

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ UYGULANAN
HASTALARDAKİ POSTOPERATİF OLASI
KOMPLİKASYONLAR KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİM
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ebru KELLEÇİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ahmet BAL

Tez No: 2012- 022

2012. AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 9.11.2012

Doç. Dr. Sezgin YILMAZ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Ahmet BAL
Üye

Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ebru KELLEÇİ' nin " Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Post Operatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi " başlıklı tezi 09.11/2012 günü saat 13.30'da Lisansüstü- Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Kağan ÜÇOK

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında bana destek olan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Ahmet BAL 'a, tezimin istatistiksel değerlendirme aşamasında yardımlarını esirgemeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı hocalarından Yrd. Doç. Dr. Hatice Uluer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince anlayış ve sabırla desteğini esirgemeyen eşime ve aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	ii
Önsöz.....	iii
İçindekiler	iv
Kısaltmalar ve simgeler	vi
Tablolar	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Ameliyat Sonrası Dönem.....	2
1.2.Solunum Sistemi ile İlgili Komplikasyonlar.....	3
1.2.1.Aspirasyon Pnömonisi.....	4
1.2.2.Atelektazi.....	4
1.2.3.Pulmoner Embol.....	5
1.2.4.Plörozi ve Ampiyem.....	5
1.3.Kardiyovasküler Sistem ile İlgili Olası Komplikasyonlar.....	5
1.3.1.Aritmiler.....	6
1.3.2.Miyokard İnfarktüsü (MI).....	6
1.3.3.Hipotansiyon.....	6
1.3.4.Hipertansiyon.....	6
1.3.5.Kalp Yetmezliği.....	7
1.4.Üriner Sistem Komplikasyonları.....	7
1.4.1.İdrar Retansiyonu.....	7
1.4.2.Üriner Enfeksiyon.....	8
1.4.3. Akut Böbrek Yetmezliği(ABY).....	8
1.5.Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları.....	8
1.5.1.Konstipasyon.....	9
1.5.2.Diyare.....	9
1.5.3.Abdominal Distansiyon.....	9
1.5.4.Bulantı- Kusma.....	10
1.6.Deri Bütünlüğü ile İlgili Olası Komplikasyonlar.....	10
1.6.1.Yara Enfeksiyonu.....	10

1.6.2.Yara Ayrılması.....	11
1.6.3.Hematom	11
1.7.Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar.....	12
1.7.1.Deliryum.....	12
1.7.2.Yoğun Bakım Sendromu.....	12
1.8.Postoperatif Ağrı.....	12
1.9.Postoperatif Ateş.....	13
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
2.1. Araştırmanın Şekli.....	14
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre.....	14
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
2.4. Verilerin Toplanması.....	14
2.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3. BULGULAR.....	16
4. TARTIŞMA.....	34
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
ÖZET.....	42
SUMMARY.....	43
KAYNAKLAR.....	44
Ek 1- Anket Formu.....	50
Ek 2- İzin Belgesi.....	57
Ek 3- Eğitim Konuları.....	58

SİMGELER ve KISALTMALAR

- ABY : Akut Böbrek Yetmezliği
BDS : Bilgi Düzeyi Sorusu
SPSS : Statistical Packages for the Social Sciences

TABLULAR

	sayfa
Tablo 3.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	16
Tablo 3. 2. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS1'e verdikleri cevapların dağılımları	19
Tablo 3. 3. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS2'ye verdikleri cevapların dağılımları	19
Tablo 3. 4. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS3'e verdikleri cevapların dağılımları	20
Tablo 3. 5. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS4'e verdikleri cevapların dağılımları	20
Tablo 3. 6. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS5'e verdikleri cevapların dağılımları	21
Tablo 3. 7. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS6'ye verdikleri cevapların dağılımları	21
Tablo 3. 8. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS7'ye verdikleri cevapların dağılımları	22
Tablo 3. 9. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS8'e verdikleri cevapların dağılımları	22
Tablo 3. 10. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS9'a verdikleri cevapların dağılımları	23
Tablo 3. 11. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS10'a verdikleri cevapların dağılımları	23
Tablo 3. 12. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS11'e verdikleri cevapların dağılımları	24
Tablo 3. 13. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS12'ye verdikleri cevapların dağılımları	24
Tablo 3. 14. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS13'e verdikleri cevapların dağılımları	25
Tablo 3. 15. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS14'e verdikleri cevapların dağılımları	25

Tablo 3. 16. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS15'e verdikleri cevapların dağılımları	26
Tablo 3. 17. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS16'e verdikleri cevapların dağılımları	26
Tablo 3. 18. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS17'e verdikleri cevapların dağılımları	27
Tablo 3. 19. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS18'e verdikleri cevapların dağılımları	27
Tablo 3. 20. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS19'a verdikleri cevapların dağılımları	28
Tablo 3. 21. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS20'ye verdikleri cevapların dağılımları	28
Tablo 3. 22. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların öğrenim durumları ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	29
Tablo 3. 23. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların meslek grupları ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	30
Tablo 3. 24. Eğitim alan ve eğitim almayan hasta gruplarının hastalık süreleri ile ortalama bilgi puanlarının incelenmesi.....	31
Tablo 3. 25. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların hastanede kalma süreleri ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	32
Tablo 3. 26. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları.....	33

1. GİRİŞ

Sağlık, ‘ sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir (Bırol, L. 1997)’. Bireyler sağlıklı oldukları dönemde homeostatik dengelerini korurlar. Sağlıkları bozulunca tedavi ve bakım alma davranışı gösterirler (Yavuz, M. 1999). Cerrahi tedavi de; tanı ve tedavi yöntemlerinden birisidir. Çağımızda teknolojik gelişmelere paralel olarak cerrahi tedavi yöntemleri de gelişmekte ve bireylerde cerrahi girişimlerin getirdiği risklerin minimize edilmesi amaçlanmaktadır (Lewis, M.S. et al. 1996).

Hasta olmak ve hastaneye yatmak, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı, olağan dengesinin altüst olduğu bir dönemdir. Hastanın duygusal gereksinimleri arasında durumuna ilişkin bilgi alma gereksinimi, önemli yer tutmaktadır. Bazı hastalarda bu gereksinimlerin yeterince karşılanmaması kaygının yükselmesine neden olmaktadır (Başaran, N. 1987).

Ameliyat öncesi eğitim, ameliyat sonrası seyri etkileyebileceği için bütün hastalar ameliyat öncesi bilgilendirilmelidir. Bu yaklaşım mümkünse ameliyattan 48- 72 saat önce başlatılmalıdır (Erdil, F, Özhan Elbaş, N. 2001). Hasta eğitimine, planlanan ameliyatın genel tanımı, genel anestezi ve ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlar, ağrı kontrolünün sağlanması ve solunum fonksiyonlarını destekleyici egzersizlerin öğretilmesinin avantajları ile ilgili genel bilgiler ile başlamalıdır (Gürses, N, H. 2002).

Andersan (1984), çalışmasında psikolojik hazırlığın girişim öncesi ve sonrası hastaların duygusal stresini azalttığını ve onların fiziksel iyileşmesini kolaylaştırdığını ortaya koymuştur. Devine ve Cook (1986), cerrahi girişim öncesi psikoeğitimsel girişimlerin hastanede kalma süresi üzerine etkisinin karşılaştırıldığı çalışmaları analiz etmiştir. Bu çalışmanın sonucunda cerrahi hastaların hastanede kalma süresini ve komplikasyonları azalttığı belirlenmiştir.

Cerrahi kliniklerinde yatan bir hastanın yapılacak ameliyattan beklentisi hiç kuşkusuz ki, hastalığın giderilmesi ve en kısa sürede normal yaşantısına dönmesidir. Ancak ne yazık ki hastaların bir kısmında ameliyat sonrası dönemde bazı komplikasyonlar ortaya çıkar (Gülay, H. 2005). Ameliyat yeri büyük ya da küçük olsun ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir (Bayraktar, N., Eroğlu, K., 1995).

Talas (2002) 'ın böbrek transplantasyonu uygulanan hastalarda yaptığı çalışmasında da hastaların yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için yeterli bilgiye sahip olmadıkları, hemşirelerden sağlıklı yaşama yönelik eğitim almak istedikleri saptanmıştır.

