



## **BİDGE Yayınları**

### **Cerrahi Hasta Bakımında Seçilmiş Konular III**

**Editör:** Doç. Dr. Nurten Taşdemir

ISBN: xxxx

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

[www.bidgeyayinlari.com.tr](http://www.bidgeyayinlari.com.tr) - [bidgeyayinlari@gmail.com](mailto:bidgeyayinlari@gmail.com)

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /  
Ankara



## İçindekiler

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ameliyat Sonrası Evde Bakım .....                                                                                   | 4  |
| Turgut ŞÖHRET .....                                                                                                 | 4  |
| Zeynep GÜRKAN .....                                                                                                 | 4  |
| Konjenital Kalp Hastalığı Olan Adolesanlarda Tedaviye Uyumu<br>Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Yaklaşımları ..... | 19 |
| Tutku KIRÇI TEMİZ .....                                                                                             | 19 |
| Evrım KIZILER.....                                                                                                  | 19 |
| Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahilerde Hemşirelik Uygulamaları:<br>Hasta Memnuniyeti ve Postoperatif Bakım .....     | 33 |
| Volkan GÖKMEN.....                                                                                                  | 33 |
| Cerrahi Hemşireliğinin Afet Mahallerindeki Rolü .....                                                               | 52 |
| Zeynep GÜRKAN .....                                                                                                 | 52 |
| Turgut ŞÖHRET .....                                                                                                 | 52 |
| Cerrahi Hemşireliğinde Dijital Dönüşüm: Teknolojinin Hasta<br>Bakımına Etkisi.....                                  | 64 |
| Volkan GÖKMEN.....                                                                                                  | 64 |
| Kişilik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Anksiyeteye Etkileri ve<br>Ameliyat Sonrası Sonuçları .....                  | 87 |
| Çağla Gül SÜRÜCÜ .....                                                                                              | 87 |
| Nurten TAŞDEMİR.....                                                                                                | 87 |

# BÖLÜM I

## Ameliyat Sonrası Evde Bakım

**Turgut ŞÖHRET<sup>1</sup>**  
**Zeynep GÜRKAN<sup>2</sup>**

### Giriş

Kontrollü travma olarak bilinen cerrahinin sistemler üzerine birçok etkisi bulunmakla birlikte deri bütünlüğünün bozulması ve ciddi komplikasyonlar oluşturabilir. Bunlardan dolayı ameliyattan sonra hastalara kapsamlı ve yeterli zaman diliminde bakım sağlanması son derece önemlidir (Yayla ve ark., 2023). Ameliyat türüne değişmekle birlikte iyileşme süreci bazı hastalarda aylarca sürebilir. Örneğin; kalp cerrahisi ve ortopedik cerrahi sonrası iyileşme çok uzun sürebilir. Bundan dolayı ameliyat olan hastaların hastanede olduğu kadar evde bakımı da son derece önemlidir (Bilik,

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Iğdır Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Iğdır/Türkiye, Orcid: 0000-0002-0414-0110, turgutsohret@gmail.com

<sup>2</sup> Araş. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Van/Türkiye, Orcid: 0000-0002-4256-343X, zeynepgurkan@yyu.edu.tr

2017). Hastalar taburcu olduktan sonra olası komplikasyonların önlenmesi, oluşabilecek olumsuz olayların daha erken tanımlanmasını sağlamak ve hastaneye tekrar yatışın önlenmesi açısından evde uygulanabilecek birçok uygulama ve girişim bulunmakla birlikte bunların etkili bir şekilde uygulanması, sağlık bakım sonuçlarının iyileşmesi ve hasta için önemlidir (Gökçe ve Arslan, 2024).

### **Evde Hasta Bakımı Nedir?**

Bakım, bireylerin hayati önem taşıyan fiziksel, psikolojik ve sosyal aktivitelerinin sağlanması ve bu fonksiyonların yeniden kazanılmasını içerir. Bu tür bireyler, temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çeker, yaşam kaliteleri düşer ve hayatlarını sürdürebilmek için aile, akraba veya uzmanlardan destek almak durumunda kalırlar (Danış, 2011). Bakım, yalnızca sağlık kuruluşlarında değil, aynı zamanda evde de gerçekleştirilebilir. İşte bu noktada evde bakım kavramı gündeme gelir. Evde bakım hizmetleri, bireylerin sağlığını koruma, iyileştirme ve yeniden sağlığına kavuşturma amacı güden sağlık ve sosyal hizmetlerin, profesyonel veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu hizmetler, bireyin ihtiyaçlarına göre yaşam kalitesini artırmayı ve toplumsal saygınlığını korumayı hedefler. Aynı zamanda, bakıma muhtaç kişilerin aile üyeleri üzerindeki yükü azaltmak amacıyla psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Bu çerçevede, evde bakım hizmetleri genellikle kurum bakımının yerini almayı veya kurumda kalma gereksinimini azaltmayı ya da geciktirmeyi amaçlayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2010).

## Evde Hasta Bakımının Avantaj ve Dezavantajları

Evde hasta bakımının birçok avantaj ve dezavantajı vardır ve bunlar evde bakım alan kişilerin ihtiyaçlarına ve koşullarına göre değişiklik gösterebilir. Evde bakım, birey temelli bir bakım modelidir ve bu hizmetin en iyi şekilde değerlendirilebilmesi için avantajları ve dezavantajlarının birlikte göz önünde bulundurmak gerekir. Evde hasta bakımının avantaj ve dezavantajları Tablo 1’de detaylı bir şekilde verilmiştir (Tok ve Öztürk, 2021).

*Tablo 1. Evde Bakımın Avantaj ve Dezavantajları*

| Avantajları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dezavantajları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Daha etkin bir bakım sağlar.</li><li>-Kurumsal bakıma nazaran daha ekonomiktir.</li><li>-Hastanede kalış süresini azaltır.</li><li>-Hastane kaynaklı enfeksiyon bulaşını azaltır.</li><li>-Kişinin yaşam kalitesini yükseltir.</li><li>-Bakımın devamlılığı ve sürdürülebilirliğini sağlar.</li><li>-Kişinin normal alışkanlıklarının devam edilmesini sağlar.</li><li>-Hastalar yaşadıkları ortamda daha mutlu olurlar.</li><li>-Kişi kendi ortamında özerkliğini ve onurunu daha iyi korur.</li><li>-Birey ve yakınlarına verilen bakım konusunda eğitim imkanı sağlar.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>-Denetimi ve kontrolü güç olabilir.</li><li>-Geniş kapsamlı olduğu için hem personel hem de hasta yakınlarına eğitim verilmelidir.</li><li>-Özellikle invaziv girişimler sonrası bazı sorunlar olabilir.</li><li>-Eğitim seviyesi düşük hasta ve ailesinin verilen eğitimi anlamama olasılığı vardır.</li><li>-Uzun süreli bakımlarda hasta yakını yorgunluk ve tükenmişlik yaşayabilir.</li><li>-Evdeki imkanlar bakım için uygun olmayabilir.</li><li>-Hasta ve/veya yakını tedavi ve bakıma uyumsuz olabilir ve direnç gösterebilir.</li></ul> |

## **Evde Bakım Gereksinimi Olan Gruplar ve Uygulanan Hizmetler**

Toplumsal gelişmeler ve modern dönemin etkisiyle, özel gereksinim duyan bireylere yönelik yatılı hizmet kuruluşlarına alternatif yöntemlerin geliştirilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Kurumların sunduğu hizmetlerin verimsizliği, tatmin edici olmaması ve artan maliyetler nedeniyle, kurum bakımı artık son çare olarak görülmektedir. Bu durum, özel gereksinimli bireylerin daha bireysel, toplumsal ve entegre bir yaşam sürmelerine olanak tanıyacak yeni yöntemlerin ve alternatif hizmet modellerinin araştırılmasını teşvik etmiştir (Kök, 2023). Dünya genelinde, bakıma ihtiyaç duyan bireylere evde daha kaliteli hizmet sunabilmek amacıyla çeşitli politikalar geliştiriliyor ve kapsamlı evde bakım modelleri tasarlanmaktadır. Bu girişimler, evde bakımın aile ve devlet arasında hem kısa hem de uzun vadede bir denge oluşturacak şekilde düzenlenmesini amaçlamaktadır (Genç ve Barış, 2015). Bu açıdan bakıldığında zaman evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve hizmet alan grupların sayısı gittikçe artmaktadır ve bakım hizmetleri hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılamaktadır.

Evde bakım hizmeti alabilecek hastalıklar; kanser, ortopedik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları, diyabetes mellitus, engelliler, yaşlılar, enfeksiyon hastalıkları, doğum öncesi ve sonrası, oksijen tedavisi alanlar, terminal dönem hastalar, böbrek hastalıkları ve ameliyat sonrası bakım ihtiyaçları olanlar olarak sıralanabilir (Chiang, & Wang, 2016; Eltaybani ve ark., 2023; Kaplan, 2023). Evde bakım kapsamındaki hizmetler, en iyi sağlık ve bağımsızlık düzeyi sağlamak amacıyla birey, aile, bakım verenler ve multidisipliner sağlık bakım profesyonellerinin işbirliği ile yürütülür.

Multidisipliner ekip içerisinde; hasta, bakım verici, doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti, evde bakım teknisyenleri, beslenme uzmanları, psikolog, ebe ve ev ekonomisti yer almaktadır (Şişman, 2022). Evde bakım hizmetleri kapsamında uygulanan hizmetler (Yılmaz ve ark., 2010; Tok ve Öztürk, 2021)

- Sağlık hizmetleri,
- Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri,
- Tıbbi cihaz desteği hizmetleri,
- Eğitim hizmetleri,
- Danışmanlık hizmetler,
- Yeterli ve dengeli beslenme takibi,
- Sosyal destek hizmetleri,
- Hane ve kişisel temizlik hizmetleri,
- Alışveriş hizmetleri
- Ulaşım yardımı ve nakil hizmetleridir

Uygulanan bu hizmetler içinde bulunan; yara bakımı, kronik hastalıkların izlenmesi ve tedavi edilmesi, palyatif bakım hizmetlerinin sunulması, fizik tedavi uygulamaları, enteral veya parenteral beslenmenin sağlanması, terminal dönemdeki sorunların çözülmesi, solunum tedavilerinin gerçekleştirilmesi, ilaçların uygulanması, ağrı, malnütrisyon gibi durumların tespiti ve önlenmesi ya da azaltılması, hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin artırılması ile bakım verenlerin üzerindeki yükün hafifletilmesi gibi hizmetler önem taşımaktadır (Choliq, Nasrullah,



& Sukadiono, 2020; Pound, & Greenwood, 2016; Rajsic ve ark., 2019).

### **Ameliyat Sonrası Evde Bakım**

Cerrahi girişimler kontrollü travma olarak belirtilmekte olup tüm sistemlerin etkilenmesi, deri bütünlüğünün bozulması ve oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle kapsamlı bir bakım ve zaman gerektirmektedir (Baksi ve Genç, 2020; Henriques ve ark., 2016; Şahin ve Rızalar, 2018). Teknolojik ve tıbbi gelişmeler, ekonomik nedenler, hastane yatış süresinin kısalması, günübirlik cerrahinin artması ve yaşlılara uygulanan cerrahi sayısının artması gibi nedenlerden dolayı cerrahi girişimler sonrası evde bakıma yönelim de artma söz konusu olmuştur (Bilik, 2017). Cerrahi çeşitliliğinin ve sayısının artması ve evde bakıma yönelimin artmasından dolayı ameliyat sonrası evde bakım konusu önemli bir noktaya gelmiştir. Cerrahi girişimler hastaları fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olarak etkilemektedir. Bu bağlamda, ameliyat öncesi süreçten başlayarak, evde bakımı kapsayacak şekilde tam iyileşme olana kadar, hastalar fizyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi olarak tüm yönleri ile değerlendirilmeli ve iyileşmeyi hızlandırmak, cerrahi komplikasyonları önlemek için hastaya hemşirelik bakımı kaliteli ve eksiksiz verilmelidir (Eyi ve ark., 2016; Fındık ve Topçu, 2015; Gül ve ark., 2021; Nestler, 2019; Özşaker ve ark., 2021) Bu noktada ameliyat sonrası hastalara evde bakım sağlanırken bütüncül bir şekilde yaklaşılmalıdır. Ameliyat sonrası hastalar uygulanması gereken bakım ve eğitim konuları; yara

bakımı, ağrı kontrolü, uyku hijyeni, düşmenin önlenmesi, hijyen uygulamaları, ilaç kullanımı, beslenme gereksinimi, egzersiz, ev ortamı ile ilgili düzenlemeler, sınırlılıklar, cilt bütünlüğünün sağlanması, tromboembolizm, enfeksiyonun önlenmesi, meşguliyet terapisi, tıbbi cihaz kullanımı ve hastane kontrolü gibi konuları kapsamaktadır (Gökçe ve Arslan, 2024; Bilik, 2017). Bu konulardan en önemli olan başlıkların detayları aşağıda verilmiştir.

**Ağrı Kontrolü:** Hoş olmayan bir durum olan ağrı, ameliyat sonrası hastalarda %70 oranında orta ile şiddetli düzeylerde görülebilen ve iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir. Ağrının süresi ameliyat türüne göre değişebilmekte bazen aylarca sürebilmektedir (Akpolat ve ark., 2021). Bundan dolayı, hem sağlık kurumunda hem de evde ameliyat sonrası ağrının kontrol alınması oldukça önemlidir. Evde ağrının yönetimi için önemli noktalar; doktorun önerdiği ilaçların düzenli bir şekilde alınması, gereksiz hareketlerden kaçınmak, sağlık personelinin önerdiği sıcak-soğuk uygulamaları yapmak, yeterli su içmek, önerilen egzersizleri yapmak, ağrının takip edilmesi ve psikososyal destek uygulanmasıdır. Bunların yanı sıra hastalara ağrıya uygun non farmakolojik yöntemlerle ilgili eğitim vermek ve uygulamayı öğretmek de önemli uygulamalardan biridir. Tüm bunların uygulanması hastaların ağrısız daha iyi bir iyileşme dönemi geçirmesine yardımcı olabilir (Erdem ve Yümnü, 2023; Yıldırım ve Şendir, 2019).

**Yara Bakımı:** Ameliyat sonrası yara bakımı oldukça önemli konulardan biridir ve hem hastanın hem de hasta yakınının bu konuda bilgilendirilmesi son derece önemlidir. Yara bakımı yaranın şekline, durumuna ve lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte

özellikle; pansumanın nasıl yapılacağı, malzeme temini, yara hijyeni, banyo süreci, sütürların takibi ve alınma durumu ve eğer varsa dren takibi gibi önemli konuları içermektedir. Bununla birlikte yaranının sürekli değerlendirilmesi hem yaranın iyileşme durumu hem de yara enfeksiyon belirtileri belirlemek için önemlidir. Ameliyat bölgesinin fiziksel aktivite durumu da değerlendirilmeli ve buna göre fizyoterapist eşliğinde egzersiz ve aktiviteler yürütülmelidir. Çünkü gereksiz ve zorlama hareketler yaraya zarar verebilir (Gökçe ve Arslan, 2024; yeşil kitap yeni).

**İlaç Kullanımı:** Ameliyat sonrası ilaçların doğru ve zamanında kullanılması, hastaların iyileşme sürecinde kritik bir rolü vardır. İlaç kullanımı ile ilgili gereksinimlerini belirleyen yaş, hastalık, ameliyatın tipi gibi önemli faktörler vardır. Hastaya özel ilaç planlaması yapılmalı ve ilaçların kullanımı, etkileri, yan etkileri, ilaç etkileşimi, ilacın saklanması ve ilacın son kullanma tarihi gibi konularda bilgi verilerek ilaçların daha güvenli ve etkili bir şekilde kullanımı sağlanabilir (Başak 2014; Oğuz ve ark., 2015).

**Egzersiz:** Ameliyat sonrası egzersiz, hastaların iyileşme sürecini desteklemek ve fiziksel fonksiyonlarını geri kazanmak için önemlidir. Ancak, bu tür egzersizlerin ne zaman ve nasıl yapılacağı, ameliyatın türüne ve hastanın genel sağlık durumuna bağlıdır. Ameliyat sonrası egzersizin, iyileşmeyi hızlandırma, kas gücünü artırma, hareketliliği artırma ve endorfin hormonunun salgılanmasına bağlı olarak ruh haline iyi gelme gibi önemli faydaları vardır. Ameliyat sonrası önerilen egzersizler, yürüyüş, esneme hareketleri, ağırlık çalışmaları ve aerobiğidir. Bu egzersizler ameliyatın türüne göre değişmekle birlikte doktorun onayına göre hemşire ve fizyoterapist eşliğinde yapılabilir. Daha sonraki aşamalarda hastanın alışma sürecine değişmekle birlikte düzenli bir

takip ile tek başına yapabilir. Egzersiz yapılırken dikkat edilmesi gereken bazı kurallar vardır. Egzersizler kişinin toleransına göre planlı bir şekilde yapılmalı, yeterli dinlenme sağlanmalı ve sıvı/beslenme durumuna dikkat edilmelidir. Sonuç olarak egzersiz ve aktiviteler ameliyat sonrası iyileşmenin çok önemli bir parçasıdır ancak bireye ve ihtiyaçlara göre değişiklikler göstermelidir. Ameliyat sonrası evde hastalara uygulanan egzersizler hastanın günlük aktivitelerine daha kısa sürede geçmesini sağlayacaktır (Korkem, 2022; Bilik, 2017; Aldemir ve Gürkan, 2018)

**Beslenme Gereksinimi:** Ameliyat sonrası erken beslenme ve daha sonra düzenli ve dengeli beslenme, iyileşme açısından son derece önemlidir. Nitekim dengeli beslenme büyüme ve doku/organ fonksiyonlarının yenilenmesi ve devam etmesi için elzemdir. Bundan dolayı tüm besin öğeleri yeterli ve dengeli bir biçimde alınmalıdır. Yeterli ve dengeli beslenmeyen bireylerde, kas gücünde azalma, yara iyileşmesinde gecikme ve immün sistem fonksiyonlarında bozulma gibi sorunlar görülebilir. Bundan dolayı ameliyat öncesi ve sonrası sonrası gelişmiş beslenme programlarının uygulanması cerrahi sonrası ortaya çıkan metabolik cevabı azaltarak ameliyat sonrası iyileşme hızını arttırmaktadır (Çelebi ve Yılmaz, 2019). Ameliyat sonrası evde beslenme kronik hastalıklar, ameliyat türü ve kişinin alışkanlıklarına göre değişebilir. Ameliyat sonrası hastaya yeterli ve dengeli beslenme/hidrasyon hakkında bilgi verilmeli ve önemi anlatılmalıdır. Bununla birlikte besin öğeleri hakkında da bilgi verilmeli her birinin önemi anlatılmalıdır. Gerekirse beslenme programı planlanmalı ve hasta takip edilmelidir. Ameliyat sonrası negatif nitrojen dengesinde olan hastanın anabolizması yedi ile on gün içinde başladığı için özellikle

proteinden zengin beslenmesi tavsiye edilebilir (Bilik, 2017; Ertem ve Savcı,2022)

**Hastane Kontrolleri:** Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde düzenli olarak doktor kontrollerine gitmek önemlidir. Herhangi bir komplikasyon veya enfeksiyon belirtisi durumunda hemen hastaneye başvurulması gerektiği hastaya aktarılmalıdır. Bunun yanında doktorunun önerdiği tarihlerde mutlaka hastaneye gidip kontrol olması gerektiği de hastaya ve hasta yakınına bildirilmelidir.

## **Sonuç**

Sonuç olarak, ameliyat sonrası evde bakım, hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini korumak için ve komplikasyonların önlenmesi için hayati öneme sahiptir. Bu süreçte aile desteği, hasta eğitimi, uygun beslenme, yara bakımı, ağrının kontrolü, fiziksel aktiviteler ve düzenli tıbbi kontroller ile hastaların daha hızlı ve sağlıklı bir şekilde iyileşmeleri sağlayabilir. Bunda dolayı tüm bu süreçlerin hemşireler tarafından bilinmesi ve uygulanması, ayrıca hasta/hasta yakınına eksiksiz bir şekilde aktarılması son derece önemlidir.

## Kaynaklar

Akpolat, R., Şişman, H., Alptekin, D., Gökçe, E., Gezer, D., & Arslan, S. (2021). Ameliyat Sonrası Ağrıya Yaklaşımların Değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal, 46(2), 670-676.

Aldemir, K. ve Gürkan, A. (2018). Lumbar Disk Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon ve Hemşirenin Rolü. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1(2), 63-71.

Baksi, A. & Genç, H. (2020). Cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığı durumlarının bakım algısı, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 12(4), 465-472.

Başak, T. (2014). İlaçların Uygulanması ve İlaç Tedavisinde Hemşirelik Süreci. İçinde: İyigün E, Taştan S. Çeviri Editörleri. Abrams'ın Klinik İlaç Tedavisi. Hemşireler İçin Akılcı İlaç Uygulamaları. 10. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 56-57.

Bilik, Ö. (2017). Klinikten Eve Uzanan Yolculuk: Ameliyat Olan Hastaların Evde Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(1), 134-147.

Chiang, K. F., and Wang, H. H. (2016). Nurses' experiences of using a smart mobile device application to assist home care for patients with chronic disease: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 25(13-14), 2008-2017.

Choliq, I., Nasrullah, D. and Sukadiono, S. (2020). Role of family in caring patient with post stroke at home: A systematic review. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24(10), 11004-11013.

Çelebi, D. ve Yılmaz, E. (2019). Cerrahi Hastalarda Enteral Ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar Ve Hemşirelik Bakımı. Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences, (7), 714-731.

Eltaybani, S., Kitamura, S., Fukui, C., Igarashi, A., Sakka, M., Noguchi-Watanabe, M. and Yamamoto-Mitani, N. (2023). Toward Developing Care Outcome Quality Indicators For Home Care For Older People: A Prospective Cohort Study In Japan. Geriatrics & Gerontology International, 23(5), 383-394.

Erdem, G. O. ve Yümnü, H. (2023). Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları. Atlas Journal of Medicine, 4(11), 177-183.

Ertem, M. ve Savcı, A. (2022). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Beslenme Durumlarının Ağrı ve Mobilizasyona Etkisinin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 246-255.

Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L. ve Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat Sırasında Uygulanan Hemşirelik Bakımının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(2), 159-170.

Fındık, Ü. ve Topçu, S. (2015). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19(2), 22-33.

Genç Y. ve Barış İ. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(10), 36-57.

Gökçe, E. ve Arslan, S. (2024). Cerrahi Hemşireliğinde Evde Bakım. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 119-129.

Genç, Y. ve Danış, Z. (2011). Kurumsal Bakım Elemanlarının Genel Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar. *Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 170-183.

Gül, Z., Özmen, G. Ç. ve Çilingir, D. (2021). Gününbirlik cerrahi servisinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Health Research* 2(2): 41-45.

Henriques, A. H. B., Costa, S. and Lacerda, J. (2016). Nursing care in surgical patient safety: an integrative review. *Cogitare Enferm*, 21(4), 1-8.

Kaplan, M. (2023). Evde Bakım Hemşiresinin Tele Sağlık Hizmetlerindeki Rollerini. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 151-156.

Korkem, D., Öztürk, H. E. ve Elbaşı, N. D. (2022). Lomber Disk Hernisi Cerrahisi Sonrası Kinezyofobi, Uyku Kalitesi Ve Yaşam Kalitesindeki Değişimin Araştırılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(3), 494-512.

Kök, H. (2023). Engelli Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılabilecek Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(58), 45-62.

Nestler, N. (2019). Nursing Care And Outcome İn Surgical Patients – Why Do We Have To Care? *Innovative Surgical Sciences*, 4(4), 139-143.



Oğuz, E., Alaşehirli, B. ve Demiryürek, A. T. (2015). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Davranışlarının Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2), 240-254.

Özşaker, E., Sevilmiş, H., Özcan, Y. and Samast, M. (2021). Nursing care perception and satisfaction levels of surgical patients. Journal of Contemporary Medicine, 11(2), 151-159.

Pound, C. and Greenwood, N. (2016). The human dimensions of post-stroke homecare: experiences of older carers from diverse ethnic groups. Disability and Rehabilitation, 38(20), 1987-1999.

Rajsic, S., Gothe, H., Borba, H. H., Sroczynski, G., Vujicic, J., Toell, T. and Siebert, U. (2019). Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. The European Journal of Health Economics, 20, 107-134.

Şahin, P. B. ve Rızalar, S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3), 404-413.

Şişman, N. T. (2022). Cerrahi ve Evde Bakım. İçinde: Karadağ, M., Bulut, H. Editörler. Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şeması. 3. Baskı. Ankara: Vize Yayıncılık, 311-327.

Tok, N. ve Öztürk O.Ö. (2021) Evde Bakım Hizmetleri. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.

Yayla, A., Eskici, V., Özlü, Z. K., Kılınç, T. ve Yılmaz, B. (2023). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Karşılanmayan Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. SHYD, 10(2):163-171.

Yıldırım, A. ve Şendir, M. (2019). Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1(3), 157-164.

Yılmaz, M. Sametoğlu, F. Akmeşe, G. Tak, A. Yağbasan, B. Gökçay, S. ve Erdem, S. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3), 125-32.

## BÖLÜM II

### **Konjenital Kalp Hastalığı Olan Adolesanlarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Yaklaşımları**

**Tutku KIRÇI TEMİZ<sup>3</sup>  
Evrım KIZILER<sup>4</sup>**

#### **Giriş**

Konjenital kalp hastalıkları, kalbin doğumda mevcut olan yapısal ve işlevsel bozukluklarıdır. Bu bozukluklar kalbin odacıklarını, kalp kapakçıklarını veya kan damarlarını etkileyebilmektedir (National Heart, Lung and Blood Institute, 2022; American Heart Association (AHA), 2024). Amerikan Kalp Derneği her 1000 bebekten en az sekizinin konjenital kalp hastalığı ile doğduğunu bildirmektedir (American Heart Association [AHA], 2024). Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 11.000 ile 17.000 arasında

---

<sup>3</sup> Arş. Gör., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara/ Türkiye, Orcid: 0000-0003-4078-5255, tutkukrc29095gmail.com

<sup>4</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara/ Türkiye, Orcid: 0000-0003-3188-6396, evrimkiziler@yahoo.com

bebek konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Konjenital kalp hastalıklarında sağkalım oranı hastalığın düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile birlikte konjenital kalp hastalığına sahip çocukların %97'den fazlası yetişkin döneme ulaşmaktadır (Mandalenakis & ark., 2020). Sağkalım oranlarının artması tedaviye uyum ve öz yönetimin önemini arttırmaktadır (Mandalenakis & ark., 2020).

Tedaviye uyum, hastanın hekim tarafından belirlenen tedavi rejimine uyum düzeyini ifade etmektedir (Dimatteo, 2004; Horne & ark., 2005). Öz yönetim ise bireyin kendisi ile ilgili bir durumu uygun şekilde yönetebilmesi, karar alabilmesi ve gerçekçi tepkiler verebilmesidir (Özdelikara, Taştan Gürkan & Şen Atasayar, 2020). Tedaviye uyum ve öz yönetim becerilerinin düşük olması tıbbi komplikasyonları arttırarak yaşam kalitesinin düşmesine ve sağlık bakım sisteminin aşırı kullanımına yol açmaktadır. Bu nedenle konjenital kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerin refah düzeyinin arttırılmasında tedaviye uyum son derece önemlidir (Lederle & Blitzer, 2019).

Tedaviye uyumun sağlanması ve öz yönetim becerilerinin kazanılması açısından en kritik dönemlerden biri adolesan dönemdir. Adolesan dönemde biyolojik, psikolojik, sosyal ve bilişsel yönden değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlere uyum sağlamaya çalışan adolesanlar için kronik bir hastalığın varlığı bu dönemi daha karmaşık hale getirmektedir. Adolesan dönemde hastalığın uzun dönem etkilerinin öngörülememesi, tedavinin öneminin anlaşılamaması, bağımsızlık arayışı, muhakeme ve duygu düzenleme becerilerinin etkili kullanılamaması gibi nedenlerle tedaviye uyum zorlaşmaktadır (Suris, Michaud & Viner, 2004;

Kyngäs, Kroll & Duffy, 2000; Russo, 2022). Halling ve arkadaşları (2021) tarafından konjenital kalp hastalığı olan bireylerle yürütülen bir çalışmada 451 hastanın %35.9'unun tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Halling & ark., 2021). Wray ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada da benzer şekilde konjenital kalp hastalığına sahip adolesanların büyük çoğunluğunun bilgi eksikliği, daha fazla takip edilmeye gerek duymamaları veya sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan engeller nedeniyle takip ve tedavileri bıraktığı belirlenmiştir (Wray & ark., 2013). Bu kapsamda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

### **Adolesanlarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler**

Adolesanların tedaviye uyumunu ve öz yönetim becerilerini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, psikososyal faktörler, sosyoekonomik faktörler, iletişimsel faktörler ve motivasyonel faktörlerdir (Baroletti & Dell'Orfano, 2010) (Şekil 1).



*Şekil 1. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler*

## **Psikososyal faktörler**

Psikososyal faktörler, sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkileyen duygusal, sosyal ve bilişsel etkilerdir. Bu faktörler, stres ve anksiyete gibi duygusal tepkileri, aile desteği ve akran ilişkileri gibi sosyal dinamikleri ve sağlık inançları, kendilik algısı gibi bilişsel yönleri içermektedir (Kupper & ark., 2024). Konjenital kalp hastalığına sahip adolesanlar, beslenme-aktivite kısıtlamaları, cerrahi işlemlere bağlı beden imajı değişiklikleri, sürekli takip gerekliliği, yaşam boyu ilaç kullanımı gibi nedenlerle kendilerini sağlıklı bireylerden farklı hissedebilmekte, toplumda kabul görme konusunda içsel bir çatışma yaşayabilmektedir. Bu durum adolesanların stres düzeyini arttırmakta, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Claessens & ark., 2005).

Adolesanların tedaviye uyumunu etkileyen bir diğer psikososyal faktör sosyal destektir. El Chouli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kalp hastalığı olan adolesanlarda sosyal desteğin, hastalık öz yönetimini ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir (El Chouli & ark., 2024). Adolesan dönemde sosyal destek kaynakları içinde akran desteği daha ön plana çıkmaktadır (Kohut & ark., 2014). Adolesanlar dönem özellikleri gereği arkadaşlarına ve sosyal çevrelerine tıbbi tedavilerinden daha fazla önem vermektedir. Bu nedenle akranlarının yanında tıbbi tedavi davranışlarını yerine getirmeye karşı direnç göstermektedir. Bunun sonucunda hastalık sürecini uygun şekilde yönetememekte, kötü sağlık algısı geliştirmektedir. Vanhalst ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, yalnızlık duygusu hisseden adolesanların bazı depresif semptomlar gösterdiği ve kötü sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir (Vanhalst & ark., 2013). Rassart ve arkadaşları tarafından konjenital kalp hastalığı olan adolesanlar ile yürütülen bir çalışmada, akran ilişkilerinin kimlik gelişimi üzerinde etkili olduğu,

sonraki süreçte sağlık sonuçlarını etkilediği belirtilmektedir (Rassart & ark., 2012).

### **Sosyoekonomik faktörler**

Sosyoekonomik faktörler, hastaların tedaviye uyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sosyoekonomik faktörler arasında sağlık sigortasının olmaması ve işsizlik ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan ve gelir durumu düşük olan adolesanlar ve ebeveynleri sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar, yetersiz ekonomik durumun aileler üzerinde yük oluşturduğunu göstermektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010; Mughal & ark., 2011). Ekonomik zorlukların en çok ilaçların temin edilmesinde ve tıbbi prosedür ücretlerinin karşılanmasında yaşandığı bilinmektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010; Mughal & ark., 2011). Ayrıca, konjenital kalp hastalıkları çoğu zaman diğer pek çok kronik hastalıktan farklı olarak cerrahi tedavi gerektirmektedir. Bu durum tedavi masraflarını arttırmaktadır. Mughal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada konjenital kalp hastalığına sahip adolesanların sağlık hizmeti maliyetinin aile süreçlerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirlenmiştir. Ek olarak çalışmaya katılan adolesan ve ebeveynlerinin çoğunluğunun düşük veya orta sosyoekonomik statüye sahip olduğu ve çocuklarının kesin tedavisinin cerrahi olması nedeniyle bu süreci yönetmekte zorlandıkları belirlenmiştir (Mughal & ark., 2011). Düşük sosyoekonomik düzey, kardiyak bakıma erişimin önünde engel teşkil etmekte ve uzun vadede tedaviye uyumu etkilemektedir (Greenwell & ark., 2024).

### **İletişimsel faktörler**

Kronik hastalık yönetiminde adolesan ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim önemlidir. Konjenital kalp

hastalığı gibi kronik hastalığa sahip olan adolesanların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Adolesanlar sıklıkla hastalıkları ve bununla nasıl baş edecekleri konusunda kapsamlı bir bilgilendirmeye ihtiyaç duymaktadır (Lesch & ark., 2014). Deyk ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada konjenital kalp hastalığı olan adolesanların takip sıklığı ve ilaç rejimi konusunda orta düzeyde bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (Deyk & ark., 2010). Adolesanların hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olmamaları durumunda tedaviye uyumları da kötü olmaktadır. Bu nedenle etkili iletişim ve uygun zamanda başlatılan sağlık profesyonelleri tarafından verilen bireyselleştirilmiş eğitimler hastalık sürecine ve tedaviye uyumu kolaylaştırabilmektedir (Baroletti & Dell'Orfano, 2010). Ladouceur ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada verilen eğitimin adolesanların sağlık bilgisi ve tedaviye uyumları üzerinde önemli etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ladouceur vd., 2017). Hwang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde konjenital kalp hastalığı olan adolesanlara verilen eğitimin adolesanların öz-yeterliliğini, olumlu sağlık davranışlarını ve psikososyal durumlarını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Hwang, Chae & Kim, 2024).

### **Motivasyonel faktörler**

Motivasyon eksikliği, kronik hastalığa sahip hastalarda tedaviye bağlılığın önünde bir engeldir. Özellikle adolesan dönemde hastaların tedaviye uyumsuzluğu çoğu zaman hastalıklarının ciddiyeti ve tedavinin yararları konusunda farkındalığın olmaması veya tedaviye yönelik motivasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hastalar, tedavinin gözle görülür bir etkisi olmadığında genellikle tedaviyi aksatma eğilimi göstermektedir. Bu duruma ilaçların potansiyel yan etkilerinin olduğu düşüncesi veya toksisite ile ilgili kaygılar neden olabilmektedir (Baroletti &



Dell’Orfano, 2010). Ayrıca yaşam tarzı kısıtlamalarının konjenital kalp hastalığı olan adolesanlarda psikososyal engellerle birleşerek motivasyonu düşürdüğü ve tedaviye uyumu azalttığı bilinmektedir (Buchanan & ark., 2023).

### **Hemşirelik Yaklaşımları**

Kronik hastalıklarda bireyin dengeli ve kaliteli bir yaşama ulaştırılmasında amaç, hastanın sağlığını iyileştirme ve geliştirmenin yanında hastalığına ve tedaviye uyumunu, psikososyal problemlerin uygun şekilde yönetimini ve iş birliğini sağlamaktır (Akdemir & Birol, 2005). Hemşireler bakımın sağlanması ve kronik hastalıkları olan hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için önemli bir konumda yer almaktadır (Robbins-Monteith, 2012). Adolesanların tedaviye uyumunu artırmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları şunlardır:

- Hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönden bütüncül olarak ele alınması,
- Hastalar ile motivasyonel görüşmeler yapılması,
- Hastaların yaşam tarzı kısıtlamalarına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması ve bu konuda alternatiflerin oluşturulması,
- Eğitim materyallerinin oluşturulması,
- Öz yönetim desteğinin sağlanması,
- Benzer durumdaki bireylerden oluşan akran gruplarının oluşturulması,
- Hastaların erken adolesan dönemden geç adolesan döneme geçişinde rehberliğin kullanılması,
- Bireyselleştirilmiş hasta yaklaşımının kullanılması,

- Tedavi rejiminin bir parçası olarak hasta ile beraber yazılı eylem planlarının oluşturulması,
- Mobil sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi,
- Adolesanlar için sağlık merkezine gelmeden danışmanlık alabilmelerini sağlayacak teknoloji tabanlı yazışma programları ve mobil uygulamaların kullanılması ve adolesanların bu uygulamaların varlığı konusunda bilgilendirilmesi,
- Sağlık bakım hizmetinin koordine edilmesi ve
- Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, bireyler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin ve etkileşimin geliştirilmesinde, bakımın kalitesinin artırılmasında, maliyet-etkililiğin sağlanmasında, hastanın bakıma aktif katılımının sağlanmasında önemli etkisi olan “Kronik Bakım Modeli” anlayışının benimsenmesi önemli hemşirelik müdahaleleri arasındadır (Badawy, Thompson & Kuhns, 2017; Wagner, Austin & Von Korff, 1996; İncirkuş & Nahcivan, 2015; Boehmer & ark., 2018;).

## **Sonuç**

Adolesan dönemde tedaviye uyum, sağlığın sürdürülmesi için önemlidir. Hemşirelik müdahaleleri, kronik hastalığa sahip adolesanların tedaviye uyumlarının arttırılmasına katkı sağlamaktadır. Hemşirelerin, adolesanların psikososyal ihtiyaçlarını anlaması ve onlara uygun yaklaşımlar sunması, tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır. Bu bağlamda, tedaviye uyum konusunda erken dönemde hemşirelik yaklaşımlarının uygulanmasının

adolesanların uzun vadeli sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkiler oluşturacağı düşünülmektedir.

## Kaynaklar

Akdemir, N., & Birol, L. (2005). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.

American Heart Association (AHA).  
<https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/understand-your-risk-for-congenital-heart-defects> Erişim tarihi 14 Ağustos 2024.

Baroletti, S., & Dell’Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121(12), 1455–1458. doi:10.1161/circulationaha.109.

Badawy, S.M., Thompson, A.A., & Kuhns, L.M. (2017). Medication adherence and technology-based interventions for adolescents with chronic health conditions: A few key considerations. *JMIR Mhealth Uhealth*, 5(12), e202. doi: 10.2196/mhealth.8310.

Boehmer, K.R., Abu Dabrh, A.M., Gionfriddo, M.R., Erwin, P., & Montori, V.M. (2018). Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(2), e0190852. doi: 10.1371/journal.pone.0190852.

Buchanan, M., Spence, C., Keir, M., & Khoury, M. (2023). Physical activity promotion among individuals with Tetralogy of Fallot. *CJC Pediatr Congenit Heart Dis.*, 2(6Part A), 322-334. doi: 10.1016/j.cjcpc.2023.08.002.

Claessens, P., Moons, P., Decasterle, B., Cannaerts, N., Budts, W., & Gewillig, M. (2005). What does it mean to live with a congenital heart disease? A qualitative study on the lived

experiences of adult patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 3–10. doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.12.003.

DiMatteo, M.R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns*, 55, 339-344.

Deyk, K.V., Pelgrims, E., Troost, E., Goossens, E., Budst, W., Gewillig, M., & Moons, P. (2010). Adolescents' understanding of their congenital heart disease on transfer to adult-focused care. *The American Journal of Cardiology*, 106(12), 1803-1807.

El-Chouli, M., Jørgensen, S.M.B., Christensen, D.M., Drachmann, I., Sehested, T.S.G., Malmborg, M.W., Chamat-Hedemand, S., Sindet-Pedersen, C., Idorn, L., Gislason, G.H., Gerds, T.A., Michelsen, S.I., & Johnsen, N.F. (2024). Determinants of life satisfaction in adolescents with congenital or acquired heart disease: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 3319. doi: 10.1186/s12889-024-20758-5.

Greenwell, A.A., Deng, M.X., Ross, S., Weixler, V., & Vervoort, D. (2024). Socioeconomic status and access to care for pediatric and adult congenital heart disease in universal health coverage models. *J Cardiovasc Dev Dis.*, 16(8), 250. doi: 10.3390/jcdd11080250.

Halling, T., Akkermann, S., Löffler, F., Groh, A., Heitland, I., Haefeli, W.E., Bauersachs, J., Kahl, K.G., & Westhoff-Bleck, M. (2021). Factors that influence adherence to medication in adults with congenital heart disease (ACHD). *Front Psychiatry*, 12, 788013.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking.

Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCsDO). pp. 7-160.

Hwang, J.H., Chae, S.M., & Kim, G.B. (2024). Effects of an online health management program for South Korean adolescents with complex congenital heart disease during their transition to adulthood: A randomized controlled trial. *Pediatr Cardiol.*, Jul 26. doi: 10.1007/s00246-024-03599-2.

İncirkuş, K., & Nahcivan, N.Ö. (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *F.N. Hem. Derg.*, 23(1), 66-75.

Kyngäs, H., Kroll, T., & Duffy, M. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. *J Adolesc Health*, 26, 379–388.

Kohut, S.A., Stinson, J., van Wyk, M., Giosa, L., & Luca, S. (2014). Kronik hastalığı olan ergenler için akran desteği müdahalelerinin sistematik incelemesi. *Uluslararası Çocuk ve Ergen Sağlığı Dergisi*, 7(3), 183–197.

Kupper, N., van den Houdt, S., Kuijpers, P.M.J.C., & Widdershoven, J. (2024). The importance, consequences and treatment of psychosocial risk factors in heart disease: less conversation, more action! *Neth Heart J.*, 32, 6–13.

Ladouceur, M., Calderon, J., Traore, M., Cheurfi, R., Pagnon, C., Khraiche, D., Bajolle, F., & Bonnet, D. (2017). Educational needs of adolescents with congenital heart disease: Impact of a transition intervention programme. *Arch Cardiovasc Dis.*, 110(5), 317-324. doi: 10.1016/j.acvd.2017.02.001.

Lederle, M., & Bitzer, E.M. (2019). A close look at lay-led self-management programs for chronic diseases and health care

utilization: A systematic review and meta-analysis. *Ger Med Sci.*, doi: 10.3205/000269.

Lesch, W., Specht, K., Lux, A., Frey, M., Utens, E., & Bauer, U. (2014). Disease-specific knowledge and information preferences of young patients with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 24(2), 321–330. doi:10.1017/s1047951113000413.

Mandalenakis, Z., Giang, K.W., Eriksson, P., Liden, H., Synnergren, M., Wåhlander, H., Fedchenko, M., Rosengren, A., & Dellborg, M. (2020). Survival in children with congenital heart disease: Have we reached a peak at 97%? *Journal of the American Heart Association*, 9(22). doi:10.1161/jaha.120.017704.

Mughal, A.R., Sadiq, M., Hyder, S.N., Qureshi, A.U., Shah, S.S., Khan, M.A., & Nasir, J.A. (2011). Socioeconomic status and impact of treatment on families of children with congenital heart disease. *J Coll Physicians Surg Pak.*, 21(7), 398-402.

National Heart, Lung and Blood Institute. (2022). Congenital Heart Defects. (Erişim tarihi 12 Aralık 2024). <https://www.nhlbi.nih.gov/health/congenital-heart-defects>.

Özdelikara, A., Taştan Gürkan, A., & Şen Atasayar, B. (2020). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bil Der.*, 5(1), 42-49.

Robbins-Monteith, K. (2012). Medication adherence in adolescents: Implications for nursing practice. [https://www.academia.edu/6947807/Medication Adherence in Adolescents Implications for Nursing Practice](https://www.academia.edu/6947807/Medication_Adherence_in_Adolescents_Implications_for_Nursing_Practice) Erişim tarihi 14 Aralık 2024.

Rassart, J., Luyckx, K., Apers, S., Goossens, E., & Moons, P. (2012). Identity dynamics and peer relationship quality in

adolescents with a chronic disease. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(8), 625–632. doi:10.1097/dbp.

Russo, K. (2022). Assessment and treatment of adolescents with chronic medical conditions. *J Health Serv Psychol.*, 48(2), 69-78. doi: 10.1007/s42843-022-00059-4.

Suris, J.C., Michaud, P.A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938-942. doi:10.1136/ad.2003.045369.

