

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

**İNGUİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARDA AĞRI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif AYDENİZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Dilek AYGİN

HAZİRAN - 2025

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNGUİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARDA AĞRI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif AYDENİZ

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

“Bu tez/...../202.. tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu alışma Kocaeli şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/02/2024 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../2025

Elif AYDENİZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan, rehberliği ve desteğiyle çalışmama katkı sağlayan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Dilek AYGİN'e,

Katkılarıyla hep yanımda olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hande CENGİZ AÇIL hocama,

Çalışmamın uygulama sürecinde desteklerini esirgemeyen; M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Klinik Şefi Sayın Op. Dr. Kazım ŞAHİN'e

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi Sayın Hatice ULU ve klinikteki tüm ekip arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan beni destekleyen canım annem, babam, halam, dayım ve abilerime,

Tüm destekleri, ilgileri, emekleri ve varlıkları için en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	viii
ŞEKİLLER	ix
GRAFİKLER.....	x
TABLolar.....	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. FITIK TANIMI.....	5
2.2. İNGUİNAL BÖLGE ANATOMİSİ	5
2.2.1. Hasselbach Üçgeni.....	7
2.3. İNGUİNAL HERNİ SINIFLANDIRILMASI	8
2.3.1. İndirekt İnguinal Herni.....	8
2.3.2.Direkt İnguinal Herni	9
2.3.3. Femoral Herni	9
2.4. EPİDEMİYOLOJİSİ.....	10
2.5. PATOGENEZİ VE ETİYOLOJİSİ.....	10
2.5.1. Konjenital (Doğuştan) Herni.....	10
2.5.2. Edinilmiş Herni	11
2.6. BELİRTİ VE BULGULAR	11
2.7.TANI.....	12
2.8. RİSK FAKTÖRLERİ.....	13
2.9. İNGUİNAL HERNİ CERRAHİSİ VE ONARIM TEKNİKLERİ.....	13
2.9.1. Açık Yaklaşımlar	14

2.9.2. Laparoskopik Yaklaşımlar	14
2.10. İNGUİNAL HERNİ KOMPLİKASYONLARI.....	15
2.10.1. Preoperatif Komplikasyonlar	15
2.10.2. İntraoperatif Komplikasyonlar	15
2.10.3. Postoperatif Komplikasyonlar.....	16
2.11. AĞRI.....	17
2.11.1. Ağrının Nörofizyolojisi.....	18
2.11.2. Ağrının Sınıflandırılması	19
2.11.3. Ağrı Ölçüm Araçları	21
2.11.4. Ameliyat Sonrası Ağrı	22
2.11.5. İnguinal Herni Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Analjezi.....	22
2.11.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Sorumluluğu	23
2.12. YAŞAM KALİTESİ	25
2.13. HEMŞİRELİK BAKIMI.....	27
2.13.1. İnguinal Herni Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	27
2.13.2. İnguinal Herni Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	29
GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	31
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	31
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH	31
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	32
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
3.4.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 5).....	33
3.4.2. Vizuel Analog Skala-Ağrı (VAS-Ağrı)	34
3.4.3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6).....	34
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	35
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	35
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	36
4.BULGULAR.....	37
4.1. İNGUİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ.....	37
4.2. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI VAS-AĞRI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ .	39
4.3. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-12 YAŞAM KALİTESİ PUANLARI BAKIMINDAN DEĞİŞİMİN İNCELENMESİ.....	41

4.4. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN İNCELENMESİ.....	42
4.5. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN İNCELENMESİ.....	43
4.6. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI VE SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	46
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. İNGÜİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA ÖZGÜ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	47
5.2. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI VAS-AĞRI DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI.....	49
5.3. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-12 YAŞAM KALİTESİ PUANLARI BAKIMINDAN DEĞİŞİMİN TARTIŞILMASI.....	51
5.4. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN TARTIŞILMASI.....	52
5.5. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI VE SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ TARTIŞILMASI.....	53
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	57
EKLER	75

KISALTMALAR VE SİMGELER

APS: American Pain Society
ASIR: Age Standardized İncidence Rates
ASPR: Age Standardized Prevalence Rates
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CCS: Carolinas Comfort Scale
CPIP: Chronic Postoperatif İnguinal Herni
EHS: European Hernia Society
HREI: Hernia Repair Education Intervention
IASP: International Association for the Study of Pain
IPOM: İnteraperitoneal Onlay Mesh
KLB: Kuadratus Lumborum Bloğu
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
ORT: Ortalama
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SS: Standart Sapma
TAP: Transversus Abbdominis Plan
TAPP: Transabdominal Preperitoneal
TEP: Total Ekstraperitoneal
US: Ultrasonografi
VAS: Vizuel Analog Skala

ŞEKİLLER

Şekil 1.İnguinal Bölge Anatomisi.....	6
Şekil 2. Hasselbach üçgeni, İnguinal kanal ve Femoral kanal anatomisi	7
Şekil 3. İnguinal Herni Şişlik.....	12
Şekil 4. Nosisepsiyon.....	18
Şekil 5. Örneklem Büyüklüğü	31
Şekil 6. Vizuel Analog Skala	32



GRAFİKLER

Grafik 1. Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası, Ameliyat sonrası 1.gün, Ameliyat sonrası 1.ay Ağrı Puanları 40

Grafik 2. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-12 Yaşam Kalitesi Puanları Bakımından Değişimin İncelenmesi 41



TABLÖLAR

Tablo 1. İnguinal Bölgede Yüzeyden Derine Doğru Sıralanan Anatomik Oluşumlar	6
Tablo 2. Ağrı Tanılamasında Kullanılan Ölçekler.....	21
Tablo 3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ana ve Alt Boyutları.....	34
Tablo 4. İnguinal Herni Ameliyatı Geçiren Hastaların Bireysel ve Hastalığa Özgü Özellikleri.....	38
Tablo 5. Zamana Göre Ağrı Puanı Bakımından Değişimin İncelenmesi.....	39
Tablo 6. Zamana Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Puanları Bakımından Değişimin İncelenmesi.....	41
Tablo 7. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1.Ayda Ağrı Puanlarının Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Açısından Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	42
Tablo 8. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1.Ayda SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Açısından Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	43
Tablo 9. Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası 1.Ayda Ağrı Ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İnguinal herni onarımı sonrası gelişen postoperatif ağrı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan önemli bir komplikasyondur. Hemşirelik bakımında verilen eğitimin ve destekleyici girişimlerin, ağrının azaltılmasında ve iyileşmenin desteklenmesinde etkisi vardır. Çalışmanın amacı inguinal herni ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesinde ve taburculukta verilen eğitimin ağrı ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu nicel araştırma, deneme öncesi deneysel desende tek grup ön test-son test modeliyle, tanımlayıcı ve kesitsel tipte olacak şekilde 56 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, literatür ve rehberlere dayalı formlar olan “Hasta Bilgi Formu”, “Visual Analog Skala (VAS)-Ağrı” ve “SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile toplandı. Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktarıldı ve çeşitli istatistiksel testlerle analizler yapıldı. Anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

BULGULAR: Zamana bağlı VAS ağrı puanı değişimleri anlamlı bulundu ($p<0,05$). Ameliyat öncesi $2,07\pm1,09$, ameliyat sonrası 0. gün $7,89\pm0,76$, ameliyat sonrası 1. gün $3,68\pm0,69$ ve ameliyat sonrası 1. ay ağrı puanı ortalaması $0,98\pm0,80$ olarak belirlendi. Zamana göre SF-12 Yaşam Kalitesi puanları incelendiğinde; sosyal fonksiyon puanı bakımından anlamlı bir değişim bulunmamakta ($p>0,05$) iken fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması alt boyut puanları bakımından anlamlı bir değişim bulundu ($p<0,05$).

SONUÇ: Ameliyat sonrası etkili ağrı yönetimi ve hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesini olumlu etkilediği görüldü. Ameliyattan bir ay sonra hastaların ağrı düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlemlendi ve yaşam kalitelerinde iyileşme kaydedildi. Elde edilen bulgular, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hemşirelik eğitiminin önemini ve bu uygulamaların desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: İnguinal herni, ağrı, yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı, ameliyat sonrası

SUMMARY

Evaluation of Pain and Quality of Life in Patients Undergoing Inguinal Hernia Surgery

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Postoperative pain after inguinal hernia repair is an important complication that negatively affects quality of life and limits daily life activities. Education and supportive interventions given in nursing care have an effect on reducing pain and supporting recovery. The aim of the study is to evaluate the effect of education given to patients who will undergo inguinal hernia surgery before surgery and at discharge on pain and quality of life.

MATERIAL AND METHODS: This quantitative study was conducted with 56 patients in a pre-experimental design with a single group pre-test-post-test model, descriptive and cross-sectional. Data were collected using literature and guide-based forms: “Patient Information Form”, “Visual Analog Scale (VAS)-Pain” and “SF-12 Quality of Life Scale”. Data were transferred to IBM SPSS Statistics 26 program and analyzed with various statistical tests. $P < 0.05$ was accepted as significance.

RESULTS: Time-dependent VAS pain score changes were found to be significant ($p < 0.05$). Preoperative 2.07 ± 1.09 , postoperative 0th day 7.89 ± 0.76 , postoperative 1st day 3.68 ± 0.69 and postoperative 1st month pain score average was determined as 0.98 ± 0.80 . When SF-12 Quality of Life scores were examined according to time; there was no significant change in terms of social function score ($p > 0.05$), while there was a significant change in terms of physical function, physical and emotional role limitation, mental health, energy, pain, general perception of health sub-dimension scores ($p < 0.05$).

CONCLUSION: It was observed that effective postoperative pain management and nursing education positively affected the quality of life. A significant decrease in the patients' pain levels was observed one month after the surgery and an improvement in their quality of life was recorded. The findings show the importance of

preoperative and postoperative nursing education and the need to support these practices.

Keywords: Inguinal hernia, pain, quality of life, nursing care, postoperative



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Herni (fitik); “*bir organın veya dokunun, çevresindeki kas veya doku duvarındaki zayıf bir noktadan dışarı doğru çıkıntı yapması*” olarak tanımlanmaktadır. İnguinal herni ise abdominal içeriğin inguinal kanaldan dışarı çıkmasıyla oluşur ve yaşam boyu erkeklerde %27, kadınlarda ise %3 oranında görülmektedir (Berndsen, Gudbjartsson and Berndsen 2019, Haladu et al 2022, McBee, Walters and Fitzgibbons 2022, Abebe, Tareke, Alem, Debebe and Beyene 2022).

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 20 milyon inguinal (kasık) ve femoral herni onarımı gerçekleştirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yılda yaklaşık 800.000 inguinal herni onarımı yapılmaktadır (Huverta and Garza 2025). İtalya’da bu sayı yılda yaklaşık 130.000, Fransa’da yılda yaklaşık 100.000, Birleşik Krallık’ta ise yaklaşık 80.000’dir (Ortenzi et al 2023, Huverta and Garza 2025). Çin’de ise her yıl yaklaşık 1.2 milyon inguinal herni onarımı gerçekleştirilmektedir (Li, Li Hou and Tang 2023).

Türkiye’de inguinal herni ameliyatlarına ilişkin ulusal düzeyde kapsamlı bir prevalans çalışması bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerinde bu ameliyatlara dair yıllık kesin sayılara yer verilmediği tespit edilmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 2 Mayıs 2025).

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması kapsamında 2019 yılında yürütülen kesitsel bir çalışmaya göre, son 30 yıllık süreçte dünya genelinde inguinal, femoral ve abdominal (karın) fitiklarına ilişkin yaşa göre standardize edilmiş insidans (ASIR; age-

standardized incidence rates) ve prevalans (ASPR; age-standardized prevalence rates) oranlarında azalma gözlenmiştir. Ancak bu oranlardaki düşüşe rağmen, mutlak vaka sayılarında belirgin bir artış yaşanmıştır. 1990 yılında yaklaşık 23,92 milyon olan küresel fitik prevalansı, 2019 yılında %36 artarak 32,53 milyona ulaşmıştır (Ma et al 2023).

Fıtıklar, anatomik lokalizasyonlarına göre; bel, boyun, mide, karın ön duvarı fıtıkları (inguinal herni, femoral herni, umbilikal herni, ventral/insizyonel herni, özofageal-hiatus herni) gibi çeşitli türlere ayrılmakta olup tüm fıtıkların yaklaşık %90'ını karın ön duvarı fıtıkları ve bu grubun da yaklaşık %75'ini inguinal herniler oluşturmaktadır (Jensen, Henriksen and Jorgensen 2017, HerniaSurge Group 2018).

İnguinal herniler defektin anatomik yerleşimine göre indirekt inguinal, direkt inguinal ve femoral fıtıklar olarak sınıflandırılabilir (Tung and Heyns 2022). İnguinal herniler konjenital (doğuştan) veya edinilmiş olarak oluşmaktadır. Konjenital fıtık anormal gelişimin bir sonucudur, edinilmiş fıtık ise normalde gelişmiş dokuların zayıflamasına veya bozulmasına yol açan değişikliklerden kaynaklanmaktadır (Brooks and Hawn 2025).

İnguinal hernilerde en sık bildirilen semptom, kasık bölgesinde ortaya çıkan şişlik ve buna eşlik eden rahatsızlık hissi ve ağrıdır. Semptomlar özellikle ağır kaldırma, ıkınma veya uzun süre ayakta kalma gibi karın basıncını artıran durumlarda artış gösterebilir (HerniaSurge Group 2022). Tedavi edilmediği takdirde ilerleyerek strangülasyon (boğulma), obstrüksiyon (tıkanma) ya da inkarserasyon (fıtık içeriğinin sıkışması) gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir; bu tablolar acil cerrahi gereksinim gerektirir ve mortalite riskini artırır (Burcharth, Pedersen, Bisgaard, Pedersen and Rosenberg 2013).

İnguinal hernilerin cerrahi tedavisi, temel olarak anterior (açık) ve laparoskopik teknikler olmak üzere iki ana yöntemle uygulanmaktadır. Her iki yaklaşımda da amaç, fıtık defektini kapatarak nüksü önlemektir (Chen, Hu and Huang 2023). Bununla birlikte, cerrahi girişim sonrası bazı komplikasyonlar gelişebilir. En sık

bildirilen komplikasyonlar arasında erken dönemde hematoma, seroma, yara enfeksiyonu ve idrar retansiyonu yer almaktadır. Uzun dönemde ise kronik postoperatif inguinal ağrı (CPIP; chronic postoperative inguinal pain), sinir hasarı ve fitik nüksü gibi sorunlar görülebilir (Teimuraz, Tamaz, Ilona, Nino and Giorgi 2021). Çalışmalar CPIP yaygınlığının %20-30 olduğunu bildirirken, günlük aktiviteleri etkileyen şiddetli CPIP'nin uzun vadeli takiplerde %6-10 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Olsson et al 2023). Bu komplikasyonlara bağlı olarak hastalarda ağrı, hareket kısıtlılığı, uyuşma ve kasık bölgesinde rahatsızlık hissi gibi semptomlar gelişebilir (Olsson et al 2023).

Yukarıda ele alınan semptomlar özellikle postoperatif dönemde ağrı hastanın iyileşme sürecini ve günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Ağrı ile günlük yaşam aktiviteleri arasında güçlü bir ilişki bulunmakta olup, kronik ağrısı olan bireylerin %30 ile %50'si yürüme, sosyal katılım ve bağımsız yaşamada kısıtlılık yaşadığı tespit edilmiştir. Kısıtlılık düzeyi, ağrının şiddeti, yeri ve süresi gibi bazı faktörlerden etkilenmektedir (Dueña, Salazar, de Sola and Failde 2020).

Zhang ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, hemşirelik müdahalesinin inguinal herni ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası ağrı düzeyi ve kısıtlama davranışları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, 1.gün VAS skoru gözlem grubunda 6.16 ± 0.52 iken, kontrol grubunda 7.91 ± 0.61 olarak ölçülmüştür ($p<0.05$) ve gözlem grubunun ağrı skorları, kontrol grubuna kıyasla 4. güne kadar anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Her iki grupta da iyileşmeler görülmekle birlikte genel durum yönetimi skoru gözlem grubunda 11.29 ± 1.73 'ten 17.43 ± 1.98 'e istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Ameliyat sonrası giderilemeyen akut ağrının, kronik ağrı gelişimine katkıda bulunan bir faktör olduğu bilinmektedir (Oğuz Erdem ve Yümnü 2024). Ağrıdan şikayetçi olan hastanın analjezik gereksinimi artmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri güçleşmekte, işe dönüş süreleri uzamakta, yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte, kronik ağrı görülebilmekte (%5-35 oranında) ve anksiyeteye/depresyona eğilimleri de artmaktadır. Aynı zamanda hasta ve sağlık

kuruluşları açısından ekonomik kayıplara yol açmaktadır (Chen, Boden and Schreiber 2021). Bu nedenle, inguinal herni ameliyatı sonrasında ağrıyı azaltmaya yönelik müdahaleler kritik önem taşımaktadır (Fawzy, Ghanem, Mohammed and Abd Almageed 2016). Perioperatif hemşirelik bakımı ve tedavinin optimum düzeyde sürdürülmesi ameliyatın başarısını ve yaşam kalitesini artıran en önemli yaklaşımdır (Kızılcık Özkan, Dığın ve Dinlegör Sekmen 2023). Ameliyat öncesi hasta eğitimi ile cerrahi prosedür, ameliyat sonrası egzersizler, gelişebilecek sorunlarla nasıl başa çıkılacağı ve taburculuk eğitimi gibi konularda yazılı ve sözlü eğitim verilerek hasta bireyin biyopsikososyal gereksinimleri karşılanabilmektedir (Sawhney, Watt-Watson and McGillion 2017).

Tüm dünyada karın duvarı fıtığı görülme sıklığı giderek artmaktadır. Ancak ameliyat edilen hastalarda ağrı ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmalara pek az rastlanmaktadır. Buradan yola çıkarak, inguinal herni ameliyatı geçiren hastalarda ağrı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu tez çalışmasında; bakım kalitesini artırmak ve kanıtlara katkı sağlamak için hastalara ameliyat öncesi ve taburculukta verilen eğitimin ağrı düzeylerine ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirildi.

Genel bilgiler kısmında inguinal herni, ağrı, yaşam kalitesi, cerrahi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımına yönelik bilgiler yer verildi. Devamında ise gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler kısmı yer almaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. FITIK TANIMI

Fıtık; Yunanca bir kelime olan hernios'tan türemiştir tomurcuk veya dalı, Latince rüptür anlamına gelmektedir (Öztürk 2020). Tıp literatüründe ise fıtık; karın içi organların bir kısmının, konjenital (doğuştan) veya edinsel (sonradan) olarak zayıf doku ya da kasların doğal boşluğundan dışarı doğru çıkması olarak tanımlanmaktadır (Özer ve ark 2016).

Fıtıklar genel olarak toplumun %2 ile %4'ünde görülmektedir (Özer ve ark 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1,6 milyon inguinal herni teşhis ediliyor ve 700.000'i cerrahi olarak onarılıyor (Montgomery, Dimick and Telem 2018, McBee, Walters and Fitzgibbons 2022). İnguinal hernilerin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %27, kadınlarda ise %3'tür (Zendejas et al 2013).

2.2. İNGUİNAL BÖLGE ANATOMİSİ

Karın ön duvarının üst sınırı kosta kenarları ve ksifoid çıkıntı, alt sınırı ise iliak krest, pubis ve simfizis pubis tarafından oluşturulmuştur. Lateralde mid-aksiller çizgiye dek bu hegzagonal yapı devam etmektedir. Posteriorde karın arka duvarı ve paravertebral dokular yer alır (Brooks 2025).

Cilt ve cilt altı yağlı dokudan sonra yüzeysel fasya görülmektedir. Camper fasyası yüzeysel fasyanın yüzeysel tabakası olup, hastanın vücut yapısına bağlı olarak kalınlığı

değişebilen yüzeyel yağlı tabakadır. Scarpa fasyası zar yapısında, membranöz olup çok az yağ içerir. Göbeğin altında başlar, uylukta devam eder, yüzeyel fasyanın derin tabakasıdır (Gray and Mizell 2025).

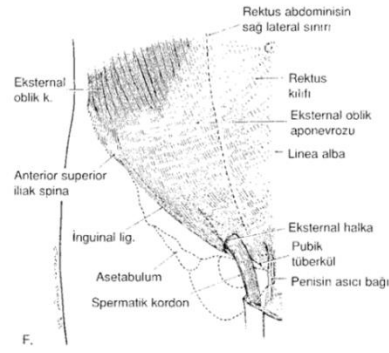
Karın ön duvarını anterolateral ve orta hat olmak üzere kabaca iki kısma ayırabiliriz. Eksternal oblik, internal oblik ve transversus abdominis kası anterolateral bölümü oluşturmaktadır. Orta hatta ise rektus abdominis kası ve piramidal kaslar yer almaktadır (Brooks 2025).

Karın ön duvarında, aşağıdan ligamentum inguinale, medialde musculus rektus abdominalisin lateral kenarı, yukarıdan spina iliaca anterior superiorları birleştiren çizginin bulunduğu alana “inguinal bölge” denir (Gray and Mizell 2025).