Bireylere sağlıklı yaşama bilgisi, tutumu, davranışı ve alışkanlıkları kazandırmayı amaçlayan sağlık eğitimi sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında girişilecek her çabanın anahtarıdır (Karadakovan, A., Eti Aslan, F., 2009).

Bu araştırma hastaların postoperatif komplikasyonlar konusunda verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Hastaların hastalıklarıyla ve sonrasındaki komplikasyonlarla ilgili bilgi sahibi olmaları, kendi bakımlarına katkıda bulunabilmeleri ve olası problemlerle başa çıkabilmeleri için postoperatif komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir.

1.1.Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ameliyathaneden ayrılması ile başlar ve taburcu oluncaya kadar geçen süreyi içerir. Bu dönem gününbirlik cerrahide olduğu gibi birkaç saatten, haftalar, aylarcaya kadar sürebilir (Aksoy, G. 1992a). Ameliyat sonrası dönem sürecince bakım, homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesine, ağrıyı kontrol altında tutmaya, komplikasyonları önlemeye ve hastanın kendi solunumunu sürdürme öğretilerine temellenir (Aksoy, G. 1992b).

Cerrahi girişim tamamlandıktan sonra, transplantasyon, açık kalp cerrahisi gibi büyük cerrahi işlemler ya da cerrahi girişim sırasında kardiyopulmoner arrest gelişen veya cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişme riski yüksek olan hastalar doğrudan ayılma ünitesine alınır. Bu sıralanan özelliklere sahip olmasalar bile cerrahi hastalarının tümünün yaşam bulguları stabil oluncaya, anestezinin etkisi geçinceye kadar ayılma ünitelerinde tutulması gerekmektedir birlikte, birçok hastanede doğrudan kliniğe çıkarıldıkları da bilinmektedir (Aksoy, G.1998).

Ameliyat edilen hastalarda anestezinin bitimi ile hastaların tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek hale geldiği an arasında geçen süre ameliyat sonrası 'postoperatif dönem' olarak adlandırılır (Güngel, H. 1998).

Postoperatif komplikasyonların görülme sıklığı ve önem derecesi çok sayıda faktörle etkilenir. Bunlar arasında anestezinin yöntem ve süresi, ameliyat tekniği, hastanın genel durumu, yaşı, önemli organik ya da metabolik bir sorunun olup olmayışı, girişimin acil ya da elektif yapılmış olması ve ameliyata neden olan hastalığın bizzat kendisi önem taşır (Pellegrini C, A. 1991).

Ameliyat ne kadar küçük olursa olsun komplikasyon gelişme riski vardır. Komplikasyonlar geliştikten sonra tedavisinin güçlüğü nedeniyle komplikasyonlar gelişmeden gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır (Erdal, E. 1993).

1.2.Solunum Sistemi ile İlgili Komplikasyonlar

Uyanma döneminde yetersiz solunum, gaz alışverişinin azalmasına yol açan çeşitli faktörlerle oluşur. En önemlisi, anesteziklerin etkisinin uzaması sonucu solunum merkezinin deprese olmasıdır (Artz, C, P. and Hardy, S, D. 1991)

1.2.1.Aspirasyon Pnömonisi

Reflekslerin henüz geri dönmediği devrede kusmuk, kan, cerehat ve sekresyonların solunum yollarına aspire edilmesi ile gelişir. Aspirasyon gelişen hastaların %30 kadarında pnömoni oluşur (Cohendy, R. 1991).

Elektif vakalarda hastaların ameliyattan 12 saat kadar önceden aç bırakılması, pilor stenozlularda 2-3 gün önceden nazogastrik aspirasyona başlanması, aspirasyon riski yüksek olanlarda anestezi öncesinde tek doz H₂ reseptör antagonistlerinden biri veya proton pompası inhibitörü verilmesi ve acil vakalarda indüksiyondan önce midenin aspirasyonla boşaltılması gibi tedbirlerle profilaksi sağlanabilir (Dunn, D, C. and Roudingston, N. 1991).

1.2.2.Atelektazi

Alveollerin kollapsı olarak adlandırılan atelektazi, postoperatif ilk 24-48 saat içerisinde gelişen komplikasyonların en sık görülenidir (Engoren, M. 1995). Taşipne, taşikardi ve dispnenin varlığı ve şiddetli alveolar kollapsın derecesine göre değişiklik gösterir. Bu dönemde ortaya çıkan ateşin %90'ından sorumludur. Bazı durumlarda ateş olmadan da atelektazi olabildiği için kesin insidansını saptamak güç olmakla birlikte, abdominal cerrahi geçiren olguların %2-70'inde atelektazi geliştiği bildirilmiştir (Cunha, B, A.1998). Özellikle ameliyat sonrası hastalarda immobilizasyon, ağrı nedeniyle efektif solunum yapamama ve etkili öksürememe nedeniyle biriken mukus atılamaz ve aşırı birikim nedeniyle obstrüksiyonlara yol açarak atelektazi oluşumunda en büyük risk faktörlerinden birini oluşturur (Akdemir, N. ve Birol, L.2003).

Postoperatif atelektaziler derin solunum ve öksürme egzersizleri, yatakta pozisyon değiştirme, erken mobilizasyon gibi tedbirlerle önlenir. Sırtın kuvvetli perküsyonu ve öksürtme veya nazotrakeal aspirasyon ile tedavi sağlanabilir (Erdil, F. ve Elbaş Özhan, N. 2001).

1.2.3.Pulmoner Emboli

Kan dolaşımında bulunan yabancı maddelerin pulmoner arterleri tıkanmasıdır (Çelikoğlu, İ. 1995). Cerrahi operasyon geçiren hastaların tümünde venöz tromboembolizm ve buna sekonder pulmoner emboli görülme olasılığı vardır. Pulmoner tromboembolizmde en önemli nokta yüksek risk taşıyan olguların saptanarak gerekli önlemlerin alınması, yakın izlem ile erken tanı ve emboli tekrarının engellenmesidir (Gülay, H. 2005).

1.2.4.Plörozi ve Ampiyem

Normalde plevral boşlukta solunum sırasında paryetal ve visseral yüzeyle birbiri üzerinde kolayca kayabilmesi için az miktarda seröz sıvı mevcuttur. Karın içi ameliyatlardan sonra, ilk 72 saat içinde diyafragma irritasyonu veya karın içi serbest sıvının diyaframadaki defektlerden ve porlardan geçmesi sonucu az miktarda sıvı plevrada toplanabilir (Gülay, H. 2005).

Tedavide temel amaç effüzyonun nedenini bulmak, sıvının plevral boşluğa toplanmasını önlemek, ağrı ve dispne yönünden hastayı rahatlatmaktır. Gerekirse sıvıyı boşaltmak için torosentez uygulanır. Dispnesi için rahat edeceği pozisyon verilir. Öksürürken göğsü desteklenir (Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. 2009).

1.3.Kardiyovasküler Sistem ile İlgili Olası Komplikasyonlar

Kardiyovasküler komplikasyonlar elektif nonkardiyak cerrahi geçiren hastalarda görülen en sık ölüm nedenlerinden olup, genellikle hemodinamik değişikliklerin olduğu ameliyatlardan sonra görülür (Mangano, D, T. 1990).

1.3.1.Aritmiler

Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan aritmilerin önemli bir bölümü elektrolit bozukluklarına veya sempatik sinir sisteminin aktivitesindeki artışa bağlıdır. Daha önce kalp hastalığı olanlarda ortaya çıkabileceği gibi, ameliyat öncesi dönemde tamamen sağlıklı bireylerde de görülebilir (Badner N, H., Knill R, L. et al. 1998). Bazen miyokard infarktüsünün habercisi olabilir (Pelletier, L, C. 1991).

1.3.2.Miyokard İnfarktüsü (MI)

Postoperatif miyokard infarktüsü nadir görülmesine rağmen en öldürücü komplikasyonlardan biridir (Wallece A. et al. 1998). MI için başlıca risk faktörleri, ileri yaş, diabetes mellitus, önceden mevcut kalp hastalıkları, ciddi hipoksiler, şok, hastanın genel durumunun kötü olması ve hipotansiyondur. MI genellikle postoperatif ilk üç günde ortaya çıkar (Komşuoğlu, B. 2004).

