



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**FİTİK CERRAHİSİ SONRASI DREN VARLIĞI ve YATIŞ POZİSYONUNUN
UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Aleyna ATİK AKDOĞAN

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ağustos, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Aleyna ATİK AKDOĞAN tarafından, Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ danışmanlığında hazırlanan " Fıtık Cerrahisi Sonrası Dren Varlığı ve Yatış Pozisyonunun Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 31/07/2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ	
	İstanbul Üniversitesi -	☒ Kabul
	Cerrahpaşa	☐ Ret
	Cerrahi Hastalıkları	
	Hemşireliği Anabilim Dalı	
ÜYE	Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR	
	Atlas Üniversitesi	☒ Kabul
	Cerrahi Hastalıkları	☐ Ret
	Hemşireliği Anabilim Dalı	
ÜYE	Doç. Dr. Ezgi SEYHAN AK	
	İstanbul Üniversitesi -	☒ Kabul
	Cerrahpaşa	☐ Ret
	Cerrahi Hastalıkları	
	Hemşireliği Anabilim Dalı	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Aleyna ATİK AKDOĞAN

(İmza)

Mesleğine gönül vermiş tüm hemşirelere ve biricik aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

FİTİK CERRAHİSİ SONRASI DREN VARLIĞI ve YATIŞ POZİSYONUNUN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Eğitim dönemim ve tez sürecimde desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a,

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği hemşireleri ve asistanlarına,

Veri toplama sürecimde seve seve yardımcı olan meslektaşlarıma,

Beni kendimden daha çok destekleyen değerli arkadaşlarım Hemşire Şeyma GÜRBÜZ ve Hemşire Asye AVCI'ya,

Her zaman yanımda olan, umudumu kaybettiğimde beni yeniden yüreklendiren değerli aileme, canım annem Sevda ATİK ve biricik eşim Onur AKDOĞAN'a

Teşekkür ederim.

Ağustos 2023

Aleyna ATİK AKDOĞAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	x
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. FITIK	4
1.1.1. Fıtık Cerrahisinin Gelişimi	4
1.1.2. Fıtık Anatomisi ve Sınıflandırılması	5
1.1.3. Fıtıkta Tanılama, Tedavi ve Bakım	8
1.2. UYKU	10
1.2.1. Uyku Evreleri	10
1.2.2. Uyku Fizyolojisi	12
1.2.3. Uyku Kalitesi	13
1.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	13
1.3. DREN	16
1.3.1. Dren Kullanımı	16
1.3.2. Dren Yerleştirme	17
2.1.1. Yüksek Negatif Basıncılı Drenler	17
2.1.2. Düşük Negatif Basıncılı Drenler	18
2.2. YATIŞ POZİSYONU	19
3. YÖNTEM	21

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	21
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri.....	22
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.6.2. Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları Formu.....	23
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	23
3.6.4. Richard Campbell Uyku Ölçeği.....	23
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	24
3.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	25
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	25
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	52
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	61
ETİK KURUL İZİN YAZISI.....	62
KURUM İZNİ YAZILARI.....	64
ÖZGEÇMİŞ.....	65

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.



TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4-1: Tanıtıcı Özellikler (N=130)	26
Tablo 4-2: Bireylere Uygulanan Cerrahi Girişim İle İlgili Özellikler (N=130).....	27
Tablo 4-3: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları (N=130)	28
Tablo 4-4: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları (N=130)	29
Tablo 4-5: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puan Ortalaması (N=130)	29
Tablo 4-6: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Kategorik Değerlendirmesi (N=130)	30
Tablo 4-7:Richards Campbell Uyku Anketi (RCU) Puan Ortalaması (N=130).....	30
Tablo 4-8: Ameliyat Öncesi ile Ameliyat Sonrası Uyku Pozisyonunun Değişme Durumuna Göre PUKİ ve RCU Puan Ortalamaları (N=130).....	31
Tablo 4-9:Tanıtıcı Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları (N=130).....	32
Tablo 4-10: Tanıtıcı Özelliklere Göre RCU Ölçeği Puan Ortalamaları (N=130)	33
Tablo 4-11: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Hastaların Uyku Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130).....	35
Tablo 4-12: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Uyku Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130).....	36
Tablo 4-13: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130)	37
Tablo 4-14: Hastanın Dren Olan Tarafa Doğru Pozisyon Alıp Yatma Durumuna Göre Hastaların PUKİ Ve RCU Puan Ortalamaları (N=130).....	38

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kisaltmalar	Açıklama
US	: Ultrasonografi
MR	: Manyetik Rezonans
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)
NREM	: Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı)
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
RCU	: Richards Campbell Uyku Kalitesi Ölçeği
EEG	: Elektroensefalografi

ÖZET

[YÜKSEK LİSANS TEZİ]

FITIK CERRAHİSİ SONRASI DREN VARLIĞI ve YATIŞ POZİSYONUNUN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

[Aleyna ATİK AKDOĞAN]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

[Danışman : Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ]

[Araştırma fitik ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde dren varlığı ve yatış pozisyonlarının uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve prospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışma Kasım 2021-Mart 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği biriminde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini fitik cerrahisi geçiren hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplaması G*Power 3.1.9.4 programı ile yapılarak 128 kişi olarak belirlendi. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Richard Campbell Uyku Ölçeği aracılığıyla toplandı. İstatistiksel hesaplama amacıyla SPSS yazılımı versiyon 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanıldı ve Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Bonferroni testi Wilcoxon testi, Friedman testi, McNemar Testi kullanıldı.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalaması $56,15 \pm 11,66$ olarak bulundu. Hastaların %79'u inguinal herni cerrahisi geçirdi. Drenler %49,2 oranıyla sağ alt kadrana yerleşimliydi. Cerrahi öncesine göre cerrahi sonrası hastaların %49'unun uyku pozisyonunun değiştiği saptandı. RCU ölçeğine göre dren varlığıyla ilgili anlamlı ilişkiler bulundu. Dren varlığının uyku kalitesini düşürdüğü, drenin çekilmesiyle birlikte uyku kalitesinin öncekinden daha iyi hale geldiği bulundu. Cerrahi işlem öncesine göre uyku pozisyonu değişen bireylerin uyku kalitesinin kötüleştiği belirlendi.]

Ağustos 2023 , [78] sayfa.

Anahtar kelimeler: [Fitik, Dren, Uyku Kalitesi, Yatış Pozisyonu, Cerrahi]

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]
**[THE EFFECT of DRAIN EXISTENCE and LYING POSITION on SLEEP QUALITY AFTER
HERNIA SURGERY]**

[Aleyna ATİK AKDOĞAN]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Surgical Nursing

Surgical Nursing Programme

[Supervisor : Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ]

[The study was carried out as a descriptive and prospective study in order to examine the effect of post-procedure drain presence and lying positions on the sleep quality of patients who had hernia surgery. The research was carried out between November 2021-March 2023 in Istanbul Training and Research Hospital General Surgery Clinic unit. The population of the study consists of patients who underwent hernia surgery. The sample size was determined as 128 people through the G*Power 3.1.9.4 program. Data were collected through Personal Information Form, Sleep and Bed Habits Form, Pittsburgh Sleep Quality Index, and Richard Campbell Sleep Scale. Statistical calculations were made with SPSS software version 25 (IBM Corp., USA) and Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Bonferroni test, Wilcoxon test, Friedman test, McNemar test were used.

The mean age of the individuals included in the study was found to be 56.15 ± 11.66 . 79% of the patients had inguinal hernia surgery. The drains were located in the right lower quadrant with a rate of 49.2%. It was determined that the sleeping position of 49% of the patients changed after the surgery compared to the pre-surgery. Significant correlations were found with the presence of drains according to the RCU scale. It was found that the presence of the drain decreased the sleep quality, and with the removal of the drain, the sleep quality became better than before. It was determined that the sleep quality of the individuals whose sleeping position was changed compared to the pre-surgical procedure worsened]

August 2023, [78] pages.

Keywords: [Hernia, Drain, Sleep Quality, Position, Surgery]

1. GİRİŞ

Cerrahi girişim geçiren hastaların iyileşme sürecini etkileyen faktörlerden biri yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanabilmesidir. Sağlıklı/hasta bireyin uyku aktivitesi hemşirelik bakımı için önemli günlük yaşam aktivitesi içinde yer almaktadır. Cerrahi sonrasında hastaların kan, lenfatik sıvılar ve hava gibi cerrahi girişim alanında istenmeyen faktörlerin drenajının sağlanması için çeşitli drenler kullanılmaktadır. Fıtık ameliyatları drenlerin sıklıkla kullanıldığı cerrahi işlemler arasında yer almakta ve dren varlığı hastalara rahatsızlık vermektedir. Gerek hareket kısıtlılığı gerekse lokalize ağrı nedeniyle hastalar dren varlığından olumsuz etkilenmektedir. Hasta/sağlıklı bireylerin günlük yaşamlarında geliştirdikleri uyku alışkanlıkları, uykuya dalma ritüelleri, yatış pozisyonları cerrahi süreç içerisinde sekteye uğrayabilmektedir. Bu rahatsızlık hastaların uykuya dalma, yeterli uyku uyuma ve istirahat süresini etkilemektedir (Özkan, 2009, Savaş, 2009).

Cerrahi alanında; karın duvarının kas ve fasya dokularının anatomik defekt ya da zayıf kısımlarından parietal periton zarı içine doğru intraabdominal organların asimetrik şekilde taşmalarına fıtık (herni) denilmektedir. İnsan vücudunda çeşitli organ ve yapıların bazı patolojik durumları için fıtık deyimi sıklıkla kullanılmaktadır (Özkan, 2009). Fıtıklar sık rastlanan sağlık problemleri arasındadır. Karın duvarı fıtıkları en sık cerrahi girişim gerektiren fıtıklardır. Genel popülasyonda görülme sıklığı net verilerle bilinmemekle beraber, erkek nüfusta tahmin edilen fıtık oranı yaklaşık %3-4'tür. Yaş ilerledikçe, inguinal herni gelişme sıklığı, fıtıkta strangülasyon gelişmesi ve hastanede yatma süresi uzamaktadır. Yapılan birçok çalışma cerrahi sonucu gelişen stres, postoperatif ağrı, hastane ortamının birey üzerinde yarattığı olumsuzluklar ve cerrahi girişime bağlı gelişen diğer sorunların hastanın yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkili olduğunu kanıtlanmıştır (Savaş, 2009).

Cerrahi yaraların drene edilmesi, ameliyat sonrası süreçte yara yatağında birikebilecek hava ve sıvı gibi istenmeyen maddelerin boşaltılması için kullanılan modern cerrahi uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Cerrahi işlemler ameliyat bölgesinde ölü boşluklar oluşturur. Vücut bu boşluk oluşan alanları hava ya da sıvı ile doldurma eğilimindedir. Biriken bu hava ya da sıvının boşaltılması amacıyla kullanılan drenler genel anlamda aktif ve pasif olarak iki grupta toplanmaktadır (Öztaş ve diğ. 2020). Cerrahi alanda biriken drenajlar bakteri kolonizasyonlarına uygun bir yaşam ortamı oluşturmaktadır. Buna karşılık literatürde drenlerin

cerrahi alan enfeksiyonunu önleme yönünde anlamlı olarak bir etki yaratmadığı, insizyonel cerrahi enfeksiyonlarının gelişimine neden olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (Bulut ve diğ., 2019).

Cerrahi girişim sonrası drenlerin izlem ve bakımından hemşireler sorumludur. Hastanın bütüncül bakımıyla ilgilenen hemşireler bireye uygulanan drenin türünü, uygulanan bölgenin anatomi ve fizyolojisini, drenin uygulanma endikasyonunu, dren kaynaklı gelişebilecek istenmeyen durumları bilmeli ve hastaya uyguladığı bakım faaliyetlerinde kanıt temelli uygulamalara yer vermelidir (Bulut ve diğ. 2019).

Sağlık durumunun sürdürülmesinde önemli bir yere sahip olan ve insan yaşamının yaklaşık 1/3'ünü kapsayan uyku aktivitesi, temel gereksinimler arasındadır. Bohr; uyku kavramını bireylerin ruhunu, bedenini ve aklını yeniden şarj etmek için ihtiyaç duyduğu mola anında stres ve sorumluluklarından arınması süreci olarak tanımlamaktadır (Önler & Yılmaz, 2008). Uyku bilinen ancak net olarak açıklanamayan bir dinlenme durumudur. Genel sağlıkta bir bozulma olması kendini uyku düzensizliği yoluyla ortaya koyabileceği gibi; aynı şekilde uyku düzeninde yaşanan bozukluklar sağlık ve yaşam aktiviteleri üzerine doğrudan etki yapan bir duruma yol açabilmektedir (Önler & Yılmaz, 2008). Hasta bireyler, hastanede yatma ve hasta olmaya bağlı gelişen ve süreç boyunca yükselen stres düzeyiyle baş etmeye çalışırken aynı zamanda temel ihtiyaçlarını da sürdürmek zorundadır. Normal uyuma ve uyku düzenin sürdürülmesi ve dinlenmenin sağlanması sağlıktan sapma durumları yaşandığında daha büyük önem kazanır. Hasta birey, dinlendiği ve uyuduğu zaman huzur ve güven içinde, herşeyin kontrolü altında olduğunu hisseder. Yardıma gereksinimi olduğu zaman yardım edileceğini bilerek hastalığının seyrini değerlendirebilir (Önler & Yılmaz, 2008).

Cerrahi girişim sonrası bireyler genel olarak mobilizasyon ve fiziksel hareketten kaçınma eğilimindedirler. Ameliyat sonrası dönemde bireyler en kısa sürede öksürme, derin solunum ve yatak içi dönme egzersizlerini uygulamak için cesaretlendirilmeli ve erken dönem ayağa kalkmaları sağlanmalıdır. Mayi, göğüs tüpü, dren vb. tıbbi ekipmanların varlığı gibi nedenlerle uygulamalar geciktirilmemelidir. Hastalara drenin yerleşimi, kullanım amacı ve bakımı ile ilgili bilgilendirme yapılarak var olan ya da olası bilgi eksikliği giderilerek kaygı düzeyleri de azaltılabilir (Yolcu ve diğ. 2016).

Cerrahi sonrası dönemde hasta bireylerin en etkili bakımı olarak optimal sağlık düzeyine ulaşması için kanıt temelli bakım uygulamalarından yararlanılması en doğrusudur. Fıtık cerrahisi geçiren bireylerin cerrahi işlem sonrası var olan drenlerinin ve yine alışkın oldukları yatış pozisyonunun sürdürülebilmesinin uyku kalitesi üzerine etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Dreni var olan hastalar için uygun olan uyku pozisyonunun belirlenmesi ile hemşirelik bakımının uyku aktivitesinin desteklenmesi sağlanarak, hastaların uyku kalitesi arttırılacak ve cerrahi sonrası iyileşme sürecinin hızlandırılmasına katkı sağlayacaktır (Önler & Yılmaz, 2008). Bu bilgiler ışığı altında, araştırma, fitik ameliyatı geçiren hastalarda dren varlığı ve yatış pozisyonunun uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. FITIK

Sözcük anlamı ile fitik Türk Dil Kurumu'na ait Güncel Türkçe Sözlükte “*İç organlardan bir bölümün, genellikle bağırsak parçalarının karın zarlarını geçip deri altında ur gibi bir şişkinlik yapması, yarımlik, kavluç*” olarak yer almaktadır. (<https://sozluk.gov.tr> Erişim Tarihi: 06.01.2023). Tıbbi tanım olarak ise; çoğunlukla genel cerrahideki anlamıyla kullanılmaktadır. Karın duvarında yer alan kas ve fasya dokularının zayıf noktaları ya da defektlerinden, periton içerisinde yer alan intraabdominal organların protrüzyonudur (Özkan, 2009).

Karın duvarına ait fitikler genel cerrahi biriminde en çok karşılaşılan hastalıkların ilk sıralarında gelir. Karın duvarı fitiği karın içinde bulunan doku ve organların tamamı ya da bir kısmını örten parietal periton tabakası ile; fasia defektlerinden karın boşluğuna doğru çıkıntı yapması olarak tanımlanır. Kasık bölgesi fitikleri, karın duvarının zayıf bir bölgesi olan Fruchaud'un myopektinal açıklık kısmından gelişmektedir. Kasık fitiği karın duvarına ait fitiklerin %75'ini oluşturmakta ve bu fitiğin onarımı dünyada en sık uygulanan cerrahi girişimlerin başında gelmektedir. Yaşam boyu görülme oranı kadınlarda %3 iken erkekler için %27 olarak belirtilmektedir (Gould, 2008).

1.1.1. Fitik Cerrahisinin Gelişimi

Günümüzde kullanılan fitik terimi Eski Yunan'daki “hernia” (tomurcuk, dal) kelimesinden köken almaktadır ve bu tanım hastalığın patofizyolojisini kısmen yansıtmaktadır. Fitik cerrahisiyle ilgili en eski kanıtlar MÖ 1552 yılına ait olduğu düşünülen Ebers Papirüsünde yer almaktadır. Firavun Merneptah'ın mumyasında kasıkta bir fitik ameliyatı izi bulunurken V. Ramses'in mumyası ise ameliyat edilmemiş bir fitiği göstermektedir (Campanelli ve diğ. 2018).

Hipokrat, fitik ve hidrosel arasındaki ayrımı yapmıştır, kitaplarında kasık fitiğine yer vermiş ve lavman tedavisi önermiştir. Celsus ise fitiğe yönelik cerrahi girişim gerçekleştiren ilk kişilerden olduğu belirtilmektedir. Galen, fitiğin peritonun yırtılmasıyla üstteki fasya ve kasın gerilmesiyle oluştuğunu düşünerek kasık kanalının anatomisini tanımlamıştır (Campanelli ve diğ. 2018).

Temel olarak peritonun yırtılmasına dayanan bu anlayışla gerçekleştirilen ameliyatlarda periton kesesini kapatmakla sınırlı kaldıkları için hastalığın tekrarlaması kaçınılmaz olmuştur

(Campanelli ve diğ. 2018).