Vanhalst, J., Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Goossens, L., Moons, P., & i-DETACH Investigators. (2013). Trajectories of loneliness in adolescents with congenital heart disease: Associations with depressive symptoms and perceived health. *J Adolesc Health*, 53(3), 342-349. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.027.

Wagner, E.H., Austin, B.T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74(4), 511-44.

Wray, J., Frigiola, A., & Bull, C. (2013). Adult congenital heart disease research network (ACoRN). Loss to specialist follow-up in congenital heart disease; out of sight, out of mind. *Heart*, 99(7), 485-490. doi: 10.1136/heartjnl-2012-302831.

Yıldız, A. (2024). Neonatal kritik doğumsal kalp hastalıkları tarama rehberi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi> db/Dokumanlar/Kitaplar/Neonatal\_Kritik\_Dogumsal\_Kalp\_Hastaliklari\_Tarama\_Rehberi.pdf Erişim tarihi 14 Ağustos 2024.



## BÖLÜM III

### **Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahilerde Hemşirelik Uygulamaları: Hasta Memnuniyeti ve Postoperatif Bakım**

**Volkan GÖKMEN<sup>5</sup>**

Estetik cerrahiler, bireylerin dış görünümelerini iyileştirme amacıyla yapılan elektif prosedürlerdir. Bu ameliyatlar, genellikle bireylerin kendine olan güvenini artırmak ve beden algısını iyileştirmek için tercih edilir. Meme büyütme, liposuction ve rinoplasti gibi ameliyatlar bu kategoride yer alır. Rekonstrüktif cerrahiler ise travma, doğuştan anomaliler veya kanser gibi durumlar sonucu fonksiyonel veya estetik deformiteleri düzeltmek üzerine odaklanır (Levis & Morris, 2022; Soucacos ve ark., 2013; Swanson, 2017).

Hem estetik hem de rekonstrüktif cerrahilerde hemşirelik, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası tüm süreçlerinde vazgeçilmez bir rol oynar. Hemşireler, hastanın fiziksel iyileşmesini desteklemek

---

<sup>5</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ağrı/Türkiye, Orcid: 0000-0001-6490-8913, volkangokmen82@gmail.com

için yara bakımı, ağrı yönetimi ve enfeksiyon kontrolü gibi temel hemşirelik uygulamalarını yerine getirirken, aynı zamanda hastanın psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarına da odaklanır. Cerrahi sürecin getirdiği belirsizlikler ve görünümde meydana gelebilecek değişikliklerle başa çıkma sürecinde, hemşirelerin sağladığı psikososyal destek, hastanın kendine olan güvenini yeniden kazanması ve iyileşme sürecine uyum sağlaması için kritik bir öneme sahiptir. Bu alanın hem teknik hem de duygusal boyutları, hemşirelik yaklaşımının bütüncül özelliğini ortaya koyar (DeWit ve ark., 2016; McCaughan ve ark., 2020).

## **2. Hasta Memnuniyeti Odaklı Hemşirelik Yaklaşımları**

Hasta memnuniyeti, cerrahi sürecin başarısında kritik bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin rolü, hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası olmak üzere tüm süreç boyunca aktif bir şekilde hastanın beklentilerini yönetmek ve karşılamak için stratejik adımlar atmalarını gerektirir. Bu sürecin ilk adımı olarak, hastanın ameliyat ile ilgili endişeleri, beklentileri ve anlama seviyesinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi çok önemlidir. Şu bir gerçektir ki, hastalar genellikle ameliyat sonrası oldukça dramatik ve kusursuz sonuçlar beklerken, olası komplikasyonları veya fiziksel sınırları dikkate almamaktadırlar. Hemşireler, bu noktada gerçekçi bilgi sağlayarak ve uygun çerçeveyi belirleyerek hastaların ameliyata hazırlanmasını destekleyebilir. Ayrıca, ameliyat sonrası hasta memnuniyetini sağlamak için bu beklentilerin sistematik bir yaklaşımla karşılanması çok büyük bir rol oynamaktadır. Etkin hemşirelik bakımı ve hasta odaklı yaklaşımlar, bu sürecin başarılı bir şekilde yönetilmesini mümkün kılar (McCaughan ve ark., 2020; McDonall ve ark., 2022; Rothrock, 2022).

## **Ameliyat Öncesi Danışmanlık**

Hastanın cerrahi sürece dair beklentilerini anlamak, hem cerrahiden elde edilebilecek sonuçların netleştirilmesi hem de gerçekçi hedeflerin oluşturulması açısından kritik bir öneme sahiptir. Hastalar genellikle cerrahi sonrası dış görünümünde çok büyük değişiklikler bekleyebilir veya olumsuz sonuçları göz ardı edebilirler. Bu nedenle, hemşirelerin hastayla etkili bir iletişim kurarak beklentileri gerçekçi bir düzeye indirmesi, ameliyat sonrası memnuniyetin artmasını sağlayabilir (Ali ve ark., 2024).

Psikolojik destek bu sürecin ayrılmaz bir parçasıdır. Cerrahi müdahaleden önce beden algısı ve özgüven sorunları yaşayan hastalar, sürecin duygusal yükünü daha yoğun hissedebilir. Bu durumda hemşirelerin empatik bir yaklaşım benimseyerek, hastaların kaygılarını anlaması ve uygun destek mekanizmaları sunması çok önemlidir. Hemşireler ayrıca, hastaların bu sürecin getirebileceği fiziksel ve duygusal değişimlere hazırlanmasına yardımcı olmalıdır (Nilsson ve ark., 2020).

## **Hasta Odaklı İletişim Teknikleri**

Cerrahiden sonra hastanın ameliyat sonucuna dair beklentileri ile ilgili ayrıntılı ve net bilgiler sağlamak, hasta memnuniyetini yüksek tutmak için kritik bir öneme sahiptir. Hastalar, potansiyel komplikasyonları ve cerrahi müdahalenin gerçekçi sonuçlarını bilmelidir. Bu bilgilendirme, hasta kaygılarını azaltarak sürecin kontrol altında olduğunu hissettirme açısından çok önemlidir. Hemşirelerin açıklamaları, hem teknik hem de psikolojik boyutta etkili olmalı, hastayı destekleyici bir tutumla verilmelidir (Ladha & Wijesundera, 2020).

Ayrıca, hastanın cerrahi deneyimine dair şikayetlerini ve geribildirimlerini dinlemek, düzenli takip ziyaretlerinde bu geri bildirimleri kullanarak hizmet iyileştirme çalışmaları yapmak, hem hasta memnuniyetini hem de klinik verimliliği artırabilir. Hasta memnuniyetini artırmak ve cerrahi sürecin kalitesini değerlendirmek için hasta geribildirimleri düzenli olarak toplanmalı ve analiz edilmelidir. Bu geribildirimler, hem bireysel hasta deneyimlerini anlamak hem de kurumsal düzeydeki uygulamaları iyileştirmek için değerli bilgiler sağlar. Hemşireler, bu bilgileri aktif bir şekilde kullanarak hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirleyebilir ve hasta merkezli yaklaşımların uygulanmasını destekleyebilir. Hasta deneyimlerinin nitel olarak incelenmesi, hemşirelik uygulamalarını daha çok bireysel ihtiyaçlara uygun hale getirebilir ve süreçlerin iyileştirilmesine katkı sağlar (Kwame & Petrucka, 2021; Ladha & Wijesundera, 2020; van Dusseldorp ve ark., 2019).

### **3. Postoperatif Bakımda Hemşirelerin Rolü**

Cerrahiden sonraki iyileşme dönemi, hemşirelik bakımının çok yönlü uygulamalarını gerektirir. Bu dönemde hemşireler, hastanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına odaklanarak iyileşme sürecini destekler(Santana ve ark., 2018).

#### **Ameliyat Sonrası İzlem**

Enfeksiyon kontrolü, cerrahi müdahale sonrasında hastanın genel sağlığını korumak ve komplikasyonları önlemek için temel hemşirelik uygulamalarından biridir. Cerrahi alanın temizliği, enfeksiyon riskini azaltmada kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda hemşireler, yara bakımı sırasında steril teknikleri kullanarak enfeksiyonun yayılmasını önlemeli ve cerrahi drenlerin düzenli kontrolünü sağlamalıdır. Pansuman değişiklikleri yapılırken,

hastanın yara iyileşmesi dikkatle takip edilerek, enfeksiyon bulguları erkenden fark edilip müdahale edilmelidir (Santana ve ark., 2018).

Ağrı yönetimi ise, cerrahi sonrası hastanın konforunu artırıp iyileşme sürecini destekleyen hayati bir başka hemşirelik uygulamasıdır. Bu kapsamda hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin dengeli bir şekilde uygulanması gerekir. Farmakolojik olarak, uygun dozda ağrı kesici ilaçların zamanında verilmesi, hastanın fiziksel rahatlığını sağlar. Farmakolojik olmayan yöntemler ise, gevşeme teknikleri, masaj veya sıcak-soğuk uygulamaları gibi hasta merkezli yaklaşımları içerir. Hemşireler, bu uygulamaları bireysel hasta ihtiyaçlarına göre adapte ederek, hem fiziksel hem de psikolojik rahatlama sağlayabilir (Gélinas, 2017).

### **Fiziksel Bakım ve Mobilizasyon**

Hastanın ameliyat sonrası erken mobilizasyonunun teşvik edilmesi, postoperatif komplikasyon risklerinin azaltılmasında kritik bir rol oynar. Hareketliliğin erken dönemde sağlanması, derin ven trombozu ve pnömoni gibi yaygın komplikasyonların önünü geçmek için temel bir stratejidir. Hemşireler bu süreçte, hastayı hem fiziksel hem de psikolojik olarak harekete geçmeye motive etmeli, bireysel ihtiyaçlara uygun hareketlilik programları geliştirerek uygulamalıdır (Tazreean ve ark., 2021).

Postoperatif rehabilitasyonun bir parçası olarak verilen hareketlilik eğitimleri, sadece komplikasyonları azaltmakla kalmaz, aynı zamanda hastanın genel iyileşme sürecini hızlandırır ve fonksiyonel kapasitesini artırır. Bu kapsamda hemşirelerin hastayla birlikte çalışması, özellikle kas gücünün korunması ve dolaşımın desteklenmesi gibi hedeflere yönelik çabaları, iyileşme sürecinin çok yönlü bir yaklaşımla ele alınmasını sağlar (Carides, 2021; Li ve ark., 2024).

## **Komplikasyon Yönetimi**

Seroma, hematoma ve yara ayrışması gibi yaygın postoperatif komplikasyonlar, hem hastanın iyileşme sürecini zorlaştırabilir hem de cerrahi sonuçları olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, bu sorunların erken tespit edilmesi ve etkili bir şekilde yönetilmesi hayati önem taşır. Hemşireler, hastanın yara iyileşme sürecini dikkatle izleyerek cerrahi sahada olağan iyileşme bulgularının olup olmadığını gözlemlemelidir. Bunun yanı sıra, enfeksiyon riskini azaltmak ve komplikasyonun ilerlemesini önlemek için pansuman yenileme ve dren bakımı gibi hemşirelik müdahalelerini titizlikle yerine getirmelidir (Adogwa ve ark., 2018; Kennedy ve ark., 2018).

Seroma durumunda hemşireler, ilgili alanın drenajını sağlamak üzere gerekli prosedürleri uygulamalı ve bu durumun tekrarlamasını önlemek için cerrahla işbirliği yapmalıdır. Hematom durumunda, kan birikimini minimize etmek için cerrahi alanın dikkatli izlenmesi ve gerekirse cerrahi müdahale için hızlı aksiyon alınması gereklidir. Yara ayrışması gibi durumlarda ise hastanın doku rejenerasyonunu desteklemek ve enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla uygun yara bakımı ve beslenme düzenlemeleri sağlanmalıdır. Bu uygulamaların yanında, hemşireler hastaya psikolojik destek vererek bu komplikasyonların hastanın moral ve iyileşme motivasyonu üzerindeki etkilerini azaltmaya da özen göstermelidir (Adogwa ve ark., 2018; Gusenoff & Gusenoff, 2019).

### **4. Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Hasta Bakımına Etkisi**

İletişim, hemşirelik uygulamalarının temel taşlarından biri olarak, hasta bakım sürecinin her aşamasında hayati bir rol oynar. Etkili bir iletişim, hastanın duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak için bir köprü işlevi görür. Özellikle cerrahi süreçlerde, hastayla açık, dürüst ve empatik bir diyalog kurmak,

iyileşme sürecinin daha kolay ve hızlı ilerlemesine katkı sağlar. Hemşirelerin, hastaların kaygılarını dinleyip anlaması ve onlara süreç boyunca güven duygusu aşılması, yalnızca fiziksel sağlığın değil, aynı zamanda psikolojik iyilik halinin de iyileştirilmesine yardımcı olur. Bu bağlamda, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hemşirelik bakımının bütüncül bir şekilde sunulmasını mümkün kılar(Kirca & Bademli, 2019; McCabe, 2004; Raeissi ve ark., 2024).

### **Hasta ile Etkili İletişim**

Hastayla etkili bir iletişim kurmak, cerrahi sürecin her aşamasında güven inşa etmek ve sürecin daha sorunsuz ilerlemesini sağlamak açısından hayati öneme sahiptir. Açık, dürüst ve şeffaf bir diyalog, hastanın ameliyat süreciyle ilgili endişelerini azaltmada önemli bir araçtır. Hemşireler, hastaların ameliyat öncesindeki beklentilerini ve kaygılarını anlamaya yönelik sorular sorarak ve onlara empatiyle yaklaşarak güçlü bir iletişim ortamı yaratabilir. Aynı zamanda, cerrahi müdahale sonrası iyileşme süreci hakkında net bilgiler sunarak hastanın duygusal desteğe olan ihtiyacını karşılamak da hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. Bu süreç, hastanın kendini güvende hissetmesine ve sürecin kontrol altında olduğu duygusunu kazanmasına yardımcı olur (Raeissi ve ark., 2024).

### **Aile Katılımı**

Ailelerin cerrahi sürece dahil edilmesi, hasta bakımını güçlendiren önemli bir unsurdur. Ameliyat sonrası bakım sürecinde hastanın ailesine rehberlik etmek, yalnızca fiziksel desteği artırmakla kalmaz, aynı zamanda sosyal destek mekanizmalarının devreye girmesini sağlar. Hemşireler, aile üyelerine ameliyat sonrası yapılması gereken bakım uygulamaları hakkında bilgilendirme yapmalı ve hastanın iyileşme sürecine aktif olarak katılmalarını

teşvik etmelidir. Aile katılımı, hasta ve ailesi arasında daha güçlü bir bağ oluşturarak iyileşme sürecini hem fiziksel hem de psikolojik açıdan destekler (Nilsson ve ark., 2020).

### **Empati ve Hasta Odaklı Bakım**

Cerrahi müdahale sonrası, hastaların beden algısında meydana gelen değişikliklere duyarlı bir şekilde yaklaşmak, hasta memnuniyetinin sağlanmasında kritik bir rol oynar. Hemşireler, hastaların ameliyat sonrası değişen fiziksel durumlarına adapte olmalarına yardımcı olmalı ve bu süreçte psikolojik destek sağlamalıdır. Empatiyle hareket ederek hastaların ameliyat sonrası hissettikleri belirsizlikleri ve endişeleri anlamaya çalışmak, onların bu değişim sürecine uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Ayrıca, ameliyatın hastanın psikososyal durumu üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için destekleyici bir bakış açısı benimsemek, hastanın genel iyilik haline katkıda bulunur. Empati ve hasta odaklı bakım, iyileşme sürecini daha bütüncül ve etkili bir şekilde yönetmek için temel yaklaşımlardan biridir (Ayed ve ark., 2021; Gökmen ve ark., 2020; Haley ve ark., 2017).

### **5. Psikolojik Destek ve Hasta Eğitimi**

Psikolojik destek ve hasta eğitimi, estetik ve rekonstrüktif cerrahilerde başarılı bir iyileşme sürecinin temel taşlarından biridir. Ameliyat öncesinden itibaren hastanın zihinsel ve duygusal sağlığını desteklemek, bu sürecin hem fizyolojik hem de psikososyal olarak dengeli bir şekilde yönetilmesine olanak tanır (Giele & Cassell, 2016).

### **Psikolojik Hazırlık**

Cerrahi bir müdahale öncesinde hastalar genellikle stres ve kaygı seviyelerinin artışıyla karşı karşıya kalabilirler. Bu kaygılar,



hem ameliyat sonucuna dair belirsizliklerden hem de estetik değişikliklerin beden algısı üzerindeki etkilerinden kaynaklanabilir. Hemşireler, psikolojik danışmanlık hizmetleri sunarak hastaların bu kaygılarla başa çıkabilmesine yardımcı olmalıdır. Empati ve anlayışla yaklaşan bir hemşirelik bakımı, hastanın ameliyata daha pozitif bir yaklaşım göstermesini ve kendini daha güvende hissetmesini sağlayabilir (Fırat ve ark., 2022; Giele & Cassell, 2016).

## **Hasta Eğitimi**

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde ne bekleyeceklerini anlamaları, iyileşme sürecinin daha etkin yönetilmesine yardımcı olur. Bu kapsamda, yara bakımı, hijyen ve ilaç kullanımı gibi konuların ayrıntılı bir şekilde hastaya açıklanması kritik öneme sahiptir. Hastaların normal iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlara dair bilgilendirilmesi ve komplikasyon belirtileri konusunda farkındalık yaratılması, olası risklerin önceden fark edilmesini sağlar (Lewis ve ark., 2015).

## **Eğitim Araçları**

Eğitim sürecinin daha etkin olması için görsel ve teknolojik materyallerin kullanımı da önemlidir. Broşürler, eğitim videoları ve mobil uygulamalar, karmaşık bilgilerin hastalar tarafından daha kolay anlaşılmasını sağlar. Bu araçlar, hem hasta hem de ailesi için faydalı bir rehber niteliği taşır ve bakım sürecinin başarıyla tamamlanmasına katkıda bulunur (Lewis ve ark., 2015).

## **6. Postoperatif Dönemde Hasta Takip Protokolleri**

Cerrahi sonrası düzenli takip, hastanın iyileşme sürecinin sorunsuz ilerlemesini sağlamak ve olası komplikasyonları erken dönemde tespit ederek önlemek için hayati bir süreçtir. Hemşireler

bu aşamada, yalnızca fiziksel sağlık sorunlarını izlemekle kalmaz, aynı zamanda hastanın psikososyal durumunu değerlendirerek bütüncül bir bakım yaklaşımı sergiler. Düzenli takip randevuları sırasında, hemşireler yara iyileşmesinde herhangi bir sapma olup olmadığını dikkatle incelemeli, enfeksiyon belirtileri ya da komplikasyon risklerini değerlendirmelidir. Aynı zamanda, hastanın geri bildirimlerini dinlemek, ihtiyaç duyduğu bireysel bakım planlarını oluşturmak için bir fırsat sunar. Bu süreç, sadece cerrahi sonuçların uzun vadeli başarısını desteklemekle kalmaz, hasta memnuniyetini artırarak tedaviye uyumu güçlendirir (Gramlich ve ark., 2017; Rothrock, 2022).

### **Uzun Dönem İzlem**

Uzun dönem izlem, estetik ve rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların genel sağlık durumunun ve cerrahi sonuçlarının detaylı bir şekilde değerlendirilmesini içerir. Bu süreçte, hemşireler hastanın fiziksel iyileşmesini sürekli olarak izlemeli, yara iyileşmesinde bir gecikme ya da komplikasyon riski olup olmadığını kontrol etmelidir. Bunun yanı sıra, cerrahi sonrasında hastanın beden algısı ve psikolojik durumunda meydana gelen değişikliklerin farkında olunmalı ve bu konuda destek sunulmalıdır. Uzun dönem izlem, cerrahi müdahalenin kalıcı etkilerini değerlendirerek, uzun vadeli risklerin en aza indirilmesine olanak tanır. Aynı zamanda, hasta memnuniyetini sağlamak ve cerrahi deneyimin olumlu bir şekilde sonuçlanmasına katkıda bulunmak için önemli bir süreçtir (Ljungqvist, 2014; Rothrock, 2022).

### **Telehemşirelik Hizmetleri**

Dijital platformlar ve uzaktan izleme teknolojileri, modern hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmiştir. Bu araçlar, yara iyileşmesi ve hasta memnuniyeti gibi

kritik unsurların anlık olarak izlenmesine olanak tanır. Telehemşirelik uygulamaları sayesinde, yara iyileşmesindeki olası komplikasyonlar erken dönemde tespit edilerek gerekli müdahaleler hızla gerçekleştirilebilir. Aynı zamanda, hasta memnuniyetine yönelik geri bildirimlerin kolayca toplanması, bireyselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesine ve hizmet kalitesinin artırılmasına olanak tanır. Telehemşirelik, hasta ve hemşire arasındaki iletişimi güçlendirirken, sağlık hizmetlerini daha erişilebilir, etkin ve verimli bir hale getirir. Bu yenilikçi yaklaşım, hemşirelik bakımının kalitesini artırarak hastaların tedavi süreçlerine olan güvenini destekler (Gökmen ve ark., 2022; Haleem ve ark., 2021; Hazenberg ve ark., 2020).

## **7.Hasta Güvenliği ve Etik Yaklaşımlar**

Estetik cerrahilerde hasta güvenliği ve etik yaklaşımlar, hemşirelik uygulamalarının temel taşlarından biridir. Bu uygulamalar, hemşirelerin sadece teknik bilgi ve becerilerini değil, aynı zamanda etik karar verme kapasitelerini de kapsar. Hasta güvenliği ve etik, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için kritik bir öneme sahiptir (Nazari, 2024; Sucupira ve ark., 2016).

### **Mahremiyetin Korunması**

Hastanın bilgilerini gizli tutmak, etik hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bir bileşenidir. Estetik cerrahilerde, hastalar genellikle hassas ve kişisel verilerini paylaşmak zorunda kalırlar. Bu durumda hemşirelerin, hasta bilgilerinin gizliliğini korumak için yasal ve etik kurallara uymaları gerekir. Bu sadece hasta mahremiyetine saygı duyulmasını değil, aynı zamanda hastanın hemşireye olan güvenini sağlayarak terapötik bir ilişki kurulmasını da destekler. Mahremiyetin korunması, hasta-hizmet

sunucu ilişkisini güçlendiren bir temel taş olarak ön plana çıkar (Bani Issa ve ark., 2020; Conlon ve ark., 2024).