1.3.3.Hipotansiyon

Çok sayıda etken arasında en önemlisi kanamadır. Arter basıncının düşmesi, taşikardi, taşipne, terleme, zayıf ve filiform nabız, sıkıntı gibi belirtilerle kendini gösterir. Santral venöz basınç düşük bulunur. Kanama yerinin saptanması ve kanamanın durdurulması gerekir (Güngel, H. 1998).

1.3.4.Hipertansiyon

Akut postoperatif hipertansiyon özellikle daha önceden hipertansiyonu olan hastalarda sempatoadrenal etkinin artışına bağlı olarak ortaya çıkar. Önceden normal tansiyonu olan ve ateroskleroza bulunmayan hastalarda postoperatif dönemde hafif bir tansiyon artışı sorun teşkil etmez (Levy, J, H. 1993).

Postoperatif hipertansiyonun görülme oranı %3-5 arasında olmasına karşın, preoperatif önlemler yeterince alınsa bile önceden hipertansiyonu olan hastaların %25'inde görülür (Güngel, H. 1998).

1.3.5.Kalp Yetmezliği

Konjestif kalp yetmezliği ameliyata bağlı mortalite ve morbiditenin artmasında major bir risk faktörü olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir (Buda, A, J. 1991). Kalp rezervi düşük ve hiç kalmamış hastalarda uyanma sırasında veya ağrının etkisi ile sempatik sinir sisteminin aktive olması ve yeni kalp bozukluklarının gelişmesi, sol ventrikül fonksiyonlarını daha da bozarak hastanın durumunun kötüleşmesine neden olabilir. Preoperatif dönemde kalp yetmezliği saptanırsa elektif ameliyat ertelenmelidir (Kalaycı, G. 2002).

1.4.Üriner Sistem Komplikasyonları

1.4.1.İdrar Retansiyonu

Mesanenin kendi kendini boşaltma yeteneğinin olmaması, idrarın mesanede toplanmasıdır. Narkotik ve anestetiklerden mesanenin kas döngüsünün bastırılmış olması, komşu organlara ameliyat sırasında elle dokunulması sırasında oluşur (Değerli, Ü. 1998). Postoperatif idrar retansiyonu, herhangi bir cerrahi girişimden sonra sık görülen problemlerden birisidir (Stamm, W, E. 1991). Hastanın erken yürütülmesi idrar çıkışını kolaylaştırır. Hastanın çevre anksiyetesinin ve hastane gerginliğinin giderilmesi de büyük önem taşımaktadır (Warren, J, W. 1997).

1.4.2. Üriner Enfeksiyon

Postoperatif üriner enfeksiyona yol açan başlıca faktörler idrar yolunun önceden kontaminasyonu ve idrar retansiyonudur. Üriner sistem enfeksiyonu tanısı konan hastaların %40'ı nazokomiyal kökenli enfeksiyonlardır (Sabuncu, N. 2001).

Hasta idrar yapma isteği duymuyorsa, mesanede distansiyon varsa üretral katater takılır (Dağoğlu, T. 2002). Sonda çıkarıldıktan 48 saat kadar sonra dizüri ve ateş görülür. Devamlı Rezidüel idrar kalması enfeksiyonu kolaylaştırır (Freidin S., Marshall, V. 1992).

1.4.3. Akut Böbrek Yetmezliği (ABY)

Böbrek işlevlerinin birkaç saat içerisinde ya da gün içerisinde bozulması nedeniyle 24 saatlik idrar miktarının 400ml'nin altına düşmesi, BUN ve serum kreatinin düzeyinin yükselmesiyle karakterizedir (Yürügen, B. 2001).

Postoperatif ABY insidansı elektif cerrahi sonrası %1-5, acil veya vasküler cerrahi sonrası %5-10 olup, mortalite oranı ise %40-60 civarındadır (Gülay, H. 2005). Akut böbrek yetmezliğinde hemodializ veya periton dializi uygulanır, bu süre 1-3 haftaya kadar sürer. İyileşme, konsantr edilmemiş idrar çıkışının başladığı diüretik fazın başlamasıyla anlaşılır (Sweetland, H. Cook, J. 2001). ABY'nin pek çok nedeni reversibldir. Bu nedenle akut yetmezlik döneminde hastanın yakın takip ve tedavisi hayati önem taşır (Durmaz, A, A. 2005).

1.5. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

Hastanın ameliyattan sonra normal diyet almaya başlama zamanını, doktor hastaya verilen anesteziyi, uygulanan ameliyatı ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarını dikkate alarak belirler. (Erdil, F., Özhan Elbaş, N. 2001).

1.5.1.Konstipasyon

Konstipasyon, feçesin kalın bağırsaklarda yavaş ilerlemesi ve düzensiz dışkılama alışkanlığıdır (Kadayıfçı, A. 1998). Bulantı ve kusma ile birlikte postoperatif dönemde hastalarda sık olarak görülen yakınmalardan birisidir. Yaşlılarda ve narkotik analjeziklerin kullanıldığı olgularda daha sıktır (Solomon, E,P. 2002). Dışkılama olmayışı, karında gerginlik ve rahatsızlık başlıca belirtileridir. Yeterli sıvı alımı, lifli diyet ve erken mobilizasyon koruyucu önlemlerdir (Erdal, E. 1993).

1.5.2.Diyare

Feçesin kalın bağırsak boyunca hızlı ilerlemesi sonucu, sık(günde üçten fazla) ve fazla miktarda defekasyon yapmadır (Akgül, H. 2001). Özellikle abdominal cerrahi geçiren hastalar başta olmak üzere postoperatif dönemde diyare sık görülen bir yakındır (Gülay, H. 2005).

1.5.3.Abdominal Distansiyon

Ameliyat sonrası dönemde abdominal distansiyon oluşumunda genel anestezi, stres tepkisi, ağrı, narkotik analjezikler, bağırsakların ellenilmesi, yatak içinde hareketsiz yatma ve geç dönemde ayağa kalkma etkilidir (Erdil, F., Özhan Elbaş, N. 2001).

Abdominal ameliyatlarda distansiyona bağlı olarak karın içi basıncın artması bu bölgedeki insizyon hattında basınç oluşturur. İnsizyon hattındaki bu basınç nedeniyle yara iyileşmesi engellenebilir ya da yara açılması görülebilir (Madl, C., Druml, W. 2003).

1.5.4.Bulantı- Kusma

Postoperatif erken dönemde görülen bulantı ve kusma genellikle ağrı ile birlikte olup, can sıkıcı ve hastayı rahatsız eden ve bir takım karışık mekanizmalar sonucu gelişen bir komplikasyondur. Bulantı ve kusma anesteziden sonra yaygındır. Ameliyat sonrası kusmanın diğer nedenleri de midede sıvı birikmesi, mide inflamasyonu, peristaltizm başlamadan sıvı ve yiyecek alınmasıdır (Parnass, S.M. 1993).

Hastada rahatsızlık hissinin olması, sıvı-elektrolit kaybı, aspirasyon riski, ameliyat sahasının kirlenmesi, sütur hattının zorlanması ve intraabdominal basıncın artması gibi yan etkileri vardır (Lemore, R., Burke, K, M. 1998).

Ameliyattan sonra mide ve bağırsakların normal çalışması 12-24 saatte başlayabilir ve gaz çıkışı olabilir. Bulantı ve kusma kontrol altına alındıktan sonra; bağırsak sesleri ve gaz çıkışı değerlendirilerek uygun beslenme planına geçilir (Yavuz, M. 1999).

1.6. Deri Bütünlüğü ile İlgili Olası Komplikasyonlar

1.6.1. Yara Enfeksiyonu

Yara enfeksiyonu, cerrahi kesinin patojenik mikroorganizmalarla kontaminasyonu sonucu ortaya çıkan bir komplikasyondur (Garibaldi, R, A., Cushing, D., Lerer T.,1991). Kontaminasyona neden olan mikroorganizmaların yara enfeksiyonu oluşturmasını etkileyen en önemli faktörler; organizmanın virulansı, inokülasyonun boyutları, yaranın büyüklüğü ve lokalizasyonu, yarada yabancı cisimlerin varlığı, kan akımı, gecikmiş tedavi, hastanın değişik nedenlerle düşkün olması ve yetersiz cerrahi tekniktir (Wallace, W, C., Cinat, M, E. et al. 2000).