1750 ile 1865 yılları arasında Diseksiyon Çağı olarak adlandırılan dönemde cerrahi anatomiye büyük katkılar sağlanmıştır. Astley Cooper tarafından transversalis fasya pozisyonu tanımlanmıştır ve bu tabakayı peritondan ayırarak kasık fıtığında ilk yırtılan kısım olduğunu vurgulamıştır. Bir diğer önemli katkı da 1757 yılında strangülasyon yani fıtığın boğulmasını tanımlayıp cerrahi tedavi öneren Percival Pott tarafından yapılmıştır (Campanelli ve diğ. 2018).

1889'a gelindiğinde, Edoardo Bassini yeni geliştirdiği tekniğiyle bir fıtık hastasını ameliyat ederek ilk kez kasık kanalının arka duvarını onardığında bir devrim gerçekleştirildiği vurgulanmaktadır. Bassini'nin asıl başarısı, cerrahların dikkatini gerçek onarım yeri olarak arka duvara odaklamak ve fıtık nüks oranını yaklaşık %100'den %10'a düşürmek olmuştur. 1940'ların sonlarında, Shouldice, dikiş hattı boyunca gerilimi eşitleyen sürekli dikişler kullanarak arka kasık duvarını yeniden yapılandırarak Bassini kasık fıtığı onarımı tekniğini iyileştirdi ve bu yöntemle birincil kasık fıtığı onarımını takiben %1'den daha az bir nüks oranı bildirmiştir (Hay ve diğ. 1995). İlk meş onarımı 1958'de Usher tarafından yapılmış ve 1960'ta polipropilen meş kullanarak gerilimsiz bir kasık fıtığı onarımı tekniğini tanımlamıştır. 1984'te Lichtenstein tarafından tanımlanan gerilimsiz hernioplasti tekniği nüks ve komplikasyon oranının çok düşük olması sebebiyle günümüzde en sık kullanılan teknik olduğu bilinmektedir (Amid, 2004).

Geçtiğimiz yıllarda laparoskopik tekniğin ortaya çıkışı ve laparoskopik kolesistektominin başarısı, cerrahların dikkatlerini diğer laparoendoskopi uygulamalarına odaklamasına olanak sağladı. Teorik olarak laparoskopik tekniklerin açık tekniklere göre avantajları erken rehabilitasyon, ameliyat sonrası akut ağrının azalması ve daha iyi intraoperatif görüş sağlamasıdır. Ayrıca laparoskopik onarım aynı zamanda her iki kasık bölgesini inceleyerek eş zamanlı kontralateral fıtıkları onarmaya da olanak sağlamaktadır (Davis&Arregui, 2003).

Günümüzde primer kasık fıtığı onarımı için altın standart, lokal anestezi altında gününbirlik cerrahi ünitesinde veya laparoskopik TAPP yaklaşımında uygulanan gerilimsiz açık teknik olduğu bilinmektedir (Campanelli ve diğ. 2018).

1.1.2. Fıtık Anatomisi ve Sınıflandırılması

Vücudumuzda karın ön duvarının büyük oranda iki tarafında da bulunan ve farklı yöne seyreden üç büyük kas tabakası(Dıştan içe doğru sırasıyla; M. Obliquus Externus Abdominis, M. Obliquus Internus Abdominis, M. Transversus Abdominis), bu kasların karın bölgesinde orta hatta birleşmesiyle ortaya çıkan ve rektus kılıfı -vagina musculi recti abdominis- olarak

adlandırılan aponeurotik kılıf, bu kılıfın içinde yukarıdan aşağıya doğru uzanan bir çift kas olan M. Rectus Abdominis tarafından oluşturulmaktadır (Ülker, 2010).

M. Rectus Abdominis, yukarıdan 5-7. Kostal kıkırdaklardan başlar ve aşağıya vertikal şekilde seyreden, son olarak pubiste tamamlanan bir kاستır. M. Obliquus Externus Abdominis, karnın ön ve dış yan tarafında yer alır. Karın duvarı kasları arasında en geniş olanıdır (Ülker, 2010).

Karın fitıklarında en önemli iki bileşen, karın duvarına ait en iç kısmındaki apenörotik tabakada defekt olan fitık açıklığı ve bu kısımdan peritonun dışarıya çıkmasıyla ortaya çıkan fitık kesesidir. Fıtık kesesinin karın duvarından dışarı doğru çıkması dış fitık, duvarda kalması interpariyetal fitık, viseral boşlukta kalması durumu ise iç fitık olarak isimlendirilir (Ülker, 2010).

Tüm karın duvarı fitıklarının %10'unu paraumblikal ve epigastrik fitıklar oluşturmaktadır. İnguinal fitıklardan sonra görülme sıklığı açısından ikinci sırada bulunan umblikal fitıklar, kolelitiazisle birlikte aynı hastada saptanabilmektedir. Umblikal fitıkların %90 oranındaki kısmı edinsel bir defekt yoluyla gelişirler ve risk faktörü olarak siroz, multiparite ve özellikle obezite sayılabilir (Kaymak ve diğ., 2016).

İnguinal bölge; kasık ile karın ön duvarı arasında bulunan, 4-6 cm uzunluğundaki koni biçiminde olan bölgedir. Bölgenin sınırları üst kısımda spina iliaca anterior superior seviyesinden, medialinde linea alba ve lateralinde inguinal ligamentle ayrılır. Bu bölgenin içinde femoral ve inguinal kanal bulunur.

İndirekt fitık: İnför epigastrik damarların lateralinden iç inguinal halkadan,

Direkt fitık: Hasselbach üçgeninden,

Femoral fitıklar: Femoral kanaldan kaynaklanır (Yumak, 2020).

Fıtıklarda dışarıya taşan organ kısmının karın içerisine geri itilebildiği durumda *redükte olabilen*, karın içine doğru itilememesi durumunda ise *redükte olamayan fıtıktan* sözedilir. Bu redükte edilemeyen fıtıklar *inkarsere fıtık* olarak da adlandırılmaktadır. Fıtık bölgesinden dışarıya çıkan organ kısmının dolaşımının bozulmasıyla da *strangüle fıtık* ortaya çıkar. Bağırsağın sadece antimezenterik duvar parçasının fıtık kesesi içinde olması durumu ise *Richter fıtığı* şeklinde adlandırılır (Ülker, 2010).

Fıtıklar doğumsal ya da edinsel olarak gelişebilir. Her iki şekilde de aile öyküsünün etkisi bulunmaktadır. Ancak aile öyküsü olması fıtık gelişeceği anlamına gelmemektedir. Kasık fitıklarının oluşumunda asıl öncelikli etken obezite, ağır kaldırma, uzun süreli kabızlık ani zorlanmalar gibi pasif karın içi basıncını artıran durumlardır (Savaş, 2009).

Hastalar genellikle karın duvarında ya da kasığında şişlik, kitle benzeri yakınmalar ile hekime başvurumaktadırlar. Bu hastaların öyküsünde ağır kaldırma ya da fiziksel zorlanma sırasında kasıkta hissedilen yanma, ağrı ve sonrasında gelişen kitleden yakınma bulunur. Ağrı sabah saatlerinde yoktur, günlük aktiviteyle birlikte akşama doğru artış gösterir. Fıtıkta strangülasyon (boğulma) durumu gelişirse şiddetli ve sürekli bir ağrı başlar. Hastaneye başvuru süresi uzarsa ateş taşıkardi karında distansiyon ve bulantıya ek olarak peritonitin çeşitli belirti bulguları ortaya çıkar (Savaş, 2009).

Transversal fasya tabakası fıtık gelişiminde en önemli rol oynayan fasya tabakasıdır. Bu tabakakanın intraabdominal basınca bağlı olarak gerek fizyolojik gerek patolojik artışlarına direnç gösterme özelliği, içeriğinde bulunan ve direnç gelişimi sağlayan kollajen liflerle ilişkilidir. Bu kollajen sayesinde dokularda sertlik ve dayanıklılık gelişir. Kollajen yapı üretimi ve absorbe edilmesi süreklilik halinde olan aktif bir dokudur. Bağ dokuya ait bazı bozukluklar normal kollajen üretimini engelleyerek, yıkımı arttırır. Bu nedenle transversiyal fasya dokusu zayıflar. Franz ve diğ. 2006'da yaptıkları araştırmada ekstrasellüler matriks yapılarının konsantrasyonlarıyla fıtık oluşumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

1.1.2.1. İndirekt Kasık Fıtığı

Karın içi organların, karın dışı alana internal inguinal (iç kasık) yolla çıkması durumu olarak tanımlanır. Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Bu durumun sebebi erkeklerde testislerin inmesini sağlayan bir boşluk bulunması olup gençlerde insidansı yüksektir. 50-60 yaş arası bireylerde de insidans yüksektir ve yaş ilerledikçe giderek azalır. Bu fıtık türü çok büyük olur ve çoğunlukla skrotum içine kadar inebilir (Akyüz&Çavdar, 2017).

1.1.2.2. Direkt Kasık Fıtığı

Direkt kasık fıtığında bağırsak; indirekt inguinal ve femoral arterlerin yaptığı gibi kanal kısmından değil kas zayıflığı olan bir bölümde karın duvarından dışarıya çıkmasıdır. Yaşlı bireylerde daha fazla görülür. Direkt kasık fıtığı, içerdiği liflerin miktarındaki konjenital eksiklik nedeniyle zayıf bir alanda yavaşça gelişir (Akyüz&Çavdar, 2017).

1.1.2.3. Umblikal (Göbek) Fıtığı

Göbek fıtığı, rektus kasının zayıf olması ya da doğum sonrası umblikal açıklık kapanmadığında ortaya çıkmaktadır. Konjenital olan genellikle bebeklikte belirlenir. Yetişkinde umblikal herni (göbek fıtığı), karın içi basınç artışına bağlı gelişir ve kadınlarda görülme oranı daha fazladır. Multipar kadınlarda ve obez bireylerde sıklıkla görülür. Göbek fıtığı, ıkınma veya öksürmede, keskin/donuk bir ağrı hissine neden olabilir. Sık görülen

komplikasyonlarından biri boğulma (strangülasyon) gelişmesidir (Akyüz&Çavdar, 2017).

1.1.3. Fıtıkta Tanılama, Tedavi ve Bakım

1.1.3.1. Tanı:

Fıtık, genellikle birey ayakta durduğu ya da zorlandığı durumlarda, içerdiği alanın üzerinde oluşmaktadır. Oluşan gerilim sonucu rahatsızlık hissi söz konusudur. Strangüle olmuş olan fıtıklar şiddetli ağrıya neden olabilir. Bireylerin hastaneye başvurmasına neden olan kusma, kramp tarzı karın ağrısı, şişkinlik gibi tipik bağırsak tıkanıklığı belirtileri görülür. Asemptomatik fıtıklar fizik muayene sırasında tesadüfen belirlenebilir. Muayene sırasında hasta ayakta karın içi basınç artırılarak skrotum ve kasık bölgesine kadar tümüyle muayene edilir. İnspeksiyonla da muayene edilen bölgelerde kabarıklık varlığı gözlemlenir. Sonrasında da fıtık tespiti amacıyla palpasyon uygulanır. Palpasyon sırasında hastadan valsalva manevrası uygulaması istenir. Manevra sonucunda işaret parmağının baş kısmında ele gelen şişlik indirekt kasık fıtığını, parmak sırtında oluşan şişlik ise direkt kasık fıtığı belirtisidir (Akyüz&Çavdar, 2017, Özkaya, 2020). Ralphs ve diğ. (1980) ile Cameron ve diğ. (1994) tarafından yapılmış çalışmalarda fizik muayene bulguları ile fıtık ameliyatları sonuçları karşılaştırılmış ve fizik muayeneyle fıtık tipinin ortaya çıkarılmasının mümkün olmayacağı belirtilmiştir.

Tanı fizik muayenede koyulabilmektedir. Fizik muayeneye ek olarak ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri de tanıda destekleyici olarak kullanılabilir. En az invazif olan görüntüleme yöntemi US'dir. Bu yöntemde karın organlarının fıtıklaşmasını saptama amacıyla pozitif karın içi basınçtan yararlanılır. US yoluyla tanılamada karın içi organların hareketi esastır. Jamadar ve diğ. (2006) çalışmasında US'nin kasık fıtığı tanısında %77 özgüllük ve %86 hassasiyet oranıyla belirlediği vurgulanmıştır.

1.1.3.2. Tedavi

Fıtık tedavisinde genel olarak yaklaşım cerrahi işlemlerin uygulanmasıdır. Fıtık tedavisinde çeşitli yöntemler olmasına karşın cerrahi tedavi sık olarak tercih edilmektedir. İnsizyonel fıtık için onarım yaklaşımında asıl sorun defektin kapanabilmesi için gereksinim duyduğu sağlam doku bölümünde yetersizlik olması veya düşük gerilimle dokuların karşılıklı olarak birleştirilememesidir. Bu nedenle fıtık onarımlarında lezyon yeri ve büyüklüğüne bağlı olarak değişmekle beraber çeşitli modifikasyonlar ve yaklaşımlar uygulanabilmektedir (Dilek & Türel, 2009).

1.1.3.3. Hemşirelik Bakımı

1.1.3.3.1. Ameliyat Öncesi Dönem Bakımı ve Eğitimi:

Fıtıkta boğulma (strangülasyon) olduğu durumlarda cerrahi acil olarak gerçekleştirilir. Bu alanın fıtık tedavisi amacıyla bağırsağın bir bölümünün rezeksiyonu veya geçici bir kolostomi ihtiyacı olabilir. Kolostomiyle ilgili gerekli bakım ve eğitim sağlanmalıdır (Akyüz & Çavdar, 2017). Planlanarak uygulanan ameliyatlara için de hastalara gerekli eğitim ve uygulamalar yapılmalıdır. Ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili bilgilendirilmeli ve ameliyat hazırlığı eksiksiz olarak yerine getirilmelidir. Hastaların ameliyat öncesi kaygıları ve bilgi eksikliği giderilmeli, gerekli desteğin sağlandığından emin olunmalıdır (Akyüz & Çavdar, 2017)

1.1.3.3.2. Ameliyat Sonrası Dönem Bakımı ve Eğitimi:

Erkeklerde yaygın bir sorun olan idrar retansiyonu fıtık cerrahisi sonrası da dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Fıtık cerrahisi sonrası hastanın idrar çıkardığından emin olunması gerekir. Cerrahi işlem sonrası hasta için uygun olan tolere edebildiği en erken dönemde normal beslenmeye geçiş yapılmalıdır (Akyüz & Çavdar, 2017). Genel anestezi uygulanan hastalarda iyileşme kısmen daha yavaş olmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde fıtık bölgesinde nüks gelişmemesi için dikkat etmek gerekir. Bazı hastalar bu durumdan korkma nedeniyle ameliyat sonrası dönemde aktif olmada tereddüt yaşayabilirler. Önlem olarak hasta bireylere cerrahi girişim sonrası 6-8 hafta süresince ağır kaldırmaması önerilmelidir. Obez hastalarda iyileşme daha yavaş gerçekleşmektedir. Bu hastaların ameliyat sonrası aktif hareket için daha çok teşvik edilmeye ihtiyacı vardır (Akyüz & Çavdar, 2017).

Fıtık onarımları sonrası ağrı ve şişliği azaltmak için insizyon bölgesine soğuk uygulama (buz paketi) yapılır. Erkeklerde şişlik açısından skrotal bölge de özellikle değerlendirilmelidir. Gerekirse bu bölgeye de soğuk uygulama yapılabilir. Skrotal şişliği azaltma amacıyla hastaya skrotumu yüksekte tutacak bir pozisyon verilebilir ve mobilizasyon sırasında skrotal desteği sürdürmesi gerektiği hastaya açıklanır (Akyüz & Çavdar, 2017).

Ameliyat sonrası öksürme riskli olması nedeniyle önerilmemektedir. Ancak yatak içinde dönme ve derin soluk alma egzersizlerinin uygulanması gerekir. Hastaya öksürme/aksırma gereksinimi sırasında insizyon yerini desteklemesi gerektiği ve aksırmanın açık ağız ile yapılması söylenmelidir. Hastanın uyumu, vital parametreleri, bilinç durumu, ağrı seviyesi kontrol edilmelidir. Gerekli bakım ve uygulamalar yapılmalı, yapılan girişimlerin kayıt edilmesi sağlanmalıdır (Akyüz & Çavdar, 2017)

1.2. UYKU

Abraham Maslow tarafından geliştirilen Temel İhtiyaçlar hiyerarşisinde ilk bölümde yer verilen uyku gereksinimi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşamsal fonksiyonların devamının sağlanmasında, ruhsal ve fiziksel iyiliğin sürdürülmesinde ihtiyaç duyulan ve yaşamın yaklaşık 1/3'ünü kapsayan bir yaşamsal aktivitedir. Uyku; sinir dokusunun ve istemli kas hareketlerinin azalması ile birlikte gelişen geçici bilinç kaybının eşlik ettiği bir durumdur. Temel yaşam ihtiyaçlarından biri olan uyku insan yaşamında her açıdan önemli bir yere sahiptir (Arabacıoğlu, 2021). Kelime anlamı olarak Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük'te Uyku *“Dış uyaranlara karşı bilincin, tamamı veya bir bölümünün yitdiği, tepki yeteneğinin zayıfladığı ve her türlü etkinliğin büyük oranda azaldığı dinlenme durumu.”* olarak tanımlanmaktadır. (<https://sozluk.gov.tr> Erişim Tarihi:12.04.2023)

Uyku, insan vücudunun aktivite sonrası yenilenme ve iyileşmesini sağlar. Uyku eksikliği ve uyku bozuklukları, bilişsel durumlar, ruh hali değişimleri ve hormonal anormallikler gibi durumlarla yakından ilişkilidir (Troynikov ve diğ., 2018). Canlılığın devamı için temel bir gereksinim olan uyku, organizmaların çoğu için önemli olup fizyolojik ve zihinsel işlevlerin normal şekilde çalışması için uygun bir uyku döngüsü ve uyku düzeni gereklidir (Subakeerthi & Renuka, 2022).

