;103(3):227-31.
43. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L. *Williams Jinekoloji: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.*
44. İpşir B. Histerektomi Ameliyatı Olan Hastaların Kaygı Düzeylerinin ve Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi; 2019.*
45. Dolgun Z, İnan C. Kliniğimizde yapılan total abdominal histerektomi endikasyonları ve operasyon materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2017.
46. Hughes D. Total Abdominal Hysterectomy 2007 [Available from: <https://www.ast.org/pdf/280.pdf>].

47. Claerhout F, Deprest J. Laparoscopic hysterectomy for benign diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(3):357-75.
48. Margulies SL, Vargas MV, Denny K, Sparks AD, Marfori CQ, Moawad G, et al. Comparing benign laparoscopic and abdominal hysterectomy outcomes by time. *Surg Endosc.* 2020;34(2):758-69.
49. Alçay Aİ. Robot Yardımlı Laparoskopik Total Histerektomi ve "Multi-Port" Laparoskopik Total Histerektomi Operasyonlarının Postoperatif Dönemlerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim.* 2017;15(1):1-8.
50. Göçmen A, Şanlıkan F, Uçar MG. Jinekolojide Robotik Asiste Laparoskopik Cerrahi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology.* 2010;20(3):176-87.
51. Köksal N, Özkan ÖF, Ünal E, Kabak İ, Demirpolat MT. Robotik Low Anterior Rezeksiyon'la Birlikte TAH+ BSO ve Vaginal Yoldan NOSE. *Turk J Colorectal Dis.* 2021;31:86-7.
52. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):654-73.
53. Yenen MC, Küçük T, Göktolga Ü, Ceyhan ST, Pabuçcu R. Total abdominal histerektomi versus ekstrakorporeal abdominal histerektomi: İki tekniği karşılaştıran randomize çalışma. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2003;45(3):267-70.
54. Yılmaz E, Karataş B, Sancı M. Kadınlarda Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyon Ve Yaşam Kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015;31(2):40-52.
55. Bolsoy N, Sevil Ü. Histerektomi Sonrası Cinsel Yaşam. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2008;24(3):93-104.
56. Kök G, Erdoğan EN, Söylemez EB, Güvenç G. Histerektomi Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;11(2):273-8.
57. Yazıcı MG, Tüfekçi EC, Aka N, Coşkun ADE, Vural F, Köse G. Premenopozal Kadınlarda Benign Sebeplerle Yapılan Abdominal Histerektominin Cinsel Fonksiyonlara Etkisinin Araştırılması: Vaka Kontrol Çalışması. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi.* 2016;56(1):42-7.
58. Peterson ZD, Rothenberg JM, Bilbrey S, Heiman JR. Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res.* 2010;47(6):513-27.
59. Sukgen G, Kaya AE. Effect of laparoscopic hysterectomy on sexual function and quality of life: 12-month follow-up results. *Cukurova Medical Journal.* 2018;43(Ek 1):216-21.

60. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005;8(3):109-15.
61. Bayram GO. Histerektomi Sonrası Psikoseksüel Uyum. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2008;24(2):155-66.
62. Şirin A, Kavak O. *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
63. Dursun H, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri/Learning Needs of abdominal surgery patients. 2015;2:65-70.
64. Eken M, İlhan G, Temizkan O, Çelik E, Herkiloğlu D, Karateke A. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*. 2016;13.
65. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2013;6(4):224-30.
66. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):237-40.
67. Büyükünâl Şahin P, Rızalar S. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2018.
68. Kolcaba K, DiMarco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs*. 2005;31(3):187-94.
69. Yücel ŞÇ. Kolcabanın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;27(2):79-88.
70. Santos R, Melo G, Silva R, Silva F, Júnior A, Caetano J. Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographic and clinical variables. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
71. Oliveira SM, Costa K, Santos K, Oliveira JDS, Pereira MA, Fernandes M. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 3):e20190501.
72. Silva JMdC, Pontífice Sousa P. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. *Enfermería Global*. 2015;14:372-400.
73. Lafond DA, Bowling S, Fortkiewicz JM, Reggio C, Hinds PS. Integrating the Comfort Theory™ Into Pediatric Primary Palliative Care to Improve Access to Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(5):382-9.