Yarada enfeksiyon, ameliyattan sonra 4-10. günlerde ortaya çıkar. İlk belirti genellikle ateş olup yaranın muayenesini gerektirir. Aynı günlerde yara yerinde hassasiyet, ağrı, sıcaklık, kızarıklık, şişlik gibi yerel; taşikardi ve genel durumun bozulması gibi sistemik belirtiler görülür (Leaper, D.,Hadedi, S.L. 1991).

1.6.2. Yara Ayrılması

Yara iyileşmeden önce dikişlerin ayrılmasıdır. Yara iyileşmesini olumsuz etkileyen faktörler ileri yaş, sepsis, malnütrisyon, obezite, enfeksiyon, abdominal distansiyon, postoperatif sürekli öksürme veya kusma ve sıvı- elektrolit bozuklukları sayılabilir (Dionigi, R.,Rovera, F. et al 2001).

Yara ayrılması genellikle 5-8'inci günlerde görülür. İlk belirti cilt dikişleri arasından kanlı bir sıvının gelmesidir (Değerli, Ü. 1998).

1.6.3. Hematom

En sık görülen yara komplikasyonlarından biridir. Yarada kan veya pıhtı birikmesidir. Hematom bakteriler için uygun besi yeri teşkil eder ve yara dudaklarının birleşmesini engelleyerek iyileşmeyi geciktirir.

Hematom genellikle ameliyattan hemen sonra ortaya çıkar ve yarada gerginlik, şişlik, renk değişikliği ve ağrıya neden olur (Velasco, E, Thuler, L, C. et al 1996). Ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde hematom fark edildiği an hastanın durumuna göre lokal veya genel anestezi altında birkaç cilt sutüru alınarak boşaltılır, böylece hem enfeksiyon olasılığı azaltılır, hem de daha sağlıklı yara iyileşmesi sağlanır (Makela, J,T., Kiviniemi, H. et al 1995).

1.7. Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar

1.7.1.Deliryum

Postoperatif deliryum, geçici mental disfonksiyonla karakterize, hastanın hastanede kalma süresini uzatan, düşünce ve konuşmada tutarsızlık, bilinç, algılama ve dikkat bozuklukları ve oryantasyonun kaybolması ile karakterize en sık görülen postoperatif psikiyatrik komplikasyondur (Tune, L,E. 1991).

Konfüzyon (şaşkınlık, dalgınlık ve uykulu durum) ve amaçsız hareketler ilk dikkati çeken bulgulardır. Gün içinde bilinçte açılıp kapanma şeklinde dalgalanmaların olması deliryum için tipiktir (Lipom, E,G. 1991).

1.7.2.Yoğun Bakım Sendromu

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda ağrı, korku, sürekli yatıyor olmak, uykusuzluk, zaman kavramını yitirme ve devamlı alarm hali sonucunda psikolojik bozukluklar ortaya çıkar. Hastada algılama fonksiyonlarında bozukluk, çaresizlik, kızgınlık, ölüm korkusu, depresyon, düşle gerçeği ayıramama gibi yakınmalar olur (Lipowski, Z, J. 1987).

Yoğun bakım psikozunun engellenmesi için çevreyle izolasyonu sağlamak, gürültü ve görsel uyaranları azaltmak ve hastayı mümkün olan en kısa zamanda normal odasına çıkartmaktır (Aldemir, A, Özen, S., 2001).

1.8.Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı; deride, kaslarda, ligamentlerde ve organlarda bulunan periferik ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar (Kocaman, G. 1994). Cerrahi travmaya stres yanıtı nöroendokrin aktivitelerle karakterizedir ve vücudun birçok sistemini

etkiler. Ameliyat stresi sonucu harekete geçen sempatik sistem kardiyovasküler ve solunum sistemini olumsuz etkiler (Uludağ, B. 2005). Ağrılı hastada akciğerin vital kapasitesi azalır (Aslan, F.E. 2006).

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır (Aslan F.E. 2002). Ağrı kontrolü erken ambulasyon ile ilişkili olarak bağırsak ve solunum fonksiyonlarını geliştirir. Premedikasyon postoperatif ağrıyı azaltır (Watson, J.W et al. 2004).

Cerrahi ağrı iyatronejik ve akut, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile doğrudan ilgilidir (Kocaman, G. 1994).

1.9.Postoperatif Ateş

Ateş yükselmesi vücudun travmaya karşı normal bir cevabıdır. Postoperatif ilk günler görülmesi normaldir (Değerli, Ü. 1998). Postoperatif dönemde iki günden daha uzun süren ateş klinik önem taşır. Bir kural olarak yoğun bakım ünitesinde yatan bir hastada ateşin 38.3°C ' nin üzerinde olması enfeksiyon olasılığını akla getirmelidir (Gülay, H. 2005).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hepatopankreatobiliyer cerrahi geçiren hastalara postoperatif komplikasyonlar konusunda verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Kliniği Organ Nakli servisinde uygulanmıştır. Çalışma cerrahi girişim geçiren hastalardan oluşmuş olup istenilen hasta sayısına ulaşmaya kadar 10.03.2012 ve 10.06.2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Belirtilen tarihler arasında ameliyat olmuş hastalar ve bu tarihlerden önce geçirilmiş ameliyat öyküleri nedeniyle hastanede yatmakta olan bütün hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın evrenini uygulamayı kabul eden 100 hasta oluşturmuştur (n=100).

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından ilgili literatüre dayalı olarak geliştirilen 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu' başlıklı iki bölüm ve 40 sorudan oluşan soru kağıdı kullanılarak toplanmıştır (Bkz. Ek 1).

Anket formu bilgi düzeyi ölçmeye yönelik olup hastaların yanıtlayabileceği şekilde hazırlanmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmış, doğru yanıt alınabilmesi için hastaların uygun oldukları ve kendilerini iyi hissettikleri zamanda görüşme yapılmıştır. Hastalar iki grup yapılmış ve ilk 50 kişiye eğitim vermeden sonraki 50 kişiye ise konuyla ilgili eğitim verdikten sonra uygulama yapılmıştır. Hastalar arasındaki etkileşimi engellemek amacıyla eğitim verilmeyen grup tamamlandıktan sonra eğitim verilen grupla çalışmaya devam edilmiştir.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Bilgi puanı normal dağılıma uygunluk göstermediği için bilgi puanı ile ilgili tüm karşılaştırmalar non- parametrik testlerden Mann- Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile yapılmıştır. Kategorik verilerin gruplardaki karşılaştırmaları ise Ki-Kare ve Fisher'in kesin olasılık testleri ile yapılmıştır. İstatiksel anlamlılık değeri ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölüm hastaların tanıtıcı özelliklerine, postoperatif komplikasyonlar konusundaki bilgilerine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 3.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar		P
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Öğrenim Durumu					0,018
Okur- yazar değil	4	8	2	4	
Okur-yazar	8	16	5	10	
İlköğretim	20	40	8	16	
Ortaöğretim	11	22	22	44	
Yüksekokul- Fakülte	7	14	13	26	
Meslek					0,91
Memur	5	10	9	18	
İşçi	8	16	10	20	
Emekli	16	32	8	16	
Ev hanımı	11	22	8	16	
İşsiz	4	8	12	24	
Serbest meslek	6	12	3	6	
Yaşadığı yerleşim yeri					0,19
İl	17	34	32	64	
İlçe	18	36	10	20	
Kasaba	6	12	5	10	
Köy	9	18	3	6	
Hastalık nedeniyle maddi sıkıntı					0,140
Evet	36	72	43	86	
Hayır	14	28	7	14	
Hastalık süresi					0,235
0-5 gün	1	2	1	2	
16 gün- 1 ay	12	24	11	22	
1-6 ay	21	42	25	50	
6-12 ay	11	22	13	26	
13 ay ve üzeri	5	10	0	0	
Hastanede kalma süresi					0,665
0-15 gün	2	4	2	4	
6-15 gün	10	20	11	22	
15 gün- 1 ay	22	44	16	32	
2 ay- 3 ay	14	28	20	40	
4 ay ve üzeri	2	4	1	2	