1.2.1. Uyku Evreleri

Uyku döngüsü, iki ana bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler REM uyku ve NREM uyku olarak adlandırılır. NREM dönemi uykusu kendi içerisinde N1, N2 ve N3 olmak üzere 3 ayrı bölümde incelenmektedir. Yetişkinlerde gece uykusunun her bir döngüsü 90-100 dakika sürer. Bir gecede yaklaşık 3-5 adet REM ve NREM uykusu periyotları yaşanır. REM uykusu, genç erişkinler için uyku sürecinin yaklaşık %25'lik kısmını oluşturur. Yetişkinlerde uyanıklık durumundan uykuya NREM uykusu ve genellikle de N1 evresiyle geçiş yapılır. Gece uykusunun ilk yarısında NREM periyodu, ikinci yarısında REM periyodu daha baskındır. Gece uykusu süresince sikluslar ilerledikçe sabah saatlerine doğru N3 evresinin süresi kısalır. İleri yaşa doğru uykudaki REM dönemi oranı giderek azalma eğilimindedir (Güneş, 2022).

1.2.1.1. NREM Uykusu (Non-Rapid Eye Movement/HızlıGöz Hareketlerinin Olmadığı):

NREM uykusu dönemi rüyasız uyku, delta dalga uykusu veya yavaş dalgalı uyku olarak da adlandırılmaktadır. Bu döneme rüyasız uyku adı verilse de bu dönemde rüya görülebilir. Ancak REM dönemi uykusundaki rüyalar hatırlanabilirken, NREM dönemindeki rüyalar

hatırlanmaz. Bu durum NREM ile REM dönemi arasında önemli bir farklılıktır. NREM uykusu kendi içerisinde 2 ana bölüme ayrılmaktadır (Özcan, 2008).

- **Yüzeyel Uyku (1. Dönem ve kısmi 2. Dönem):** Bu aşama uyku hali ile uyanıklık arasında bir geçiş dönemidir. Bu uyku evresinde birey kolay bir şekilde uyandırılabilir. Tüm uyku sürecinin yaklaşık %50-60'lık kısmını oluşturur. 1. dönemde, EEG görüntülemesinde alfa dalgaları kaybolmuştur, düşük voltajlı desenkronize hareket oluşur. 2. dönemde beta dalgaları ortaya çıkar. Yüzeyel dönemde uyku hali sakin bir durumdadır. Periferik damarların tonusunda ve diğer somatik işlevlerde azalma meydana gelir. Solunum hızı, bazal metabolizma ve kan basıncında %10 ile %30 arasında düşüş gözlemlenebilir (Özcan, 2008).
- **Derin Uyku (3. ve 4. Dönemler):** Derin uyku döneminde olan bireyin uyandırılması için çok daha fazla uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemde Büyüme (Growth) Hormonu salgılanması artmaya başlar. Hormon artışına paralel olarak protein sentezi de artar. Tam tersi olarak metabolizmada solunum ve kardiyovasküler sistemlerin fizyolojik faaliyetlerinde yavaşlama görülür. Yaşanan değişimler sebebiyle bu döneme anabolik dönem adı verilmektedir. Derin uyku evresinde bazen alışılmadık uyanma durumları görülebilir. Uykunun başlangıcından 30-60 dakika sonra uyandırılan bireylerde yönelim bozuklukları ve dezorganizasyon gözlemlenebilir (Özcan, 2008).

1.2.1.2. REM Uykusu (Rapid- Eye Movement/Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu):

Uyku başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra NREM döneminden uyku döngüsünün ilk REM uykusu dönemine geçilir. REM uykusunun ilk evresi 10 dakikadan kısa sürer. Sonraki periyotlar 15 ile 40 dakika arasında sürer. Bir tam gece uykusu döngüsünde toplam REM uykusu 1.5-2 saattir. Bebeklerin uyku döngüsünde REM dönemi yaklaşık %50 iken yaş arttıkça %15 seviyesine düşer. REM evresinin büyük çoğunluğu gecenin son 1/3'lük kısmında oluşur. REM uyku evresi, yüksek düzeyde fizyolojik etkinliğin ve beyin fonksiyonlarının görüldüğü kantitatif yönden farklı olan bir evredir. Bu evredeki fizyolojik işlevler uyanıklık halindeki benzerdir. REM uyku evresinde yapılan polisomnografik ölçümler genellikle uyanıklık halindeki benzer şekildedir. Bu nedenle REM uykusu paradoksal uyku olarak da adlandırılmaktadır. Beyin aktiviteleri ve bilgi işleme faaliyetleri bu evrede gerçekleşir. Uyanıklık halinden farkı dışarıdan uyarı almadan işlemlerin yapılması ancak motor aktiviteye dönüştürülememesidir. Rüyaların da %80'i REM uyku döneminde görülmektedir. Uyku

sırasında daha önce algılanmış durumlar arasındaki ilişkiler değerlendirilmekte, olay ya da objeler anlamlandırılmakta, yaşanan durumlar üzerindeki ayrıntılar keşfedilmekte ve gelişebilecek yanıtlara premotor ve kognitif hazırlıklar yapılmaktadır (Özcan, 2008)

1.2.2. Uyku Fizyolojisi

Uyku, kapsamlı bir şekilde incelenen ancak tam olarak anlaşılamayan karmaşık fizyolojik ve davranışsal süreçleri içerir. Uyku fizyolojisinde genellikle *sirkadiyen ritim* ve *homeostaz* olmak üzere iki sürecin önemli olduğu düşünülmektedir (Troynikov ve diğ., 2018).

Homeostatik süreç vücudun iç dengesini korur ve uyku eğiliminin düzenlenmesini sağlar. Örneğin; uzun süren uyanıklık durumunda uyku dürtüsünü artırır, uyuma süresi uzadıkça azaltır ve uyanıklık halinde tekrar yükseltir. Birey uykusuz kaldığında yaşanan kayıp bir sonraki uyku döngüsünde uyku eğilimi artırılarak ya da uyku derinleştirilerek yerine konur (Troynikov ve diğ., 2018).

Sirkadiyen ritim, uyku ve uyanıklık hali kalıplarından oluşan 24 saatlik bir süreci kapsayan gündüz-gece döngüsüdür. Sirkadiyen ritim de uykunun düzenlenmesinde etkilidir. Uykuyla ilgili yapılan çalışmalarda uyku zamanlaması ve uzunluğunun doğrudan sirkadiyen ritim ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hirshkowitz ve diğ. (2015) çalışmasında insanların gereksinim duyduğu uyku miktarının yaş ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Örnek olarak genç yetişkinler ve yetişkinlerde optimal sağlık için gerekli uyku miktarı gecede 7-9 saattir ve yaşlandıkça gereksinim duyulan uyku süresi azalır (Troynikov ve diğ., 2018).

Uykunun en temel işlevi bedenin kendi kendine yenilenmesini sağlamak ve bir sonraki gün için hazırlanmaktır. Uyku ve uyanıklık döngüsü biyolojik ritim ve tekrar eden dönemlere sahip önemli bir süreçtir (Yılmaz ve diğ., 2008). Uyku sağlık için önemli bir boyuttur. ABD’de 2008 yılında yapılan bir çalışmada yetersiz uyku prevalansının %11 olduğu gösterilmiştir. Uyku ile ilgili sorunların ABD genelinde 50-70 milyon bireyi etkilediği tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise nüfusun %17’si uyku problemleri yaşamaktadır. Farklı kıtalarda uyku problemleri yaygınlığı üzerine yapılan bir çalışmada, Amerika’da yaygınlığın %56, Batı Avrupa’da %31 ve Japonya’da %23 olduğu saptanmıştır. Uykunun farklı boyutları ve sağlık arasındaki ilişki araştırılmış ve kötü uyku kalitesinin olumsuz sağlık davranışları ve sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmalar düşük uyku süresi ile sağlık sorunları (hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar) ve mortalite arasındaki ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Uykusuzluk aynı zamanda kardiyovasküler hastalık, mortalite, demans,

depresyon ve diğer ruhsal bozuklukları içeren bir dizi sağlık sorunuyla da ilişkilidir (Amiri, 2023).

1.2.3. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi kavramı, uyku latensi (gecikmesi), uyku süresi, uykunun etkinliği, gece uyanma sıklığı, uyku derinliği ve birey üzerindeki dinlendirici etkisi gibi niteliksel ve niceliksel yönlerin tamamını içeren bir bütündür. İyi uyku kalitesi, sağlığın, esenlik halinin ve psikolojik işleyişin daha iyi durumda olması ve daha düşük düzeyde gündüz uykulu gibi pozitif sonuçlar ile yakın ilişkilidir. Kötü uyku kalitesi kavramıysa kronik uykusuzluk halinin en belirleyici özelliğidir. Uyku kalitesi niceliksel ve niteliksel olarak kötü değerlendirildiğinde bellek ve dikkat bozuklukları, emosyonel değişimler, sanrı ve varsanılar görülebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak da bireylerin iş yaşamı, sosyal etkileşimleri, ekonomik durumu, genel sağlık düzeyi ve mental durumunu etkileyebilmektedir (Bay, 2021).

Lee ve diğ. (2007) tarafından yapılan çalışmada uyku sorunlarının sağlıklı bireylere oranla hasta bireyler üzerinde daha fazla gerginlik yaratacağı, iyileşme süreçlerini geciktireceği, ağrı düzeyini arttıracığı ve günlük aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük oluşturacağı belirlenmiştir.

Cerrahi servisinde yatışı olan hastaların ağrı düzeyi, hastalıkları ile ilgili kaygıları, cerrahi girişim sonrası yaşayacakları durumların bilinmezliği, hareket sınırlılığı gibi çeşitli nedenlerle uyku kalitesinin düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (Akdemir, 2003).

Uyku hijyeni; uyku kalitesi düzeyini arttıran uygulamalar ve buna yönelik benimsenen ilkeler olarak tanımlanır. Gece uykusu boyunca uykunun kalitesini yükseltmek için ihtiyaç duyulan günlük uygulamalar, alışkanlıklar ve çevresel etmenlerle ilgili düzenlemeler uyku hijyeni kavramı içerisinde yer almaktadır. Uyku hijyeni eğitimi, uyku bozukluğu tedavi sürecinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Uyku hijyeni girişimleri, uyku bozukluğu yönetiminde etkili, ucuz ve yan etkisi bulunmayan bir yaklaşımdır. Uyku çevresi, günlük aktiviteleri, besin alımını ve uyku zamanını düzenleme, zihinsel kontrol yaklaşımları geliştirme uyku hijyenine yönetim eğitimin alt boyutlarındandır (Güneş, 2018).

1.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Ruhsal, fizyolojik ve çevresel birçok faktör uyku kalitesinde bozulmaya neden olabilir. Uykuyu etkileyen faktörlerden en önemlisi bireyin içinde olduğu çevredir. Florence Nightingale de sosyal ya da psikolojik çevreden daha fazla fiziksel çevre üzerinde durmuştur. Fiziksel çevre koşullarından havalandırma, koku, sıcaklık, gürültü ve aydınlatma gibi koşullar

uyku kalitesinin belirlenmesinde büyük oranda etkilidir. Ülkemizde yapılan çalışmalar hastanede yatan bireylerin uyku kalitesini düşüren nedenler sıralamasının; ağrı, kaygı ve stres, gürültü, yatağın düzeni ve temizliği, ışık düzeyi gibi durumlar olduğunu göstermiştir (Yılmaz ve diğ., 2008). Hastanede yatış sürecinde ilgili bakım ve tedavi girişimleri genel olarak hastaların uyku ve uyanıklık döngüsüne uygun olarak ayarlanamamaktadır. Hastanede yapılan rutin işlemler hasta bireylerin uykusunda bölünmeye neden olmakta veya hasta bireyin alışkın olduğu zaman diliminde uykuya dalmasına engel olmaktadır. Hasta bireyin uyku/uyanıklık döngüsünde belirgin bir bozulma olması uyku niteliğinin de bozulmasına yol açmaktadır. Bireyin normal uyku/uyanıklık döngüsünü devam ettirmedeki başarısızlığı bütüncül olarak sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (Yılmaz ve diğ., 2008).

1.2.4.1. Yaş

Uyku kalitesinin niteliksel özellikler üzerinde en belirleyici etken olarak bireyin yaşı sayılmaktadır. Uyku yapısının ve uyku/uyanıklık döngüsünün yaşla birlikte değiştiği gibi fiziksel, ruhsal ve çevresel etkenler de yaş ile birlikte değişmektedir (Pelin & Gözükırmızı, 2001). Yaşlanma süreci içerisinde toplam uyku gereksinimi ve REM uyku döneminin tüm uyku süresine oranı azalmaktadır. Aynı şekilde yaşlanma süreci, uykunun başlaması, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme yeteneğini zayıflatır. Genç bireylerde genelde 10 ile 30 dakika arası olan uykuya dalma süresi yaşlı bireylerde 60 dakikaya yaklaşmaktadır (Biçici ve diğ., 2015).

Uyku etkinliğinin özellikle 60 yaş sonrası düşmeye devam ettiğini kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır. En derin düzeyde ve canlandırıcı uyku şekli olduğu bilinen delta (yavaş dalga) uykusunun yaşla birlikte azalması yaşlılarda homeostatik uyku basıncında azalma olmasıdır. Yaşlı bireylerde azalan sirkadiyen sinyaller, uyuma, uyanma ve uyku zamanlarında faz ilerlemesine, aynı zamanda melatonin pik düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Bunlara ek olarak yaşlılarda uyku sorunları komorbid durumlar ve çoklu ilaç kullanımıyla ilişkili olabilmektedir (Suzuki ve diğ., 2017).

1.2.4.2. Cinsiyet

Cinsiyet uyku kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Erkeklerin kadınlara göre daha az uyku sorunları yaşadığı, erkeklerin uyku kalitesinin kadınlardan daha iyi olduğu ve kadınların uyku gereksiniminin daha fazla olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (España & Scammell, 2011).

1.2.4.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin, beyin ve vücut ısısını arttıracak anterior hipotalamusta ısı düzenlemesinden sorumlu mekanizmalarla birlikte uykunun düzenlendiği merkezin de

etkilendiği, serotonin salgılanma düzeyini arttırdığı bilinmektedir. Egzersiz düzensiz yapıldığı zaman bireyin uyku kalitesini bozarken düzenli yapılan egzersiz aktivitesinin daha derin uyku sağladığı, uykuya geçiş sürecini kolaylaştırdığı ve sabahları daha dinlenmiş uyanmayı sağladığı bildirilmiştir. Gece uyku saatine yakın zamanda yapılan egzersiz stres etkeni olarak görüldüğü ve vücutta otonomik aktiviteyi arttırarak huzursuz bir gece uykusuna neden olabilir. Aynı zamanda gece aralıklı uyanmada ve 1. evre uykusunda artmaya, derin uykuda azalmaya neden olur. Uyku kalitesini arttırmak için egzersiz saatlerinin gece geç saatlere bırakılmaması, tercihen en geç akşam saatlerinde yapılması önerilmektedir (Yılmaz & Tuncel, 2014).

1.2.4.4. İş ve Yaşam Tarzı

Çalışma yaşamında özellikle vardiyalı çalışma sisteminde değişen uyku düzenine uyum sağlanması zordur. Vardiyalı çalışma sistemine ya da alışılmışın dışında ağır bir çalışma performansına bağlı olarak ortaya çıkan kesinti olan uyku ve artan yorgunluk düzeyi ile yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki varlığı bulunmuştur. Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelere göre uyku kalitesinin daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bumin ve diğ. 2019).

1.2.4.5. Çay ve Kahve Tüketimi

Çay ve kahve tüketimiyle uyku kalitesi üzerine olan etki genel anlamda içerdiği kafein maddesinden kaynaklanmaktadır (Chaudhary ve diğ., 2016). Kafein santral sinir sistemini uyarıcı etki oluşturarak uyanıklığın sağlanmasına yardımcı olur. Çay, kakao, kahve vb. kafein içerikli gıdalar günlük alınması gereken miktarın üzerine çıkıldığında uykuya dalmada güçlük oluşur, gece sık aralıklı uyku bölünmeleri yaşanır ve sabah erken saatte uyanma görülür. Yapılan çalışmalarda 100-600 mg civarında alınan kafeinin, özellikle uyku yoksunluğu durumları için bilişsel yeteneği koruyucu etki sağladığı belirtilmiştir (Lohsoonthorn ve diğ., 2013). Kafeine karşı duyarlılık düzeyi kişiden kişiye değişmekte olup bu farklılıklar genetik faktörler, bireysel özellikler ve yaştan kaynaklanmaktadır. Kafein duyarlılığı kişiden kişiye değişse bile kafeinin yarılanma ömrünün uzun olması sebebiyle iyi bir uyku süreci için uyku saatinden 4-6 saat önce kafein alımı sonlandırılmalıdır (Lohsoonthorn ve diğ., 2013, Drake ve diğ., 2013).

Bu faktörlerin yanısıra, sigara ve alkol kullanımı, diyet ve beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, melatonin düzeyi, emosyonel durum, ailesel yatkınlık, stres, anksiyete, hastalıklar, ilaç kullanımı gibi durumlar da uyku kalitesini etkiler (Güneş, 2022).

1.3. DREN

Drenler ve çeşitli kateterler cerrahi işlemlerde sık kullanılan tıbbi malzemelerdir. Hem tedavi edici amaçla hem de profilaktik olarak kullanılabilir. En yaygın kullanım amacı profilaktik olarak lenfatik drenajın ve kan gibi cerrahi sonrası boşluklarda oluşabilecek hava ve sıvıların birikmesini önlemektir. Tedavi edici amaçlı kullanımı ise sıklıkla perkütan girişimlerle apse drenajları ve intraoperatif uygulamalardır (Durai ve diğ., 2009).

Hasta bireylerde enfeksiyonu önlemek adına, birikmiş olan vücut sıvılarının drenajının sağlanması (boşaltılması) gerektiği ilk defa Hipokrat tarafından önerilmiştir. Hipokrat hastalarında 9. interkostal aralıktan trokar ile girerek ampiyemleri gidermiş ve karaciğer kaynaklı asit birikimini drene etmiştir. Celsus ise kurşun malzemeden konik şekilli bir aletle drenajı kolaylaştırmış ve gelen drenaj miktarını kontrol etmek için vana sistemi kullanmıştır (Durai & Ng, 2010).