Tablo 1. İnguinal bölgede yüzeyden derine doğru sıralanan anatomik oluşumlar

- Cilt
- Ciltaltı Yağ Dokusu
- Camper ve Scarpa Fasyaları:
 - Camper Fasyası: Yüzeyel, yağ dokusundan zengin tabakadır.
 - Scarpa Fasyası: Daha derin, daha fibröz ve membranöz tabakadır.
- İnnominat Fasya: İnguinal bölgedeki kas ve bağ dokusu yapılarının üstünü örten fasyadır
- External Oblique Kasının Aponörozu: External oblik kasının aponörotik uzantısıdır, inguinal kanalın ön duvarını oluşturur.
- İnguinal Ligament ve Laküner Ligament
- Spermatik Kord
- Transversus Abdominis Kasının Aponörozu
- Transvers Fasya
- İliopubik Trakt ve Cooper Ligamenti
- Preperitoneal Yağ Dokusu
- Periton

Kaynak: Burkhardt, Arshanskiy, Munson, and Scholz 2011

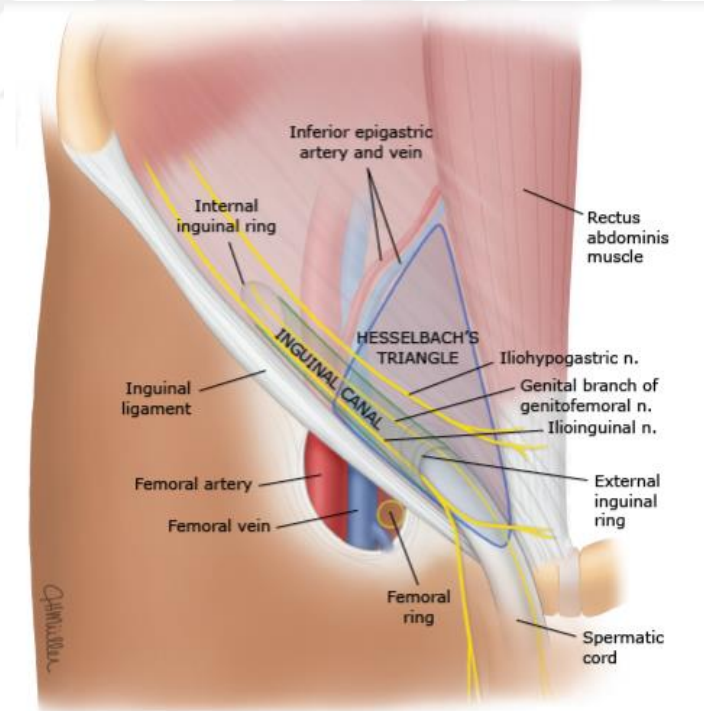


Şekil 1. İnguinal Bölge Anatomisi

Kaynak: Savaş 2009

2.2.1. Hasselbach Üçgeni

Hasselbach üçgeninin anatomik olarak üst sınırını epigastrik inferior damarlar, medial sınırı rektus kılıfı ve alt sınırını ise inguinal ligaman (Poupart ligamanı) yapar. Bu üçgen direkt hernilerin oluştuğu yerdir (Miserez et al 2007) . Şekil 2’de, Hasselbach üçgeninin anatomik sınırları gösterilmiştir.



Şekil 2. Hasselbach üçgeni, İnguinal kanal ve Femoral kanal anatomisi

Kaynak: Brooks, CD. & Hawn, M. 2024

2.3. İNGUİNAL HERNİ SINIFLANDIRILMASI

Birçok farklı inguinal herni sınıflandırması mevcuttur. İnguinal hernilerin, karın duvarı defektinin anatomik konumuna göre de sınıflandırılabilir. Kasık fıtıkları karın duvarı defektinin anatomik yerleşimine göre indirekt inguinal, direkt inguinal ve femoral fıtıklar olarak sınıflandırılabilir. İnguinal hernilerin yaklaşık %96'sı inguinal herni ve %4'ü femoral fıtıktır (Tung and Heyns 2022).

2.3.1. İndirekt İnguinal Herni

İndirekt inguinal herniler hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen fıtık türüdür. İsveç kaynaklarında, indirekt inguinal herni erkeklerde onarımların %54'ünü ve kadınlarda %49'unu oluşturmaktadır (Brooks and Hawn 2025). İndirekt inguinal herniler Avrupa Fıtık Derneği (EHS; European Hernia Society), inguinal herni sınıflandırma sisteminde lateral fıtıklar olarak sınıflandırılır (Miserez et al 2007).

İndirekt inguinal herni, erkeklerde spermatik kordun ve kadınlarda yuvarlak ligamanın inguinal kanala girdiği yer olan internal ringde gelişir. Fıtık kesesinin kökeni inferior epigastrik arterin lateralinde bulunur. İndirekt inguinal herni hem erkeklerde hem de kadınlarda daha sık sağda gelişir ve bunun erkeklerde sağ testisin daha sonra inmesinden ve kadınlarda kadın pelvisinin asimetrisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Rodríguez-Navarro, Susín, Armengol-Carrasco and López-Cano 2009, Hewitt 2017).

Yetişkinlerde görülen dolaylı inguinal hernilerin çoğu, yenidoğan döneminde veya çocuklukta klinik olarak belirgin olmasalar bile konjenitaldir. İç kasık halkasını bir yarığa kapattığı varsayılan bir deklanşör mekanizması, açık processus vaginalis'i olan hastalarda işlevsiz olabilir. Kas tonusunun azalması veya diğer bağ dokusu anormallikleri ile birlikte karın içi basıncın artması, karın içeriklerini genişlemiş iç halkadan kasık kanalına zorlayabilir ve klinik olarak tespit edilebilir bir fıtıkla sonuçlanabilir (Read 2005, Hewitt 2017).

2.3.2.Direkt İnguinal Herni

Direkt inguinal herni, erkeklerde inguinal hernilerin %30 ile %40'ını kadınlarda inguinal hernilerin yaklaşık %14 ile %21'ini oluşturur (Kark and Kurzer 2008, Brooks and Hawn 2025).

Direkt inguinal herni, inguinal ligament (Poupart ligamenti) tarafından altta, inferior epigastrik damarlar tarafından lateralde ve rektus abdominis kası tarafından medial olarak oluşturulan Hesselbach üçgeni içinde inferior epigastrik damarların medialine doğru çıkıntı yapar. Direkt fıtıklar, Avrupa Fıtık Derneği (EHS) inguinal herni sınıflandırma sisteminde medial fıtıklar olarak sınıflandırılır (Miserez et al 2007).

Direkt inguinal herniler, inguinal kanalın tabanındaki bir zayıflık sonucu oluşur. Bu zayıflık, çoğu hastada bağ dokusu anormalliklerinden kaynaklanıyor gibi görünse de, bazıları kronik aşırı gerilme veya yaralanmadan ötürü karın kaslarındaki zayıflıktan kaynaklanabilir (Miserez et al 2007).

2.3.3. Femoral Herni

Femoral herniler tüm inguinal hernilerin %10'undan azını ve tüm inguinal herni onarımlarının sadece %2 ile %4'ünü oluşturur (Dahlstrand, Wollert, Nordin, Sandblom and Gunnarsson 2009, Huerta and Garza 2025). Femoral herniler kadınlarda onarımların %20 ile %31'ini oluşturur, erkeklerde ise bu oran sadece %1'dir (Koch et al 2005, Ruhl and Everhart 2007, Dahlstrand 2009). Femoral herniler yaşamın ilerleyen dönemlerinde inguinal hernilere bağlı ortaya çıkar (Arenal, Rodríguez-Vielba, Gallo and Tinoco 2002, Kark and Kurzer 2008). 70 yaşın üzerinde femoral herniler kadınlarda onarımların %52'sini ve erkeklerde onarımların %7'sini oluşturur (Arenal et al 2002).

Femoral herniler inguinal ligamanın altında yer alır ve femoral venin medialinde ve lakunar ligamanın lateralinde bulunan femoral halkadan dışarı doğru çıkıntı yapar. Femoral halka yaşlanma veya yaralanma sonucu genişleyebilir ve patulöz hale gelebilir. Femoral herniler en az görülen herni türü olmasına rağmen, bunların yüzde 40'ı sıkışma veya boğulma ile acil olarak ortaya çıkar (McIntosh, Hutchinson, Roberts and Withers 2000, Ruhl and Everhart 2007).

2.4. EPİDEMİYOLOJİSİ

Karın duvarı fıtıkları, tüm ırklarda, her iki cinsde ve her yaşta sık olarak rastlanmaktadır (Cowan et al 2023). Karın ön duvarı fıtıkları, tüm fıtıkların yaklaşık %90'ını oluşturur ve bunlar tiplerine göre indirekt inguinal herni %56, direkt inguinal herni %22, femoral herni %6, umbilikal herni %3, ventral veya insizyonel herni %1, özafageal-hiatus herni %1 ve diğer herniler %2 oranında görülmektedir (Sayek 2004, Özer ve ark 2016).

İnguinal herni tüm karın duvarı fıtıklarının %75'ini (direkt veya indirekt) oluşturur. Erkekler tüm inguinal hernilerin yaklaşık %90'ını, kadınlar ise yaklaşık %10'unu oluşturur (Değerli 1998, Sayek 2004).

Fıtık türleri yaş dağılımına ve erkek/kadın oranına göre değişmektedir. Genel olarak inguinal herniler erkeklerde daha sık görülürken (%86) femoral herniler kadınlarda daha sık görülmektedir (%84). Buna rağmen kadınlarda en sık görülen inguinal herni femoral değil indirekt hernidir. Erkeklerde görülen inguinal hernilerin ise sadece %2'si femoral hernidir. İnguinal hernilerin %12'si bilateraldir (Özer ve ark 2016).

2.5. PATOGENEZİ VE ETİYOLOJİSİ

İnguinal herniler konjenital (doğuştan) veya edinilmiş olarak sınıflandırılabilir. Konjenital fıtık anormal gelişimin bir sonucudur, edinilmiş fıtık ise normalde gelişmiş dokuların zayıflamasına veya bozulmasına yol açan değişikliklerden kaynaklanır (Brooks and Hawn 2025).

2.5.1. Konjenital (Doğuştan) Herni

Konjenital inguinal herni, embriyogenez sırasında inguinal kanaldan testislerin inişinden önce gelen, parietal peritonun içe doğru kıvrılması olan patent processus vaginalis kapanmamasından kaynaklanır. Processus vaginalis, erkeklerde testislerin göçünden ve inişinden önce gelen parietal peritonun içe doğru kıvrılmasıdır. Aynı içe doğru kıvrılma kadınlarda da meydana gelir ve processus vaginalis'in inguinal kanal

içindeki kısmına "Nuck kanalı" adı verilir ve genellikle fetal yaşamın sekizinci ayı civarında yok olur (De Meulder, Wojciechowski, Hubens and Ramet 2006, Jiang et al 2015, Mouravas and Sfoungaris 2015).

2.5.2. Edinilmiş Herni

Edinilmiş fıtıklar, vücut duvarının fibromusküler dokularının zayıflaması veya bozulması sonucu oluşan ve karın içi içeriğin edinilmiş defektten dışarı çıkmasına neden olan bir durumdur. Edinilmiş inguinal herniler, doğal bağ dokusu anormallikleri, kronik karın duvarı yaralanması veya muhtemelen ilaç etkileri sonucu gelişebilir (Holzheimer 2005).

Kasık bölgesindeki bağ dokusu, doğuştan gelen veya sonradan gelişen biyokimyasal ve metabolik bozukluklar sonucunda, kollajen metabolizmasının değişime uğramasıyla zayıflayabilir (Klinge, Binnebösel and Mertens 2006, Serra et al 2014). Bireyin kendisinde veya ailesinde fıtık geçmişi bulunması, bu rahatsızlığa yatkınlığı artırabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Akbulut, Çakabay ve Sezgin 2010). Bağ dokusunun yapısal bütünlüğünü etkileyen diğer faktörler arasında yaşlanma süreci ve sigara kullanımı önemli yer tutmaktadır (Ruhl and Everhart 2007, Rosemar, Angerås, Rosengren and Nordin 2010).

Karın içi basıncındaki artış veya karın duvarındaki yaralanmalar, muskuloaponevrotik yapıların kronik olarak aşırı gerilmesine yol açarak edinilmiş fıtıkların gelişimine katkıda bulunabilir. Bu basınç artışı, kronik öksürük, kabızlık, yoğun fiziksel egzersiz veya hamilelik gibi durumlarla ilişkili olabilir (Swan and Wolcott 2007, Chernyavsky, Davidov, Trooskin and Boyarsky 2011).

2.6. BELİRTİ VE BULGULAR

Fıtıkla ilişkili en yaygın semptom, kasıkta gözle görülür bir çıkıntı/şişlik ve bununla ilişkili olabilen rahatsızlık hissidir. Ağır kaldırma, ıkınma veya uzun süre ayakta durma gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda kasıklarda hissedilen ağrı, yanma ve sonradan oluşan bir şişlikten yakınma vardır. Bazı kişilerde ağrı olabilirken

bazılarında olmaz. Genellikle rahatsızlık/ağrı, gün sonunda veya uzun süre ayakta kaldıktan sonra daha belirgindir. Ayakta durma veya ıkınma ile oluşan ağrı, ilioinguinal sinirin gerilmesinden de kaynaklanabilir; bu, sinir gerildiğinde tipik olarak yayılan bir "karıncalanma" olarak tanımlanır ve gerilme serbest bırakıldığında ağrı hemen kaybolur (Vad, Frost, Bay-Nielsen and Svendsen 2012).

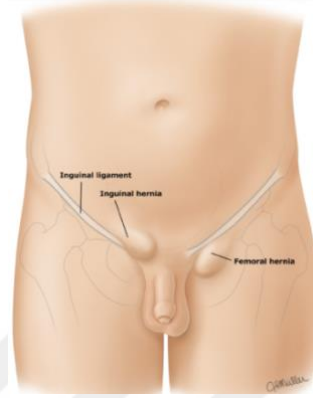
Eğer fitıklarda alışılmadık orta ile şiddetli bir ağrı başlarsa sıkışma veya strangülasyon (boğulma) olasılığı akla gelmelidir. Boğulmuş fitıklarda, ateş, taşikardi, mide bulantısı, kusma, karın ağrısı, karında distansiyon (şişkinlik) gibi semptomlar görülür (Gram-Hanssen, Jessen, Christophersen, Zetner and Rosenberg 2021, Gram-Hanssen, Christophersen and Rosenberg 2022).

2.7. TANI

Tanı öykü ve fizik muayeneye dayanarak konulabilir. Fiziksel muayenede en iyi, hasta ayakta dururken ve hekim hastanın karşısında otururken yapılır. Kasık bölgesinin gözlemi sırasında zaman zaman belirgin bir çıkıntı fark edilebilir. Bu durumda, hekim elini çıkıntının üzerine yerleştirir ve hastadan öksürmesi ya da Valsalva manevrası yapması istenir. Öksürük sırasında fitik, yumuşak ve belirgin bir itme hissi oluşturur. Bu his, sağlam karın duvarının öksürükle birlikte oluşturduğu daha sert itmeden farklıdır (Sayek 2013 McBee, Walters and Fitzgibbons 2022).

Erkek hastalarda, sağ elin işaret parmağı skrotum derisinden inguinal kanal yönünde ilerletilerek kanalın durumu değerlendirilir. Bu pozisyonda hastadan öksürmesi istenir. Eğer fitik parmak ucuna doğru temas ederse indirekt, parmağın pulpasına temas ederse direkt inguinal herni olarak değerlendirilir. Kadın hastalarda ise, parmakların iç yüzü kasık bölgesine yerleştirilerek hastadan öksürmesi istenir; bu esnada labium majus bölgesinde bir dolgunluk ya da büyüme olup olmadığı gözlemlenerek fitik varlığı kontrol edilir (Scott and Jones 2003, Sayek 2013, Walters and Fitzgibbons 2022).

Kasık ultrasonografisi (US), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve herniografi (peritoneografi) gibi diğer tanı yöntemleri, belirli klinik durumlarda tamamlayıcı bilgi sağlayarak tanıya katkıda bulunabilir (Fowler et al 2019, Garcia et al 2022).



Şekil 3. İnguinal Herni Şişlik

Kaynak: <https://www.keyholesurgeon.com.au/groin-hernia-sydney-randwick.html>

2.8. RİSK FAKTÖRLERİ

İnguinal herni için risk faktörleri şunları içerir:

- Aile Öyküsü
- Önceki kontralateral fıtık
- Erkek cinsiyet (riski 8 ila 10 kat artırır).
- Yaş (en yüksek görülme sıklığı 0 ila 5 ile 75 ila 80 yaş arasındadır) .
- Anormal kollajen metabolizması
- Prostatektomi
- Düşük vücut kitle indeksi

(Burcharth, Pedersen, Bisgaard, Pedersen and Rosenberg 2013, European Hernia Society 2019).

2.9. İNGUİNAL HERNİ CERRAHİSİ VE ONARIM TEKNİKLERİ

İnguinal hernilerin cerrahi tedavisi temel olarak anterior (açık) ve laparoskopik yöntem olmak üzere iki ana teknik üzerinden gerçekleştirilmektedir.

Cerrahide ana unsur myopektineal orifisten peritoneal protruzyonu engellemektir. Miyopektineal orifis; inguinal herniklarının tümünün kaynaklandığı alana verilen isimdir. Fıtığa neden olan defekt sınırları doğru şekilde tanımlanmalı ve onarım sürecinde sağlam anatomik dokular tercih edilmelidir. Etkili bir fıtık onarımı için doku gerginliğinden kaçınılmalıdır. Fıtık tamirinin temelini fıtık kesesinin yüksek diseksiyonu ve ligasyonu, bunun yanında arka duvar onarımı oluşturur. Fıtık tamirinde primer anatomik onarım veya meshli onarımlar mevcuttur (Skandalakis et al 2004). Bendavid'in 1990 yılında inguinal herni onarımı için 81 ameliyat tekniği olduğunu söylemesine rağmen günümüzde klinik uygulamada tercih edilen birkaç ameliyat tekniği bulunmaktadır (Ruhl and Everart 2007).

2.9.1. Açık Yaklaşımlar

1. Gerginlik yaratan klasik anatomik onarımlar

- Bassini operasyonu
- McVay (Cooper ligamanı prosedürü)
- Shouldice prosedürü
- Arka duvar ağ örme tekniği

2. Gerginlik yaratmayan ve mesh kullanılan onarımlar

- Nyhus prosedürü (meshli veya meshsiz)
- Lichtenstein prosedürü
- Gilbert'in plug (tıkaç) tekniği
- Stoppa operasyonu
- Anterior preperitoneal mesh takviyesi

Günümüzde en sık uygulanan teknik Lichtenstein onarımıdır (Nordin and van der Linden 2008).

2.9.2. Laparoskopik Yaklaşımlar

- Transabdominal preperitoneal (TAPP)
- İntraperitoneal onlay mesh (IPOM)
- Total ekstraperitoneal (TEP)

2.10. İNGUİNAL HERNİ KOMPLİKASYONLARI

2.10.1. Preoperatif Komplikasyonlar

a) İntestinal obstruksiyon: Fıtık bağırsak tıkanıklığına neden olabilir.

b) İnkarserasyon: Herni kesesinin karın boşluğuna geri itilememesi durumu, özellikle indirekt inguinal ve femoral hernilerde daha sık görülmektedir. İnsidans oranı, indirekt inguinal hernilerde yaklaşık %10, femoral hernilerde ise %20 düzeyindedir (Bittner et al 2011).

c) Strangülasyon: Fıtıklaşmış dokuların kan dolaşımlarının bozulmasıdır. Bu durumda lenfatik dolaşım da etkilenmekte ve buna bağlı olarak dokularda ödem oluşmaktadır. Venöz ve arteriyel dolaşımın bozulması ise iskemik değişikliklere yol açarak doku nekrozuna neden olabilir.

Strangülasyon, inguinal hernilerde en sık karşılaşılan ve en ciddi komplikasyonlardan biri olup, hem mortalite hem de morbidite oranlarını belirgin şekilde artırmaktadır. Strangülasyon, inguinal hernilerin yaklaşık %1,3 ila %3'ünde gözlemlenmekte olup, en sık indirekt inguinal hernilerde meydana gelmektedir. Bununla birlikte, strangülasyon açısından en yüksek risk femoral hernilerde bulunmakta olup, bu oran %5 ila %20 arasında değişmektedir (Pastorino and Alshuqayfi 2022, Goethals, Azmat and Adams 2023).

2.10.2. İntraoperatif Komplikasyonlar

a) Kanama

b) Vas deferens kesilmesi: Çift vas deferens olması nedeniyle tek vas deferens kesisi ciddi problemlere yol açmaz. Ancak kesildiği fark edilirse uç uca onarım denenmelidir, bunun %50 başarı şansı vardır (Wagner, Brunicardi, Amid and Chen 2015).

c) Sinirlerin kesilmesi: İlioinguinal, iliohipogastrik, genitofemoral sinirin genital ve femoral dalları ameliyat sırasında yaralanabilir. Bu sinirleri korumaya özen gösterilmelidir. Yine de %1,5 gibi oranlarla sinir kesileri görülür. Kesilen sinir uçları nöroma gelişmemesi için bağlanmalıdır (Wagner, Brunicardi, Amid and Chen 2015).

d) Testiküler kan akımının engellenmesi: Testiküler arterin kesilmesi durumunda, eğer testis skrotumdan diseke edilmemişse kollateral dolaşım korunur. Bu nedenle

testiste nekroz veya atrofi gelişmesi beklenmez (Wagner, Brunicardi, Amid and Chen 2015).

e) Batın içi organlarının hasar görmesi: Özellikle kese içerisindeki organların diseksiyon sırasında yaralanması.

f) Femoral venin sıkışması: Femoral ven fitik onarımı sırasında atılan dikişlerle kolayca basıya uğrayabilir. Bu durum ayakta ödem, derin ven trombozuna ve pulmoner embolizime yol açabilir (Bulut, Doğan, Taş, Ağladioğlu ve Coşkun 2013).

g) Strangüle bağırsağın periton boşluğu içinde kaybolması (Bulut, Doğan, Taş, Ağladioğlu ve Coşkun 2013).

