GÖĞÜS CERRAHİSİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİNİN MOBİLİZASYON ÜZERİNE ETKİSİ

Rüya GÜMÜŞ
221502103

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024

GÖĞÜS CERRAHİSİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİNİN MOBİLİZASYON ÜZERİNE ETKİSİ

Rüya GÜMÜŞ
221502103
ORCID: 0000-0002-7930-0334

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

RÜYA GÜMÜŞ'ın "Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastaların Öz Yeterlilik Düzeyinin Mobilizasyon Üzerine Etkisi" başlıklı tezi 27.09.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hatice ERDOĞAN Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sevcan KARATAŞ Yeni Yüzyıl Üniversitesi	.....

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez araştırmamın planlanması, uygulanması ve sürdürülmesi aşamalarında değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana yol gösterici olan, bilimsel anlamda desteklerini hiç esirgemeyen, manevi olarak motive eden, tezim süresince bana her daim vakit ayıran ve öğrencisi olduğum için şanslı hissettiğim sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Gizem Kubat Bakır'a,

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakârlıklarda bulunan annem Elmahan Gümüş ve babam Mevlüt Gümüş'e, çalışmalarımı yaparken beni eğlendiren sevgili yeğenlerim Yeşim ve Mevlüt Efe onların güzel anne babası abim ve yengem Hülya ve Gökhan Gümüş'e,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve yüksek lisans programına kayıt olmam da öncülük yapan Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Emre Lafcı'ya,

Tez aşamasında her daim yanımda olan sevgili arkadaşlarım Pınar Bağcı, Selma Güneş, Buse Pehlivan ve Rüveyda Uludoğan Çelik'e

Veri toplama aşamasındaki destekleri için Göğüs Cerrahi Servis Sorumlusu Gamze Baskıcı'ya

Tezim sürecinde iş yoğunluğunda destek olan göğüs servisi ekip arkadaşlarım Gözde Aslan, Nurçiçek Akyürek, Tuğba Kamış, Ayşenur Yılmaz ve sevgili sorumlu hemşirem Mine Çağlayan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rüya GÜMÜŞ

Eylül, 2024

ÖZET

GÖĞÜS CERRAHİSİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİNİN MOBİLİZASYON ÜZERİNE ETKİSİ

Rüya Gümüş
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem Kubat Bakır
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2024

Bu araştırma, göğüs cerrahisi geçiren hastaların öz yeterlilik düzeylerinin mobilizasyon süreci üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel bir tasarımla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni, göğüs cerrahisi servisinde yatan ve operasyon geçiren hastaları kapsamaktadır. Örneklem olarak, güç analizi kullanılarak yeterli belirlenene sayı 123'tür. Ancak araştırma Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan 132 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın amacına uygun olarak hastaların öz yeterlilik düzeyleri "Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği" ile mobilizasyon seviyeleri "Hareketlilik Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Veri toplama süreci, İstanbul T.C. Maltepe Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınarak ve hastaların bilgilendirilmiş onamları alınarak başlatılmıştır. Veriler, yüz yüze görüşmeler ve ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Analizler sonucunda, öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon üzerindeki etkileri IBM SPSS Statistics paket program ile değerlendirilmiş ve ilişkinin doğası incelenmiştir. Araştırma bulguları, öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon süreci üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Yaş ve tütün-alkol kullanımı Hasta Hareketlilik Ölçeği(HHO) üzerinde etkili saptanamamıştır. Cinsiyet ve medeni durum ölçek puanlarını etkilememiştir. Genç yetişkinler (18-34 yaş) diğer yaş gruplarından, aktif çalışanlar çalışmayanlardan, tütün-alkol kullananlar kullanmayanlardan daha yüksek Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği(GOY) puanlarına sahiptir. Eğitim düzeyi yüksek olanlar hem HHO hem de GOY puanlarında diğer gruplardan daha yüksek skorlar elde etmiştir. Gelir seviyesi düşük olanlar, HHO puanlarında diğer gruplardan daha yüksek skorlar elde etti; ancak GOY puanları daha yüksek gelir seviyesine sahip olanlarda daha yüksektir. Hastanede yatma deneyimi

olanlar, HHO puanlarında daha yüksek skorlar elde etmiş ancak GOY puanları yatmayanlarda daha yüksek saptanmıştır. Ek kronik hastalığı olanlar, HHO puanlarında daha yüksek skorlar ederken GOY puanları ek kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulgulanmıştır. HHO ile GOY arasında: orta düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=0,238$, $p<0,01$). Bu nedenle hasta hareketlilik ölçeği puanları arttıkça genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği puanları azalmaktadır.

Sonuç olarak, araştırma göğüs cerrahisi geçiren hastaların mobilizasyon süreçlerinde öz yeterlilik düzeyinin kritik bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular hem sağlık profesyonelleri hem de hasta yönetimi açısından önemli uygulama ve yönlendirmeler sağlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Göğüs Cerrahisi, Hasta, Hemşirelik Bakımı, Mobilizasyon, Öz Yeterlilik

ABSTRACT

THE EFFECT OF SELF-EFFİCACY LEVEL ON MOBİLİZATİON OF PATİENTS UNDERGOİNG THORACİC SURGERY

Rüya Gümüş
Master Thesis
Department Of Interdıscıplınary Nursıng
Surgical Diseases With Thesis Nursing Master's Program
Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Gizem Kubat Bakır
Maltepe University Graduate School, 2024

This study aims to determine the effects of self-efficacy levels of patients undergoing thoracic surgery on the mobilization process. The study was conducted with a descriptive and cross-sectional design. The population of the study included patients hospitalized in the thoracic surgery service and undergoing surgery. As a sample, the adequate number determined by using power analysis was 123. However, the study was conducted with 132 patients hospitalized in Bakırçay University Çiğli Training and Research Hospital. In accordance with the purpose of the study, the self-efficacy levels of the patients were evaluated with the Generalized Self-Efficacy Scale and their mobilization levels were evaluated with the Mobility Scale.

The data collection process was initiated by obtaining written permission from the Istanbul T.C. Maltepe University Research Ethics Committee and informed consent of the patients. Data were collected through face-to-face interviews and scales. As a result of the analysis, the effects of self-efficacy level on mobilization were evaluated with IBM SPSS Statistics package program and the nature of the relationship was examined.

The findings of the study showed that, in general, self-efficacy level played an important role on the mobilization process. Age and tobacco-alcohol use were not found to be effective on HRQOL. Gender and marital status did not affect scale scores. Young adults (18-34 years old) had higher GHI scores than other age groups, active workers than non-workers, and tobacco-alcohol users than non-users. Those with higher levels of education had higher scores than other groups in both HHO and GOY scores. Those

with lower income levels scored higher than other groups in HHO scores; however, GOY scores were higher in those with higher income levels. Those with hospitalization experience scored higher on the HHO scores, but the GOY scores were higher in those without hospitalization. Those with additional chronic diseases had higher scores in HHO scores, whereas GOY scores were higher in those without additional chronic diseases. A moderate negative correlation was found between the HHO and the GOY ($r=-0.238$, $p<0.01$). Therefore, as patient mobility scale scores increase, generalized self-efficacy scale scores decrease.

In conclusion, the study revealed that self-efficacy level is a critical factor in the mobilization process of patients undergoing thoracic surgery. These findings provide important applications and directions for both healthcare professionals and patient management.

Keywords: Thoracic Surgery, Patient, Nursing Care Mobilization, Self-Sufficiency

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
TABLOLAR LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
1.GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 3
1.3 Önem 4
1.4 Varsayımlar 5
1.5 Sınırlıklar 5
1.6 Tanımlar 5
2.GENEL BİLGİLER 6
2.1 Göğüs Cerrahisi 6
2.1.1 Göğüs cerrahisi gerektiren durumlar 6
2.1.1.1 Göğüs travmaları 7
2.1.1.2 Torasik ampiyem 8
2.1.1.3 Amfizem 9
2.1.1.4 Pnömotoraks 9
2.1.1.5 Pnömoni 11
2.1.1.6 Torasik outlet sendrom-TOS 12

2.1.1.7 Akciğer kanseri 13
2.1.2 Göğüs cerrahi yöntemleri 14
2.1.3 Göğüs cerrahisi sonrası komplikasyonlar 18
2.2 Göğüs Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı 19
2.3 Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastalarda Öz Yeterlilik 25
2.4 Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastalarda Mobilizasyon 27
3.YÖNTEM 28
3.1 Araştırma Modeli ve Amacı 28
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 28
3.3 Evren ve Örneklem 28
3.4 Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri 29
3.5 Araştırmanın Değişkenleri 29
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu 30
3.7 Veriler ve Toplanması 30
3.8 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 32
4.BULGULAR VE TARTIŞMA 33
4.1 Bulgular 33
4.2 Tartışma 41
4.2.1 Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması 41
4.2.2 Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ölçekleri arasındaki ilişkinin tartışılması 41
4.2.2.1 Yaş 41
4.2.2.2 Cinsiyet ve medeni durum 42
4.2.2.3 Eğitim düzeyi 42

4.2.2.4 Çalışma durumu 43
4.2.2.5 SGK'dan yararlanma durumu 43
4.2.2.6 Gelir durumu 44
4.2.2.7 Hastanede yatma durumu 45
4.2.2.8 Kronik hastalık 45
4.2.2.10 Ameliyat türü ve şekli 47
4.2.3 Ölçekler arasındaki ilişkinin tartışılması 47
4.2.4 Ölçek toplam ve ortalama puanları arasındaki ilişkinin tartışılması 48
5.SONUÇ ve ÖNERİLER 50
KAYNAKÇA 52
EKLER 74
Ek-1: Hasta Bilgi Formu 74
Ek-2: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği 76
Ek-3: Hasta Hareketlilik Ölçeği 77
Ek-4: Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği İzni 78
Ek-5: Hasta Hareketlilik Ölçeği İzni 79
Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu 80
Ek-7: Etik Kurul İzni 81
Ek-8: Çalışmanın Yapıldığı Kurum İzni 82
ÖZGEÇMİŞ 83

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Göğüs Cerrahisinde İzlenebilen Komplikasyonlar 19

Tablo 2. Hasta Hareketlilik Ölçeği 31

Tablo 3. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri 32

Tablo 4. Cronbach's Alpha Katsayısı 32

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 33

Tablo 6. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile HHO ve GOY ölçekleri arasındaki ilişki 35

Tablo 7. Hastaların Hastalığa Ait Özellikleri ile HHÖ ve GOO Ölçekleri Arasındaki İlişki 37

Tablo 8. Ölçek Toplam ve Ortalama Puanları 39

Tablo 9. Korelasyon Analizi 39

Tablo 10. Basit Regresyon Analizi 40

KISALTMALAR

KVKK **:** Kişisel Verileri Koruma Kanunu

MEB **:** Milli Eğitim Bakanlığı

HHO **:** Hasta Hareketlilik Ölçeği

GOY **:** Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği

1.GİRİŞ

1.1 Problem

Göğüs hastalıkları tarih boyunca sağlık alanında önemli bir sorun olmuştur ve ilk beş mortalite nedeninden biridir. Solunum hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve trakea, bronş ve akciğer kanseri gibi göğüs hastalıkları nedeniyle birçok kişi hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2019; TÜİK, 2024).Dünya genelinde yapılan cerrahi girişimlerin sadece yaklaşık %2'sinin ölümle sonuçlandığı, %20'sinin çeşitli komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında kalıcı hava kaçağı, fistül ve pnömotoraks gibi yaygın problemler bulunmaktadır (Walji, vd., 2023). Ancak göğüs cerrahisi geçiren hastalarda mortalite oranlarının diğer cerrahi girişimlere oranla yüksek olduğu bilinmektedir (NIFCO, 2011).

Göğüs hastalıkları akciğerden göğüs duvarına kadar birçok yapıyı etkileyebilen çeşitli patolojileri içerir. Tedavide hem medikal hem de cerrahi yöntemler kullanılır. (Kol vd., 2014; Taşdöğen ve Hepağuşlar, 2015). Göğüs duvarı cerrahisi, akciğer cerrahisi, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu, mediastinal cerrahi, yemek borusu cerrahisi alanında cerrahi teknik ve teknolojideki ilerlemeler, klinik sonuçların iyileşmesine ve morbiditenin azalmasına önemli katkılarda bulunur (Raymond vd., 2016). Son dönemlerde cerrahi girişim ve hasta bakımında farklılık yaratan video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS), robot yardımlı göğüs cerrahisi gibi yöntemler dikkat çekicidir. Bu tür minimal invaziv yaklaşımlar hastaların rahatsız oldukları fizyolojik ve fiziksel unsurları minimize ederek mobilizasyonlarına ve rahat bakımlarına imkan tanımaktadır (Gül vd., 2022). Akciğer transplantasyonu günümüzde sağkalım oranını artıran ve yaşam kalitesini optimize eden bir seçenek halini almıştır. Özellikle görüntü kılavuzlu navigasyon, 3D baskı gibi yenilikçi teknolojiler cerrahi hassasiyeti dahi minimize edebilmektedir (Sadeghi vd., 2022). Ancak göğüs ameliyatı geçiren hastaların deneyimleri fizyolojik unsurların yanı sıra derin psikolojik ve duygusal boyutları da içerir (Li vd., 2017). Göğüs cerrahisi sonrası ağrı, hastaların en yaygın şikayetlerinden biridir (Erden Sevilay ve Çelik, 2013; Doan vd., 2014; Taşdöğen ve Hepağuşlar, 2015). Bu durumlar, hastalarda aktivite intoleransı oluşturarak erken mobilizasyonu

engelleyebilir (Rock ve Preston, 2003; Sağıroğlu vd., 2011; Kokulu, 2011; Fiorelli vd., 2012; Asida vd., 2012). Özellikle kronik hale gelen ağrı derin nefes alma, etkili öksürme (Fiorelli vd., 2012), stres yanıtını tetikleyerek iyileşmeyi geciktirme, uykusuzluk gibi sorunlara neden olabilir (Sağıroğlu vd., 2011; Gustafsson vd., 2013; Bikmoradi vd., 2015; Aslan ve Tosun, 2015; Salamati vd., 2017). Bu durumlar erken mobilizasyon gibi önemli iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyebilir.

Göğüs cerrahisi operasyonu sonrası iyileşme belirli bir zaman aldığından, hastaların sosyal yaşama uyum sağlamaları, günlük aktivitelerine başlamaları, iş hayatına dönmeleri ve fiziksel ile ruhsal sağlıklarını korumaları için desteğe ihtiyaçları vardır (Granger vd., 2014). Bu doğrultuda hemşireler bireylere bakım sağlarken hastanın ve ailesinin ekonomik, psikolojik, fizyolojik, kültürel ve sosyal durumlarını göz önünde bulundurarak bütüncül bir yaklaşım benimsemelidirler. Öz yeterlik, bireyin belirli bir performansı gerçekleştirmek için gerekli faaliyetleri düzenleme ve başarıyla ifa etme kapasitesine yönelik algı olarak tanımlanır (Bandura, 1977; Bandura, 2014). Öz yeterlilik, bireylerin morbiditeyle başa çıkma, uyum sağlama ve devam ettirme davranışlarında önemi arz etmektedir. Ayrıca inanç, hastalık döneminde süreci olumlu yönde etkilemektedir (Bandura, 1997; Liang vd. 2015). Öz bakım sorumluluklarını başarıyla yerine getiren hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (Yeşilyaprak, 2012). Yüksek öz yeterlilik, iyileşme sürecini hızlandırır ve olumlu yönde etkiler (Ucakan, 2010). Bütüncül yaklaşım çerçevesinde, hemşirelerin hastaların öz yeterlilik düzeylerini belirlemeleri ve bu bilgilere dayanarak bakım planlaması yapmaları beklenmektedir (Durna vd., 2012). Böylelikle, hemşireler hastaların bireysel ihtiyaçlarına odaklanarak kişiselleştirilmiş bakım sunar ve bu sayede hastaların en iyi şekilde iyileşmelerine ve sağlıklarını korumalarına yardımcı olurlar.

İnsizyon bölgesinde ağrı, anksiyete ve stres gibi problemler, hastalar üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu süreçte yaşanan zorlukların etkili bir şekilde yönetilmesi, özyeterlik hissedilmesi ve başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, hastaların fiziksel ve psikolojik iyileşme ile bakım sürecini etkileyebilir ve yaşam kalitesini belirleyebilir (Hasan vd., 2021). Cerrahi sonrası iyileşme sürecinin, cerrahi öncesinde belirlenen faktörlere dayandığı bilinmektedir (Wilson vd., 2001). Daha önce yapılan çalışmalar (McCagh vd., 2009; Baud vd., 2018), cerrahi uygulama öncesinde hastaların başa çıkma

stratejilerinin cerrahi sonrası psikososyal sonuçlar üzerinde belirleyici olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla sürekli bakım ve tedavi gerektiren bir hastalıkla yaşamak zorunda olan bireyler için öz yeterlik algısı, hastalık süreciyle başa çıkmada önemli bir rol oynar (Adadıoğlu ve Oğuz, 2021). Öyle ki öz yeterlilik, bireylerin morbiditeyle başa çıkma, uyum sağlama ve devam ettirme davranışlarında önemi arz etmektedir. Ayrıca inanç, hastalık döneminde süreci olumlu yönde etkilemektedir (Bandura, 1997; Liang vd. 2015). Öz bakım sorumluluklarını başarıyla yerine getiren hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (Yeşilyaprak, 2012). Yüksek öz yeterlilik, iyileşme sürecini hızlandırır ve olumlu yönde etkiler (Ucakan, 2010). Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan hastaların, kendilerine önerilen sağlık davranışlarını benimseme ve uygulama biçimlerinde olumlu sonuçlar elde ettikleri görülmektedir (Hacıhasanoğlu vd. 2012). Öz yeterlilik düzeyinin saptanmasında ise bireylerin tedavi sürecine yönelik gereksinimlerinin saptanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Bandura, 1977; Liang vd. 2015). Liang ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, yüksek öz yeterlilik düzeyi halinde hastaların semptom yönetimini daha olumlu bir şekilde sağladıkları ortaya konmuştur (Liang vd. 2015).

Göğüs cerrahisi geçiren hastaların iyileşme sürecinin, sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal iyilik halini de kapsadığı açıkça görülmektedir. Cerrahi sonrası dönemde yaşanan ağrı, stres ve anksiyete gibi zorlukların yönetimi, hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörler arasında yer alır. Bu noktada, hastaların öz yeterlilik algılarının, iyileşme sürecindeki başarılarını belirleyen kritik bir unsur olduğu anlaşılmaktadır. Öz yeterlilik, bireylerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma yeteneklerini artırırken, bu yeteneklerin geliştirilmesi için sağlanacak destek ve bakım yöntemleri büyük önem taşır. Hem cerrahi sonuçların iyileştirilmesi hem de hasta memnuniyetinin artırılması için öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi gerekliliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak adına vazgeçilmez bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.2 Amaç

Bu araştırmanın amacı, göğüs cerrahisi geçiren hastaların öz yeterlilik düzeylerinin mobilizasyon üzerine olan etkisini belirlemektir. Hastaların cerrahi sonrası hareket kabiliyetlerini ve bağımsızlık seviyelerini belirlemeyi ve değerlendirmeyi amaçlamakta,

öz yeterlilik düzeylerinin mobilizasyon sürecindeki rolünü ve bu süreç üzerindeki potansiyel etkileri incelemeyi hedeflemektedir.

1.3 Önem

Göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların öz yeterlilik ve mobilizasyonu büyük önem taşımaktadır. Göğüs cerrahisinde mobilizasyon ve öz yeterlilik, hastaların cerrahi sonrası iyileşme süreçlerinde kritik bir öneme sahiptir. Mobilizasyon hastaların ameliyat sonrası hareket kabiliyetlerini hızla geri kazanmalarını sağlayarak komplikasyon riskini azaltır, akciğer fonksiyonlarını iyileştirir ve kas gücünü korur. Ayrıca düzenli hareket, enfeksiyon riskini ve derin ven trombozu gibi ciddi komplikasyonların oluşma olasılığını düşürür. Mobilizasyonun sağladığı bu fiziksel faydalar, hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı dönmelerine ve genel yaşam kalitesinde artışa yardımcı olur. Fiziksel hareketin endorfin salınımını artırması, ameliyat sonrası depresyon riskini de azaltarak hastaların psikolojik iyilik halini destekler. Öz yeterlilik ise hastaların kendi kendine bakım ve sağlık yönetiminde başarılı olmalarını sağlar. Yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip hastalar, rehabilitasyon sürecine daha aktif katılır ve kendi başlarına hareket edebilme yetenekleri, özgüvenlerini artırarak bağımsızlıklarını korumalarına yardımcı olur. Bu durum uzun vadede sağlıklarını olumlu etkiler ve genel yaşam memnuniyetlerini artırır. Öz yeterliliğin yüksek olması, hastaların hastanede yatış süresinin kısalmasına ve sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğinin artmasına katkıda bulunur. Sağlık profesyonelleri, öz yeterlilik düzeyi yüksek hastalara daha kapsamlı ve kişiselleştirilmiş bakım sunarak tedavi süreçlerini optimize edebilirler. Bu nedenle, göğüs cerrahisinde mobilizasyonun teşvik edilmesi ve öz yeterlilik düzeylerinin artırılması, hastaların iyileşme süreçlerinde, yaşam kalitelerinde ve genel sağlık sonuçlarında önemli bir rol oynar. Bu iki faktörün önemi, hem bireysel hasta bakımının kalitesini artırmakta hem de sağlık hizmetlerinin genel etkinliğini ve verimliliğini yükseltmektedir. Ayrıca araştırmanın anahtar kelimeleriyle gerçekleştirilen Türkçe literatür taramasında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum araştırmanın özgün öneme sahip olduğu düşüncesini desteklemektedir.

1.4 Varsayımlar

Bu çalışmada, katılımcıların veri toplama formlarını içtenlikle ve doğru biçimde yanıtladıkları varsayılmıştır. Çalışma esnasında kullanılacak olan veri toplama araçlarının bu çalışma için yeterli güvenirlikte oldukları varsayılmıştır.