Tarihsel gelişmeler ile birlikte drenaj sistemlerinde de değişimler yaşanmıştır. Johan Scultetus fitil aracılığıyla kapiller drenaj yapmıştır. Charles Brigham Penrose 1987 yılında prezervatifi kesip insizyondan ilerleterek Penrose dreni geliştirmiştir. Baron ve Roffe sürekli kapalı drenajı geliştirmişlerdir. 1961 yılında ilk defa baryumdan yararlanılarak drenlere radyopak özellik kazandırılmıştır. 1962 yılından itibaren de silikon drenlerin kullanımına başlanmıştır. 1891 yılında John Hopkins Hastanesi'nde Hunter Robb, drenlerin %50 kadarının mikroorganizmalarla kontamine olduğunu belirterek drenaj sistemlerinde enfeksiyon riskine dikkat çekmiştir. Birçok alanda kullanımı olan cerrahi drenajların etkinlikleri, bakımları ve ortaya çıkardıkları sorunlar günümüzde önemli bir konu haline almıştır (Erdal, 2016).

Günümüz drenleri 4 mekanizmaya göre işlev göstermektedir. Bunlar;

1. Yerçekimi
2. Kapiller hareket (Penrose dren)
3. Negatif basınç (Jackson Pratt)
4. Çevre dokuların basıncı

1.3.1. Dren Kullanımı

Yüksek ve düşük basınçlı vakumlu drenler genellikle cerrahi girişimler sonrası uygulanır. Yüksek basınçlı vakum drenajları (örneğin; sızdırmaz, kapalı devre sistemler) verimlidir ve drenajın kolayca izlenerek alandan güvenli bir şekilde boşaltılıp uzaklaştırılmasına olanak sağlar. Düşük basınçlı vakum drenleri, fazla sıvıyı ve havayı boşaltmak için hafif basınç

kullanır ve vakum basıncını eski haline getirmek kolay olduğu için hastaların evde kullanımı ve drenajı boşaltması kolaydır (Durai & Ng, 2010).

Drenler hem koruyucu hem de tedavi edici amaçlı olarak kullanılabilir. En yaygın kullanım amacı ameliyat sonrası işlem yapılan alanda sıvı ya da hava birikmesini önleyen koruyucu kullanımıdır. Ölü boşluk oluşturulan herhangi bir cerrahi girişimde vücut bu alanı hava ya da sıvı ile doldurmaya yönelik olarak doğal bir mekanizma geliştirir. Bazı çalışmalarda dren kullanımıyla seroma oluşumunun azaldığı iddia edilse de diğer araştırma sonuçları temiz cerrahi prosedürler sonrası koruyucu dren kullanımını rutin olarak önermez (Süslü ve diğ. 2006, Kumar ve diğ. 2007, İsmail ve diğ. 2009)

Tiroid, meme ve koltukaltı ve abdominal cerrahiler, eklem replasmanı gibi girişimlerden sonra genellikle cerrahi dren kullanımı tercih edilmektedir. Perirektal yaraları drene etmek için vakumlu drenler kullanılır. İntestinal anastomozdan sonra meydana gelebilecek kaçaqları tedavi etmek için endoluminal gibi özel vakumlu drenler kullanılır (Weidenhagen ve diğ. 2008, richterich ve diğ. 2008).

1.3.2. Dren Yerleştirme

Tipik olarak dren kullanımında, cerrahi girişimin son aşamasında dren yerleştirilir. Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon gelişimi riskini azaltmak için sıklıkla ana insizyondan birkaç santim uzakta bir yerden dren yerleştirilir. Vakumlu drenler kullanılan basınç derecelerine göre sınıflandırılır. Tipik şişeli hazneli vakum drenler yüksek negatif basınç sistemiyle çalışır. Akordion şekilli aspirasyon drenleri ve katlanabilir şekilli drenler düşük negatif basınçla çalışır. Hemovac dren tarzı drenlerde tüpün basıncı pozitif döndüğünde dren hattı klemlerle tüp boşaltıldıktan sonra sıkıştırılarak negatif basınçlı ortam oluşturularak tekrar bağlantı sağlamalı ve klemp açılmalıdır (Durai & Ng, 2010, Tiwari ve diğ. 2004, Bulut ve diğ. 2019).

2.1.1. Yüksek Negatif Basıncılı Drenler

Yüksek basınçlı şişelenmiş vakum drenleri, drenajın kolay izlenmesine ve güvenli bir şekilde bertaraf edilmesine izin veren sızdırmaz, kapalı devre sistemlerin avantajlarına sahiptir. Bu sistemler, vakum basıncının varlığını izlemek için gösterge kanatları ve drenaj borusunu bağlamak için bir açıklığı olan lastik kapaklı şeffaf, plastik bir rezervuardan oluşur. Sistemde vakum olduğu zaman lastik kapak üzerindeki kanatlar birbirine yakındır; vakum kaybolursa kanatlar ayrılır. Drenaj tüpünün yaraya sokulan ucunun iç kısmında sıvının yaradan tahliye

edilebildiği çok sayıda açıklık vardır. Dren üzerindeki klempler açılmadan yara kapatılmalıdır; aksi halde tüp atmosferik havayı emdiği için vakum kaybolacaktır (Durai & Ng, 2010).

Hastanın durumu ve cerrahi prosedür türü, uygun izleme sürelerini ve drenaj hacimlerinin belgelenmesini gösterse de, drenaj miktarı tipik olarak ameliyattan iki ila dört saat sonra ve sonrasında her altı saatte bir ölçülür. Nadiren, çok fazla drene olması durumunda (örneğin, saatte 100 mL'den fazla) hekim tüpü birkaç saat klemplemeye karar verebilir (Brueggeman ve diğ., 1999). Bu, eklem değiştirme gibi bazı işlemlerden sonra ortaya çıkabilir. Her 24 saatte bir, hemşire drenaj haznesi şişesini işaretlemeli ve 24 saatte toplanan drenaj hacmini kaydetmelidir (Durai & Ng, 2010).

2.1.2. Düşük Negatif Basıncılı Drenler

Alçak basınçlı vakumlu drenler, yuvarlak şekilde plastik bir rezervuara ve yaranın içine sokulan ucunda çok sayıda yan deliğe sahip bir silikon drenaj tüpüne sahiptir. Dren haznesi sıkıştırıldığında, sistemde negatif basınç oluşturan hava dışarı atılır. Düşük negatif basınçlı tahliyeler, fazla sıvı ve havayı boşaltmak için nazikçe çalışır (Durai & Ng, 2010).

Hastaya evde yardım almadan düşük basınçlı bir vakum dreninin bakımını yapabilecek şekilde eğitim verilebilir. Tapanın çıkış valfinden çıkarılması dren haznesinin şişmesini sağlar. Drenaj miktarı, haznenin yan tarafındaki ölçüm işaretleriyle kolayca belirlenir. Hasta dren haznesini sıkarak içindekileri tek kullanımlık bir kaba veya bardağa boşaltır, ardından hasta hazneyi tekrar sıkarak ve kapağı yerine takarak negatif basıncı yeniden oluşturur. Hastaya gerekirse evde yardım almadan drenin nasıl çıkarılacağı konusunda da eğitim verilir. Ameliyat sonrası bakım ünitesinde hemşire dren çıkışını izler ve gerektiğinde rezervuarı boşaltır. Rezervuarın gerilmemiş veya katlanmamış görünümü ile bir vakum kolayca görülebilir. Vakum kaybolduğunda torba daha büyük görünecektir (Durai & Ng, 2010).

2.2. YATIŞ POZİSYONU

Yatış pozisyonu (uyku pozisyonu) uyku kalitesini etkileyen en önemli parametreler arasındadır. Çevresel faktörlerin etkisi ve bireylerin fiziksel, psikolojik, fizyolojik alışkanlıklarının birbirinden farklı olması yatış pozisyonlarının kişiden kişiye değişmesine neden olur. Bebeklik döneminde bebek kendi etrafında dönmeye ve serbest hareket etmeye başladığında bir yatış pozisyonu geliştirmeye başlar ve yedi yaşında kesin olarak yerleşik bir bireysel uyku pozisyonu oluşur. Yapılan çalışmalar (Gordon, Grimmer ve diğ. 2007) en yaygın uyku pozisyonunun yarı fetüs pozisyonu olduğunu bildirmektedir. Bu pozisyonu sırasıyla tam fetüs, yüzüstü ve sırtüstü pozisyonlar izler. Gordon ve diğ. (2007) yapmış oldukları epidemiyolojik bir çalışmada yan yatış pozisyonunun servikotorasik semptomlara karşı önemli oranda koruyucu olduğunu göstermiştir. Yan yatış pozisyonu diğer tüm uyku pozisyonlarıyla karşılaştırıldığında uyku kalitesini arttırmaya yönelik olarak önemli ölçüde ilişkili olduğu yine aynı çalışmada gösterilmiştir. Çalışmada uyku pozisyonu olarak önerilen pozisyon yan yatış pozisyonu olarak belirtilmiştir. Werner ve diğ. (2010) 20 sağlıklı gönüllü ile gerçekleştirdiği çalışmada vücut postürü ve dört kolun birbirinden farklı pozisyon kombinasyonlarında subakromiyal basınç miktarı ve değişimleri kaydedilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre tercihen sırtüstü pozisyonda uyuyan bireylerin subakromiyal basınçları, yan veya yüzüstü pozisyonda uyuyanlara göre önemli ölçüde daha düşük ölçülmüştür. Video kayıtlarına dayalı yapılan çalışmalarda gece boyunca ortalama 11-13 kez pozisyon değişikliği yapıldığı ve uyku süresinin çoğunun yan yatış pozisyonunda gerçekleştiği görülmüştür (Şimşek, 2023).

Yatış pozisyonlarındaki değişiklikliğin bireylerin sistemik sağlığı üzerinde etkili olduğu klinik olarak kabul edilmektedir. Uyku apnesi hastalarına sırtüstü pozisyonundan kaçınmaları önerilirken, astım hastalarına sağ taraf uyku pozisyonunu benimsemeleri önerilmiştir. Solunum bozuklukları, reflü veya kronik mide ülseri olan hastalar, daha dik bir pozisyonda uyuyarak geceleri rahatlama sağlayabilir (Gordon ve diğ. 2007).

Uyku ve rüya görmenin birçok yönü kapsamlı bir şekilde incelenmiş olsa da, uyku sırasında alınan vücut pozisyonları çok az ilgi görmüştür. Aslında, yatış pozisyonları ile ilgili literatürün çoğu anekdotal gözlemlere, kişisel izlenimlere ve klinik spekülasyonlara dayanmaktadır. Konuyla ilgili kapsamlı olarak ilk defa 1930'lu yıllarda yapılan çalışmada denekler gece boyunca kamera ile gözlenmiştir. Denekler yaklaşık 15 dakika aynı pozisyonda kalmış ve gece boyunca 20-40 kez pozisyon değiştirmiştir. Aynı çalışmada ek olarak her bireyin

kendi pozisyon sıralamasını geliştirdiği ve bunları bir geceden diğerine fazlasıyla tutarlı bir şekilde tekrarladıklarını gözlemlemişlerdir (De Koninck & diğ. 1983).



3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, fıtık ameliyatı geçiren hastalarda dren varlığı ve yatış pozisyonlarının uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanarak tanımlayıcı ve prospektif olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Fıtık ameliyatı geçiren bireylerin hastaneye yatış öncesi uyku kalitesi ne durumdadır?
2. Fıtık cerrahisi geçiren hastaların hastaneye yatış öncesi tercih ettikleri uyku pozisyonları nelerdir?
3. Fıtık cerrahisi sonrası uyku kalitesi nasıldır?
4. Fıtık cerrahisi sonrası dren varlığı hastanın uyku kalitesini etkiler mi?
5. Fıtık cerrahisi sonrası yatış pozisyonu uyku kalitesini etkiler mi?

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Tez çalışmasının bağımsız değişkeni, hastaların demografik özellikleri, fıtık cerrahisi sonrası dren varlığı ve yatış pozisyonu; bağımlı değişkeni ise uyku kalitesi olarak değerlendirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Tez çalışmasının veri toplama aşaması gerekli izinler alındıktan sonra Kasım 2021-Mart 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde yer alan Genel Cerrahi Kliniği biriminde gerçekleştirildi. Klinik hastanenin merkez binası 3. Katında bulunmaktadır. 70 yataklı, 26 hemşirenin görev yaptığı serviste tekli, ikişerli ve üçerli yataklı odalar bulunmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Kasım 2021-Mart 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı Eğitim Araştırma hastanesinde fitik ameliyatı geçiren hastalar, örneklemini ise bu tarihlerde araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan 130 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü belirleme amacıyla G*Power 3.1.9.4 programında güç analizi yapıldı. Araştırmalar sonucunda elde edilen sonuçların güçlü kanıtlara dayandırılması için çalışmanın gücünün yeterince yüksek olması istenir ($\text{güç} \geq 0,80$). Tanımlayıcı olarak tasarlanan araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlenir iken, hata payı $\alpha=0,05$ alındığında ve hipotez çift yönlü kurulduğunda, Cohen (1988)'in etki büyüklüğü katsayısına göre cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası bireylerin uyku kalitelerindeki değişime bakılarak yapılması planlanan değerlendirmelerin orta düzey etki büyüklüğüne ($d=0,5$) sahip olacağı varsayıldığında ve %80 güç ile örnekleme toplamda en az 128 kişinin alınması gerektiği sonucuna ulaşıldı. Kayıplar olacağı göz önüne alınarak 130 hasta örneklemini oluşturdu.

3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olması,
- İnguinal (kasık) ve umbilikal (göbek/karın) fitik (herni) cerrahisi geçirecek olması,
- Cerrahi işlem sonrasında drenin (tipi farketmeksizin) var olması,
- Bilinci açık olan, görme ve işitme engeli, psikiyatrik tanısı ve nörolojik sorunu olmayan hastalar araştırmaya dahil edildi.

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Cerrahi sonrası dönemde bilinç değişikliği olması,
- Cerrahi sonrası drenin erken dönemde (1 gece kalmadan) çıkarılması

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma için literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı özelliklere ilişkin Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları Formu (EK-2), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılan araştırmacılar tarafından gerekli izinleri alınan (EK-5) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(EK-3) ve Richard Campbell Uyku Ölçeği(EK-4) aracılığıyla araştırma verileri toplanıp kaydedildi.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilişkili literatür taraması yapılarak oluşturulan bu form; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni hali, mesleği, eğitim durumu, gelir durumu, alışkanlıkları gibi özelliklerini içeren 10 soru, kronik hastalıkları, ilaç kullanımı ve cerrahi geçmişi ile ilgili özellikleri içeren 4 soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Pamuk, 2020 & Türen, 2019).

3.6.2. Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan bu form; bireyin cerrahi öncesi ve sonrası uyku aktivitesi, uyku alışkanlıkları, uyku ritüelleri ve tercih ettiği yatış pozisyonu gibi özelliklerini içeren 16 sorudan oluşmaktadır (Arabacıoğlu, 2021 & Kızıl Ekinci, 2019).

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Ölçek Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İndeksin tanı amaçlı kullanımındaki duyarlılığı %89.6 iken, özgüllüğü %86.5'dir. Ölçek uyku kalitesindeki bozukluklar ile uyku yapısındaki sorunların tipi ve şiddeti hakkında bilgi veren, bireylerin kendi ifadelerine dayanan tarama ve değerlendirme testidir. PUKİ ile uyku kalitesi iyi olan ile kötü olan bireyler arasında güvenilir bir ayırım yapılması sağlanmaktadır. Ölçekte yer verilen 18 soru uyku kalitesini etkileyen parametreler; uyku süresi, uyku latensi (gecikmesi), uykuyla ilgili sorunların şiddetini, sıklığını belirlemeye olanak sağlamaktadır. Ölçek 7 bileşen halinde gruplandırılmış ve bileşenlerin puanlarının hesaplamasında ilgili sorulardan alınan puanlar dikkate alınmaktadır. Ölçekten alınan puan değeri yükseldikçe uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir. 7 bileşenden toplamda 5 ve üzeri puan alanların uyku kalitesi kötü, 5'ten daha düşük değerlerde puan alan bireylerin uyku kalitesi iyi olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa (α) değeri 0,804 olarak değerlendirilmiştir (Ağargün ve ark. 1996).

Ameliyat öncesi ön test ve ameliyat sonrası son test PUKİ cronbach alfa (α) katsayı değeri sırasıyla 0,67 ve 0,62 olarak hesaplandı. Hesaplanan α katsayı düzeyine PUKİ iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğu saptandı. Ölçeğin kullanımıyla ilgili gerekli izinler eklerde bulunmaktadır (EK-3, EK-5).

3.6.4. Richard Campbell Uyku Ölçeği

Ölçek Richards tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Gece uykusunun derinliğini,

uykuya dalınan süresiyi, uyanma sıklığını, uyandığı zaman uyanık kalma süresini, uyku kalitesini ve ortamın gürültü seviyesini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesin görsel analog skala tekniğiyle 0'dan 100'e kadar puanlanan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan "0-25" puan arası sonuç çok kötü uykuyu, "76-100" puan arası sonuç çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçeğin toplam puanı 5 madde üzerinden değerlendirilirken ortamın gürültü düzeyinin değerlendirilmesini sağlayan 6. madde toplam puan değerlendirmesinin dışında kalır. Ölçekteki puanlar arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's α değeri 0,82 olarak bulunmuştur. Karaman Özlü ve Özer tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Türkçe formunda madde toplam korelasyon puanları 0,48 ile 0,96 puan arasındadır. Ölçekte yer alan bütün maddelerin toplam puan korelasyon katsayıları 0,25'in üzerindedir. Yapılan analizlerde RCU'nun Türkçe formatının faktör yüklerinin 0,92 ile 0,36 arasında dağıldığı görülmektedir. RCU'nun Türkçe formatının Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Karaman Özlü & Özer, 2015).