2.10.3. Postoperatif Komplikasyonlar

Erken komplikasyonlar:

- a) Kardiovasküler, Pulmoner Komplikasyonlar
- b) İdrar Retansiyonu
- c) Yara Enfeksiyonu
- d) Hematom
- e) Skrotum ve Testis Ödemi
- f) İnguinal Bölge Ağrısı: Postoperatif ağrının sebebi ilioinguinal ve iliohipogastrik sinirlerin sıkışması veya sütüre edilmesidir.
- g) Seroma

Geç komplikasyonlar:

- a) **Hidrosel:** Fıtık kesesinin bir kısmının skrotumda kapalı şekilde bırakılması, spermatik kord boyunca sıvı toplanması ve bu nedenle hidrosel gelişmesine yol açabilir (Chen et al 2023).
- b) **Nöroma:** İnguinal bölgede yer alan sinirlerin cerrahi müdahale sırasında kesilmesi, sıkışması veya inflamasyonu sonucunda, hastalarda kronik nöropatik ağrı gelişebilir. Bu durum, postoperatif dönemde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir komplikasyondur (Turhan, Kapan, İpek, Hatipoğlu ve Aygün 2005, Chen et al 2023).
- c) **Testiküler atrofi**

d) Nüks Fıtık: Fıtık onarımı sonrasında herni nüksü, önemli bir cerrahi komplikasyon olarak değerlendirilmelidir. Cerrahın deneyimi, kullanılan cerrahi teknik (gergin ya da gerginliksiz onarım), enfeksiyon gelişimi, sütür ve prostetik materyallerin özellikleri, hastanın yaşı ve eşlik eden komorbiditeler nüks riskini etkileyen başlıca faktörlerdir.

Nüks gelişimini takiben yapılan tekrar girişimlerde, yeniden nüks etme olasılığı daha yüksektir. Literatürde, ameliyat sonrası ilk bir yıl içinde nükslerin %26–%37’sinin, ilk beş yıl içerisinde ise %60’ının ortaya çıktığı bildirilmektedir.

Nüks oranları; indirekt inguinal hernilerde %1–7, direkt inguinal hernilerde %4–10 femoral hernilerde %1–7 ve rekürren fıtıklarda %5–35 arasında değişmektedir (Turhan, Kapan, İpek, Hatipoğlu ve Aygün 2005).

2.11. AĞRI

“Ağrı” terimi, Latince kökenli “poena” kelimesinden türetilmiş olup, “ceza” anlamını taşımaktadır. Subjektif bir fenomen olan ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırma Birliği (IASP; International Association for the Study of Pain) tarafından, “mevcut ya da potansiyel doku hasarına eşlik eden veya bu hasar temelinde tanımlanabilen, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım, ağrının yalnızca fizyolojik bir yanıt değil, aynı zamanda bireysel algı, deneyim ve emosyonel durumlarla da yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Eti Aslan ve Karadağ Arlı 2017, Raja et al 2020).

Klinik uygulamalarda ise McCaffery tarafından yapılan “Ağrı, hastanın söylediği şeydir; hasta ağrısı olduğunu belirttiği sürece ağrı mevcuttur” tanımı, ağrının değerlendirilmesinde öznel beyanın temel alınması gerektiğini vurgulamakta ve hasta-hekim arasında terapötik ittifakın tesisi açısından güven temelli bir iletişimin önemine işaret etmektedir (Özveren, Faydalı, Gülnar ve Dokuz 2018).

Ağrı, etiyojisinden bağımsız olarak bireyin hem fizyolojik hem de psikolojik bütünlüğünü olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir semptomdur (Williams and

Craig 2016). Yaşam kalitesi üzerindeki belirgin olumsuz etkileri, ağrının yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de önemli bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Amerikan Ağrı Birliği (APS; American Pain Society), 1995 yılında ağrıyı “beşinci yaşam bulgusu” olarak tanımlamış ve diğer vital bulgular gibi düzenli olarak değerlendirilmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu yaklaşım, ağrının klinik yönetiminde sistematik ve standart bir değerlendirme sürecinin önemine işaret etmektedir (Eti Aslan ve Karadağ Arlı 2017) .

2.11.1. Ağrının Nörofizyolojisi

Nosisepsiyon, doku hasarı ile ağrı algılaması arasında gerçekleşen karmaşık ve çok aşamalı elektrokimyasal süreçlerin tümünü ifade eder. Bu süreç, vücudun herhangi bir bölgesinde meydana gelen doku yıkımının, nosiseptör adı verilen ağrı reseptörleri aracılığıyla algılanması, bu bilginin santral sinir sistemine iletilmesi ve organizmanın bu zararlı uyarana karşı uygun fizyolojik yanıtları başlatması ile karakterizedir (Aydın 2002).

Nosisepsiyon, ağrı oluşum sürecinde yer alan dört temel fizyolojik aşamayı içerir:

Transdüksiyon: Uyarının serbest sinir uçlarında elektriksel bir sinyale dönüşmesidir.

Transmisyon: Ağrı sinyallerinin periferden santral sinir sistemine iletilmesidir. Bu iletimde miyelinli A delta lifleri ve miyelinsiz C lifleri etkin rol üstlenir. Transmisyonda nöral bloklar 3 bileşenden oluşur;

- a. Spinal korda ulaşan primer sensoryal afferent nöronları
- b. Spinal korddan beyin sapı ve talamusa uzanan çıkan kontrol sistemi nöronları
- c. Talamokortikal projeksiyon

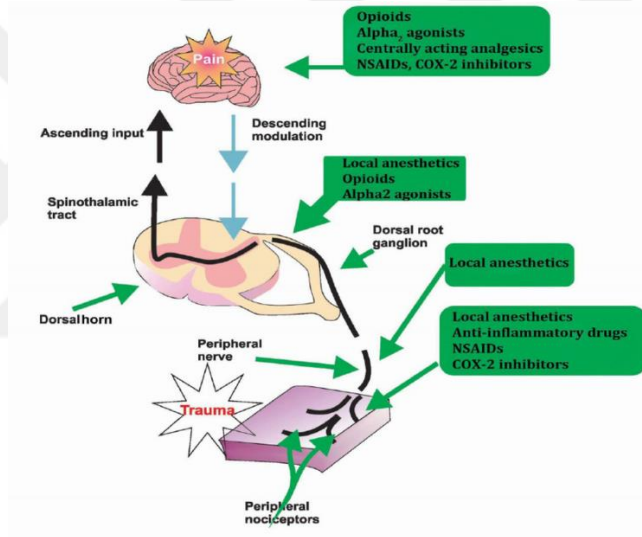
Modülasyon: Nosiseptif uyarının medulla spinalisin dorsal boynuzunda değişime uğramasıdır.

Persepsiyon: Ağrının korteks ve limbik sistemde fiziksel ve duygusal bileşenleriyle birlikte olarak anlamlandırıldığı aşamadır (Cohen and Mao 2014).

2.11.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Alt Komitesi tarafından geliştirilen sınıflandırma sistemi kapsamında, ağrı beş eksenli bir taksonomi çerçevesinde tanımlanmıştır. Bu tanımlanmaya göre;

1. eksen ağrının yer aldığı vücut bölgesi,
2. eksen ağrının etkilediği sistemleri,
3. eksen oluşum süresini,
4. eksen hastanın ifadesine göre ağrının şiddeti ve başladığından bu yana geçen süreyi,
5. eksen ise ağrının etyolojisini belirtir.



Şekil 4. Nosisepsiyon

Kaynak: <https://www.researchgate.net/profile/Vj>

Shine/publication/281093663/figure/fig1/AS:285212182368258@1445011291289/The-nociceptive-pathway-and-prospective-analgesia-Source-Kehlet-and-Dahl-1993.png

Raj, ağrıyı 4 ana başlık altında tanımlamıştır.

1. Nörofizyolojik mekanizma:

- a. Nosisseptif
- b. Somatik
- c. Visseral
- d. Nöropatik (nonnosisseptif)
- e. Psikojenik

2. Süreye bağlı:

- a. Akut
- b. Kronik

3. Etiyolojik:

- a. Kanser ağrısı
- b. Postherpetik nevralji
- c. Orak hücre anemisine bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı

4. Bölgesel ağrı:

- a. Baş ağrısı
- b. Yüz ağrısı
- c. Bel ağrısı
- d. Pelvik ağrı

Ağrı tanımında sık kullanılan bir başka sınıflandırmada ise kaynaklandığı bölge, mekanizması ve başlama süresi dikkate alınmaktadır (Aydın 2002).

1. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflama

- **Akut Ağrı:** Ani başlangıçlı olup genellikle belirli bir doku hasarıyla doğrudan ilişkilidir; yer, zaman ve şiddet açısından nedene paralellik gösterir ve çoğunlukla nosiseptif karakterdedir. Organizmayı zararlı uyaranlara karşı koruma amacı taşıyan bu ağrı türü, hasarın lokalize edilmesini ve sınırlandırılmasını sağlar. Nedene bağlı olarak genellikle tedavi edilebilir niteliktedir ve doku iyileşmesiyle birlikte ağrının şiddeti giderek azalır. Akut ağrı süreci genellikle altı aya kadar uzayabilir. Cerrahi girişimler sonrası ortaya çıkan ağrı, bu bağlamda akut ağrı kategorisinde değerlendirilir. Ancak, uygun şekilde yönetilmeyen akut ağrı zamanla kronik ağrıya dönüşebilir (Çavdar ve Akyüz 2022).
- **Kronik Ağrı:** Altı aydan daha uzun süren ve kalıcı nitelik taşıyan bir ağrı türüdür. Uyarıcı işlevini yitirdikten sonra bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, davranışsal değişimlere yol açabilen ve sıklıkla psikolojik faktörlerin de etkili olduğu karmaşık bir klinik tablodur. Farklı tiplerde ortaya

çıkabilen kronik ağrı, biyopsikososyal yönüyle değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir durumdur (Çavdar ve Akyüz 2022).

2. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması

- Nosisseptif Ağrı
- Nöropatik Ağrı
- Deafferantasyon Ağrı
- Sempatik Ağrı
- Reaktif Ağrı
- Psikosomatik Ağrı

3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

- Somatik Ağrı
 - Visseral Ağrı
 - Sempatik Ağrı
 - Periferik Ağrı
- (Aydın 2002).

2.11.3. Ağrı Ölçüm Araçları

Tablo 2. Ağrı Tanılamasında Kullanılan Ölçekler

Tek Boyutlu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
➤ Tek Boyutlu Ölçekler ➤ Sözel Değerlendirme Ölçekleri ➤ Sayısal Değerlendirme Ölçekleri ➤ Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ➤ Burford Ağrı Termometresi (BAT) ➤ Analog Renkli Devamlı Ölçek ➤ Yüz İfadesi Ölçeği ➤ Basit Kelime Ölçeği ➤ Kart Tasnif Yöntemi	➤ Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu/Anketi Dartmouth Ağrı Soru Formu/Anketi ➤ West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi ➤ Hatırlatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı ➤ Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi ➤ Ağrı Algılama Profili ➤ Davranış Modelleri ➤ Karşıt Yöntem Karşılaştırması

Kaynak: Çavdar ve Akyüz 2022

2.11.4. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ameliyat sonrası (postoperatif) ağrı, cerrahi bir girişim geçiren hastalarda, ameliyata bağlı olarak gelişen ve doku iyileşme süreciyle birlikte zamanla azalan ağrı türü olarak tanımlanır. Bu ağrının şiddeti ve süresi; ameliyatın yapıldığı anatomik bölge, cerrahi işlemin türü ve süresi, kesi şekli ve büyüklüğü, hastanın ağrıya karşı bireysel yanıtı, fiziksel ve psikolojik durumu, ameliyat öncesi hazırlık düzeyi, uygulanan anestezi yöntemi, ağrı yönetimi uygulamaları, hastanın önceki ağrı deneyimleri, cerrahiye bağlı komplikasyonların görülme sıklığı, postoperatif bakımın kalitesi ile çevresel ve duygusal faktörler gibi birçok etmene bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Kehlet, Jensen and Woolf 2006).

Araştırmalar, hastaların yaklaşık %66'sının taburcu olurken, %9'unun ise ameliyattan iki hafta sonra hâlâ orta veya şiddetli düzeyde ağrı yaşadığını göstermektedir (Buvanendran et al 2015).

Ameliyat sonrası ağrı, bireyin fiziksel ve zihinsel iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek fonksiyonel rehabilitasyonu geciktirir ve yaşam kalitesini düşürür. Bu durum, taburculuk süresinin uzamasına ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açabilir (Aroke et al 2020).

Ameliyat sonrası ağrının etkili bir şekilde kontrol altına alınması; hasta konforunun artırılması, hızlı iyileşme sürecinin desteklenmesi, erken taburculuk sağlanması ve ağrının kronikleşmesinin önlenmesi açısından büyük önem taşır. Tek bir yöntemle ağrı yönetimi genellikle yeterli olmayabileceğinden, postoperatif dönemde genellikle birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı multimodal analjezi yaklaşımları tercih edilmektedir (Aroke et al 2020).

2.11.5. İnguinal Herni Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Analjezi

Postoperatif akut ağrı, hastanın birçok organ sisteminde patofizyolojik stres yanıtlarını tetikleyerek ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Etkin ve yeterli analjezi sağlanamaması durumunda; iyileşme sürecinin uzaması, mobilitenin azalması, hastanede kalış süresinin ve bakım maliyetlerinin artması, iş gücü kaybı ile

kronik ağrı gelişimi gibi önemli sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Stein and Lang 2009).

İnguinal herni cerrahisi sonrasında oluşan postoperatif ağrının kontrol altına alınmasında, cerrahi alana en etkili, yan etki profili en düşük ve hastanın mevcut komorbiditelerine uygun multimodal analjezi yöntemlerinin tercih edilmesi önerilmektedir. Bu bağlamda; sistemik analjezik ajanlar ile santral ve periferik reyonel anestezi teknikleri kullanılmaktadır (Dahl and Raeder 2000, McBee, Walters and Fitzgibbons 2022).

Sistemik analjezikler arasında en yaygın olarak non-steroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve opioidler tercih edilmektedir. Reyonel anestezi teknikleri kapsamında ise; santral blok yöntemi olarak epidural analjezi, periferik sinir blokları olarak ise ilioinguinal-iliohipogastrik sinir bloğu, transversus abdominis plan (TAP) bloğu ve kuadratus lumborum bloğu (KLB), inguinal herni cerrahisinde en sık uygulanan teknikler arasında yer almaktadır (Alfieri et al 2011).

2.11.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Sorumluluğu

Ameliyat sonrası ağrı yönetimi, hastanın rahatsızlığını en aza indirmeyi, erken mobilizasyonu desteklemeyi, işlevsel iyileşmeyi hızlandırmayı ve olası komplikasyonların gelişimini önlemeyi amaçlamaktadır. Bu süreçte multidisipliner ekibin bir üyesi olarak hemşireler, hasta bakımının sürdürülmesinde kilit rol oynamakta ve önemli görev ile sorumluluklar üstlenmektedir (Çavdar ve Akyüz 2022).

Perioperatif ağrı yönetiminin etkinliğini artıran faktörler arasında; hasta ve sağlık çalışanlarının eğitimi, hasta sonuçlarının izlenmesi, multimodal analjezi yöntemlerinin dengeli bir şekilde kullanımı, ekip içi ve disiplinler arası etkili iletişimin sağlanması ile akut ağrı birimlerinin kurulması yer almaktadır (Şenyüz ve Koçalışlı 2017).

Ağrı kontrolüne yönelik yönetim süreci, ameliyat öncesi dönemden itibaren başlamalıdır. Bu dönemde hemşirelerin temel sorumluluklarından biri; hastaları ağrı yönetimi konusunda bilgilendirmek ve ağrı oluşumunu etkileyebilecek bireysel risk faktörlerini belirlemektir (Çavdar ve Akyüz 2022).

Ameliyat öncesinde hastaya; ameliyat sonrası dönemde uygulanacak ağrı tedavilerinin amacı, bu tedaviye hastanın katılımının önemi, kullanılacak analjezi yöntemleri ile ağrı değerlendirme yaklaşımları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu eğitim süreci, hastanın anlayabileceği düzeyde, sade bir dil ile hazırlanmış yazılı, görsel ve işitsel materyaller (örneğin broşür, video, web tabanlı içerikler) aracılığıyla desteklenmelidir (Çöçelli, Bacaksız ve Ovayolu 2008).

Araştırmalar, ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimin, hastanın ameliyat sonrası ağrı giderme ihtiyacını azalttığını ve hastanede kalış süresini kısalttığını göstermektedir. Etkili bir ağrı yönetimi için hasta eğitiminin yanı sıra, tedavi ve bakım sürecinde yer alan sağlık profesyonellerinin de ekip çalışmasının önemi ve iş birliği kültürü çerçevesinde, güncel bilgi ve uygulamaları içeren eğitim programlarına dahil edilmesi gerekmektedir. Bu programlar, ağrı fizyolojisi ve patofizyolojisi, analjezik ajanların farmakolojik özellikleri ve mevcut lokal tedavi yöntemlerine ilişkin bilgileri içermelidir (Dikmen 2013).

Postoperatif dönemde hafif, orta ya da şiddetli düzeyde görülebilen ağrının tedavisinde kullanılan analjeziklerin uygun dozda, doğru zamanda uygulanması ve bu ilaçlara bağlı gelişebilecek olası yan etkilerin dikkatle izlenmesi hemşirelerin sorumluluğundadır. Tedavinin etkinliğini ve güvenliğini sağlamak adına, hastanın ağrı düzeyinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi, bu değerlendirmenin kayıt altına alınması ve gerekli durumlarda müdahalede bulunulması büyük önem taşımaktadır (Mazda, Jadin and Khan 2021).

Ağrı değerlendirmesi sonrasında hastada halen anlamlı düzeyde ağrı varlığı saptanırsa, mevcut tedavi ve bakım planı yeniden gözden geçirilmeli ve gerekli görüldüğü takdirde güncellenmelidir. Bu süreçte, izlenecek tedavi ve bakım planına

hekim ve hemşirenin multidisipliner bir yaklaşımla birlikte karar vermesi uygun olacaktır (Karadağ Arlı 2017).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, cerrahi girişimin türü, hastanın ameliyat öncesi tıbbi ve psikolojik durumu, yaşı, kullanılacak analjezik ilaçlar ve hastanın bireysel tercihleri dikkate alınarak kişiye özel bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu şekilde oluşturulan multidisipliner ve bireyselleştirilmiş bir tedavi planı, ağrı kontrolünün etkinliğini artıracaktır (Corke 2013).

2.12. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamına ilişkin genel doyumunu ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram; bireyin yaşam koşulları, sağlık durumu, ekonomik olanakları ve kişisel ilişkileri gibi çeşitli unsurları kapsamaktadır. Dinamik ve sürekli gelişim gösteren bir yapı arz etmesi nedeniyle, yaşam kalitesini kesin sınırlarla tanımlamak güçtür. Peterson, yaşam kalitesini sağlık, bireysel performans, duygusal durum, genel memnuniyet, özsaygı, ekonomik koşullar ve yaşam deneyimleri gibi alt faktörler aracılığıyla değerlendirmiştir (Ware 2000, Wang and Zhang 2016).

Fıtık ameliyatları sonrasında, bireyin ağrı düzeyi ve günlük aktivitelerine tam anlamıyla dönüş süresi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli kriterler arasında yer almaktadır (Kaya, Tutcu Şahin, Kaya, Coşkun ve Sakarya 2020).

Fıtık hastalarına yönelik yaşam kalitesi araştırmalarında çoğunlukla, ölçüm duyarlılığını azaltan ve klinik uygulamaları kısıtlayan jenerik ölçüm araçları tercih edilmektedir. Bu bağlamda Jensen ve arkadaşları, fıtık onarımı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde standardizasyon gerekliliğine vurgu yapmış ve farklı fıtık türlerine yönelik cerrahi sonuçların takibi için internet tabanlı bir kayıt sisteminin geliştirilmesini önermişlerdir (Stechemesser, Jacob, Schug-Paß and Köckerling 2012, Jensen, Henriksen and Harling 2014).

Fıtık hastalarında konforun değerlendirilmesine yönelik çeşitli spesifik araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlardan biri olan Carolinas Konfor Skalası (CCS), mesh onarımı uygulanan hastalar için tasarlanmış olup, hem laparoskopik hem de açık cerrahi ile gerçekleştirilen karın duvarı ve inguinal herni onarımlarında geçerliliği ve güvenilirliği doğrulanmıştır (Heniford et al 2008). Ayrıca, CCS'nin genel yaşam kalitesi ölçüm aracı olan SF-36'ya kıyasla tercih edildiği de literatürde bildirilmektedir (Heniford et al 2008). İnguinal herniye özgü bir diğer değerlendirme aracı ise fıtık hastalarına göre uyarlanmış Core Outcome Measures Index (*COMI-hernia*) olup, bölgeye özgü semptomların değerlendirilmesini amaçlamaktadır (Staerke and Villiger 2011).

Tayvan'da 2017 yılında gerçekleştirilen “Quality of life of inguinal hernia patients in Taiwan: The application of the hernia-specific quality of life assessment instrument (HERQL)” başlıklı çalışmada, inguinal herni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik HERQL anketi geliştirilmiştir. Bu anket, ağrı ve rahatsızlık ile ilişkili dört maddelik sorularla ağrı skorunu hesaplamayı hedeflemekte olup; semptomatik ve fonksiyonel işlevsellik ile ameliyat sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesini sağlamaktadır. HERQL, mesh onarımı uygulanan hastalar için özel olarak tasarlanmış, preoperatif, postoperatif 1. gün ve postoperatif 3. ayda uygulanan anketlerle hastanın yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlayan inguinal herniye özgü bir değerlendirme aracıdır. Yorucu fiziksel aktiviteler ve ağrının, fıtık hastalığında belirleyici faktörler arasında yer aldığı göz önüne alındığında, bu çalışmada diğer semptomatik ölçümlerden bağımsız olarak tek bir gizli ağrı faktörü (toplayıcı ağrı skoru) oluşturulmuştur (Huang et al 2017).