74. Kolcaba K, editor *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*2002.
75. Güner A, Kumsar AK. Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;6(2):155-62.
76. Karabacak Ü. *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2004.
77. Bilgiç Ş. *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*: İstanbul Üniversitesi; 2015.
78. Üstündağ H, Zengin N. *Baş Boyun Kanseri Nedeni ile Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*. 2008.
79. Çelik Y. Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):99-104.
80. Wang Z, Yin G, Jia R. Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complement Ther Med*. 2019;43:165-9.
81. Selçuk ED, Demirbağ BC. Dorothea Elizabeth Orem'in Öz-Bakım Teorisi'ne Göre Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(3):333-42.
82. Öztürk C, Karataş H. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;11(2):85-91.
83. Orem D. *Nursing concepts of practice (6 uppl.)*. St Louis: Mosby. 2001;10.
84. Özkan FS, Sevj Ü, Zincir H, editors. *Birden Fazla Kronik Hastalığı Olan Bir Çocuğa Orem Öz Bakım Yetersizliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı Verilmesi: Bir Olgu Sunumu*2014.
85. Çelik Ae, Yıldırım Y, editors. *Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*.2016.
86. Nahcivan NO. *Sağlıklı gençlerde özbakım gücü ve aile ortamının etkisi*. İstanbul: İstanbul Ünivertesii; 1993.
87. Muslu GK, Yardımcı F. Orem'in Öz Bakım Teorisine Göre Juvenil Dermatomiyoitli Hastanın Değerlendirilmesi Ve Hemşirelik Bakım Planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28(2):123-33.
88. Pınar ŞE, Demirel G. *Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi*. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2016;9(1):39-52.

89. Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü Ve Etki Eden Faktörler / Self Care Agency in The Postmenopausal Women and Effective Factors. *journal of anatolia nursing and health sciences*. 2010;13.
90. Essa R, Ismail N, Hassan N. Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2017;7:77.
91. Silva Cde M, Vargens OM. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2780.
92. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*. 2004;19(3):164-73; quiz 71-3.
93. Kockar C, Uzun O. Lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Investigation of the relationship between the social support perceived and the life quality of patients undergoing lumbar disc hernia operation]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2007;10:30-41.
94. Burns J, Magee KT, Cooley H, Hensler A, Montana J, Shumaker D, et al. "I feel your pain": a research study addressing perianesthesia health care providers' knowledge and attitudes toward pain. *J Perianesth Nurs*. 2010;25(1):24-8.
95. Liu S, Ercolano E, Siefert ML, McCorkle R. Patterns of symptoms in women after gynecologic surgery. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(2):E133-40.
96. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, Brant JM, Smith EM. Measuring the quality of care related to pain management: a multiple-method approach to instrument development. *Nurs Res*. 2010;59(2):85-92.
97. Avcı N. Total Abdominal Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ağrının ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi: İstanbul Üniversitesi; 2015.
98. Zhang J, Ho KY, Wang Y. Efficacy of pregabalin in acute postoperative pain: a meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2011;106(4):454-62.
99. Carik S. Ameliyat öncesi ağrı korkusunun ameliyat sonrası ağrı ve genel konfor düzeyine etkisi: İstinye Üniversitesi; 2020.
100. Ergül Bostancı S. Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi Ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
101. Mendes DIA, Ferrito C, Gonçalves MIR. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 6):2824-32.
102. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(3):255-64.

103. Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioper Med (Lond)*. 2019;8:3.
104. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Cerrahi İnfeksiyonlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2012.
105. Büyükyılmaz F, Sendir M. Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (DVT) riskinin kontrolü/An Ignored Problem In Post-Surgery Care: Deep Vein Thrombosis Risk Assessment And Nursing Care. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 2014;23:48-54.
106. Egger-Rainer A, Lorenzl S, Trinka E. Assessing comfort in the epilepsy monitoring unit: Development of an instrument. *Epilepsy Behav*. 2019;91:53-8.
107. Gündüz E, Keskin H. Torakotomi Ameliyatı Öncesi Ağrı Eğitiminin Postoperatif Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2020;26(4):213-20.
108. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2000;894:i-xii, 1-253.
109. Demirayak G, Kılık T, Çetinkaya FN, Bulut B, Akbaş M, Kılınç A, et al. Laparoskopik histerektomi deneyimlerimiz. *Okmeydanı Tıp Derg*. 2016;32(4):198-203.
110. Dönmez YC, Van Giersbergen MY, Başlı AA, Yıldız MD, Yıldız E. Lomber Disk Hernisi Olan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;5(2):1628-41.
111. Karakurt P, Aşlar RH, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. 2013.
112. Fadıloğlu Ç, Pehlivan S. Romatoid Artritli Hastalarda Özbakım Gücü Ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(1):27-38.
113. Gül A, Üstündağ H, Zengin N. Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(1):7-11.
114. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015;10(2):19-30.
115. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(4).
116. Bıçakçı H. Doğum Sonrası Annelerin Öz-Bakım Gücünün Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi: Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya; 2010.
117. Gün Ç. Histerektomili Hastalarda Benlik saygısının öz-bakım gücüne Etkisi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2011.

118. Yılmaz CK. Hastanede Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Genel Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2020;13(4):222-30.
119. Karakurt P, Kasimoğlu N, Bahçeli A, Başkan SA, Ağdemir B. The effect of activities of daily living on the self-care agency of patients in a cardiovascular surgery clinic. Journal of Vascular Nursing. 2017;35(2):78-85.
120. Pekcan MK, Kokanalı D, Taşçı Y, Kokanalı MK, Erdinç AS, Erkaya S. Histerektomi ile Birlikte Yapılan Bilateral Salpingooferektomiye Bağlı Hipoöstrojenizmin Sistorektosel Gelişimine Etkisi. Gazi Medical Journal. 2018;29(3).
121. Kaban I, Cengiz H, Avcı E, Ekin M. Histerektomi Materyallerinde Adenomyozis Sıklığının Araştırılması. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2016;56(1):23-7.
122. Zehra C, Şahin S. Kadın sağlığında obezite. Journal of Human Rhythm. 2018;4(2):98-103.
123. Öztürk E, Güraslan H, Doğan K, Şentürk M, Güraslan B, Nadire İ, et al. Benign endikasyonlarda laparoskopik ve abdominal histerektomi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2016;47(3).
124. Bolsoy N, Kavlak O, Dağ H. Histerektomi operasyonu geçiren kadınların cinsel yaşamlarına yönelik bilgi gereksinimleri. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2014;1(1):36-48.
125. Pelik A, Saruhan A. Histerektomi ameliyatı olan kadınların " Öz-bakım gücü" nün incelenmesi. Kadın Doğum Dergisi. 2006;4(3):850-4.
126. Ayhan F. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri. Konya: Selçuk Üniversitesi 2015.
127. Aydıngülü N, Arslan S. Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;16(3):401-6.
128. Kaya D. Lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının öz bakım gücüne etkisi ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemleri. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2019.
129. Ovayolu OU, Ovayolu N, Karadağ G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. Journal of clinical nursing. 2012;21(1-2):101-10.
130. Çıkman MS, Sakin Ö, Anğın AD, Gökçaya M, Pirimoğlu ZM, Gün İ. Total laparoskopik histerektomi sonrası dren uygulamasının etkileri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2019;50(3):135-7.
131. Nural N, Alkan S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. Holistic nursing practice. 2018;32(1):35-42.
132. Besey Ö. Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(3):324-32.