### **Etik Dilemmanın Çözümü**

Estetik cerrahi, zaman zaman hemşirelerin etik ikilemlerle karşılaştığı bir alan olabilir. Örneğin, gerçekçi olmayan beklentilere sahip hastalarla başa çıkmak ya da hastanın cerrahiye uygunluğunu değerlendirme sürecinde etik kararlar almak çoğu zaman karmaşık bir durum yaratabilir. Bu gibi durumlarda hemşirelerin, hasta taleplerini anlama ve gerçekçi olmayan beklentilerle empati kurarak bu beklentileri yönetme yetenekleri kritik hale gelir.

Hemşireler, etik ilkeler çerçevesinde hareket ederek, hastanın sağlığını koruma sorumluluğunu taşıırken aynı zamanda profesyonel sınırlarını koruyabilir. Bu, hem hastanın iyiliğini ön planda tutan hem de cerrahının etik standartlara uygun hareket etmesini destekleyen bir yaklaşımı gerekli kılar. Hemşirelerin etik karar alma süreci, hasta güvenliğinin temelini oluşturan unsurların başında gelir (Torjuul & Sorlie, 2006; Uzun ve ark., 2024).

### **8. Sonuç**

Estetik ve rekonstrüktif cerrahilerde hemşirelik uygulamaları, yalnızca hastanın fiziksel iyileşme sürecini desteklemekle kalmaz, aynı zamanda onun psikososyal refahını güçlendiren bütüncül bir bakım anlayışını gerektirir. Bu tür cerrahilerde hemşirelerin sorumlulukları, ameliyat öncesi danışmanlıktan ameliyat sonrası bakıma kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Hasta memnuniyeti odaklı yaklaşımlar, cerrahi sürecin tüm aşamalarında hasta ihtiyaçlarını merkeze alarak, fiziksel ve duygusal iyileşmeyi eşit derecede önemser. Postoperatif bakımda enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi ve erken mobilizasyon gibi uygulamalar, iyileşme sürecinin

hızlandırılmasında kritik rol oynar (DeWit ve ark., 2016; Johnston, 2024).

Etkili iletişim ve hasta eğitimi, hemşirelerin cerrahi süreçteki rollerinin temel unsurları arasında yer alır. Hastaların ameliyat süreci hakkında bilgilendirilmesi ve komplikasyon belirtilerine karşı bilinçlendirilmesi, onların süreci daha güvenli ve rahat bir şekilde geçirmesini sağlar. Aynı zamanda, empati ve etik değerler doğrultusunda sağlanan psikososyal destek, hastaların ameliyat sonrası değişimlere uyum sağlamasını kolaylaştırır (Raeissi ve ark., 2024).

Teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerinde artan etik farkındalık, estetik ve rekonstrüktif cerrahi hemşireliğini sürekli olarak geliştirme fırsatları sunmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının bu doğrultuda iyileştirilmesi, yalnızca bireysel hasta deneyimlerini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırır. Bu bütüncül ve yenilikçi yaklaşım, daha etkili, insan odaklı ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti modeline katkı sağlar.

## KAYNAKLAR

Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Sergesketter, A. R., Shammas, R. L., Vatsia, S., Vuong, V. D., Khalid, S., Cheng, J., Bagley, C. A., & Karikari, I. O. (2018). Post-operative drain use in patients undergoing decompression and fusion: incidence of complications and symptomatic hematoma. *Journal of Spine Surgery*, 4(2), 220.

Ali, Z., Ahsan, Z., Liaqat, N., & Din, I. u. (2024). Bridging the gap: evaluation of preoperative patients' education by comparing expectations and real-perioperative surgical experiences: a mixed-methods descriptive cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 964.

Ayed, A., Malak, M. Z., Al-amer, R. M., Batran, A., & Salameh, B. (2021). Effect of high fidelity simulation on perceptions of self-awareness, empathy, and patient-centered care among university pediatric nursing classes. *Clinical Simulation in Nursing*, 56, 84-90.

Bani Issa, W., Al Akour, I., Ibrahim, A., Almarzouqi, A., Abbas, S., Hisham, F., & Griffiths, J. (2020). Privacy, confidentiality, security and patient safety concerns about electronic health records. *International nursing review*, 67(2), 218-230.

Carides, M. K. (2021). Nurse's Knowledge of Early Ambulation of the Post Operative Patient and Complication Prevention: A Quality Improvement Project Master's thesis, Dissertations, Graduate Research and Major Papers Overview ...].

Conlon, D., Raeburn, T., & Wand, T. (2024). Nurses' understanding of their duty of confidentiality to patients in mental

health care: A qualitative exploratory study. *Collegian*, 31(3), 144-153.

DeWit, S. C., Stromberg, H., & Dallred, C. (2016). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice*. Elsevier Health Sciences.

Fırat, M., Gökmen, B. D., Kanbay, Y., & Utkan, M. (2022). Burnout and psychological resilience in nurses: A structural equality modeling. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 396-402.

Gélinas, C. (2017). Pain and pain management. *Critical Care Nursing-E-Book: Diagnosis and Management*, 114.

Giele, H., & Cassell, O. (2016). *Plastic and reconstructive surgery*. Oxford University Press, USA.

Gökmen, B. D., Cengiz, M., & Fırat, M. (2020). Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 21(5), 491-498.

Gökmen, V., Ayoğlu, T., & Gökmen, B. D. (2022). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanımı ve E-Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 312-326.

Gramlich, L. M., Sheppard, C. E., Wasylak, T., Gilmour, L. E., Ljungqvist, O., Basualdo-Hammond, C., & Nelson, G. (2017). Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. *Implementation Science*, 12, 1-17.

Gusenoff, J. A., & Gusenoff, J. A. (2019). Common Complications. *Managing Body Contouring Challenges and Complications*, 279-290.

Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors international*, 2, 100117.

Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rettiganti, M. R., & Anders, M. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *NursingPlus Open*, 3, 11-16.

Hazenbergh, C. E., van de Stegge, W. B., Van Baal, S. G., Moll, F. L., & Bus, S. A. (2020). Telehealth and telemedicine applications for the diabetic foot: A systematic review. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 36(3), e3247.

Johnston, M. (2024). Perioperative models of care. *Medicine*.

Kennedy, S., Mayo, Z., Gao, Y., & Miller, B. J. (2018). What are the results of surgical treatment of postoperative wound complications in soft tissue sarcoma? A retrospective, multi-center case series. *The Iowa orthopaedic journal*, 38, 131.

Kirca, N., & Bademli, K. (2019). Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 624-631.

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158.

Ladha, K., & Wijesundera, D. (2020). Role of patient-centred outcomes after hospital discharge: a state-of-the-art review. *Anaesthesia*, 75, e151-e157.



Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Camera, I. (2015). *Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume*. Elsevier Health Sciences.

Li, Z., Zhou, L., Li, M., Wang, W., Wang, L., Dong, W., Chen, J., & Gong, S. (2024). Early mobilization after pancreatic surgery: A randomized controlled trial. *Surgery*, 176(4), 1179-1188.

Ljungqvist, O. (2014). ERAS—enhanced recovery after surgery: moving evidence-based perioperative care to practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(5), 559-566.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49.

McCaughan, D., Sheard, L., Cullum, N., Dumville, J., & Chetter, I. (2020). Nurses’ and surgeons’ views and experiences of surgical wounds healing by secondary intention: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2557-2571.

McDonall, J., Hutchinson, A. F., Heynesbergh, N., Redley, B., de Steiger, R., Khaw, D., & Botti, M. (2022). MyStay–Development of nurse-facilitated condition-specific multimedia resources to facilitate patient participation in postoperative care. *Patient Experience Journal*, 9(3), 114-125.

Nazari, A. (2024). Ethical Issues and Consent in Oral and Maxillofacial Surgery. In *Handbook of Oral and Maxillofacial Surgery and Implantology* (pp. 1-41). Springer.

Nilsson, U., Gruen, R., & Myles, P. (2020). Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia*, 75, e158-e164.

Raieisi, P., Zandian, H., Mirzarahimy, T., Delavari, S., Moghadam, T. Z., & Rahimi, G. (2024). Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses. *Nursing Management*, 31(4).

Rothrock, J. C. (2022). *Alexander's care of the patient in surgery-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Santana, R. F., Pereira, S. K., do Carmo, T. G., Freire, V. E. C. d. S., Soares, T. d. S., do Amaral, D. M., & Vaqueiro, R. D. (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12648.

Soucacos, P. N., Kokkalis, Z. T., Piagkou, M., & Johnson, E. O. (2013). Vascularized bone grafts for the management of skeletal defects in orthopaedic trauma and reconstructive surgery. *Injury*, 44, S70-S75.

Sucupira, E., Matta, R., Zuker, P., Matta, J., Arbeláez, J. P., & Uebel, C. O. (2016). Aesthetic plastic surgery checklist: a safety tool. *Aesthetic plastic surgery*, 40, 785-791.

Swanson, E. (2017). Evidence-based cosmetic breast surgery.

Tazreean, R., Nelson, G., & Twomey, R. (2021). Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *Journal of comparative effectiveness research*, 11(2), 121-129.

Torjuul, K., & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413.

Uzun, S., Kulakaç, N., & Boyraz, M. Ç. (2024). Opinions and experiences of operating room nurse on ethical sensitivity: a phenomenological study. *Current Psychology*, 1-13.

van Dusseldorp, L., Groot, M., Adriaansen, M., van Vught, A., Vissers, K., & Peters, J. (2019). What does the nurse practitioner mean to you? A patient-oriented qualitative study in oncological/palliative care. *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), 589-602.

## **BÖLÜM IV**

### **Cerrahi Hemşireliğinin Afet Mahallerindeki Rolü**

**Zeynep GÜRKAN**  
**Turgut ŞÖHRET**

#### **Giriş**

Afetler, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkarak büyük yıkımlara, yaralanmalara ve ölümlere yol açan olaylardır. Bu tür durumlarda sağlık hizmetleri, hızlı ve etkin bir şekilde organize edilmek zorundadır. Cerrahi hemşireliği, afet yönetiminin kritik bir parçası olarak, hem hayat kurtarıcı müdahalelerde bulunmak hem de yaralı bireylerin tedavi sürecini desteklemek açısından hayati bir rol oynamaktadır. Afet mahallerinde cerrahi hemşirelerin hızlı karar alma, çok yönlü iletişim ve kriz yönetimi becerileri ön plana çıkarken aynı zamanda sınırlı kaynaklar ve kaotik çalışma ortamı içinde enfeksiyon kontrolünden cerrahi prosedürlerin desteklenmesine kadar geniş bir yelpazede görev alırlar. Bu bağlamda, cerrahi hemşirelerin afet mahallerindeki rollerinin anlaşılması, hem bireylerin hayatta kalma şansını artırmak hem de sağlık sistemlerinin afetlere karşı daha dirençli hale gelmesini

sağlamak açısından önem taşır. Bu bölümde, cerrahi hemşirelerinin afetlerdeki rolünü, sahip oldukları yetkinlikler ve karşılaştıkları zorluklar çerçevesinde ele alarak, afetlere yönelik hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini artırmaya yönelik bilgiler sunmak amaçlamaktadır.

### **Afet Yönetiminde Cerrahi Hemşireliği: Hazırlık ve Müdahale**

Afet yönetiminde cerrahi hemşireliği, afet öncesi hazırlık, müdahale ve afet sonrası iyileşme aşamalarında kritik görevler üstlenir. Afet sonrasında cerrahi müdahale gerektiren yaralanmaların sayısında önemli bir artış yaşanır ve bu durum sağlık sisteminde aşırı bir yüklenmeye neden olur. Afet yönetiminde cerrahi hemşireleri, özellikle triyaj, hızlı müdahale ve sınırlı kaynaklarla bakım sağlama konusunda önemli bir rol oynar. Hazırlık aşamasında cerrahi hemşirelerin afet durumlarına yönelik eğitimler almaları, tatbikatlara katılmaları ve afet senaryoları üzerinden olay yerinde güvenlik, enfeksiyon kontrolü gibi becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu tür eğitim ve tatbikatlar, hemşirelerin afet anında hızlı karar almasını ve doğru müdahalede bulunmasını sağlar (Gümüş & ark., 2024; Korkmaz & ark., 2023; Akpınar & Ceran, 2020).

Afet müdahalesinde cerrahi hemşireleri, multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde çalışır. Afetlerde cerrahi bakımda en çok ihtiyaç duyulan görevler arasında yaranın temizlenmesi, kanama kontrolü, cerrahi prosedürlerin uygulanması, enfeksiyon riskinin azaltılması ve hasta stabilizasyonu bulunur. Afet sonrası iyileşme sürecinde ise cerrahi hemşireleri yaralıların fiziksel iyileşme sürecini takip ederken, aynı zamanda psikososyal destek sağlama konusunda da sorumluluk alırlar. Literatürde afet müdahalelerinde cerrahi hemşirelerinin stres yönetimi, hızlı karar alma ve pratik bilgi uygulamalarının afet

yönetimi başarısında belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Özyer & Dinçer,2020; Sonawane, 2017). Bu bağlamda, afetlerde cerrahi hemşirelerin hazırlık ve müdahale süreçlerinde üstlendiği roller, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve etkili bir şekilde sürdürülmesinde anahtar role sahiptir.

### **Afetlerde İlk Müdahale: Cerrahi Hemşireliğinin Rolü ve Sorumlulukları**

Afetlerde ilk müdahale sürecinde cerrahi hemşireleri, hızlı ve etkili sağlık hizmeti sunmak için kilit bir rol oynar. Afet sonrasında sıklıkla karşılaşılan yaralanma ve travmalarda hızlı triyaj uygulaması, öncelik sıralaması ve acil cerrahi bakım gereksinimleri ortaya çıkar. Bu süreçte cerrahi hemşireleri, yaralıların durumuna göre önceliklendirme yaparak ilk müdahale işlemlerine başlarlar. Literatürde, afetlerde cerrahi hemşirelerin sterilizasyon, enfeksiyon kontrolü ve kanama yönetimi gibi görevleri üstlenerek hayati tehlikesi olan hastaların stabilizasyonunu sağlamada büyük bir sorumluluk taşıdığı belirtilir. Ayrıca, afetlerde sıklıkla sınırlı kaynak ve ekipmanla çalışmak zorunda kalmaları nedeniyle, hemşirelerin kriz anında hızlı karar alma, esneklik gösterme ve yaratıcı çözümler bulma becerileri de büyük önem taşır (Korkmaz & ark., 2023; Erdoğan, 2023; Akpınar & Ceran, 2020).

Cerrahi hemşireleri, afetlerde yalnızca fiziksel yaralanmalarla değil, aynı zamanda psikolojik travmalarla da ilgilenir. Afet sonrasında hemşirelerin yaralılara fiziksel destek sağlamanın yanı sıra, onlara psikolojik olarak da destek vermeleri gerekir. Bu kapsamda literatürde cerrahi hemşirelerin travmaya maruz kalmış bireylerde kaygı ve korku düzeylerini azaltmaya yönelik basit destekleyici iletişim tekniklerini uygulamalarının önemi de vurgulanmaktadır (Farokhzadian & ark., 2024; Kılıç & Şimşek,

2018). Ayrıca, cerrahi hemşireler afet durumlarında yalnızca bakım vermekle kalmaz; aynı zamanda diğerk sağıık profesyonelleriyle etkin bir şekilde iletişim kurarak, multidisipliner bir ekibin parçası olarak görev yapar. Bu tür bir iş birliğı, afet anında sağıık hizmetlerinin hızlı ve etkili bir şekilde sunulmasını sağıılayarak, daha fazla hayatın kurtarılmasına katkıda bulunur.

### **Cerrahi Triyaj: Afet Bölgelerinde Önceliklendirme ve Karar Verme**

Bu başlık altında, cerrahi triyajın afet yönetimindeki hayati önemi ve cerrahi ekiplerin karşılaştığı zorluklar ön plana çıkmaktadır. Afet bölgelerinde, yaralanma yoğunluğunun yüksek olduğı durumlarda cerrahi triyaj, kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını ve hayati tehlikesi olan yaralıların hızlıca tedavi edilmesini sağıılar (Ozkan & İkizceli, 2023). Literatürde, cerrahi triyaj uygulamalarının afetten etkilenen bireylerin yaralanma düzeyine göre sınıflandırılmasına yönelik çeşitli sistemlerin önerildiğı görölmektedir. Bu triyaj sistemleri, özellikle zamanın ve kaynakların kısıtlı olduğı afet alanlarında, cerrahi ekiplere müdahale önceliğini belirlemede rehberlik eder. Hızlı ve etkili triyaj kararları almak, öncelikle yaralının durumunun doğıru değerkendirilmesi ve öncelik sırasının belirlenmesi ile sağılanır (Ozkan & İkizceli, 2023; Bazıyar & ark., 2019; Ramesh & Kumar, 2010).

Trijaj sürecinde, cerrahi ekipler yalnızca tıbbi faktörleri değıil, aynı zamanda mevcut kaynakları ve çevresel koşulları da göz önünde bulundurmak zorundadır. Örneğın, afetin büyüklüğü, sağıık personeli ve ekipman eksikliğı gibi faktörler cerrahi triyajda karar verme süreçlerini etkileyebilir. Literatürde afet ortamında görev yapan cerrahi sağıık profesyonellerinin, etik ilkeler çerçevesinde hızlı ve zorlayıcı kararlar alma zorunluluğı vurgulanır (Egodage &

ark., 2024; Ilori & ark., 2024; Ozkan & Ikizceli, 2023; Vearrier & Henderson,2021). Bu bağlamda, triyajda hatalı kararların sonuçları kritik olduğundan, cerrahi ekiplerin afet yönetimi konusunda eğitilmiş ve hazırlıklı olmaları önemlidir. Triage sistemlerinin etkin kullanımı, hayat kurtarma potansiyelini artırırken aynı zamanda, mevcut kaynaklarla mümkün olan en fazla hastaya müdahale edilmesini sağlar.

### **Cerrahi Acil Durumlar: Afet Alanında Yaralanma Yönetimi**

Afet bölgesinde cerrahi acil durumların yönetimi, hızlı ve etkili müdahale gereksinimi ile öne çıkar. Literatür, afet durumlarında en sık görülen yaralanmaların çoğunlukla travmatik yaralanmalar olduğunu ve bu yaralanmaların cerrahi müdahale gerektirdiğini vurgular. Özellikle büyük çaplı doğal afetlerde, enkaz altında kalan kişilerde crush sendromu, açık kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları ve organ hasarları sıkça gözlemlenir. Bu tür yaralanmalarda cerrahi ekiplerin öncelikli görevi, kanama kontrolü, yaranın temizlenmesi, stabilize edilmesi ve yaralının en kısa sürede güvenli bir sağlık merkezine naklinin sağlanmasıdır (Öztürk & ark., 2024; Long & ark., 2023; Sever & ark., 2023). Acil cerrahi müdahale sırasında, yaralının yaşamsal belirtilerini düzenli olarak izlemek ve komplikasyon risklerini yönetmek önemlidir.

Afet alanlarında yaralanma yönetimi, sınırlı kaynaklar ve ekipmanlar nedeniyle zorlu bir durumdur. Literatür, afet alanında çalışan cerrahi ekiplerin öncelik sırasına göre acil müdahale uygulamalarını gerçekleştirmesi gerektiğini belirtir; bu nedenle triyaj, tedavi ve nakil kararları hızlı bir şekilde verilmelidir. Bu tür durumlarda cerrahi ekiplerin yaralıların durumunu değerlendirirken, enfeksiyon kontrolüne ve aseptik tekniklerin uygulanmasına dikkat etmeleri gerekir. Afet alanında kaynakların yetersizliği, sıklıkla



cerrahi ekiplerin hızlı karar almasını gerektirir; bu da cerrahi acil müdahale sırasında standardize edilmiş protokollerin kullanılmasını önemli hale getirir. Etkili bir yaralanma yönetimi, yalnızca fiziksel yaraların tedavisiyle sınırlı kalmaz, aynı zamanda afetzede bireylerin psikososyal destek ihtiyaçlarının da dikkate alınmasını içerir. Bu bağlamda, afetlerde cerrahi yaralanma yönetimi, hem sağlık profesyonellerinin yeterliliğini hem de multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir (Centurion & ark., 2018).

### **Psikososyal Destek: Afet Sonrası Cerrahi Hastalarda Hemşirelik Bakımı**

Afetler, fiziksel yaralanmaların yanı sıra, bireylerde derin psikolojik ve duygusal travmalara yol açabilen olaylardır. Afet sonrası cerrahi müdahale gerektiren hastalar, hem fiziksel iyileşme süreciyle hem de yaşadıkları travmaların psikolojik etkileriyle başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar. Bu noktada hemşirelerin rolü yalnızca tıbbi bakım sağlamakla sınırlı değildir; aynı zamanda afet mağdurlarına psikososyal destek sunmak, iyileşme süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır (Sönmez & Hocaoglu, 2023; Makwana, 2019). Afet sonrası travma, bireylerde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Hemşireler, bu psikolojik etkileri fark edebilmeli ve uygun destekle hastaların duygusal iyileşmelerine katkı sağlamalıdır.

Afet sonrası cerrahi hastaların bakımı, fiziksel bakımın yanı sıra psikolojik iyileşmeye yönelik stratejilerle de bütünleşmelidir. Hemşirelerin, hastaların travma sonrası duygusal ihtiyaçlarına duyarlı olmaları ve güvenli bir ortam sağlayarak, duygusal rahatlama, güven duygusu ve stresle başa çıkabilme becerileri geliştirmelerine yardımcı olmaları önemlidir. Psikososyal destek, etkili iletişim, empati, duygusal destek ve hastaların yaşadıkları

travmalara duyarlı bir yaklaşım gerektirir. Ayrıca, hastaların afetten sonra yaşadıkları kayıplarla başa çıkabilmesi ve iyileşme süreçlerinin hızlanabilmesi için hemşirelerin, gerektiğinde psikolojik danışmanlık hizmetlerine yönlendirme yapması da büyük önem taşır. Literatürde, afet sonrası cerrahi hastaların bakımında psikososyal desteğin, iyileşme sürelerini kısalttığı ve psikolojik durumlarını iyileştirdiği vurgulanmaktadır.