Hastaneye yatış sayısı					
İlk yatış	12	24	14	28	0,316
2. kez	20	40	20	40	
3. kez	16	32	10	20	
4. kez ve daha fazla	2	4	6	12	
Daha önce geçirilmiş ameliyat sayısı					
İlk ameliyat	27	54	29	58	0,729
2. kez	18	36	16	32	
3. kez	5	10	4	8	
4. kez ve daha fazla	0	0	1	2	
Kronik hastalık					
Evet	15	30	18	36	0,671
Hayır	35	70	32	64	
Farklı tedavi uygulama					
Evet	29	58	45	90	0,000
Hayır	21	42	5	10	
Ameliyatla ilgili bilgilendirme					
Evet	45	90	47	94	0,715
Hayır	5	10	3	6	

Tablo 3. 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, eğitim almayan hastaların % 40’ı ilköğretim, %22’si ortaöğretim; eğitim alan hastaların ise %44’ü ortaöğretim, %26’sı yükseköğretim mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim alan hastalarla eğitim almayan hastalar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,018$). Eğitim alan ve almayan hastalarda meslek grupları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,091$). Hastaların yaşadığı yerleşim yerlerine baktığımızda eğitim almayan grubun % 34’ü, eğitim alan grubun ise % 64’ü ilde yaşadığını belirtmiş ve anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0,019$). Eğitim almayanların %72’si, eğitim alanların ise %86’sının hastalık nedeniyle maddi sıkıntı yaşadığı görülmektedir. Hastalık sürelerine baktığımızda eğitim alanlarla eğitim almayanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p=0,235$). Eğitim almayan grubun % 42’si eğitim alan grubun ise % 50’si 1- 6 ay arasında hastalıklarının devam ettiğini belirtmişlerdir. Hastanede kalma süresi bakımından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,665$). Hastaneye yatış sayısına

baktığımızda eğitim alan grup ile eğitim almayan grup arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p=0,316$). Hastaların ameliyat sayılarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p= 0,729$). Eğitim almayan grubun % 54'ü, eğitim alan grubun ise % 58'i hastaneye ilk ameliyatları nedeniyle yatış yapmışlardır. Eğitim almayan grupta 4 ten fazla ameliyat olan hasta bulunmama ile birlikte eğitim alan grupta ise bu sayı 1 kişiyle kalmıştır. Kronik hastalık varlığı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmaya katılan 67 kişide herhangi bir kronik hastalık görülmemektedir. Eğitim almayan hastaların % 58'ine, eğitim alan hastaların ise %90'ına ameliyat öncesinde farklı bir tedavi yöntemi uygulanmıştır. Her iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0,00$). Her iki grupta da ameliyatla ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Bu oran eğitim almayanlarda %90, eğitim alanlarda ise % 94 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların tamamı ameliyatla ilgili bilgiyi doktorlarından almak istediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların yaş grupları ise %2 15-24, %9 'u 25-34, %22'si 35-44, %12'si 45-54, %55'i ise 55 yaş ve üstü şeklindedir.

Tablo 3. 2. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS1'e verdikleri cevapların dağılımları

Postoperatif dönem neyi ifade etmektedir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Ameliyat öncesi dönem	9	18	1	2
Ameliyat olma durumu	18	36	2	4
Ameliyat sonrası dönem	8	16	46	92
Hastanede bulunma	15	30	1	2

Tablo 3. 2'de görüldüğü gibi eğitim almayanların %16'sı, eğitim alanların ise %92'si ameliyat sonrası dönem cevabı vererek soruyu doğru yanıtlamıştır. $p=0,033$ olduğundan bu soruya yönelik yapılan eğitim anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3. 3. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS2'ye verdikleri cevapların dağılımları

Komplikasyon nedir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık	9	18	0	0
Enfeksiyon	11	22	1	2
Cerrahi girişim	14	28	2	4
Hastalığa eklenen ve hastalığı ağırlaştırılan tablo	16	32	47	94

Tablo 3.3 'te' komplikasyon nedir?' sorusuna eğitim almayan hasta grubunun % 16'sı, eğitim alan hasta grubunun ise %94'ü doğru yanıt vermiştir. Eğitim almayan hastalar ile eğitim alan hastalar arasındaki fark İstatiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p= 0,00$).

Tablo 3. 4. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS3'e verdikleri cevapların dağılımları

Ameliyat sonrası dönemde beslenmeye ne zaman başlanmalıdır?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Hemen	4	8	0	0
2 saat sonra	10	20	16	32
6-12 saat sonra	26	52	29	58
36 saat sonra	10	20	5	10

Tablo 3. 4'te beslenme konusundaki bilgi sorusuna eğitim almayan hastaların % 52'si, eğitim alan hastaların ise % 58'i doğru yanıt vermiştir. Ancak eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3. 5. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS4'e verdikleri cevapların dağılımları

Ameliyat sonrası dönemde beslenmeye sıvı gıdalarla başlanmasının nedeni nedir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Bulantı- kusma olmaması için	10	20	2	4
Ateşi önlemek için	2	4	1	2
Bağırsak fonksiyonlarının geri dönmesi için	37	74	47	94
Ağrıyı önlemek için	1	2	0	0

Tablo 3. 5'te hastaların beslenmeye sıvı gıdalarla başlanması konusundaki bilgilerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Eğitim almayan hastaların %74'ü, eğitim alan hastaların ise %94'ü soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,018).

Tablo 3. 6. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS5'e verdikleri cevapların dağılımları

Planlanan bir ameliyatta hasta ameliyattan kaç saat önce aç bırakılır?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
24	13	26	29	58
3	4	8	2	4
12	24	48	19	38
6	9	18	0	0

Tablo 3. 6'da eğitim almayan hastaların % 48'i, eğitim alan hastaların ise % 43'ü soruyu doğru yanıtlamıştır. Bu soruyla ilgili yapılan eğitim hastalar üzerinde etkin olamamış ve fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 3. 7. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS6'ye verdikleri cevapların dağılımları

Hastanın ameliyat sonrasında kaçınıcı saatlerde idrarını yapması beklenir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
1-2 saat	11	22	2	4
3-4 saat	23	46	13	26
6-10 saat	10	20	33	66
24 saat sonrasında	6	12	2	4

Tablo 3. 7’de görüldüğü gibi eğitim almayan hastaların %20’si, eğitim alan hastaların ise % 66’sı soruyu doğru yanıtlamıştır. Eğitim alan hastalar ise eğitim almayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,03).

Tablo 3. 8. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS7’ye verdikleri cevapların dağılımları

Ameliyat sonrası ateş kaç derecenin üzerine çıkarsa enfeksiyon riski oluşturur?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
37	0	0	0	0
37.5	7	14	0	0
38.3	35	70	48	96
36.5	8	16	2	4

Tablo 3. 8 de, eğitim almayan hastaların %70’i, eğitim alan hastaların ise %96’sı konuyla ilgili soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 3. 9. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS8’e verdikleri cevapların dağılımları

Aşağıdakilerden hangisi yarada kan (hematom) birikmesinin belirtisi değildir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Gerginlik	11	22	0	0
Renk değişikliği	6	12	0	0
Ağrı	9	18	4	8
Kusma	24	48	46	92

Tablo 3. 9’da eğitim almayan hastaların %48’i, eğitim alan hastaların ise %92’si soruyu doğru yanıtlamış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 3. 10.Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS9'a verdikleri cevapların dağılımları

Ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımın kaç saat önce yapılması gerekir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Ameliyat sabahı	8	16	0	0
Ameliyattan önceki gece	24	48	44	88
1 gün önce	15	30	6	12
2 gün önce	3	6	0	0

Tablo 3. 10' da hastalara ameliyat öncesi bağırsak boşaltımı konusunda sorulan soruya eğitim almayan hastaların %48'i, eğitim alan hasta grubunun ise %88'i soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır (p=0,255).