133. Karabulut N, Aktas YY, Gurcayır D, Yılmaz D, Gokmen V. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing, The.* 2015;32(3):16-24.
134. Aktaş N, Karaçam Z. Doğum sonrası yorgunluk, kadının özbakım gücü ve ilişkili faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi.* 2017;27(3):186-96.
135. Küçükkaya B, Erçel Ö. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi.* 2019;35(3):137-45.
136. Bozkurt M, Nazik E. Determination of the Comfort Level and Self-Care Agency of the Women with Urinary Incontinence. *Journal of Contemporary Medicine.* 2021;11(2):1-6.
137. Ünal H. Lomber disk cerrahisi sonrası hastaların konfor düzeyi ve öz bakım gücünün incelenmesi. *İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi 2020.*



## EKLER

### EK-1. Tanıtıcı Veri Formu

#### Hasta Tanılama Formu

Değerli katılımcı; bu çalışma histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Yanıtlarınızda hiç bir kimlik bilgisi alınmayacaktır, araştırmada gizliliği sağlamak için, bu form üzerine adınızı yazmayınız. Yapılan değerlendirmeler sonucunda akademik bir yayın hazırlanması planlanmaktadır. Bu nedenle, verilecek her yanıt bizler için büyük önem taşımaktadır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız. Anketi cevaplama süresi maksimum 20 dakikadır. İlginiz ve ayırdığınız zaman için şimdiden teşekkür ederim.

FORM NO:.....

TARİH:.....

Adres/Tel:

Geçirdiği ameliyat:

Yaşı:.... Evlilik yaşı: .... Medeni durumu: Bekar  Evli  Dul/boşanmış

Sosyal güvencesi: Var  Yok

1. Eğitim: Okur-yazar değil  İlkokul-İlköğretim -ortaokul   
ortaokul / Lise  Üniversite ve üzeri

2. Çalışma durumu:

Çalışmıyorum (Hastalıktan dolayı)  Çalışmıyorum  Çalışıyorum

3. Aylık gelirin gideri karşılama durumu:

Geliri giderini karşılıyor  Geliri giderini karşılamıyor  Geliri giderinden fazla

4. Boy?.....Kilo?.....

5. Tıbbi Tanı: Myoma uteri  Endometrial Hiperplazi  Anormal  
Uterin Kanama(AUK)  DiğER

6. Kronik Bir Hastalık Varlığı: Hipertansiyon  Diyabet Kalp hastalığı   
DiğER(Hipotiroidi/Romatizma)  Yok

7. Ailesel sağlık öyküsü: Hipertansiyon  Diyabet   
MI/kalp hastalığı  Kanser  Yok

8. Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler: Toplam Gebelik Sayısı..... Yaşayan Çocuk Sayısı.....

Kürtaj Sayısı: yaptırmamış/ .....kez Abortus Sayısı: yok/ .....kez

Menarş Yaşı.....Menapoz Yaşı.....Adet Görme Durumu.....günde bir/ay

9. Alışkanlıkları

Sigara: Kullanıyor  Kullanmıyor  Alkol: Kullanıyor  Kullanmıyor

Düzenli Egzersiz: Yapıyor  Yapmıyor

Çay-kahve tüketimi:  Hiç  Bir bardak  Bir fincan ve üzeri

**Ameliyat Sonrası Hasta Değerlendirme Formu**  
(Post operatif dönem 1. Gün ve 2.Gün olarak kaydedilecektir.)

1. Ateş 38° ve 38°nin üstü  38°nin altı-36°

2. Nabız .....ort/günde 3.Solunum .....ort/günde

4. Kan basıncı ..... ort/günde

(Nabız, kan basıncı ve solunum örüntüsüne ait değerler, günlük ortalama bir değer şeklinde kaydedilecektir.)