### **Afet Bölgelerinde Sterilite ve Enfeksiyon Kontrolü: Cerrahi Hemşirelik Yaklaşımları**

Afetler, büyük bir yıkıma yol açarak binlerce insanın hayatını etkileyebilir ve sağlık hizmetleri üzerinde büyük bir baskı oluşturur. Özellikle cerrahi müdahale gerektiren durumlar, afet sonrası sağlık hizmetlerinin en kritik alanlarından biridir. Afet bölgelerinde cerrahi hastaların bakımı, sınırlı kaynaklar, altyapı eksiklikleri ve büyük hasta yoğunluğu gibi zorluklarla birlikte, enfeksiyon riski açısından ciddi bir tehdit oluşturur. Bu noktada, afet bölgesindeki cerrahi hemşirelerin enfeksiyon kontrolü ve sterilite sağlama konusundaki rolleri büyük önem taşır. Hemşireler, operasyonel çevrenin hijyenik koşullarını sağlamak, steril alanları korumak ve enfeksiyon risklerini minimize etmek için çeşitli stratejiler geliştirmelidir. Hemşirelerin enfeksiyon kontrolü ile ilgili bilgileri ve uygulamaları, hastaların iyileşme süreçlerini doğrudan etkileyebilir.

Afet bölgelerinde sterilite ve enfeksiyon kontrolünün sağlanması, genellikle standart hastane koşullarında mümkün olan hijyenik önlemleri almak kadar basit değildir. Altyapı eksiklikleri, yetersiz malzeme temini ve personel yetersizliği gibi faktörler, enfeksiyon kontrolünü daha karmaşık hale getirir. Cerrahi hemşireler, cerrahi alanların steril tutulması, hastaların iyileşme süreçlerinde hijyen kurallarına uyulması, uygun el hijyeni, aseptik

tekniklerin doğru uygulanması ve enfeksiyon riskini artırabilecek tüm faktörlerin minimize edilmesi konusunda eğitilmiş olmalıdır. Ayrıca, afet bölgelerinde özellikle dirençli mikroorganizmaların yayılma riski arttığından, bu durumun önlenmesi için sürekli enfeksiyon kontrol önlemleri, izleme ve erken müdahale gereklidir. Hemşirelerin afet sonrası enfeksiyon risklerini yönetme konusundaki yetkinlikleri, hayat kurtarıcı bir rol oynamaktadır (Abalkhail & Alslamah, 2022; Lowe & ark., 2021).

## **Sonuç**

Afetler, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir. Özellikle cerrahi müdahale gerektiren yaralanmalar, uzun süren iyileşme süreçlerine yol açabilir. Bu bağlamda, afet sonrası rehabilitasyon, hastaların fonksiyonel iyileşmesinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması için kritik bir aşamadır. Cerrahi bakımın devamlılığı, yalnızca cerrahi müdahale sonrasında hastanın taburcu edilmesiyle sona ermez. Hemşirelerin, hastaların evde bakım süreçlerini izlemeleri, komplikasyonları önlemeleri, fiziksel rehabilitasyonlarını desteklemeleri ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılamaları gerekir. Hemşirelerin afet sonrası rehabilitasyon sürecindeki rolü, hastaların sağlıklı bir iyileşme süreci geçirmeleri için çok yönlüdür ve sadece fiziksel bakım ile sınırlı kalmaz, aynı zamanda hastaların duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına da hitap eder.

Afet sonrası rehabilitasyon sürecinde, cerrahi hemşirelerin rolü, iyileşme sürecinin tüm aşamalarını kapsar. Hemşireler, hastaların ilk müdahale sonrası bakımlarından, uzun dönemli iyileşme süreçlerine kadar, cerrahi bakımın sürekliliğini sağlarlar. Bu süreç, yara bakımı, enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, hareketliliğin artırılması ve psikososyal destek sunulmasını içerir.

Ayrıca, hemşireler, hastaların psikolojik iyileşmesini desteklemek için TSSB ve depresyon gibi durumların erken dönemde tespiti ve yönetimi konusunda da önemli bir rol oynar. Afet sonrası rehabilitasyon sürecinde hastaların sosyal desteğe ve psikolojik dayanıklılığa ihtiyaçları büyüktür; bu bağlamda hemşirelerin empatik yaklaşımı, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir. Rehabilitasyon süreci boyunca, hemşirelerin eğitici rolü de büyük önem taşır; hastalara egzersiz programları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve psikolojik iyileşme stratejileri hakkında bilgi vererek, onların daha bağımsız bir şekilde iyileşmelerine yardımcı olabilirler.

Sonuç olarak, afet sonrası rehabilitasyon sürecinde cerrahi bakımın devamlılığı, hemşirelerin multidisipliner yaklaşımla hastaların fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılama becerisine dayanır. Hemşirelerin, iyileşme sürecinin her aşamasında aktif rol alarak, hastaların hem fiziksel hem de duygusal açıdan iyileşmelerini sağlamaları, afet sonrası bakımın kalitesini artırmakta ve hastaların uzun vadeli sağlığını korumakta önemli bir faktördür.

## Kaynaklar

Gümüş, D., Yılmaz, Z., Tuncer, M., & Aydın, E. (2024). Afet Yönetiminde Hemşirelerin Rolü. *Afet ve Risk Dergisi*, 7(2), 354-367.

Akpınar, N. B., & Ceran, M. (2020). Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 28-40.

Korkmaz, E., Erbaş, D. H., Azizoğlu, H., Koç, B. İ., & Aslan, F. E. (2023). Depremzede Hemşire Bir Felakette Yardımcı Olabilir mi? 2023 Pazarcık Depremi Üzerine Deneyimler. *Kocaeli Med J*, 12(3):395-401.

Özyer, Y., & Dinçer, S. (2020). Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (7), 198-206.

Sonawane, N. (2017). Role of a nurse in disaster management. *Healthcare*.

Erdoğan, A.(2023). Afetlerde İlk Yardım. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2): 721-728.

Farokhzadian, J., Shahrabaki, P.M., Farahmandnia, H., Eskici, G.T., Goki, F.S.(2024). Exploring the consequences of nurses' involvement in disaster response: findings from a qualitative content analysis study. *BMC Emerg Med*, 24(1):74.

Kılıç, N. & Şimşek, N.(2018). Psychological first aid and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3):212-218.

Ozkan, S. & Ikizceli, I. (2023). Triage in disaster management. *Cerrahpaşa Med J*, 47(S1):9-16.

Ramesh, A.C. & Kumar, S.(2010) Triage, monitoring, and treatment of mass casualty events involving chemical, biological, radiological, or nuclear agents. *J Pharm Bioallied Sci*, 2(3):239-47.

Bazyar, J., Farrokhi, M., Khankeh, H.(2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Maced J Med Sci*,7(3):482-494.

Vearrier, L. & Henderson, C.M.(2021). Utilitarian Principlism as a Framework for Crisis Healthcare Ethics. *HEC Forum*, 33(1-2):45-60.

Ilori, O., Kolawole, T.O., Olaboye, J.A.(2024). Ethical dilemmas in healthcare management: A comprehensive review. *International Medical Science Research Journal*, 4(6):703-725.

Egodage, T., Doucet, J., Patel, P.P., Martin, M.J.(2024). Ethics in disaster, mass casualty care, and critical care. *Trauma Surg Acute Care Open*, 9(Suppl 2):e001389.

Long, B., Liang, S.Y., Gottlieb, M.(2023). Crush injury and syndrome: A review for emergency clinicians. *American Journal of Emergency Medicine*, 69:180–187.

Öztürk S, Tuglular S, Olmaz R, Kocyigit I, Kibar MU, Turgutalp K, et al.(2024). Patients with crush syndrome and kidney disease: lessons learned from the earthquake in Kahramanmaraş, Türkiye. *Kidney Int*,106(5):771-776.

Sever, M.Ş., Katı, Y.A., Özkaya, U.(2023). Destructive disasters, trauma, crush syndrome, and beyond. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 57(6):306-314.

Centurion, M.T., Crestani, R., Dominguez, L., Caluwaerts, A., Benedetti, G.(2018). Surgery with Limited Resources in Natural

Disasters: What Is the Minimum Standard of Care?. *Current Trauma Reports*,4:89-95.

Sönmez, D. & Hocaoglu, Ç.(2023). Post-Traumatic Stress Disorder After Natural Disasters: A Review. *Düzce Tıp Fak Derg*, 25(2):103-114.

Makwana N. (2019).Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *J Family Med Prim Care*, 8(10):3090-3095.

Lowe, H., Woodd, S., Lange, I.L., Janjanin, S., Barnet, J., Graham, W.(2021). Challenges and opportunities for infection prevention and control in hospitals in conflict-affected settings: a qualitative study. *Confl Health*,15(1):94.

Abalkhail, A.& Alslamah, T.(2022). Institutional Factors Associated with Infection Prevention and Control Practices Globally during the Infectious Pandemics in Resource-Limited Settings. *Vaccines (Basel)*,10(11):1811.

## BÖLÜM V

### Cerrahi Hemşireliğinde Dijital Dönüşüm: Teknolojinin Hasta Bakımına Etkisi

**Volkan GÖKMEN<sup>6</sup>**

#### Giriş

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme, hasta bakım süreçlerini köklü bir şekilde değiştirerek kalite, verimlilik ve güvenlik standartlarını yeniden tanımlamıştır. Bu dönüşüm, cerrahi hemşirelik gibi kritik öneme sahip alanlarda yalnızca yeni fırsatlar sunmakla kalmamış, hemşirelerin rollerini ve sorumluluklarını da genişletmiştir. Giyilebilir cihazlar, robotik cerrahi sistemleri, elektronik sağlık kayıtları (EHKS) ve tele-sağlık gibi dijital yenilikler, cerrahi süreçlerin tüm aşamalarında hasta bakımının etkinliğini ve güvenliğini artırmada vazgeçilmez hale gelmiştir (Singh ve ark., 2021).

Dijital sağlık teknolojileri, cerrahi hemşirelere gerçek zamanlı veri sağlayarak daha bilinçli ve doğru kararlar almalarını desteklemekte ve hasta bakımını daha bireyselleştirilmiş, proaktif bir

---

<sup>6</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ağrı/Türkiye, Orcid: 0000-0001-6490-8913, volkangokmen82@gmail.com



hale getirmektedir. Giyilebilir cihazlar sayesinde hastaların hayati belirtileri anında izlenebilirken, robotik cerrahi hemşirelerin operasyon sırasındaki teknik rollerini genişletmiştir (Al Harbi ve ark., 2024). EHKS, hastaların tıbbi geçmişine kolay erişim sağlayarak tedavi planlamasında daha hassas ve çok disiplinli bir yaklaşımı mümkün kılmaktadır. Tele-sağlık uygulamaları ise cerrahi sonrası hasta takip süreçlerinde mesafeleri ortadan kaldırıp hasta ve hemşire arasındaki iletişimi daha etkili hale getirmektedir (De Luca ve ark., 2016).

Ancak, bu teknolojilerin adaptasyonu sadece faydaları beraberinde getirmemiş; veri gizliliği sorunları, teknik uyum zorlukları, maliyet ve eğitim gereklilikleri gibi önemli bariyerler de yaratmıştır. Cerrahi hemşirelikte dijital dönüşüm, teknolojinin sağlık hizmetlerine getirdiği yenilikleri ve bu yeniliklerin hasta bakımı ile hemşirelik uygulamalarına etkilerini ayrıntılı bir şekilde ortaya koyar. Dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, cerrahi süreçlerin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında etkili bir şekilde kullanılarak hem hasta güvenliği hem de klinik sonuçları iyileştirme potansiyeline sahiptir (Alami ve ark., 2023).

## **1.Dijital Sağlık Teknolojilerinin Cerrahi Süreçlere Entegrasyonu**

Dijital sağlık teknolojileri, cerrahi hemşirelikte hasta güvenliğini artırmak, iş yükünü optimize etmek ve bakım süreçlerini iyileştirmek için vazgeçilmez hale gelmiştir. Giyilebilir cihazlar, robotik cerrahi sistemleri ve elektronik sağlık kayıtlarının entegrasyonu, cerrahi süreçlerin tüm aşamalarında önemli yenilikler sağlamaktadır. Bu teknolojiler, hasta verilerinin gerçek zamanlı olarak izlenmesiyle hemşirelerin daha bilinçli kararlar almasını desteklerken, klinik süreçlerin güvenliğini ve doğruluğunu artırmaktadır. Giyilebilir cihazlar, hastaların hayati belirtilerini sürekli izleyerek komplikasyon risklerini azaltırken, robotik cerrahi sistemleri hemşirelerin operasyon sırasında daha teknik bir rol

üstlenmesine olanak tanır. Elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı ise hem hastaların geçmiş sağlık verilerine kolay erişim sağlayarak hem de tedavi planlarının bireyselleştirilmesini mümkün kılarak cerrahi süreçlerin daha etkili ve koordineli bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır (T. Amin ve ark., 2021; Hussain ve ark., 2023).

### **1.1. Giyilebilir Teknolojilerle Hasta Takibi**

Giyilebilir teknolojiler, dijital sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak, cerrahi hemşireliğin birçok aşamasında hasta bakımını yeniden şekillendirmektedir. Bu cihazlar, hastaların fizyolojik verilerini sürekli izleyerek hemşirelere gerçek zamanlı bilgi sağlar ve hasta güvenliğini artırır. Ameliyat öncesi değerlendirme, ameliyat sonrası izleme, komplikasyonların erken tespiti ve bireyselleştirilmiş bakım gibi kritik süreçlerde giyilebilir teknolojiler, cerrahi hemşireliğin daha etkili ve verimli bir şekilde uygulanmasını mümkün kılar (Bartos & Trenner, 2024).

#### **1.1.2 Giyilebilir Teknolojilerin Türleri**

Cerrahi hemşireliğin dijitalleşmesinde kullanılan giyilebilir teknolojiler, fonksiyonlarına göre sınıflandırılabilir:

**Akıllı Saatler ve Bileklikler:** Kalp hızı, oksijen saturasyonu, adım sayısı, uyku düzeni gibi temel parametreleri izlemek ve raporlamak üzere tasarlanır. Bu cihazlar, cerrahi hemşirelik uygulamalarında ameliyat öncesi hastaların genel sağlık durumunu değerlendirmek, ameliyat sırasındaki hayati belirtileri izlemek ve postoperatif dönemde iyileşme sürecini takip etmek için kritik bir rol oynar. Hastaların günlük fiziksel aktivitelerini ve uyku düzenlerini izleyerek rehabilitasyon hedeflerinin karşılanmasına katkıda bulunur. Ayrıca, bu cihazlardan elde edilen veriler, potansiyel komplikasyon risklerini belirlemek ve erken müdahalelere olanak tanımak için hemşirelere anında geri bildirim sağlar (Cai ve ark., 2020; Prieto-Avalos ve ark., 2022).

**Biyosensörler:** Cilde yapıştırılabilen bu yenilikçi sensörler, yara bölgesindeki sıcaklık, nem ve pH seviyelerini sürekli olarak izleyerek enfeksiyon riski veya anormalliklerin erken teşhis edilmesine katkı sağlar. Yara bakımında özellikle hassas alanlarda kullanılan biyosensörler, yara iyileşme sürecini optimize etmek ve komplikasyonları azaltmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu cihazlar, hemşirelere yara bölgesindeki mikroklima koşullarını anında bildiren geri bildirimler sunarak, hem daha etkili bir bakım planı oluşturulmasına hem de hasta iyileşme sürecinin hızlandırılmasına olanak tanır. İleri biyoteknolojiye dayalı bu cihazlar, ameliyat sonrası enfeksiyon riskini minimize ederken, yara kapanma sürecinin detaylı bir şekilde izlenmesine de imkan tanır (Deng ve ark., 2022; Prakashan ve ark., 2024).

**Uzaktan İzleme Sistemleri:** Uzaktan izleme sistemleri, hastaların fizyolojik verilerini hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine gerçek zamanlı olarak iletmek için tasarlanmıştır. Bu sistemler, cerrahi sonrası hayati belirtilerin izlenmesinde çok önemli bir rol oynar. Hastaların kalp atışı, oksijen satürasyonu, kan basıncı ve solunum hızı gibi kritik parametreleri uzaktan takip edilerek herhangi bir komplikasyonun erken tespiti mümkün hale gelir. Ayrıca, bu sistemler, ameliyat sonrası hasta mobilizasyonu ve rehabilitasyon süreçlerini destekler. Uzaktan izleme sistemleri, hastane yatış sürelerini azaltırken, hasta ve hemşire arasında etkili bir iletişim platformu oluşturarak bireyselleştirilmiş bakım planlarının uygulanmasına olanak tanır (Alshamrani, 2022; Kakria ve ark., 2015).

**Giyilebilir Elektrokardiyografi (EKG) Cihazları:** Giyilebilir EKG cihazları, hastaların ameliyat sonrası kardiyovasküler sağlığını izlemek için tasarlanmış yenilikçi cihazlardır. Bu cihazlar, kalp ritim bozukluklarının (aritmisi) erken tespit edilmesini sağlarken, kalp atışı, EKG dalga formları ve diğer kardiyak parametreleri izleyerek hasta güvenliğini önemli ölçüde artırır. Cerrahi hemşirelik uygulamalarında hemşirelere, hastaların kardiyak durumunu detaylı

bir şekilde takip etme imkânı sunar. Özellikle kardiyovasküler komplikasyon riski taşıyan hastalarda, bu cihazlar komplikasyonların erken müdahale ile önlenmesine yardımcı olur. Ameliyat sonrası kardiyak rehabilitasyon ve hasta eğitiminde de önemli bir aracı olan giyilebilir EKG cihazları, hem hastane ortamında hem de taburculuk sonrası ev ortamında kullanım için uygundur (Cosoli ve ark., 2021; Hong ve ark., 2019).

**Fizyolojik Veri İzleme Cihazları:** Fizyolojik veri izleme cihazları, cerrahi hemşirelikte hasta bakımının bireyselleştirilmesine ve klinik karar alma süreçlerinin desteklenmesine olanak tanır. Kan şekeri, kan basıncı, hidrasyon düzeyi gibi hayati parametreleri sürekli olarak izleyen bu cihazlar, ameliyat öncesinden postoperatif döneme kadar geniş bir yelpazede kullanılır. Ameliyat öncesinde hastaların fizyolojik durumlarının değerlendirilmesi ve ameliyata uygunluklarının belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ameliyat sonrası dönemde ise bu cihazlar, hasta iyileşme sürecini optimize etmek, hidrasyon dengesizliklerini tespit etmek ve olası komplikasyonlara karşı erken uyarılar sağlamak için kullanılır. Gerçek zamanlı veri aktarımı sayesinde hemşirelerin daha bilinçli ve zamanında müdahalelerde bulunmasını destekler. Bu cihazlar, hem hasta güvenliğini artırır hem de sağlık ekibinin çalışma verimliliğini iyileştirir (De Georgia ve ark., 2015; Xu ve ark., 2020)

## **Cerrahi Süreçlerde Giyilebilir Teknolojilerin Rolü**

### **Hayati Belirtilerin Sürekli İzlenmesi:**

**Preoperatif Dönem:** Ameliyat öncesinde hayati belirtilerin izlenmesi, hastanın operasyon için uygunluğunun değerlendirilmesi ve ameliyata en iyi şekilde hazırlanması açısından kritik bir rol oynar. Kan basıncı, kalp atışı ve oksijen satürasyonu gibi temel parametrelerin izlenmesi, cerrahi risklerin önceden belirlenmesine ve buna uygun önlemler alınmasına olanak tanır (Dias & Paulo Silva Cunha, 2018).

**Postoperatif Dönem:** Ameliyat sonrası dönemde hayati belirtilerin yakından takibi, komplikasyon riskinin azaltılması için hayati önem taşır. Oksijen saturasyonundaki ani düşüşler, düzensiz kalp atışları veya tansiyon dalgalanmaları gibi durumların hızlıca tespit edilmesi, hemşirelerin zamanında müdahale edebilmesini sağlar. Bu sayede, hasta güvenliği ve iyileşme süreci optimize edilir (Dias & Paulo Silva Cunha, 2018).

**Gerçek Zamanlı Uyarılar:** Giyilebilir cihazlar, hastaların hayati verilerini anında analiz ederek, komplikasyon risklerini bildiren uyarılar üretir. Örneğin, kalp atışındaki anormallikler veya solunum hızındaki değişiklikler konusunda hemşireleri uyararak, erken müdahale imkânı sunar. Bu teknoloji, hasta bakımında zaman kazandırırken, hasta güvenliğini üst seviyeye taşır (Dias & Paulo Silva Cunha, 2018; Weenk ve ark., 2020).

### **Erken Mobilizasyon ve Rehabilitasyon:**

**Adım Sayısı ve Fiziksel Aktivite İzleme:** Hastaların günlük adım sayılarını ve fiziksel aktivite seviyelerini takip etmek, ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını görmek için kritik bir rol oynar. Bu veriler, hemşirelere hastaların fiziksel iyileşme sürecini gerçek zamanlı olarak izleme ve uygun müdahaleleri planlama imkânı tanır (Tajrian Amin ve ark., 2021; Yılmaz, 2022).

**Hastayı Motive Etme:** Hastaların kendi fiziksel aktivitelerini anında görebilmesi, rehabilitasyon süreçlerine aktif katılımlarını ve tedaviye olan motivasyonlarını artırır. Adım hedefleri gibi somut verilerin sunulması, hastanın iyileşme sürecini daha anlamlı hale getirerek, kendine olan güvenini de destekler (Tajrian Amin ve ark., 2021).

**Rehabilitasyon Programlarının Yönetimi:** Cerrahi hemşireleri, bu teknolojilerden elde edilen verilerle bireyselleştirilmiş rehabilitasyon planları oluşturabilir. Hastanın iyileşme hızı, fiziksel hareketliliği ve performansını temel alarak tasarlanan bu planlar,

daha etkili bir rehabilitasyon süreci sunar (Yılmaz ve ark., 2023). Rehabilitasyon programlarının sistematik bir şekilde yönetilmesi, hastaların komplikasyon risklerini azaltarak iyileşme süreçlerini hızlandırır ve genel bakım kalitesini artırır (Tajrian Amin ve ark., 2021).