Ware ve arkadaşları (1995), SF-36 Sağlık Anketi'nin daha pratik ve kısa bir versiyonunu geliştirmek amacıyla soru sayısını azaltarak SF-12 Sağlık Anketi'ni oluşturmuşlardır. (Ware, Kosinski and Keller 1996). SF-12 ölçeği, SF-36 ile benzer bileşen özet puanlarını sağlayacak şekilde geliştirilmiş olup, daha az madde içermesi sayesinde uygulama süresinin kısılması önemli bir avantaj sağlamaktadır. Ayrıca, SF-36 ve SF-12 ölçeklerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda her iki ölçeğin benzer psikometrik özellikler taşıdığı ve birbirine oldukça yakın sonuçlar verdiğinin ortaya

konması, SF-12'nin yaygın kullanımını desteklemektedir (Lam, Tse and Gandek 2005).

Yaşam Kalitesi SF-12 Sağlık Anketi, SF-36 Sağlık Anketi gibi sekiz alt boyut (mental sağlık, duygusal rol, beden ağrısı, fiziksel rol, sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, genel sağlık ve enerji) ve iki ana alt boyuttan (Metal ve Fiziksel Sağlık) oluşmaktadır (Ware, Kosinski and Keller 1996).

2.13. HEMŞİRELİK BAKIMI

2.13.1. İnguinal Herni Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı

İnguinal herni ameliyatı öncesi hemşirelik bakımı, hastanın ameliyata fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanmasını amaçlar. Bu süreçte hemşire, hastanın bilgi gereksinimlerini karşılar, anksiyetesini azaltır, komplikasyon risklerini en aza indirir ve genel sağlığını optimize eder (Potter, Perry, Stockert and Hall 2021).

Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme

- Ameliyat öncesi hasta, ameliyat süreci, anestezi tipi, postoperatif dönem ve olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirilir.
- Hastaya postoperatif dönemde ağrı yönetimi, mobilizasyon ve yara bakımı hakkında bilgi verilir (Potter, Perry, Stockert and Hall 2021).

Fiziksel Hazırlık

- Ameliyat öncesi, geçici cilt florasını azaltmak amacıyla antiseptikli banyo yapılması ve girişim bölgesinin temizlenmesi önerilir. Kurum politikalarına uygun olarak tüy temizliği ve cilt hazırlığı gerçekleştirilmelidir (Smeltzer, Bare, Hinkle and Cheever 2010).
- Açlık süresine dikkat edilmelidir (genellikle 6-8 saat öncesinden aç kalınması istenir). Hastanın oral yolla hiçbir şey almaması gerektiği (sigara dahil), gerekçeleriyle birlikte açıklanmalı ve bu durumun önemi hasta tarafından anlaşılmalıdır. Yiyecek ve içecek kısıtlamalarının, aspirasyon riskini azaltmak ve ameliyat sonrası bulantı-kusma olasılığını önlemek amacıyla

uygulandığı, hasta ve yakınlarına açık bir şekilde ifade edilmelidir (Smeltzer et al 2010).

- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastanın erken dönemde iyileşmesinin desteklenmesi amacıyla; derin solunum, öksürme egzersizleri, ağrı yönetimi, mobilizasyon, ayak-bacak egzersizleri ve eklem hareket açıklığı (ROM) egzersizleri gibi uygulamaların ameliyat öncesinde hastaya öğretilmesi önem taşımaktadır. Bu eğitime aile bireylerinden birinin katılması, egzersizlerin doğru ve düzenli şekilde uygulanmasını hatırlatma, motive etme ve sürdürme açısından olumlu katkı sağlayarak, hastanın bakım sürecine aktif katılımını destekleyebilir (Smeltzer, Bare, Hinkle and Cheever 2008).
- Ameliyat öncesi gece, hastanın rahat bir uyku uyuması amaçlanır. Bunun için temiz yatak takımlarıyla havalandırılmış bir ortam sağlanmalı, güvenlik koşulları gözetilmelidir. Uygulamalara ilişkin bilgilendirme yapılması, dini gereksinimlerin karşılanması ve hastanın isteği doğrultusunda yakınlarıyla görüştürülmesi bu sürece katkı sağlayabilir (Smeltzer et al 2008).

Psikolojik Destek

- Hastanın ameliyatla ilgili kaygı ve korkuları değerlendirilir.
- Rahatlatıcı iletişim kurularak hastanın soruları yanıtlanır, gerekirse psikolojik destek sağlanır (Aksoy 2022).

Riskli Durumların Değerlendirilmesi

- Hastanın mevcut kronik hastalıkları (hipertansiyon, diyabet, KOAH vb.) değerlendirilerek gerekli önlemler alınır.
- Alerji, ilaç kullanımı, önceki cerrahiler sorgulanır ve kayıt edilir (Doenges, Moorhouse and Murr 2014).

İlaçların Yönetimi

- Ameliyat öncesi hastanın aldığı ilaçlar değerlendirilir; gerekli ise bazı ilaçlar ameliyat öncesi kesilir (örneğin antikoagülanlar).
- Preoperatif anksiyete için doktor istemiyle sedatif ilaç uygulanabilir (Doenges et al 2014).

2.13.2. İnguinal Herni Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

İnguinal herni ameliyatı sonrası dönemde hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini desteklemeye yönelik bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Hemşirenin bu süreçteki temel hedefi; komplikasyonları önlemek, hastayı erken mobilize etmek, ağrıyı yönetmek, hasta eğitimi sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (Akyolcu 2022).

Ağrı Yönetimi

- İlk 24 saat içinde hissedilen ağrı genellikle insizyon kaynaklı olsa da, hemşirelerin diğer olası ağrı nedenlerini de kapsamlı biçimde değerlendirmesi önemlidir (Smeltzer et al 2010).
- Ağrının yeri, niteliği ve şiddeti dikkate alınarak yapılan değerlendirme doğrultusunda, farmakolojik ve non-farmakolojik ağrı yönetimi yöntemleri uygulanmalıdır. Amaç, en etkili tedavi yaklaşımını belirleyerek, ilaç ve iletişimin uygun kullanımıyla optimal hasta yanıtını sağlamaktır. Non-farmakolojik yöntemler (pozisyon verme, gevşeme teknikleri, soğuk uygulama vb.) ile ağrının azaltılmasına katkı sağlayabilir (Smeltzer et al 2008).

Vital Bulguların İzlenmesi

- Postoperatif dönemde kan basıncı, nabız, solunum ve ateş düzenli olarak izlenir.
- Enfeksiyon belirtileri (ateş, yara yerinde kızarıklık, akıntı vb.) açısından hasta dikkatle gözlemlenir (Aksoy 2022).

Yara Bakımı

- Yara yeri günlük olarak kontrol edilir. Kızarıklık, şişlik, akıntı gibi enfeksiyon belirtileri takip edilir.
- Hemşire, steril teknikle pansuman yapar ve hasta ile yakınlarına yara bakımı konusunda eğitim verir (Akyolcu 2022).

Mobilizasyonun Desteklenmesi

- Hastanın erken dönemde mobilize edilmesi (genellikle ameliyat sonrası ilk 6-8 saat içinde) tromboz, atelektazi ve konstipasyon gibi komplikasyonları önler.

- Hemşire, hastanın mobilizasyonunu teşvik eder, gerekirse yardım eder (Akyolcu 2022).

Gaita ve İdrar Takibi

- Anestezi ve hareketsizlik nedeniyle bağırsak hareketleri yavaşlayabilir. İlk gaz ve dışkılama zamanı kaydedilir.
- Hemşire, sıvı alımını destekler ve gerekirse doktor istemiyle laksatif ilaçların uygulanmasını sağlar (Doenges et al 2014).

Psikolojik Destek

- Hasta, ameliyat sonrası dönemde anksiyete, ağrı korkusu veya iyileşme sürecine dair endişeler yaşayabilir.
- Hemşire, empatik iletişim kurarak hastayı dinler, destekler ve gerekirse psikolojik danışmanlığa yönlendirir (Doenges et al 2014).

Hasta Eğitimi

- Taburculuk öncesi hasta ve ailesine yara bakımı, ilaç kullanımı, aktivite sınırlamaları, beslenme ve enfeksiyon belirtileri hakkında eğitim verilir.
- Özellikle ilk altı hafta ağır kaldırmaması gerektiği, öksürme/gerilme sırasında kesi bölgesini desteklemesi gerektiği açıklanır (Akyolcu 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu nicel araştırma, deneme öncesi deneysel desende tek grup ön test-son test modeli kullanılarak, aynı zamanda tanımlayıcı ve kesitsel tipte olacak şekilde, inguinal herni ameliyatı geçiren hastalarda ağrı ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

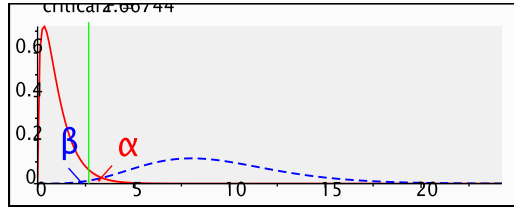
- İnguinal herni ameliyatı geçiren hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ağrının kontrol altına alınmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkisi var mıdır?
- İnguinal herni ameliyatı geçiren hastalara taburculukta verilen eğitimin ağrının kontrol altına alınmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkisi var mıdır?
- Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyattan bir ay sonraki ağrı ve yaşam kalitesi bireysel özelliklere göre farklılık göstermekte midir?

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Çalışma, resmi yazışmalar ve gerekli izinler alındıktan sonra M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde Ocak-Ekim 2024 tarihleri arasında yapıldı. M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi 52 yataklı, Genel Cerrahi Servisi ise 18 yataklı bir birimdir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde açık inguinal herni ameliyatı planlanan ve uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce hesaplandı. Literatürde ilgili örneklemde daha önce yapılan deneysel ya da yarı deneysel bir çalışma bulunamadı. Çalışmada referans alınabilecek bir çalışma bulunamadığı için orta etki büyüklüğünde bir etki büyüklüğü kullanılarak tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi (deney grubunun kendi içindeki değişimi) için güç analizi yapılarak Alfa 0,05; beta (güç) değeri 0,99 alınarak minimum örneklem sayısı 49 olarak hesaplanmıştır. Ancak zaman içinde kayıpların olabileceği varsayıldığında örneklem sayısının %20 fazlasının alınması istatistik uzmanı tarafından uygun bulunmuştur (Suresh and Chandrashekara 2012). Bu nedenle araştırmanın örneklemine 56 hasta dâhil edildi.



F tests – ANOVA: Repeated measures, within factors		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f	= 0.25
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.99
	Number of groups	= 1
	Number of measurements	= 4
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 24.5000000
	Critical F	= 2.6674431
	Numerator df	= 3.0000000
	Denominator df	= 144
	Total sample size	= 49
	Actual power	= 0.9908167

Şekil 5. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri erkek hasta
- Spinal ya da genel anestezi planlanan hastalar
- Açık inguinal herni onarımı yapılacak hastalar
- Ağrıya neden olan başka bir durumu olmayan hastalar
- İletişim kurulabilen, Türkçe konuşan, anlayan hastalar

Araştırma dışlanma kriterleri:

- Ağır psikiyatrik tedavi alan hastalar
- Uzun süre hasta kontrollü analjezi alan hastalar
- Tekrarlamış inguinal herniği ameliyatı olan hastalar

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

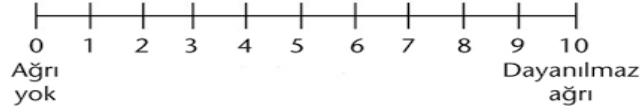
Çalışmada veri toplama aracı olarak öncelikle araştırmacılar tarafından literatüre ve kılavuzlara göre geliştirilen, hemşirelerin ve hastaların sosyo-demografik bilgilerine ulaşabileceğimiz "Hasta Bilgi Formu" (**Ek 5**), ağrıyı değerlendirmek için "Visual Analog Skala (VAS)"-Ağrı ve yaşam kalitesini değerlendirmek için de "SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği" (**Ek 6**) kullanıldı. Hastalara yazılı bir eğitim materyali hazırlandı. Ameliyat öncesinde ve taburculukta yüz yüze eğitim verildi. **VAS-Ağrı** değerlendirmesi; ameliyat öncesi dönemde, ameliyat sonrası 0. günde, 1. günde ve ameliyattan bir ay sonra dört kez değerlendirildi. **SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği** ameliyat öncesi ve ameliyattan bir ay sonra olmak üzere iki kez değerlendirildi.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 5)

Hasta Bilgi Formu hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, yaşanılan yer, gelir durumu, beden kitle indeksi, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, inguinal herni süresi, inguinal herninin tarafı, inguinal herniye dair şikâyetler, hastaneye yatmadan önceki ağrı durumu, evde ağrı kesici kullanma durumu, anestezi türü, ameliyat öncesi ve sonrası VAS-Ağrı düzeyini sorgulayan toplam 19 soru içermektedir.

3.4.2. Vizuel Analog Skala-Ağrı (VAS-Ağrı)

Vizüel Analog Skala (VAS), hastaların ağrı düzeylerini değerlendirmek için kullanılan bir öznel ölçüm yöntemidir. Bu skala, ağrıyı 0 ile 10 arasında puanlar. “0” değeri ağrının hiç olmadığı durumu, “10” ise dayanılmaz şiddetteki ağrıyı ifade eder (Heller, Manuguerra and Chow 2016).



Şekil 6. Vizuel Analog Skala

Kaynak: https://cevrehastanesi.com.tr/upload/dosya/klmnr06-agri-yonetim-prosedurupdf_20181017013629.pdf

3.4.3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6)

Ware ve arkadaşları (1995), SF-36 Sağlık Anketi'nin daha pratik ve kısa bir versiyonunu geliştirmek amacıyla soru sayısını azaltarak SF-12 Sağlık Anketi'ni oluşturmuşlardır. SF-12 Sağlık Anketi, SF-36 Sağlık Anketi gibi 8 alt boyut (mental sağlık, duygusal rol, beden ağrısı, fiziksel rol, sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik, genel sağlık ve enerji) ve iki ana alt boyuttan (Mental ve Fiziksel Sağlık) oluşmaktadır (Ware, Kosinski & Keller 1995). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Soylu ve arkadaşları (2022) yapmıştır (Soylu ve Kütük 2022). Tablo 3'de SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt ve ana boyutları görülmektedir.

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği hasta tarafından doldurulmaktadır [1.madde: Mükemmel (1), Çok iyi (2), İyi (3), Fena değil (4), Kötü (5); 2. ve 3.maddeler: Evet, oldukça kısıtlıyor (1), Evet, biraz kısıtlıyor (2), Hayır, hiç kısıtlamıyor (3); 4., 5., 6.,7.maddeler: Evet (1), Hayır (2); 8.madde: Hiç olmadı (1), Biraz (2), Orta derecede (3), Epey (4), Çok fazla (5); 9., 10., 11. maddeler: Her zaman (1), Çoğu zaman (2), Epeyce (3), Arada sırada (4), Çok ender (5), Hiçbir zaman (6); 12.madde: Her zaman (1), Çoğu zaman (2), Bazen (3), Çok ender (4), Hiçbir zaman (5)]. Ölçeğin değerlendirilmesi kısmında tüm sorulara verilen yanıtların puanları toplanmaktadır. Puanlar toplanırken 1., 8., 9. ve 10. maddeler ters çevrilmektedir. 0-100 arasında değişen toplam puan ile yaşam kalitesi doğru orantılıdır (Ware, Kosinski & Keller 1995, Soylu ve Kütük 2022).

Tablo 3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ana ve Alt Boyutları

Ölçek Ana Boyutu	Ölçek Alt Boyutu	Madde Sayısı	Maddeler
Fiziksel Boyut (PCS)	<i>Fiziksel İşlevsellik (PF)</i>	2 madde	2. madde ve 3.madde
	<i>Fiziksel Rol (RP)</i>	2 madde	4. madde ve 5. Madde
	<i>Beden Ağrısı (BP)</i>	1 madde	8. madde
	<i>Genel Sağlık (GH)</i>	1 madde	1. madde
Mental Boyut (MCS)	<i>Enerji (VT)</i>	1 madde	10. madde
	<i>Sosyal İşlevsellik (SF)</i>	1 madde	12. madde
	<i>Duygusal Rol (RE)</i>	2 madde	6. madde ve 7. Madde
	<i>Mental Sağlık (MH)</i>	2 madde	9. madde ve 11.madde

GH: Genel Sağlık (General Health); PF: Fiziksel işlevsellik (Physical Functioning); RP: Fiziksel rol (Role-Physical); BP: Beden ağrıları (Bodily Pain); SF: Sosyal işlevsellik (Social Functioning); VT: Enerji (Vitality); MH: Mental sağlık (Mental Health); RE: Emosyonel rol (Role-Emotional); PCS: Fiziksel Sağlık Alt Boyut (Physical Component Summary); MCS: Mental Sağlık Alt Boyut (Mental Component Summary)

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanmasına Etik Kurul (**Ek 2**) ve Kurum İzninin (**Ek 3**) alınmasından sonra başlandı. M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde açık inguinal herni ameliyatı planlanan hastalara ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası hazırlanan eğitim broşürü ile yüz yüze eğitim verildi. Ameliyat öncesi dönemde eğitim verilmeden önce “Hasta Bilgi Formu”, VAS-Ağrı düzeyi ve “SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak veri toplandı. Hasta ameliyat olduktan sonra serviste takip edilirken, ameliyat sonrası 0. gün ve 1. gün tekrar VAS-Ağrı düzeyi değerlendirildi. Hastalara taburculuk öncesi eğitim verildi. Hastalar ameliyattan bir ay sonra telefonla aranarak VAS-Ağrı düzeyi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile tekrar değerlendirildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Yüksek lisans tezi için Kocaeli Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (**Ek 2**) ve araştırmanın yapılacağı kurum onayı (**Ek 3**) alındı. Çalışmaya katılan hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (**Ek 4**) sözlü ve yazılı onaylatıldı. Araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, kimlik bilgilerinin ve verilerin gizli tutulacağı, çalışma için herhangi bir ücret talep

edilmeyeceği, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri, çalışmanın etik ilkelerin esasına dayalı olarak yürütüldüğü belirtildi.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktarılıp analizler tamamlandı. Çalışmada, kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleriyle; sayısal değişkenler ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerle tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirildi. İki grup arasındaki farkın belirlenmesinde Ki-kare testi ve bağımsız örneklem t testi uygulandı. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) kullanıldı. ANOVA sonucunda varyansların homojenliğini değerlendirmek amacıyla Levene testi yapıldı. Gruplar arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni veya Tamhane's T2 testlerinden uygun olanı tercih edildi. Varyansın homojen olduğu durumlarda Bonferroni testi, homojenliğin sağlanmadığı durumlarda ise Tamhane's T2 testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Zamana bağlı değişikliklerin değerlendirilmesinde bağımlı örneklem t testi ve tekrarlayan ölçümler için varyans analizi uygulandı. Ayrıca etki büyüklüğünü göstermek amacıyla Partial Eta Squared ve Cohen's d değerlerine yer verildi. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Açık inguinal herni ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesinde ve taburculukta verilen eğitimin ağrı ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan ve tamamlanan bu çalışmanın bulguları altı başlıkta toplandı ve yorumlandı.

Bu başlıklar;

1. İnguinal herni ameliyatı geçiren hastaların tanımlayıcı özellikleri,
2. Ameliyat öncesi ve sonrası VAS-Ağrı düzeyinin incelenmesi,
3. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası SF-12 yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması,
4. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. ayda VAS-Ağrı puanlarının hastaların tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırılması,
5. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. ayda SF-12 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının hastaların tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırılması,
6. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. ayda VAS-Ağrı ve SF-12 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının karşılaştırılmasıdır.

4.1. İNGUİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması $59,91 \pm 15,40$ olup (yaş aralığı 23-87 arasında), çoğunluğu (%80,4) evli, %60,7'si ilköğretim mezunudur. Çalışma durumuna göre; hastaların 28'i (%50) aktif olarak çalışmakta, %53,6'sı emekli, %23,2'si işçidir. Hastaların %48,2'si köy/kasabada yaşamaktadır ve %87,5'inin geliri giderine eşittir (Tablo 4).

Tablo 4. İnguinal Herni Ameliyatı Geçiren Hastaların Bireysel ve Hastalığa Özgü Özellikleri

		n	%
Yaş	ort±ss (min maks)		59,91±15,40 (23-87)
Medeni durum	Evli	45	80,4
	Bekar	11	19,6
Eğitim durumu	Okur yazar	5	8,9
	İlkokul	34	60,7
	Ortaokul	9	16,1
	Lise	4	7,1
	Üniversite	4	7,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	28	50,0
	Çalışmıyor (işsiz)	28	50,0
Meslek	Emekli	30	53,6
	İşçi	13	23,2
	Memur	2	3,6
	Diğer	11	19,6
Yaşanılan yer	İl	4	7,1
	İlçe	25	44,6
	Köy/kasaba	27	48,2
Gelir	Gelir giderden az	6	10,7
	Gelir gidere eşit	49	87,5
	Gelir giderken fazla	1	1,8
BKI	Normal ağırlıkta	23	41,1
	Kilolu	26	46,4
	1.derece obezite	7	12,5
Kronik hastalığı var mı?	Evet	28	50,0
	Hayır	28	50,0
Kronik hastalıklar	Hipertansiyon	21	37,5
	Dişabet	11	19,6
	Kalp hastalığı	2	3,6
	Koah	2	3,6
Sigara kullanımı	Evet	28	50,0
	Hayır	28	50,0
Günlük sigara sayısı	ort±ss (min-maks)	17,10±8,70 (3-40)	
Sigara kullanma süresi (yıl)	ort±ss (min-maks)	28,06±13,76 (0-60)	
Alkol kullanımı	Hayır	51	91,1
	Evet	5	8,9
Alkol kullanma süresi (yıl)	ort±ss (min-maks)	26,00±13,87 (5-40)	
İnguinal herni süresi (ay)	ort±ss (min-maks)	16,45±19,93 (1-120)	
İnguinal herni	Tek taraflı	52	92,9
	Çift taraflı	4	7,1
İnguinal herni tarafı	Sağ	29	51,8
	Sol	23	41,1
	Hem sağ hem sol	4	7,1
İnguinal herniye dair şikayetler	Kasıkta çıkıntı şişlik	49	87,5
	Ağrı	47	83,9
	Rahatsızlık hissi	45	80,4
	Şişlik itilebiliyor	41	73,2
	Şişlik itilemiyor	8	14,3
Hastane öncesi ağrı	Hayır	32	57,1
	Evet	24	42,9
Ağrı kesici evde kullanımı	Hayır	51	91,1
	Evet	5	8,9
Anestezi türü	Spinal/epidural	34	60,7
	Genel anestezi	22	39,3

*56 kişi içindeki yüzde verilmiştir. SS: Standart Sapma, ORT: Ortalama

Beden kitle indeksine göre %46,4'ü kilolu, yarısı (%50) en az bir kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklar bakımından hipertansiyon (%37,5) ilk sırada yer almakta, bunu diyabet (%19,6) izlemektedir (*Tablo 4*).