1.5 Sınırlıklar

Araştırmanın verileri Şubat 2024–Mayıs 2024 tarihleri arasında İzmir İl'indeki Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yer alan göğüs cerrahi operasyonu geçiren hastalarla sınırlı olacaktır. Çalışmanın sonuçları ölçüm araçlarının ölçme gücü ile sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Göğüs cerrahisi; barındırdığı kalp, akciğerler ve yemek borusu gibi hayati organların etkilendiği hastalık ve durumları tedavi etmeye yönelik özel bir cerrahi alandır (Mjaanes, 2023).

Mobilizasyon; hastanın yataktan kalkma, hareket etme, fiziksel aktivitelerde bulunma ve günlük yaşam aktivitelerine geri dönme sürecidir.

Öz yeterlilik; bireylerin çeşitli durumlarla baş edebilme, belirli bir etkinliği başarma kapasitesine yönelik algısıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Göğüs Cerrahisi

Göğüs cerrahisi, göğüs boşluğu içinde bulunan organlara yönelik cerrahi müdahaleleri kapsayan bir tıbbi uzmanlık dalıdır. Bu cerrahi branş, genellikle akciğerler, kalp, yemek borusu, göğüs duvarı ve diğer önemli yapılarla ilgilenir. Göğüs cerrahisi, kanser tedavisi, akciğer hastalıkları, kalp cerrahisi, göğüs duvarı deformiteleri gibi çeşitli durumları tedavi etmek için kullanılır. Bu uzmanlık dalı, ileri cerrahi teknikler ve teknolojiler kullanarak, hastaların yaşam kalitesini artırmayı ve sağlık sorunlarını ortadan kaldırmayı amaçlar.

İlk kez insanda akciğer kanseri nedeniyle pnömonektomi Graham tarafından St. Louis'deki Barnes Hastanesi'nde 5 Nisan 1933'te yapılmıştır (Gluck, 1881; Baue, 1984). Malignite nedeniyle yapılan ilk lobektomi ise 1912 yılında Londra'da Hugh Morriston Davies tarafından yapılmıştır (Davies, 2006). 1913'te tanımlanan intratrakeal anestezi, majör akciğer rezeksiyonları dahil birçok göğüs cerrahisi prosedürünün uygulanabilir hale gelmesine olanak sağlamıştır (Meltzer vd., 1909). Başlangıçta anatomik rezeksiyonlar iki farklı seansta tamamlanmıştır: kaburga rezeksiyonu ve hiler turnike uygulaması (1), rezeksiyon (2). Ancak günümüzdeki gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler sayesinde, bu işlem tek seansta gerçekleştirilen lobektomiye dönüşmüştür (Shenstone vd., 1932; Ballon vd., 1932). Anatomik yapılarak erişim sağlamak için kullanılan geniş posterolateral torakotomi ve kot rezeksiyonu gibi yöntemler, teknolojik ve tıbbi gelişmelerin birleşimi ile yerini minimal invaziv cerrahiye bırakmıştır (Wong vd., 2018).

2.1.1 Göğüs cerrahisi gerektiren durumlar

En yaygın durumlar göğüs travmaları, ampiyem, amfizem, pnömotoraks, pnömoni, Torasik outlet sendromu (TOS), akciğer kanseri şeklinde sıralanabilir (Uçar, 2018).

2.1.1.1 Göğüs travmaları

Göğüs travmaları göğüs kafesini oluşturan yapıların fonksiyonel ve anatomik bütünlüğünün dolaylı veya doğrudan etkilemesi sonucu bozulması durumu olarak tanımlanır. Göğüs travmalarında tedavi yaklaşımları, akciğer fonksiyonlarını korumayı, etkin bir solunum desteği sağlamayı ve enfeksiyon gibi sekonder komplikasyon risklerini minimuma indirmeyi hedefler. Pnömotoraks veya hemotoraks durumlarında, doğru yerleştirilmiş göğüs drenajı ile drenaj sağlanması genellikle yeterli olur (Lodhi vd., 2023). Göğüs travmaları genellikle künt travmalar, penetran yaralanmalar ve patlama sonucu oluşan travmalar şeklinde kategorize edilir. Künt yaralanmalar daha yaygın olup, penetran yaralanmalar genellikle yaşamsal tehlike arz eder. Penetran yaralanmalar, genellikle penetrasyon yoluyla sınırlıdır ve hasarın derecesi, penetran nesnenin yol üzerindeki dokuya aktardığı enerji ile ilişkilidir. Bu enerji transferi, yaralanmanın hızına, nüfuz eden nesnenin kütlesine ve yüzey alanına, ayrıca etkilenen dokunun yoğunluğuna bağlı olarak değişiklik gösterir (Ingoe vd., 2020; Lodhi vd., 2023).

Künt torasik yaralanmalar genellikle motorlu araç kazaları, yüksekten düşme, künt cisim yaralanmaları ve fiziki saldırı gibi durumlar sonucunda ortaya çıkar (Ingoe vd., 2020). Toraks kompresyon yaralanmaları ise uygulanan kuvvetin göğüs kafesinin dayanma kapasitesini aşmasıyla meydana gelir ve genellikle vertebra kırıklarına yol açar. Bu kırıklar akciğer yırtılması, akciğer kontüzyonu, hemotoraks, pnömotoraks gibi daha önemli torasik yaralanmalara sebep olabilir. Ayrıca vertebra kırıkları şiddetli ağrıya ve solunum bozukluklarına sebep olabilir (Lodhi vd., 2023). Göğüs yaralanmaları sonrası ortaya çıkabilen komplikasyonlar arasında özafagus yırtılması, diyafragma yırtılması, trakeabronşial yaralanma, künt kalp ve yelken göğüs yaralanması, kardiyak tamponat, massive hemotoraks, hemotoraks, pnömotoraks, hava yolu tıkanıklığı bulunmaktadır. Bu durumlar, kan gazı bariyeri ve değişiminde bozulmaya, ventilasyon mekanizmasının etkilenmesine ve solunumun tehlikeye girmesine yol açabilir. Bu durumlar hayati fonksiyonların kısmen veya tamamen durmasına ve hatta kardiyak arrest ile ölüme neden olabilir (Dehghan vd., 2014).

Toraks travmalarının büyük bir kısmı konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Müdahale gerektiren durumlarda, hemotoraks ve pnömotoraks vakalarının çoğunda

göğüs tüpü takılması yeterli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Lodhi vd., 2023). Video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS), toraks travmalarının tedavisinde tercih edilen alternatif bir yöntemdir. VATS, göğüs duvarı mekaniklerine olan etkiyi sınırlarken, intratorasik yapıların daha iyi görüntülenmesini sağlayan bir cerrahi girişimdir. Süren kanama kaynakları, diyafragma yırtıkları, akciğer laserasyonları gibi patolojiler VATS yaklaşımı ile etkili biçimde tedavi edilebilmektedir (Lodhia vd., 2019).

2.1.1.2 Torasik ampiyem

Torasik ampiyem, plevral boşlukta gelişen bir enfeksiyon olup, genellikle pnömoni ve diğer enfeksiyöz hastalıklardan kaynaklanabilir. Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, çocuklar ve yaşlılar arasında daha yaygındır. Erişkinlerdeki ampiyem vakaları, hastalığın doğal seyri, plevral sıvının niteliği ve olumsuz sonuç riski bakımından farklı sınıflandırma sistemlerine tabi tutulur. Yetersiz tedavi durumunda, erken dönemde komplike olmayan ampiyem vakaları zamanla daha karmaşık aşamalara ilerleyebilir. Modern cerrahi yöntemlere rağmen, plevral enfeksiyon ve ampiyemli hastalarda mortalite oranı yüksek kalmakta olup, yetersiz tedavi bu oranı daha da artırabilir (Reichert vd., 2017).

Plevral boşluk enfeksiyonu bulunan hastaların %29-32'lik cerrahi drenaj gereklidir (Farjah vd., 2007). Drenaj tedavisi tek başına yeterli olmadığında ve akciğerin yeniden genişlemesini sağlamadığında cerrahi müdahale zorunlu hale gelir. Tıbbi tedaviye rağmen plevral sıvı birikimi devam eden ve kalıcı sepsis geliştiren hastaların cerrahi olarak kontrol altına alınması gerekmektedir. Cerrahi tedavi, enfekte bölgelerin veya plevral sıvı birikimlerinin çıkarılmasını ve fibrin birikimlerinin temizlenmesini içerir. Video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS), onkolojik göğüs cerrahisinde yaygın olarak kullanılır ve geleneksel açık cerrahiye göre hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı, mortalite ve komplikasyon oranı, yaşam kalitesi, solunum fonksiyonu bakımından daha olumlu sonuçlar verir (Reichert vd., 2017; Chung vd., 2014).

2.1.1.3 Amfizem

Terminal bronşiyollerin distalinde bulunan hava boşluklarının geçici olmayan genişlemesiyle karakterize akciğer parankiminin destrüktif bir hastalığıdır. İlerlemiş amfizem, alveoler kılcal ünitelerin tahribatı ve destek dokusunun kaybı ile sonuçlanan bir akciğer patolojisidir. Temel olarak sigara içimi ile ilişkili olmakla birlikte, toz ve duman inhalasyonu da önemli risk faktörlerindendir. Hava yolu dinamiklerindeki bozulmalar ve azalan gaz değişimi, ekspiratuar hava akışının kısıtlanmasına ve ilerleyici havanın birikmesine neden olmaktadır. En sık gözlenen semptomların başında kronik öksürük ve dispne gelmektedir. Akciğerin en fazla hasar gören bölgelerinin cerrahi olarak rezeksiyonu, pulmoner fonksiyonları ve egzersiz kapasitesini artırabilmektedir. Ancak yüksek morbidite oranı bu tedavi yönteminin etkinliğini sınırlamaktadır (Reichert vd., 2017; Shah vd., 2017).

2.1.1.4 Pnömotoraks

Pnömotoraks, akciğer ve göğüs duvarından kaynaklanan nefes darlığı ve göğüs ağrısı ile karakterize edilen bir durumdur. Bu durum, plevral boşlukta gaz kabarcıklarının veya gazın plevral boşlukta birikmesinin neden olduğu normal solunumu engelleyebilir. Pnömotoraks, bullae patlamaları sonrasında ortaya çıkar. Pnömotoraks, ya nedeni belirlenemeyen spontan olarak ortaya çıkabilir ya da travma sonucu indüklenmiş olabilir (Huan vd., 2021). Patofizyolojik olarak spontan pnömotoraks, travmatik pnömotoraks ve tansiyon pnömotoraks şeklinde kategorize edilmektedir (Huan vd., 2021).

Spontan pnömotoraks, primer ve sekonder olmak üzere iki alt gruba ayrılır. Primer pnömotoraks, altta yatan akciğer hastalığı olmayan sağlıklı kişilerde bullae patlamaları sonucu gelişir. Sekonder pnömotoraks ise zaten hasar görmüş akciğer dokusunun patlamasıyla ortaya çıkar ve genellikle akciğer amfizemi gibi akciğer hastalığı tanısı almış hastalarda görülür (MacDuff vd., 2010; Metin, 2018).

İyatrojenik pnömotoraks, artan invaziv tanı ve tedavi yöntemleriyle artış göstermektedir. Transtorasik iğne aspirasyonu, subklavyen ven kateterizasyonu, mekanik ventilasyon, torasentez, transbronşial plevral biyopsi akciğer biyopsisi en

yaygın nedenlerdir. Bu işlemlerden sonra kardiopulmoner fonksiyonun instabil hale gelmesi durumunda her zaman pnömotoraks şüphesi olmalıdır. Zaman zaman pnömotoraks işleminin ardından izlenebilir ancak işlemden günler sonra da gelişebilmesi daha olasıdır. İyatrojenik pnömotoraksın klinik profili, hastanın altta yatan hastalıkları ve sağlık durumu ile pnömotoraks etiyolojisinden etkilenir. Genel durum bakımından kötü hastalar, küçük bir hacimli pnömotoraks da dahi şiddetli semptomlar yaşayabilir. Ayrıca pozitif basınçlı ventilasyon sırasında daha hızlı artabilen pnömotoraks hacmi, gerilim pnömotoraksı oluşabilir. Transtorasik iğne aspirasyonu, akciğerin derininde bulunan küçük lezyonlara veya biyopsi yerinde amfizem varsa pnömotoraks riskini artırır. Spontan pnömotoraksta olduğu gibi, iyatrojenik pnömotoraksın tekrar etme riski yoktur. Hastanın klinik profiline veya altta yatan hastalığına bağlı olarak gözlem, küçük kateter veya basit aspirasyon kullanarak göğüs tüpü yerleştirme gibi non-invaziv tedavi önerilir. Büyük hacimli pnömotoraks veya KOAH tanısı konmuş hastada veya mekanik ventilasyon sırasında oluştuğunda ise göğüs tüpü yerleştirme tercih edilen tedavi yöntemidir (Choi, 2014).

Gerilim pnömotoraksta ise inhalasyon sırasında hava plevral boşluğa girer ancak ekshalasyon sırasında plevral boşlukta kalır ve çıkamaz, bu da intra-plevral boşluk basıncının giderek artmasına yol açar. Gerilim pnömotoraks spontan pnömotorakstan veya travmatik pnömotorakstan gelişebilir (Roberts vd., 2015). Gerilim pnömotoraksta, pnömotorakstan etkilenen akciğer tamamen çöker, ipsilateral taraftaki akciğer ve kalp basınç altına alınır. Sonuç olarak, ciddi dispne, siyanoz ve hipotansiyon meydana gelişerek ölüme yol açabilir (Choi, 2014).

Sağlıklı bir kişide, plevral basınç tüm solunum döngüsü boyunca atmosfer basıncına göre negatif kalır. Bu pulmoner alveoller ile plevral boşluk arasındaki basınç farkı transpulmoner basınç olarak adlandırılır ve bu basınç akciğerin elastik geri dönüşümünü sağlar. Pnömotoraksta, akciğer alveollerinden plevral boşluğa hava geçişi olur ve bu iki bölgenin basınçları eşitlenene kadar devam eder. Benzer biçimde, göğüs duvarı ile plevral boşluk bağlantılı olduğunda, ortamdan hava plevral boşluğa hareket eder ve basınç farkı ortadan kalkana veya bağlantı kapanana kadar devam eder. Plevral boşluk içindeki hava, plevral basıncı −5 cm H2O'dan −2.5 cm H2O'ya kadar artırırken, transpulmoner basınç da 5 cm H2O'dan 2.5 cm H2O'ya düşer ve bu da pulmoner vital

kapasitede %33'lük bir azalmaya neden olur. Akciğer sıkıştırılarak, plevral boşluğa hava girişi için alan yaratılır ve bu da vital kapasitede %25'lik bir azalmaya yol açar. Ayrıca intra-plevral boşluk basıncı değişikliği torasik hacmi artırır ve torasik duvarın elastik geri dönüşümünü değiştirir, bu da vital kapasitede yaklaşık %8'lik bir azalmaya neden olabilir. Plevral boşluktaki basınç arttığında, mediastinum karşı yönde hareket eder, aynı tarafın toraksını genişletir ve diyaframı bastırır. Bu değişiklikler, gerilim pnömotoraks ve diğer pnömotoraks türlerinde gözlemlenir. Pnömotoraksın temel fizyolojik değişikliği, azalmış arteriyel oksijen gerilimi ve azalmış vital kapasite ile ilişkilidir. Primer pnömotoraksı olan hastalar genellikle vital kapasite azalmasını iyi tolere ederken, sekonder pnömotoraks ve altta yatan akciğer hastalığı olan hastalarda vital kapasite azalması alveolar hipoventilasyona ve solunum yetmezliğine yol açabilir..

Pnömotoraks tedavisinde, altın standart olarak torakostomi ve göğüs tüpü kabul gören invaziv yöntemler arasında yer alır. Tekrarlayan pnömotoraks vakalarında cerrahi müdahale ve göğüs tüpü aracılığıyla sklerozan ajan verilmesi gibi yöntemler de kullanılabilir. Ayrıca Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (VATS) ile %95-100 oranında başarılı tedavi sonuçları elde edilebilmektedir (Metin, 2018).

2.1.1.5 Pnömoni

Pnömoni dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Lanks vd., 2019). Akciğer veya parankiminin akut enfeksiyonudur. Çeşitli mikroorganizmalar, mantarlar, virüsler, bakteriler tarafından tetiklenebilir (Mandell, 2015). Pnömoni, toplum kökenli, hastane kökenli, ventilatörle ilişkili ve sağlık hizmeti kaynaklı olmak üzere dört ana kategoride sınıflandırılabilir. Toplum kökenli pnömoni, hastane dışındaki ortamlarda edinilen enfeksiyonları ifade ederken, hastane kökenli pnömoni minimum 48 saat yatışın ardından gelişen enfeksiyonlar olarak tanımlanır (Lanks vd., 2019). Ventilatörle ilişkili pnömoni, mekanik ventilasyon altındaki hastalarda ortaya çıkan hastane kökenli pnömoninin bir alt türüdür. Sağlık hizmetiyle ilişkili pnömoni ise diyaliz merkezleri, bakımevleri gibi sağlık bakım ortamlarında edinilen enfeksiyonları kapsar (Mandell, 2015; Lanks vd., 2019).

Pnömoni riskini artıran faktörler arasında hastanın yaşı, solunum sistemiyle ilişkili kronik hastalıklar, böbrek hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar gibi diğer sağlık

durumları bulunmaktadır. Ayrıca epilepsi, demans ve felç gibi nörolojik hastalıkların varlığı, aspirasyon riskini artırarak pnömoni gelişme olasılığını yükseltir (Cillóniz vd., 2013). Pnömoninin klinik belirtileri arasında iştahsızlık, halsizlik, hemoptizi, dispne, balgam, plevral ağrı, öksürük, ateş yer almaktadır. Tedavide medikal tedavi ilk tercihtir. Geniş spektrumlu medikal tedavi ile hastaların geneli başarılı biçimde iyileştirilmektedir. Ancak bazı durumlarda tıbbi tedaviye yanıt vermeyen ve pnömoni komplikasyonu olarak değerlendirilebilecek sorunlar ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda, tıbbi tedaviye ek olarak cerrahi müdahaleler gerekebilir (Lanks vd., 2019).

2.1.1.6 Torasik outlet sendrom-TOS

Torasik çıkış, klavikula ve ilk kaburga arasındaki supraklaviküler fossadan aksillaya kadar uzanan bölgedir. Bu bölgede sıkışmaya maruz kalabilecek üç önemli yapı bulunur: subklavyen arter, subklavyen ven ve brakiyal pleksus. Sıkışma, interskalen üçgen, kostoklaviküler boşluk ve retropektoralis minor boşluğunda meydana gelebilir. Torasik çıkış sendromu (TOS), brakiyal pleksus ve/veya subklavyen damarların torasik çıkışta sıkışması sonucu ortaya çıkan iyi tanımlanmış bir rahatsızlıktır. Venöz, arteriyel ve nörojenik olmak üzere üç formu mevcuttur. Sık rastlanan nörojenik türü, üst ekstremitede ağrı, uyuşma, karıncalanma, zayıflık ve vazomotor değişikliklerle kendini gösteren en yaygın formudur (Li vd., 2021). Vasküler komplikasyonlar nadirdir ve tromboembolik olaylar ile şişlik içerir. Klinik tablo oldukça değişkendir ve tanı, titiz bir anamnez ve fizik muayene sonrasında hekimin değerlendirmesine dayanır (Kuhn vd., 2015).

Tedavi edilmediğinde önemli düzeyde morbidite yaratan TOS, genelde 20-40 yaş grubunu etkiler. Başlıca nedeni travmadır. Travmalar, omurga veya servikal pleksusta deformasyon yaparak yapıların sıkışmasına sebep olabilir. Ayrıca bu sendrom uzun süreli tekrarlayan hareketler, hatalı yapılan ağırlık kaldırma egzersizleri ve uzun süren küçük travmalar ya da bölgedeki iltihaplanmalar sonucunda da ortaya çıkabilir (Grunebach vd., 2015; Li vd., 2021).

Tedavi stratejisi, TOS'un altta yatan nedenine bağlıdır. Çoğu nörojenik TOS hastasında cerrahi olmayan tedavi ilk seçenektir. Cerrahi müdahale, arteriyel veya venöz TOS'lu hastalarda ve cerrahi olmayan tedaviye yanıt vermeyen nörojenik TOS hastalarında

gereklidir. Cerrahi olmayan tedavi eğitim, aktivite değişikliği ve fizik tedavi içerirken Transaksiller, supraklaviküler ve posterior yaklaşımlar gibi çeşitli cerrahi teknikler mevcuttur (Li vd., 2021).

2.1.1.7 Akciğer kanseri

Küresel ölçekte önemli bir sağlık sorunudur ve kanserden kaynaklanan ölümlerin başlıca sebeplerinden biridir (Nezami vd., 2023). Özellikle Asya kıtası ve Doğu Avrupa'da erkekler arasında en sık görülen kanser türüdür (Oliver, 2022). Türkiye'de ise akciğer kanseri mortalite düzeyi bakımından kadınlarda on (%12.9), erkeklerde ikinci (%71.9) sırada bulunmaktadır. Akciğer kanseri malign morfolojisi ve görünümüne göre iki ana grupta sınıflandırılır: küçük hücreli olmayan akciğer kanseri ve küçük hücreli akciğer karsinomu. Skuamöz hücreli adenokarsinom ve karsinom gibi alt türleri içeren küçük hücreli olmayan türü, vakaların genelinden (+%80) sorumludur (Dempke vd., 2010).