5.Hastanın bireysel sağlık durumunu algılaması:

Çok iyi  İyi  Kötü  Çok Kötü

6. Son 24 saat içindeki mobilizasyon sayısı:  Mobilize olmamış  1 kez  
 2 kez  3 kez ve üzeri

7. Beslenme durumu: Rejim 0  Rejim 1  Rejim 2  Rejim 3

Oral sıvı alımına/beslenmeye geçiş saati?Post op .....saat

8. Uyku düzeni: Düzenli (Günde 6-8 saat)   Düzensiz/Kaç saat?.....

9.Ağrı durumu:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Çok az | Çok fazla

10. Boşaltım durumu (Gaita Çıkışı) :  Günde 1-2 kez  Günde  
.....Haftada.....

Diyare, konstipasyon, gayta kaçırma gibi herhangi probleminiz var mı?

Yok   Var.....

İdrar çıkışı için foley: Yok  Var.....cc/gün

11. Hastanede yatış süresince aile üyelerinizle (eşinizle, çocuklarınızla ve diğer aile üyeleriyle v.b.) ilişki/destek durumunuzu tanımlar mısınız?

a. Ameliyat sonrası bakımında beni destekliyorlar ve düzenli her gün görüşüyoruz.

b. Ameliyat sonrası bakımında beni destekleyen biri yoktur, düzenli görüşemiyoruz.

12. Ameliyat sonrası yaptığınız egzersiz durumunuz?

Solunum-Öksürük Egzersizleri  Yaptım Günde .....kez Gerek duymadım   
Yatak içi rom egzersizleri  Yaptım Günde .....kez Gerek duymadım

13. Duymada, görmede herhangi probleminiz var mı? Yok  Var

14. Dren miktarı (Günlük) : 100cc ve altı ...  100cc üzeri...  YOK

## EK-2. Genel Konfor Ölçeği

### Genel Konfor Ölçeği

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen; **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1

	Kesinlikle		Kesinlikle	
	Katılıyorum		Katılmıyorum	
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

### EK-3. Öz-bakım Ölçeği

#### ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımyı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayırım.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )

<b>İfadeler</b>	<b>Beni hiç tanımlamıyor</b>	<b>Beni pek tanımlamıyor</b>	<b>Fikrim yok</b>	<b>Beni biraz tanımlıyor</b>	<b>Beni çok tanımlıyor</b>
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemeyiz ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

## EK-4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

26.11.2019

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU



TOPLANTI TARİHİ : 26 KASIM 2019 SALI  
TOPLANTI NO : 2019/17  
PROJE/ KARAR NO : 19/388 (Değerlendirilme Tarihi: 26.11.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK'ün sorumlu araştırmacı, Yük. Lis. Öğr. Mehtap DAĞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 19/388 kayıt numaralı, "**Histerektomi Olan Kadınların Ameliyat Sonrası Konfor Düzeylerinin Öz Bakım Gücüne Etkisi**" başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Üroloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Histoloji AD.Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
8	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
9	Doç. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
10	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI (Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
11	Doç.Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
12	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul  
Etlik-Ankara