Ameliyat öncesi ön test, ameliyat sonrası dren varken ve dren yokken ölçülen RCU cronbach alfa (α) katsayı değeri sırasıyla 0,96, 0,95 ve 0,95 olarak hesaplandı. Hesaplanan α katsayı düzeyine RCU ölçeği iç tutarlılık güvenilirliğinin mükemmel düzeyde olduğu saptandı. Ölçeğin kullanımıyla ilgili gerekli izinler eklerde bulunmaktadır (EK-4, EK-5).

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, genel cerrahi servisine yatışı yapılan, örneklem kriterlerine uygun olan bireylere çalışmanın içeriği, amacı, yöntemi ve gizlilik hakları konularında bilgi verildi, sözlü ve yazılı olarak izinleri alındı. Gönüllü olarak çalışmaya katılan hastalardan Kişisel Bilgi Formu ile veri toplanmaya başlandı. Hastalar ilk olarak ameliyat öncesi dönemde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Richard Campbell Uyku Ölçeği (RCU), Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları Formu ile değerlendirildi. Ameliyat sonrası dönemde dren var iken ve dren çıkarıldıktan sonra aynı ölçekler ve formlar ile tekrar değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen bireylerin ilk değerlendirmesi ameliyattan önceki gün her iki ölçek (PUKİ ve RCU) kullanılarak yapıldı. Ameliyat sonrası dren varken ve drenin çıkarılmasından sonra RCU ölçeği ile değerlendirme yapıldı. Ameliyattan sonraki ilk 10 gün sonunda da hastaların kontrol dönemi ile birlikte PUKİ ile son değerlendirme yapılarak veri toplama süreci tamamlandı. İlk görüşme ve değerlendirme yaklaşık 20-25 dakika, sonraki görüşmeler ise 10-15 dakika sürdü.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile sınıandı. Kategorik değişkenler frekans (%) olarak, sürekli değişkenler ortalama $\pm$ SD şeklinde sunuldu. Sürekli değişkenler için iki grup arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile; ikiden fazla gruplu karşılaştırmalar ise Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testinden yararlanıldı. Tekrarlı ölçümlerde iki sürekli değişkenin arasındaki farklılık değerlendirmesinde Wilcoxon testi; ikiden fazla tekrarlı ölçümlerde sürekli değişkenler arasındaki farklılığın test edilmesinde Friedman testi kullanıldı. Nitel değişkenler arası tekrarlı ölçümlerde farklılığın değerlendirilmesinde McNemar Testi kullanıldı. İstatistiksel hesaplamalar SPSS yazılımı versiyon 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılarak yapıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın İstanbul ili sınırı içerisinde yer alan tek bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmesi ve ulaşılan sonuçların bütün hastalar için genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır. Covid-19 pandemisi nedeniyle cerrahi girişimlerin azaltılması sonucu yeterli örneklem sağlanmasında zaman açısından sınırlılık yaşandı.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada, ölçeklerin kullanımı için, ölçeği geliştiren ve uyarlayan yazarlardan gerekli yazılı izinler alındı (EK-5). Araştırma başlamadan önce Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul onayı (EK-6), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan kurum izinleri (EK-7) alındı. Örneklem kriterleri uygun olan hastalara, araştırma içeriği, amacı, ve araştırmacının beklentileri açıklandıktan sonra, gönüllü olarak katılımı kabul eden bireylerden veri toplandı. Çalışmada yer almayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Gizlilik ilkesi doğrultusunda hastalardan alınan kişisel bilgilerin araştırma dışında kimseyle paylaşılmayacağı, araştırma amacı dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verildi. Veri toplama sırasında hastaların bakım ve tedavisini aksatmayacak zaman dilimlerine dikkat edilerek zarar vermeme ilkesine uygun davranıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde, fıtık cerrahisi geçiren hastaların hastaların işlem sonrası dren varlığı ve yatis pozisyonlarının uyku kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek için gerçekleştirilen ve çalışmanın örneklemini oluşturan 130 hastadan elde edilen veriler sunuldu.

Tablo 4-1: Tanıtıcı Özellikler (N=130)

Değişkenler(N=130)	Kategori	n(%)
Yaş, Ort.±SS	Bütün	56,15±11,66
Cinsiyet	Kadın	20(15,4)
	Erkek	110(84,6)
Medeni durum	Evli	103(79,2)
	Bekar	27(20,8)
BKİ	Bütün	27,99±3,64
BKİ grup	Normal	29(22,3)
	Kilolu	50(38,5)
	Obez	51(39,2)
Eğitim düzeyi	Okuryazar	19(14,6)
	İlk-Ortaöğretim	99(76,2)
	Lisans	12(9,2)
Çalışma durumu	Çalışıyor	50(38,5)
	Çalışmıyor	80(61,5)
Sosyal güvence	Evet	125(96,2)
	Hayır	5(3,8)
Gelir durumu	Gelir giderden az	12(9,2)
	Gelir gidere eşit	89(68,5)
	Gelir giderden fazla	29(22,3)
Sigara	Evet	52(40,0)
	Hayır	78(60,0)
Alkol	Evet	8(6,2)
	Hayır	122(93,8)
Kronik hastalık	Evet	54(41,5)
	Hayır	76(58,5)
Kronik hastalık tipi	HT	26(20,0)
	DM	15(11,5)
	KAH	7(5,4)
	Diğer	9(6,9)
Sürekli bir ilaç kullanımı	Evet	53(40,8)
	Hayır	77(59,2)
Cerrahi girişim öyküsü	Evet	77(59,2)
	Hayır	53(40,8)

Ort.: Ortalama, **SS:** Standart sapma

Araştırmaya yaş ortalaması 56,15±11,66 (aralık:24-84) yıl, %85'i erkek olan herni (inguinal ve umbikal) cerrahisi yapılan toplam 130 hasta dahil edildi. Hastaların %79'unun evli,

%78'inin kilolu (%39) ve obez (%39), %76'sının ilköğretim/ortaöğretim mezunu, %39'unun aktif olarak bir işte çalıştığı, %96'sının bir sosyal-sağlık güvencesi olduğu, %69'unun gelirinin giderlerini karşıladığı görüldü. Hastaların sağlık ve alışkanlıkları incelendiğinde; %40'ının sigara, %6'sının alkol kullanımı olduğu, %42'sinin tanı konmuş kronik bir hastalığı bulunduğu, %41'inin sürekli bir ilaç kullandığı ve %59'unun daha önce bir cerrahi işlem deneyimi olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Bireylere Uygulanan Cerrahi Girişim İle İlgili Özellikler (N=130)

Değişkenler	n(%)
Cerrahi şekli	
Planlı	129(99,2)
Acil	1(0,8)
Cerrahi tipi	
Laparoskopik	71(54,6)
Açık	59(45,4)
Dren tipi	
Hemovac	65(50,0)
Minivac	65(50,0)
Herni bölgesi	
Sağ inguinal	62(47,7)
Sol inguinal	41(31,5)
Umblikal	27(20,8)
Drenin konumu	
Sağ üst kadran	16(12,3)
Sağ alt kadran	64(49,2)
Sol üst kadran	7(5,4)
Sol alt kadran	43(33,1)

Hastaların %79'una inguinal (sağ, %48 ve sol, %32) herni, %21'ine umblikal herni tanısıyla cerrahi işlem uygulandığı, işlemlerin %99'u planlı cerrahi olduğu, %55'i laparoskopik, %45'ine açık cerrahi yöntem uygulandığı, hastaların %50'sine hemovac, %50'sine de minivac tipte olmak üzere tamamına cerrahi bölgeye dren yerleştirildiği ve drenlerin %12,3'ü sağ üst kadran, %49,2'si sağ alt kadran, %5,4'ü sol üst kadran ve %33,1'i sol alt kadrana yerleştirildiği görüldü (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları (N=130)

Değişkenler	Kategori	n(%)
Uyku düzeni	Düzenli	92(70,8)
	Düzensiz	38(29,2)
Uykuya geçme durumu	Kolay	92(70,8)
	Zor	38(29,2)
Uykuya geçiş öncesi uyku ritüeli varlığı	Evet	13(10,0)
	Hayır	117(90,0)
Kullanılan yastık sayısı	I	86(66,2)
	II	44(33,8)
Yatış pozisyonu	Sırtüstü	18(13,8)
	Yüzüstü	19(14,6)
	Sağ Yan	65(50,0)
	Sol Yan	28(21,5)
Uyku için uygun ışık durumu	Loş	59(45,4)
	Karanlık	71(54,6)
Uyku için uygun ses durumu	Tamamen sessiz	45(34,6)
	Yarı gürültülü	37(28,5)
	Sesten etkilenmiyor	48(36,9)
Kendinizi aşırı uykusuz hissetme durumu	Evet	32(24,6)
	Hayır	98(75,4)
Kafeinli içecek tüketimi(çay, kahve vb.)	Evet	108(83,1)
	Hayır	22(16,9)
Saat 16:00'dan sonra tüketilen kafeinli içecek tüketim(çay, kahve vb.) miktarı	Hayır	22(16,9)
	I bardak	41(31,5)
	II bardak	36(27,7)
	≥III bardak	31(23,8)

Cerrahi işlem öncesi hastaların %71'inin uykusunun düzenli ve uykuya dalmada sorun yaşamadığı, %10'unun uykuya geçiş öncesi bir uyku ritüelinin olduğu, %66'nın tek yastıkla uyuduğu, %55'inin karanlık ortamda uyuyabildiği, %37'sinin uyurken sestten etkilenmediği, %83'ünün kafeinli içecek tüketimi (çay, kahve vb.) olduğu, %25'inin kendisini uykusuz hissettiği görüldü. Cerrahi işlem öncesi hastaların %14'ünün sırtüstü, %15'inin yüzüstü, %50'sinin sağ yan ve %22'sinin sol yan pozisyonunda yattığı görüldü (**Tablo 4-3**).

Tablo 4-4: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıkları (N=130)

Değişkenler	Kategori	n(%)
Uyku düzeni	Düzenli	72(55,4)
	Düzensiz	58(44,6)
Uykuya geçme durumu	Kolay	69(53,1)
	Zor	61(46,9)
Yatış pozisyonu	Sırtüstü	61(46,9)
	Yüzüstü	0(0,0)
	Sağ yan	40(30,8)
	Sol yan	29(22,3)
Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası uyku pozisyonunun değişme durumu	Değişti	63(48,5)
	Değişmedi	67(51,5)
Uykuya dalmak için herhangi bir desteğe gereksinim duyma	Evet	73(56,2)
	Hayır	57(43,8)

Cerrahi işlem sonrası hastaların %55'inin uykusunun düzenli ve %53'ünün uykuya dalmada sorun yaşamadığı, %56'sının uykuya dalmak için herhangi bir desteğe gereksinim duyduğu, cerrahi işlem sonrası hastaların %47'sinin sırtüstü, %31'inin sağ yan ve %22'sinin sol yan pozisyonunda yattığı belirlenirken; cerrahi öncesine göre cerrahi sonrası hastaların %49'unun uyku pozisyonunun değiştiği görüldü (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puan Ortalaması (N=130)

PUKİ	AÖ-Ön test	AS-Son test	Test değeri ^a	p-değeri
	Ort.±SS	Ort.±SS		
Öznel uyku kalitesi	0,91±1,05	1,00±0,72	-1,477	0,140
Uyku latansı (gecikmesi)	1,04±0,68	0,85±0,61	-3,618	<0,001*
Uyku süresi	0,62±0,75	0,48±0,60	-2,920	0,004*
Alışılmış uyku etkinliği	0,34±0,60	0,38±0,56	-0,691	0,490
Uyku bozukluğu	1,01±0,20	0,99±0,09	-0,816	0,414
Uyku ilacı kullanımı	0,22±0,53	0,24±0,54	-0,447	0,655
Gündüz işlev bozukluğu	0,54±0,77	0,43±0,65	-2,401	0,016*
PUKİ-Toplam	4,68±3,29	4,37±2,53	-1,857	0,063

*:p<0,05; a: Wilcoxon signed-rank testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, AÖ: Ameliyat Öncesi, AS: Ameliyat Sonrası

Hastaların cerrahi işlem öncesi ve sonrası PUKİ puanları karşılaştırıldığında; cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku latansı ($Z=-3,618$; $p<0,001$), uyku süresi ($Z=-2,920$; $p=0,004$) ve gündüz işlev bozukluğu ($Z=-2,401$; $p=0,016$) alt boyut puanlarında istatistiksel yönden anlamlı bir düşme olduğu belirlendi (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Kategorik Değerlendirmesi (N=130)

AÖ-Ön test	AS-Son test		Toplam	p-değeri
	İyi uyku kalitesi(≤ 5)	Kötü uyku kalitesi(>5)		
	n(%)	n(%)	n(%)	
İyi uyku kalitesi(≤ 5)	91(96,8)	3(3,2)	94(72,3)	0,508
Kötü uyku kalitesi(>5)	6(16,7)	30(83,3)	36(27,7)	
Toplam, n(%)	97(74,6)	33(25,4)	130(100,0)	

$p>0,05$; McNemar Testi, AÖ: Ameliyat Öncesi, AS: Ameliyat Sonrası

Cerrahi işlem öncesi uyku kalitesi iyi olan 94 (%72) hastanın %3,2'sinin uyku kalitesinin kötüleştiği; cerrahi işlem öncesi uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilen 36(%28) hastanın %17'sinin uyku kalitesinin iyileştiği belirlendi. PUKİ sınıflaması değerlendirildiğinde, cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası hastaların uyku kalitesinde istatistiksel yönden anlamlı oranda bir değişim olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Richards Campbell Uyku Anketi (RCU) Puan Ortalaması (N=130)

RCU	AÖ-Ön Test ¹	AS-Dren Varken ²	AS-Dren Yokken ³	Test değeri ^a	p-değeri	Fark**
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS			
Uyku derinliği	73,35±16,36	62,73±18,08	76,42±11,00	90,538	<0,001*	2<1<3
Uykuya dalma	72,19±18,48	60,54±18,63	76,77±13,96	111,133	<0,001*	2<1<3
Uyanma sıklığı	73,62±17,97	62,18±17,89	77,15±13,91	104,129	<0,001*	2<1<3
Uyanık kalma süresi	73,62±16,91	62,92±17,33	76,27±12,87	73,454	<0,001*	2<1<3

Uyku kalitesi	73,00±16,44	63,27±15,95	75,46±12,77	82,347	<0,001*	2<1<3
Gürültü seviyesi	68,73±15,56	55,42±15,15	71,42±13,08	172,456	<0,001*	2<1<3
RCU-Toplam	72,42±15,45	61,18±15,41	75,58±11,62	156,275	<0,001*	2<1<3

*p<0,05; a: Friedman testi, **: Wilcoxon signed-rank testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, AÖ: Ameliyat Öncesi, AS: Ameliyat Sonrası

Hastaların cerrahi işlem öncesi, cerrahi sonrası dren varken ve dren çekildikten sonra RCU ölçeği toplam ve bütün alt boyutlarının puanı karşılaştırıldığında; RCU ölçeği toplamı ve bütün alt boyut puanlarının cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası dren varken istatistiksel yönden anlamlı derecede düştüğü ($p<0,001$), dren çekildikten sonra da istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) belirlendi (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Ameliyat Öncesi ile Ameliyat Sonrası Uyku Pozisyonunun Değişme Durumuna Göre PUKİ ve RCU Puan Ortalamaları (N=130)

		Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası uyku pozisyonunun değişme durumu		Test değeri ^a	p-değeri
		Değişti (n=63; %48,5)	Değişmedi (n=67; %51,5)		
Ölçüm	Ölçüm zamanı	Ort.±SS	Ort.±SS		
RCUÖ	AS-Dren				
	Varken	55,4±15,5	66,64±13,22	-4,135	<0,001*
PUKİ	AS-Dren				
	Yokken	73,4±12,5	77,64±10,37	-2,219	0,026*
	AS-Son test	4,89±2,55	3,881±2,428	-2,585	0,010*

*:p<0,05; a: Mann-Whitney U testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Hastalarda dren takılı olduğu dönemde yapılan ölçümlerde; cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku pozisyonu değişen hastaların, uyku pozisyonu değişmeyen hastalara göre RCU ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu görüldü ($Z=-4,135$; $p<0,001$).

Hastalarda dren çekildiği dönemde yapılan ölçümlerde; cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku pozisyonu değişen hastaların, uyku pozisyonu değişmeyen hastalara göre RCU ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel yönden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi ($Z=-2,219$; $p=0,026$).

Ameliyat sonrası dönemde yapılan ölçümlerde; cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku pozisyonu değişen hastaların, uyku pozisyonu değişmeyen hastalara göre PUKİ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($Z=-2,585$; $p=0,010$).