Risk faktörleri arasında genetik faktörler, HIV, enfeksiyonla ilişkili olan/olmayan solunum hastalıkları, asbest ve radon gazı maruziyeti (Choi ve Mazzone, 2014), elektronik sigara ve pasif içicilik bulunurken başta sigara dumanına maruz kalma gelmektedir (Schabath ve Cote, 2019). Özellikle uzun yıllar boyunca devam eden sigara kullanımı, akciğer kanseri riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Ömür boyu hiç sigara içmeyen birine göre, sigara içen bir bireyin akciğer kanseri riskinin yaklaşık olarak yirmi kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Peto, 2012). Son yıllarda elektronik sigara veya elektronik nikotin dağıtım sistemleri (ENDS) kullanımında artış gözlemlenmektedir (Schabath ve Cote, 2019). Bu sistemler, nikotin ve çeşitli kimyasal maddeleri buhar yoluyla akciğerlere ileterek sağlık üzerinde potansiyel zararlı etkilere neden olabilir (Gotts vd., 2019). Bitkisel gliserin ve propilen glikol gibi çözücüler, buharlaştıklarında formaldehit, asetaldehit gibi toksik ve kanserojen bileşikler oluşturabilirler. Elektronik sigaraların solunum sistemi üzerindeki uzun vadeli etkileri hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir, ancak mevcut bulgular bu cihazların solunum fonksiyonları üzerinde olumsuz etkilere sahip olabileceğini göstermektedir (Gotts vd., 2019; Schabath ve Cote, 2019).

2.1.2 Göğüs cerrahi yöntemleri

Göğüs hastalıkları cerrahi giriş gerektirdiğinde çeşitli yöntemler uygulanabilmektedir. Akciğer transplantasyonu, robotik cerrahi, video destekli torasik cerrahi, wedge rezeksiyonu, segmentektomi, lobektomi, pnömonektomi, torakotomi uygulanabilen girişimlerdir (Jiwnani vd., 2019).

2.1.2.1 Akciğer transplantasyonu

Akciğer transplantasyonu, ağır ve ilerleyici akciğer hastalıkları olan ve diğer tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen hastalara yapılır. Transplantasyon, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini uzatmak amacıyla gerçekleştirilir (Meyer, 2018). Günümüzde akciğer transplantasyonu, terminal solunum yolu hastalığı olan iyi seçilmiş hastalar için kabul görmüş ve rutin bir tedavidir. Ancak bu başarıya ulaşmak için onlarca yıl süren deneysel çalışmalar ve klinik girişimler gerekmiştir. İnsanlarda ilk klinik girişim 1963 yılında Hardy ve Webb tarafından rapor edilmiştir. Takibinde Derom ve diğerleri (1971) tarafından 10 ay yaşayan bir vaka dışında kısa süreli sağkalımla sonuçlanan bir çalışma izlemiştir. Ancak yeni bir immünosupresif ajan olarak siklosporinin keşfine kadar uzun vadeli başarılar bildirilmemiştir. İlk insan akciğer transplantasyonu, böbrekler hariç diğer solid organlarla aşağı yukarı aynı zamanda gerçekleştirilmiş olsa da rutin bir prosedür haline gelmesi diğer transplant türlerine göre daha uzun sürmüştür. Bu gecikmenin nedenleri, esas olarak bronşiyal anastomozun iyileşmesiyle ilgili teknik sorunlar, akciğerin yüksek immünojenitesi ve immünosupresyon ihtiyacı ile önemli akciğer enfeksiyonu riskiyle ilgilidir. (Venuta ve van Raemdonck, 2017). Başlıca transplantasyon nedenleri arasında Kistik Fibrozis (CF), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), İdiopatik Pulmoner Fibrozis (IPF), Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon (PAH) ve bronşektazi bulunur. KOAH, akciğerlerin kronik inflamasyonu ve daralmasıyla karakterize olup, ciddi solunum yetmezliğine yol açabilir. IPF ise akciğer dokusunun sertleşmesi ve skar dokusu oluşumu ile akciğer fonksiyonlarında hızlı bir düşüşe neden olabilir. Kistik fibrozis, kalıtsal bir hastalık olup akciğerlerde kalın ve yapışkan mukus birikimiyle ciddi solunum yetmezliğine yol açabilir. Pulmoner arteriyel hipertansiyon, akciğer atardamarlarındaki kan basıncının anormal derecede yüksek olması sonucu kalp ve akciğerlerde hasara neden olabilir. Bronşektazi ise akciğerlerin bronş tüplerinin kalıcı olarak genişlemesi ve sürekli

enfeksiyonlarla ciddi solunum yetmezliği oluşturabilir (Weill, 2018). Akciğer transplantasyonu, hastalığın tıbbi tedavi ile kontrol edilemeyecek kadar ilerlemiş olması ve hastanın hayatını tehdit etmesi durumunda uygulanır. Ayrıca transplantasyon yapılmadığı takdirde hastanın iki yıl içinde akciğer hastalığı nedeniyle ölüm riskinin %50'yi aşması, transplantasyon ardından minimum 90 gün ve beş yıl hayatta kalma olasılığının %80'ni aşması gibi kriterler de göz önünde bulundurulur. Akciğer transplantasyonu, hastaların ciddi ve ilerleyici akciğer hastalıklarıyla başa çıkmasına ve daha kaliteli bir yaşam sürmesine yardımcı olmak amacıyla yapılır (TTD, 2024).

Dünya genelinde yılda 4600'den fazla akciğer transplantasyonu gerçekleştirilmekte olup, %55'i Kuzey Amerika'da ve %36'sı Avrupa'da yapılmaktadır. Yaklaşık %80'i bilateral LTx'tir (Chambers vd., 2018). Hastaların LTx nedeniyle bir sağkalım faydasına sahip olması beklenmelidir (Weill vd., 2015). Dünya çapında LTx sonrası mevcut medyan sağkalım 6,2 yıldır. Alıcılar ilk yıl hayatta kalırsa medyan sağkalım 8,3 yıla yükselmektedir (Khush vd., 2018). LTx, sağkalım avantajlarının yanı sıra, önemli bir şekilde, yaşam kalitesini de iyileştirmektedir (Seiler vd., 2016). Bu verilerin küresel ölçekteki LTx faaliyetinin yaklaşık %80'ini temsil ettiği tahmin edilmektedir (Chambers vd., 2019). Bekleme listesi mortalitesini azaltmak için tahsis ve donör kullanımının optimize edilmesindeki gelişmeler ile perioperatif ve geç alıcı yönetimindeki ilerlemeler, sonuçların iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Cerrahi tekniklerdeki ve perioperatif tedavi ile bakımda kaydedilen ilerlemeler sayesinde, akciğer transplantasyonunun ardından erken sağkalım düzeyi giderek yükselmektedir. Ancak cerrahi komplikasyon ve primer greft disfonksiyonu gibi erken dönemde ortaya çıkan birçok komplikasyon, akciğer allogreftinin işlevini ve canlılığını tehdit edebilmektedir. Kronik akciğer allograft disfonksiyonu ve fırsatçı enfeksiyonlar gibi geç dönem komplikasyonlar ise alıcının hayatta kalma süresini ve uzun vadeli sonuçları üzerinde etkili olmayı sürdürmektedir (Meyer, 2018).

2.1.2.2 Robotik cerrahi

Robotik cerrahi, son yıllarda cerrahi alanında radikal değişiklikler yaratması nedeniyle çeşitli yazarlar tarafından cerrahinin geleceği olarak kabul edilmektedir. "Robot" teriminin 1920'de Çek yazar Capek tarafından "zorla işçi" anlamında kullanılmasından yaklaşık altmış yıl sonra, ilk robot destekli cerrahi işlem rapor edilmiştir (Marino vd.,

2018). Başlangıçta, robotik sistemler yalnızca aktif sistemler olarak tanımlanmıştır; bu sistemler, preoperatif planlanmış görevler altında otonom bir şekilde çalışırlar. Aktif robotik sistemlere örnek olarak ortopedik prosedürlerde kullanılan ROBODOC (Integrated Surgical Systems, Sacramento, CA, USA) ve ürolojik cerrahide kullanılan PROBOT gösterilebilir (Kalan vd., 2010). 1990'ların başlarında ise daha karmaşık platformlar geliştirilmiş ve bunlar "usta-köle" sistemleri adı altında bilinmektedir. Bu platformlar, önceden programlanmış ve otonom işlevini yitirerek tamamen cerrahın müdahalesine bağlı hale gelmiştir. Bu teknoloji ilk olarak NASA'nın astronotlara uzayda cerrahi yardım sağlamak amacıyla telesans aracılığıyla cerrahi yapılmasını sağlamak fikriyle geliştirilmiştir, cerrahın fiziksel olarak bulunmasına gerek kalmadan. Sonuç olarak, NASA'nın Ames Araştırma Merkezi bu konuda çalışmalar yürütmüş ve 1990'larda Stanford'ın katılımıyla teleserjiye dayalı ilk faz robotik prototipi tasarlamıştır, bu da gelecek sistemler için başlangıç platformu olmuştur (Zirafa vd., 2019). Cerrahi robotik alanındaki gerçek dönüm noktası, birkaç yıl sonra FDA onaylı ilk robotik platformların sivil kullanım için ticarileştirilmesiyle belirlenmiştir. AESOP (Computer Motion, Inc., Goleta, CA, USA) bu platformlardan biridir ve telesistemi bir ayak pedalıyla birleştirmiştir, daha sonra Zeus ile değiştirilmiştir. Zeus sistemi başlangıçta kardiyak cerrahi için tasarlanmış olmasına rağmen diğer uzmanlık alanlarında da kullanımı mümkün olduğu kabul edilmiştir; aynı dönemde da Vinci sistemi (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, USA) de piyasaya sürülmüştür. 2003 yılında Computer Motion ve Intuitive Surgical'in birleşmesiyle da Vinci, kullanılan tek robotik cerrahi platformu haline gelmiştir (Valero vd., 2011; Lane, 2018).

Standart lobektomilerden karmaşık; ek doku rezeksiyonları, genişletilmiş pnömonektomiler, arterioplastili lobektomiler gibi ameliyatları başarıyla gerçekleştirebilmeyi sağlayan robotik cerrahi, neoadjuvan tedavi ardından kullanılabilmekte ve büyük tümörlerin karmaşık lobektomilerini olası kılabilmektedir (Kakuturu ve Toker, 2022). Akciğer rezeksiyonu için torakotomi gibi açık cerrahi yöntemlerde uzun etkili analjezikler, kullanılan kateter dağıtım sistemleri ve kas koruyucu insizyonlar ile ağrı kontrolü sağlanabilir. Ancak açık cerrahi yöntemler genellikle daha uzun hastanede kalış süreleri ve perioperatif morbidite ve mortalite riskleri ile ilişkilidir. Özellikle minimal invaziv akciğer rezeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu teknoloji, tedavi yönetimini köklü bir şekilde değiştirmiş,

hastaların başlangıç performans durumuna daha hızlı dönmesini sağlamış ve hastanede kalış sürelerini kısaltmıştır. Ayrıca adjuvan tedavi gerektiren hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyerek tedavi sonuçlarını iyileştirmiştir (Schwartz vd., 2020).

2.1.2.3 Video destekli torasik cerrahi

Video destekli torasik cerrahi ilk olarak 1990'lı yıllarda geliştirilmeye başlanmış, 1991'de ilk akciğer lobektomisi yapılmıştır. Endoskopik kamera teknolojisinin kullanımı, cerrahların göğüs boşluğundaki işlemleri daha doğrudan ve hassas bir şekilde yapmalarını sağlamıştır (Gross vd., 2023). Yöntemde çift lümenli entübasyon ve uygulama bölgesindeki akciğerin fonksiyonunun azaltılmasıyla, mediastinoskopi, torakoskopik biyopsi, pnömonektomi, lobektomi gibi işlemlerde cerrahi alanın görüntülenmesi için bir kamera kullanılır (Decaluwe vd., 2015). Yöntem, geleneksel açık cerrahiden daha az invaziv olup, hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırmakta ve komplikasyon riskini azaltmaktadır. Günümüzde, lobektomi, pnömonektomi, biyopsi ve diğer göğüs cerrahi işlemlerinde altın standart olarak kullanılmakta; cerrahi pratiklerin modernizasyonunda önemli bir rol oynamaktadır (Gross vd., 2023). Yöntem genellikle daha az kanama ve komplikasyon riski ile ilişkilendirilir, bu da hastaların ameliyat sonrası dönemde daha az kan transfüzyonu ve daha kısa hastanede kalış süresi gerektirmesine yardımcı olur. Ancak cerrahın dikkatli olmaması durumunda damarlara veya diğer hayati yapıların zarar görmesi potansiyel riskini taşır (Decaluwe vd., 2015).

2.1.2.4 Akciğer rezeksiyonları

Wedge Rezeksiyonu, genellikle akciğer kanseri gibi durumlarda uygulanan cerrahi işlemlerdir. Bu işlemler, akciğerin bir kısmının veya tamamının (lobda saptanan yara, beze, leke vb.) cerrahi olarak çıkarılmasını içerir (Başçeken ve Çakabay, 2020). Temel olarak üç ana türü vardır.

Lobektomi: Akciğerin bir lobunun (bölümünün) çıkarılması işlemidir. Lobektomi, genellikle kanserli bir bölümün çıkarılması amacıyla uygulanır (Bayrak vd., 2014).

Pnömonektomi: Akciğerin tamamının çıkarılması işlemidir. Bu işlem genellikle ileri evre akciğer kanseri veya diğer ciddi akciğer hastalıklarında gereklidir (Groth vd., 2015; Beck vd., 2020).

Segmentektomi: Akciğerin bir segmentinin (daha küçük bir bölümü) çıkarılması işlemidir. Segmentektomi, küçük ve erken evre kanserlerde veya bazı benign (iyi huylu) lezyonların çıkarılmasında tercih edilen bir yöntemdir (Doğruyol ve Okur, 2021).

Torakotomi ise göğüs boşluğuna erişmek için yapılan cerrahi bir prosedürdür. Klasik posterolateral yaklaşım genellikle optimal cerrahi görüntü sağlar ancak kasların ayrılmasıyla ağrılı olabilir. Mini torakotomi ise kas bölünmesini önlemek için tasarlanmış olup cerrahın görüş alanını sınırlayabilir ve bazı riskleri artırabilir (Maloney vd., 2022).

- Standart torakotomi yöntemleri arasında posterolateral, aksiller, anterior, trapdoor ve median sternotomi bulunur. Posterolateral torakotomi (PLT), genişletilebilir bir alan sağlayarak çoğu göğüs ameliyatı için tercih edilir ancak cerrahın birkaç ana kası kesmesi gerekebilir, bu da ciddi komplikasyonlara yol açabilir (Askarpour vd., 2018).
- Lateral torakotomi, superior torasik sempatik sinir sistemi ameliyatları için kullanılırken, anterior torakotomi özellikle mediastinal kitle biyopsisi gibi işlemlerde avantajlıdır ancak sınırlı açıklık riski taşır (Askarpour vd., 2018)
- Medyan sternotomi, kalp, büyük damarlar, timus ve bazı akciğer ameliyatlarında kullanılan ve mükemmel bir görüntü sağlayan bir yöntemdir (Balcı, 2015).

2.1.3 Göğüs cerrahisi sonrası komplikasyonlar

Göğüs cerrahisi, akciğer ve mediastinal hastalıkların tedavisinde kullanılan çeşitli cerrahi prosedürleri içermektedir. Her cerrahi müdahale sonrasında genellikle postoperatif komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonlar, cerrahi işlemlerin süresi ve komplikasyon başlangıcına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Literatürde belirtildiği gibi, bir ay içinde ortaya çıkanlar erken komplikasyonlar olarak kabul edilirken, bir aydan daha uzun sürede gelişenler ise geç komplikasyonlar olarak

adlandırılmaktadır (Kang vd., 2019). Söz konusu komplikasyonlara Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Göğüs Cerrahisinde İzlenebilen Komplikasyonlar(Kang vd, 2019)

Komplikasyon	Komplikasyon Nedeni
Akut respiratuar distres sendromu	Endotel disfonksiyonu, lenfatik dolaşımda bozulma, artan kan akışı
Ameliyat sonrası interkostal akciğer herniasyonu	Tümüyle kapanan göğüs duvarı
Ampiyem	Özofagoplevral veya bronkoplevral fistül, plevra boşluğunda enfeksiyon
Anastomotik ayrılma	Bronşiyal duvar iskemisi, bronşiyal anastomoz alanında aşırı gerilim, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu
Atelektazi	Havalanamayan akciğer parankimi, mukus tıkanması
Bronkoplevral fistül	Ameliyat öncesinde bronkoskopi ve radyasyon tedavisi; sonrasında lökositoz, steroid kullanımı, plöropulmoner enfeksiyon, mekanik ventilatör
Bronş anastomoz darlığı	Strüktür oluşumu ve sekonder iyileşme ile anastomoz ayrılması, distalinde belirgin iskemi, granülasyon doku
Derin sternum yarası enfeksiyonu	cilt enfeksiyonu, Staphylococcus aureus, tütün kullanımı, hiperglisemi, diyabetis mellitus, obezite, yaşlılık
Hemotoraks	kanama koagülopatisi, pulmoner damardan kayma, sistemik vende yaralanma, göğüs duvarındaki bronşiyal arter veya sistemik damarların yeterli olmayan hemostazı
Kalp fıtığı	Öksürme, ekstübasyon, pozisyon değişiklikleri ya da negatif basınç ile uygulanan göğüs tüpü
Pnömoni	Mekanik ventilasyon, entübasyon, atelektazik akciğerde bakteri kolonizasyonu, mide sekresyonlarının aspirasyonu
Postpnömonektomi sendromu	Pulmoner rezeksiyon ardından kayma nedenli dinamik hava yolu basısı
Pulmoner ödem	Kılcal damar geçirgenliği ve hidrostatik basıncın artması, düşük serum kolloidal ozmotik basınç, yüksek hacim diürez, donmuş plazma transfüzyonu, pnömonektomi, artimiler
Şilotoraks	Torasik kanalın veya ana lenfatik damarlardan birinin bozulması

2.2 Göğüs Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

Göğüs cerrahisinin en yaygın nedeni akciğer kanseridir. ABD'de her yıl yaklaşık 39.000 yeni vaka görülmekte ve 35.000'den fazla kişi akciğer kanserinden ölmektedir (Crimmons, 2016). Diğer yaygın nedenler arasında akciğer kanseri, spontan pnömotoraks, amfizem, tüberküloz, bronşektazi, enfeksiyonlar, travma ve sarkoidoz bulunur (Yang vd., 2014). Standart göğüs cerrahisi genellikle torakotomi ile yapılır. Ancak teknolojideki ilerlemeler sayesinde video yardımlı torasik cerrahi (VATS) ve robot yardımlı torasik cerrahi (RATS) gibi yöntemler de güvenle uygulanabilmektedir. Bu cerrahi prosedürlerde tek akciğer ventilasyonu (SLV) kullanılmaktadır. Teknolojik

gelişmeler, ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşam kalitesini artırsa da ameliyat sonrası bulantı, kusma, atelektazi gibi genel komplikasyonların yanı sıra, mediastinal kayma, akciğer ve kalp torsiyonu ve post pnömonektomi sendromu gibi spesifik komplikasyonlar da görülebilmektedir (Sengupta, 2015; Crimmons, 2016). Bu süreçlerin etkin yönetimi için cerrahi hemşirelerinin göğüs cerrahisi konusunda derin bilgi sahibi olmaları önem arz etmektedir. Göğüs cerrahisinde hemşirelik yönetimi, hastaların ameliyat öncesi-esnası-sonrası bakımını kapsayan, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşımdır. Bu süreçte hemşirelerin rolü, hastaların güvenliğini ve iyileşme sürecini desteklemektir. Göğüs cerrahisi geçiren hastaların tedavi sürecinde, sağlığın korunması, kaybedilen sağlığın geri kazandırılması ve yaşam kalitesinin artırılması hemşirelerin temel amaçları arasındadır (Durna vd., 2012).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın iyi hazırlanması, komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bu süreçte hastanın solunum ve kardiyovasküler sistemleri detaylı bir şekilde değerlendirilir. Solunum hızı, sesleri, dispne, öksürük, egzersiz intoleransı, dijital çomak parmak, obezite, duruş bozukluğu, alkol ve sigara kullanımı gibi faktörler kontrol edilmelidir (Saqib, 2016). Hastanın beslenme durumu değerlendirilip, malnütrisyon giderilmelidir. Malnütrisyonlu hastalara oral beslenme desteği verilmelidir. Hastaneye yatıştan sonraki 24 saat içinde NRS2002 değerlendirme aracı kullanılarak beslenme riski belirlenmelidir. Skor üç ve üzerinde ise beslenme destek ekibiyle iletişim kurulmalı ve gerekirse 5-7 günlük beslenme desteği sağlanmalıdır. Akciğer fonksiyonları ve egzersiz kapasitesi düzenlenmelidir. Caprini Risk Skoru Değerlendirme aracı kullanılarak venöz tromboemboli riski değerlendirilmelidir; risk skoru beş veya üzerinde ise kanama riski dışlanmalı ve ameliyattan 12 saat öncesine kadar düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmalıdır. Anemi değerlendirilmelidir (Batchelor vd., 2019). 400 metre yürüme testi ve kardiyopulmoner egzersiz testleri yapılmalı ve solunum fonksiyonları değerlendirilmelidir (Lim vd., 2010). Akciğer fonksiyon testleri, kan gazı analizleri ve egzersiz testleri yapılması önerilmektedir (Özkan, 2014). Ameliyat öncesinde genel hasta eğitimi sağlanmalıdır (Refai vd., 2018). Bu eğitim; derin nefes alma ve öksürme egzersizleri, solunum hijyeni, sigara kullanımı, erken mobilizasyon, ameliyat sonrası ağrı kontrolü, temas adresleri, yara ve dren bakımı ve cerrahi süreci kapsamalıdır (Kavaklı ve Tarhan, 2020).

Ameliyat sırasında hemşirelik bakımı, göğüs cerrahisi sırasında komplikasyonları önlemek için alınan önlemler nezdinde önemlidir. Ameliyattan 60 dakika önce intravenöz antibiyotik profilaksisi uygulanması, gerekirse vücut kıllarının alınması, cildin klorheksidin glukonat ile temizlenmesi ve normoterminin sağlanması ve normoterminin sürdürülmesi için hastanın çekirdek vücut ısısının izlenmesi gereklidir (Batchelor vd., 2019).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, hastaların iyileşme sürecini desteklemek ve komplikasyonları önlemek için kritik bir aşamadır. Bu bakım, hastanın vital bulgularının izlenmesi, ağrı yönetimi, solunum fonksiyonlarının sürdürülmesi, mobilizasyonun teşvik edilmesi ve yara bakımı gibi çeşitli alanları kapsar. Hemşireler, ameliyat sonrası dönemde hastaların güvenliği ve konforu için kapsamlı bir izleme ve müdahale planı uygulayarak, hızlı ve etkin bir iyileşme süreci sağlamayı hedefler (Batchelor vd., 2019).