## EK-5. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu İzni

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)**  
**KARAR DEFTERİ**

**KARAR TARİHİ: 23.01.2020**  
**KARAR NO: 2**

1. GEAH Göz Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Fatih GÜRDAL**'ın 13.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-929-21086 sayılı "Akademik Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "**Katarakt Hastalarında Göz İçine Yerleştirilen Asferik Torik GİL ve Asferik Monofokal GİL Sonrası Optik Performansların Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve çalışma için gerekli finansman kaynağının nasıl karşılanacağı konusu "Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu" nda belirtilmemiş olup, gereç ve yöntem bölümü tam olarak anlaşılammıştır. Sorumlu araştırmacının, bahse konu finansman kaynağı ile gereç ve yöntem hakkında kurul üyelerinin sorularını cevaplandırması amacıyla, 20 Şubat 2020 tarihinde yapılacak olan TUEK toplantısına davet edilmesine karar verilmiştir.
2. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 17.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.164 sayılı ve "Esra KİBAR (Tez Çalışması)" konulu **Esra KİBAR**'ın "**Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
3. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 16.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.146 sayılı ve "Mehtap DAĞ (Tez Çalışması)" konulu **Mehtap DAĞ**'ın "**Histerektomi Olan Kadınların Ameliyat Sonrası Konfor Düzeylerinin Öz Bakım Gücüne Etkisi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
4. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 24.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.205 sayılı ve "Bediye ÖZTAŞ (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu Dr.Öğr.Üyesi **Bediye ÖZTAŞ**'ın "**Majör Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Susuzluk ve Ağz Kuruluğu Semptomları Üzerine Sprey Uygulamasının Etkisi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
5. GEAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'nde görev yapmakta olan **Betül KILIÇ ARSLAN**'ın 18.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-799-E.21381 sayılı ve "Bilimsel Araştırma" konulu dilekçesi ve "**Profesyonel Rollerine Geçiş Sürecinde Hemşirelere Verilen Oryantasyon Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri, Anksiyete Seviyeleri ve Özgüvenlerine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
6. GEAH Nöroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Musa TEMEL**'in 31.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-929-22166 sayılı "Akademik Çalışma (Tez) Hk." konulu dilekçesi ve "**Talamik Hemorajilerde Lezyon Lokalizasyonuna Göre Kognitif Profilin Belirlenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve bahse konu araştırma projesinin gereç ve yöntemi tam olarak anlaşılammıştır. Bu nedenle, araştırma projesinin gereç ve yöntem bölümünün anlaşılır hale gelebilmesi için tekrar revize edilmesi gerekmektedir. Araştırma projesinin gereç ve yöntem bölümünün revizyonu sonrası, sorumlu araştırmacı tarafından tekrar müracaat edilmesi halinde TUEK gündeminde değerlendirmeye alınacaktır.
7. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 30.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.243 sayılı ve "Seval Fatma UĞUZ (Tez Çalışması)" konulu **Seval Fatma UĞUZ**'un "**Hipotiroidili Hastaların Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

Genel İletişim: Sağlık Cenk No:1 Çabuk Kurulmuş ANK.Ö.P. Etiler/Beşiktaş/İstanbul 0312 304 61 05 Faks: 0312 304 2150  
gula@acucuk@gmail.com gulhaneah.saglik.gov.tr  
Bu belge, gnl@sa.gov.tr adresinden elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-6. Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim sorumlusu İzni**



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

FORM 3

12.11.2019

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BAŞKANLIĞINA**

Sorumlu araştırmacısı Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖK olan, "Histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası konfor düzeylerinin öz bakım gücüne etkisi" isimli projenin anket uygulamaları yöntemleri içeren kısmı Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

## EK-7. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni

12.11.2019

Gmail - Ölçek izni



### Ölçek izni

3 ileti

## EK-8. Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

12.11.2019

Gmail - Ölçek izni



### Ölçek izni

2 ileti

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce çevreye olan etkisini dikkate alınız. Unutmayınız ki; dünyadaki kağıt tüketiminin yarısı kazanılırsa, her yıl 8 milyon hektar orman alanı (Ege Bölgesi büyüklüğünde) yok olmaktan kurtulacaktır.

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be saved from vanishing.

2 eklenti

<https://mail.google.com/mail/u/1?ik=6d224229e8&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar416026191524596393&simpl=msg-a%3Ar255319...> 1/2

## ÖZGEÇMİŞ

### 1. Bireysel Bilgiler

- a. Adı Soyadı :Mehtap DAĞ
- b. Doğum Yeri ve Tarihi :
- c. Uyruğu :
- d. Medeni Durumu :
- e. Yabancı Dili :

### 2. Eğitim

- a. 1990-1995 :
- b. 1995-1998 :
- c. 1998-2002 :
- d. 2002-2006 :

### 3. Unvanları

- a. Hemşire

### 4. Mesleki Deneyimi

- a. 2006-2007 :
- b. 2007-2009 :
- c. 2009-2012 :
- d. 2012-... :