Bu bulgulardan hareketle cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku pozisyonu değişen hastaların uyku kalitesinin kötüleştiği görüldü (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Tanıtıcı Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları (N=130)

Değişkenler	Kategori	PUKİ			PUKİ		
		AÖ-Ön test		p-değeri	AS-Son test		p-değeri
		Ort.±SS	Test değeri		Ort.±SS	Test değeri	
Yaş	<60	4,92±3,36	-0,992 ^a	0,321	4,68±2,67	-1,426 ^a	0,154
	≥60	4,38±3,22			3,98±2,31		
Cinsiyet	Kadın	4,30±3,10	-0,642 ^a	0,521	3,50±2,19	-1,925 ^a	0,054
	Erkek	4,75±3,34			4,53±2,57		
Medeni durum	Evli	4,44±3,15	1,951 ^b	0,377	4,30±2,46	0,909 ^b	0,635
	Bekar	5,94±3,65			4,94±2,86		
	Dul-Basanmış	5,00±3,97			4,10±2,85		
BKİ grup	Normal	3,90±3,13	4,127 ^b	0,127	4,28±2,72	0,474 ^b	0,789
	Kilolu	5,38±3,59			4,56±2,56		
	Obez	4,43±3,00			4,24±2,43		
Eğitim düzeyi	Okuryazar	4,11±3,07	0,762 ^b	0,683	3,37±1,83	4,054 ^b	0,132
	İlk-Ortaöğretim	4,73±3,30			4,51±2,52		
	Lisans	5,17±3,76			4,83±3,30		
Çalışma durumu	Çalışıyor	5,46±3,58	-2,111 ^a	0,035*	4,90±2,73	-1,694 ^a	0,090
	Çalışmıyor	4,19±3,02			4,04±2,35		
Sosyal güvence	Evet	4,70±3,28	-0,832 ^a	0,405	4,34±2,47	-0,086 ^a	0,932
	Hayır	4,00±4,00			5,00±4,06		
Gelir durumu	Gelir giderden az	4,42±3,20	0,359 ^b	0,836	4,33±3,31	0,488 ^b	0,783
	Gelir gidere eşit	4,62±3,31			4,38±2,55		
	Gelir giderden fazla	4,97±3,39			4,34±2,19		
Sigara	Evet	4,27±3,12	-0,884 ^a	0,377	4,31±2,41	-0,007 ^a	0,994
	Hayır	4,95±3,40			4,41±2,63		
Alkol	Evet	7,75±4,33	-2,032 ^a	0,042*	6,38±3,81	-1,357 ^a	0,175

	Hayır	4,48±3,13			4,24±2,39		
Kronik hastalık	Evet	4,56±3,10	-0,146 ^a	0,884	4,07±2,21	-0,707 ^a	0,479
	Hayır	4,76±3,44			4,58±2,73		
Sürekli bir ilaç kullanımı	Evet	4,57±3,13	-0,187 ^a	0,852	4,06±2,22	-0,827 ^a	0,408
	Hayır	4,75±3,42			4,58±2,72		
Cerrahi girişim öyküsü	Evet	4,84±3,28	-0,852 ^a	0,394	4,18±2,37	-0,877 ^a	0,380
	Hayır	4,43±3,33			4,64±2,75		

*:p<0,05; a: Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis-H testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Cerrahi işlem öncesi yapılan değerlendirmede, tanıtıcı özelliklerinden çalışma durumu ve alkol tüketimine göre hastaların PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu görüldü (p<0,05). Aktif bir işte çalışan (Z=-2,111; p=0,035) ve alkol tüketimi olan (Z=-2,032; p=0,042) hastaların cerrahi işlem öncesi uyku kalitesinin daha düşük olduğu bulundu.

Cerrahi işlem sonrasında yapılan değerlendirmede, tanıtıcı özelliklerine göre hastaların PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Tanıtıcı Özelliklere Göre RCU Ölçeği Puan Ortalamaları (N=130)

Değişkenler	RCU								
	AÖ-Ön test			AS-Dren Varken			AS-Dren Yokken		
	Ort.±SS	Test	p-	Ort.±SS	Test	p-	Ort.±SS	Test	p-
		değeri	değeri		değeri	değeri		değeri	değeri
Yaş		-0,192 ^a	0,848		-0,687 ^a	0,492		-0,094 ^a	0,925
<60	72,14±16,04			60,39±15,55			75,01±12,66		
≥60	72,76±14,83			62,16±15,32			76,29±10,26		
Cinsiyet		-0,697 ^a	0,486		-0,016 ^a	0,987		-0,394 ^a	0,694
Kadın	71,88±14,50			61,24±15,54			75,75±9,49		
Erkek	72,52±15,68			61,17±15,46			75,55±12,01		
Medeni durum		0,321 ^b	0,852		0,593 ^b	0,743		0,192 ^b	0,908
Evli	74,82±11,89			66,93±13,46			77,19±8,52		
Bekar	72,01±15,98			59,37±15,66			74,96±12,31		
Dul-Basanmış	71,94±16,80			67,01±13,41			78,19±9,96		
BKİ grup		1,898 ^b	0,387		0,904 ^b	0,636		1,941 ^b	0,379
Normal	75,98±11,98			59,25±15,41			76,87±9,17		

Kilolu	69,10±17,72			61,63±15,52			73,60±13,34		
Obez	73,64±14,43			61,83±15,53			76,80±10,98		
Eğitim düzeyi		0,032 ^b	0,984		5,456 ^b	0,065		0,399 ^b	0,819
Okuryazar	74,82±11,89			66,93±13,46			77,19±8,52		
İlk-Ortaöğretim	72,01±15,98			59,37±15,66			74,96±12,31		
Lisans	71,94±16,80			67,01±13,41			78,19±9,96		
Çalışma durumu		-0,395 ^b	0,693		-0,419 ^a	0,675		-0,019	0,985
Çalışıyor	70,42±17,52			61,58±15,47			74,32±13,98		
Çalışmıyor	73,67±13,98			60,92±15,47			76,38±9,88		
Sosyal güvence		-1,242 ^a	0,214		-0,503 ^a	0,615		-0,751	0,453
Evet	72,16±15,54			61,25±15,46			75,44±11,73		
Hayır	78,83±12,58			59,33±15,69			79,17±8,40		
Gelir durumu		0,217 ^b	0,897		0,104 ^b	0,949		0,056	0,972
Gelir giderden az	75,49±12,99			60,49±6,88			77,36±7,62		
Gelir gidere eşit	72,18±15,49			61,59±15,12			75,52±11,77		
Gelir giderden fazla	71,87±16,60			60,20±16,19			75,03±12,74		
Sigara		-2,147 ^a	0,032		-1,101 ^a	0,271		-1,786	0,074
Evet	70,67±15,08			60,19±14,97			74,27±11,97		
Hayır	75,03±15,78			62,66±16,08			77,55±10,89		
Alkol		-1,532 ^a	0,126		-1,018 ^a	0,309		-1,605	0,109
Evet	60,42±20,35			53,65±21,79			61,56±21,70		
Hayır	73,20±14,85			61,67±14,89			76,50±10,14		
Kronik hastalık		-0,267 ^a	0,789		-0,669 ^a	0,503		-0,610	0,542
Evet	72,39±15,25			60,12±15,93			75,12±11,28		
Hayır	72,43±15,69			61,93±15,09			75,91±11,92		
Sürekli bir ilaç		-0,216 ^a	0,829		-1,019 ^a	0,308		-0,714	0,475
Evet	72,19±15,47			59,38±16,32			74,92±11,39		

Hayır	72,58±15,54	62,41±14,73	76,04±11,83
Cerrahi girişim	-0,749 ^a 0,454	-0,346 ^a 0,729	-0,754 0,451
Evet	71,45±16,08	60,86±15,66	74,88±11,89
Hayır	73,82±14,53	61,64±15,19	76,60±11,25

*:p<0,05; a: Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis-H testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Cerrahi işlem öncesi dönem, cerrahi işlem sonrası dren varken ve dren çekildikten sonraki dönemlerde yapılan bütün değerlendirmelerde, tanıtıcı özelliklerine göre hastaların RCU ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p>0,05) (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Hastaların Uyku Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130)

Değişkenler	PUKİ			RCU		
	AÖ-Ön test			AÖ-Ön test		
	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri
Uyku düzeni		-8,389^a	<0,001*			
Düzenli	2,97±1,62			81,20±5,61	-8,650^a	<0,001*
Düzensiz	8,82±2,56			51,14±9,90		
Uykuya geçme durumu		-7,885^a	<0,001*		-8,066^a	<0,001*
Kolay	3,01±1,54			80,25±7,91		
Zor	8,71±2,89			53,44±12,50		
Uykuya geçiş öncesi uyku ritüeli varlığı		-2,577^a	0,010*		-1,002^a	0,316
Evet	7,00±3,89			68,78±16,54		
Hayır	4,42±3,14			72,82±15,35		
Kullanılan yastık sayısı		-0,093^a	0,926		-0,449^a	0,654
I	4,69±3,32			72,38±15,13		
II	4,66±3,28			72,48±16,25		
Yatış pozisyonu		1,673^b	0,643		0,894^b	0,827
Sırtüstü	5,00±3,29			71,67±16,13		
Yüzüstü	5,26±3,65			70,44±15,30		
Sağ Yan	4,42±3,26			73,21±16,01		
Sol Yan	4,68±3,23			72,42±15,45		
Uyku için uygun ışık durumu		-0,217^a	0,828		-0,068^a	0,946
Loş	4,68±3,20			72,34±15,93		
Karanlık	4,68±3,39			72,48±15,16		
Uyku için uygun ses durumu		0,987^b	0,611		4,625^b	0,099
Tamamen sessiz	5,22±3,83			68,83±16,49		
Yarı gürültülü	4,11±2,84			75,79±13,00		
Sesten etkilenmiyor	4,60±3,06			73,18±15,80		
Aşırı uykusuz hissetme durumu		-6,053^a	<0,001*		-6,261^a	<0,001*
Evet	8,16±3,33			54,77±15,36		
Hayır	3,54±2,36			78,18±10,29		
Kafeinli içecek tüketimi		-0,480^a	0,631		-0,087^a	0,931

(çay, kahve vb.)		
Evet	4,62±3,26	72,44±15,56
Hayır	4,95±3,51	72,31±15,28

*:p<0,05; a: Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis-H testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Cerrahi işlem öncesi dönemde PUKİ puanlarına göre yapılan değerlendirmede, uykusu düzenli olan ($Z=-8,389$; $p<0,001$), kolay bir şekilde uykuya dalan ($Z=-7,885$; $p<0,001$), uykuya geçiş öncesi uyku ritüeline gerek duymayan ($Z=-2,577$; $p=0,010$) ve kendini uykusuz hissetmeyen ($Z=-6,053$; $p<0,001$) hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi.

Cerrahi işlem öncesi dönemde RCU ölçeği puanlarına göre yapılan değerlendirmede, uykusu düzenli olan ($Z=-8,650$; $p<0,001$), kolay bir şekilde uykuya dalan ($Z=-8,066$; $p<0,001$) ve kendini uykusuz hissetmeyen ($Z=-6,261$; $p<0,001$) hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulundu (Tablo4-11).

Tablo 4-12: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Uyku Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130)

Değişkenler	PUKİ				RCUÖ			
	AS-Son test		AS-Dren Varken		AS-Dren Yokken			
	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri	Ort.±SS	Test değeri
Uyku düzeni		-6,746^a	<0,001*		-8,676^a	<0,001*		-6,609^a
Düzenli	3,11±1,80			72,13±7,55			81,35±6,79	
Düzensiz	5,93±2,45			47,58±11,27			68,42±12,41	
Uykuya geçme durumu		-5,342^a	<0,001*		-8,065^a	<0,001*		-5,395^a
Kolay	3,35±2,05			71,66±8,64			80,40±8,42	
Zor	5,52±2,54			49,31±12,51			70,14±12,38	
Yatış pozisyonu		0,742 ^b	0,690		9,103^b	0,011*		1,306 ^b
Sırtüstü ¹	4,39±2,22			57,74±15,52	fark **:1<3		74,96±12,44	
Sağ yan ²	4,38±2,87			61,48±15,19			75,02±11,10	
Sol yan ³	4,31±2,73			67,99±13,54			77,67±10,64	
Uykuya dalmak için herhangi bir desteğe gereksinim duyma		-4,473^a	<0,001*		-4,637^a	<0,001*		-4,092^a
Evet	3,44±1,83			66,66±13,67			79,19±9,27	
Hayır	5,56±2,80			54,15±14,75			70,96±12,72	

*:p<0,05; a: Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis-H testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, **: Bonferroni testi

Cerrahi işlem sonrası dönemde PUKİ puanlarına göre yapılan değerlendirmede, uykusu düzenli olan ($Z=-6,746$; $p<0,001$), kolay bir şekilde uykuya dalan ($Z=-5,342$; $p<0,001$) ve uykuya dalmada bir destek alan ($Z=-4,473$; $p<0,001$) hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu

görüldü.

Cerrahi işlem sonrası dren varken ve dren çekildikten sonraki dönemlerde RCU ölçeği puanlarına göre yapılan değerlendirmede, uykusu düzenli olan (dren varken, $Z=-8,676$; $p<0,001$ ve dren yokken, $Z=-6,609$; $p<0,001$), kolay bir şekilde uykuya dalan (dren varken, $Z=-8,065$; $p<0,001$ ve dren yokken, $Z=-5,395$; $p<0,001$) ve uykuya dalmada bir destek alan (dren varken, $Z=-4,637$; $p<0,001$ ve dren yokken, $Z=-4,092$; $p<0,001$) hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi.

Cerrahi işlem sonrası dren varken yapılan değerlendirmede, yatış pozisyonuna göre hastaların RCU ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlendi ($KW\chi^2=9,103$; $p=0,011$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın sırtüstü yatan hasta grubu ile sol yan tarafa yatan hasta grubu arasında olduğu görüldü. Bu bulgudan sol yan tarafına yatan hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulundu (Tablo 4-12).

Tablo 4-13: Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Uyku ve Yatış Şekli Alışkanlıklarına Göre PUKİ ve RCU Ortalamaları (N=130)

Değişkenler	PUKİ			RCU			RCU		
	AS-Son test			AS-Dren Varken			AS-Dren Yokken		
	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri	Ort.±SS	Test değeri	p-değeri
Cerrahi tipi		-3,096^a	0,002*		-2,115^a	0,034*		-2,857^a	0,004*
Laparoskopik	3,87±2,56			63,68±15,14			77,85±10,84		
Açık	4,97±2,38			58,16±15,32			72,85±12,03		
Dren tipi		-0,214^a	0,830		-0,568^a	0,570		-0,412^a	0,680
Hemo	4,15±2,09			60,45±14,85			75,85±10,47		
Mini	4,58±2,91			61,91±16,04			75,32±12,75		
Herni bölgesi		3,016^b	0,221		3,006^b	0,222		5,437^b	0,066
Sağ inguinal	4,27±2,48			63,65±15,22			77,76±10,19		
Sol inguinal	4,95±2,89			58,86±15,46			71,75±14,16		
Umblikal	3,70±1,86			59,01±15,46			76,42±9,12		
Drenin konumu		-0,750^a	0,453		-1,322^a	0,186		-2,545^a	0,011*
Sağ üst/alt kadran	4,19±2,34			62,57±15,46			77,71±10,00		
Sol üst/alt kadran	4,66±2,80			58,95±15,22			72,18±13,24		

*: $p<0,05$; a: Mann-Whitney U testi, b: Kruskal Wallis-H testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, **: Bonferroni testi

Cerrahi işlem sonrası dönemde PUKİ puanlarına göre yapılan değerlendirmede, laparoskopik yöntemle cerrahi işlem uygulanan hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi ($Z=-3,096$; $p=0,002$).

Cerrahi işlem sonrası dren varken ve dren çekildikten sonraki dönemlerde RCU ölçeği puanlarına göre yapılan değerlendirmede, laparoskopik yöntemle cerrahi işlem uygulanan hastaların uyku kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu (*dren varken*, $Z=-2,115$; $p=0,034$ ve *dren yokken*, $Z=-2,857$; $p=0,004$).

Cerrahi işlem sonrası dren çekildikten sonraki dönemlerde RCU ölçeği puanlarına göre yapılan değerlendirmede, dren lokalizasyonu sağ tarafta olan hastaların uyku kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü ($Z=-2,545$; $p=0,011$) (**Tablo 4-13**).

Tablo 4-14: Hastanın Dren Olan Tarafa Doğru Pozisyon Alıp Yatma Durumuna Göre Hastaların PUKİ Ve RCU Puan Ortalamaları (N=130)

		Dren olan tarafa doğru pozisyon alıp yatma durumu		Test değeri ^a	p-değeri
		Evet (n=22; %16,9)	Hayır (n=108; %83,1)		
Ölçüm	Ölçüm zamanı	Ort.±SS	Ort.±SS		
RCUÖ	AS-Dren Varken	60,30±16,35	61,35±15,29	-0,177	0,859
PUKİ	AS-Son test	5,00±2,81	4,24±2,46	-1,121	0,262

p>0,05; a: Mann-Whitney U testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Hastanın dren olan tarafa doğru pozisyon alıp yatma durumuna göre hastaların PUKİ ve RCU ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (**Tablo 4-14**).

5. TARTIŞMA

Cerrahi kliniklerde hastaların ameliyat sonrası dönemde uyku kalitelerini artırmak, konforlarını sağlamak ve sürdürmek için hemşireler tarafından farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Yılmaz ve diğ. 2022). Yaşamın sağlıklı bir şekilde devam edebilmesinde uykunun önemli bir yeri vardır. Uyku kalitesinin yüksek olması fiziksel ve zihinsel sağlığı, hayat kalitesini korumaya oldukça etkilidir (İlhan ve diğ. 2016).

Literatürde cerrahi geçiren hastalar ile ilgili yapılan çalışmalardan Duran'ın (2020) ameliyat öncesi bekleme süresinin kaygı ve uyku kalitesi üzerine etkisi ile ilgili çalışmasında hastaların %58,9'unun kadın, %41,1'inin erkek olduğu görülmüştür. Amerika verilerine göre yaklaşık olarak her yıl 800.000 inguinal herni ameliyatı yapıldığı bildirilmekte, her 4 erkekten 1'inin hayatı boyunca inguinal herni kaynaklı cerrahi operasyon geçirdiği belirtilmektedir (Zendejas ve diğ., 2013). İnguinal herni cerrahisinde yaşam boyu prevalansın kadınlar için %3 olduğu tahmin edilmektedir. Erkekler için inguinal herni insidansı yaşla birlikte değişmektedir. 25-34 yaş arası prevelans %15 civarındayken, 75 yaş üzeri hastalarda %47 seviyesine yükselmektedir. Femoral fitik onarımı işlemi daha çok kadın hastalara yapılmasına karşın her iki cinsiyet için en sık indirekt inguinal herni görüldüğü belirtilmektedir (McIntosh ve diğ. 2000). Banks ve diğ. (2005) çalışmasında da cerrahi türü olarak tüm herniler içinde %75 oranında inguinal herni görüldüğü ve bu cerrahi tipinin erkek bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmada, hastaların %85'inin erkek cinsiyetinde olduğu belirlendi. Çalışma sonucu erkek cinsiyeti literatüre göre bazı çalışmalarla uyumlu olduğu görüldü. Hastaların büyük çoğunluğunun inguinal herni tanısı ile cerrahi girişim geçirdiğinden bu sonuç beklenilendir.