Solunum fonksiyonlarının sürdürülmesi: Göğüs cerrahisi sonrası hastalarda solunum sistemi komplikasyonlarının görülme sıklığı %5-80 arasındadır (Sengupta, 2015). Pulmonik yetersizlik ve atelektazi, bu dönemde sıkça rastlanan sorunlardır, özellikle FEV1'i düşük olan hastalarda pulmonik yetersizlik daha yaygındır (Iyer ve Yadav, 2013). Bu komplikasyonları önlemek için ameliyat sonrası solunum fonksiyonları 15 dakikalık aralıklarla kontrol edilmeli, yatak başı 35-40 derece açıya yükseltilmeli ve solunum egzersizleri yapılmalıdır (Iyer ve Yadav, 2013; Crimmons, 2016). Ayrıca aspirasyon ve postural drenaj da atelektaziyi önlemeye yardımcı olur (Iyer ve Yadav, 2013). Hastaların uygun pozisyonlara yerleştirilmesi ve düzenli olarak pozisyonlarının değiştirilmesi komplikasyonların önlenmesinde kilit rol oynar. Pozisyon değiştirirken baş ve göğüs sağlam taraftan desteklenmeli, ameliyatlı taraf göğüsten veya koldan tutulmamalıdır (Tahiri vd., 2020). Sürekli aynı pozisyonda kalınmaması, trombüs gelişimini önler ve ventilasyon, perfüzyon ve gaz değişimini artırır, bronşiyal sekresyonların uzaklaştırılmasını sağlar (Refai vd., 2018; Tahiri vd., 2020; Kavaklı vd., 2020).

Mobilizasyonun Teşvik Edilmesi: Atelektazi riskini azaltmak için ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde mobilizasyon sağlanmalıdır (Batchelor vd., 2019). Anesteziden çıkmadan önce hemşire eşliğinde üst ve alt ekstremitelerin pasif hareketleri başlatılmalıdır. Bilinci

yerine geldikten sonra hastanın fiziksel aktivitelere katılımı teşvik edilmelidir. Aktivite seviyesi aşamalı olarak artırılmalı, ancak mobilizasyondan önce hastanın klinik stabilitesi sağlanmalıdır (Tahiri vd., 2020; Li vd., 2020). Hasta ameliyattan 3,5 saat sonra yatakta oturmalı ve 30 dakika boyunca bu pozisyonu korumalıdır. Ameliyattan sonraki dördüncü saatte ise hasta sandalyeye oturmalıdır. Hastalar yatağın yanında desteksiz beş dakika oturabildiklerinde ve bilateral diz ekstansiyonunu tam yapabildiklerinde, ayakta durma ve ambulasyona geçebilirler (Ahmad, 2018). Her hasta ameliyattan sonra ilk gün dört kez yatağın yanında oturmalı, ikinci gün 80 metre, üçüncü gün ise 100 metre yürümelidir. Ağrı ve drenaj nedeniyle hastalar yürümek istemeyebilirler, bu nedenle analjeziklerle ağrı yönetimi önemlidir. Postural hipotansiyon riski nedeniyle, hastaların ilk ayağa kalktıklarında veya yürüdüklerinde en az iki kişi tarafından desteklenmeleri gerekmektedir. Tekerlekli yürüteçler, mekanik yükseltme cihazları veya torasik yürüteçler gibi ekipmanlar da kullanılabilir (Yeung, 2016; Grondell vd., 2018). Tüm mobilizasyon faaliyetleri sırasında, hastanın drenaj sistemi dik ve göğüs tüpü seviyesinin en az 0,5 m altında tutulmalıdır (Bertani vd., 2018; Forster vd., 2021).

Sistem Fonksiyonlarının Korunması: Göğüs cerrahisi sonrası, akciğerlerde negatif basınç kaybı ve pnömonektomi bölgesinde sıvı birikmesi, kalbe baskı yapabilir ve atriyal fibrilasyon (AF) gibi kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilir (Iyer ve Yadav, 2013; Grondell vd., 2018). Bu nedenle, ameliyat öncesi beta-bloker kullanımı, magnezyum eksikliğinin giderilmesi ve gerekirse kalsiyum kanal blokeri uygulanması önerilir (Iyer ve Yadav, 2013; Batchelor vd., 2019). Ameliyat sonrası kardiyovasküler komplikasyonları önlemek için, pulmoner arteriyel ve santral venöz basınç değerlerinin ölçülmesi, kan gazlarının takibi, EKG takibi, yatak başının 30-45 derece yükseltilmesi ve hastanın tolere edebildiği kadar yatay pozisyonun değiştirilmesi gibi hemşirelik girişimleri önemlidir (Crimmons, 2016; Grondell vd., 2018). Sol lobektomi hastalarında kardiyak tamponad görülebilir ve kardiyak outputta azalma, Beck triadı, pulmoner arter basıncı ve EKG izlenmelidir (Iyer ve Yadav, 2013).

Akut Problemlerin Önlenmesi: Göğüs cerrahisi sonrası kanama, şok ve derin ven trombozu gibi komplikasyonlar görülebilir. Hemşire, ameliyat sonrası kanama ve şok belirtilerini izlemelidir (Crimmons, 2016). Göğüs tüpünde 1000 mL/24 saat sıvı

birikmesi kanama belirtisi olabilir ve gerektiğinde ameliyat gerekebilir, bu nedenle göğüs tüpü sürekli izlenmelidir (Iyer ve Yadav, 2013). Hemodinamik durum stabil olsa bile, göğüs tüpü drenaj miktarı fazlaysa, lenfatik boşluktan aktif kanamayı değerlendirmek için hematokrit değerleri izlenmelidir (Iyer ve Yadav, 2013; Batchelor ve Ljungqvist, 2019). Ameliyat öncesinde, kanamayı önlemek için antikoagülan kullanımı kesilmelidir (Batchelor vd., 2019). Venöz tromboembolizmi önlemeye yönelik müdahaleler arasında risk değerlendirmesi, düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı, sıvı hacminin sağlanması, elastik bandaj kullanımı, erken mobilizasyon, ayakların yükseltilmesi, hareket açıklığı egzersizleri ve pnömatik ekipmanların periyodik kullanımı yer alır (Iyer ve Yadav, 2013; Yeung, 2016; Crimmons, 2016; Batchelor vd., 2019).

Hidrasyonun Sağlanması: Göğüs cerrahisi sonrası pulmoner yetmezliği önlemek için gereklidir (Iyer ve Yadav, 2013). Sıvı yönetiminde %0,9'luk salin solüsyonu tercih edilmelidir (Batchelor vd., 2019). Ancak Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu riskini azaltmak için aşırı hidrasyondan kaçınılmalı ve sıvı miktarı 1-2 mg/kg/saat şeklinde ayarlanmalıdır (Iyer ve Yadav, 2013). Elektrolit eksikliği varsa, uygun sıvılarla değiştirilmelidir (Batchelor vd., 2019). Hipovolemi izlenmeli ve sıvı tedavisi sırasında hacimdeki düşüş kanamanın bir belirtisi olabilir. Hidrasyonun belirli sınırlara ulaşması durumunda, inotrop desteği düşünülmeli ve idrar çıkışı izlenmelidir (Iyer ve Yadav, 2013).

Ağrı Yönetimi: Göğüs cerrahisi sonrasında torakotomi bölgesinde yaşanan ağrı, yetersiz ağrı kontrolü durumunda torakotomi sonrası ağrı sendromuna (PTPS) yol açabilir. PTPS, insizyon bölgesinde en az iki ay boyunca devam eden veya tekrarlayan ağrı olarak tanımlanır ve hastaların %21-61'inde görülür (Odejobi vd., 2019). Ağrı, derin nefes alma veya etkili bir şekilde öksürme yeteneğini bozabilir, bu da akciğer hacmini azaltarak ve mukus retansiyonuna neden olarak tekrar entübasyona yol açabilir (Iyer ve Yadav, 2013; Grondell vd., 2018). Ağrı kontrolünün sağlanması önemlidir ve Parasetamol ve NSAİİ kombinasyonu, hasta kontrollü analjezi ve lokal anestezi gibi yöntemler kullanılabilir (Iyer ve Yadav, 2013; Batchelor vd., 2019). Opioidler solunum sistemini deprese edebileceğinden, özellikle kronik ağrısı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (Crimmons, 2016). Ayrıca epidural anestezi veya paravertebral blok gibi

yöntemler de ağrı kontrolünde etkili olabilir (Iyer ve Yadav, 2013; Batchelor vd., 2019). Ağrı yönetimi genellikle çoklu analjezi yönetimiyle sağlanır. Ameliyat öncesi ve sonrasında uzun süreli etkili lokal anestezi ve interkostal sinir bloğu uygulanabilir. Hastanın ağrı seviyesi düzenli olarak değerlendirilmeli ve uygun tedavi planı belirlenmelidir (Li vd., 2020). Göğüs tüplerinin çıkarılması da hastanın ağrısını azaltabilir ve derin nefes alma ve öksürme egzersizleri sırasında yaranın açılmasını önlemek için yara bölgesi desteklenmelidir (Piccioni vd., 2018).Göğüs cerrahisi sonrası hastalarda kesi ağrısının yanı sıra omuz ağrısı da görülmektedir (Odejobi vd., 2019). Ameliyat sırasında hastalar LDP'ye yerleştirilir ve üst kol 90 dereceden fazla fleksiyona getirildiğinde, kas ve bağlardaki gerginliğe bağlı olarak ipsilateral omuzda ağrı oluşur. Omuz ağrısının ortaya çıkma oranı %37-97'dir. Ağrı nedeniyle kolu hareketsiz tutmak istemek omuz açıklığının azalmasına neden olur (Blichfeldt-Eckhardt vd., 2017; Odejobi vd., 2019). Omuz ağrısının azaltılmasında erken mobilizasyon ve oral analjezik kullanımı sağlanmalı, omuz egzersizleri öğretilmelidir (Blichfeldt-Eckhardt vd., 2017). Ayrıca ameliyat sonrası ağrı kontrolünde müzik dinleme, masaj yapma ve dikkati başka yöne çekme gibi diğer hemşirelik girişimleri de uygulanabilir. Yapılan çalışmalarda göğüs cerrahisi sonrası ağrı yönetimi için nefes egzersizi, dua, müzik dinleme, soğuk uygulama, meditasyon ve masaj gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastaların ağrılarının önemli ölçüde azaltıldığı gösterilmiştir (Liu ve Petrini, 2015; Odejobi vd., 2019).

Göğüs tüpü drenajı: Ameliyat sonrası sıvı, kanama ve havayı izlemek ve mediastinal kaymayı önlemek için hastaya göğüs tüpleri yerleştirilir. Göğüs tüplerinin rutin kullanımı konusunda farklı görüşler olsa da ERAS kılavuzları, göğüs tüplerinin tek girişli olması ve ihtiyaç halinde kullanılmasını önermektedir (Batchelor vd., 2019). Göğüs tüplerinin ameliyattan sonraki 24-48 saat içinde çıkarılması, enfeksiyon riskini azaltabilir (Grondell vd., 2018). Uzun süre kullanıldığında su geçirmez esnek bir drenaj sistemi ile değiştirilmelidir (Mehran vd., 2016). Klasik su altı drenajı yerine dijital göğüs tüpleri kullanılması, plevral hava kaçışlarının daha iyi izlenmesine ve hastaların yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayabilir (Demir Korkmaz vd., 2023). Göğüs tüpü olan hastaların sıvı ve hava takibi saatlik olarak yapılmalı, tüpün tıkanıklık açısından izlenmesi ve sıvının renginin gözlemlenmesi önemlidir. Hemşirelik bakımında, tüp

klempleme ve efleuraj yapılmamalı, tüpün doğru pozisyonda olması sağlanmalı ve kapalı drenaj sistemi bozulmamalıdır (Crimmons, 2016).

Yara Bakımı: Ameliyat sonrası yara iyileşmesini sağlamak için kan şekeri düzeyleri düzenli aralıklarla takip edilmeli ve yara temizliği salin solüsyonu ile non-touch yöntemiyle yapılmalıdır. Obez hastalarda hidrokolloid yara kapama ürünleri tercih edilebilir ve vakum destekli yara kapama gerekebilir (Li vd., 2020). Beslenme durumu da yara iyileşmesinde kritik öneme sahiptir. Ameliyat öncesi hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli ve gerekirse oral beslenme ürünleri kullanılmalıdır (Batchelor vd., 2019). Ameliyat sonrası kilo kaybı ve vücut kitle indeksi izlenmeli (Refai vd., 2018; Batchelor vd., 2019; Forster vd., 2021), albümin düzeyleri değerlendirilmelidir. Beslenme bozukluğu olmayan hastalarda yara iyileşmesinin hızlı olduğu ve albümin düzeylerinin normal olduğu gözlemlenmiştir (Kaya vd., 2016).

2.3 Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastalarda Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, bireylerin morbiditeyle mücadelede, uyum sağlamada ve tedavi süreçlerini sürdürmede önemli bir rol oynar. Araştırmalar, öz yeterlilik inancının hastalık sürecini olumlu yönde etkileyebildiğini göstermektedir (Bandura, 1997; Liang vd., 2015). Bu kavram, kişinin olayları kontrol edebilme veya belirli bir eylemi başarıyla gerçekleştirebilme algısı olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 2014). Özellikle öz bakım sorumluluklarını etkili bir şekilde yerine getiren hastaların yüksek öz yeterlilik düzeylerine sahip oldukları belirtilmektedir (Yeşilyaprak, 2012). Yapılan çalışmalar, yüksek öz yeterliliğin iyileşme sürecini hızlandırabildiğini ve olumlu yönde etkileyebildiğini ortaya koymuştur (Ucakan, 2010). Ayrıca önerilen sağlık davranışlarını başlatma ve uygulama konusunda yüksek öz yeterlilik düzeyinin önemli bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Hacıhasanoğlu vd., 2012). Bu bağlamda, öz yeterlilik düzeyinin belirlenmesi, bireylerin tedavi süreçlerindeki ihtiyaçlarının anlaşılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Bandura, 1977; Liang vd., 2015). Yürütülen bir araştırmada yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip hastalarda semptom yönetiminin pozitif yönde etkilendiği saptanmıştır (Liang vd., 2015). Son yıllarda teknolojik ilerlemeler, göğüs cerrahisi operasyonları sonrası hastanede kalış süresini önemli ölçüde azaltmıştır. Bu durum, hastaların evde izlem süreçlerinin daha büyük bir önem kazanmasına yol açmıştır. Göğüs cerrahisi geçiren hastalar, iyileşme süreçlerinde sosyal

yaşama uyum sağlama, günlük aktivitelere dönme, iş hayatına geri dönme, ruhsal ve bedensel sağlıklarını koruma gibi konularda destek ihtiyacı duymaktadır (Granger vd., 2014). Bu nedenle, hastaların yaşam kalitesini etkileyen semptomların ve taburculuktan sonraki dönemde bu semptomların hayatları üzerindeki etkilerinin anlaşılması ve hastaların baş etme stratejilerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Ardo vd., 2018).

Göğüs cerrahisi sonrası hastalar fiziksel, duygusal ve sosyal değişiklikler yaşamaktadır (Dursun ve Sanlı, 2013; Eghbali vd., 2021). Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde insizyonel ağrı, uyku bozukluğu, iştah azalması, bulantı, kusma, ekstremite yaralanması ve stres gibi semptomlar ağırlıklıdır (Sillero ve Zabalegui, 2018). Zhang vd. (2022) hastaların erken dönemde göğüs ağrısı, bulantı, kusma, uyku bozukluğu ve ameliyat yarasına bağlı semptomlar yaşadıklarını tespit etmiştir. Semptomların şiddeti orta düzeydedir. Bozkurt ve Sağlam (2021) tarafından yapılan ulusal çalışmada da hastaların benzer semptomlar yaşadığı belirtilmiştir. Ancak semptomların şiddeti yüksektir. Özellikle bekar olan, yalnız yaşayan ve ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan hastalar diğer hastalara kıyasla daha şiddetli kardiyak semptomlar yaşamıştır. Ameliyat sonrasında hastalar tarafından algılanan semptomların şiddeti, psikolojik destek ve öz yeterlilik düzeyi ile ilişkilidir (Ewart, 1989; Ozcan, 2008). Zhang vd. (2022) çalışmaya katılan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Köhler vd. (2018) teşhisini almasının üzerinden 6-12 ay geçenlerde öz yeterlilik düzeyini yüksek saptamıştır. Benzer sonuçlar farklı araştırmalarda da izlenmektedir (Greco vd., 2014; Cağlar vd., 2021; Eghbali vd., 2021). Bu bağlamda, öz yeterlilik algısı yüksek olan hastalar stresle daha kolay başa çıkmakta, taburcu olduktan sonra işlerine daha erken dönmekte ve yaşam değişikliklerine daha kolay uyum sağlamaktadır (Lev ve Owen, 2000). Yüksek öz yeterlilik, hastaların ameliyat sonrası sürecin yönetiminde kendilerine olan güvenlerini artırır, hastalıkla ilgili farkındalık sağlar, tedaviye uyumu temin eder ve semptomlarla başa çıkmayı kolaylaştırır (Lu vd., 2020). Bu doğrultuda, hastalara aile ve sosyal destek sağlanması, hasta-hemşire iletişiminin artırılması ve perioperatif dönemde hastalara etkin bir şekilde psikolojik destek verilmesi önerilebilir.

2.4 Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastalarda Mobilizasyon

Mobilizasyon, hastaların uygun zamanda yardım almak veya almamak suretiyle yürüme, ayağa kalkma, oturma gibi eylemleri gerçekleştirmesidir (Kalisch vd., 2013). Erken mobilizasyon hastalığa, geçirilen operasyonun tipine bağlı bağlı olarak, ameliyat sonrası hastanın bilincini kazandığı en kısa sürede ayağa kalkıp yürümesidir (Nancy vd., 2014). Cerrahi müdahaleden sonra hastanın hareketliliğini artırmak veya belirli bölgelerdeki dokuların esnekliğini yeniden kazandırmak için önemlidir. Özellikle göğüs cerrahisinde, hastaların ameliyat sonrası fiziksel terapilerle veya hareket programlarıyla mobilizasyonu teşvik edilir, böylece iyileşme süreci hızlandırılabilir ve fonksiyonel iyileşme desteklenebilir. Önemli bir ERAS bileşeni olan erken mobilizasyon, yatak istirahatinin uzun süre devam etmesinden kaynaklanabilecek fiziksel zayıflık, kas kaybı, solunum problemleri, tromboemboli ve bağırsak tıkanıklığı gibi komplikasyonları önler ve hastanede kalış süresini kısaltır.

Bu çalışma, göğüs cerrahisi geçiren hastaların öz yeterlilik düzeylerinin mobilizasyon üzerine olan etkisini belirlemeyi hedeflemektedir. Yapılan araştırma ile hastaların öz yeterlilik düzeylerinin mobilizasyon sürecindeki rolünün anlaşılabileceği düşünülmektedir.

3.YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli ve Amacı

Bu araştırma, göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon üzerine etkisinin incelenebilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilecektir. Bu doğrultuda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon üzerinde etkisi var mıdır?
- Göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların GÖÖ ve HHÖ toplam puanları tanımlayıcı özelliklere göre değişim göstermekte midir?
- Göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların GÖÖ ve HHÖ toplam puanları hastalığa ait bilgileri ile değişim göstermekte midir?

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2024 – Mayıs 2024 tarihleri arasında, çalışmanın yapılabilmesi için Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden kurum izinleri alınarak, göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçirmiş araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul eden 132 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.3 Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde göğüs cerrahi servisinde yatan göğüs cerrahisi olan hastalar oluşturmuştur. İlgili birimde aylık ortalama 76 hasta göğüs cerrahisi işlemi nedeni ile bakım görmektedir. Çalışmada yeterli örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla güç analizi kullanılmıştır. Güç analizi için G*Power 3.1.4 tercih edilmiştir (Faul vd., 2007). Güç analizinde kullanılacak parametrelerin belirlenmesi amacı ile literatürde ilgili çalışmalar incelenmiştir (Biçer ve Yılmaz Karabulutlu, 2020).

Buna göre çift kuyruklu hipotez için, Slope H1: 0.22, Slope H0: hata payı (Alfa): 0.05 ve güç (1-β): 0.80 ile çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem sayısının

toplam 123 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır.Çalışma göğüs cerrahisi operasyonu geçiren 132 hasta ile yapılmıştır.

Çoğu hasta, ameliyat sonrası kesi alanına zarar vereceği, bulantı, baş dönmesi olması veya kendini hazır hissetmeme, üriner kateter ya da dren gibi yardımcı ekipmanların varlığı, bunların yerinden çıkacağı korkusu, düşeceği ya da ağrı hissedeceği endişesiyle mobilize olmak konusunda isteksizdir(Vermişli vd., 2022).Operasyonun 2. Günündeki hastaları almamaız bu çalışma ile de desteklenmektedir.

3.4 Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Örnekleme alınma kriterleri

- Göğüs cerrahisi operasyonun 2. gününde olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- Yer ve zaman oryantasyonu olan,
- Duyma ve görme sorunu olmayan hastalar,
- Okuma yazma bilen,
- Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden ve yazılı onam alınan hastalar

Örneklemden dışlanma kriterleri

- Klinikte genel durumu (yaşam bulguları instabil olan) veya bilinç durumu bozulan hastalar.
- Oksijen satürasyonu %90‟ın altında olması
- Sözel iletişim kurulamayan,
- Duyma güçlüğü olan, veri toplamayı engelleyecek herhangi bir hastalığı olan

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: hasta hareketliliği ve öz yeterlilik durumları oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma, sosyal güvence, gelir, daha önce hastanede yatma deneyimi, akciğer hastalığı dışında başka bir kronik hastalık,sigara alkol kullanımı,ameliyat şekli ve türü oluşturmaktadır.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanma işlemine başlanmadan önce gerekli etik kurul izni 06.03.2024 tarihli İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (EK-7). Yapılan araştırma ile ilgili hastalardan bilgilendirilmiş onam(EK-6) ve hastaneden kurum izni alınmıştır. Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği (EK-4) ve Hasta Hareketlilik Ölçeği(EK-5) için ilgili yazardan kullanım izni alınmıştır.