Sigara kullanma durumuna bakıldığında, hastaların yarısı (%50) sigara kullanmakta, günlük sigara tüketimi $17,10 \pm 8,70$ adet olup sigara kullanma süresi ortalama $28,06 \pm 13,76$ yıl olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanımına bakıldığında hastaların büyük çoğunluğu (%91,1) alkol kullanmamaktadır ve alkol kullanma süresi ortalama $26,00 \pm 13,87$ yıldır (*Tablo 4*).

Hastaların inguinal herni süresi ortalama $16,45 \pm 19,93$ ay olarak hesaplandı. Çoğunlukla (%92,9) inguinal herni tek taraflı görülmekte olup %51,8'inin sağ tarafta olduğu tespit edildi. İnguinal herniye dair şikayetlere bakıldığında en sık belirtiler arasında %87,5 ile kasıkta çıkıntı/şişlik, %83,9 ile ağrı, %80,4 ile ağır aktiviteler sırasında kasıkta rahatsızlık hissi yer almaktadır. İnguinal herninin şişlik durumuna bakıldığında hastaların %73,2'sinde şişliğin geriye itilebilir olduğu belirlendi (*Tablo 4*).

Hastaların yarısından fazlasının (%57,1) hastaneye yatmadan önce ağrısının olmadığı ve büyük çoğunluğunun (%91,1) evde ağrı kesici kullanmadığı tespit edildi. Anestezi türü bakımından ise hastaların %60,7'si spinal/epidural anestezi ile ameliyat edildiği belirlendi (*Tablo 4*).

4.2. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI VAS-AĞRI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

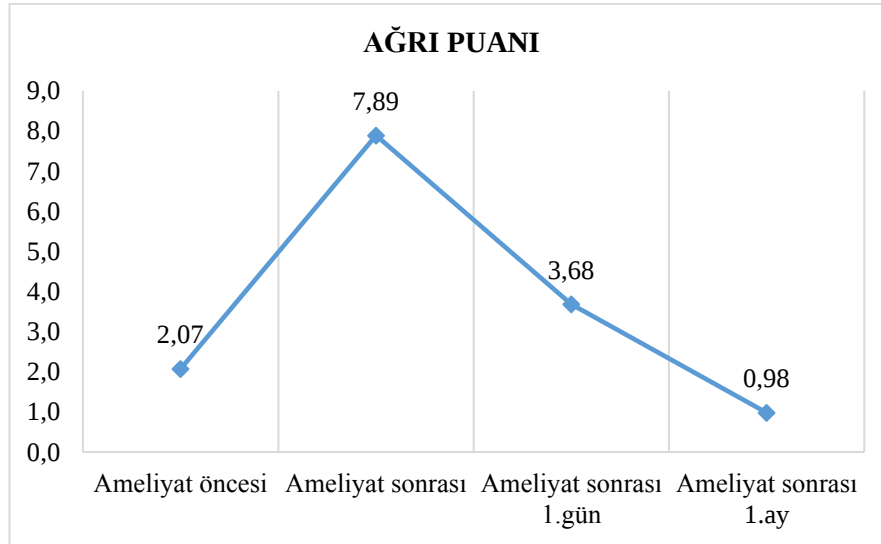
Tablo 5. Zamana Göre Ağrı Puanı Bakımından Değişimin İncelenmesi

	ort $\pm$ ss	(min-maks)	F	p	η_p^2
Ağrı puanı (ameliyat öncesi)	2,07 $\pm$ 1,09	(0-5)	1078,849	0,000*	0,984
Ağrı puanı (ameliyat sonrası 0.gün)	7,89 $\pm$ 0,76	(5-9)			
Ağrı puanı (ameliyat sonrası 1.gün)	3,68 $\pm$ 0,69	(2-5)			
Ağrı puanı (ameliyat sonrası 1.ay)	0,98 $\pm$ 0,80	(0-3)			

F:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, η_p^2 :Partial Eta Squared *:p<0,05

Zamana bağılı ağrı puanı bakımından değerlendirildiğinde; ameliyat öncesi VAS ağrı puanı ortalama $2,07 \pm 1,09$, ameliyat sonrası 0. gün ağrı puanı ortalama $7,89 \pm 0,76$, ameliyat sonrası 1. gün ağrı puanı ortalama $3,68 \pm 0,69$ ve ameliyat sonrası 1. ay sonra ağrı puanı ortalama $0,98 \pm 0,80$ olarak belirlendi (Tablo 5). Ağrı puanları bakımından zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ameliyat sonrası 0. gün ağrı puanı anlamlı derecede artış göstermekte iken ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ayda azalma eğilimindedir (Tablo 5).

Ameliyat sonrası 0. gün ağrıyı azaltmaya yönelik ilk kullanılan analjezik türü çoğunlukla (%91,07) deksketoprofen trometamol (Arveles amp 2x1)'dür. deksketoprofen trometamol (Arveles amp) %8,92 oranında günde bir kez (1x1) kullanıldı. Ameliyat sonrası 0. gün ağrıyı azaltmaya yönelik ikinci tercih edilen analjezik türü %64,28 oranında parasetamol (Parol flk 2x1) oldu, onu %23,21 oranı ile tramadol hidroklorür (Contramal amp 1x1) kullanımının izlediği tespit edildi. Ameliyat sonrası 1. gün ağrıyı azaltmaya yönelik en sık kullanılan analjezik türlerinin sırasıyla; parasetamol (Parol flk 1x1) (%55,35) ve deksketoprofen trometamol (Arveles amp 1x1) (%32,14) olduğu belirlendi (Bu veriler tabloda gösterilmedi).



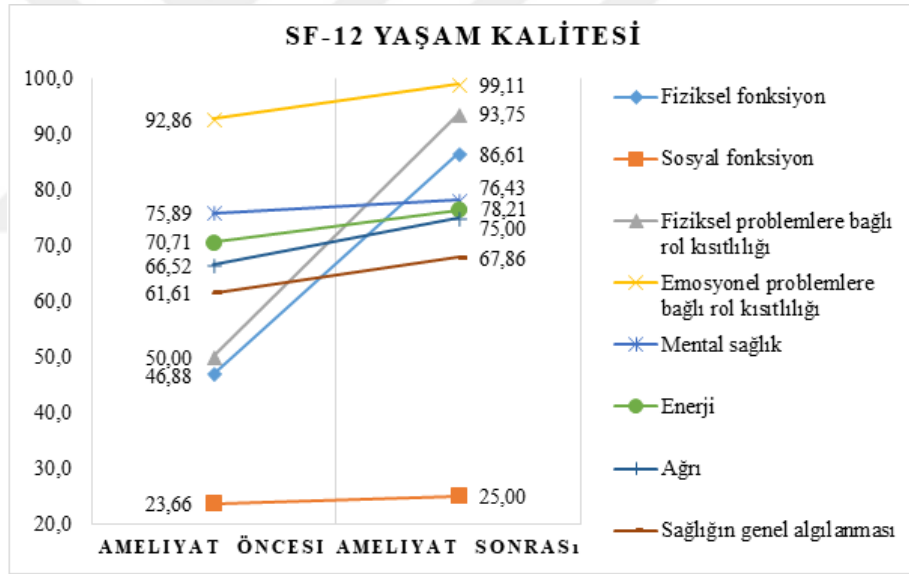
Grafik 1. Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası, Ameliyat sonrası 1.gün, Ameliyat sonrası 1.ay Ağrı Puanları

4.3. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-12 YAŞAM KALİTESİ PUANLARI BAKIMINDAN DEĞİŞİMİN İNCELENMESİ

Tablo 6. Zamana Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Puanları Bakımından Değişimin İncelenmesi

	Ameliyat öncesi ort±ss	Ameliyat sonrası ort±ss	t	p	d
Fiziksel fonksiyon	46,88±31,28	86,61±19,05	-14,393	0,000*	1,865
Sosyal fonksiyon	23,66±5,68	25,00±0,00	-1,764	0,083	0,264
Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılığı	50,00±38,14	93,75±16,69	-9,157	0,000*	1,012
Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılığı	92,86±22,22	99,11±6,68	-2,434	0,018*	0,303
Mental sağlık	75,89±7,57	78,21±6,36	-2,882	0,006*	0,360
Enerji	70,71±10,76	76,43±8,62	-4,690	0,000*	0,578
Ağrı	66,52±13,72	75,00±0,00	-4,628	0,000*	0,564
Sağlığın genel algılanması	61,61±15,05	67,86±14,07	-4,282	0,000*	0,556

t: Bağımlı örneklem t testi, d: Cohen's d *:p<0,05



Grafik 2. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-12 Yaşam Kalitesi Puanları Bakımından Değişimin İncelenmesi

Tablo 6'da zamana göre SF-12 Yaşam Kalitesi puanları bakımından değişim incelendiğinde; sosyal fonksiyon puanı bakımından zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmamakta ($p>0,05$) iken fiziksel fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, mental sağlık, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması alt boyut puanları bakımından zamanla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişim bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre, ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, mental sağlık, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması alt boyut puanları artış göstermektedir (Tablo 6).

4.4. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN İNCELENMESİ

Tablo 7. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. Ayda Ağrı Puanlarının Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Açısından Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Ağrı puanı (Ameliyat öncesi) ort±ss	Ağrı puanı (Ameliyat sonrası 1.ay) ort±ss
Yaş		
<55 yaş	1,58±0,96b	0,95±0,85
55-64 yaş	1,80±1,21b	1,13±0,52
65 ve üzeri	2,68±0,84a	0,91±0,92
F/p	7,116/0,002*	0,371/0,692
Medeni durum		
Evli	2,02±1,01	1,00±0,80
Bekar	2,27±1,42	0,91±0,83
t/p	-0,678/0,501	0,336/0,738
Eğitim durumu		
İlkokul	2,15±1,16	1,05±0,76
Ortaokul	1,78±0,97	0,78±0,97
Lise ve üzeri	2,00±0,93	0,88±0,83
F/p	0,444/0,644	0,505/0,606
Çalışma durumu		
Çalışıyor	1,82±1,12	1,14±0,80
Çalışmıyor	2,32±1,02	0,82±0,77
t/p	-1,743/0,087	1,526/0,133
Yaşadılan yer		
İl/ilçe	1,83±1,00	0,83±0,66
Köy/kasaba	2,33±1,14	1,15±0,91
t/p	-1,63/0,084	-1,521/0,134
BKI		
Normal	2,13±1,25	0,96±0,82
Kilolu	2,03±0,98	1,00±0,79
t/p	0,335/0,739	-0,199/0,843
Kronik hastalık durumu		
Evet	2,39±1,03	1,14±0,80
Hayır	1,75±1,08	0,82±0,77
t/p	2,283/0,026*	1,526/0,133
Sigara kullanım durumu		
Evet	1,96±1,17	1,00±0,90
Hayır	2,18±1,02	0,96±0,69
t/p	-0,730/0,468	0,166/0,869
Hastane öncesi ağrı		
Evet	2,79±0,78	1,25±0,79
Hayır	1,53±0,98	0,78±0,75
t/p	5,175/0,000*	2,256/0,028*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi *p<0,05

Yaş, kronik hastalık durumu ve hastane öncesi ağrı durumları arasında ameliyat öncesi ağrı ölçümü ve hastane öncesi ağrı durumları arasında ameliyat sonrası 1.

aydaki ağrı ölçümü bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kronik hastalığı olanlarda ameliyat öncesi ağrı ölçümü kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek iken hastane öncesi ağrısı olanlarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. aydaki ağrı ölçümleri hastane öncesi ağrısı olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 7).

4.5. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN İNCELENMESİ

Tablo 8. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. Ayda SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Açısından Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Fiziksel fonksiyon ort±ss	Fiziksel fonksiyon ort±ss	Sosyal fonksiyon ort±ss	Sosyal fonksiyon ort±ss	Fiziksel rol kısıtlılığı ort±ss	Fiziksel rol kısıtlılığı ort±ss	Emosyonel rol kısıtlılığı ort±ss	Emosyonel rol kısıtlılığı ort±ss
Yaş								
<55 yaş	65,79±17,10a	97,37±7,88a	23,68±5,74	25±0	71,05±30,35a	100,00±0,00	94,74±22,94	100,00±0,00
55-64 yaş	58,33±24,40a	95,00±10,35a	21,67±8,8	25±0	46,67±39,94	93,33±17,59	90,00±28,03	96,67±12,91
65 ve üzeri	22,73±29,79b	71,59±20,84b	25,00±0,00	25±0	34,09±35,81b	88,64±21,45	93,18±17,56	100,00±0,00
F/p	17,754/0,000*	18,553/0,000*	1,568/0,218	-	5,697/0,006*	2,500/0,092	0,189/0,829	1,386/0,259
Medeni durum								
Evli	51,11±29,17	89,44±17,26	23,33±6,31	25±0	53,33±37,54	93,33±17,19	92,22±23,73	98,89±7,45
Bekar	29,55±35,03	75,00±22,36	25,00±0,00	25±0	36,36±39,31	95,45±15,08	95,45±15,08	100,00±0,00
t/p	2,113/0,039*	2,345/0,023*	-0,870/0,388	-	1,332/0,188	-0,375/0,709	-0,429/0,669	-0,491/0,625
Eğitim durumu								
İlkokul	42,31±32,52	83,33±20,14	23,72±5,59	25±0	44,87±39,39	93,59±16,93	92,31±24,44	98,72±8,01
Ortaokul	58,33±17,68	94,44±11,02	22,22±8,33	25±0	66,67±35,36	100,00±0,00	88,89±22,05	100,00±0,00
Lise ve üzeri	56,25±34,72	93,75±17,68	25,00±0,00	25±0	56,25±32,04	87,5±23,15	100,00±0,00	100,00±0,00
F/p	1,399/0,256	1,967/0,150	0,504/0,607	-	1,335/0,272	1,203/0,308	0,560/0,575	0,212/0,810
Çalışma durumu								
Çalışıyor	53,57±26,97	90,18±17,13	23,21±6,56	25±0	55,36±39,30	96,43±13,11	92,86±22,42	100,00±0,00
Çalışmıyor	40,18±34,25	83,04±20,47	24,11±4,72	25±0	44,64±36,87	91,07±19,50	92,86±22,42	98,21±9,45
t/p	1,626/0,110	1,416/0,163	-0,585/0,601	-	1,052/0,297	1,206/0,234	0,000/1,000	1,000/0,322
Yaşanılan yer								
İl/ilçe	48,28±29,83	88,79±17,15	25,00±0,00	25±0	56,90±34,65	96,55±12,89	98,28±9,28	100,00±0,00
Köy/kasaba	45,37±33,28	84,26±20,97	22,22±8,01	25±0	42,59±40,91	90,74±19,79	87,04±29,72	98,15±9,62
t/p	0,344/0,732	0,888/0,378	1,803/0,083	-	1,415/0,163	1,292/0,203	1,881/0,069	1,000/0,327
BKI								
Normal	50,00±30,15	84,78±19,57	23,91±5,21	25±0	47,83±35,29	91,30±19,38	91,30±19,38	100±,000,00
Kilolu	44,70±32,33	87,88±18,88	23,48±6,06	25±0	51,52±40,48	95,45±14,60	93,94±24,23	98,48±8,70
t/p	0,621/0,537	-0,595/0,554	0,275/0,784	-	-0,353/0,725	-0,914/0,365	-0,433/0,666	0,833/0,409
Kronik hastalık durumu								
Evet	33,93±29,04	84,82±20,79	24,11±4,72	25±0	41,07±38,62	94,64±15,75	92,86±22,42	98,21±9,45
Hayır	59,82±28,33	88,39±17,32	23,21±6,56	25±0	58,93±36,14	92,86±17,82	92,86±22,42	100,00±0,00
t/p	-3,377/0,001*	-0,698/0,488	0,585/0,561	-	-1,786/0,080	0,397/0,693	0,000/1,000	-1,000/0,322
Sigara kullanım durumu								
Evet	54,46±28,10	92,86±15,00	23,21±6,56	25±0	57,14±37,80	96,43±13,11	91,07±23,78	100,00±0,00
Hayır	39,29±32,93	80,36±20,81	24,11±4,72	25±0	42,86±37,80	91,07±19,50	94,64±20,81	98,21±9,45
t/p	1,855/0,069	2,578/0,013*	-0,585/0,561	-	1,414/0,163	1,206/0,234	-0,598/0,552	1,000/0,326
Hastane öncesi ağrı								
Evet	31,25±29,72	78,13±22,50	23,96±5,10	25±0	39,58±38,95	87,5±22,12	89,58±25,45	97,92±10,21
Hayır	58,59±27,39	92,97±13,07	23,44±6,15	25±0	57,81±36,17	98,44±8,84	95,31±19,51	100,00±0,00
t/p	-3,565/0,001*	-2,888/0,007*	0,337/0,738	-	-1,806/0,076	-2,290/0,030*	-0,954/0,344	-1,158/0,252

a, b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: $p<0,05$

Tablo 8. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. Ayda SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Açısından Arasındaki Farklılığın İncelenmesi-Devamı

	Mental sağlık	Mental sağlık	Enerji	Enerji	Ağrı	Ağrı	Sağlığın genel algılanması	Sağlığın genel algılanması
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş								
<55 yaş	78,42±5,01	79,47±2,29	76,84±7,49a	78,95±4,59	72,37±7,88a	75±0	75,00±11,79a	76,32±10,12a
55-64 yaş	74,00±11,21	78,00±9,41	69,33±10,33	76,00±11,21	70,00±10,35	75±0	60,00±12,68a	66,67±15,43
65 ve üzeri	75,00±5,98	77,27±6,31	66,36±11,36b	74,55±9,12	59,09±16,45b	75±0	51,14±9,38b	61,36±12,74b
F/p	1,724/0,188	0,614/0,545	5,889/0,005*	1,373/0,262	6,531/0,003*	-	23,536/0,000*	7,126/0,002*
Medeni durum								
Evli	76,22±7,77	78,44±6,01	72,44±9,81	77,33±8,09	67,78±11,46	75±0	62,78±13,72	68,33±13,48
Bekar	74,55±6,88	77,27±7,86	63,64±12,06	72,73±10,09	61,36±20,50	75±0	56,82±19,66	65,91±16,85
t/p	0,655/0,515	0,545/0,588	2,552/0,014*	1,407/0,182	1,000/0,338	-	1,182/0,243	0,509/0,613
Eğitim durumu								
İlkokul	76,41±7,07	78,46±5,40	70,26±11,12	76,41±9,03	65,38±14,75	75±0	59,62±13,59	66,67±13,25
Ortaokul	74,44±7,26	80,00±5,00	71,11±10,54	77,78±6,67	66,67±12,50	75±0	66,67±17,68	72,22±15,02
Lise ve üzeri	75,00±10,69	75,00±10,69	72,50±10,35	75,00±9,26	71,88±8,84	75±0	65,63±18,60	68,75±17,68
F/p	0,303/0,740	1,430/0,248	0,147/0,864	0,214/0,808	0,737/0,483	-	1,141/0,327	0,580/0,564
Çalışma durumu								
Çalışıyor	76,43±5,59	78,93±4,16	71,43±10,08	77,14±8,97	66,96±13,70	75±0	66,07±15,54	72,32±12,43
Çalışmıyor	75,36±9,22	77,50±7,99	70,00±11,55	75,71±8,36	66,07±13,97	75±0	57,14±13,36	63,39±14,41
t/p	0,526/0,601	0,839/0,406	0,493/0,624	0,617/0,540	0,241/0,810	-	2,305/0,025	2,483/0,016*
Yaşanılan yer								
İl/ilçe	76,90±5,41	78,97±4,09	73,10±9,67	77,24±7,02	68,97±10,89	75±0	64,66±15,69	68,97±14,42
Köy/kasaba	74,81±9,35	77,41±8,13	68,15±11,45	75,56±10,13	63,89±16,01	75±0	58,33±13,87	66,67±13,87
t/p	1,010/0,319	0,896/0,376	1,754/0,085	0,719/0,476	1,377/0,175	-	1,593/0,117	0,607/0,546
BKI								
Normal	76,09±6,56	77,83±5,18	70,43±11,86	75,65±8,43	65,22±14,58	75±0	63,04±14,83	67,39±13,97
Kilolu	75,76±8,30	78,48±7,12	70,91±10,11	76,97±8,83	67,42±13,24	75±0	60,61±15,35	68,18±14,35
t/p	0,159/0,875	-0,379/0,706	-0,161/0,873	0,559/0,578	-0,589/0,558	-	0,593/0,556	-0,205/0,838
Kronik hastalık durumu								
Evet	75,00±7,45	77,86±6,30	65,71±10,69	75,00±10,36	64,29±15,85	75±0	53,57±11,21	61,61±12,7
Hayır	76,79±7,72	78,57±6,51	75,71±8,36	77,86±6,30	68,75±11,02	75±0	69,64±14,20	74,11±12,7
t/p	-0,880/0,383	-0,417/0,678	-3,900/0,000*	-1,247/0,219	-1,223/0,227	-	-4,700/0,000*	-3,684/0,001*
Sigara kullanım durumu								
Evet	75,71±8,36	77,50±7,52	72,86±11,17	76,43±7,80	66,07±15,54	75±0	66,07±15,54	69,64±15,75
Hayır	76,07±6,85	78,93±4,97	68,57±10,08	76,43±9,51	66,96±11,89	75±0	57,14±13,36	66,07±12,20
t/p	-0,175/0,862	-0,839/0,405	1,507/0,138	0,000/1,000	-0,241/0,810	-	2,305/0,025*	0,949/0,347
Hastane öncesi ağrı								
Evet	75,00±7,80	77,08±5,50	67,5±11,52	75,00±8,85	59,38±16,17	75±0	57,29±15,60	67,71±13,75
Hayır	76,56±7,45	79,06±6,89	73,13±9,65	77,50±8,42	71,88±8,40	75±0	64,84±14,00	67,97±14,53
t/p	-0,761/0,450	-1,157/0,252	-1,987/0,052	-1,076/0,287	-3,453/0,002*	-	-1,902/0,062	-0,068/0,946

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Yaş grupları arasında ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon, sağlığın genel algılanması boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, 55 yaşın altında olanlarda ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon, sağlığın genel algılanması boyutlarından alınan puanlar 65 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksek olup bu boyutlardaki yaşam kaliteleri daha iyidir (Tablo 8).