### **Yara Bakımı ve Enfeksiyon Yönetimi:**

**Sıcaklık ve Nem İzleme:** Yara bölgesindeki sıcaklık artışı veya nem seviyesindeki değişiklikler, enfeksiyonun erken belirtileri olarak ortaya çıkabilir. Biyosensör teknolojileri sayesinde hemşireler, bu verileri anında izleyerek enfeksiyon riski oluşturabilecek durumlara karşı proaktif önlemler alabilir. Sıcaklık artışı genellikle bir enfeksiyon belirtisi olarak yorumlanırken, yara bölgesindeki nem de yaranın mikrobiyal kontaminasyon riski taşıdığını işaret edebilir (Farahani & Shafiee, 2021).

**Yara İyileşmesinin Sürekli Takibi:** Biyosensörlerden elde edilen veriler, yara iyileşme sürecini optimize etmek ve yara bakımını bireyselleştirerek daha etkin bir tedavi planı oluşturmak için kullanılabilir. Hemşireler, yara bölgesindeki pH, nem ve sıcaklık gibi parametreleri yakından takip ederek yara bakımı stratejilerini hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlayabilir. Bu sistemler, hem iyileşme sürecini hızlandırmak hem de enfeksiyon gibi komplikasyonları en aza indirmek için kritik bir rol oynar (Bao ve ark., 2024; Farahani & Shafiee, 2021).

**Komplikasyonların Önlenmesi:** Enfeksiyon riskini azaltmak, hem hastanın iyileşme sürecini kısaltır hem de tedavi sürecini daha az ağrılı hale getirir. Yara iyileşme sürecinde meydana gelen olası komplikasyonların erken tespiti, hasta bakımı kalitesini artırırken hastane yatış sürelerini de azaltabilir. Biyosensör destekli yara takibi, hemşirelerin daha bilinçli ve zamanında müdahalelerde bulunmasını sağlar ve hasta memnuniyetini üst düzeye çıkarır (Farahani & Shafiee, 2021).

## **2. Robotik Cerrahinin Hemşirelik Uygulamalarına Etkisi**

Robotik cerrahi, cerrahların minimal invaziv yöntemlerle daha hassas ve karmaşık müdahaleler yapmasına olanak tanıyan bir teknoloji olarak, hemşirelerin görev tanımlarını yeniden şekillendirmiştir. Robotik sistemlerin ameliyatlarda kullanılmasıyla birlikte hemşireler, bu teknolojinin etkin ve güvenli bir şekilde kullanılmasından sorumlu olan kilit aktörler haline gelmiştir. Bu süreç, hemşirelerin teknik becerilerini geliştirme ve yeni yetkinlikler edinme ihtiyacını da beraberinde getirmiştir (Tavakoli ve ark., 2020).

### **Ameliyat Öncesi Hazırlık:**

Robotik cerrahi sistemlerinin kurulumu, sterilizasyonu ve kalibrasyonunun eksiksiz bir şekilde yapılması hemşirelerin sorumluluk alanlarından biridir. Bu aşama, cerrahi ekibin operasyon esnasında herhangi bir teknik sorunla karşılaşmaması için kritik önem taşır.

Cerrahi ekipmanların ameliyat öncesi eksiksiz bir şekilde hazırlanması, operasyon sırasında ihtiyaç duyulacak tüm malzemelerin kontrol edilmesi ve cerrahın taleplerine uygun şekilde düzenlenmesi gereklidir.

Hastalar ve aileleri, robotik cerrahi sürecine ilişkin detaylı bilgilendirme alır. Hemşireler, bu süreçte robotik cerrahinin avantajlarını ve olası risklerini açıklayarak hastaları ameliyata hazırlar (Camarillo ve ark., 2004).

### **Ameliyat Sırasında Teknik ve Klinik Destek:**

Operasyonun kesintisiz devam edebilmesi için robotik cerrahi sistemlerinin etkin bir şekilde kullanılmasından sorumlu olan hemşireler, cerrahın ihtiyaç duyduğu ekipmanları anında sağlar.

Robotik sistemde meydana gelebilecek teknik aksaklıklara hızlıca müdahale edilerek operasyonun aksamasının önüne geçilir.

Bu, hemşirelerin robotik sistemlerin teknik detaylarına hakim olmasını gerektirir.

Operasyon boyunca hastanın hayati belirtilerinin izlenmesi ve cerrahın ihtiyaçlarına yanıt verilmesi, hasta güvenliği açısından büyük önem taşır (Tavakoli ve ark., 2020).

### **Ameliyat Sonrası Bakım:**

Robotik cerrahi sonrası hastaların mobilizasyonu, iyileşme sürecinin hızlandırılması ve komplikasyon risklerinin azaltılması için kritik bir unsurdur. Hemşireler, hastaların rehabilitasyon süreçlerini yakından izler ve destekler.

Yara bakımı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimi konularında hastaları bilgilendiren hemşireler, taburculuk sonrası evde bakım planının hazırlanmasına da katkıda bulunur.

Taburculuk sonrası hasta takibinde, hastaların cerrahi süreçle ilgili komplikasyon yaşaması durumunda hızlı bir şekilde müdahale edilmesi sağlanır. Bu da robotik cerrahinin uzun dönem hasta bakımı üzerindeki etkisini güçlendirir (Javed ve ark., 2023).

### **3. Elektronik Sağlık Kayıtlarının Kullanımı**

Elektronik sağlık kayıtları (EHKS), cerrahi süreçlerin planlanması ve değerlendirilmesinde kilit bir rol oynar. Bu sistemler, hemşirelere daha organize bir şekilde çalışmaları için araçlar sunar (Kohli & Tan, 2016).

### **Ameliyat ncesi Süreçlerde EHKS:**

**Tıbbi Geçmişe Erişim:** EHKS, hastaların tıbbi geçmişine, laboratuvar sonuçlarına ve alerji bilgilerine kolayca erişim sağlayarak cerrahi sürecin daha hızlı ve doğru planlanmasını mümkün kılar. Bu sistem sayesinde hemşireler, hastaların geçmiş sağlık durumlarını eksiksiz bir şekilde inceleyerek ameliyata hazırlık sürecini optimize edebilir. Ayrıca, ilaç kullanımı ve geçirilmiş ameliyatlara ilgili verilere hızlı erişim, hasta güvenliğini artırır (Liu ve ark., 2023).



**Bireyselleştirilmiş Bakım Planları:** EHKS, her hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun bakım planları oluşturulmasını sağlar. Hastaların geçmiş tıbbi hikâyesine dayalı özelleştirilmiş yaklaşımlar, cerrahi hemşirelerin hasta odaklı bir bakım sunmasına olanak tanır. Bu bireyselleştirilmiş planlar, hemşirelerin spesifik hasta ihtiyaçlarına daha hızlı ve etkili müdahalelerde bulunmasını destekler (Dashtbozorg ve ark., 2024).

**Risk Yönetimi:** EHKS, risk faktörlerini analiz ederek hemşireleri olası komplikasyonlara karşı uyarır. Örneğin, hastanın alerji geçmişiye göre uygun ilaç seçiminin otomatik önerilmesi veya laboratuvar sonuçlarındaki kritik bulguların sistem tarafından vurgulanması, cerrahi sürecin güvenli bir şekilde yürütülmesine katkı sağlar. Bu proaktif yaklaşım, hasta güvenliğini ön planda tutar (Vora ve ark., 2023).

**Ekip İletişimi ve Koordinasyon:** EHKS, cerrahi ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımını hızlandırır ve kolaylaştırır. Hemşireler, anestezi uzmanları ve cerrahlarla gerçek zamanlı olarak iletişim kurabilir; bu da ekip koordinasyonunu ve ameliyat planlamasını çok daha verimli hale getirir. İletilen bilgilerin tutarlı ve eksiksiz olması, ekip çalışmasını destekler (Friedman, 2023).

**Eğitim ve Hazırlık Süreçleri:** EHKS, hemşirelerin hastalar hakkında detaylı bilgi edinmesine olanak tanır ve bu bilgiler ışığında ameliyat öncesi eğitim ve hazırlık süreçlerini iyileştirir. Hemşireler, hastaların tıbbi durumunu tam olarak anladıklarında, ameliyat öncesi bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerini daha etkili bir şekilde yürütebilir.

### **Postoperatif Süreçlerde EHKS:**

**Hasta İzleme Verileri:** EHKS, ameliyat sonrası süreçte hasta verilerinin sürekli takibini sağlayarak komplikasyonların erken teşhisinde hayati bir rol oynar. Örneğin, enfeksiyon belirtileri veya anormal vital bulguların otomatik olarak hemşireye raporlanması, hızlı müdahale şansı yaratır (Hamid ve ark., 2020).

**Veriye Dayalı Karar Alma:** Sistem, hemşirelerin hasta durumu hakkında bilinçli kararlar almasını kolaylaştırır. Postoperatif dönemde kullanılan geçmişe dönük hasta verileri, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasını destekler. Bu, hemşirelerin tedavi sürecine proaktif bir yaklaşım benimsemelerine olanak tanır (Hamid ve ark., 2020).

**Etkili İletişim ve Koordinasyon:** EHKS, hemşirelerin multidisipliner ekipler arasında etkili bilgi paylaşımını sağlar. Hasta ile ilgili en güncel bilgilere erişim, ekip üyelerinin aynı anda doğru verilere dayanarak çalışmasını garanti eder (Friedman, 2023).

**Zaman Yönetimi ve İş Verimliliği:** Hasta kayıtlarına hızlı erişim, hemşirelerin manuel iş yükünü azaltır ve hasta bakımına daha fazla zaman ayırmasını sağlar (Friedman, 2023).

### **Veri Güvenliği ve Eğitim Gereklilikleri:**

**Hasta Verilerinin Gizliliği ve Korunması:** EHKS'nin kullanımı, hasta bilgilerinin gizliliği ve güvenliği ile ilgili yeni sorumluluklar getirmiştir. Bu sistemlerin etkin kullanımında, hasta bilgilerinin yasa dışı erişimlere karşı korunması ve gizliliğin sağlanması temel bir gerekliliktir. Veri ihlallerini önlemek için hemşirelerin sağlık bilişim süreçleri konusunda eğitilmesi önemlidir (Hamid ve ark., 2020; Poku ve ark., 2023).

**Yasal ve Kurumsal Politikalar:** EHKS kullanımında yasal mevzuatlara ve kurum içi veri güvenliği politikalarına tam uyum şarttır. Hemşirelerin, kişisel veri koruma yasaları ve hasta bilgilerinin paylaşımını düzenleyen ulusal ve uluslararası yönetmelikler konusunda bilgi sahibi olmaları gerekir. Veri güvenliği protokollerine uygun hareket etmek, hasta bilgilerinin güvende kalması için elzemdir (Høegh-Larsen ve ark., 2022).

**Güvenlik Teknolojileri ve Prosedürleri:** Veri koruma stratejilerinin bir parçası olarak, çok faktörlü kimlik doğrulama, şifreleme teknolojileri ve güvenlik duvarları gibi çözümler uygulamaya alınmalıdır. Hemşireler, bu teknolojilerin etkin

kullanımı konusunda eğitilmelidir. Teknik bilgiye sahip olma, sıkça karşılaşılan teknik sorunların çözülmesini kolaylaştırır ve manuel kayıt tutma gibi alternatif yöntemlere hakim olma ihtiyacını azaltır (Poku ve ark., 2023).

**Sürekli Eğitim ve Farkındalık Programları:** Veri güvenliği ihlallerinin önlenmesi, hemşirelerin bu konuda sürekli eğitim alması ile mümkün olur. Farkındalık programları, hemşirelerin veri gizliliği tehditlerini tanımaları ve bu tehditlere karşı etkili önlemler alabilmeleri için önemlidir (Albasri ve ark., 2022).

**Manuel Kayıt ve Acil Durum Prosedürleri:** EHKS sistemlerinin arızalanması durumunda manuel kayıt prosedürlerinin devreye sokulması gerekmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin geleneksel hasta kayıt tutma becerilerini koruması ve bu becerileri sürekli olarak güncel tutması önemlidir (Albasri ve ark., 2022).

#### **4. Tele-Sağlık Uygulamaları ve Uzaktan Takip**

Tele-sağlık, dijital dönüşümün önemli bir parçası olarak cerrahi hemşirelikte giderek daha fazla kullanılmaktadır. COVID-19 pandemisiyle birlikte uzaktan hasta takibi, hemşirelik uygulamalarında yeni standartların oluşmasını sağlamıştır (Byrne, 2020; Fırat ve ark., 2022; Fırat ve ark., 2021).

#### **Tele-Sağlık Teknolojileri:**

**Video Konferans ve Uzaktan Danışmanlık:** Video konferans sistemleri, hemşirelerin cerrahi sonrasındaki hasta takibini kolaylaştırarak, hastaların evdeki iyileşme süreçlerini izlemelerini ve gerektiğinde uzman desteği alabilmelerini sağlar. Uzaktan danışmanlık, hastaların ilaç kullanımına yönelik sorularını cevaplama ve yara bakımı ile ilgili birebir rehberlik sağlamada etkili bir araçtır (Banbury ve ark., 2018; Rygg ve ark., 2021).

**Mobil Uygulamalar:** Cerrahi hastalar için geliştirilen özel mobil uygulamalar, hemşirelerin uzaktan iletişim kurmasını sağlar. Bu uygulamalar, hastaların ilaç hatırlatıcıları ve yara bakım yönergelerine uymalarını desteklerken, aynı zamanda hasta

verilerini sürekli olarak güncelleyerek komplikasyon risklerini en aza indirir. Örneğin, yara bölgesinden çekilen fotoğrafların hemşirelere gönderilmesi, enfeksiyon riskinin uzaktan değerlendirilmesini mümkün kılar (Dickinson & Bass, 2020).

### **Tele-Sağlık Sistemlerinin Avantajları:**

**Bireyselleştirilmiş Bakım:** Her hastanın cerrahi sonrası iyileşme süreci farklıdır. Tele-sağlık, bireysel ihtiyaçlara özel bakım planlarının oluşturulmasını kolaylaştırır.

**Zaman ve Maliyet Tasarrufu:** Hasta ve sağlık personeli için ulaşım maliyetlerini azaltır, aynı zamanda hastane yatış sürelerini kısaltarak ekonomik fayda sağlar.

**Komplikasyonların Erken Tespiti:** Tele-sağlık, hastaların hayati belirtilerini sürekli izleyerek komplikasyonları erken aşamada tespit etme şansı sunar. Örneğin, ateş, şişlik veya ağrı gibi semptomlar anında sağlık personeline bildirilebilir (Suzuki ve ark., 2019).

### **Zorluklar ve Çözümler:**

**Teknolojik Altyapı Sorunları:** Her hastanın tele-sağlık teknolojilerine erişimi olmayabilir. Bu durumda, yerel sağlık kuruluşlarının destek programları geliştirmesi kritik önem taşır.

**Eğitim ve Kullanıcı Deneyimi:** Hastaların ve sağlık personelinin yeni teknolojilere adapte olabilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi gereklidir. Özellikle yaşlı hastalar için daha kullanıcı dostu arayüzlere sahip uygulamalar geliştirilmeli ve rehberlik sağlanmalıdır.

**Veri Güvenliği:** Tele-sağlık sistemlerinde hasta bilgilerini koruma önceliklidir. Güçlü şifreleme teknolojileri ve veri güvenliği protokolleri uygulanmalıdır (Suzuki ve ark., 2019) (Muzammil, 2020).

## **5. Dijital Teknolojilerde Hemşirelik Eğitimi**

Hemşirelerin dijital dönüşümün bir parçası olabilmesi için sürekli eğitim almaları gereklidir. Dijitalleşmenin etkili bir şekilde

uygulanabilmesi için hemşirelerin yeni teknolojilere uyum sağlamaları kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda, eğitim programlarının içeriği ve uygulanabilirliği hemşirelik mesleğinde dijitalleşmeyi destekleyen temel unsurlardan biri olarak öne kmaktadır (Muzammil, 2020).

### **Eğitim Programları:**

**Simülasyon Tabanlı Eğitim:** Simülasyon ortamları, hemşirelere robotik cerrahi cihazlarının güvenli kullanımı, sistemlerin kalibrasyonu ve olası teknik arızalarla başa çıkma becerileri kazandırır. Bu tür eğitimler, gerçek operasyonlara başlamadan önce hemşirelerin yeterliliklerini artırmak için kritik bir fırsat sunar. Örneğin, bir simülasyon programı, acil durum senaryolarını içerebilir ve bu da hemşirelerin stres altında doğru kararlar almasını destekler (Cant & Cooper, 2014; Plotzky ve ark., 2021).

**Veri Güvenliği Eğitimi:** EHKS gibi dijital sistemlerin etkin ve güvenli bir şekilde kullanılması için hasta verilerinin korunması konusunda kapsamlı eğitimler sağlanmalıdır. Veri gizliliği ihlallerini önlemeye yönelik yasal düzenlemeler, şifreleme protokolleri ve sistem yedekleme stratejileri gibi konular eğitimin merkezinde yer alır (Kleib ve ark., 2024).

**Beceri Geliştirme ve Teknoloji Adaptasyonu Eğitimi:** Giyilebilir cihazların veri okuma ve yorumlama becerilerinden yapay zekâ destekli analiz araçlarının kullanımına kadar, hemşirelerin dijital cihazlarla çalışma becerileri geliştirilmelidir. Bu eğitimler, teknolojiyle bütünleşik bir bakım modeline uyum sağlanmasına olanak tanır (Brown ve ark., 2020).

**Tele-Sağlık ve Uzaktan Takip Eğitimi:** Hemşireler, uzaktan hasta takibi sistemlerinin kullanımı konusunda eğitilmelidir. Bu, tele-sağlık platformlarının etkin kullanımını, hasta verilerinin doğru analiz edilmesini ve uzaktan danışmanlık hizmetlerinin sunulmasını içerir (Gökmen ve ark., 2022; Kleib ve ark., 2023).

## Sonuç

Cerrahi hemşireliğin dijital dönüşümü, sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim sürecini temsil etmektedir. Giyilebilir cihazlar, robotik cerrahi, elektronik sağlık kayıtları ve tele-sağlık gibi dijital yenilikler, cerrahi süreçlerin tüm aşamalarında hasta güvenliği ve bakım kalitesini artırmada önemli araçlar haline gelmiştir. Bu teknolojiler, hemşirelere hasta verilerini daha yakından takip etme ve bireyselleştirilmiş bakım sunma fırsatı tanırken, hasta sonuçlarını iyileştirme ve klinik karar alma süreçlerini destekleme açısından da büyük bir potansiyel sunmaktadır. Sonuç olarak, dijitalleşme, cerrahi hemşirelik uygulamalarında bir devrim niteliği taşımaktadır. Hemşirelerin teknik becerilerini ve bilgi birikimlerini artırarak, hasta bakımına daha bütüncül ve etkili bir yaklaşım sunmalarını sağlamaktadır. Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırırken, gelecekteki sağlık standartlarının belirlenmesinde de kritik bir rol oynayacaktır. Cerrahi hemşireliğin dijital dönüşümü, yalnızca teknolojiyi adapte etmekle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hemşirelerin profesyonel gelişimini destekleyen, hasta odaklı bir bakım modelini güçlendiren bir süreç olarak değerlendirilmelidir (Ćwiklicki ve ark., 2021; Lattouf, 2022; Selçuk, 2024; Singh ve ark., 2021)

## KAYNAKLAR

Al Harbi, A. M., Barakat, S. S., Alotaibi, T. N., Algadhbani, O. K., Alanazi, H. M. Z., Alenazy, M. H., Semumoh, S. A. N., & Algareeb, T. G. (2024). Digital Nursing: The Role of Modern Technological Technologies in Enhancing Nursing Practice and Improving Health Care. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 905-911.

Alami, H., Rivard, L., Lehoux, P., Ag Ahmed, M. A., Fortin, J. P., & Fleet, R. (2023, Jan-Dec). Integrating environmental considerations in digital health technology assessment and procurement: Stakeholders' perspectives. *Digit Health*, 9, 20552076231219113. <https://doi.org/10.1177/20552076231219113>

Albasri, Q. M., Shahbal, S., Alhamadah, A. M., Almebar, M. F., Aloufi, Y. A. M., Al Khalaf, K. M., Al-Mutlaq, J. H. M., Albinsaad, Z. A., Al Mubarak, A. H., & Bushaja, F. H. A. (2022). Synthesizing The Evidence Of Practice Research The Impact Of Nursing Care On Patients' Safety; Systematic Review. *Journal of Namibian Studies: History Politics Culture*, 32, 1649-1676.

Alshamrani, M. (2022). IoT and artificial intelligence implementations for remote healthcare monitoring systems: A survey. *Journal of King Saud University-Computer and Information Sciences*, 34(8), 4687-4701.

Amin, T., Mobbs, R. J., Mostafa, N., Sy, L. W., & Choy, W. J. (2021). Wearable devices for patient monitoring in the early postoperative period: a literature review. *Mhealth*, 7, 50. <https://doi.org/10.21037/mhealth-20-131>

Amin, T., Mobbs, R. J., Mostafa, N., Sy, L. W., & Choy, W. J. (2021). Wearable devices for patient monitoring in the early postoperative period: a literature review. *Mhealth*, 7.

Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 20(2), e25.

Bao, S., Wang, Y., Yao, L., Chen, S., Wang, X., Luo, Y., Lyu, H., Yu, Y., Zhou, P., & Zhou, Y. (2024). Research trends and hot topics of wearable sensors in wound care over past 18 years: A bibliometric analysis. *Heliyon*.

Bartos, O., & Trenner, M. (2024, Sep). Wearable technology in vascular surgery: Current applications and future perspectives. *Semin Vasc Surg*, 37(3), 281-289. <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2024.08.004>

Brown, J., Pope, N., Bosco, A. M., Mason, J., & Morgan, A. (2020). Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2801-2819.

Byrne, M. D. (2020). Telehealth and the COVID-19 pandemic. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(5), 548-551.