3.7 Veriler ve Toplanması

Araştırma, yüz yüze iletişim metodu tercih edilerek gerçekleştirilmiş olup, tamamen gönüllülük esasına dayalı yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplamasında üç veri toplama aracı kullanılmıştır: Hasta Bilgi Formu, Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği.

Hasta Bilgi Formu: Hastaların sosyodemogrofik özelliklerini belirlemek amacı ile geliştirilen 12 sorudan oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, hastane deneyimi, kronik hastalık durumu, sigara-alkol kullanımı, ameliyat türü, ameliyat şekli soruları yer almaktadır. (Biçer ve Yılmaz Karabulutlu, E., 2020)

Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği: Jerusalem ve Schwarzer (1979) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Usta Yeşilbalkan (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireylerin özyeterlilik düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılır ve 1-3 arası puanlanan 10 seçenek vardır. Toplam puanda alınabilecek en düşük puanın 10, en yüksek puanın ise 30 olduğu hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puana göre öz yeterlik de artmaktadır. Ölçeğin test tekrar güvenilirliğinin 0.80 ve iç tutarlılığının ise 0.88 olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık güvenirliği için yapılan Cronbach alfa katsayısı ,942 olarak tespit edilmiştir.

Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale): Heye vd. (2002) tarafından cerrahi operasyon sonrası hastaların hareketlilik algılarını ve objektif gözlemlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Hasta Hareketlilik Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması Tulüha Ayoğlu ve Neriman Akyolcu tarafından yapılmıştır (Ayoğlu ve Akyolcu, 2014). Bu ölçek, cerrahi girişim sonrası hastaların deneyimlediği dört temel aktiviteyi (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) değerlendirir. Her bir aktivite sırasında hissedilen ağrı ve güçlük seviyeleri, 15 cm uzunluğunda görsel bir analog skala kullanılarak ölçülür. Hastanın işaretlediği nokta ile "0" arasındaki mesafe, kalibre edilmiş bir cetvelle ölçülerek sayısal değer belirlenir. Artan puanlar, aktivite ile ilgili ağrı ve güçlükte artış olduğunu gösterir. Her bir aktivite için ayrı ayrı puanlar elde edilip, bu puanların ortalaması hesaplanarak global hasta hareketlilik puanı bulunur. Orijinal çalışma, ağrı ve güçlük puanlarının dağılımı ve korelasyonu, her bir aktivite için puanlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu ($r=0,89$, $p<0,0001$) ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin ölçmek istediği kavramı başarıyla değerlendirdiğini gösterir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği, Cronbach alfa değeri ile değerlendirilmiş ve cerrahi girişim sonrası 1. gün için 0,98 (kontrol grubu 0,94; hasta grubu 0,95), 2. gün için ise 0,98 (kontrol grubu 0,95; deney grubu 0,96) olarak belirlenmiştir (Heye vd. 2002). Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık güvenirliği için yapılan Cronbach alfa katsayısı ,894 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hasta Hareketlilik Ölçeği

Ölçek ve Alt Boyutlar		Madde Sayısı	Maddeler	En Düşük ve En Yüksek Puan
Maddeler	Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (ağrı ve zorluk derecesi)	2	1-2	0-15*
	Yatak kenarında oturma	2	3-4	0-15*
	Yatak kenarında ayağa kalkma	2	5-6	0-15*
	Hasta odasında yürüme	2	7-8	0-15*

* Dört harekette bulunan ikişer maddenin her birinin puanı 0-15 arasında ayrı hesaplanmaktadır.

3.8 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Ölçeklerden toplanan verilerin analizinin yapılabilmesi için SPSS 26 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımı için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Tanımlayıcı bulgular için sayı, ortalama ve yüzdelik dilimler kullanılmış, değişkenler arası farkların incelenmesinde normal dağılımın olduğu durumlarda t testi ve ANOVA, normal dağılımın olmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. İlişkilerin aranmasında Pearson korelasyon analizi tercih edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p<.05$ esas alınmıştır.

Öncelikle verilerin normal dağılım gösterme durumları değerlendirilmiştir. Değerlerin +1,5 ve -1,5 arasında olması halinde normal dağılım gösterdiği kabul edilerek parametrik analizin gerçeleştirilmesi gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 3. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek	N	Max	Min	Ort.	Skewness	Kurtosis
Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği	10	30	10	18,6970	,422	-,382
Hasta Hareketlilik Ölçeği	8	16	40	28,7803	-,135	,086

Tablo 3'te görüldüğü üzere değerler uygun aralıkta saptanmış ve parametrik analizler yapılması uygun görülmüştür.

Tablo 4'te iç tutarlılık katsayısından yararlanarak güvenilirlik değerlendirilmiştr. Buna göre Cronbach's Alpha Katsayısının $\alpha>0,60$ olması durumunda ölçekler güvenilir kabulü görmektedir (Özdamar, 1999).

Tablo 4. Cronbach's Alpha Katsayısı

Ölçek	Cronbach's Alpha
Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği	,942
Hasta Hareketlilik Ölçeği	,894

4.BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde 132 katılımcıdan edinilen verilerden yararlanarak IBM SPSS v.23 paket programı ile istatistiksel analiz gerçeleştirilmiştir. Ardından çalışmanın sonuçlarını karşılaştırmak üzere yeniden literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Ancak daha önce belirtildiği üzere araştırmanın özgün olduğuna yönelik düşünceleri pekiştirecek biçimde benzer bir araştırma saptanamamıştır. Bu nedenle bu araştırmada erişilen sonuçlar tartışılmıştır.

4.1 Bulgular

Yüksek güvenirlik elde edilmesinin ardından analize başlanmıştır. Öncelikle katılımcıların demografik bilgileri paylaşılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

		F	%
Yaş	18-34	10	7,6
	35-44	22	16,7
	45-54	39	29,5
	55-64	29	22,0
	65-74	23	17,4
	75+	9	6,8
	Min-Maks (Ort-SS)	24-81	(54,129-13,624)
Cinsiyet	Kadın	56	42,4
	Erkek	76	57,6
Medeni Durum	Bekar	92	69,7
	Evli	40	30,3
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	18	13,6
	İlkokul	35	26,5
	Ortaokul	25	18,9
	Lise	29	22,0
	Yükseköğretim	25	18,9
Çalışma Durumu	Evet	48	36,4
	Hayır	84	63,6
SGK Yararlanma	Evet	129	97,7
	Hayır	3	2,3
Gelir Durumu	Gelir Giderden Düşük	82	62,1
	Gelir Gidere Eşit	25	18,9
	Gelir Giderden Yüksek	25	18,9
Hastaneye Yatma	Evet	88	66,7

Deneyimi	Hayır	44	33,3
Ek Kronik Hastalık	Evet	62	47,0
	Hayır	70	53,0
	Akciğer kanseri	1	,8
	Astım	1	,8
	Guatr	1	,8
	Hiperlipidemi	1	,8
	Kalp yetmezliği	1	,8
	Meme kanseri	1	,8
	Diyabet ve astım	1	,8
	Guatr ve meme kanseri	1	,8
	Guatr ve prostat kanseri	1	,8
	Hipertansiyon ve hiperlipidemi	1	,8
	Diyabet ve hipertansiyon ve guatr	1	,8
	Prostat kanseri	2	1,5
	Diyabet ve prostat kanseri	3	2,3
	Hipertansiyın	4	3,0
	Ritim bozukluğu	5	3,8
	Diyabet	9	6,8
	Diyabet ve hipertansiyon	27	20,5
	Diyabet ve hipertansiyon ve ritim bozukluğu	1	,8
	Yok	70	53,0
Tütün-Alkol Kullanımı	Evet	38	28,8
	Hayır	94	71,2
Ameliyat Türü	Pnömonektomi	67	50,8
	Lobektomi	20	15,2
	Wedge rezeksiyonu	44	33,3
	Segmentektomi	1	,8
Ameliyat Şekli	VATS	88	66,7
	Torakotomi	44	33,3

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en büyük grupların 45-54 yaş ve 55-64 yaş aralıklarında olduğu görülmektedir. Cinsiyet dağılımı ise katılımcıların çoğunlukla erkek (%57,6) olduğunu göstermektedir. Medeni durum olarak çoğunluk bekar (%69,7) olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi açısından ilkokul ve lise mezunlarının yoğunlukta olduğu görülmektedir. Çalışma durumu olarak ise katılımcıların üçte biri aktif olarak çalışmaktadır. Sağlık sigortası kullanımı neredeyse tamamıyla (%97,7) sağlanmış durumdadır. Gelir durumu genellikle gelir giderinden düşük seviyelerde (%62,1) bulunmaktadır. Katılımcıların önemli bir kısmı daha önce hastaneye yatmış (%66,7) ve ek olarak %47,0'sinde ek kronik hastalık bulunmaktadır. Hastalar arasında en fazla görülen kronik hastalık "Diyabet ve hipertansiyon" olarak

belirtilmiştir. Bu durum, katılımcıların %20.5'inde (27 kişi) görülmektedir. Tütün ve alkol kullanımı ise katılımcıların üçte birinde (%28,8) gözlemlenmiştir. Operasyon türü olarak pnömonektomi en sık yapılan işlem (%50.8) olup, bu operasyonların çoğunluğu VATS yöntemiyle gerçekleştirilmiştir (%66.7).

Tablo 6. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile HHO ve GOY ölçekleri arasındaki ilişki

	Yaş	N	Ort.	SS.	F	P	Post Hoc
HHÖ	18-34[1]	10	25,800	2,741	2,047	,076	
	35-44[2]	22	27,227	3,728			
	45-54[3]	39	29,179	5,185			
	55-64[4]	29	29,172	4,252			
	65-74[5]	23	29,478	4,521			
	75[6]	9	31,111	5,925			
GÖÖ	18-34[1]	10	22,000	4,899	5,200	**,000**	1>4, 1>5, 3>4
	35-44[2]	22	20,545	3,713			
	45-54[3]	39	19,718	4,377			
	55-64[4]	29	16,828	3,392			
	65-74[5]	23	16,783	4,431			
	75[6]	9	17,000	4,000			
	Cinsiyet	N	Ort.	SD.	T	P	
HHÖ	Kadın	56	29,6964	4,95037	1,965	,052	
	Erkek	76	28,1053	4,32228			
GÖÖ	Kadın	8	18,0536	4,44121	-1,444	,151	
	Erkek	122	19,1711	4,36161			
	Medeni Durum	N	Ort.	SD.	T		p
HHÖ	Bekar	92	28,75	4,3944	-,113		,910
	Evli	42	28,85	5,2455			
GÖÖ	Bekar	92	18,6630	4,0063	-,133		,894
	Evli	40	18,7750	5,2890			
	Eğitim Durumu	N	Ort.	SS.	F	P	Post Hoc
HHÖ	Okuryazar[1]	18	31,0000	5,0643	2,571	**,041**	1>4, 1>5
	İlkokul[2]	35	29,2857	4,6246			
	Ortaokul[3]	25	29,4400	3,9799			
	Lise[4]	29	27,2414	5,1938			
	Yükseköğretim[5]	25	27,6000	3,6515			
GÖÖ	Okuryazar[1]	18	17,0000	4,3250	7,567	**,000**	5>1, 5>2,

	İlkokul[2]	35	17,4571	3,0423			5>3, 5 5<4
	Ortaokul[3]	25	17,8000	3,8944			
	Lise[4]	29	18,7241	4,7048			
	Yükseköğretim[5]	25	22,5200	4,3023			

	Çalışma Durumu	N	Ort.	SD.	T	P	
HHÖ	Evet	48	27,0833	4,6119	-3,287	**,001**	
	Hayır	64	29,75	4,4094			
GÖÖ	Evet	48	21,0208	4,5964	4,969	**,000**	
	Hayır	64	17,3690	3,7248			
	Sgk'dan Yararlanma Durumu	N	Ort.	SD.	t	P	
HHÖ	Evet	129	28,6744	4,6405	-1,729	,086	
	Hayır	3	33,3333	2,3094			
GÖÖ	Evet	129	18,7287	4,4507	,540	,590	
	Hayır	3	17,3333	2,3094			
	Gelir Durumu Değişkeni	N	Ort.	SS.	F	P	Post Hoc
HHÖ	Gelir Giderden Düşük[1]	82	29,6951	4,7912	4,486	**,013**	1>2
	Gelir Gidere Eşit[2]	25	27,04	4,0464			
	Gelir Giderden Yüksek[3]	25	27,52	4,0530			
GÖÖ	Gelir Giderden Düşük[1]	82	17,1829	3,6956	16,652	**,000**	2>1, 3>1
	Gelir Gidere Eşit[2]	25	20,44	4,3977			
	Gelir Giderden Yüksek[3]	25	21,92	4,3677			

Yaş değişkeni HHÖ puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmazken (F = 2,741, p = 0,076) GÖÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.(F = 4,899, p < 0,001). 18-34 yaş grubundaki hastaların GÖÖ puanları, 45-54 ve 55-64 yaş grubunun puanlarından; 35-44 yaş grubundaki hastaların 45-54 yaş grubunun puanlarından daha yüksektir. Cinsiyet değişkeni ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark yaratmamıştır. Medeni durum değişkeni ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark

yaratmamıştır. Eğitim düzeyi değişkeni HHÖ (F = 2,571, p = 0,041) ve GÖÖ puanları (F = 7,567, p <0,001) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Okuryazar olan hastaların puanları lise ve yükseköğretim mezunu hastaların HHÖ puanlarından; yükseköğretim mezunu hastaların GÖÖ puanları diğer tüm eğitim gruplarından daha yüksek saptanmıştır. Çalışma durumu değişkeni HHÖ ve GÖÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma yaşamında aktif hastaların GÖÖ puanları aktif olmayan hastalardan daha yüksek iken HHÖ puanları çalışmayan hastalarda daha yüksek bulgulanmıştır. SGK'dan yararlanma durumu değişkeni ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark yaratmamıştır. Gelir durumu değişkeni ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin HHÖ puanları, gelir düzeyi eşit olanlardan daha yüksektir. Gelir düzeyi eşit ve gelir düzeyi yüksek olan bireylerin GÖÖ puanları, gelir düzeyi düşük olanlardan daha yüksektir. Daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin genellikle daha yüksek özyeterlilik ve daha düşük hareket kısıtlılığı puanlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 7. Hastaların Hastalığa Ait Özellikleri ile HHÖ ve GOO Ölçekleri Arasındaki İlişki

		N	Ort.	SD.	T	P
Hastanede Yatma Deneyimi						
HHÖ	Evet	88	29,6477	4,7514	3,132	**,001**
	Hayır	44	27,0445	3,9412		
GÖÖ	Evet	88	18,1818	4,5449	-1,916	**,048**
	Hayır	44	19,7273	3,9905		
Ek Kronik Hastalık						
HHÖ	Evet	62	30,3226	4,7349	3,763	**,000**
	Hayır	70	27,4143	4,1441		
GÖÖ	Evet	62	17,5161	4,2801	-2,979	**,000**
	Hayır	70	19,7429	4,2925		
Tütün-Alkol Kullanım						
HHÖ	Evet	38	27,9211	4,8120	-1,355	,178
	Hayır	94	29,1277	4,5608		
GÖÖ	Evet	38	20,7895	4,7713	3,620	**,000**
	Hayır	94	17,8511	3,9837		
Ameliyat Şekli						

HHÖ	VATS	88	28,0341	4,0442	-2,669	**,009**
	Torakotomi	44	30,2727	5,4147		
GÖÖ	VATS	88	18,3182	4,1065	-1,317	,192
	Torakotomi	44	19,4545	4,9342		
Ameliyat Türü						
HHÖ	Pnömonektomi[1]	67	28,1642	4,1619	1,781	,154
	Lobektomi[2]	20	28,0000	3,8251		
	Wedge Rezeksiyonu[3]	44	30,0000	5,4899		
	Segmentektomi[4]	1	32,0000			
GÖÖ	Pnömonektomi[1]	67	18,3881	4,0413	1,612	,190
	Lobektomi[2]	20	17,6000	4,5929		
	Wedge Rezeksiyonu[3]	44	19,7500	4,7746		
	Segmentektomi[4]	1	15,0000			

p<.05 düzeyinde anlamlıdır (Çift Yönlü). Kullanılan Test: t- Test

Daha önce hastanede yatma deneyimi değişkeni ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastanede yatan bireylerin HHÖ puanları, hastanede yatmayan bireylerinkinden anlamlı derecede yüksektir. Bu durum, daha önce hastaneye yatmış olmanın hareketlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. GÖÖ puanları ise daha önce hastanede yatma deneyimine sahip olmayan bireylerde daha yüksek bulgulanmıştır. Kronik hastalığa sahip olma durumu değişkeni ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ek kronik hastalığı olan bireylerin HHÖ puanları, ek kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı derecede yüksektir. Bu durum, ek kronik hastalığa sahip olmanın hareketlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. GÖÖ puanları ise ek kronik hastalığı olan bireylerde daha düşüktür. Bu durum, ek kronik hastalığa sahip olmanın genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Tütün-alkol kullanım durumu değişkeni HHÖ ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark yaratmamıştır. Tütün-alkol kullanan bireylerin GÖÖ puanları ise kullanmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Bu durum, tütün-alkol kullanımının genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ameliyat şekli değişkeni GÖÖ ölçek puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır. VATS (Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi) yöntemiyle ameliyat olan bireylerin HHÖ puanları, torakotomi yöntemiyle ameliyat

olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, VATS yönteminin HHÖ puanları üzerinde daha olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ameliyat türü değişkeni ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark yaratmamıştır.

Tablo 8. Ölçek Toplam ve Ortalama Puanları

	Toplam Puan				**Ortalama Puan**			
Ölçek	**Min**	**Max**	**x̄**	**Ss**	**Min**	**Max**	**x̄**	**ss**
GÖÖ	10,00	30,00	18,6970	4,64842	1,00	3,00	1,8697	,44136
HHÖ	16,00	40,00	28,7803	4,41361	2,00	5,00	3,59785	,58105

GÖÖ: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği, HHÖ: Hasta Hareketlilik Ölçeği x̄: ortalama, ss: standart sapma.

Tablo 8'te GÖÖ ve HHÖ ölçeklerinin bu çalışmadaki skorlarından elde edilen sonuçlar incelenmiştir. GÖÖ ölçeğinden bu çalışmada elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan 30 olup, ölçekten alınan ortalama puan 18,70 ± 4,65 olarak hesaplanmıştır. GÖÖ'de en düşük puanın 10, en yüksek puanın 40 olduğu bilindiğinden, araştırma sonucunda katılımcıların genelleştirilmiş özyeterlilik algılarının ortalama düzeyde olduğu görülmektedir. HHÖ ölçeğinden alınan en düşük puan 16, en yüksek puan 40 olup, ölçek ortalaması 28,78 ± 4,41 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçeğin toplam puanı için araştırmadan elde edilen verilere göre katılımcıların hasta hareketlilik algılarının orta düzeyin üzerinde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 9. Korelasyon Analizi

		HHÖ	GÖÖ
Hasta Hareketlilik Ölçeği	R	1	
	P		
	N	132	
Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği	R	-,238**	1
	P	,006	
	N	132	132

**p<0.05, **p<0,01 düzeyinde anlamlıdır. Kullanılan Test: Çift Yönlü Pearson Korelasyon Testi*
r= 0.00 ilişki yok, r= 0.01 - 0.29 düşük düzeyde ilişki, r= 0.30 - 0.70 orta düzeyde ilişki, r= 0.71 - 0.99 yüksek düzeyde ilişki, r= 1.00 mükemmel ilişki

Korelasyon tablosuna ilişkin bulgular değerlendirildiğinde;

- Hasta Hareketlilik Ölçeği ile Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,238, p<0,01). Bu, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği puanları arttıkça hasta hareketlilik ölçeği puanlarının azaldığını göstermektedir.

Tablo 10. Basit Regresyon Analizi

Model	***B***	***SH***	***B***	***t***	***p***	***R^2***
Sabit	4,184	0,215		19,428	,000	,057
WEOG	-0,314	0,112	-,238	-2,799	,006	

a.Dependent Variable: HHO
b. Predictors: (Constant), GOY



β = -,238

HHO ile GOY arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (r=-0,238, p=0,003). Bu, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği puanları arttıkça hasta hareketlilik ölçeği puanlarının azaldığını göstermektedir. GOY değişkeni için B katsayısı -0,314 olarak bulunmuştur. Bu, GOY değişkenindeki her bir birim artışın HHO değişkeninde -0,314 birimlik bir azalmaya yol açtığını göstermektedir (t=-2,799, p=0,006).

Modelin kolonarite teşhisinde, GOyOrt değişkeninin VIF (Varyans İnflasyon Faktörü) değeri 1,000 olarak bulunmuştur. Bu da modelde ciddi bir çoklu doğrusallık sorunu olmadığını göstermektedir.

Verilen regresyon modelinin R^2 (R Kare) değeri, modeldeki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın ne kadarını açıkladığını gösterir. Bu durumda, verilen regresyon modelinin R^2 değeri 0,057 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, modeldeki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın %5,7'sini açıklamaktadır. Yani, regresyon modeli Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHO) puanlarının %5,7'sini açıklamaktadır. Geriye kalan varyans ise modeldeki diğer faktörler veya belirlenmemiş değişkenler tarafından açıklanmaktadır. Görüldüğü üzere model gürültü hassasiyetinin %4,6'sını açıklamaktadır. Ölçeklerin biri 5'lı diğeri 3'lü likert tipte olduğundan dikkate alınan β değeri olup -0,238 olarak saptanmıştır.