Tablo 3. 11. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS10'a verdikleri cevapların dağılımları

Ameliyat sonrası dönemde yapılması önerilen solunum fizyoterapisinin önemi nedir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Kan dolaşımını hızlandırmak	6	12	1	2
Kalp krizini önlemek	0	0	0	0
Akciğerde sekresyon birikimini önlemek	40	80	48	96
Kan seviyesini ayarlamak	4	8	1	2

Tablo 3. 11'de hastalara sorulan solunum fizyoterapisiyle ilgili soruya eğitim almayan hastaların %80'i, eğitim alan hastaların ise %96'sı soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,220).

Tablo 3. 12. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS11'e verdikleri cevapların dağılımları

Aşağıdakilerden hangisi idrar sondasının takılma nedeni değildir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastanın saatlik idrar miktarını kontrol edebilmek için	11	22	2	4
Böbrek fonksiyonlarını değerlendirebilmek için	16	32	15	30
Enfeksiyonu önlemek için	11	22	31	62
Ameliyat sonrasında hasta idrar kontrolünü yapamadığı için	12	24	2	4

Tablo 3. 12'de görüldüğü gibi bilgi düzeyi sorusuna eğitim alamayan hasta grubunun %22'si, eğitim alan hasta grubunun ise %62'si doğru yanıt vermiştir. Hasta grupları arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p=0,312$).

Tablo 3. 13. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS12'ye verdikleri cevapların dağılımları

Hastanın ameliyat sonrası gaz çıkarma, dışkılama ve iştahı için önemlidir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Bağırsak hareketlerini kontrol etmek için	33	66	49	98
Kilo alması için	4	8	0	0
Ateş yüksekliği görülmemesi için	3	6	0	0
Bulantı- kusma olmaması için	10	20	1	2

Tablo 3. 13'te eğitim almayan hastaların %66'sı, eğitim alan hastaların ise %98'i bilgi sorusuna doğru yanıt vermiştir. Eğitim almayan ve eğitim alan hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,00).

Tablo 3. 14. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS13'e verdikleri cevapların dağılımları

Aşağıdakilerden hangisi cerrahi girişim sonrası oluşabilecek riskler arasında yer almaz?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Kanama	6	12	0	0
Hayati organ fonksiyonlarını kaybetmek	3	6	2	4
Yara yeri enfeksiyonu	4	8	0	0
Uyku	37	74	48	96

Tablo 3. 14'te eğitim almayan hasta grubunun %74'ü, eğitim alan hasta grubunun ise %96'sı soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004).

Tablo 3. 15. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS14'e verdikleri cevapların dağılımları

Aşağıdakilerden hangisi ameliyat sonrası uzun süre yatağa bağımlı hastalarda oluşabilecek bir durum değildir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Solunum sıkıntısı	9	18	2	4
Dolaşım bozukluğu	15	30	1	2
Dekübit(yatak yarası)	2	4	1	2
Ağrı	24	48	46	92

Tablo 3. 15'te eğitim almayan hastaların %48'i, eğitim alan hastaların ise %92'si soruyu doğru yanıtlamış ve hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,00).

Tablo 3. 16. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS15'e verdikleri cevapların dağılımları

Hangi durumlarda doktorun aranması gerekmez?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Üşüme	37	74	42	84
38° ve üzeri ateş	5	10	7	14
Ciddi kabızlık veya ishal	3	6	1	2
Yara yerinde akıntı, kızarıklık, ağrı olması	5	10	0	0

Tablo 3. 16'da eğitim almayan hastaların %74'ü, eğitim alan hastaların ise %84'ü bilgi sorusunu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,030).

Tablo 3. 17. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS16'e verdikleri cevapların dağılımları

Hangisi taburcu olma kriterleri arasında yer almaz?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Cerrahi yaranın iyileşmesi	8	16	4	8
Yara yeri enfeksiyonu	17	34	26	52
Kendi başına ya da yardımla yürüebilmesi	8	16	9	18
İştahının olması ve yediklerini tolere edebilmesi	17	34	11	22

Tablo 17’de eğitim alamayan hastaların % 34’ü, eğitim alan hastaların ise %52’si bilgi sorusunu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,494).

Tablo 3. 18. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS17’e verdikleri cevapların dağılımları

Hangisi ameliyat öncesi yapılan testlerden değildir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Kan testleri	0	0	0	0
Akciğer grafisi	1	2	0	0
Elektrokardiyografi (EKG)	2	4	0	0
Uyku	47	94	50	100

Tablo 3. 18’de eğitim almayan hastaların %94’ü, eğitim alan hastaların ise %100’ü soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0,100).

Tablo 3. 19. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS18’e verdikleri cevapların dağılımları

Hangisi ameliyat sırasında alacağınız anestezinin(narkozun) yan etkileri arasında yer almaz?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Bulantı- kusma	8	16	4	8
Şuur bulanıklığı	2	4	0	0
Ameliyat sonrası solunum desteği gereksinimi	4	8	2	4
Endişe	36	72	44	88

Tablo 3. 19’da görüldüğü gibi eğitim almayan hastaların %72’si, eğitim alan hastaların ise %88’i soruyu doğru yanıtlamıştır. Hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,075$).

Tablo 3. 20. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS19’a verdikleri cevapların dağılımları

Hangisi daha güvenli bir ameliyat için gerekli değildir?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Şişmanlık	30	60	48	96
Sigarayı bırakmak	8	16	0	0
Ameliyat öncesi muayene	2	4	1	2
Midenin boş olması	10	20	1	2

Tablo 3. 20’de sorulan bilgi sorusuna eğitim almayan hasta grubunun %60’ı, eğitim alan hasta grubunun ise %96’sı doğru yanıt vermiştir. Yapılan analizde hasta grupları arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$).

Tablo 3. 21. Hastaların eğitim alma durumuna göre BDS20’ye verdikleri cevapların dağılımları

Hangisi ameliyat öncesinde doktorunuzun bilmesi gereken durumlar arasında yer almaz?	Eğitim almayanlar		Eğitim alanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Sürekli kullanılan ilaçlar	3	6	2	4
Daha önceden geçirilmiş ameliyatlara	1	2	0	0
Kronik hastalıklar	4	8	0	0
Yeme- içme alışkanlığı	42	84	48	96

Tablo 3. 21’de eğitim almayan hastaların %84’ü, eğitim alan hastaların ise %96’sı doğru yanıt vermiştir. Hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,199)

Tablo 3. 22. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların öğrenim durumları ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Öğrenim durumu	N(sayı)	Ortalama bilgi puanı	P
Eğitim almayanlar	Okur-yazar değil	4	57.60	0.649
	Okur-yazar	8	56.25	
	İlköğretim	20	53.25	
	Ortaöğretim	11	60.00	
	Yüksekokul – Fakülte	7	55.00	
Eğitim alanlar	Okur- yazar değil	2	62.50	0.112
	Okur- yazar	5	78.00	
	İlköğretim	8	87.50	
	Ortaöğretim	22	84.09	
	Yüksekokul- Fakülte	13	86.92	

Eğitim alan ve eğitim almayan hasta gruplarının eğitim durumları ile ortalama bilgi puanları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 3. 22’de eğitim alan ve eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları incelendiğinde eğitim alan hasta grubunun bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim almayan grupta ortaöğretim mezunu 11 kişi, eğitim alan grupta ise bu sayı 22 kişi olarak görülmektedir. Yine aynı şekilde eğitim almayan grubun yüksekokul mezun sayısı 7 iken, eğitim alan grupta bu sayı 13 olarak görülmektedir. Eğitim alan grupta eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu görülmekte ve bu durumun ortalama bilgi puanını arttırdığını göstermektedir.