Cai, M., Wang, J., & Liao, W.-H. (2020). Self-powered smart watch and wristband enabled by embedded generator. *Applied Energy*, 263, 114682.

Camarillo, D. B., Krummel, T. M., & Salisbury Jr, J. K. (2004). Robotic technology in surgery: past, present, and future. *The American Journal of Surgery*, 188(4), 2-15.



Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2014). Simulation in the Internet age: The place of Web-based simulation in nursing education. An integrative review. *Nurse education today*, 34(12), 1435-1442.

Cosoli, G., Spinsante, S., Scardulla, F., D'Acquisto, L., & Scalise, L. (2021). Wireless ECG and cardiac monitoring systems: State of the art, available commercial devices and useful electronic components. *Measurement*, 177, 109243.

Ćwiklicki, M., Duplaga, M., & Klich, J. (2021). *The digital transformation of healthcare: Health 4.0*. Routledge.

Dashtbozorg, A., Heidarian, E., Shirazi, M. S. R., Movahednia, Z., Jafari, M., & Azar, R. A. (2024). Emerging Technologies in Hand Orthopedic Surgery: Current Trends and Future Directions. *Galen Medical Journal*, 13, 1.

De Georgia, M. A., Kaffashi, F., Jacono, F. J., & Loparo, K. A. (2015). Information technology in critical care: review of monitoring and data acquisition systems for patient care and research. *The Scientific World Journal*, 2015(1), 727694.

De Luca, R., Bramanti, A., De Cola, M. C., Trifiletti, A., Tomasello, P., Torrisi, M., Reitano, S., Leo, A., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2016, Aug). Tele-health-care in the elderly living in nursing home: the first Sicilian multimodal approach. *Aging Clin Exp Res*, 28(4), 753-759. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0463-8>

Deng, X., Gould, M., & Ali, M. A. (2022). A review of current advancements for wound healing: Biomaterial applications and medical devices. *Journal of Biomedical Materials Research Part B: Applied Biomaterials*, 110(11), 2542-2573.

Dias, D., & Paulo Silva Cunha, J. (2018). Wearable health devices—vital sign monitoring, systems and technologies. *Sensors*, 18(8), 2414.

Dickinson, K. J., & Bass, B. L. (2020). A systematic review of educational mobile-applications (apps) for surgery residents: Simulation and beyond. *Journal of surgical education*, 77(5), 1244-1256.

Farahani, M., & Shafiee, A. (2021). Wound healing: from passive to smart dressings. *Advanced Healthcare Materials*, 10(16), 2100477.

Firat, M., Gökmen, B. D., & Karakurt, P. (2022). An investigation of smoking habits and mental well-being in healthcare personnel during COVID-19. *Perspectives in psychiatric care*, 58(1), 108.

Firat, M., Okanlı, A., Kanbay, Y., Utkan, M., & Gökmen, B. D. (2021). The prevalence of pandemic anxiety, anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 31(2), 198.

Friedman, I. (2023). *Understanding the Relationships Between Electronic Health Records, Effective Teamwork and Quality of Care* [University of Haifa (Israel)].

Gökmen, V., Ayoğlu, T., & Gökmen, B. D. (2022). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanımı ve E-Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 312-326.

Hamid, H. K., Emile, S. H., Saber, A. A., Ruiz-Tovar, J., Minas, V., & Cataldo, T. E. (2020). Laparoscopic-guided transversus abdominis plane block for postoperative pain

management in minimally invasive surgery: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 231(3), 376-386. e315.

Høegh-Larsen, A. M., Gonzalez, M. T., Reiersen, I. Å., Husebø, S. I. E., & Ravik, M. (2022). Changes in nursing students' self-reported professional competence in simulation-based education and clinical placement: A longitudinal study. *Nurse education today*, 119, 105592.

Hong, Y. J., Jeong, H., Cho, K. W., Lu, N., & Kim, D. H. (2019). Wearable and implantable devices for cardiovascular healthcare: from monitoring to therapy based on flexible and stretchable electronics. *Advanced Functional Materials*, 29(19), 1808247.

Hussain, A. K., Kakakhel, M. M., Ashraf, M. F., Shahab, M., Ahmad, F., Luqman, F., Ahmad, M., Nour, A. M., Varrassi, G., & Kinger, S. (2023). Innovative approaches to safe surgery: a narrative synthesis of Best practices. *Cureus*, 15(11).

Javed, H., Olanrewaju, O. A., Owusu, F. A., Saleem, A., Pavani, P., Tariq, H., Ortiz, B. S. V., Ram, R., & Varrassi, G. (2023). Challenges and Solutions in Postoperative Complications: A Narrative Review in General Surgery. *Cureus*, 15(12).

Kakria, P., Tripathi, N., & Kitipawang, P. (2015). A real-time health monitoring system for remote cardiac patients using smartphone and wearable sensors. *International journal of telemedicine and applications*, 2015(1), 373474.

Kleib, M., Arnaert, A., Nagle, L. M., Ali, S., Idrees, S., da Costa, D., Kennedy, M., & Darko, E. M. (2024). Digital Health

Education and Training for Undergraduate and Graduate Nursing Students: Scoping Review. *JMIR nursing*, 7(1), e58170.

Kleib, M., Arnaert, A., Nagle, L. M., Ali, S., Idrees, S., Kennedy, M., & da Costa, D. (2023). Digital health education and training for undergraduate and graduate nursing students: a scoping review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(7), 1469-1476.

Kohli, R., & Tan, S. S.-L. (2016). Electronic health records. *Mis Quarterly*, 40(3), 553-574.

Lattouf, O. M. (2022). Impact of digital transformation on the future of medical education and practice. *Journal of Cardiac Surgery*, 37(9), 2799-2808.

Liu, C., Ge, J., Jiang, Y., Wang, W., Zhang, Q., & Guo, W. (2023). Preoperative valgus-corrected hip-knee-ankle angle and medial meniscal extrusion are useful for evaluating postoperative alignment in mobile-bearing UKA. *Heliyon*, 9(11).

Muzammil, S. (2020). Tele-Health: Is it only for the rural areas? A review on its wider use. *Telehealth and Medicine Today*, 5(1).

Plotzky, C., Lindwedel, U., Sorber, M., Loessl, B., König, P., Kunze, C., Kugler, C., & Meng, M. (2021). Virtual reality simulations in nurse education: a systematic mapping review. *Nurse education today*, 101, 104868.

Poku, C. A., Attafuah, P. Y. A., Anaba, E. A., Abor, P. A., Nketiah-Amponsah, E., & Abuosi, A. A. (2023). Response to patient safety incidents in healthcare settings in Ghana: the role of teamwork, communication openness, and handoffs. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1072.

Prakashan, D., Kaushik, A., & Gandhi, S. (2024). Smart sensors and wound dressings: Artificial intelligence-supported chronic skin monitoring—A review. *Chemical Engineering Journal*, 154371.

Prieto-Avalos, G., Cruz-Ramos, N. A., Alor-Hernández, G., Sánchez-Cervantes, J. L., Rodríguez-Mazahua, L., & Guarneros-Nolasco, L. R. (2022, May 2). Wearable Devices for Physical Monitoring of Heart: A Review. *Biosensors (Basel)*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/bios12050292>

Rygg, L. Ø., Brataas, H. V., & Nordtug, B. (2021). Oncology nurses' lived experiences of video communication in follow-up care of home-living patients: A phenomenological study in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101955.

Selçuk, H. (2024). KRİZ YÖNETİMİNDE HALKLA İLİŞKİLERİN ROLÜ VE ÖNEMİ. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(28), 994-1014.

Singh, S., Bhatt, P., Sharma, S. K., & Rabi, S. (2021). Digital transformation in healthcare: Innovation and technologies. In *Blockchain for Healthcare Systems* (pp. 61-79). CRC Press.

Suzuki, T., Abe, T., Tsuji, S., Shimoda, T., Yoshimura, S., & Ogasawara, K. (2019). Survey on the willingness to pay for tele-health consultation. *Health Policy and Technology*, 8(3), 248-253.

Tavakoli, M., Carriere, J., & Torabi, A. (2020). Robotics, smart wearable technologies, and autonomous intelligent systems for healthcare during the COVID-19 pandemic: An analysis of the state of the art and future vision. *Advanced intelligent systems*, 2(7), 2000071.

[Record #39 is using a reference type undefined in this output style.]

Weenk, M., Bredie, S. J., Koeneman, M., Hesselink, G., van Goor, H., & van de Belt, T. H. (2020). Continuous monitoring of vital signs in the general ward using wearable devices: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e15471.

Xu, H., Li, P., Yang, Z., Liu, X., Wang, Z., Yan, W., He, M., Chu, W., She, Y., & Li, Y. (2020). Construction and application of a medical-grade wireless monitoring system for physiological signals at general wards. *Journal of Medical Systems*, 44, 1-15.

Yılmaz, D. A. (2022). Teknoloji: Fiziksel Aktivitenin Teşvikinde Yeni Bir Adım. *Kafkas Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2(2), 11-28.

Yılmaz, D. A., Yildiz, M., Yildirim, M. S., & Ozlenir, M. (2023). The effects of core stability exercises on proprioception and balance in children with hemiplegic cerebral palsy. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*(50), 1123-1128.

## BÖLÜM VI

### Kişilik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Anksiyeteye Etkileri ve Ameliyat Sonrası Sonuçları

Çağla Gül SÜRÜCÜ<sup>7</sup>  
Nurten TAŞDEMİR<sup>8</sup>

#### 1.Giriş

Kişilik, karakteristik ve kalıcı davranış, duygu ve düşünce kalıplarındaki bireysel farklılıkları ifade eder. Her bireyin kendine has kişilik özellikleri vardır(Buss, 1989; Goldberg, Kilkowski, 1985; Pervin, 1994).

Anksiyete, durumluk ve sürekli anksiyete olarak ikiye ayrılabilen bir dizi davranışsal belirti olarak tanımlanır. Durumluk anksiyete geçici bir duygusal durumken, sürekli anksiyete bir kişilik özelliği olarak yaşam boyu süren bir anksiyete örüntüsüdür

---

<sup>7</sup> Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

<sup>8</sup> Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

(Spielberger & Vagg, 1995). Durumluk anksiyete, ameliyat gibi anksiyete yaratan bir uyarana karşılaşıldığında yaşanan önel bir duygudur; dolayısıyla ameliyat öncesi anksiyete bir tür durumluk anksiyetedir. Giderek artan sayıda çalışma, ameliyat öncesi anksiyetenin, bozulmuş yara iyileşmesi, bulantı, kusma ve ameliyat sonrası ağrı dahil olmak üzere artmış ve daha kötü perioperatif sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Babel vd., 2022). Kişilik özelliklerinin cerrahi hastalarında sağlık durumu ve prognostik sonuçlarla ilişkili olduğuna dair kanıtlar artmaktadır (Bunevicius, 2018; Inoue vd., 2019). Bu çalışmanın amacı mevcut çalışmaları gözden geçirerek cerrahi hastalarda ameliyat öncesi anksiyete ile kişilik özelliklerinin ilişkisini incelemek ve bu ilişkinin ameliyat sonrasında oluşturduğu sonuçlar incelemektir.

## **2. Kişilik, Sağlık ve Hasta Sonuçları**

Kişilik, bir bireyi diğerlerinden ayıran, karakteristik düşünce, duygu ve davranış kalıplarını içeren tüm özelliklerin toplamıdır (Buss, 1989 & Goldberg, Kilkowski, 1985 & Pervin, 1994). Giderek artan araştırmalar, kişilik özelliklerinin bireylerin sağlığını etkileyebileceğini ve belirli kişilik özelliklerinin hastalıkla bağlantılı olabileceğini göstermektedir (Das & Srivastava, 2015). Kişilik, kronik hastalıkların gelişiminde de önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Bozek & Ray, 1980; Denollet vd., 2005; Eysenck, 1994). Birçok kişilik tipi teorisi, bazen bir kişilik tipinin stresli olaylarla başa çıkmak için psikolojik kaynaklar aramaya daha meyilli olduğunu, diğerinin ise daha savunmasız olduğunu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu öne sürmektedir (Ross, 1995).



Beş faktör modeli olarak da bilinen Büyük Beş çerçevesi, şu anda en yaygın kabul gören kişilik teorisidir. Kişiliğin CANOE veya OCEAN kısaltmasıyla bilinen beş temel faktöre ayrılabilceğini belirtir: deneyime açıklık, vicdanlılık, dışadönüklük, uyumluluk ve nevroitiklik (John, 1999). Bu kişilik teorisi dünya çapında birçok ülkede ve kültürel grupta uygulanmıştır ve kişiliğı ölçmek için güvenilir bir değerlendirme ölçeğı sağlamaktadır (Allik vd., 2007). Primer total diz artroplastisi geçiren hastalarda farklı kişilikler ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, iyimser hastalar en iyi klinik sonuçları sergilerken, melankolik hastalar en kötü klinik sonuçları sergilemiştir (Gong & Dong 2014). Bu sonuçlar, hastanın kişiliğine dayalı perioperatif kişiselleştirilmiş yönetimi iyileşme için umut vaat edebileceğini göstermektedir. Total diz artroplastisi yapılan 211 hasta üzerinde yapılan daha yeni bir çalışmada, melankolik hastaların taranmasının hastane içi maliyetleri önemli ölçüde azaltabileceğı, gereksiz acıları önleyebileceğı ve iyileşme süresini kısaltabileceğı bulunmuştur (An vd., 2021).

Biyolojik etkilerle yakın ilişki perspektifinden bakan bir başka teori ise kişiliğı A, B, C ve D tiplerine ayırır (Şekil 1). A tipi kişilik rekabetçilik ile karakterize edilir ve koroner kalp hastalığı (KKH), yüksek kolesterol, hipertansiyon, diyabet ve stres ile ilişkilidir (Bozek & Ray, 1980). B tipi kişilik, uyumlu, rahat ve ikna edici gibi özellikleri içerir; bu kişilik tipine sahip kişilerin KKH'den muzdarip olma olasılığı daha düşüktür. C tipi kişiliğın davranış biçimi A tipine benzer, ancak daha fazla mükemmeliyetçilik eğilimi vardır. Kansere yatkın kişilik olarak da bilinen C tipi kişilik, olumsuz duyguların eksikliği ve uyum ihtiyacı ile karakterize edilir (Bozo, Tathan & Yılmaz, 2014). Biriken kanıtlar, C Tipi kişilik özelliklerinin ve

nevrotikliğin, kanser tanısı konmuş hastalarda daha yüksek kanser riski ve daha kısa sağ kalım süresi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Chida vd., 2008).

D tipi kişilik daha yaygın olarak çalışılmıştır ve çeşitli kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkışı ve kardiyovasküler cerrahilerin sağlık sonuçları ile yakından ilişkilidir

(Inoue vd., 2019). KKH'li 5000'den fazla hastayı kapsayan bir meta-analizde, D Tipi kişilik artmış mortalite ve ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü riski ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir (Barth, Grande & Romppel, 2012). Denollet ve arkadaşları D Tipi kişiliğin uzun vadeli mortalite ile ilişkili olduğunu ve diğer biyomedikal faktörler ayarlandıktan sonra KKH hastalarında mortalitenin önemli bir belirleyicisi olduğunu bulmuşlardır (Brutsaert vd., 1996). ; ayrıca, D Tipi kişiliğin kardiyovasküler cerrahi sonrası uzun süreli akut beyin disfonksiyonunun (deliryum/koma) bir belirleyicisi olduğunu ve D Tipi kişilik özellikleriyle ilişkili depresif semptomların bu popülasyonlarda akut beyin disfonksiyonunun büyüklüğünü artırdığını belirtmişlerdir (Inoue vd., 2019)

*Şekil 1. A, B, C ve D kişilik tipleri ve bunların sağlık sonuçları ile ilişkileri.*

|                  | Karakter                   | Sağlıkla İlişkisi                                                 |
|------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Ti<br>p<br><br>A | Stresli<br>Rekabetçi       | Hipertansiyon<br>, diyabet,<br>yüksek<br>kolesterol,<br>KKH       |
| Ti<br>p<br><br>B | İyimser<br>Rahat<br>Uyumlu | KKH'dan<br>daha az<br>etkilenme                                   |
| Ti<br>p<br><br>C | Tedbirli<br>Titiz          | Kansere<br>yakalanmaya<br>yatkın                                  |
| Ti<br>p<br><br>D | Endişeli<br>Üzüntülü       | KKH ve<br>depresif<br>belirtilerle<br>ilişkili<br>mortalite riski |

### 3.Kişilik ve Ameliyat Öncesi Anksiyete

Anksiyete bozukluğu olan bireylerin kişilik özelliklerinin anksiyete bozukluğu olmayan bireylerden farklı olduğu iyi bilinmektedir. Üçlü anksiyete ve depresyon modeline göre anksiyete, yüksek düzeyde olumsuz duygulanım ve fizyolojik aşırı uyarılma ile karakterize edilir (Clark & Watson, 1991).

Negatif ve pozitif duygulanım sırasıyla nevrotiklik ve dışa dönüklük ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Tellegen vd.,1999). Yüksek nevrotiklik ve/veya düşük dışadönüklük gibi kişilik özellikleri belirli anksiyete bozuklukları için bir risk faktörü olabilir (Bienvenu & Brandes, 2006).

Ameliyat öncesi anksiyete durumluk anksiyeteye karşılık gelirken, nevrotiklik ve A tipi kişilik gibi kişilik özellikleri sürekli anksiyeteye karşılık gelmiştir; hem durumluk hem de sürekli anksiyete birbiriyle güçlü bir şekilde ilişkiliydi, bu da daha yüksek düzeyde sürekli anksiyeteye sahip bireylerin ameliyat gibi anksiyete yaratan durumlarda daha fazla durumluk anksiyete yaşadıklarını göstermektedir (Spielberger & Vagg, 1995).

Perioperatif anksiyete, ameliyata karşı endişeli bir yanıt olma eğilimindedir. Bir çalışmada, ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri yüksek olan meme kanseri hastalarının aynı zamanda yüksek anksiyete düzeylerine daha yatkın özelliklere sahip kişiler olduğu bildirilmiştir (Adam vd., 2020). Türkiye'de yapılan bir çalışma, meme kanseri hastaları arasında yüksek dışadönüklük düzeyine sahip olanların daha düşük anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip olduklarını ve daha iyi bir yaşam kalitesi sürdürdüklerini, yüksek nevrotiklik düzeyine sahip hastaların ise daha yüksek anksiyete

düzeylerine ve bozulmuş bir yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermiştir (Alço vd., 2018).

Ameliyat öncesi anksiyete ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki açıklığa kavuşturulurken stresin rolü göz önünde bulundurulmalıdır (Folkman & Lazarus, 1984). Stres, ameliyat öncesi hastalarda anksiyeteye önemli bir katkıda bulunur. Ameliyat öncesinde stres, ameliyat ve anestezi ile ilişkili riskler, yabancı bir tıbbi ortam, tedavi maliyeti, olası ağrı ve hatta ölüm dahil olmak üzere bilinmeyene karşı duyulan korkudan kaynaklanır ve ameliyat öncesi anksiyeteye yol açar (Dassen vd., 2008; Ganz 2008). Farklı kişilik özelliklerine sahip insanlar stresi farklı şekilde yönetir ve bazıları başkaları için şiddetli kaygıya neden olan aynı durumlarda başarılı olabilir. Kişilik üzerine yapılan araştırmalar, sabit ve kalıcı kişilik özelliklerinin bazı insanların strese karşı neden daha savunmasız olduğunu açıklayabileceğini vurgulamıştır (Ross, 1995).

Nevrotiklik tipik olarak anksiyete, depresyon, kendinden şüphe duyma ve diğer olumsuz duygulara eğilim olarak tanımlanır. Yüksek düzeyde nevrotikliğe sahip bireyler çevresel strese zayıf tepki verir, sıradan durumları tehdit edici olarak yorumlar ve küçük hayal kırıklıklarını umutsuzca ezici olarak algılar. (Oltmanns & Widiger, 2017). Yüksek nevrotikliğe sahip kişilerin stresli yaşam olaylarına karşı daha belirgin tepkiler verdikleri gösterilmiştir (Gardner vd., 2005; Lahey, 2009).

Bu arada, dışadönüklük genellikle istikrarlı bir kişilik boyutu olarak tanımlanır ve öncelikle olumlu duygulanım yaşama eğilimi ile karakterize edilir. Daha dışadönük kişilerin stresli durumlara karşı daha düşük tepki gösterme eğilimindedirler. Dolayısıyla stresten daha az etkilenmeleri nedeniyle, daha yüksek

dışadönüklüğün stresle başa çıkmada potansiyel olarak faydalı olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Eysenck & Sybil 1964).

A tipi kişiliğe sahip bireyler çok rekabetçi ve kendini eleştiren kişiler olma, kolayca strese girme ve aşırı tepki verme eğilimindedir. Sürekli bir aciliyet duygusuyla, ameliyattan önce beklemek A Tipi kişiliğe sahip hastalar için olağanüstü uzun ve acı verici görünebilir, (Rosenman vd., 1976) oysa B Tipi kişiliğe sahip bireyler stresli durumlarda daha rahattır ve daha düşük düzeyde anksiyete yaşarlar. Dolayısıyla, kişilik, stres ve anksiyete arasındaki ilişki, stresle başa çıkmaya yönelik tutumların, stratejilerin veya yeteneklerin belirli kişilik tiplerinin temelini oluşturduğunu açıklığa kavuşturmaktadır. Farklı kişilik tiplerine sahip kişiler stresle farklı şekillerde başa çıkmakta ve bu da farklı kaygı düzeylerine yol açmaktadır.

#### **4.Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Sonuçlar**

Ameliyat, hastalığın duygusal şokunu atlatamamış hastalarda anksiyete, korku, karamsarlık ve diğer olumsuz duygulara yol açabilir ve anksiyete, ameliyat öncesi hastalarda normal bir yanıt olarak kabul edilmektedir (Mitchell, 2009; Taylor-Loughran vd., 1989). Ameliyatla ilgili anksiyete hastada olumsuz duygular oluşturabildiği gibi ameliyat sonrasını etkileyebilir (Baird & Norris, 1967). Ameliyat öncesi anksiyete, perioperatif komplikasyonlar için bilinen bir risk faktörüdür.