4.2 Tartışma

Bu araştırma, göğüs cerrahisi nedeniyle operasyon geçiren hastaların öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon üzerine etkisinin incelenebilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

4.2.1 Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Hastaların çoğunluğu 45-54 yaş aralığında olup (ortalama yaş 54), erkekler (%57,6) kadınlardan (%42,4) fazladır. Hastaların büyük bir kısmı bekardır (%69,7), gelir durumu giderlerinden düşük olanlar (%62,1) çoğunluktadır ve büyük oranda sosyal güvenceden yararlanmaktadırlar (%97,7). Eğitim düzeyine bakıldığında en yaygın grup ilkokul mezunlarıdır (%26,5). Hastaların %66,7'si daha önce hastaneye yatmış ve %47'sinde ek kronik hastalık mevcuttur, bunlar arasında en yaygın olanı diyabet ve hipertansiyondur (%20,5). Ameliyatlar çoğunlukla pnömonektomi (%50,8) ve wedge rezeksiyonu (%33,3) türünde gerçekleştirilmiş olup, ameliyatların %66,7'si VATS yöntemiyle yapılmıştır. Bu demografik ve klinik özellikler, literatür ile uyumluluk sağlar. (Dayrit vd., 2021; Wu vd., 2018; Yuan vd., 2014).

4.2.2 Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ölçekleri arasındaki ilişkinin tartışılması

4.2.2.1 Yaş

132 hasta ile gerçekleştirilen bu araştırmada öncelikle, HHÖ puanları üzerinde yaş değişkeninin anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir. Bu, yaşın hastaların hareketlilik ölçeği puanları üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla, farklı yaş gruplarındaki hastaların günlük aktivitelerindeki sınırlılıklarında yaşa bağlı bir varyans gözlemlenmemiştir.

GÖÖ puanları üzerinde yaş değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=4,899$, $p<0,001$). Bu durum, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği puanlarının yaşa bağlı olarak değişebildiğini ve bu değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Özellikle, 18-34 yaş grubundaki hastaların GÖÖ puanlarının, 45-54 ve 55-64 yaş gruplarındaki hastaların puanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, 35-44 yaş grubundaki hastaların da 45-54 yaş grubundakilerden daha yüksek

puanlar aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar, genç ve orta yaş grubundaki hastaların genelleştirilmiş özyeterlilik algılarının, yaşlı yaş grubuna göre daha yüksek olabileceğini işaret etmektedir. Bu yaş grupları arasındaki farklılıkların nedenleri daha detaylı olarak araştırılmalıdır. Genç ve orta yaş grubundaki hastaların daha aktif bir yaşam tarzına veya daha hızlı iyileşme süreçlerine sahip olmaları gibi faktörlerin bu farklılıklara katkıda bulunup bulunmadığı araştırılabilir. Benzer çalışmalarda da yaş ilerledikçe (Wu ve ark., 2007; Wang ve ark., 2022) öz yeterlilik düzeyinin azaldığı görülmektedir. İzole yaşlı yetişkinler arasında fonksiyonel hareketliliği inceleyen bir çalışma, azalmış hareketliliğin artan depresyon, daha kötü sağlık durumu ve hareketsiz bir yaşam tarzı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Dayrit vd., 2021).Bu tür detaylı analizler, yaşa göre farklılık gösteren sağlık müdahalelerinin ve rehabilitasyon stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

4.2.2.2 Cinsiyet ve medeni durum

Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri GÖÖ ve HÖÖ ölçek puanları üzerinde anlamlı farklılığa yol açmamıştır. Hasta hareketliliği ve genelleştirilmiş özyeterliliğin cinsiyete duyarlı olmadığını, evli ve bekar medeni durumlara sahip hastalar arasında değişmediğini gösteren bu durum dikkate değerdir. Cinsiyetin HHÖ ve GÖÖ puanları üzerinde etkisiz olması, genellikle cinsiyetin fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir rol oynadığı düşünüldüğünde şaşırtıcı olabilir. Genellikle evlilik, sosyal destek sistemleri veya psikososyal iyilik hali açısından önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir.Başka bir çalışmada da evli olanların öz yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Nasiriziba ve ark., 2020).

4.2.2.3 Eğitim düzeyi

Eğitim düzeyinin HHÖ ve GÖÖ puanları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Okuryazar olan hastaların, lise ve yükseköğretim mezunu hastalardan daha yüksek HHÖ puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Yükseköğretim mezunu hastaların, diğer eğitim gruplarına kıyasla daha yüksek fiziksel hareketlilik gösterdikleri anlamına gelmektedir. Bu durum, daha yüksek eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine erişim, bilinçli sağlık davranışları ve sağlıklı yaşam tarzı benimseme gibi faktörlere bağlı olarak fiziksel işlevsellik üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini

düşündürmektedir. Ayrıca yükseköğretim mezunu hastaların diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek GÖÖ puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Yükseköğretim mezunu olan bireylerin genelleştirilmiş özyeterlilik algılarının daha güçlü olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini daha etkin bir şekilde yönetebildikleri düşünülebilir. Benzer çalışmalarda da olduğu gibi eğitim düzeyi azaldıkça (Wu ve ark., 2007; Bazaliński ve ark., 2014; Su ve ark., 2016; Yaşar ve Üstündağ, 2020; Wang ve ark., 2022) öz yeterlilik düzeyinin azaldığı görülmektedir.

4.2.2.4 Çalışma durumu

Çalışma durumu değişkeni ile HHÖ ve GÖÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmayan hastaların HHÖ puanlarının, aktif olarak çalışanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, çalışmayan bireylerin genellikle daha fazla hareket kısıtlılığı yaşadıklarını ve fiziksel aktivitelerde sınırlılık yaşadıklarını gösterebilir. Çalışma hayatının getirdiği fiziksel aktiviteler ve günlük işlerin, hareketlilik üzerinde olumlu etkileri olabileceği düşünülebilir. Diğer bir yönden aktif çalışma, genelleştirilmiş özyeterlilik algıları üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. Çalışan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız bir şekilde yönetmeleri ve kişisel yeteneklerine olan güvenlerinin daha yüksek olması mümkündür. İstihdam ve öz yeterlilik arasındaki bağlantı iyi bilinmektedir. Birçok çalışmada gösterildiği gibi, çalışan bireyler daha yüksek öz yeterlilik bildirme eğilimindedir, çünkü düzenli çalışma bir amaç duygusu ve kişinin çevresi üzerinde kontrol duygusu geliştirebilir. KOAH hastaları arasında yapılan bir çalışma, ücretli bir işte çalışmanın iyileşmiş ruh sağlığının güçlü bir öngörücüsü olduğunu ortaya koyarak, istihdamın psikolojik faydalarını daha da vurgulamıştır (Andenæs vd., 2014).

4.2.2.5 SGK'dan yararlanma durumu

SGK'dan yararlanma durumu GÖÖ ve HÖÖ ölçek puanları üzerinde anlamlı farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, SGK'dan yararlanmanın, bireylerin kendilerine olan güvenleri (öz yeterlilik) ve fiziksel hareket kabiliyetleri üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Bu, SGK'nın sunduğu hizmetlerin bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlık algıları üzerinde beklenen etkileri yaratmadığı ya da bu etkilerin ölçülemeyecek kadar küçük olduğu anlamına gelebilir. Bu durum, daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ve farklı faktörlerin (örneğin, bireylerin genel sağlık durumu, sosyoekonomik durum gibi) bu sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürebilir.

4.2.2.6 Gelir durumu

Gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin, HHÖ puanlarının gelir düzeyi eşit olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, gelir seviyesi düşük olan bireylerin genellikle daha fazla fiziksel kısıtlılık ve hareket zorluğu yaşadıklarını gösterebilir. Daha düşük gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıklı yaşam tarzı seçeneklerinde kısıtlamalara yol açabilir, bu da hareketlilik düzeyini etkileyebilir. Gelir düzeyi eşit ve gelir düzeyi yüksek olan bireylerin, GÖÖ puanlarının gelir düzeyi düşük olanlardan daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin genellikle daha yüksek öz yeterlilik duygusuna sahip oldukları ve daha düşük hareket kısıtlılığı puanlarına sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum, ekonomik güvence ve sosyal kaynaklara sahip olmanın, bireylerin genel sağlık algısı ve fiziksel hareketlilik düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu işaret edebilir. Bu öz yeterlilik duygusu, bireylerin yaşamın çeşitli alanlarında daha iyi başa çıkma yeteneğine sahip olmalarına katkıda bulunabilir. Daha az fiziksel kısıtlılık, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini daha rahat şekilde sürdürmelerine olanak tanır. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin genellikle daha yüksek genel sağlık algısına sahip oldukları beklentisi vardır. Daha iyi ekonomik koşullar, sağlık hizmetlerine erişimde daha az engel oluşturabilir ve sağlıklı yaşam tarzlarını sürdürmek için daha fazla fırsat sunabilir. Bu da genel sağlık durumunu iyileştirici etkiye sahip olabilir. Yüksek gelir düzeyine sahip olan hastaların (Wu ve ark., 2007; Su ve ark., 2016) öz yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde, daha yüksek gelir düzeylerine sahip hastalar da daha iyi öz yeterlilik ve sağlık sonuçları bildirmiş ve sağlık öz yönetiminde finansal istikrarın rolünü güçlendirmiştir (Yuan vd., 2014).

4.2.2.7 Hastanede yatma durumu

Hastanede yatan bireylerin HHÖ puanlarının, hastaneye yatmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, daha önce hastaneye yatmış olmanın bireylerin hareketlilik düzeyleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu işaret eder. Muhtemelen hastanede yatış süreci boyunca fiziksel rehabilitasyon veya tedavi programları gibi destekleyici önlemler alınmış olabilir. Bu da hastaların daha sonra hareketliliklerini daha iyi sürdürmelerine yardımcı olabilir.Hastanede yatış genellikle fonksiyonel hareketlilikte bir düşüşe yol açar; bu durum, hastanede kalışlar sırasında uzun süreli yatak istirahatinin önemli hareketlilik bozulmasına neden olabileceğini gösteren araştırmalarla desteklenmektedir (Brown vd., 2016). Hastalar genellikle kaldıkları süre boyunca güçsüz ve tıbbi müdahalelere bağımlı hissettikleri için hastaneye yatış öz yeterliliği olumsuz etkileyebilir. Bu, daha önce hastaneye yatış deneyimi olan hastaların gelişmiş hareketliliğe rağmen daha düşük öz yeterlilik puanları sergilediği çalışmanın bulgularıyla uyumludur.

GÖÖ puanları açısından, daha önce hastanede yatma deneyimine sahip olmayan bireylerin daha yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir. Bu durum, hastaneye yatmanın genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Kişinin kendi tedavisi ve yaşamında söz sahibi olması ve kontrol kazanması, kişisel yeterliliğin oluşması ve güçlenme odaklı hizmetler güçlenme faktörünü oluşturmaktadır (Ralph, 2000). Hastanede yatma deneyimi, bireylerin genel özyeterlilik hissini azaltabilir veya hastaneye yatış sürecinin yaşam kalitesi üzerindeki kısa veya uzun vadeli etkilerini yansıtabilir.

4.2.2.8 Kronik hastalık

Kronik hastalığı olan bireylerin HHÖ puanlarının, ek kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuç, ek kronik hastalığın bireylerin hareketlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceğini işaret etmektedir. Muhtemelen, kronik hastalıklarla başa çıkmak için alınan tedbirler ve sağlanan sağlık desteği sayesinde, bu bireylerin fiziksel aktivite seviyeleri daha yüksek olabilir. GÖÖ puanları açısından, ek kronik hastalığı olan bireylerin daha düşük puanlar aldığı belirtilmiştir. Bu durum, ek kronik hastalığa sahip olmanın genelleştirilmiş

özyeterlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Kronik hastalıkların günlük yaşamı etkileyen sınırlamaları ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, genel özyeterlilik hissini azaltabilir. Başka bir çalışmada (Ceylan, M.E.,2024) kronik hastalığı bulunmayanların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Kronik hastalıkların varlığı, hem hareketliliği hem de öz yeterliliği etkileyen bir diğer kritik faktördür. Çoklu morbiditesi olan hastaların, yaşlı yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda belgelendiği gibi daha yüksek hastane yatış oranları ve daha fazla hareketlilik bozukluğu yaşadıkları gösterilmiştir (Ensrud vd., 2018). Ancak kronik hastalıklar sıklıkla öz yeterliliğin azalmasına yol açar, çünkü birden fazla sağlık durumunu yönetmek bunaltıcı olabilir. Bu, mevcut çalışmadaki ek kronik hastalıkları olan hastaların daha düşük öz yeterlilik puanları bildirdiği ve uzun vadeli hastalıkları yönetmekle ilişkili psikolojik yükü vurguladığı gözlemini desteklemektedir.

4.2.2.9 Tütün ve alkol kullanımı

Tütün ve alkol kullanan bireylerin GÖÖ puanlarının, kullanmayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, tütün ve alkol kullanımının genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini işaret etmektedir. Muhtemelen, sosyal etkileşimlerde ve genel yaşam algısında tütün-alkol kullanımının olumlu bir katkısı olabilir. Ancak, bu bulgu genellikle beklenmeyen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Normalde tütün ve alkol kullanımının sağlık üzerinde olumsuz etkileri daha çok vurgulanırken, bu durumun genelleştirilmiş özyeterlilik üzerinde olumlu bir etki yaratabileceği dikkat çekicidir. Ancak, bu bulgu tek bir çalışmada elde edilmiş olup, daha fazla araştırma gerektirebilir. Bu tür sonuçlar, sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerin ölçek puanları üzerindeki etkilerini anlamak için derinlemesine incelenmelidir.Araştırmalarda madde kullanımının genel sağlık üzerindeki zararlı etkilerine işaret ederek daha düşük fiziksel işlevselliğe ve daha yüksek morbiditeye yol açtığını ve sonunda algılanan öz yeterlilik kazanımlarını ortadan kaldırabileceğini göstermektedir (Scott vd., 2020).

4.2.2.10 Ameliyat türü ve şekli

VATS yöntemiyle ameliyat olan bireylerin HHÖ puanlarının, torakotomi yöntemiyle ameliyat olanlardan daha düşük bulunduğu rapor edilmiştir. Bu bulgu, VATS yönteminin hasta hareketlilik ölçeği puanları üzerinde daha olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, ameliyat yöntemlerinin fiziksel hareketlilik ve genelleştirilmiş özyeterlilik üzerindeki etkilerini değerlendirmede önemlidir. VATS yöntemi, minimal invaziv bir cerrahi yaklaşım olduğundan dolayı, operasyon sonrası daha az ağrı, daha hızlı iyileşme ve daha iyi fiziksel fonksiyonlar ile ilişkilendirilebilir. Bu durum, hastaların operasyon sonrası günlük yaşamlarına daha çabuk dönmelerini ve genel sağlık algılarının iyileşmesini sağlayabilir. Ancak, bu bulguların daha geniş ölçekli çalışmalarla doğrulanması ve diğer faktörlerin (yaş, cinsiyet, komorbid durumlar vb.) etkisinin dikkate alınması önemlidir. Ameliyat şekli de hareketlilik sonuçlarında önemli bir rol oynar. Örneğin, bu çalışmada torakotomi geçiren hastalar, video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) geçirenlere kıyasla daha yüksek hareketlilik puanları bildirdiler. Araştırmalar, özellikle rehabilitasyon protokolleri uygulandığında, büyük ameliyattan sonra erken mobilizasyonun hareketlilik sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Schaller vd., 2016). Bu, agresif postoperatif mobilizasyon stratejilerinin torakotomi hastalarında gözlemlenen daha yüksek mobilite puanlarına katkıda bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir. Ameliyat türü değişkeni ölçek puanları üzerinde herhangi bir fark yaratmamıştır.

4.2.3 Ölçekler arasındaki ilişkinin tartışılması

Hasta Hareketlilik Ölçeği ile Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik arasında da yüksek düzeyde negatif bir ilişki vardır ($r=-0,238$, $p<0,01$).Yani, hasta hareketlilik ölçeği puanları arttıkça öz yeterlilik duygusu da azalmaktadır.

İnme geçirenlerde öz yeterliliğin hareketlilik ile sosyal katılım arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde aracılık ettiği bulunmuştur (Chau vd., 2021). İnme hastalarına odaklanan başka bir çalışma, öz yeterliliğin hareketlilik performansıyla yakından bağlantılı olduğunu ve rehabilitasyon sonuçlarında önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır (Irvan vd., 2021). Sporcular gibi omurilik yaralanması olan popülasyonlarda yürütülen çalışmalar, daha yüksek hareketliliğin gelişmiş öz yeterliliğe yol açtığını da vurgulamaktadır

(Fliess-Douer vd., 2013) . Hareketliliğin öz yeterlilik üzerindeki etkisi, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gibi kronik hastalıkları olan bireyler de dahil olmak üzere çeşitli gruplarda görülebilir; burada daha yüksek öz yeterlilik daha iyi işlevsel sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Jackson vd., 2014) .Birkaç çalışmada görüldüğü gibi, terapötik müdahalelerde öz yeterliliği hedeflemek, hastalarda hareketliliği ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilir ve klinik ortamlarda her iki parametrenin de sürekli değerlendirilmesine olan ihtiyacı daha da doğrular (Romppel vd., 2013). HHÖve GÖÖ arasındaki güçlü korelasyon, hareketlilik ve öz yeterlilik arasındaki önemli ilişkiyi yansıtır. Hareketliliği artırmak, öz yeterliliği olumlu yönde etkileyebilir ve çeşitli hasta popülasyonlarında daha iyi rehabilitasyon sonuçlarına yol açabilir.

4.2.4 Ölçek toplam ve ortalama puanları arasındaki ilişkinin tartışılması

Korelasyon analizi değerlendirildiğinde; hasta hareketlilik ölçeği ile genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği arasındaki orta düzeyde negatif ilişkiye göre, hareket kabiliyeti arttıkça genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu, fiziksel hareketliliğin azalmasıyla birlikte genel özyeterlilik düzeyinin de olumsuz etkilenebileceğini göstermektedir. Bu sonucun beklenmesinin nedeni, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeğinin bireyin genel öz-değerlendirme yeteneğini ölçmesi ve fiziksel hareketlilik ile ilişkili olabilecek algıları içermesidir. Hasta hareketlilik ölçeği, bireylerin günlük yaşamda fiziksel aktivitelerini nasıl yürüttüklerini değerlendirirken, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği bireylerin daha genel ve çeşitli bağlamlarda kendilerini nasıl gördüklerini ölçer. Hareket kabiliyeti arttıkça (HHÖ ortalama puanları azaldıkça), bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yönetme yetenekleri de artar. Buna karşın, genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyi azalabilir çünkü bireyler, daha fazla fiziksel hareketliliğe sahip olmalarına rağmen genel başarı ve yetkinlik algılarında bir düşüş yaşayabilirler. Bu durum, fiziksel aktivitenin artmasıyla birlikte genel özyeterlilik algısının nasıl etkilenebileceğini ve insanların kendilerini farklı bağlamlarda nasıl değerlendirdiklerini gösterir.

Çalışmalarda beklenen sonuçlar genellikle özyeterlilik algısının artmasıyla birlikte bireylerin fiziksel işlevselliklerinde de bir iyileşme olacağı yönündedir. Bu analizde de elde edilen sonuç, genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyinin artmasının, hasta hareketlilik

ölçeği puanlarında azalmayla sonuçlandığını göstermektedir. Bu çelişkili sonuç, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeğinin, sadece fiziksel hareketlilik değil, genel yaşam performansı ve başarı algısı ile de ilgili olduğunu düşündürebilir. Ancak bu durum ölçek puanlanmasından kaynaklanmaktadır. HHÖ'de 1 puan çok kolay seçeneği iken çok zor 5 puandır. Bu nedenle esasında hasta hareketliliği düşük puan ortalamasında yüksek saptanabilir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre, hastaların demografik özellikleri ve klinik durumları üzerinde yapılan incelemeler çeşitli bulgular ortaya koymuştur. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu 45-54 yaş ve 55-64 yaş grupları oluştururken, cinsiyet dağılımında erkeklerin %57,6 olduğu belirlenmiştir. Medeni durumda bekârların oranı %69,7 iken, eğitim düzeyi olarak ilkokul ve lise mezunları yoğunlukta bulunmuştur. Çalışma durumunda ise hastaların üçte biri aktif olarak iş hayatında yer almaktadır. Sağlık sigortası kapsamı neredeyse tamamıyla (%97,7) sağlanmıştır ve gelir düzeyinin genellikle gelir giderinden düşük olduğu (%62,1) saptanmıştır.

Araştırmanın klinik bulgularına göre, daha önce hastanede yatma deneyimi olan hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ) puanlarının yatmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu ve bu deneyimin hareketlilik düzeyi üzerinde olumsuz bir etki yarattığı gözlenmiştir. Ek olarak, ek kronik hastalığı olan bireylerin HHÖ puanlarının olmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu ancak GÖÖ puanlarının ek kronik hastalığı olanlarda daha düşük bulunduğu belirlenmiştir. Tütün ve alkol kullanımının ise GÖÖ puanları üzerinde olumlu bir etki yarattığı ve bu kullanımın genelleştirilmiş özyeterlilik düzeyini artırdığı saptanmıştır.

HHÖ ile GÖÖ arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,238$, $p=0,003$). Bu, genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği puanları arttıkça hasta hareketlilik ölçeği puanlarının azaldığını göstermektedir.

Araştırma, hareketlilik ölçeği ve genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği üzerinde etkili olan demografik ve klinik faktörlerin anlaşılmasında önemli ipuçları sunmaktadır. Ancak bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırma kesitsel bir tasarıma sahiptir. Bu tür tasarım, zaman içindeki değişimleri ve nedensellik ilişkilerini belirlemekte sınırlıdır. Uzunlamasına veya deneyimsel bir tasarım daha güçlü nedensellik çıkarımları yapmaya olanak tanır. Verilerin büyük ölçüde anketler yoluyla toplanmış olması, özellikle hassas (örneğin, tütün ve alkol kullanımı gibi) konularda, yanıtların doğruluğunu ve hastaların gerçek durumlarını tam olarak yansıtıp yansıtmadığını etkileyebilir. Araştırma

örnekleminin belirli bir hastane veya bölgeden seçilmiş olması, sonuçların genelleme gücünü sınırlayabilir. Örneklemin daha geniş ve çeşitli olması, sonuçların farklı popülasyonlara uygulanabilirliğini artırabilir.