Cerrahi girişimlerle ilgili yapılan çalışmalarda Karanci ve diğ. (2003) yaş ortalamasını 32.98 ± 12.84 , Fındık ve diğ. (2012) 49.20 ± 16.64 , Yalçın ve diğ. (2012) 55.57 ± 14.43 ve Duran (2020) 46.03 ± 13.75 olarak saptamıştır. Çalışmada ise yaş ortalaması $56,15 \pm 11,66$ olduğu ve Yalçın ve diğ. Çalışmasına benzer olduğu bulundu. Bu sonucun ortaya çıkmasında gerek hastanenin bulunduğu yerleşim yeri gerekse ilgili cerrahi türünün daha fazla görüldüğü yaş grubunun etkisi olduğu düşünüldü.

Literatürde çeşitli çalışmalarda araştırmaya dahil edilen bireylerin Duran'ın (2020) çalışmasında %80,1, Karanci ve diğ. (2003) çalışmasında %67, Okanlı ve diğ. (2006) %78,8 ve

Şendir ve diğ. çalışmasında %72,5 oranında evli oldukları saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %79'unun evli olduğu belirlendi. Çalışmanın sonuçları literatür ile benzer olduğu görüldü. Hastaların yaşı ve toplumun sosyolojik yapısı nedeni ile çoğunun evli olması beklenendir.

Duran (2020), Okanlı ve diğ. (2006), Acaroğlu ve diğ. (2007) cerrahi kliniklerde anksiyete, kaygı, depresyon düzeyi ve uyku kalitesi ile ilgili çeşitli çalışmalarında hastaların çoğunun sosyal güvencesinin var olduğu görülmüştür. Çalışmada hastaların %96'sının sosyal güvencesi olduğu ve literatürle uyumlu olduğu bulundu. Bu durumun çalışmanın devlet hastanesinde gerçekleştirilmesi ile ilgili olduğu düşünüldü.

Aygin ve Şen'in (2019) çalışmasında sigara içenlerin oranı %73, Ping-Ma ve diğ. (2019) çalışmasında %20,2 olarak bulunmuştur. Alkol kullanımı ise Ping-Ma ve diğ. (2019) çalışmasında %50,3 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda sigara kullanan bireylerin oranı %40, alkol kullananlarınki ise %6 olarak bulundu. Bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı toplumun kültürel farklılıklarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Candan ve diğ. (2003) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalık oranını %28.1 olarak bulmuşlardır. Yılmaz ve diğ. (2008) çalışmasında %36, Duran'ın (2020) çalışmasında ise %42 oranında kronik hastalık oranı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda hastaların %42'sinin tanı konulmuş bir kronik hastalığı olduğu görüldü. %41'i düzenli ilaç kullanmakta ve %59'unun da daha önce bir cerrahi işlem geçmişi olduğu görüldü. Çalışmanın örnekleminde kronik hastalık oranı bazı literatüre benzer bazı literatüre göre de yüksek olduğu belirlendi. Cerrahi işlem geçmişi oranı ise literatürle benzerlik gösterdiği görüldü (Duran (2020), Kaya ve diğ. (2007), Yılmaz ve diğ. (2008)).

Bingmer ve diğ. (2019) çalışmasında 1999-2018 yılları arasında yapılan çeşitli cerrahi işlemlerde açık cerrahiden laparoskopik işleme geçiş oranı incelenmiştir. Bu çalışmaya göre laparoskopik işlem oranında ciddi bir artış görülmüş ve son 10 yılda inguinal herni cerrahisinde laparoskopik eğilimin ciddi derecede arttığı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmada cerrahi girişim yöntemi olarak %55 oranında laparoskopik girişim bulundu. Bu sonucun literatürle uyumlu olduğu görüldü. Bu sonucun cerrahideki gelişmelere paralel olarak laparoskopik yöntemin tercih edilmesi ve laparoskopik cerrahinin ameliyat sonrası erken iyileşme, komplikasyonların az görülmesi ve erken taburculuk gibi avantajlarının olması nedeni ile daha çok tercih edildiği düşünülmektedir.

Yılmaz ve diğ. (2008) hastaların yaşları, cinsiyeti ve uyku durumları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Karagözoğlu ve diğ. (2007) çalışması

ise bireylerin yaşı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ancak cinsiyet ile uyku arasında istatistiksel yönden farklılık olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise cerrahi girişim öncesi değerlendirmede PUKİ ve RCU ölçeği ortalamalarında yaş ve cinsiyet özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$)

Yalçın ve diğ. (2012) çalışmasında cerrahi birimlerde yatan hastaların uyku kalitesi düzeyi puanının ortalaması 5.74 ± 3.19 olarak saptanmış olup, hastaların %55'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir. Yang ve diğ. (2015) çalışmasında ise 12.39 ± 5.26 olarak bulunmuştur. Çalışmada ise cerrahi öncesi hastaların %71'inin uykusunun düzenli olduğu ve uykuya dalmada güçlük çekmediği belirlendi. Cerrahi sonrası ise %55 oranında uykusunun düzenli ve %53 oranında uykuya dalmada sorun yaşamadığı saptandı. Bu verilerdeki farklılıkları etkileyen çeşitli etmenler olduğu literatürdeki çalışmalarla da desteklenmektedir (Önler & Yılmaz 2008, Southwell & Wiston 1995, Yılmaz ve diğ. 2008).

Cerrahi işlem sonrası uykuya dalmada desteğe gereksinim duyma oranının %56 olarak bulunması hastaların genel olarak ameliyat sonrası dönemde analjezik ihtiyacıyla orantılı olduğunu düşündürdü. Robinson ve diğ. (2005) çalışmasında hastanede uyku sorunu yaşayan bireylerde masaj, aromaterapi, müzik gibi uygulamaların yararlı olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve diğ. (2008) çalışmasında dahil edilen bireylerin %77,6'sında hastaneye yatış sonrası uyku düzeninde değişiklik yaşadıkları ve uyku sürelerinde azalma olduğu bulunmuştur.

Cerrahi işlem öncesi ve sonrası yatış pozisyonu ile ilgili verilerde cerrahi öncesi döneme göre hastaların %49'unda pozisyon değişikliği görüldü. Cerrahi işlem öncesi sırtüstü yatış oranı %14 iken cerrahi sonrası dönemde bu oran %47'ye yükseldi. Cerrahi öncesi %15 oranında yüzüstü yatış tercih eden varken cerrahi sonrası bu oran %0 olarak bulundu. Bu verinin elde edilmesinde bireylerin cerrahi sonrası ameliyat kesisine baskı olması nedeniyle yüzüstü yatamamasının etkili olduğu düşünüldü. Sağ ve sol yan ile ilgili değişikliklerin de ameliyat edilen bölgenin yönüyle ilişkili olduğu düşünüldü.

Savaş (2009), çalışmasında PUKİ'ye göre her bir ögenin skor değerlendirmesinde gündüz işlev bozukluğu skoru ($p=0,038$) olarak bölgesel anestezi alanlar ile genel anestezi alanlar arasında anlamlı bir farklılık saptamıştır. Global skor olarak bakıldığında iki grubun karşılaştırmasında bölgesel anestezi alanların uyku kalitesinin genel anestezi alanlara göre daha yüksek bulunduğu ve bu durumun istatistiksel yönden anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p=0,043$). Çalışmada ise cerrahi öncesi ve sonrası olarak PUKİ'ye göre alt gruplar değerlendirildiğinde cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası uyku latansı ($Z=-3,618$; $p<0,001$), uyku süresi ($Z=-2,920$; $p=0,004$) ve gündüz işlev bozukluğu ($Z=-2,401$; $p=0,016$) alt boyut puanlarında

istatistiksel olarak anlamlı derecede düşme olduğu bulundu. Bu veriler sonucunda cerrahi işlem sonrası bireylerin uyku latansı, uyku süresi ve gündüz işlev bozukluğu ilişkili uyku kalitesinin arttığı belirlendi.

PUKİ'ye göre cerrahi işlem öncesi uyku kalitesi iyi olan 94 (%72) hastanın %3,2'sinin uyku kalitesinin kötüleştiği; cerrahi işlem öncesi uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilen 36 (%28) hastanın %17'sinin uyku kalitesinin iyileştiği saptandı. Genel olarak PUKİ puan ortalamalarının sınıflamasına bakıldığında cerrahi işlem öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel yönden anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$). Bu durumun ölçeğin değerlendirme kriterleri ile ilişkili olduğu düşünüldü. Uzun döneme ait değerlendirme verilerini ortaya koyan bir ölçek olduğu için ameliyat sonrası değerlendirme dönemi, bireylerin iyileşme süreci ile beraber ameliyat öncesi değerlendirme verilerine benzer sonuçlar ortaya koyabilmektedir.

Griffiths ve diğ. (2005) çalışmasında hastaneye yatış sonrası hastalarda evdeki yaşamlarına göre uyku problemlerinin arttığını, Lee ve diğ. (2007) ise yaşlı hastaların hastaneye yatış sonrası uyku düzenlerinde değişiklik olduğunu saptamışlardır. İncekara (2004) ise hastaların %54,4'ünün hastaneye yatış sonrası uyku sorunları yaşadığını ortaya koymuştur. Southwell ve diğ. (1995), cerrahi işlem geçiren hastaların uyku kalitesinin ağrı, preoperatif ve postoperatif dönemler, pozisyon kısıtlılığına bağlı durumlardan kötü etkilendiğini saptamıştır. Buna karşın Yılmaz ve diğ. (2008) hastaların cerrahi işlem geçirmesinin uyku kalitesine etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Önler ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında bireylerin bedenlerinde bulunan tıbbi cihazlardan etkilenme durumu incelenmiştir ve çalışmaya dahil edilen bireylerin %39,6'sı etkiliyor, %30,5'i çok etkiliyor yanıtını vermişlerdir. Bu veriler hastaların çoğunda bedenlerindeki tıbbi cihazların uyku düzenini etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda RCU ölçeği toplam ve bütün alt boyut puanlarının cerrahi işlem öncesine göre cerrahi işlem sonrası dren varken istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düştüğü ($p<0,001$), dren çekildikten sonra da istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) bulundu. Bu sonuçtan dren varlığının hastaların uyku kalitesini düşürdüğü, drenin çekilmesiyle birlikte hastaların uyku kalitesinin cerrahi öncesinden daha iyi hale geldiği belirlendi. Çalışmadan elde edilen verilerin literatür ile uyumlu olduğu görüldü (Önler & Yılmaz, 2008). Dren varlığının hastaların yatış pozisyonunu ve drenle uyumanın hastayı psikolojik olarak da etkilediğini düşünebiliriz.

Literatürde uyku düzenini en çok etkileyen etkenlerin ağrı, hastalıkla ilgili anksiyete, çevresel gürültü, odanın kalabalık olması ve yatak ile ilişkili faktörler olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Yılmaz ve diğ. (2008), Tosunoğlu (1997)). Literatürde fazla veriye

ulaşılamayan yatış pozisyonu ve uyku kalitesi ilişkisini içeren bir değerlendirme boyutunu ele aldığımız çalışmada cerrahi işlem geçiren hastaların uyku pozisyonları cerrahi işlem öncesi döneme göre farklılık gösterdiğinde uyku kalitesinde düşme yaşandığı bulundu. Aynı zamanda dren varlığının da uyku kalitesinde önemli bir düşüşe neden olduğu görüldü. Her birey kendine özgü bir yatış ve uyku alışkanlığı geliştirmekte ve bu alışkanlığı sürdürme eğilimindedir. Bu alışkanlıkların değişmesinin ve bireyi rahatsız eden dren gibi bir tıbbi cihaz varlığının uyku kalitesine olumsuz etkisi olması çalışmada beklenen sonuçlar arasındadır. Literatüre bakıldığında Önler ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında bireylerin uyku öncesi alışkanlıklarını yerine getirmemesi durumundan etkilenme oranı %29 oranında saptanmış ve bireylerin hastane ortamında da uyku alışkanlıklarını sürdürebilmesi ile uyumlu olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerle ilgili incelenen parametrelerde RCU ölçeği puanlamalarında herhangi bir dönemde istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmazken PUKİ verilerinde cerrahi öncesi dönemde bazı alt gruplarda anlamlı farklılıklar ortaya koyuldu. Aktif bir işte çalışan ($Z=-2,111$; $p=0,035$) ve alkol tüketimi olan ($Z=-2,032$; $p=0,042$) hastaların cerrahi işlem öncesi uyku kalitesinin daha düşük olduğu görüldü. Cerrahi sonrası dönem için yapılan PUKİ analizinde anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu sonuca ulaşılmasında bireylerin cerrahi sonrası dönemde iyileşme sürecinde sigara alkol tüketimi gibi alışkanlıklarını sınırlandırması ve aktif olarak çalışmaması, izin/rapor kullanılması gibi durumların etkili olduğu düşünüldü.

Tamdoğan ve diğ. (2015) çalışmasında daha önce cerrahi girişim geçirenler ve alkol kullananların uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamda bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Aynı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesinde düşme olduğu ortaya koyulmuştur. Duman'ın (2015) çalışmasında uyku kalitesi ile meslek arasında bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$), alkol kullananlar ve cerrahi işlem geçirmiş olanların uyku kalitesi daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Çalışmada tanıtıcı özelliklerle ilgili incelenen parametrelerde RCU ölçeği puanlamalarında herhangi bir dönemde istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmazken PUKİ verilerinde cerrahi öncesi dönemde bazı alt gruplarda anlamlı farklılıklar ortaya koyuldu. Aktif bir işte çalışan ($Z=-2,111$; $p=0,035$) ve alkol tüketimi olan ($Z=-2,032$; $p=0,042$) hastaların cerrahi işlem öncesi uyku kalitesinin daha düşük olduğu görüldü. Cerrahi sonrası dönem için yapılan PUKİ analizinde anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu sonuca ulaşılmasında bireylerin cerrahi sonrası dönemde iyileşme sürecinde sigara alkol tüketimi gibi alışkanlıklarını sınırlandırması ve aktif olarak çalışmaması, izin/rapor kullanılması gibi durumların etkili olduğu düşünüldü.

Önler ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında gürültüden etkilenme durumu değerlendirildiğinde bireylerin %32.3'ü etkileniyorum, %22.6'sı çok etkileniyorum cevabını vermiştir. Hasta bireyler hastaneye yatışta normalde tolere edebilecekleri gürültü düzeyinden daha yüksek bir gürültü seviyesine maruz kalırlar ve uyku kaliteleri bu durumdan etkilenir. Literatürde benzer sonuçlar ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Kara (1996) ve Tosunoğlu (1997)). Bizim çalışmamızda ise her iki ölçekle yapılan değerlendirmelerde gürültü ile ilgili direkt olarak istatistiksel anlamlı bir farklılığa ulaşılmadı. Bu sonuçta cerrahi işlem geçiren bireylerin uyku kalitesini gürültüden daha öncelikli olarak etkileyen farklı etkenlerin varlığı olabileceği düşünüldü.

Çalışmada cerrahi işlem öncesi dönemde hem PUKİ hem de RCU ölçeği ile yapılan değerlendirmelerde uykusunun düzenli olduğunu ve kolay uykuya daldığını belirten bireylerin uyku kalitesinin daha yüksek düzeyde olduğu saptandı. Uykusunun yeterli olduğunu ve kendini uykusuz hissetmeyen bireylerin uyku kalitesinin ölçek değerlendirmesinde de daha yüksek sonuçlanması çalışmada elde edilmesi beklenen veriler arasındadır.

Dren ve yatış pozisyonunun ilişkisine bakıldığında cerrahi işlem sonrası dren varken yapılan değerlendirmede, yatış pozisyonuna göre hastaların RCU ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu görüldü ($KW\chi^2=9,103$; $p=0,011$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın sırtüstü yatan hasta grubu ile sol yan tarafa yatan hasta grubu arasında olduğu belirlendi. Bu bulgudan sol yan tarafına yatan hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulundu. Çalışmada cerrahi işlem sonrası dren çekildikten sonraki dönemlerde RCU ölçeği puanlarına göre yapılan değerlendirmede, dren lokalizasyonu sağ tarafta olan hastaların uyku kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü ($Z=-2,545$; $p=0,011$). Bu sonuca ek olarak cerrahi girişim uygulanan ve dren takılan tarafın aynı ya da zıt yönüne yatan hastaların uyku kalitesinde her iki ölçek değerlendirmesinde anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu sonuç araştırma verilerinden ulaşılması beklenen sonuçlardandır. Cerrahi sonrası bireylerin çoğu gerek yara yeri gerekse tıbbi cihaz varlığı nedeniyle sırtüstü yatış pozisyonunun zorunlu olduğunu düşünmektedirler. Ancak tıbbi olarak aksi bir gereklilik bulunmadıkça yatak içinde dönme egzersizleri ile birlikte sağ/sol yana dönme de desteklenmesi gereken pozisyonlardandır. Çalışmanın sonucunda sadece sırt üstü yatışta değil yan yatışta da bireylerin daha yüksek uyku kalitesine sahip oldukları görüldü. Dren varlığı genel olarak yarattığı ağrı ve huzursuzluk hissi ile birlikte uyku kalitesini etkilediği belirlendi. Literatürde bu ilişkiyi direkt olarak inceleyen çalışmaya ulaşılamadı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Fıtık cerrahisi sonrası dren varlığı ve yatış pozisyonunun uyku kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada;

- Yaş ortalaması $56,15 \pm 11,66$ (aralık:24-84) yıl olarak bulundu. Çalışmaya dahil edilen 130 hastanın %85'i erkek bireyler olarak bulundu. Hastaların %40'ının sigara kullanımı ve %42'sinin kronik hastalığının olduğu bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastaların %59'unun daha önceden cerrahi işlem deneyimi olduğu belirlendi.
- Hastaların %21'i umblikal, %79'u inguinal herni cerrahisi geçirdi. Inguinal hernilerin oranı sağ taraf %48, sol taraf %32 olduğu görüldü. Drenler en çok %49,2 oranıyla sağ alt kadrana, daha sonra ise %33,1'i sol alt kadrana yerleşimli olarak belirlendi.
- Cerrahi işlem öncesi hastaların %14'ünün sırtüstü, %15'inin yüzüstü, %50'sinin sağ yan ve %22'sinin sol yan pozisyonunda yattığı saptandı.
- Cerrahi işlem sonrası hastaların %47'sinin sırtüstü, %31'inin sağ yan ve %22'sinin sol yan pozisyonunda yattığı belirlenirken; cerrahi öncesine göre cerrahi sonrası hastaların %49'unun uyku pozisyonunun değiştiği saptandı.
- PUKİ değerlendirmesinde cerrahi öncesi ve sonrası arasında anlamlı değişiklik bulunmadı. RCU ölçeğine göre dren varlığıyla ilgili anlamlı ilişki bulundu.
- Dren varlığının uyku kalitesini düşürdüğü, drenin çekilmesiyle birlikte uyku kalitesinin öncekinden daha iyi hale geldiği görüldü.
- Cerrahi işlem öncesine göre uyku pozisyonu değişen bireylerin uyku kalitesinin kötüleştiği belirlendi.
- Cerrahi öncesi ve sonrası dönemde uykuya geçişi kolay olan bireylerin uyku kalitesi yüksek bulundu.
- RCU ölçeğine göre dren varken yapılan değerlendirmede uyku kalitesinin önemli derecede etkilendiği bulundu. Dren varken sol yan tarafına yatan hastaların uyku kalitesi daha yüksek bulundu.
- Dren yerleşimi sağ tarafta olan hastaların uyku kalitesi daha yüksek bulundu.