##### **4.1 Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Epidemiyolojisi**

Ameliyat öncesi anksiyete tedavi planlamasından başlar ve ameliyathaneye girerken kadar kademeli olarak artar (Almalki, Hakami & Al-Amri, 2017). Ameliyat öncesi dönemde hastalar, daha yüksek stres seviyelerine yol açabilecek çeşitli stresli durumlara maruz kalmaktadır (Adam vd., 2020).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların hissettikleri anksiyete sebepleri; bilmedikleri bir ortamda bulunmak zorunda olmaları, mahremiyetinin korunamaması endişesi, ailesi ve sevdiklerinden ayrılmak zorunda kalması, eşi ve akranlarından göreceği ilgi ve sevginin azalma korkusu gibi sıralanabilir. Bunların yanı sıra; organ fonksiyonlarının kaybı sonucu yaşam şeklinin değişmesi, kişinin başka birine muhtaç hale gelme kaygısı, yatağa bağımlı hale gelme kaygısı, tüm bunların nedeni olarak geçmişte işlediği suç ve hatalar yüzünden maruz kaldığı düşüncesi, geçmişte sağlığına dikkat etmemesi nedeniyle olduğunu düşünmesi de kaygıya neden olabilir.

Mulugeta ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ameliyat öncesi anksiyete için en yaygın sorumlu faktörün komplikasyon korkusu olduğu belirtilmiştir. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi deneyim ve anestezi korkusu da diğer faktörler arasında yer almaktadır.(Ayık, 2022)

Dünya çapındaki çalışmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi, ameliyat geçirecek hastalar arasında ameliyat öncesi anksiyete için %48'lik bir prevalans bildirmiştir (Abate, Basu & Chekol, 2020). Bununla birlikte, ameliyat öncesi anksiyete prevalansı ameliyatın türüne, hastaların cinsiyetine, yaşına ve ülkeye göre değişmektedir (Ismail & Maheshwari, 2015).

Ameliyat türü, ameliyat öncesi anksiyetenin yaygınlığını etkileyen önemli bir faktördür. Avrupa'da yapılan çalışmalar, ameliyat geçirecek hastalar arasında ameliyat öncesi anksiyete prevalansının %27 ile %80 arasında değiştiğini göstermiştir (Hellstadius vd., 2016). Kalp ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi anksiyete çok daha yaygındır, çünkü karmaşık operasyonlarla

ilişkili riskler hastaların kendilerini güvensiz hissetmelerine neden olur (Chover-Sierra & Prado-Olivares, 2019).

Yaşın ameliyat öncesi anksiyete ile negatif ilişki gösterdiğine inanılmaktadır; 50 yaşın altındaki hastalarda ameliyat öncesi anksiyete görülme sıklığı ve derecesi 50 yaşın üzerindekiyle göre anlamlı derecede daha yüksektir (Mavridou vd., 2013; Shafer vd., 1996). Bununla birlikte, Forlani ve arkadaşları (2014) çalışmasında yaşlı hastaların ek hastalıklar nedeniyle genç hastalara göre daha yüksek düzeyde preoperatif anksiyete yaşadığını göstermiştir. Araştırmalar ayrıca yaşın ameliyat öncesi anksiyete için bir risk faktörü olmadığını göstermiştir (Domar, Everett & Keller, 1989). Cinsiyetin etkili bir faktör ve ameliyat öncesi anksiyete ile pozitif anlamlı ilişkiye sahip bir belirleyici olduğu, kadın cinsiyetinin daha yüksek anksiyete seviyeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadın hastalar arasında, elektif sezaryen öncesi anksiyete daha yaygın ve şiddetli olup, görülme sıklığı yaklaşık %72,7'dir (Ismail & Maheshwari, 2015). Bunun nedenleri fiziksel rahatsızlık ve fetüsün güvenliğine ilişkin endişeler olabilir.

Anestezi türü de ameliyat öncesi anksiyete oluşumunu etkileyebilir. Spinal anestezi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete görülme sıklığı ve şiddeti genel anestezi uygulanan hastalara kıyasla önemli ölçüde daha düşüktür (Almalki, Hakami & Al-Amri, 2017; Jawaid vd., 2007). Ayrıca acil cerrahi, eğitim düzeyi, aile desteği ve önceki cerrahi deneyim de ameliyat öncesi anksiyeteyi etkileyebilir (Ferede, Bizuneh, Workie & Admass, 2022). Sonuç olarak; ameliyat öncesi anksiyetesi daha yüksek olan hastaların daha genç, kadın, genel anestezi altında majör veya acil cerrahi geçiren ve aile desteğine sahip olduğu yönündedir.



## **4.2 Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Sonuçlara Etkisi**

Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında eğrisel bir ilişki vardır (Grupe & Nitschke, 2013; Janis, 2013). Aşırı anksiyetenin hastaların sonuçlarını olumsuz etkiler ve ameliyat öncesi anksiyete kardiyovasküler sistem başta olmak üzere sistemli fizyolojik tepkilere neden olur (Ziëtek vd., 2014; Charmandari, Tsigos & Chrousos, 2005).

Anksiyete, hipertansiyon, disritmi, hastanın tedaviye uyumu, anestezi gereksinimi, anestezi farkındalığını arttırmaktadır.

Ameliyat öncesi anksiyete düzeyini hastaların yaşı, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olması, ağrı ve açlık süresi etkilemektedir. Uluslararası literatürde, uzamış açlık süresinin hastaların anksiyetelerini arttırdığı belirtilmektedir.

Ülkemizde, gece yarısından sonra aç kalma uygulamasının ve klinik rutin içerisinde ameliyata alınma sürelerinin uzun olduğu bilinmektedir. Bu durumun, hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi 12 saat ve üzerindeki açlık süresinin hastaların anksiyete düzeylerini arttırdığı ve açlık süresi ile anksiyete arasında zayıf bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Bilik vd., 2020). Buna ek olarak, Van Den Bosch ve arkadaşları, (2005) çalışmasında ameliyat öncesi anksiyete düzeyine bağlı olarak ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansının arttığını göstermiştir.

Ameliyat öncesi anksiyete ameliyat sonrası ağrının önemli bir belirleyicisidir. (Chapman, 1977; Granot, 2009). Çalışmalar ameliyat öncesi durumluk anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı ile pozitif ilişki gösterdiğini bildirmiştir; bunun altında yatan

mekanizmalar anksiyetenin daha düşük ağrı eşiği, ağrı yoğunluğunun abartılması olabilir (Barnason vd., 1998; Granot, 2009; Hong, 2012). Ameliyat öncesi kaygı düzeyi ameliyat sonrası ağrı, rahatsızlık, ameliyattan memnuniyet ve psikososyal sonuçlarla yakından ilişkilidir; yüksek kaygı düzeyleri daha yüksek rahatsızlık ve memnuniyetsizlik düzeyleriyle ilişkilidir. (Alanyalı vd., 2010; Bo vd., 2022).

Ayrıca, perioperatif kardiyak olaylar geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir ve tedavi edilmeyen anksiyete, kardiyak hastalarda konjestif kalp yetmezliği, akut miyokard enfarktüsü ve pulmoner ödem gibi majör kardiyak olaylarla ilişkilidir (Ando vd., 2017).

Ameliyat öncesi anksiyete, anesteziklere karşı dirençte katkıda bulunabilir, böylece intraoperatif olarak ihtiyaç duyulan anestezik dozajını artırır, bu da hastaları anesteziden gecikmiş iyileşme de dahil olmak üzere süregelen olumsuz olayları meydana getirebilir (Alder vd., 2007; Ali vd., 2014).

Anksiyete skorları (hem durumluk hem de sürekli anksiyete) yüksek olan hastaların hafif ve orta düzeyde sedasyon elde etmek için daha fazla miktarda anestezik ilaca ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir (Hong vd., 2012). Benzer şekilde, yüksek preoperatif anksiyete düzeyleri postoperatif analjezik kullanımının artmasına neden olabilir. Ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi teorik olarak perioperatif anestezik ve analjezik dozlarının anyönlendirilmesine yardımcı olabilir. Artan preoperatif anksiyete seviyeleri ile hastanede kalış süresinin uzaması ve sık tekrar yatış arasındaki ilişki vardır (Ali vd., 2014; Almeida vd., 2012; Babel vd., 2022). Ayrıca, aşırı anksiyete yara iyileşmesini

engelleyebilecek fizyolojik bir stres tepkisini tetikler (Grieve, 2002). Çalışmalar, ameliyat öncesi anksiyetenin enfeksiyon riskini artırmada ve bağışıklık yanıtını zayıflatmada da rol oynadığını göstermiştir (Mathews, 2006). Ameliyat öncesi şiddetli anksiyetesi olan hastalarda, günlük aktivitelere dönme yeteneği yaşam kalitesi etkilenebilir (Hong vd., 2012). Dolayısıyla, ameliyat öncesi anksiyetenin hastaların ameliyat sonrası sonuçları üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (Alanazi, 2014).

#### **4.3 Ameliyat Öncesi Anksiyeteyi Azaltma ve Ameliyat Sonrası Sonuçlarını İyileştirme**

Ameliyat öncesi anksiyete potansiyel olarak değiştirilebilir ve bu hastaların belirlenmesi psikolojik konforu artırma ve böylece ameliyat sonrası sonuçları iyileştirme fırsatı sağlayabilir (Alexander vd., 2013).

Anksiyete değerlendirme ölçekleri, ameliyat öncesi anksiyeteyi değerlendirmek ve tanımlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlar: Artrit Etki Ölçüm Ölçekleri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Beck Anksiyete İndeksi, Zung Anksiyete Envanteri ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteridir (STAI)(Cicuttini vd., 2014). Ameliyat öncesi vizitin bir parçası olarak anksiyete semptomlarının hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, yüksek riskli hastaların belirlenmesini sağlayabilir ve ardından uygun farmakolojik veya psikoterapötik müdahaleler uygulanabilir (Adam vd., 2020; Alexander vd., 2013).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların anksiyetelerini kontrol altına almak için çeşitli farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır. Fakat bu yöntemler bazen ameliyat sonrası iyileşme süreci üzerinde olumsuz etkilere sahip olmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerden

biri olan müzik ise ameliyat öncesi kaygıyı azaltmada yüksek düzeyde kanıtı sahip ve yan etkisi olmayan etkili bir yöntemdir. Müzik, kaygı ile aktive olan otonom sinir sisteminin sempatik dalını baskılar ve gevşeme tepkisini uyaran parasempatik dalı aktive ederek olumlu bir etki gösterir. Böylece, kan basıncında, kalp hızında ve solunum hızında azalma gibi fizyolojik tepkilerin yanı sıra kaygıyı azaltma gibi psikolojik etkileri de yaratır. Anksiyeteyi gidermek için diğerk önemli stratejiler ise dokunma, göz teması ve hastanın anesteziist hemşiresinin kendisi ve/veya kendisi için orada olduğunu ve süreç boyunca hastanın yanında olacağını hissetmesini sağlamaktır.

Hastaya kabul sürecini ve hastanede kaldığı süre boyunca neler bekleyebileceğini açıklamak, hastanın anksiyetesini azaltacaktır.

Cerrahi sonuçların iyileşmesi, hastanede kalış süresinin kısaltılması ve yaşam tarzı bozulmalarının en aza indirebilmesi için ameliyat öncesinde anksiyetenin azaltılması gerekli grlmektedir (Evkaya, 2022).

Ameliyat ncesi uzun bekleme süreleri ve az bilgi, anksiyete derecesini artırmaktadır. Endişeli hastalar, endişelerine tam veya açık bir şekilde yanıt verilmediğini düşünmekte ve sıklıkla yetersiz bilgi ve empatiden şikayet etmektedir(Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009). Bu faktörler hastalar ve aile yeleri arasında kaygıyı artırmaktadır. İyi iletişim ve kapsamlı preoperatif eğitim, zihinsel stresi hafifletebilir ve hastalarda orta ila şiddetli anksiyeteyi azaltabilir (Chen vd., 2021; Cox vd., 2009). Anestezi uzmanının ziyareti, cerrahın görüşmesi ve hemşiresinin ilgisi, cerrahi prosedürlerden önce doktor-hasta iletişimi için vazgeçilmez

olmalıdır ve şüpheleri gidermek ve anksiyeteyi hafifletmek fırsat sağlar.

Sağlık personeli tarafından sağlanan etkili ve sağlıklı ameliyat öncesi iletişim sabır, empati ve beceri gerektirir ve bireysel kültürel geçmiş, dil ve dini tercihlere göre dikkat edilerek uygulanmalıdır (Deyirmenjian, 2006).

## **5.Sonuçlar**

Sonuç olarak, anksiyete, kişilik özellikleri ve ameliyat sonrası sonuçlar arasındaki ilişkide aracı bir rol oynamaktadır. Şiddetli anksiyete, bazı kişilik özelliklerinin ameliyat sonrası sonuçlar üzerindeki olumsuz etkilerini kısmen açıklayabilir. Buna ek olarak, klinik değerlendirme, ameliyat öncesi danışmanlık ve yönetim stratejileri gibi müdahaleler, ameliyat sonrası sonuçları iyileştirmek için anksiyete ve olumsuz duyguları tanımlama ve çözmede önem taşır.

## KAYNAKÇA

Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6-16.

Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393.

Ali, A., Altun, D., Oguz, B. H., Ilhan, M., Demircan, F., & Koltka, K. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of anesthesia*, 28, 222-227.

Almalki, M. S., Hakami, O. A. O., & Al-Amri, A. M. (2017). Assessment of preoperative anxiety among patients undergoing elective surgery. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(4), 2329-2333.

Bilik, Ö., Ordin, Y. S., Deveci, Z., Çelik, B., Sütsünbuloğlu, E., & Karayurt, Ö. (2020). Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 43-48.

Brandes, M., & Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 8(4), 263-269.

Bunevicius, A. (2018). Personality traits, patient-centered health status and prognosis of brain tumor patients. *Journal of neuro-oncology*, 137(3), 593-600.

Buss, A.H. (1989). Personality as traits. *American psychologist*, 44(11), 1378-1388

Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annu. Rev. Physiol.*, 67, 259-284.

Chen, C., Shi, Y. Y., An, X., Gong, L., Tan, M. S., & Fang, Z. Y. (2021). Personality Traits Affect the Cost-Effectiveness of Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Surgery*, 13(3), 1026-1035.

Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival. *Nature clinical practice Oncology*, 5(8), 466-475.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316-336.

Denollet, J., Rombouts, H., Gillebert, T. C., Brutsaert, D. L., Sys, S. U., & Stroobant, N. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347(8999), 417-421.

Deyirmenjian, M., Karam, N., & Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety. *Patient education and counseling*, 62(1), 111-117.

Evkaya Nagehan, Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete ile Ameliyat Sonrası İyileşme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, EGE Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2022, s.27

Eysenck, H. J., & Sybil, B. G. (1964). An improved short questionnaire for the measurement of extraversion and neuroticism. *Life sciences*, 3, 1103–1109

Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in behaviour research and therapy*, 16(3), 167-215.

Ferede, Y. A., Bizuneh, Y. B., Workie, M. M., & Admass, B. A. (2022). “Prevalence and associated factors of preoperative anxiety among obstetric patients who underwent cesarean section”: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 74, 103272.

Forlani, M., Morri, M., Belvederi Murri, M., Bernabei, V., Moretti, F., Attili, T., ... & Atti, A. R. (2014). Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PloS one*, 9(2), e89859.

Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, 22(6), 642-642.

Gao, Q., Mok, H. P., Zhang, H. Y., Qiu, H. L., Liu, J., Chen, Z. R., ... & Zhuang, J. (2021). Inflammatory indicator levels in patients undergoing aortic valve replacement via median sternotomy with preoperative anxiety and postoperative complications: a prospective cohort study. *Journal of International Medical Research*, 49(2), 0300060520977417.

Goldberg, L. R., & Kilkowski, J. M. (1985). The prediction of semantic consistency in self-descriptions: Characteristics of persons and of terms that affect the consistency of responses to synonym and



antonym pairs. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 82-98

Gong, L., & Dong, J. Y. (2014). Patient's personality predicts recovery after total knee arthroplasty: a retrospective study. *Journal of Orthopaedic Science*, 19, 263-269.

Grande, G., Romppel, M., & Barth, J. (2012). Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Annals of behavioral medicine*, 43(3), 299-310.

Granot, M. (2009). Can we predict persistent postoperative pain by testing preoperative experimental pain. *Current Opinion in Anesthesiology*, 22(3), 425-430.

Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British journal of nursing*, 11(10), 670-678.

Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488-501.

Hellstadius, Y., Lagergren, J., Zylstra, J., Gossage, J., Davies, A., Hultman, C. M., ... & Wikman, A. (2016). Prevalence and predictors of anxiety and depression among esophageal cancer patients prior to surgery. *Diseases of the Esophagus*, 29(8), 1128-1134.

İzci, F., Erdogan, Z. İ., İlğün, A. S., Çelebi, E., Alço, G., Kocaman, N., ... & Özmen, V. (2018). Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the

patients with breast cancer. *European journal of breast health*, 14(2), 105.

Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient education and counseling*, 75(2), 199-204.

Janis, I. L. (2013). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. Academic Press.

Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences Journal*, 12(2), 145-148.

Ji, W., Sang, C., Zhang, X., Zhu, K., & Bo, L. (2022). Personality, preoperative anxiety, and postoperative outcomes: a review. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12162.

John, O. P. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of Personality: Theory and Research/Guilford*.

Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical oncology*, 27, 108-113.

Kassahun, W.T. & Mehdorn, M. & Wagner, T.C. & Babel, J. & Danker, H. & Gockel, I. (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Sci. Rep.*, 12(1), 6312

Katsohiraki, M., Pouloupoulou, S., Fyrfiris, N., Koutelekos, I., Tsiotinou, P., Adam, O., ... & Kapritsou, M. (2020). Evaluating preoperative anxiety levels in patients undergoing breast cancer surgery. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(4), 361-364.

Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196.

Kil, H. K., Kim, W. O., Chung, W. Y., Kim, G. H., Seo, H., & Hong, J. Y. (2012). Preoperative Kil and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 108(1), 119-125.

Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256.

Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P. B. W., Hendry, P. O., Spies, C., ... & Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group. (2009). Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of surgery*, 144(10), 961-969.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*; Springer. New York, NY, USA.

Maheshwari, D., & Ismail, S. (2015). Preoperative anxiety in patients selecting either general or regional anesthesia for elective cesarean section. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 31(2), 196-200.

Matsuishi, Y., Shimojo, N., Unoki, T., Sakuramoto, H., Tokunaga, C., Yoshino, Y., ... & Inoue, Y. (2019). Type D

personality is a predictor of prolonged acute brain dysfunction (delirium/coma) after cardiovascular surgery. *BMC psychology*, 7, 1-10.

Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*, 27, 104-108.

Mitchell, M. (2009). Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of perioperative practice*, 19(6), 168-173.

Nelson, F. V., Zimmerman, L., Barnason, S., Nieveen, J., & Schmaderer, M. (1998). The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *Journal of pain and symptom management*, 15(2), 102-109.

Norris, W., & Baird, W. L. M. (1967). Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *British journal of anaesthesia*, 39(6), 503-509.

Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of current trait theory. *Psychological inquiry*, 5(2), 103-113.

Phyomaung, P. P., Dubowitz, J., Cicuttini, F. M., Fernando, S., Wluka, A. E., Raaijmakers, P., ... & Urquhart, D. M. (2014). Are depression, anxiety and poor mental health risk factors for knee pain A systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 15, 1-16.

Pinto, P. R., McIntyre, T., Nogueira-Silva, C., Almeida, A., & Araújo-Soares, V. (2012). Risk factors for persistent postsurgical pain in women undergoing hysterectomy due to benign causes: a

prospective predictive study. *The Journal of Pain*, 13(11), 1045-1057.

Prado-Olivares, J., & Chover-Sierra, E. (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Diseases*, 7(2), 46.

Ray, J. J., & Bozek, R. (1980). Dissecting the A-B personality type. *British Journal of Medical Psychology*, 53(2), 181-186.

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I., & Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *The American journal of cardiology*, 37(6), 903-910.

Ross, G. F. (1995). Work stress and personality measures among hospitality industry employees. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 7(6), 9-13.

Schiffer, A. A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., Hendriks, E. H., Winter, J. B., & Denollet, J. (2005). The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation*, 12(4), 341-346.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Dassen, T., & Van Den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of clinical nursing*, 17(21), 2895-2909.

Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 38(2), 173-212

Shafer, A., Fish, M. P., Gregg, K. M., Seavello, J., & Kosek, P. (1996). Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesthesia & Analgesia*, 83(6), 1285-1291.

Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (Eds.). (1995). *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment*. Taylor & Francis.

Srivastava, K. & Das, R. C. (2015). Personality and health: Road to well-being. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 1-4.

Starkweather, A. R., Witek-Janusek, L., Nockels, R. P., Peterson, J., & Mathews, H. L. (2006). Immune function, pain, and psychological stress in patients undergoing spinal surgery. *Spine*, 31(18), E641-E647.

Stirling, L., Raab, G., Alder, E. M., & Robertson, F. (2007). Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 494-501.

Takagi, H., Ando, T., Umemoto, T., & ALICE (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence) Group. (2017). Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Heart and vessels*, 32, 1458-1468.

Taylor-Loughran, A. E., O'Brien, M. E., LaChapelle, R., & Rangel, S. (1989). Defining characteristics of the nursing diagnoses fear and anxiety: A validation study. *Applied Nursing Research*, 2(4), 178-186.

Van den Bosch, J. E., Moons, K. G., Bonsel, G. J., & Kalkman, C. J. (2005). Does measurement of preoperative anxiety have added

value for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 100(5), 1525-1532.

Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of personality and social psychology*, 76(5), 820-838.

Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World psychiatry*, 16(2), 144-145.

Williams, J. B., Alexander, K. P., Morin, J. F., Langlois, Y., Noiseux, N., Perrault, L. P., ... & Afilalo, J. (2013). Preoperative anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged > 70 years undergoing cardiac surgery. *The American journal of cardiology*, 111(1), 137-142.

Ziętek, P., Ziętek, J., & Szczypiór, K. (2014). Anxiety in patients undergoing fast-track knee arthroplasty in the light of recent literature. *Psychiatr. Pol*, 48(5), 1015-1024.