Bu durumda gelecek araştırmalar için çeşitli öneriler sunulabilir. Çalışma konusunun örnekleminin daha geniş ve çeşitli hastane veya sağlık merkezlerinden seçilmesi uygun olabilir.Öz yeterlilik ve hareketlilik düzeylerindeki farklılığı görebilmek için özel ve devlet hastaneleri farklı farklı ele alınabilir. Bulguların genelleştirilebilirliğini artıracağı gibi farklı popülasyonlardaki özellikleri daha iyi anlamamıza olanak tanır. Ayrıca, uzunlamasına veya deneyimsel araştırma tasarımlarının benimsenmesi, zaman içindeki değişimleri ve nedensellik ilişkilerini daha iyi değerlendirmemize yardımcı olabilir. Nedensellik ilişkilerini anlamak için deneysel tasarımların ve uygun istatistiksel yöntemlerin benimsenmesi, belirli müdahalelerin etkilerini daha doğru bir şekilde değerlendirebilir. Ayrıca, çoklu değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi için gelişmiş istatistiksel yöntemlerin kullanılması, karmaşık ilişkilerin ve etkilerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Son olarak, sağlık durumları, sosyal faktörler ve yaşam tarzı değişkenlerinin birlikte incelenmesi, sağlık alanında etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bu öneriler, gelecekteki araştırmaların daha kapsamlı, güçlü ve genelleştirilebilir sonuçlar elde etmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

KAYNAKÇA

Abiyev, R. H. ve Ma'aitah, M. K. S. (2018). Deep Convolutional Neural Networks for Chest Diseases Detection. *Journal of healthcare engineering*, *2018*, 4168538. Erişim tarihi: 07.07.2024,https://doi.org/10.1155/2018/4168538

Adadıoğlu, Ö. ve Oğuz, S. (2021). Factors associated with self-efficacy among patients with epilepsy in Turkey. *Epilepsy & behavior : E&B*, *117*, 107802. Erişim tarihi: 01.07.2024,https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107802

Agarwal, A., Ranjan, R., Dhiraaj, S., Lakra, A., Kumar, M., ve Singh, U. (2005). Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, *60*(10), 978–981. Erişim tarihi:01.03.2024,https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x

Ahmad A. M. (2018). Essentials of Physiotherapy after Thoracic Surgery: What Physiotherapists Need to Know. A Narrative Review. *The Korean journal of thoracic and cardiovascular surgery*, *51*(5), 293–307. Erişim adresi: 31.12.2023,https://doi.org/10.5090/kjtcs.2018.51.5.293

Ahmetoğlu, Y. (2019). *Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastaların Mobilizasyon Düzeylerinin Ve Mobilizasyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Yayın no: 564329). [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Andenæs, R., Momyr, A. ve Brekke, I.(2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan kişilerde ağrı bildirimi: HUNT3 popülasyon tabanlı anketinden karşılaştırmalı sonuçlar. *BMC Public Health* 18 , 181. Erişim tarihi. 29.01.2024, https://doi.org/10.1186/s12889-018-5094-5

Asida, S.M.,Youssef, İ.A., Mohamad, A.K., ve Abdelrazik, A.N. (2012) Post-thoracotomy pain relief: Thoracic paravertebral block compared with systemic

opioids, *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 28:1, 55-60,DOI: 10.1016/j.egja.2011.10.004

Askarpour, S., Peyvasteh, M., Ashrafi, A., Dehdashtian, M., Malekian, A., ve Aramesh, M. R. (2018). Muscle-Sparıng Versus Standard Posterolateral Thoracotomy In Neonates Wıth Esophageal Atresıa. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*, *31*(2), e1365. Erişim tarihi: 20.03.2023, https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1365

Aslan, Ö., ve Tosun, B. (2015). Cardiovascular surgery patients: Intensive care experiences and associated factors. *Asian Nursing Research* 9(4): 336-341.

Ayoğlu, T., ve Akyolcu, N. (2014). Hasta Hareketlilik Ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması . 19. Ulusal Cerrahi Kongresi 14. Cerrahi Hemşireliği Kongresi (pp.0-7). Antalya, Turkey.

Ayoğlu, T. (2011). Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına Ve İyileşme Sürecine Etkisi. (Yayın no: 408847). [Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=APcan3Lqvte_cD9bzOllIQ&no=ATedRyDheft8NwLlikmosA

Aypay, A. (2010). Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2). Erişim tarihi: 28.05.2024 doi:http://dx.doi.org/10.17679/iuefd.33205.

Balcı, A.E. (2015). Mediyasten Hastalıkları ve Cerrahisi. *TÜSAD.*

Ballon, H., Singer, J.J., ve Graham, E.A. (1932). Bronchiectasis: (Final installment). *Journal of Thoracic Surgery*, 1, 502–561.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bandura, A. (1997). *The Nature And Structure Of Self-Efficacy. Self-Efficacy: The Exercise Of Control*. New York, NY: WH Freeman and Company, 37-78

Barker, R., Kober, A., Hoerauf, K., Latzke, D., Adel, S., ve Kain, Z. (2006). Out-of-hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture: A randomized double-blinded trial. *Academic Emergency Medicine*, 13(1), 19-23.

Başçeken, S.İ., ve Çakabay, B. (2020). Mide Kanserine Minimal İnvaziv Yaklaşım. *Lokal-Wedge Rezeksiyonlar ve Laparoskopik İntragastrik Cerrahi* ss.233-238. Akademisyen Kitabevi

Batchelor, T.J., ve Ljungqvist, O. (2019). A surgical perspective of ERAS guidelines in thoracic surgery. *Current Opinion in Anesthesiology*, 32(1), 17-22.

Batchelor, T.J., Rasburn, N.J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R.J., Gonzalez, M., vd. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91-115

Baud, M. O., Perneger, T., Rácz, A., Pensel, M. C., Elger, C., Rydenhag, B., vd. (2018). European trends in epilepsy surgery. Neurology, 91, 96–106..

Baue, A. E., ve Evarts, A. (1984). Graham and the first pneumonectomy. J*AMA: The Journal of the American Medical Association*, 251, 261.

Bayrak, Y., Tanju, S., Öztürk, E., ve Dielege, M.Ş. (2014). Akciğer kanserinde robotik lobektomi: Erken dönem sonuçlar. *Turk Gogus Kalp Damar* (4):785-789

Bazaliński, D., Sałacińska, I., Więch, P., ve Kózka, M. (2014). Life satisfaction and self-efficacy in patients with stoma. *Progress in Health Sciences*, 4(2).

Beck, N., van Brakel, T. J., Smith, H. J., van Klaveren, D., Wouters, M. W., ve Schreurs, W. H. (2020). Pneumonectomy for lung cancer treatment in the Netherlands: Between hospital variation and outcomes. *World Journal of Surgery*, 44, 285-294.

Bertani, A., Ferrari, P., Terzo, D., Russo, E., Burgio, G., De Monte, L., vd. (2018). A comprehensive protocol for physiokinesis therapy and enhanced recovery after

surgery in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy. *Journal of Thoracic Disease*, 10(4), 499-511.

Biçer H., ve Yılmaz Karabulutlu E. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlik Düzeyleri ve Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*; 3(2) 01–09

Bikmoradi, A., Seifi, Z., Poorolajal, J., Araghchian, M., Safiaryan, R., ve Khodayar, O. (2015). Effect of inhalation aromatherapy with lavender essential oil on stress and vital signs in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A single-blinded randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine* 23: 331-338.

Blichfeldt-Eckhardt, M.R., Andersen, C., Ørding, H., Licht, P.B., ve Toft, P. (2017). Shoulder Pain After Thoracic Surgery: Type and Time Course, a Prospective Cohort Study. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 31(1), 147-151.

Bozkurt, T., ve Saglam, R. (2021). Symptoms and care satisfaction in patients who underwent coronary artery bypass graft surgery. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11(3), 481–486.

Cağlar, M., Yeşiltepe Oskay, Ü., Arican, E., ve Akyol, E. (2021). Relationship between self-efficacy and sexual function after open heart surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4): 376–382.

Ceylan, M.E.(2024). *İntestinal Stomalı Hastaların Öz Yeterlilik Düzeyi İle Yaşam Kaitesi Arasındaki İlişki* (Yayın No:869968). [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Chambers, D. C., Cherikh, W. S., Goldfarb, S. B., Hayes, D. Jr, Kucheryavaya, A. Y., Toll, A. E., vd. (2018). The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-fifth adult lung and heart-lung transplant report-2018; *Focus theme: Multiorgan*

Transplantation. Journal of Heart and Lung Transplantation, 37(10), 1169-1183.

Chambers, D. C., Cherikh, W. S., Harhay, M. O., Hayes, D. Jr, Hsich, E., Khush, K. K., Meiser, B., vd. (2019). The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-sixth adult lung and heart-lung transplantation Report-2019; Focus theme: Donor and recipient size match. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 38(10), 1042-1055.

Chandra, A., Banavaliker, J.N., Das, P.K., ve Hasti, S. (2010). Use of transcutaneous electrical nerve stimulation as an adjunctive to epidural analgesia in the management of acute thoracotomy pain. *Clinical Investigation*, 54(2), 116-120.

Choi, H., ve Mazzone, P. (2014). Radon and lung cancer: assessing and mitigating the risk. *Cleve Clinical Journal of Medicine* 1(9): 567–575.

Choi, W.I. (2014). Pneumothorax. *Tuberc Respir Dis* (Seoul). 76(3):99-104.

Chung, J.H., Lee, S.H., Kim, K.T., Jung, J.S., Son, H.S., ve Sun, K. (2014). Optimal timing of thoracoscopic drainage and decortication for empyema. *The Annals of Thoracic Surgery*, 97(1), 224–229.

Chau, J., Lo, S., Choi, K., Butt, L., Zhao, J., ve Thompson, D. (2021). Participation self-efficacy plays a mediation role in the association between mobility and social participation among stroke survivors.. Heart & lung : the journal of critical care, 506,857-862.Erişim tarihi:24. 05. 2024 https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.07.002.

Cillóniz, C., Polverino, E., Ewig, S., Aliberti, S., Gabarrús, A., Menéndez, R., vd. (2013). Impact of age and comorbidity on cause and outcome in community-acquired pneumonia. *Chest*, *144*(3), 999–1007. Erişim tarihi:30.04.2024 https://doi.org/10.1378/chest.13-0062

Crimmons, K. (2016). *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. UK: Oxford University

Çelik, Ş. S. (2013). Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(123): 11-24.

Davies, H. M. (2006). Recent advances in the surgery of the lung and pleura. *British Journal of Surgery*, 1, 228–258.

Dayrit, J., Pasatiempo, A. ve Hitosis, K. (2021). ABD'de İzole Yaşlanan Nüfus Arasında Fonksiyonel Hareketlilik ve Yaşam Kalitesini Anlamak. Yaşlanmada Yenilik, 5, 964 - 964. Erişim tarihi: 30.06.2023

https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.3445.

Decaluwe, H., Petersen, R. H., Hansen, H., Piwkowski, C., Augustin, F., ve Brunelli, A. (2015). Major intraoperative complications during video-assisted thoracoscopic anatomical lung resections: An intention-to-treat analysis. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 48(4), 588–599.

Dehghan, N., de Mestral, C., McKee, M. D., Schemitsch, E. H., ve Nathens, A. (2014). Flail chest injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 76, 462–468.

Demir Korkmaz, F., Yeşilyaprak, T., ve Atıcı Sofu, F. (2023). Thoracic Surgery and Nursing Care. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), 141-148.

Dempke, W. C., Suto, T., ve Reck, M. (2010). Targeted therapies for non-small cell lung cancer. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, *67*(3), 257–274. Erişim tarihi: 10.03.2024 https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2009.10.012

Derom, F., Barbier, F., Ringoir, S., Versieck, J., Rolly, G., Berzsenyi, G., vd. (1971). Ten-month survival after lung homotransplantation in man. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, *61*(6), 835–846.

Doan, L. V., Augustus, J., Androphy, R., Schechter, D., ve Gharibo, C. (2014). Mitigating the impact of acute and chronic post-thoracotomy pain. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, *28*(4), 1048–1056. Erişim tarihi: 06.06.2024 https://doi.org/10.1053/j.jvca.2014.02.021

Gürsoy. S.(Ed). (2021). *Türkiye Klinikleri Göğüs Cerrahisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.36-44.

Dursun, M., ve Sanlı, S. 2013. Evaluation of coronary bypass grafts. . *Turkish Radiology Seminars* , 1: 83–91.

Eghbali, T., Tirgari, B., Dehghani, Z., ve Forouzi, M. A. 2021. Planned discharge program effectiveness on cardiac self-efficacy and hope in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A quasiexperimental study: 31: 1–8. https://doi.org/10.1177/20101058211064669

Ensrud, K., Lui, L., Langsetmo, L., Vo, T., Taylor, B., Cawthon, P., vd. (2018). Hareketlilik ve Multimorbiditenin Yatan Hasta ve Akut Sonrası Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkileri. *Gerontoloji Dergileri*, Seri A, 73, 1343–1349. Erişim tarihi: 01.06.2024 https://doi.org/10.1093/gerona/glx128.

Ewart C. K. (1989). Psychological effects of resistive weight training: implications for cardiac patients. *Medicine and science in sports and exercise*, *21*(6), 683–688. Erişim tarihi: 21.02.2024 https://doi.org/10.1249/00005768-198912000-00011

Farjah, F., Symons, R. G., Krishnadasan, B., Wood, D. E., ve Flum, D. R. (2007). Management of pleural space infections: a population-based analysis. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, *133*(2), 346–351. Erişim tarihi: 21.12.2023 https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2006.09.038

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., ve Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, *39*(2), 175–191. Erişim tarihi: 07.07.2023 https://doi.org/10.3758/bf03193146

Fiorelli, A., Morgillo, F., Milione, R., Pace, M. C., Passavanti, M. B., Laperuta, P., vd. (2012). Control of post-thoracotomy pain by transcutaneous electrical nerve stimulation: effect on serum cytokine levels, visual analogue scale, pulmonary function and medication. *European journal of cardio-thoracic surgery : official*

journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery, *41*(4), 861–868. Erişim tarihi: 20.04.2024 https://doi.org/10.1093/ejcts/ezr108

Fliess-Douer, O., Vanlandewijck, Y. C., ve van der Woude, L. H. (2013). Reliability and validity of perceived self-efficacy in wheeled mobility scale among elite wheelchair-dependent athletes with a spinal cord injury. *Disability and rehabilitation*, *35*(10), 851–859. Erişim tarihi: 05.05.2024 https://doi.org/10.3109/09638288.2012.712198

Forster, C., Doucet, V., Perentes, J.Y., Abdelnour-Berchtold, E., Zellweger, M., Faouzi, M., vd. (2021). Impact Of An Enhanced Recovery After Surgery Pathway On Thoracoscopic Lobectomy Outcomes İn Non-Small Cell Lung Cancer Patients: A Propensity Score-Matched Study. *Translational Lung Cancer Research*, 10(1), 93-103

Gluck, T. (1881). Experimenteller Beitrag zur Frage der Lungenexstirpation. *Berl Klin Wochenschr*,18:645–646.

Gotts, J. E., Jordt, S. E., McConnell, R., ve Tarran, R. (2019). What are the respiratory effects of e-cigarettes?. *BMJ (Clinical research ed.)*, *366*, l5275. Erişim tarihi: 10.07.2024 https://doi.org/10.1136/bmj.l5275

Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., vd. (2014). Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *International journal of behavioral medicine*, *21*(2), 221–229. Erişim tarihi: 10.02.2024 https://doi.org/10.1007/s12529-013-9290-5

Grondell, J., Holleran, C., Mintz, E., ve Wiesel, O. (2018). Postoperative Bedside Critical Care of Thoracic Surgery Patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, *27*(4), 328–333. Erişim tarihi: 10.02.2024 https://doi.org/10.4037/ajcc2018107

Grossi, S., Cattoni, M., Rotolo, N., ve Imperatori, A. (2023). Video-assisted thoracoscopic surgery simulation and training: a comprehensive literature

review. *BMC medical education*, *23*(1), 535. Erişim tarihi: 10.02.2024 https://doi.org/10.1186/s12909-023-04482-z

Grunebach, H., Arnold, M. W., ve Lum, Y. W. (2015). Thoracic outlet syndrome. *Vascular medicine (London, England)*, *20*(5), 493–495. Erişim tarihi: 10.02.2024 https://doi.org/10.1177/1358863X15598391

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., vd.(2013). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society, for Perioperative Care, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), & International Association for Surgical Metabolism and Nutrition (IASMEN). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) Society recommendations. *World journal of surgery*, *37*(2), 259–284. Erişim tarihi. 10.03.2024 https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0

Gül, A., Açıl, H. C., ve Aygin, D. (2022). *Minimal İnvaziv Cerrahide Güncel Yaklaşımlar*. *Journal Of Selcuk Health*, 3(1).

Hardy, J. D., Webb, W. R., Dalton, M. L., Jr, ve Walker, G. R., Jr (1963). Lung Homotransplantatıon In Man. *Jama*, *186*, 1065–1074. Erişim tarihi: 01.05.2024 https://Doi.Org/10.1001/Jama.1963.63710120001010

Hasan, E. M., Calma, C. L., Tudor, A., Oancea, C., Tudorache, V., Petrache, vd. (2021). Coping, Anxiety, and Pain Intensity in Patients Requiring Thoracic Surgery. *Journal of personalized medicine*, *11*(11), 1221. Erişim tarihi:01.05.2024 https://doi.org/10.3390/jpm11111221

Huan, N. C., Sidhu, C., ve Thomas, R. (2021). Pneumothorax: Classification and Etiology. *Clinics in chest medicine*, *42*(4), 711–727. Erişim tarihi:01.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.ccm.2021.08.007

Ignatavicius, D. D., ve Workman, M. L. (2015). Medical-Surgical Nursing-EBook: Patient-Centered Collaborative Care, Single Volume. *Elsevier Health Sciences.*

Ingoe, H. M., Eardley, W., McDaid, C., Rangan, A., Lawrence, T., ve Hewitt, C. (2020). Epidemiology of adult rib fracture and factors associated with surgical fixation: Analysis of a chest wall injury dataset from England and Wales. *Injury*, *51*(2), 218–223. Erişim tarihi:01.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.10.030

Irvan, R., Nuraini, T., ve Gayatri, D.(2021). The link between self-effiay and mobility performance in stroke patients. Enfermeria clinica, 31 Suppl 2, S316-S320 Erişim tarihi:01.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.020.

Iyer, A., ve Yadav, S. (2013). Postoperative care and complications after thoracic surgery. *Principles Practice of Cardiothoracic Surgery.*, 57-84.

Jiwnani, S., Ranganathan, P., Patil, V., Agarwal, V., Karimundackal, G., ve Pramesh, C. S. (2019). Pain after posterolateral versus nerve-sparing thoracotomy: A randomized trial. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, *157*(1), 380–386. Erişim tarihi:10.02.2024 https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2018.07.033

Jackson, B. E., Coultas, D. B., Ashmore, J., Russo, R., Peoples, J., Uhm, M., vd. (2014). Domain-specific self-efficacy is associated with measures of functional capacity and quality of life among patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, *11*(3), 310–315. Erişim tarihi: 01.07.2024 https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201308-273BC

Kakuturu, J., ve Toker, A. (2022). Hidden usual suspects of video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy. *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, *62*(3), ezac320. Erişim tarihi: 01.07.2024 https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac320

Kalisch, B. J., Lee, S., ve Dabney, B. W. (2014). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of clinical nursing*, *23*(11-12), 1486–1501. Erişim tarihi: 01.07.2024 https://doi.org/10.1111/jocn.12315

Kalkman, J. C., Visser, K., Moen, J., Bonsel, J. G., Grobbee, E. D., ve Moons, M. K. G. (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*, *105*(3), 415–423. Erişim tarihi: 01.07.2024 https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00252-5

Kang, Y. R., Kim, J. S., Cha, Y. K., ve Jeong, Y. J. (2019). Imaging findings of complications after thoracic surgery. *Japanese journal of radiology*, *37*(3), 209–219. Erişim tarihi:10.02.2024 https://doi.org/10.1007/s11604-018-00806-y.

Kavaklı, O., Kavaklı, K., ve Tarhan, G. (2020*).* The analysis of learning needs and level of awareness for patients who underwent thoracic surgery. *Gülhane Tip Dergisi*, 62(2), 80-87

Kaya, S. O., Akcam, T. I., Ceylan, K. C., Samancılar, O., Ozturk, O., ve Usluer, O. (2016). Is preoperative protein-rich nutrition effective on postoperative outcome in non-small cell lung cancer surgery? A prospective randomized study. *Journal of cardiothoracic surgery*, *11*, 14. Erişim tarihi:10.02.2024 https://doi.org/10.1186/s13019-016-0407-1

Khush, K. K., Cherikh, W. S., Chambers, D. C., Goldfarb, S., Hayes, D., Jr.,, Kucheryavaya, A. Y., vd. (2018). The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-fifth Adult Heart Transplantation Report-2018; Focus Theme: Multiorgan Transplantation. *The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation*, *37*(10),1155–1168. Erişim tarihi: 11.03.2024 https://doi.org/10.1016/j.healun.2018.07.022

Kokulu, S. (2011). *Torakotomi sonrası analjezi*. Kocatepe Tıp Dergisi 12: 68-69.