Yapılan çalışma sonuçları doğrultusunda dren varlığı ve yatış pozisyonu ile ilgili;

- Cerrahi işlem geçiren bireylerin uyku ve yatış alışkanlıklarının cerrahi öncesi dönemde değerlendirilmesi ve cerrahi sonrası uyku aktivitesinin desteklenmesi,
- Dren varlığının ve çalışma mekanizmasının hasta bireylerin anlayabileceği şekilde açıklanması,
- Hemşirelik bakımında bireyin uyku aktivitesini destekleyici uygulamalara yer verilmesi,
- Dren yerleşim yerinin desteklenmesi ve bireyin mümkün olduğunca sırt üstü ya da yan yatışlarının desteklenmesi,
- Yatış şekli ve cerrahi işlemler ile ilgili kanıta dayalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akdemir, N., 2003, Dinlenme-uyku ve düzensizlikleri, İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, In: Akdemir, N. & Birol, L. (ed.), 1. Baskı, Ekin Tıbbi Yayıncılık, İstanbul, 129-139.

Akyüz, N. & Çavdar, İ., 2017, Sindirim sisteminin (gastrointestinal sistem-gis) cerrahi hastalıkları ve bakımı, Cerrahi hemşireliği II, In: Akyolcu, N., Kanan, N. & Aksoy, G. (ed.), Bölüm 3, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ISBN: 978-605-335-343-0, 229-232.

Amid PK, Shulman AG Lichtenstein İL, Tension free hernioplasty, Am. J.Surg. 1993; 165:369.

Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. Hernia. 2004 Feb;8(1):1-7. doi: 10.1007/s10029-003-0160-y. Epub 2003 Sep 20. PMID: 14505236.

Amiri, S., 2023, Sleep quality and sleep-related issues in industrial workers: a global meta-analysis, JOSE International journal of occupational safety and ergonomics, Vol.29, No:1, 154-167 <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.2024376>

Arabacıoğlu, ND. (2021), Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi uyku kalitesinin ameliyat sonrası konfor düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne 2021

Aygin, D. ve Şen, S. (2019). Acupressure on Anxiety and Sleep Quality After Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. Journal of PeriAnesthesia Nursing:34(6), (s.1222-1231). <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.03.014>

Bay, H. (2021), Gebelikte uyku kalitesini arttırmaya yönelik uygulanan eğitim programının maternal uyku kalitesine etkisi, Doktora Tezi, İzmir 2021

Biçici, F., Hayta, SB., Akyol, M., Özçeli, KS. & Çınar, Z., 2015, Psoriasisli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi, Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi, 2015;49(3):208-212

Brueggemann PM, Tucker JK, Wilson P. Intermittent clamping of suction drains in total hip replacement reduces postoperative blood loss: a randomized, controlled trial. J Arthroplasty. 1999;14(4):470-472.

Bulut, A & ark., 2019, Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi dren takibi ve bakımına yönelik bilgi düzeyleri, Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg, 2019; 5(1);1278-1292 Doi:10.30569.adiyamansaglik.4938

Bumin, G., Tatlı, İY., Cemali, M., Kara, S. & Akyürek, G., 2019, Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019;6(3):170-176.

Cameron AE: Accuracy of clinical diagnosis of direct and indirect inguinal hernia. Br J Surg 81:250, 1994.

Campanelli, G., Bruni, P.G., Morlacchi, A., Lombardo, F., Cavalli, M. (2018). History and Evolution of Hernia Surgery. In: Campanelli, G. (eds) The Art of Hernia Surgery. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72626-7_1

Dilek, O. N. & Türel, K. S., 2009, Fıtık tamirinde mesh kullanımı ve komplikasyonları, Cerrahi Sanatlar Dergisi, 2 (1), 1-9.

Drake, C., Roehrs, T., Shambroom, J. & Roth, T., 2013, Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed. J Clin Sleep Med. 2013;9(11):1195-1200.

Durai R, Mownah A, Ng PC. Use of drains in surgery: a review. J Perioper Pract 2009; 19: 180-186.

Durai R, Ng PC. Surgical vacuum drains: types, uses, and complications. AORN J 2010; 91: 266-271. [CrossRef]

Duran, B. 2020, Hastaların ameliyat bekleme süresinin kaygı ve uyku kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir 2020

Erdal, M. 2016 Lokalize peritonitli akut apandisit hastalarında dren kullanımının batın içi apse, koleksiyon ve dren tıkanma üzerine etkileri, Uzmanlık Tezi, Kayseri 2016

Espana, RA. & Scammell, TE., 2011, Sleep neurobiology from a clinical perspective, Sleep, 2011;34(7):845-858 doi: 10.5665/SLEEP.1112

Fındık Ü. & Yıldızeli Topçu S., 2012, Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi: 19(2), (s.22-33).

Franz, M. G., 2006, The biology of hernias and the abdominal wall. Hernia, 10(6), 462–471.

Gordon, S., Grimmer, K., Trott, P., 2007, Sleep position, age, gender, sleep quality and waking cervico-thoracic symptoms. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. Jan 2007;5(1)

Gould, J., 2008, Laparoscopic versus Open Inguinal Hernia Repair. Surgical Clinics of North America, 88(5), 1073–1081.

Güneş, S. (2022), Kocaeli üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlisi doktorların uyku kalitesi ve uyku kalitesine etki edebilecek faktörlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi,

Kocaeli 2022

Güneş, Z., 2018, Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyeninin rolü ve stratejileri, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2018;27(2):188-198 doi:10.17827/aktd.351436

Hay JM, et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. Ann Surg. 1995;222:719-27. <https://doi.org/10.1016/j.jtherbio.2018.09.012>

İlhan Algin D, Akdağ G, Erdinç O., 2016, Kaliteli Uyku Ve Uyku Bozuklukları. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016;38.

İyigün, G., Angın, E., Kırmızıgil, B. & ark., 2017, Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinin mental sağlık, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation, 4(3), 125-133

Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y. ve ark., 2007, Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, *Toraks Dergisi* 8 (4), 234-40

Karanci, A. N. ve Dirik, G.(2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. Journal of Psychosomatic Research, 55, (s.363- 369). [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00631-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00631-1).

Bingmer, K., Ofshteyn, A., Sharon L. & diğ., 2020, Decline of open surgical experience for general surgery residents, Surgical Endoscopy; 2020 Feb;34(2):967-972. doi: 10.1007/s00464-019-06881-0. Epub 2019 Jun 10.

Okanlı, A., Özer, N. ve Akyıl, Çevik, R., 2006, Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: (4), (s.38-44).

Özcan, N. K., 2008, Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı, Temel hemşirelik:kavramlar, ilkeler, uygulamalar, In: Akça Ay, F. (ed.), Bölüm 16, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Türkiye, ISBN: 9756395702, 409-410

Özkan, H. (2009) Umblikal Herni Cerrahi Tedavisinde Ventralex Hernia Patch İle Onarım ve Diğer Onarım Tekniklerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2009

Özkaya, G., (2020), Kasık fıtıklarında laparoskopik yöntemler ve sonuçları, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul 2020.

Pelin, Z. & Gözükırmızı, E., 2001, Uykunun otogenetik özellikleri, Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry, 2001;2(2):67-68

Ping Ma H., & diğ., 2019, Psychometric evaluation of anxiety, depression, and sleep quality after amild traumatic brain injury:a longitudinal study, Hindawi Behavioural Neurolog:

Article ID 4364592, 9. <https://doi.org/10.1155/2019/4364592>.

Savaş, Y. (2009) Genel ya da bölgesel anestezi ile yapılan kasık fıtığı onarımlarının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar 2009.

Suslu N, Vural S, Oncel M & diğ. 2006, Is the insertion of drains after uncomplicated thyroid surgery always necessary? Surg Today. 2006;**36**(3):215-218.

Şendir, M., Acaroğlu, R., Kaya, H., Erol, S., Akkaya, Y., 2007, Evaluation of quality of sleep and effecting factors in hospitalized neurosurgical patients, Neurosciences: **12**(3), (s.226-231).

Şimşek, T. (2023), Uyku pozisyonlarına göre postür, ağrı, uyku kalitesi, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve fonksiyonelliğin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale 2023

Tamdoğan, S. (2015). Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Ağrının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tiwari, A, McFarlane, JP, Peters, JL., 2004, A simple technique for securing surgical drains. Injury Extra 2004;**35**(11):91-3.

Troynikov, O., Watson, CG. & Nawaz, N., 2018, Sleep environments and sleep physiology: a review, Journal of thermal biology, **78** (2018), 192-203

Ülker, S. (2010) Hastanelerde genel cerrahi bölümlerinde yapılan ameliyatların tıbbi analizi ve Üsküdar devlet hastanesinde bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2010

Weidenhagen R, Gruetzner KU, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch KW, 2008, Endoluminal vacuum therapy for the treatment of anastomotic leakage after anterior rectal resection. Rozhl Chir. 2008;**87**(8):397-402.

Yalçın Atar, N., Kırbıyık, E., Kaya, N., Kaya, H., Turan, N., 2012, Bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumunu etkileyen faktörler, Türkiye Klinikleri J Nurs:**4**(2), (s.74-84).

Yılmaz, E., Kutlu, K. A., Çeçen D., 2008, Cerrahi kliniklerde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler, Yeni Tıp Dergisi, **25**: 149-156.

Yılmaz, H., Tuncel, D., 2014, Uyku bozukluklarında tedavi rehberi, Published online 2014:**97**.

Yılmaz, E., Kutlu, A. & Çeçen, D., 2008, Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler, Yeni tıp dergisi, 2008;**25**: 149-156

Yılmaz, M. & Karabulut, N., 2022, How can we improve the comfort level and sleep

quality after surgery, Journal of PeriAnesthesia Nursing 2022;**37**:100–104 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.05.008>

Yi, H., Shin, K. & Shin, C., 2006, Development of the sleep quality scale, J Sleep Res, 2006;**15**(3):309-316.

Yumak, M. (2020) Laparoskopik inguinal herni onarımlarının genel cerrahi uzmanlık eğitimindeki yeri, Uzmanlık Tezi, Kütahya 2020



EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bilgi Formu No:

Tarih:

Saat:

1) Yaş:

2) Cinsiyet:

a) Kadın

b) Erkek

3) Boy: Kilo:..... BKİ:

4) Eğitim Durumu:

a) Okuryazar

b) İlk-Ortaöğretim

c) Lisans

d) Lisans üstü

5) Medeni durumu:

a) Evli

b) Bekar

c) Dul-Boşanmış

6) Meslek:

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

c) Emekli

(.....)

7) Sosyal Güvence:

a) Var (.....)

b) Yok

8) Gelir Durumu:

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere eşit

c) Gelir giderden fazla

9) Alışkanlıklar :

a) Sigara (.....)

b) Alkol (.....)

c) Diğer (.....)

10) Mesai durumu :

a) Gündüz

b) Gece

c) Vardiyalı

d) Çalışmıyor

10) Mesai durumu :

- a) Gündüz b) Gece c) Vardiyalı d) Çalışmıyor

11) Kronik hastalıklar

- a) Yok b) Var (.....)

12) İlaç Kullanımı

- a) Yok b) Var (.....)

13) Cerrahi Girişim Geçmişi

- a) Yok b) Var (.....)

14) Şuanki Cerrahi Girişimle İlgili Bilgiler

a. Planlı	b. Acil
c. Laparoskopik	d. Açık
e. Dren tipi (.....)	f. Yatış Günü (.....)
g. İnguinal Herni	h. Umblikal Herni

EK 2: UYKU VE YATIŞ ŞEKLİ ALIŞKANLIKLARI FORMU

Bilgi Formu No:

Tarih:

Saat:

- 1) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Uyku Düzeninizi Nasıl Değerlendirirsiniz?
a) Düzenli
b) Düzensiz
- 2) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Uykuya Geçme Durumunuz Nasıldı?
a) Kolay
b) Zor
- 3) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Uyku Ritüeliniz/Alışkanlığınız var mı?
a) Yok
b) Var
- 4) Eğer var ise:
a) Uyku İlacı Kullanımı
b) Bitki Çayı
c) Müzik Dinleme
d) Kitap Okuma
e) TV/Film İzleme
f) Meditasyon
g) Masaj
h) Diğer (.....)
- 5) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Kaç Yastıkla Yatiyordunuz?
a) Yastıksız
b) 1
c) 2
d) 3 ve üzeri
- 6) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Öncesi Hangi Pozisyonda Yatiyordunuz?
a) Sırtüstü
b) Yüzüstü
c) Sağ Yan
d) Sol Yan
- 7) Sizin İçin Uyku Ortamınızın Işık Durumu Nasıl Olmalıdır?
a) Aydınlık
b) Loş
c) Karanlık
- 8) Sizin İçin Uyku Ortamınızın Ses Durumu Nasıl Olmalıdır?
a) Tamamen sessiz
b) Yarı Gürültülü
c) Sesten etkilenmiyor
- 9) Kendinizi Aşırı Uykusuz Hissediyor Musunuz?
a) Evet
b) Hayır
- 10) Çay, Kahve, Kafeinli İçecek Tüketim Alışkanlığınız Var mı?
a) Yok
b) Var (.....)

11) Saat 16:00'dan Sonra Kaç Bardak Çay, Kahve vb. İçecek Tüketirsiniz?

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri

12) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Uyku Düzeninizi Nasıl Değerlendirirsiniz?

- a) Düzenli b) Düzensiz

13) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Uykuya Geçme Durumunuz Nasıldı?

- a. Kolay b. Zor

14) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Hangi Pozisyonda Daha Rahat Uyudunuz?

- a) Sırtüstü b) Yüzüstü
c) Sağ Yan d) Sol Yan

15) Drenin Konumu:

- a) Sağ Üst Kadran b) Sağ Alt Kadran
c) Sol Üst Kadran d) Sol Alt Kadran

16) Hastaneye Yatış ve Cerrahi Girişim Sonrası Uykuya Dalmak İçin Herhangi Bir Desteğe

Gereksinim Duydunuz mu?

- a) Hayır b) Evet (.....)

EK 3: PİTTSBURG UYKU KALİTE İNDEKSİ

Sorulara verilecek cevaplar için son bir yılı göz önünde bulundurunuz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1)	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	Saat:
2)	Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?	Dakika:
3)	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	Saat:
4)	Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçen süreden farklı olabilir.)	Saat:
5)	Geçen ay aşağıda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?	
		GEÇEN AY
		Hiç 1'den az 1-2 kez 3'ten fazla
a.	30 dk içinde uykuya dalamadınız	
b.	Gece yarısı veya sabah erken uyandınız	
c.	Tuvalete gittiniz	
d.	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	
e.	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	
f.	Aşırı derecede üşüdünüz	
g.	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	
h.	Kötü rüyalar gördünüz	
i.	Ağrı duyduunuz	
j.	Diğer nedenler:	
6)	Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz	
	0. Çok iyi	1. Oldukça iyi 2. Oldukça kötü 3. Çok kötü
7)	Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli/reçetesiz) aldınız?	
	0. Hiç	1. 1'den az 2. 1-2 kez 3. 3'ten az
8)	Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite sırasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?	
	0. Hiç	1. 1'den az 2. 1-2 kez 3. 3'ten az
9)	Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?	
	0. Hiç problem oluşturmadı	1. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

	2. Bir dereceye kadar problem oluşturdu	3. Çok büyük bir problem oluşturdu			
10)	Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?				
	0. Bir yatak partneri ya da oda arkadařı yok	1. Diğer odada bir partneri ya da oda arkadařı var			
	2. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil	3. Partneri aynı yatakta			
11)	Eğer bir oda arkadaşı veya partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.				
		GEÇEN AY			
		Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten fazla
a. Gürültülü horlama					
b. Uykuda iken nefes alıp verme sırasında uzun aralıklar					
c. Uyurken bacaklarda seęirme ya da sıçrama					
d. Uyku esnasında uyumsuzluk ya da şaşkınlık					
e. Uyurken oluşan diğer durumlar:.....					

EK 4: RICHARDS- CAMPBELL UYKU ANKETİ

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

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

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

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor

Neredeyse yatar

Uykuya daldım

yatmaz uyudum

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

3-Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece

Çok

Döndüm durdum

Uyanmadım

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

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam

Ne zaman uyansam

ya da uyandırılısam

ya da uyandırılısam

uyuyamadım

hemen uyudum

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

5-Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi

Güzel bir geceydi

Neredeyse hiç uyumadım

hiç uyanmadım

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

6-Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı Gece gürültü çok azdı

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

Toplam uyku algısı**Richards-Campbell Uyku Ölçeği'nin Toplam Puanı:**

EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ (PUKİ VE RCU)

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

FİTİK CERRAHİSİ SONRASI DREN VARLIĞI ve YATIŞ POZİSYONUNUN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 11	% 4	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 1
5	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	sbfi.kcu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

Aleyna ATİK AKDOĞAN
(İmza)





KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Aleyna ATİK AKDOĞAN
(İmza)



ÖZGEÇMİŞ