Medeni durumlar arasında ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, enerji ve ameliyat

sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, evli olanlarda ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, enerji ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon boyutları bekar olanlara göre daha yüksek olup bu boyuttaki yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görüldü (*Tablo 8*).

Tablo 8'e göre, çalışma durumları arasında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. aydaki sağlığın genel algılanması boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna göre, çalışanlarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. aydaki sağlığın genel algılanması boyutları çalışmayanlara göre daha yüksek olup bu boyuttaki yaşam kalitesi daha iyidir.

Kronik hastalık durumları arasında ameliyat öncesi enerji, sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki sağlığın genel algılanması boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna göre, kronik hastalığı olmayanlarda ameliyat öncesi enerji, sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki sağlığın genel algılanması boyutları kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir (*Tablo 8*).

Sigara kullanım durumları arasında ameliyat öncesi sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre, sigara kullananlarda ameliyat öncesi sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon boyutları kullanmayanlara göre daha yüksek olup bu boyuttaki yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi (*Tablo 8*).

Hastane öncesi ağrı durumları arasında ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, ağrı ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, hastane öncesi ağrısı olmayanlarda ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, ağrı ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı boyutları hastane öncesi ağrısı olanlara göre daha yüksektir (*Tablo 8*).

4.6. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI VE SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ameliyat öncesi ağrı puanı ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması boyutları arasında negatif yönde, ameliyat sonrası 1. aydaki ağrı puanı ile mental sağlık ve enerji boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin alt boyut puanları azalmakta, yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. Ayda Ağrı Ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Ağrı puanı (Ameliyat öncesi)		Ağrı puanı (Ameliyat sonrası 1.ay)	
	r	p	r	p
Fiziksel fonksiyon	-0,392	0,003*	-0,016	0,907
Sosyal fonksiyon	0,016	0,909	-	-
Fiziksel rol kısıtlılığı	-0,327	0,014*	0,060	0,662
Emosyonel rol kısıtlılığı	-0,128	0,346	-0,003	0,982
Mental sağlık	-0,425	0,001*	-0,473	0,000*
Enerji	-0,468	0,000*	-0,433	0,001*
Ağrı	-0,505	0,000*	-	-
Sağlığın genel algılanması	-0,411	0,002*	-0,214	0,113

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, açık inguinal herni ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesinde ve taburculukta verilen eğitimin ağrı ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir. Bu araştırma bulguları literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışıldı.

5.1. İNGUİNAL HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIĞA ÖZGÜ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde, inguinal herni insidansının yaşla birlikte arttığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin, Rotterdam Çalışması'nda, 45 yaş ve üzeri 5.780 erkek üzerinde yapılan uzun süreli takipte, yaşı her bir yıl artışıyla inguinal herni gelişme riskinin %3 oranında arttığı belirlenmiştir (de Goede et al 2015). Benzer şekilde, Hindistan'da yapılan bir çalışmada, inguinal herni hastalarının %39'unun 50 yaşın üzerinde olduğu, %97,27'sinin erkek, %2,72'sinin kadın ve yaş ortalamasının ise 44 ± 15 yıl olduğu bildirilmiştir (Agarwal 2023). Lo ve arkadaşlarının yaptığı (2021) çalışmada büyük çoğunluğunun (%91,7) erkek, %8,3'ünün kadın ve yaş ortalamalarının $54,8\pm15,3$ olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada inguinal herni onarım insidansı yaşla birlikte artmaktadır özellikle 70-79 yaş aralığındaki bireylerde risk en yüksektir. Erkek cinsiyet, kadınlara kıyasla 13.57 kat daha fazla risk taşımaktadır (Cowan et al 2023). Özer ve arkadaşlarının (2016) yaptığı Nüks İnguinal Hernide Meshli Yöntem Karşılaştırılması çalışmasında, anterior tamir yapılan olguların 46'sı erkek üçü kadın olup, ortalama yaş 56,6 olduğu belirlenmiştir. Sadece erkek hastalar dahil edildiği çalışmamızda yaş ortalaması $59,91\pm15,40$ olarak hesaplandı ve yaş/cinsiyet bulgularının literatürle uyumlu olduğu görüldü.

Bu tez çalışmasında hastaların çoğunluğunun (%80,4) evli olduğu tespit edildi. Bu bulgu literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Örneğin Fawzy ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında (n=47/60), Ali ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında (n=50/60) gibi yüksek oranda vakaların evli olduğu bildirilmiştir.

Mitura ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada örneklemdaki inguinal herni hastalarının yarısından fazlasının lise eğitimi olduğu ortaya koyulmuştur. Ancak bizim çalışmada eğitim durumunun %69,6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve literatürle uyumlu olmadığı tespit edildi. Bunu kültürlerarası farklılıklara ve eğitime ulaşma imkanlarına bağlayabiliriz.

Ali ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, müdahale ve kontrol gruplarının çoğunun (n=41/60) kırsal alanlarda yaşadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Fawzy ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da çoğu hastanın (n=46/60) kırsal alanda yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde çoğu hastanın (%48,2) kırsal alanda yaşadığı tespit edildi. Bu oranın yüksekliği, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin genellikle tarım ve hayvancılık gibi fiziksel olarak zorlayıcı işlerde çalışması ile ilişkilendirilebilir. Bu işlerde sürekli ağır yük kaldırma, eğilme ve itme-çekme gibi karın içi basıncı artıran aktiviteler, inguinal herni gelişimi için önemli risk faktörleri arasındadır (Burcharth et al 2013).

Cowan ve arkadaşlarının (2023) yayımladığı “ABD’li yetişkinlerde kasık fıtığı onarımı için risk faktörleri” başlıklı çalışmada, sigara kullanımı, kadınlarda da kasık fıtığı gelişimini artırmakta, dolayısıyla fıtık onarımı oranı da yükselmektedir. Ancak erkeklerde sigara-fıtık ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alkol tüketimi genel olarak kasık fıtığı onarımı riskini hafif düzeyde artırmaktadır. Aynı çalışmada Asyalılara kıyasla obez (BKİ ≥ 30) bireylerde kasık fıtığı onarımı riski daha düşük bulunmuş ve fazla kilolu (BKİ 25–29,9) bireylerde de riskin azaldığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada sigara ve alkol kullanım oranı düşüktü ve anlamlı ilişki bulunmadığı için tartışılmadı. Diğer yandan hastalarımızın yarıya yakınının kilolu, %12,5’inin 1.derece obez olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya göre literatürün tersine hastaların üçte ikisinin kilolu+obez olması fıtık riskinin fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan bir çalışmada; inguinal herni onarımı Hispanik olmayan beyaz ırk/etnik kökende pozitif ilişkiliyken, Afrika-Amerikalı, Hispanik/Latin ve Asyalı ırk/ etnik köken daha düşük bir insidansla ilişkilendirildiği belirlenmiştir (Cowan et al., 2023). Genetik farklılıklar, abdominal duvar anatomisi, yaşam tarzı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar bu sonuçlara etki edebilir. Ayrıca bazı gruplarda tanı veya tedaviye başvurma oranlarının daha düşük olması, istatistiklere yansımaya gizli olguların varlığına da işaret edebilir.

5.2. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI VAS-AĞRI DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Ali ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada; 60 erkek hasta rastgele çalışma grubu (n=30) ve kontrol grubu (n=30) olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışma grubuna ameliyat öncesinde özel bir hemşirelik eğitimi protokolü hazırlanmış kontrol grubuna sadece rutin bakım verilmiştir. Ağrı düzeyleri, ameliyat sonrası 2. gün, 1. ay ve 3. ayda değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası 2. gün ağrı skoru çalışma grubunda 0.16 ± 0.37 , kontrol grubunda 2.03 ± 0.66 ; ameliyat sonrası 1. ay ağrı skoru çalışma grubunda 3.83 ± 0.46 , kontrol grubunda 5.57 ± 0.50 ; ameliyat sonrası 3. ay ağrı skoru çalışma grubunda 2.97 ± 0.18 , kontrol grubunda 5.53 ± 0.51 . Bu sonuçlar, hemşirelik eğitimi alan grubun ağrı düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermektedir. Kanada'da Sawhney ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, Hernia Repair Education Intervention'ın (HREI) müdahalesi, ameliyat sonrası 2. günde ağrı şiddetini azaltmış, günlük aktivitelerdeki ağrı kaynaklı kısıtlamaları hafifletmiş ve opioid kullanımını düşürdüğü belirlenmiştir. Zhang ve arkadaşları (2022) kasık fıtığı nedeniyle cerrahi tedavi gören 86 hastayı iki gruba ayırarak hemşirelik müdahalesinin etkinliğini değerlendirmiştir. Kontrol grubuna (n=43) rutin hemşirelik bakımı uygulanırken, gözlem grubuna (n=43) rutin bakımın yanı sıra tıbbi veri analizine dayalı sistematik hemşirelik müdahalesi sunulmuştur. Postoperatif ağrı, gözlem grubunda VAS skorları, 1. günde $6,16 \pm 0,52$ 'den 5. günde $1,02 \pm 0,31$ 'e düşerken, kontrol grubunda $7,91 \pm 0,61$ 'den $1,05 \pm 0,33$ 'e gerilemiştir. İlk dört gün boyunca gözlem grubunun ağrı düzeyleri kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Yaptığımız çalışmada, ameliyat öncesi düşük

seviyede olan ağrı puan ortalaması, ameliyat sonrası 0. gün anlamlı derecede artış göstermekte iken ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ayda azalma eğilimindeydi. Bu sonuçlar literatürle uyumludur. Zamanla ağrı düzeyi iyileşmeye paralel olarak azalmaktadır. Ayrıca bireyselleştirilmiş ağrı eğitiminin ve yönetiminin ameliyat sonrası erken dönemde etkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan bir retrospektif çalışmada (2020), preoperatif ağrı varlığının inguinal herni onarımı sonrası kronik ağrı gelişimiyle anlamlı şekilde ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmada kronik ameliyat sonrası ağrı (CPIP) insidansı %14,4 olarak tespit edilmiştir (Liu et al 2020). 2022 yılında yapılan kohort çalışmasında, preoperatif ağrı şiddetinin, inguinal herni onarımı sonrası kronik postoperatif ağrı (CPIP) gelişimiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. İki yıllık takip sürecinde CPIP oranı %4,2 olarak saptanmış; bu vakaların %63,5'inin cerrahiyle ilişkili olmayan yeni ağrılar olduğu, %36,5'inin ise mevcut preoperatif ağrının postoperatif dönemde devam etmesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Şiddetli CPIP oranı ise %0,4 düzeyinde kaldığı tespit edilmiştir (Romain et al 2022). Karaman ve arkadaşlarının (2015) yaptığı inguinal herni onarımı sonrası kronik ağrı insidansı isimli çalışmada, ameliyat sonrası 3. ayda ağrı insidansı %18, 6. ayda ise %11,2 olarak saptanmıştır. Hastaların %78,3'ünde ameliyat öncesi ağrı mevcut olup bunların %21,8'inde kronik ağrı geliştiği belirlenmiştir. İlk 24 saatte ölçülen VAS skorları, kronik ağrı gelişen hastalarda ortalama $3,13 \pm 1,12$ iken, kronik ağrı gelişmeyenlerde $1,71 \pm 1,27$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası ağrı değerlendirilmesi operasyonu takiben birinci ayda yapıldı. Uluslararası literatürde kronik postoperatif ağrı (CPIP) genellikle üç aydan uzun süren ağrı olarak tanımlandığı için, bu çalışmanın takip süresi CPIP insidansını değerlendirmek açısından yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla, elde edilen veriler akut postoperatif ağrıya ilişkin olup, kronik ağrı gelişimiyle ilgili doğrudan çıkarım yapılması metodolojik olarak mümkün değildir.

5.3. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-12 YAŞAM KALİTESİ PUANLARI BAKIMINDAN DEĞİŞİMİN TARTIŞILMASI

Portekiz’de 33 hastanede gerçekleştirilen prospektif çok merkezli kohort çalışmasında, elektif açık inguinal herni onarımı geçiren 893 hasta değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların medyan EuraHS-QoL skoru 24 (IQR 10–40) iken, ameliyat sonrası 3. ayda bu skor 2’ye (IQR 0–10) düşerek yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşme göstermiştir (PT Surg 2022). Benzer yapılan başka bir çalışmada çalışma ve kontrol grupları arasında üç takip süresindeki günlük yaşam aktiviteleri değerlendirildiğinde; ameliyat sonrası 2. gün çalışma grubunda 1.93 ± 0.691 , kontrol grubunda 0.23 ± 0.43 ; ameliyat sonrası 1. ay çalışma grubunda 5.33 ± 0.661 , kontrol grubunda 3.6 ± 0.563 ; ameliyat sonrası 3. ay çalışma grubunda 5.93 ± 0.2454 , kontrol grubunda 3.53 ± 0.507 olduğu tespit edilmiştir. Abdel Rahman ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada, hastaların toplam bilgisi ile ameliyat sonrası toplam iyileşme kalitesi arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Prospektif bir kohort çalışmasında, hastaların yaşam kalitesi, EQ-5D-3L anketi ve EQ-VAS sağlık durumu ölçeği kullanılarak preoperatif dönemde ve postoperatif 1. hafta, 1. ay ve 6. ayda ölçülmüştür. Preoperatif dönemde EQ-5D-3L sağlık indeksi skoru ortalama $0,83 \pm 0,13$ ve EQ-VAS sağlık durumu skoru $79,5 \pm 12,59$ olarak bulunmuştur. Postoperatif 1. ayda bu skorlar sırasıyla $0,91 \pm 0,12$ ve $83,56 \pm 12,93$ ’e yükselmiş, 6. ayda ise $0,95 \pm 0,10$ ve $85,25 \pm 12,17$ olarak kaydedilmiştir. Bu bulgular, Shouldice onarımının postoperatif dönemde hastaların yaşam kalitesinde anlamlı ve sürekli bir iyileşme sağladığını göstermektedir (Mainprize 2024). Bu bulgu çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Zhang ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada hastaların genel durum yönetimi, psikososyal davranış, diyet yönetimi, problem çözme ve duygusal işleme gibi beş alandaki öz yönetim becerileri değerlendirilmiştir. Gözlem grubunda bu alanlardaki skorlar, hemşirelik müdahalesi sonrasında anlamlı artış göstermiştir (örneğin, genel durum yönetimi skoru $11,29 \pm 1,73$ ’ten $17,43 \pm 1,98$ ’e yükselmiştir. Çalışmamızda

ise zamana göre SF-12 Yaşam Kalitesi puanları bakımından değişim incelendiğinde; ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılığı, mental sağlık, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması alt boyut puanları artış göstermektedir. Bu sebeple yukarıda atıfta bulunan çalışmalarla uyumlu olduğu belirlendi.

Fawzy ve arkadaşlarının (2016) yaptığı yarı deneysel çalışmada, kasık fıtığı onarımı geçiren 60 erkek hastayı müdahale grubu ve kontrol grubu olarak rastgele iki gruba ayırmıştır. Müdahale grubuna, rutin bakımın yanı sıra özel olarak hazırlanmış hemşirelik rehberleri sunulmuştur. Ameliyat öncesinde her iki gruptaki hastaların bilgi düzeyi yetersiz bulunmuştur (%100). Ancak, taburculuk öncesinde müdahale grubundaki hastaların %67,7'si yeterli bilgi düzeyine ulaşmıştır. Bu artış, hemşirelik rehberlerinin hastaların bilgi düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahale grubunda, kontrol grubuna kıyasla postoperatif komplikasyonların insidansı daha düşük bulunmuştur. Bu, hemşirelik rehberlerinin komplikasyonları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, her hastaya kasık fıtığı hastalığı ve cerrahisi hakkında hazırlanmış bir hemşirelik rehberi kitapçığı verilmesi önerilmektedir. Tez çalışmamızda ise ameliyat öncesi ve taburculukta hastalara yazılı eğitim broşürünün verilmesi literatürdeki benzer bulgularla paralel şekilde hasta eğitimi açısından etkili bir araç olduğu tespit edildi. Bu uygulamanın amacı hastaların cerrahi sürece ilişkin bilgi düzeylerini artırarak preoperatif kaygılarını azaltmak, ameliyat sonrası ağrı düzeyi ve yaşam kalitesinin iyileşmesine ve postoperatif dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemeye katkı sağlamaktır.

5.4. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN ARASINDAKİ FARKLILIĞIN TARTIŞILMASI

Ali ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, yaş ile üç kez takip edilen günlük yaşam aktivitelerinin ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu, daha genç yaştakilerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu tespit

edilmiştir. Bu sonuç, hastaların yaşı ile fiziksel aktiviteleri arasında negatif bir korelasyon olduğunu açıklayan benzer bir çalışmayla uyumludur (Abdel Rahman et al 2017). Yapılan tez çalışmasında 55 yaşın altında olanlarda ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji, ağrı, sağlığın genel algılanması ve ameliyat sonrası 1. aydaki fiziksel fonksiyon, sağlığın genel algılanması boyutlarından alınan puanlar 65 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksek olup bu boyutlardaki yaşam kaliteleri daha iyi olduğu belirlendi ve yukarıda atıfta bulunan çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

5.5. AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI 1. AYDA AĞRI VE SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ TARTIŞILMASI

Çalışma grubunda üç zamanlı takipte ağrı düzeyi skoru ile günlük yaşam aktiviteleri skoru arasındaki korelasyona bakıldığında, sonuçlar üç zamanlı takipte ağrı düzeyi skoru ile günlük yaşam aktiviteleri skoru arasında negatif korelasyon olduğunu, 1. takipte ve 2. takipte istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu durum, hareketle veya hareketsizken oluşan ağrı hissinin günlük aktiviteleri normal şekilde yapma yeteneği ve isteğini azaltmasından kaynaklanıyor olabilir (Ali et al 2020). Çalışmamızda ise ameliyat sonrası 1. aydaki ağrı puanı ile mental sağlık ve enerji boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Buna göre ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin alt boyut puanları azalmakta, yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir. Mevcut bulgular yukarıdaki verileri destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmaya dahil edilen hastaların (N=56) %100'ü erkek, yaş ortalaması $59,91 \pm 15,40$ dır.
- Hastaların %80,4'ü evli, %60,7'si ilkokul mezunu, %50'si aktif çalışmakta ve %53,6'sı emeklidir.
- Yaşanılan yer açısından hastaların %48,2'si köy/kasabada yaşamaktadır.
- Gelir durumuna göre %87,5'i gelir-gider dengesi eşittir.
- Beden kitle indeksi (BKİ) değerlendirildiğinde katılımcıların %46,4'ü kilolu, hastaların %50'sinde en az bir kronik hastalık bulunduğu ve sık görülen kronik hastalık hipertansiyon (%37,5) olarak tespit edildi.
- Sigara kullanımı açısından hastaların %50'si aktif olarak sigara kullanmakta, günlük ortalama sigara tüketimi $17,1 \pm 8,70$ adet olarak hesaplandı. Sigara kullanım süresi ortalama $28,06 \pm 13,76$ yıl olarak bulundu. Katılımcıların %91,1'i alkol kullanmamaktadır.
- İnguinal herni süresi ortalama $16,45 \pm 19,93$ ay olarak tespit edildi. Hastaların %92,9'unda tek taraflı, %7,1'inde çift taraflı herni mevcuttur. Tek taraflı olgularda %51,8 sağ, %41,1 sol taraf, %7,1 ise her iki taraf (hem sağ hem sol) etkilenmektedir.
- İnguinal herniye dair en sık bildirilen şikayetler kasıkta çıkıntı/şişlik (%87,5), ağrı (%83,9) rahatsızlık hissi (%80,4) ve şişliğin itilebilme durumu (%73,2) şeklindedir.
- Hastaların %42,9'u hastaneye ameliyat öncesi ağrı şikayetiyle başvurmuştur. Evde ağrı kesici kullanan hasta oranı %8,9'dur. Ameliyatlarda %60,7 oranında spinal/epidural anestezi, %39,3 oranında genel anestezi tercih edildi.
- Ameliyat öncesi VAS ağrı puanı ortalama $2,07 \pm 1,09$, ameliyat sonrası 0. gün ağrı puanı ortalama $7,89 \pm 0,76$, ameliyat sonrası 1.gün ağrı puanı ortalama $3,68 \pm 0,69$ ve ameliyat sonrası 1. ay sonra ağrı puanı ortalama $0,98 \pm 0,80$ dır.

- Ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon ortalama puanı $46,88 \pm 31,28$ iken, ameliyat sonrası bu değer $86,61 \pm 19,05$ 'e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Sosyal fonksiyon puanı da ameliyat öncesi $23,66 \pm 5,68$ iken, ameliyat sonrası $25,00 \pm 0,00$ olarak saptandı.
- Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılığı alt boyutunda ameliyat öncesi puan $50,00 \pm 38,14$ iken, ameliyat sonrası $93,75 \pm 16,69$ 'a yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılığı puanı ise $92,86 \pm 22,22$ 'den $99,11 \pm 6,68$ 'e yükselmiş ve değişim istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,05$).
- Mental sağlık, ameliyat öncesi $75,89 \pm 7,57$ iken, ameliyat sonrası $78,21 \pm 6,36$ 'ya yükselmiş ve fark anlamlıdır ($p < 0,05$). Enerji düzeyi $70,71 \pm 10,76$ 'dan $76,43 \pm 8,62$ 'ye yükseldi.
- Ağrı puanı $66,52 \pm 13,72$ 'den $75,00 \pm 0,00$ 'a yükseldi, sağlık durumunun genel algılanması ise $61,61 \pm 15,05$ 'den $67,86 \pm 14,07$ 'ye çıktı.

Öneriler;

- ✓ Çalışmada, ameliyat öncesi dönemde hastalara verilen eğitim broşürünün, hem ağrı yönetimi hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlendi. Bu doğrultuda, cerrahi müdahale öncesinde hastaların bilgilendirilmesini sağlayan sistematik eğitim programlarının ve yazılı materyallerin (broşür, bilgilendirme kitapçığı vb.) tüm sağlık kuruluşlarında standart bir uygulama haline getirilmesi önerilmektedir. Hastaların cerrahi sürece hazırlıklı girmeleri, kaygı düzeylerinin azaltılması, ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünün daha etkin sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır.
- ✓ Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hasta eğitimi, ağrı yönetimi ve yaşam kalitesini değerlendirme gibi konularda sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin artırılması, hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, hemşireler başta olmak üzere cerrahi alanda çalışan tüm sağlık profesyonellerine yönelik sürekli mesleki

gelişim eğitimlerinin düzenlenmesi ve hasta odaklı bakım uygulamalarının teşvik edilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri, küçük bir bölge hastanesi olması hasta çeşitliliğini etkileyerek kırsal alandan daha fazla hasta tarafından tercih edilmesidir. Diğer tez bitirme süresi ile paralel olarak hastaların bir ay süre ile takip edilebilmesi, uzun dönem sonuçlarının alınamamasıdır. Bu nedenle, ileriye dönük yapılacak çalışmalarda daha geniş örneklemlemlerle, farklı cerrahi merkezlerde ve daha uzun süreli izlem süreçlerini içeren araştırmaların planlanması önerilmektedir. Ayrıca, ameliyat sonrası dönemde farklı ağrı yönetim stratejilerinin (farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler) karşılaştırıldığı çalışmalar da literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Aasvang, E, Kehlet, H. (2005). Chronic postoperative pain: the case of inguinal herniorrhaphy. *British journal of anaesthesia*, 95(1), 69–76. <https://doi.org/10.1093/bja/aei019>

Abdel Rahman, AA R, Mahdy, NE, Kamaly, AM. (2017). Predictive factors affecting postoperative quality of recovery for patients undergoing surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(3), 50–60. <https://doi.org/10.9790/1959-0603085060>

Agarwal PK. (2023). Study of Demographics, Clinical Profile and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Public Health Problem in Elderly Males. *Cureus*, 15(4), e38053. <https://doi.org/10.7759/cureus.38053>

Akbulut, S, Cakabay, B, Sezgin, A. (2010). A familial tendency for developing inguinal hernias: study of a single family. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 14(4), 431–434. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0554-6>

Aksoy, G. (2022). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde Aksoy, G, Kanan, N, Akyolcu, N. (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I* (ss.259-298). Nobel Tıp Kitabevleri.

Akyolcu, N. (2022). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde Aksoy, G, Kanan, N, Akyolcu, N. (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I* (ss.335-364). Nobel Tıp Kitabevleri.

Alfieri, S, Amid, PK, Campanelli, G, Izard, G, Kehlet, H, Wijsmuller, AR, Di Miceli, D, Doglietto, GB. (2011). International guidelines for prevention and management of post-operative chronic pain following inguinal hernia surgery. *Hernia*, 15(3), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s10029-011-0798-9>

Ali, EA, Ragab, II., Mohammed, MA S, Mohamed, RF. (2020). Effect of preoperative nursing protocol on pain and daily activities for post inguinal hernia repair patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 8(1), 130–138. <https://doi.org/10.21608/msnj.2020.188053>

Arenal, JJ, Rodríguez-Vielba, P, Gallo, E, Tinoco, C. (2002). Hernias of the abdominal wall in patients over the age of 70 years. *The European journal of surgery = Acta chirurgica*, 168(8-9), 460–463. <https://doi.org/10.1080/110241502321116451>

Aroke, EN., McMullan, SP., Woodfin, KO, Richey, R, Doss, J, Wilbanks, BA. (2020). A Practical Approach to Acute Postoperative Pain Management in Chronic Pain Patients. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(6), 564–573. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.002>

Aydın, ON. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37–48.

Bay-Nielsen, M, Kehlet, H, Strand, L, Malmstrøm, J, Andersen, FH, Wara, P, Juul, P, Callesen, T, Danish Hernia Database Collaboration (2001). Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet (London, England)*, 358(9288), 1124–1128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06251-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06251-1)

Berndsen, MR, Gudbjartsson, T, Berndsen, FH. (2019). *Laeknabladid*, 105(9), 385–391. <https://doi.org/10.17992/lbl.2019.09.247>

Bittner, R, Arregui, ME, Bisgaard, T, Dudai, M, Ferzli, GS, Fitzgibbons, RJ, Fortelny, RH, Klinge, U, Kockerling, F, Kuhry, E, Kukleta, J, Lomanto, D, Misra, MC, Montgomery, A, Morales-Conde, S, Reinpold, W, Rosenberg, J, Sauerland, S, Schug-Pass, C, Singh, K, ... Chowbey, P. (2011). Guidelines for laparoscopic

(TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surgical endoscopy*, 25(9), 2773–2843. <https://doi.org/10.1007/s00464-011-1799-6>

Brooks, CD. (2025). Overview of abdominal wall hernias in adults. Uptodate, Erişim Adresi: https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=inguinal+herni&source=search_result&selectedTitle=9%7E124&usage_type=default&display_rank=9 (Erişim Tarihi: 02/04/2025).

Brooks, CD, Hawn, M. (2025). Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. Uptodate, Erişim Adresi: https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=inguinal%20herni&source=search_result&selectedTitle=2%7E124&usage_type=default&display_rank=2#H4 (Erişim Tarihi: 26/04/2025).

Bulut, H, Doğan, M, Taş, A, Ağladioğlu, K, Coşkun, A. (2013). The effects of Lichtenstein tension-free mesh hernia repair on testicular arterial perfusion and sexual functions. *Wiener klinische Wochenschrift*, 125(3-4), 96–99. <https://doi.org/10.1007/s00508-013-0321-7>

Burcharth, J, Pedersen, M, Bisgaard, T, Pedersen, C, Rosenberg, J. (2013). Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PloS one*, 8(1), e54367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054367>

Burkhardt, JH, Arshanskiy, Y, Munson, JL, Scholz, FJ. (2011). Diagnosis of inguinal region hernias with axial CT: the lateral crescent sign and other key findings. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 31(2), E1–E12. <https://doi.org/10.1148/rg.312105129>

Buvanendran, A, Fiala, J, Patel, KA, Golden, AD, Moric, M, Kroin, JS. (2015). The Incidence and Severity of Postoperative Pain following Inpatient Surgery. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 16(12), 2277–2283. <https://doi.org/10.1111/pme.12751>

Chen, Hu, M, Huang, S. (2023). Analysis of influencing factors of complications after laparoscopic inguinal hernia repair: An observational study. *Medicine*, 102(49), e36516. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036516>

Chen, YK, Boden, KA, Schreiber, KL. (2021). The role of regional anaesthesia and multimodal analgesia in the prevention of chronic postoperative pain: a narrative review. *Anaesthesia*, 76 Suppl 1(Suppl 1), 8–17. <https://doi.org/10.1111/anae.15256>

Chernyavsky, VS, Davidov, T, Trooskin, SZ, Boyarsky, A. (2011). Athlete's hernia-- a true, early direct inguinal hernia: diagnosis, pathophysiology, and surgical treatment. *The American surgeon*, 77(11), 1472–1476.

Cohen, SP, Mao, J. (2014). Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, f7656. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7656>

Corke, P. (2013). Postoperative Pain Management. *Aust Prescr*, 36; 202-2025.

Cowan, B, Kvale, M, Yin, J, Patel, S, Jorgenson, E, Mostaedi, R, Choquet, H. (2023). Risk factors for inguinal hernia repair among US adults. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 27(6), 1507–1514. <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02913-w>

Çavdar, İ, Akyüz, N. (2022). Ameliyat Sonrası Ağrı ve Yönetimi. İçinde Aksoy, G, Kanan, N, Akyolcu, N. (Ed.), (ss.367-388). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 4.Baskı

Çöçelli, LP, Bacaksız, BD, Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14; 53-58.

Dahl, V, Raeder, JC. (2000). Non-opioid postoperative analgesia. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 44(10), 1191–1203. <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2000.441003.x>

Dahlstrand, U, Wollert, S, Nordin, P, Sandblom, G, Gunnarsson, U. (2009). Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. *Annals of surgery*, 249(4), 672–676. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31819ed943>

de Goede, B, Timmermans, L, van Kempen, B, van Rooij, FJA, Kazemier, G, Lange, J, Hofman, B, Jeekel, J. (2015). Risk factors for inguinal hernia in middle-aged and elderly men: Results from the Rotterdam Study. *Surgery*, 157(3), 540–546. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.09.029>

De Meulder, F, Wojciechowski, M, Hubens, G, Ramet, J. (2006). Female hydrocele of the canal of Nuck: a case report. *European journal of pediatrics*, 165(3), 193–194. <https://doi.org/10.1007/s00431-005-0067-y>

Değerli Ü. (1998) Cerrahi 3. baskı İst Nobel Tıp Kitabevi

Dikmen, Y. (2013). Ağrı ve Yönetimi. İçinde: T, Atabek Aştı, A, Karadağ. (Ed.), *Hemşirelik Esasları* (ss. 633-647). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Doenges, ME, Moorhouse, MF, Murr, AC. (2014). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*. F,A. Davis Company.

Dueñas, M, Salazar, A, de Sola, H, Failde, I. (2020). Limitations in Activities of Daily Living in People With Chronic Pain: Identification of Groups Using Clusters Analysis. *Pain*

Eti Aslan, F, Karadağ Arlı, Ş. (2017). Ağrı Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. İçinde F, Eti Aslan (Ed.), *Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme* (ss. 103-136). Ankara: Akademisyen tıp Kitabevi

European Hernia Society (EHS). (2019). International Guidelines For Groin Hernia Management. Erişim Adresi: https://europeanherniasociety.eu/wp-content/uploads/2023/04/Groin_ENG_cov13178_ehs_groin_hernia_management_a5_en_10_lr_1.pdf

Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Fowler, KJ, Garcia, EM, Kim, DH, Cash, BD, Chang, KJ, Feig, BW, Gage, KL, Kambadakone, AR, Levy, AD, Liu, PS, Marin, D, Moreno, C, Peterson, CM, Pietryga, JA, Smith, MP, Carucci, LR. (2019). ACR Appropriateness Criteria® Palpable Abdominal Mass-Suspected Neoplasm. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 16(11S), S384–S391. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.05.014>

Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Garcia, EM, Pietryga, JA, Kim, DH, Fowler, KJ, Chang, KJ, Kambadakone, AR, Korngold, EK, Liu, PS, Marin, D, Moreno, CC, Panait, L, Santillan, CS, Weinstein, S, Wright, CL, Zreloff, J, Carucci, LR. (2022). ACR Appropriateness Criteria® Hernia. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 19(11S), S329–S340. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.016>

Fawzy, HT, Ghanem, HM, Mohammed, MB, Abd Almageed, AS. (2016). Effect of nursing guidelines on patients undergoing inguinal hernia repair outcomes. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 4(9), 1–11. <https://doi.org/10.21608/asnj.2016.60323>

Fortuny, G, Rodríguez-Navarro, J, Susín, A, Armengol-Carrasco, M, López-Cano, M. (2009). A simulation finite element model for the mechanics of the internal oblique muscle: a defense mechanism against inguinal hernia formation?. *Computers in biology and medicine*, 39(9), 794–799. <https://doi.org/10.1016/j.compbimed.2009.06.007>

Fränneby, U, Sandblom, G, Nordin, P, Nyrén, O, Gunnarsson, U. (2006). Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Annals of surgery*, 244(2), 212–219. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000218081.53940.01>

Goethals, A, Azmat, CA, Adams, CT. (2023). Femoral Hernia. StatPearls. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535449/> (Erişim Tarihi: 26.04.2025).

Gram-Hanssen, A, Christophersen, C, Rosenberg, J. (2022). Results from patient-reported outcome measures are inconsistently reported in inguinal hernia trials: a systematic review. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 26(3), 687–699. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02492-8>

Gram-Hanssen, A, Jessen, ML, Christophersen, C, Zetner, D, Rosenberg, J. (2021). Trends in the use of patient-reported outcome measures for inguinal hernia repair: a quantitative systematic review. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 25(5), 1111–1120. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02322-3>

Gray, EJ, Mizell, SJ. (2025). Anatomy of the abdominal wal. Uptodate, Erişim Adresi: https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/anatomy-of-the-abdominal-wall?search=inguinal+herni&topicRef=3688&source=see_link (Erişim Tarihi: 02/04/2025).

Haladu, N, Alabi, A, Brazzelli, M, Imamura, M, Ahmed, I, Ramsay, G, Scott, NW. (2022). Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Surgical endoscopy*, 36(7), 4685–4700. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09161-6>

Hall, MJ, DeFrances, CJ, Williams, SN, Golosinskiy, A, Schwartzman, A. (2010). National Hospital Discharge Survey: 2007 summary. *National health statistics reports*, (29), 1–24.

Heller, GZ, Manuguerra, M, Chow, R. (2016). How to analyze the Visual Analogue Scale: Myths, truths and clinical relevance. *Scandinavian journal of pain*, 13, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.012>

Heniford, BT, Walters, AL, Lincourt, AE, Novitsky, YW, Hope, WW, Kercher, KW. (2008). Comparison of generic versus specific quality-of-life scales for mesh hernia repairs. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(4), 638–644. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.11.025>

HerniaSurge Group (2018). International guidelines for groin hernia management. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 22(1), 1–165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>

Hewitt DB. (2017). Groin Hernia. *JAMA*, 317(24), 2560. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1556>

Holzheimer RG. (2005). Inguinal Hernia: classification, diagnosis and treatment--classic, traumatic and Sportsman's hernia. *European journal of medical research*, 10(3), 121–134.

Huang, CC, Tai, FC, Chou, TH, Lien, HH, Jeng, JY, Ho, TF, Huang, CS. (2017). Quality of life of inguinal hernia patients in Taiwan: The application of the hernia-specific quality of life assessment instrument. *PloS one*, 12(8), e0183138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183138>

Huerta, S, Garza, AM. (2025). A Systematic Review of Open, Laparoscopic, and Robotic Inguinal Hernia Repair: Management of Inguinal Hernias in the 21st

Century. *Journal of clinical medicine*, 14(3), 990.
<https://doi.org/10.3390/jcm14030990>

Jenkins, JT, O'Dwyer, PJ. (2008). Inguinal hernias. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7638), 269–272. <https://doi.org/10.1136/bmj.39450.428275.AD>

Jensen, KK, Henriksen, NA, Harling, H. (2014). Standardized measurement of quality of life after incisional hernia repair: a systematic review. *American journal of surgery*, 208(3), 485–493. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.04.004>

Jensen, KK, Henriksen, NA, Jorgensen, LN. (2017). Inguinal hernia epidemiology. In W. Hope, W. Cobb, G. Adrales (Eds.), *Textbook of hernia* (pp. 23–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43045-4_4

Jiang ZP, Yang B, Wen LQ, Zhang YC, Lai DM, Li YR, Chen S. (2015). The etiology of indirect inguinal hernia in adults: congenital or acquired? *Hernia*, 19(5), 697-701.

Kang, SK, Burnett, CA, Freund, E, Sestito, J. (1999). Hernia: is it a work-related condition?. *American journal of industrial medicine*, 36(6), 638–644.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0274\(199912\)36:6<638::aid-ajim6>3.0.co;2-w4](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0274(199912)36:6<638::aid-ajim6>3.0.co;2-w4)

Karadağ Arlı, Ş. (2017). Cerrahi bakımda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3): 1013-1021.

Karaman, Y, Özkarakaş, H, Karaman, S, Turan, M, Gönüllü, M, Uyar, M, Tekgül, Z. (2015). İnguinal herni onarımı sonrası kronik ağrı insidansı [Incidence of chronic pain after inguinal hernia repair]. *Ağrı : Ağrı (Algoloji) Derneği'nin Yayın organıdır = The journal of the Turkish Society of Algology*, 27(2), 97–103.
<https://doi.org/10.5505/agri.2015.55706>

Kark, AE, Kurzer, M. (2008). Groin hernias in women. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 12(3), 267–270. <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0330-4>

Kaya, A, Tutcu Şahin, S, Kaya, Y, Coşkun, T, Sakarya, A. (2020). Comparison of prolene and progrip meshes in inguinal hernia repair in terms of post-operative pain, limitation of movement and quality of life. *Turkish journal of surgery*, 36(1), 48–52. <https://doi.org/10.5578/turkjsurg.4451>

Kehlet, H, Jensen, TS, Woolf, CJ. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet (London, England)*, 367(9522), 1618–1625. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68700-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68700-X)

Kızılcık Özkan, Z, Dığın, F, Dinlegör Sekmen, I. (2023). Hastalarda perioperatif hemşirelik bakımı kalitesi ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 26–32. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1147163>

Klinge, U, Binnebösel, M, Mertens, PR. (2006). Are collagens the culprits in the development of incisional and inguinal hernia disease?. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 10(6), 472–477. <https://doi.org/10.1007/s10029-006-0145-8>

Koch, A, Edwards, A, Haapaniemi, S, Nordin, P, Kald, A. (2005). Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. *The British journal of surgery*, 92(12), 1553–1558. <https://doi.org/10.1002/bjs.5156>

Lam, CL, Tse, EY, Gandek, B. (2005). Is the standard SF-12 health survey valid and equivalent for a Chinese population?. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(2), 539–547. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0704-3>

Li, S, Li, S, Hou, D, Tang, J. (2023). Prospects and challenges of robotic hernia surgery in China: A narrative review. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*, 6(2), 67–70. https://doi.org/10.4103/ijawhs.IJAWHS_54_22

Liu, Y, Zhou, M, Zhu, X, Gu, X, Ma, Z, Zhang, W. (2020). Risk and protective factors for chronic pain following inguinal hernia repair: a retrospective study. *Journal of anesthesia*, 34(3), 330–337. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02743-5>

Lo, CW, Chen, YT, Jaw, FS, Yu, CC, Tsai, YC. (2021). Predictive factors of post-laparoscopic inguinal hernia acute and chronic pain: prospective follow-up of 807 patients from a single experienced surgeon. *Surgical endoscopy*, 35(1), 148–158. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07373-2>

Ma, Q, Jing, W, Liu, X, Liu, J, Liu, M, Chen, J. (2023). The global, regional, and national burden and its trends of inguinal, femoral, and abdominal hernia from 1990 to 2019: findings from the 2019 Global Burden of Disease Study - a cross-sectional study. *International journal of surgery (London, England)*, 109(3), 333–342. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000217>

Mainprize, M, Spencer Netto, FAC, Svendrovski, A, Mantke, R, Paasch, C. (2024). Quality of life following Shouldice Repair: a prospective cohort study among inguinal hernia patients. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 29(1), 28. <https://doi.org/10.1007/s10029-024-03217-3>

Mazda, Y, Jadin, S, Khan, JS. (2021). Postoperative pain management. *Canadian Journal of General Internal Medicine*, 16(1), 1–17.

McBee, PJ, Walters, RW, Fitzgibbons, RJ. (2022). Current status of inguinal hernia management: A review. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*, 5(4), 159–164. https://doi.org/10.4103/ijawhs.ijawhs_36_22

McIntosh, A, Hutchinson, A, Roberts, A, Withers, H. (2000). Evidence-based management of groin hernia in primary care--a systematic review. *Family practice*, 17(5), 442–447. <https://doi.org/10.1093/fampra/17.5.442>

Miserez, M, Alexandre, JH, Campanelli, G, Corcione, F, Cuccurullo, D, Pascual, MH, Hoferlin, A, Kingsnorth, AN, Mandala, V, Palot, JP, Schumpelick, V, Simmermacher, RK, Stoppa, R, Flament, JB. (2007). The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 11(2), 113–116. <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0198-3>

Mitura, K, Śmiałowski, M, Kozieł, S, Garnysz, K, Michałek, I. (2018). Factors influencing inguinal hernia symptoms and preoperative evaluation of symptoms by patients: results of a prospective study including 1647 patients. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 22(4), 585–591. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1774-4>

Montgomery, J, Dimick, JB, Telem, DA. (2018). Management of Groin Hernias in Adults-2018. *JAMA*, 320(10), 1029–1030. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10680>

Mouravas V, Sfoungaris, D. (2015). The etiology of indirect inguinal hernia in adults: congenital, acquired or both? *Hernia*, 19(6), 1037-1038.