Tablo 3. 23. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların meslek grupları ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Meslek	N (sayı)	Ortalama bilgi puanı	P
Eğitim almayanlar	Memur	5	59.00	0.499
	İşçi	8	59.37	
	Emekli	16	53.43	
	Ev hanımı	11	54.09	
	İşsiz	4	60.00	
	Serbest meslek	6	55.00	
Eğitim alanlar	Memur	9	88.33	0.115
	İşçi	10	88.00	
	Emekli	8	78.12	
	Ev hanımı	8	79.37	
	İşsiz	12	83.75	
	Serbest meslek	3	85.00	

Eğitim almayan ve eğitim alan hasta gruplarının meslekleri ile ortalama bilgi puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim alan hasta grubunun bilgi puan ortalaması eğitim almayan hastalara göre daha yüksektir. Eğitim alan grupta memurların puanı en yüksek, emeklilerin puanı ise en düşük puan olarak bulunmuştur. Eğitim almayan grupta ise işsiz hastaların bilgi puanı en yüksek, emekli hastaların ise en düşük bilgi puanını aldıkları görülmektedir. Her iki grupta da emeklilerin ortalama bilgi puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 3. 24. Eğitim alan ve eğitim almayan hasta gruplarının hastalık süreleri ile ortalama bilgi puanlarının incelenmesi

	Hastalık süresi	N(sayı)	Ortalama bilgi puanı	P
Eğitim almayanlar	0-15 gün	1	55.00	0.421
	16 gün- 1 ay	12	53.33	
	1-6 ay	21	57.14	
	6-12 ay	11	62.72	
	13 ay ve üzeri	5	41.00	
Eğitim alanlar	0-15 gün	1	65.00	0.380
	16 gün- 1 ay	11	82.27	
	1-6 ay	25	84.40	
	6-12 ay	13	85.76	
	13 ay ve üzeri	0	0	

Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların hastalık süreleri ile ortalama bilgi puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim almayan grupta hastaların hastalık süreleri arttıkça bilgi puanları artmamıştır ve anormal dağılım göstermiştir. Ancak eğitim alan grupta hastaların hastalık süreleri arttıkça puan ortalamaları da artmıştır. Eğitim almayan grupta hastalık süresi 13 ay ve üzeri olan hastaların ortalama bilgi puanları daha düşük olarak görülmektedir. Eğitim alan grupta ise hastalık süresi 0-15 gün arası olan hastaların ortalama bilgi puanları daha düşüktür. İki grup birlikte incelendiğinde hastalık süresinin hastalarda bilgi artışına sebep olmadığı görülmektedir.

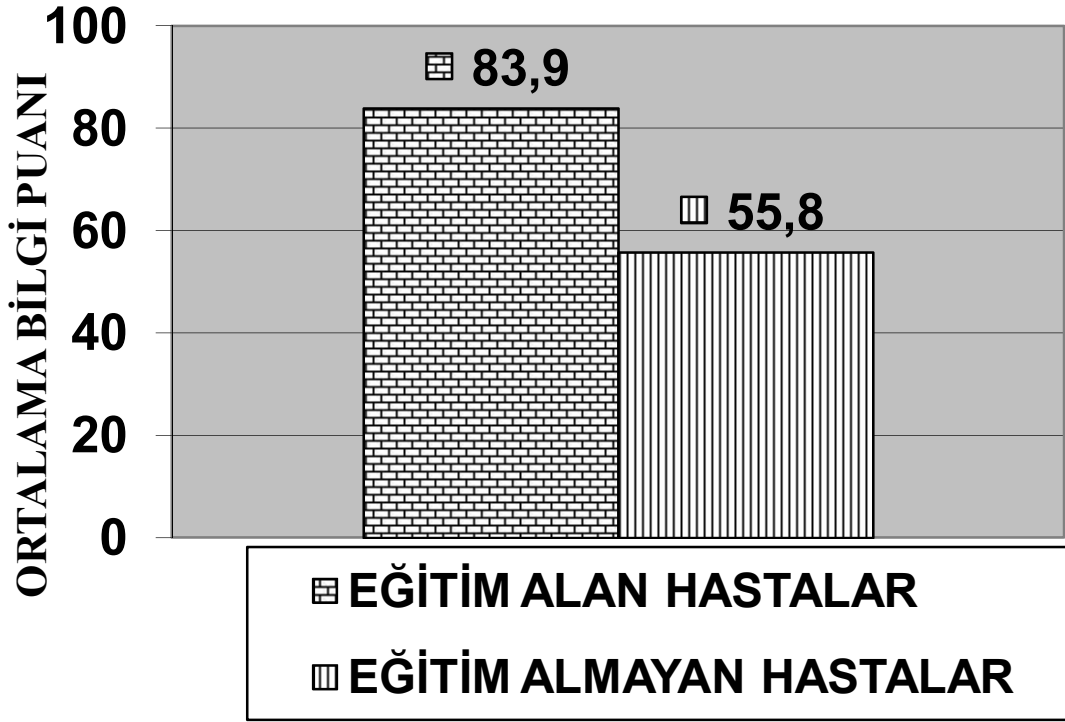
Tablo 3. 25. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların hastanede kalma süreleri ile ortalama bilgi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Hastanede kalma süresi	N(sayı)	Ortama bilgi puanı	P
Eğitim almayanlar	0-5 gün	2	50.00	0.507
	6-15 gün	10	55.50	
	15 gün- 1 ay	22	52.95	
	2 ay- 3 ay	14	60.71	
	4 ay ve daha fazla	2	60.00	
Eğitim alanlar	0-5 gün	2	87.50	0.897
	6-15 gün	11	83.18	
	15 gün- 1 ay	16	83.75	
	2 ay- 3 ay	20	83.75	
	4 ay ve daha fazla	1	90.0	

Eğitim alan ve eğitim almayan hasta gruplarının hastanede kalma süreleri ile ortalama bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. 25'te hastaların hastanede kalma sürelerine bakıldığında eğitim almayan grupta 2-3 ay hastanede kalan hastaların en yüksek puana sahipken, eğitim alan hasta grubunda ise 4 ay ve daha fazla hastanede kalan hasta en yüksek bilgi puanını almıştır. Hastanede kalma süresi arttıkça hastaların daha fazla bilgi sahibi olabilecekleri düşünülürken yapılan çalışma hastanede kalma süresinin bilgi puanını arttırmadığını göstermektedir.

Tablo 3. 26. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları



Tablo 26’da hastaların ortalama bilgi puanları gösterilmektedir. Bilgi düzeyi değerlendirme formundaki her bir doğru soru 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Hastaların doğru cevapları hesaplandığında eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları 55,80, eğitim alan hastaların ortalama bilgi puanları ise 83,90 olarak bulunmuştur. Eğitim alan ve eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları analiz edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$). Buradan sonuçla yapılan eğitimin etkinliği hasta bilgilendirmesi açısından anlamlı bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Günümüzde cerrahi girişimler, cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ilerlemeler sonucunda, en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkıp yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır (Çilingir, D. 2004).

Hasta ve ailesine cerrahi işlem ve onunla ilgili uygulamaların açıklanması ve iletişim yolunun daima açık tutulması korku ve endişelerin azalmasına yardımcı olmaktadır (Kılınç,G., 1995). Bunun dışında hastalara hemşireler tarafından preoperatif dönemde etkili bir eğitim yapılarak ameliyata hazırlanması postoperatif dönemde olası komplikasyonların gelişmesinin önlenmesinde etkili gözlem ve bakımın önemi büyüktür (Yılmaz M., 2000).

Williams, O, A.(1993) ve Jacobs, V.(2000) çalışmalarında, hastaların ameliyathanedeki işlemler hakkında bilgi isterken, yalnızca tedavinin komplikasyonları hakkında doktor tarafından bilgilendirildiğini saptamışlardır. Engström, B, R, N. (1984) , çalışmasında hastaların çoğunun tanı, tedavi, tedavinin sonuçları ve prognoz hakkında bilgilendirildiklerini ve hastalara verilen bilgilerin ise ihtiyaçlarına uygun olmadığını ortaya koymuştur. Akkaş, A.(2001), yaptığı çalışmada hastaların %92,7'sinin cerrahiye ilişkin bilgi almada kaynak olarak doktoru, %7,27' sinin aile ve diğer hastaları gösterdiğini saptamıştır. Özbayır, T., ve ark. (2003)'larının yaptığı çalışmada hastaların %59'una cerrahi girişim hakkındaki açıklamaları doktorun yaptığını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma sonucunda da hastaların çoğu (%92) ameliyatlarıyla ilgili bilgiyi doktorlarından aldıklarını belirtmiş ve ameliyatlarıyla ilgili bilgiyi doktorlarından almak istediklerini (%100) ifade etmişlerdir. Hastaların %88'i verilen bilginin yeterli olduğunu, %12'si ise ameliyatlarıyla ilgili verilen bilginin yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Çullu, M. (2007), yapmış olduğu çalışmada hastaların tamamının girişim sonrası bedensel yönden sorun yaşadığı, sorun yaşayan hastaların çoğunluğunun (%66,2) genel anesteziye bağlı ve cerrahi girişim yeri ile ilgili, bunu takiben spinal anesteziye bağlı ve cerrahi girişim yeri ağrısı ile ilgili, cerrahi girişim yeri ve tekniği

ile ilgili, takılı dren ve sondalar ile ilgili sorunları olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar hastaların, anestezi ve cerrahi girişime yönelik girişim sonrasında ortaya çıkabilecek bedensel sorunlar hakkında bilgilendirilmediği için bunları normal karşılamadıklarını düşündürmektedir. Bu çalışmada hastaların gereksinim duydukları konular hakkında bilgi sahibi olmaları ve ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde farkında olmaları sonuç olarak yararlı olduğu görülmüştür.