Kol, E., Alpar, S. E., ve Erdoğan, A. (2014). Preoperative education and use of analgesic before onset of pain routinely for post-thoracotomy pain control can reduce pain effect and total amount of analgesics administered postoperatively. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *15*(1), 331–339. Erişim tarihi: 28.04.2024 https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.11.001

Korkmaz, F.D., ve Hergül, F.K. (2015). Pozitif yoğun bakım. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 5: 94-112

Köhler, A., Tingström, P., Jaarsma, T., ve Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC family practice*, *19*(1), 76. Erişim tarihi: 28.04.2024 https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y

Kuhn, J. E., Lebus V, G. F., ve Bible, J. E. (2015). Thoracic outlet syndrome. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, *23*(4), 222–232. Erişim tarihi:28.04.2024 https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-13-00215

Lanks, C. W., Musani, A. I., ve Hsia, D. W. (2019). Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia. *The Medical clinics of North America*, *103*(3), 487–501. Erişim tarihi: 10.08.2024 https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.008

Lev, E. L., ve Owen, S. V. (2000). Counseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspectives in psychiatric care*, *36*(4), 131–138. Erişim tarihi:10.08.2024 https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2000.tb00601.x

Li, N., Dierks, G., Vervaeke, H. E., Jumonville, A., Kaye, A. D., Myrcik, D., vd. (2021). Thoracic Outlet Syndrome: A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, *10*(5), 962. Erişim tarihi:10.08.2024 https://doi.org/10.3390/jcm10050962

Li, Y., Yan, C., Li, J., Wang, Q., Zhang, J., Qiang, W., vd. (2020). A nurse-driven enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing program for geriatric patients following lung surgery. *Thoracic cancer*, *11*(4), 1105–1113. Erişim tarihi. 12.08.2024 https://doi.org/10.1111/1759-7714.13372

Liang, S. Y., Wu, W. W., Kuo, C. Y., ve Lu, Y. Y. (2015). Development and Preliminary Evaluation of Psychometric Properties of Symptom-Management Self-Efficacy Scale for Breast Cancer Related to Chemotherapy. *Asian nursing*

research, *9*(4), 312–317. Erişim tarihi: 01.07.2024 https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.09.001

Lim, E., Baldwin, D., Beckles, M., Duffy, J., Entwisle, J., Faivre-Finn, vd. (2010). Guidelines on the radical management of patients with lung cancer. *Thorax*, *65 Suppl 3*, iii1–iii27. Erişim tarihi: 10.08.2024 https://doi.org/10.1136/thx.2010.145938

Liu, Y., ve Petrini, M. A. (2015). Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary therapies in medicine*, *23*(5), 714–718. Erişim tarihi: 10.08.2024 https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.08.002

Lodhia, J. V., Eyre, L., Smith, M., Toth, L., Troxler, M., ve Milton, R. S. (2023). Management of thoracic trauma. *Anaesthesia*, *78*(2), 225–235. Erişim tarihi: 05.05.2024 https://doi.org/10.1111/anae.15934

Lodhia, J. V., Konstantinidis, K., ve Papagiannopoulos, K. (2019). Video-assisted thoracoscopic surgery in trauma: pros and cons. *Journal of thoracic disease*, *11*(4),1662–1667. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2019.03.55

Lu, M., Xia, H., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., vd. (2020). Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *European journal of cardiovascular nursing*, *19*(3), 230–237.Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.1177/1474515119880059

MacDuff, A., Arnold, A., Harvey, J., ve BTS Pleural Disease Guideline Group (2010). Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. *Thorax*, *65 Suppl 2*, ii18–ii31. Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1136/thx.2010.136986

Maloney, J., Wie, C., Pew, S., Covington, S., Maita, M., Kozinn, R., vd. (2022). Post-thoracotomy Pain Syndrome. *Current pain and headache reports*, *26*(9), 677–681. . Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1007/s11916-022-01069-z

Mandell L. A. (2015). Community-acquired pneumonia: An overview. *Postgraduate medicine*, *127*(6),607–615. Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1074030

McCagh, J., Fisk, J. E., ve Baker, G. A. (2009). Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy research*, *86*(1), 1–14. . Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2009.04.007

Mehran, R. J., Martin, L. W., Baker, C. M., Mena, G. E., ve Rice, D. C. (2016). Pain Management in an Enhanced Recovery Pathway After Thoracic Surgical Procedures. *The Annals of thoracic surgery*, *102*(6), e595–e596. . Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.05.050

Meltzer, S. J., ve Auer, J. (1909). Contınuous Respıratıon Wıthout Respıratory Movements. *The Journal of experimental medicine*, *11*(4), 622–625. Erişim tarihi: 07.07.2024 https://doi.org/10.1084/jem.11.4.622

Metin, M. (2018). Pnömotoraks. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 6, (2): 7-15. Erişim tarihi: 10.05.2024 http://ghs.asyod.org/Dosyalar/GHS/2018/2/d369d829-33bd-4949-88ae-1b5c02301b3d.pdf

Meyer K. C. (2018). Recent advances in lung transplantation. *F1000Research*, *7*, F1000 Faculty Rev-1684. Erişim tarihi: 07.07.2024. https://doi.org/10.12688/f1000research.15393.1

Mjaanes, J. M. (2023). Thoracic and chest. In The Youth Athlete (pp. 299-308). *Academic Press.*

Epstein, N. E. (2014). A review article on the benefits of early mobilization following spinal surgery and other medical/surgical procedures. *Surgical neurology international*, *5*(Suppl 3), S66–S73. Erişim tarihi: 10.07.2024 https://doi.org/10.4103/2152-7806.130674

Nasiriziba, F., Saati, M., ve Haghani, H. (2020). Correlation between self-efficacy and self-esteem in patients with an intestinal stoma. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, *29*(16),S22–S29. Erişim tarihi: 10.04.2024 https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.16.S22

Nezami, N., Khorshidi, F., Mansur, A., Habibollahi, P., ve Camacho, J. C. (2023). Primary and Metastatic Lung Cancer: Rationale, Indications, and Outcomes of Thermal Ablation. *Clinical lung cancer*, *24*(5), 389–400. Erişim tarihi: 10.03.2024 https://doi.org/10.1016/j.cllc.2023.03.012

NIFCO (2011). National Adult Cardiac Surgery Audit (NACSA). National Institute For Cardiovascular Outcomes. Erişim tarihi. 17.04.2024 https://www.nicor.org.uk/wpcontent/uploads/2021/10/NACSA-Domain-Report_2021_FINAL.pdf adresinden alındı.

Odejobi, Y. O., Maneewat, K., ve Chittithavorn, V. (2019). Nurse-led post-thoracic surgery pain management programme: its outcomes in a Nigerian Hospital. *International nursing review*, *66*(3), 434–441. Erişim tarihi: 11.05.2024 https://doi.org/10.1111/inr.12515

Oliver A. L. (2022). Lung Cancer: Epidemiology and Screening. *The Surgical clinics of North America*, *102*(3), 335–344. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.12.001

Ozcan, H. (2008). *Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları* (Yayın No:2034546).[Yüksek Lisans, Tezi, TrakyaÜniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., ve Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient education and counseling*, *99*(5), 733–738. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016

Peto, J. (2012). That the effects of smoking should be measured in pack-years: misconceptions 4. *British journal of cancer*, *107*(3), 406–407. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.1038/bjc.2012.97

Piccioni, F., Segat, M., Falini, S., Umari, M., Putina, O., Cavaliere, L., vd. (2018). Enhanced recovery pathways in thoracic surgery from Italian VATS Group: perioperative analgesia protocols. *Journal of thoracic disease*, *10*(Suppl 4), S555–S563. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2017.12.86

Ralph, R.O. (2000). Recovery. *Psychiatr Rehabil Ski*, 4(3):480–517.

Rasouli, M. R., Menendez, M. E., Sayadipour, A., Purtill, J. J., ve Parvizi, J. (2016). Direct Cost and Complications Associated With Total Joint Arthroplasty in Patients With Preoperative Anxiety and Depression. *The Journal of arthroplasty*, *31*(2), 533–536. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.09.015

Raymond, D. P., Seder, C. W., Wright, C. D., Magee, M. J., Kosinski, A. S., Cassivi, S. D., vd. (2016). Predictors of Major Morbidity or Mortality After Resection for Esophageal Cancer: A Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database Risk Adjustment Model. *The Annals of thoracic surgery*, *102*(1), 207–214. Erişim tarihi: 10.04.2024 https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.04.055

Refai, M., Andolfi, M., Gentili, P., Pelusi, G., Manzotti, F., ve Sabbatini, A. (2018). Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care-plans. *Journal of thoracic disease*, *10*(Suppl 4), S512–S516. Erişim adresi: 11.04.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2017.12.87

Reichert, M., Hecker, M., Witte, B., Bodner, J., Padberg, W., Weigand, M. A., vd. (2017). Stage-directed therapy of pleural empyema. *Langenbeck's archives of surgery*, *402*(1),15–26. Erişim tarihi: 13.03.2024 https://doi.org/10.1007/s00423-016-1498-9

Roberts, D. J., Leigh-Smith, S., Faris, P. D., Blackmore, C., Ball, C. G., Robertson, H. L., vd. (2015). Clinical Presentation of Patients With Tension Pneumothorax: A

Systematic Review. *Annals of surgery*, *261*(6), 1068–1078. Erişim tarihi: 02.02.2024 https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001073

Rock, P., ve Rich, P. B. (2003). Postoperative pulmonary complications. *Current opinion in anaesthesiology*, *16*(2), 123–131. Erişim tarihi: 11.03.2024 https://doi.org/10.1097/00001503-200304000-00004

Rogowska, A. M., Zmaczyńska-Witek, B., Mazurkiewicz, M., ve Kardasz, Z. (2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disability and health journal*, *13*(4), 100923. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100923

Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Wachter, R., Edelmann, F., Düngen, H. D., Pieske, B., vd. (2013). A short form of the General Self-Efficacy Scale (GSE-6): Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *Psycho-social medicine*, *10*, Doc01. Erişim tarihi. 11.02.2024 https://doi.org/10.3205/psm000091

Sadeghi, A. H., Mathari, S. E., Abjigitova, D., Maat, A. P. W. M., Taverne, Y. J. H. J., Bogers, A. J. J. C., vd. (2022). Current and Future Applications of Virtual, Augmented, and Mixed Reality in Cardiothoracic Surgery. *The Annals of thoracic surgery*, *113*(2), 681–691. Erişim tarihi: 10.02.2024 https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.11.030

Sağıroğlu, G., Meydan, B., İskender, İ., Küpeli, M., Demir, M., Mısırlıoğlu, A., vd. (2011). Torakotomi sonrası analjezide, intravenöz tramadol ile hasta-kontrollü analjezi ve devamlı infüzyonun karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (4): 421-426. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0060

Salamati, A., Mashouf, S., ve Mojab, F. (2017). Effect of Inhalation of Lavender Essential Oil on Vital Signs in Open Heart Surgery ICU. *Iranian journal of pharmaceutical research : IJPR*, *16*(1), 404–409.

Saqib, M. (2016). Risk factors for thoracic surgery. *Anaesth Pain & Intensive Care*, 20(1), 77-80

Schabath, M. B., ve Cote, M. L. (2019). Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *28*(10), 1563–1579. Erişim adresi: 11.01.2024 https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0221

Schwartz, G., Sancheti, M., ve Blasberg, J. (2020). Robotic Thoracic Surgery. *The Surgical clinics of North America*, *100*(2), 237–248. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.12.001

Scott, I., Scuffham, P., Gupta, D., Harch, T., Borchi, J. ve Richards, B. (2020). Dijitale geçiş: kronik hastalık öz yönetiminde mobil uygulamaların etkileri, kalitesi ve faydasına ilişkin bir anlatı özeti . *Avustralya sağlık incelemesi: Avustralya Hastane Birliği'nin bir yayını.* Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1071/AH18064.

Schaller, S., Anstey, M., Blobner, M., Edrich, T., Grabitz, S., Gradwohl-Matis, I., vd. (2016). Cerrahi yoğun bakım ünitesinde erken, hedef odaklı mobilizasyon: randomize kontrollü bir çalışma. The Lancet, 388, 1377-1388. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31637-3.

Seiler, A., Klaghofer, R., Ture, M., Komossa, K., Martin-Soelch, C., ve Jenewein, J. (2016). A systematic review of health-related quality of life and psychological outcomes after lung transplantation. *The Journal of heart and lung transplantation: the official publication of the International Society for Heart Transplantation*, *35*(2), 195–202. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1016/j.healun.2015.07.003

Sengupta, S. (2015). Post-operative pulmonary complications after thoracotomy. *Indian journal of anaesthesia*, *59*(9), 618–626. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.4103/0019-5049.165852

Shah, P. L., Herth, F. J., van Geffen, W. H., Deslee, G., ve Slebos, D. J. (2017). Lung volume reduction for emphysema. *The Lancet. Respiratory medicine*, *5*(2), 147–156. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30221-1

Shenstone, N. S., ve Janes, R. M. (1932). Experıences In Pulmonary Lobectomy. *Canadian Medical Association journal*, *27*(2), 138–145.

Sillero Sillero, A., ve Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE open medicine*, *6*,2050312118818304. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1177/2050312118818304

Su, X., Qin, F., Zhen, L., Ye, X., Kuang, Y., Zhu, M., vd. (2016). Self-efficacy and Associated Factors in Patients With Temporary Ostomies: A Cross-sectional Survey. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, *43*(6), 623–629. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000274

Tahiri, M., Goudie, E., Jouquan, A., Martin, J., Ferraro, P., ve Liberman, M. (2020). Enhanced recovery after video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy: a prospective, historically controlled, propensity-matched clinical study. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, *63*(3), E233–E240. Erişim tarihi: 11.02.2024 https://doi.org/10.1503/cjs.001919

Taşdöğen, A., ve Hepağuşlar, H. (2015). Toraks cerrahisinde ağrı kontrolü. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 6: 56-60.

TÜİK (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. Erişim tarihi: 14.06.2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023- adresinden alındı.

Türk Toraks Derneği (2024). Akciğer Nakli: Kime yapılır? Kime yapılamaz? Erişim tarihi: 14.06.2024 https://toraks.org.tr/site/news/4549 adresinden alındı.

Ucakan, G. (2010). Tip II Diabebetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *T.C. Erciyes*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri Akademi Yayınları, 2012. S.245-69.

Uçar, Y.E. (2018). Akciğer Kanseri. S.E. Uçan, Z. Durna, N. Olgun, Ç.R. Akyıl (Ed.) *Göğüs Hastalıkları Hemşireliği* (ss. 324-344). Ankara : Bilimsel Tıp Yayınevi.

Usta Yeşilbalkan, Ö. (2001*). Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri* (Yayın no:108396). [Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim tarihi: 21.09.2023 https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Venuta, F., ve Van Raemdonck, D. (2017). History of lung transplantation. *Journal of thoracic disease*, *9*(12), 5458–5471. Erişim tarihi: 17.06.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2017.11.84

Vermişli, S., Çakmak, Ö., ve Müezzinoğlu, T. (2022). Radikal Sistektomi ve İleal Konduit Sonrası Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyonun İyileşme Süreci ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi: Randomize Prospektif Kontrollü Bir Çalışma. Ürolojik Cerrahi Dergisi, 9(1), 9-19. doi:10.4274/jus.galenos.2021.2021.0065.

Walji, H. D., Ellis, S. A., Martin-Ucar, A. E., ve Hernandez, L. (2023). Simulation in thoracic surgery-A mini review of a vital educational tool to maximize peri-operative care and minimize complications. *Frontiers in surgery*, *10*, 1146716. Erişim tarihi: 11.06.2024 https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1146716

Wang, Y., Li, S., Gong, J., Cao, L., Xu, D., Yu, Q., vd. (2022). Perceived Stigma and Self-Efficacy of Patients With Inflammatory Bowel Disease-Related Stoma in China: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in medicine*, *9*, 813367. Erişim tarihi: 18.06.2024 https://doi.org/10.3389/fmed.2022.813367

Weill, D., Benden, C., Corris, P. A., Dark, J. H., Davis, R. D., Keshavjee, S., vd. (2015). A consensus document for the selection of lung transplant candidates: 2014--an update from the Pulmonary Transplantation Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart*

Transplantation, *34*(1), 1–15. Erişim tarihi: 16.06.2024. https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.06.014

Weill, D. (2018). Lung transplantation: indications and contraindications. *Journal of thoracic disease*, *10*(7), 4574–4587. Erişim tarihi: 17.06.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2018.06.141

Wilson, S., Bladin, P., ve Saling, M. (2001). The "burden of normality": concepts of adjustment after surgery for seizures. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, *70*(5), 649–656. Erişim tarihi: 15.06.2024 https://doi.org/10.1136/jnnp.70.5.649

Wong, M. K. H., Sit, A. K. Y., ve Au, T. W. K. (2018). Minimally invasive thoracic surgery: beyond surgical access. *Journal of thoracic disease*, *10*(Suppl 16), S1884–S1891. Erişim tarihi: 14.06.2024 https://doi.org/10.21037/jtd.2018.05.196

Wu, H. K., Chau, J. P., ve Twinn, S. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer nursing*, *30*(3), 186–193. Erişim tarihi: 21.06.2024 https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000270704.34296.86

Yang, J., Xia, Y., Yang, Y., Ni, Z. Z., He, W. X., Wang, H. F., vd. (2014). Risk factors for major adverse events of video-assisted thoracic surgery lobectomy for lung cancer. *International journal of medical sciences*, *11*(9), 863–869. Erişim tarihi: 21.07.2024 https://doi.org/10.7150/ijms.8912

Yeşilyaprak B, (2012). *Eğitim Psikolojisi.Gelişim, Öğrenme-Öğretim.* Ankara: Pegem

Yeung, W. W. (2016). Post-operative care to promote recovery for thoracic surgical patients: a nursing perspective. *Journal of thoracic disease*, *8*(Suppl 1), S71–S77. https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.10.68

Yuan, C., Wei, C., Wang, J., Qian, H., Ye, X., Liu, Y. ve Hinds, P. (2014). Farklı sosyoekonomik statüye sahip kanserli hastalarda öz yeterlilik farkı: gizli sınıf analizi ve standardizasyon ve ayrıştırma analizinin uygulanması. *Kanser epidemiyolojisi*, 38 3, 298-306. doi.org/10.1016/j.canep.2014.02.012.

Zhang, X., Huang, X., Peng, Y., Huang, L., Lin, L., Chen, L., vd. (2023). Mediating effects of general self-efficacy on social support and quality of life in patients after surgical aortic valve replacement. *Nursing open*, *10*(10), 6935–6944. Erişim tarihi: 18.01.2024 https://doi.org/10.1002/nop2.1947.

EKLER

Ek-1: Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu ankette göğüs cerrahisi operasyonu geçiren hastaların tanıtıcı bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak tez için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Hemşire

Rüya GÜMÜŞ

Sosyo Demografik Özellikler

1-Yaşınız……

2-Cinsiyet……..

3-Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar

4-Eğitim durumuzun nedir?

1-Okuryazar 4-Lise

2-İlkokul 5-Önlisans-lisans

3-Ortaokul 6-Lisansüstü

5-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

6-Sosyal güvenceniz var mı?

1-Evet 2-Hayır

7- Gelir durumunuz nedir?

1-Az 2-Fazla 3-Gelir-gider eşit

Hastalığa İlişkin Özellikler

8- Daha önce hastaneye yatma deneyiminiz oldu mu?

1-Evet 2-Hayır

9-Akciğer hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır Evet ise ……

10-Sigara/Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır Evet ise miktarı……..

11- Yapılan ameliyatın türü

1-Pnömonektomi

2-Lobektomi

3 WedgeRezeksiyonu

4-Bilobektomi

5-Segmentektomi

6-Diğer….

12-Ameliyatın şekli nedir?

1-Video yardımlı torakscerrahisi(VATS)

2 -Açık ameliyat (Torakotomi)

Ek-2: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği

	Doğru değil	Biraz doğru	Daha doğru
1.Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum.			
2.Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim.			
3. Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yollar ararım.			
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim.			
5. Güç sorunların çözümünü gayret etsem her zaman başarabilirim.			
6.Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.			
7.Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halletmeye yönelik birçok fikrim vardır.			
8.Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.			
9. Ani olayların hakkından gelebileceğimi sanıyorum.			
10. Her sorun için bir çözümüm vardır.			

Doğru değil (1), Biraz doğru (2), Daha doğru (3) puan

Ek-3: Hasta Hareketlilik Ölçeği

Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale), Heye vd. (2002) tarafından cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.İlk sıradaki yanıt (1) – son sıradaki yanıt (5) puan ile puanlandırılmaktadır.

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Oturma:

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Hasta Odasında Yürüme:

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Ek-4: Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-5: Hasta Hareketlilik Ölçeği İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma Rüya GÜMÜŞ tarafından yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Araştırmanın Amacı Nedir? Araştırmanın amacı göğüs cerrahisi operasyonu geçiren hastaların öz yeterlilik düzeyinin mobilizasyon üzerine etkisinin incelenebilmesidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen, sorulan sorulara cevap vermenizdir. Bu araştırmaya katılım ortalama olarak 15-20 dakika sürmektedir.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız? Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük temelinde olmalıdır. Sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Sağladığınız veriler gönüllü katılım formlarında toplanan kimlik bilgileri ile eşleştirilmeyecektir.

Katılımınızla ilgili bilmeniz gerekenler: Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda araştırmayı yapan kişiye, araştırmadan çıkmak istediğinizi eposta yolu ile iletmeniz yeterli olacaktır. Araştırma sonunda, bu araştırmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. *(Varsa, araştırmanın katılımcıya sağlayacağı faydalar da açıklanmalıdır).*

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Bu araştırmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için Rüya GÜMÜŞ ile e posta üzerinden iletişim kurabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

Evet

Hayır

Ek-7: Etik Kurul İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-8: Çalışmanın Yapıldığı Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Rüya GÜMÜŞ

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans	2023	Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Lisans	2010-2014	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Lise	2006- 2010	Kenan Evren Anadolu Lisesi/ Sayısal

İş/İstihdam (Varsa)

Yıl	Görev
2014 – 2015	Şifa Üniversitesi Hastanesi/ Genel Yoğun Bakım Hemşireliği
2015 – 2016	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastaıkları Göğüs Cerrahisi Hastanesi/Palyatif Bakım Hemşireliği
2016 – 2023	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastaıkları Göğüs Cerrahisi Hastanesi/Göğüs Hastalıkları Servis Sorumlu Hemşireliği
2023 – 2024	İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi/Göğüs Hastalıkları Klinik Hemşireliği
2024 – Halen	İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi/İç Hastalıkları Klinik Hemşireliği