Nordin, P, van der Linden, W. (2008). Volume of procedures and risk of recurrence after repair of groin hernia: national register study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7650), 934–937. <https://doi.org/10.1136/bmj.39525.514572.25>

Olsson, A, Sandblom, G, Franneby, U, Sonden, A, Gunnarsson, U, Dahlstrand, U. (2023). Do postoperative complications correlate to chronic pain following inguinal hernia repair? A prospective cohort study from the Swedish Hernia Register. *Hernia*, 27(1), 21–29. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02545-y>

Ortenzi, M, Botteri, E, Balla, A, Podda, M, Montori, G, Sartori, A. (2023). Nationwide analysis of open groin hernia repairs in Italy from 2015 to 2020. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 27(6), 1429–1437. <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02902-z>

Özer, B, Tatar, C, Benek, S, Aydın, H, Kızılkaya, C, Alkurt, E, Özgül, H, Koyuncu, A. (2016). Nüks inguinal hernilerin tedavisinde anterior meshli ve posterior meshli herniorafi yöntemlerinin karşılaştırılması. *Med Bull Haseki*, 54, s.90-93.

Öztürk, T. (2020). Fıtık Onarımının Tarihçesi. İçinde Gök, MA, Kafadar, MT. (Ed.), *Fıtık Cerrahisi* (ss.1-14). Ankara-Akademisyen Kitabevi.

Özveren, H, Faydalı, S, Gülnar, E, Dokuz, HF. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(1), 60–66. <https://doi.org/10.16899/gopctd.388195>

Pastorino, A, Alshuqayfi, AA. (2022). Strangulated Hernia. StatPearls. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555972/?utm_source (Erişim Tarihi: 26/04/2025).

Poobalan, AS, Bruce, J, Smith, WC, King, PM, Krukowski, ZH, Chambers, WA. (2003). A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *The Clinical journal of pain*, 19(1), 48–54. <https://doi.org/10.1097/00002508-200301000-00006>

Potter, PA, Perry, AG, Stockert, P, Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier *practice : the official journal of World Institute of Pain*, 20(2), 179–187. <https://doi.org/10.1111/papr.12842>

PT Surg (Portuguese Collaborative Research Group) (2022). Predictors of low quality of life after open inguinal hernia repair using the EuraHS-QoL score: prospective multicentric cohort study across 33 hospitals. *Hernia: the journal of*

hernias and abdominal wall surgery, 26(1), 225–232.
<https://doi.org/10.1007/s10029-021-02498-2>

Raja, SN, Carr, DB, Cohen, M, Finnerup, NB, Flor, H, Gibson, S, Keefe, FJ, Mogil, JS, Ringkamp, M, Sluka, KA, Song, XJ, Stevens, B, Sullivan, MD, Tutelman, PR, Ushida, T, Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Read RC. (2005). British contributions to modern herniology of the groin. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 9(1), 6–11.
<https://doi.org/10.1007/s10029-004-0285-7>

Read, RC. (1998). Metabolic factors contributing to herniation: A review. *Hernia* 2(2), 51–55. <https://doi.org/10.1007/BF01207484>

Romain, B, Fabacher, T, Ortega-Deballon, P, Montana, L, Cossa, JP, Gillion, JF, Club-Hernie Members (2022). Longitudinal cohort study on preoperative pain as a risk factor for chronic postoperative inguinal pain after groin hernia repair at 2-year follow-up. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 26(1), 189–200. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02404-w>

Rosemar, A, Angerås, U, Rosengren, A, Nordin, P. (2010). Effect of body mass index on groin hernia surgery. *Annals of surgery*, 252(2), 397–401.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e985a1>

Ruhl, CE, Everhart, JE. (2007). Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *American journal of epidemiology*, 165(10), 1154–1161.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwm011>

Rutkow, IM, Robbins, AW. (1993). Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *The Surgical clinics of North America*, 73(3), 413–426. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(16\)46027-5](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(16)46027-5)

Savaş Y. (2009). Genel ya da Bölgesel Anestezi İle Yapılan Kasık Fıtığı Onarımlarının Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Prof. Dr. Yüksel ARIKAN).

Sawhney, M, Watt-Watson, J, McGillion, M. (2017). A Pain Education Intervention for Patients Undergoing Ambulatory Inguinal Hernia Repair: A Randomized Controlled Trial. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 49(3), 108–117. <https://doi.org/10.1177/0844562117714704>

Sayek İ. (2004). Temel cerrahi (3. baskı). Ankara Güneş Kitabevi.

Sayek, İ. (2013). *Temel cerrahi* (2. cilt, bölüm 161, s. 1803). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Scott, DJ, Jones, DB. (2003). Hernias and abdominal wall defects. In JA, Norton (Ed.), *Essential practice of surgery* (Chapter 25, pp. 335–354). New York: Springer-Verlag.

Serra, R, Buffone, G, Costanzo, G, Montemurro, R, Scarcello, E, Stillitano, DM, Damiano, R, de Franciscis, S. (2014). Altered metalloproteinase-9 expression as least common denominator between varicocele, inguinal hernia, and chronic venous disorders. *Annals of vascular surgery*, 28(3), 705–709. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2013.07.026>

Skandalakis, PN, Skandalakis, JE, Colborn, GL, Kingsnorth, AN, Weidman, TA, Skandalakis, LJ. (2004). *Abdominal wall and hernias*. In JE, Skandalakis (Ed.), *Surgical anatomy* (14th ed., pp. 395–491). Athens: PMP Co.

Smeltzer, SC, Bare, BG, Hinkle, JL, Cheever, KH. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, SC, Bare, BG, Hinkle, JL, Cheever, KK. (2008). Preoperative nursing management. In: *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; Volume 1; 480-499.

Stabilini, C, van Veenendaal, N, Aasvang, E, Agresta, F, Aufenacker, T, Berrevoet, F, Burgmans, I, Chen, D, de Beaux, A, East, B, Garcia-Alamino, J, Henriksen, N, Köckerling, F, Kukleta, J, Loos, M, Lopez-Cano, M, Lorenz, R, Miserez, M, Montgomery, A, Morales-Conde, S, ... Simons, M. (2023). Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS open*, 7(5), zrad080. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>

Staerkle, RF, Villiger, P. (2011). Simple questionnaire for assessing core outcomes in inguinal hernia repair. *The British journal of surgery*, 98(1), 148–155. <https://doi.org/10.1002/bjs.7236>

Stechemesser, B, Jacob, DA, Schug-Paß, C, Köckerling, F. (2012). Herniated: an internet-based registry for outcome research in hernia surgery. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 16(3), 269–276. <https://doi.org/10.1007/s10029-012-0908-3>

Stein, C, Lang, LJ. (2009). Peripheral mechanisms of opioid analgesia. *Current opinion in pharmacology*, 9(1), 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2008.12.009>

Suresh, K, Chandrashekara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences*, 5(1), 7–13. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.97779> (Retraction published J Hum Reprod Sci. 2015 Jul-Sep;8(3):186. doi: 10.4103/0974-1208.165154.)

Swan, KG, Jr, Wolcott, M. (2007). The athletic hernia: a systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*, 455, 78–87. <https://doi.org/10.1097/BLO.0b013e31802eb3ea>

Şenyüz, KY, Koçaşlı, S. (2017). Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (2), 90-95. Doi; 10.5455/sad.13-1491818424

Teimuraz, G, Tamaz, G, Ilona, S, Nino, A, Giorgi, B. (2021). Assessment of Complications of Inguinal Hernia Surgery. *European Scientific Journal, ESJ*, 17(18), 11. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n18p11>

Tung, RT, Heyns, J. (2022). Ureteral Inguinal Herniation. *Kansas journal of medicine*, 15(2), 305–306. <https://doi.org/10.17161/kjm.vol15.17961>

Turhan, AN, Kapan, S, İpek, SF, Hatipoğlu, S, Aygün, E. (2005). İnguinal herni tamirinde anterior preperitoneal mesh ve Lichtenstein mesh takviyelerinin karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 1(1), 16–19

Vad, MV, Frost, P, Bay-Nielsen, M, Svendsen, SW. (2012). Impact of occupational mechanical exposures on risk of lateral and medial inguinal hernia requiring surgical repair. *Occupational and environmental medicine*, 69(11), 802–809. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100787>

Wagner, JP, Brunicardi, FC, Amid, PK, Chen, DC. (2015). Inguinal hernias. In F. C. Brunicardi (Ed.), *Schwartz's principles of surgery* (10th ed., pp. 1495–1520). McGraw-Hill.

Wang, Y, Zhang, X. (2016). Short-term results of open inguinal hernia repair with self-gripping Parietex ProGrip mesh in China: A retrospective study of 90 cases. *Asian journal of surgery*, 39(4), 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2015.05.001>

Ware, JE. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130–3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>

Ware, J. Jr, Kosinski, M, Keller, SD. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Williams, ACC, Craig, KD. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

Zendejas, B, Ramirez, T, Jones, T, Kuchena, A, Ali, SM, Hernandez-Irizarry, R, Lohse, CM, Farley, DR. (2013). Incidence of inguinal hernia repairs in Olmsted County, MN: a population-based study. *Annals of surgery*, 257(3), 520–526. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31826d41c6>

Zhang, N, Miao, J, Zheng, Q. (2022). The Effect of Nursing Intervention on Patients with Inguinal Hernia and Its Influence on Self-Management Ability. *Contrast media & molecular imaging*, 2022, 4965709. <https://doi.org/10.1155/2022/4965709>

Zhao, G, Gao, P, Ma, B, Tian, J, Yang, K. (2009). Open mesh techniques for inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Surgery*, 250(1), 35–42. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ad63cc>

Zollinger RM, Jr (2004). An updated traditional classification of inguinal hernias. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 8(4), 318–322. <https://doi.org/10.1007/s10029-004-0245-2>

EKLER

EK 1. BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU



**EK 1. BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN
FORMU**



EK 2. ETİK KURUL ONAYI



EK 2. ETİK KURUL ONAYI



EK 3. KURUM İZNİ



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



EK 5. HASTA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİ FORMU

Tarih:

Anket Numarası:

Telefon:

1. Yaşınız:

2. Medeni Durumu: () Evli () Bekâr

3. Eğitim durumu: () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans/Doktora

4. Çalışma durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor (işsiz)

5. Mesleğiniz: () Emekli () Memur (Kamu/Özel) () İşçi () Diğer

6. Yaşanılan Yer: () İl () İlçe () Köy/kasaba

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız:

() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

8. Kilo: Boy: Beden Kitle İndeksi:

(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır.)

() 18,5 kg/m² ve daha düşük değerler: **Zayıf**

() 18,5 - 24,9 kg/m²: **Normal ağırlıkta**

() 25,0 - 29,9 kg/m²: **Kilolu**

() 30,0 - 34,9 kg/m²: **1. derece obezite**

() 35,0 - 39,9 kg/m²: **2. derece obezite**

() 40 kg/m² ve üzerindeki değerler: **3. derece obezite**

9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? () Hayır () Evet

Var ise (); birden fazla seçenek işaretlenebilir.

() Hipertansiyon () Astım () Diyabet () Böbrek Hastalığı () Kolon Kanseri

() Kalp Hastalığı () Romatizma () Enfeksiyon () Diyabet () KOAH

() Diğer.....

10. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet isetane/gün () Hayır

İçiliyorsa kaç yıldır?

Daha önce sigara kullandınız mı? () Evet () Hayır

Kaç yıl kullandınız?

11. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

İçiliyorsa kaç yıldır?

Daha önce alkol kullandınız mı? () Evet () Hayır

Kaç yıl kullandınız?

12. Ne zamandır kasık fıtığınız var?

EK 5. HASTA BİLGİ FORMU

13. Kasık fıtığınız; () Tek taraflı () Çift taraflı

14. Kasık fıtığınız hangi tarafta? () Sağ () Sol

15. Kasık fıtığına dair şikayetleriniz var mı? () Evet () Hayır

Var ise (); birden fazla seçenek işaretlenebilir.

() Ağrı () Kasıkta çıkıntı/şişlik () Ağır aktiviteler sırasında kasıkta rahatsızlık hissi
() Şişlik geriye itilebiliyor () Şişlik geriye itilemiyor

16. Hastaneye yatmadan önce ağrınız var mıydı? () Evet () Hayır

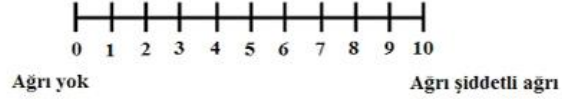
17. Evde iken ağrı kesici kullanıyor muydunuz? () Evet () Hayır

18. Anestezi türü; () Spinal/Epidural anestezi () Genel anestezi

19. Ameliyat öncesi ve sonrası VAS-Ağrı düzeyi, kullanılan analjezikler:

VAS'a göre ağrı şiddeti için, genellikle "ağrı yok" 0 puan ve "hayal edilebilecek en kötü ağrı" 10 puan olarak derecelendirilir.

Visüel Analog Skala (VAS)



Ağrı değerlendirme süreleri	Tarih	VAS AĞRI Puanı	Kullanılan Analjezik Türü/Dozu	Analjezik Sıklığı
Ameliyat öncesi:				
Ameliyat sonrası 0.gün:				
Ameliyat sonrası 1.gün:				
Ameliyattan 1 ay sonra:				

EK 6. SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU

20.SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Ameliyat Öncesi Değerlendirme:

Tarih:

A-Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığını sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

B-Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak

1	2	3
Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor

C-Birkaç kat merdiven çıkmak

1	2	3
Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

D-Yapmak istediğinizden **daha azını** yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)

1	2
Evet	Hayır

E-Yapabildiğiniz iş **türünde** ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak

1	2
Evet	Hayır

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

F-Yapmak istediğinizden **daha azını** yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)

1	2
Evet	Hayır

G-İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi **dikkatlice** yapmamak

1	2
Evet	Hayır

EK 6. SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU

H-Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinizde (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

1	2	3	4	5
Hiç olmadı	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinizle en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

I-Sakin ve huzurlu hissettiniz?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

K-Çok enerjiniz oldu?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

L-Mutsuz ve kederli oldunuz?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

M-Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1	2	3	4	5
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman

EK 6. SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU

21.SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Ameliyattan 1 Ay Sonra Değerlendirme:

Tarih:

A-Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

B-Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak

1	2	3
Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor

C-Birkaç kat merdiven çıkmak

1	2	3
Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

D-Yapmak istediğinizden **daha azını** yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)

1	2
Evet	Hayır

E-Yapabildiğiniz **iş türünde** ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak

1	2
Evet	Hayır

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

F-Yapmak istediğinizden **daha azını** yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)

1	2
Evet	Hayır

G-İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi **dikkatlice** yapmamak

1	2
Evet	Hayır

EK 6. SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU

H-Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinizde (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

1	2	3	4	5
Hiç olmadı	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinizle en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

I-Sakin ve huzurlu hissettiniz?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

K-Çok enerjiniz oldu?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

L-Mutsuz ve kederli oldunuz?

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman

M-Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1	2	3	4	5
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman

EK 7. HASTA EĞİTİM BROŞÜRÜ

SAĞLIKLA İYİLEŞİN !

HASTA EĞİTİMİ

Bu eğitici bilgiler, ameliyatınız hakkında daha iyi bilgi sahibi olmanıza yardımcı olmak ve bakımınıza aktif olarak katılmak için gereken bilgi ve becerileri kazandırmak içindir.



Fıtık Nedir?

Fıtık; bir organ, doku ya da organın bir parçasının, normalde bulunduğu boşluğun duvarındaki anormal açıklık ya da zayıf bir alandan dışarı çıkmasıdır.



Fıtık tehlikeli bir hastalık değildir ancak tedavi edilmediği takdirde rahatsızlık devam edecektir ve daha kötü sonuçlara yol açabilir.

Tedavisi cerrahi olup iki yöntem vardır. Bunlar açık onarım ve laparoskopik onarımdır.

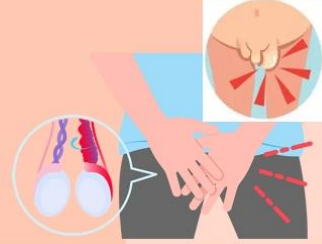
Risk Faktörleri

- Ağır kaldırma
- Kabızlık
- Öksürme
- Obezite



Fıtıkta Belirti ve Bulgular Nelerdir?

- Kasıkta ağrı
- Kasık, testis, veya karın bölgesinde sıklıkla öksürme veya ıkınmayla boyutu artan şişkinlik



AMELİYAT ÖNCESİ EĞİTİM

ORAL ALIMA İLİŞKİN BİLGİLENDİRME

- Ameliyat olmadan önceki akşam, gece 12'den sonra ağızdan hiçbir şey almamalısınız. Yeme ve içmeyi kesmelisiniz.
- Sigara içiyorsanız kesinlikle içmemelisiniz. (Oruç tutar gibi davranmalısınız.)

Ameliyat Öncesi Sürekli Kullanılan İlaçların Uygulanması

- Eğer düzenli olarak kullandığınız bir ilaç varsa (kalp, tansiyon, felç vb.) doktorunuzun bilgisi dahilinde az miktarda su ile alabilirsiniz.

CİLT HAZIRLIĞI

- Ameliyattan bir gece önce rahatlatıcı olması açısından hem de enfeksiyon riskini azalttığı için banyo yapabilirsiniz.
- Ameliyat bölgesindeki tüylerin temizlenmesi kurum politikasına göre ameliyathane salonunun içinde gerçekleştirildiği için tüy temizliğine ihtiyaç yoktur.



UYKU VE İSTİRAHAT

- Ameliyat girişiminden önceki geceyi olabildiğince rahat geçirmeniz ve uykunuzu almanız önemlidir.
- Bunun için sizi tedirgin eden, aklınıza takılan soruları doktorunuza ve hemşirelere sorabilirsiniz.
- Fiziksel olarak havalandırılmış, temiz yatak takımları, güvenli bir ortam oluşturulması yeterli bir uyku için ön koşuldur.

EK 7. HASTA EĞİTİM BROŞÜRÜ

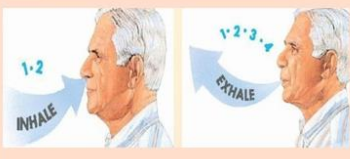
TABURCULUK VE İYİLEŞME

Nelere Dikkat Etmeliyiz?



DERİN NEFES ALMA EGZERSİZİ

- Ağzınız kapalı iken burnunuzdan birkaç saniye boyunca nefes alın, sonra dudaklarınızı büzerek 4-6 saniye boyunca ağnızdan nefes verin.
- Bu egzersizi saatte 5-10 kez tekrarlayabilirsiniz.



AĞRI

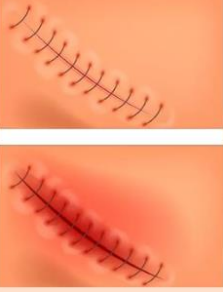
Ameliyat Sonrası Ağrınız Olduğunda Şunları Yapabilirsiniz;

- Ameliyat bölgesine soğuk uygulama olarak buz kompresini temiz ince bir havluya sarıp (15dk) uygulayabilirsiniz.
- Dikkatinizi başka yöne çekmek için sevdiğiniz aktiviteler ile ilgilenebilirsiniz.
- Örneğin tv izlemek, müzik dinlemek, egzersiz yapmak vb.
- Ameliyat sonrası skrotel şişlik veya ağrı varsa, yatarken rulo halinde bir havlu koyarak skrotomu yükseltebilirsiniz ya da soğuk uygulama yapabilirsiniz.
- Eğer ağrınız geçmediyse doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesici ilacı alabilirsiniz.



YARA BAKIMI

- Dikiş bölgesinde şişlik, kızarıklık, ve akıntı olursa sağlık kuruluşuna başvurmalsınız.
- Yara yerinizi ıslak ve nemli bırakmamalsınız.
- Dikişleriniz alınana kadar gün aşırı pansuman yaptırmalsınız.
- Ameliyattan 2 gün sonra eczaneden su geçirmez yara bandı alıp ameliyat bölgesine yapıştırıp banyo yapabilirsiniz.
- Ameliyat sonrası öksürükten, hapsirirken ameliyat bölgenizi elinizle ya da yastıkla destekleyiniz.



BESLENME

- Ameliyat sonrası beslenmeye doktor kontrolünde 4-6 saat sonra su ve sulu gıdalar (çorba) tüketerek başlayabilirsiniz.
- Taburcu olduktan sonra normal beslenme düzenine dönebilirsiniz.
- Dikkat etmeniz gereken husus kabız kalmamaktır. Bunun için lif yönünden zengin gıdalar (taze sebze ve meyveler) tüketmelisiniz.
- İyileşme sürecinde mümkünse alkol ve sigara tüketilmemesi önerilir.



Ameliyat Sonrası Potansiyel Komplikasyonlar

- Yara yerinde akıntı, kızarıklık, ateş,
- Pansumanınızı ıslatacak kanama veya drenaj
- 38° C'den yüksek ateş
- Yara yerinde veya testislerde kan toplanması,
- Testislerde geçmeyen ağrı veya şişme,
- İdrar yapmada herhangi bir zorluk
- Kasık veya testislerde uyuşukluk veya karıncaalanma
- Zamanla artan ağrı
- Bulantı kusma

varsa fazla geçikmeden

HASTANEME BAŞVURMALISINIZ

AKTİVİTE

- Ameliyat sonrası mümkün olan en erken vakitte ayağa kalkmalısınız.
- Ameliyat sonrası aktivitenizi yavaş yavaş artırmalsınız.
- Ameliyat sonrası evde ve günlük yaşamda ağır aktivitelerden kaçınmalısınız. Örneğin ilk 6-8 hafta ağır şeyler kaldırmamalısınız.
- Ameliyat sonrası 4 hafta boyunca karnınıza baskı yapacak her türlü aktiviteden (öksürmek, kınmak vb.) kaçınmalısınız.
- Cinsel aktiviteye ameliyattan 14 gün sonra dönebilirsiniz.



90

ÖZGEÇMİŞ