Ameliyat olacak hastanın kendi içinde yaşadığı yoğun çatışmalar hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan planlı bir ameliyat öncesi bakım ve eğitimle en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakım ve eğitimin amacı hastanın mümkün olan en iyi ruhsal ve fiziksel durumda olmasını sağlamak ve postoperatif dönemde olası komplikasyonları önlemektir. Yapılan çalışmalar eğitim verilen hastalarda verilmeyenlere göre daha az komplikasyon görüldüğünü ve bu hastaların daha hızlı iyileştiklerini göstermiştir (Bölükbaş, N.,1992). Bununla birlikte yaptığımız çalışmada, yapılan eğitimin hastaların bilgi düzeylerini arttırmada yararlı olduğu görülmektedir. Eğitim almayan hastaların ortalama bilgi puanları 55,80, eğitim alan hastaların ortalama bilgi puanları ise 83,90 olarak bulunmuştur.

Sculdum, C. (1999), araştırmasında preoperatif bilginin genel cerrahi hastalarındaki postoperatif stresi, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu görmüştür.

Malkin, K,F. (2000), kliniğe kabul öncesi hastaların algılamalarının incelendiği çalışmada, hastalara verilen eğitimin anksiyeteyi azaltmada önemli olduğunu ve her hastanın bireysel başa çıkma yöntemlerinde bilgilendirmenin etkili olabileceği gösterilmiştir.

Açık kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda pre ve postoperatif bilgiye olan gereklilik üzerine yapılan araştırma sonucunda; hastalar hem yazılı hem de sözel bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Lithner, M., Zilling, T. 2000). Bizim çalışmamızda hastalara birebir görüşme yöntemi ile sözel bilgi verilmiş hastane prosedürüne uygunluk açısından yazılı kaynak bırakılmamıştır.

Şelimen, D. ve Gürkan, D. (1997), laparoskopik kolesistektomide ortaya çıkan komplikasyonların önlenmesinde hemşirelere düşen önemli görevlerden birinin de taburculuk döneminde olası komplikasyonların belirtileri açısından hasta ve ailesini

eğitmelerinin gerekliliğini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışma da literatür ile paralellik göstermekte ve eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Galloway, S. et al. (1990), yaptıkları çalışmada sırasıyla; ilaç kullanımı, aktivite, hastaneye başvurulması gereken durumlar, tedavi ve komplikasyonlar ile yara bakımı konularını belirlemişlerdir. Bu çalışmada postoperatif komplikasyonlar konusu ele alınmış ve hastaların bu konudaki bilgi gereksinimlerine uygun eğitim verilmiştir. Postoperatif dönem eğitim almayanların %16'sı, eğitim alanların ise %92'si tarafından ameliyat sonrası dönem olarak doğru yanıtlanmıştır. $P<0,05$ olduğundan bu soruya yönelik yapılan eğitim anlamlı bulunmuştur.

Ayrıca araştırmada doktorun aranması gereken durumlar konusu hastalara sorulmuş, eğitim almayan hastaların %74'ü, eğitim alan hastaların ise %84'ü soruyu doğru yanıtlamıştır. Eğitim almayan hastalar ile eğitim alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların 'komplikasyon nedir?' sorusuna verdikleri cevaplarda eğitim almayan hasta grubunun % 16'sı, eğitim alan hasta grubunun ise %94'ü doğru yanıt vermiştir. Eğitim almayan hastalar ile eğitim alan hastalar arasındaki fark İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Galloway, S. et al. (1990), hastaların komplikasyonlar ve yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan eğitim literatür ile uyumludur.

Hematom genellikle ameliyattan hemen sonra ortaya çıkar ve yarada gerginlik, şişlik, renk değişikliği ve ağrıya neden olur (Velasco, E, Thuler, L, C. et al 1996). Hastalara hematoma konusuyla ilgili sorulan soruda eğitim almayan hastaların %48'i, eğitim alan hastaların ise %92'si soruyu doğru yanıtlamış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların bu konuda bilgi gereksinimi olduğu ortaya çıkmış ve yapılan eğitim hasta bilgilendirmesi açısından yararlı bulunmuştur.

Shea, R. et al. (2002), karın cerrahisi uygulanan yaşlı hastalarda yapmış oldukları çalışmada ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların gelişiminde ameliyat sonrası ağrının payı olduğunu ve pulmoner komplikasyonların oluşmaması için hemşirelik bakımı ile etkili ağrı yönteminin, derin solunum ve ambulasyonun sağlanması gerekliliğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada da solunum fizyoterapisi ile

ilgili bilgi sorusu sorulmuş ve hastalara bu konuda eğitim verilmiştir. Araştırmaya katılan hastalardan eğitim alanlar ile eğitim almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ancak hastaların %88'i soruyu doğru yanıtlamıştır.

Hastanın ameliyattan sonra normal diyet almaya başlama zamanını, doktor hastaya verilen anesteziyi, uygulanan ameliyatı ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarını dikkate alarak belirler (Erdil, F., Özhan Elbaş, N. 2001). Konuyla ilgili olarak sorulan bilgi düzeyi değerlendirme sorusuna eğitim almayan hastaların %66'sı, eğitim alan hastaların ise %98'i doğru yanıt vermiştir. Eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bu konuda yapılan eğitimde hastalara verilen eğitim yararlı olmuştur.

İdrar sondasının takılma nedeni ile ilgili bilgi düzeyi sorusuna eğitim almayan hasta grubunun %22'si, eğitim alan hasta grubunun ise %62'si doğru yanıt vermiştir. Hasta grupları arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Yapılan araştırmalar, tanı ya da tedavi amacıyla üriner sistemine girişimde bulunulan hastaların %80'den fazlasında üriner enfeksiyon geliştiğini göstermiştir (Erdil, F., Özhan Elbaş, N. 2001).

Özbayır, T. (1988), üst karın cerrahisi geçiren hastalardaki çalışmasında planlanmış ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası dönemde hastaların vital kapasitelerini arttırdığını ve bundan dolayı solunum problemlerinin önlediğini bildirmiştir. Yılmaz, M. (2000), karın ameliyatlarının yapıldığı genel cerrahi, kadın doğum ve üroloji kliniklerinde yatan 80 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında ameliyat öncesi öğretimin ve hastaları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sistemli izlemenin, ameliyat sonrası komplikasyonları önleme yönünde etkisini % 52 olarak bildirmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hepatopankreatobiliyer cerrahi sonrası postoperatif komplikasyonlar konusunda yapılan eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma Ege Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli kliniğinde ameliyat olmuş hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hastaya uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalar yaş gruplarına göre; %22'si 15-24, %9'u 25-34, %12'si 45-54, %22'si 35-44, %55'i ise 55 yaş ve üzeridir. Buradan sonuçla hepatopankreatobiliyer sistem rahatsızlıklarının 55 yaş ve üstü kişilerde daha fazla görüldüğünü söyleyebiliriz.

Eğitim verilmeyen hastaların %8'i okur- yazar değil, %16'sı okur- yazar, %40'ı ilköğretim, %22 ortaöğretim ve %14'ü yüksekokul- fakülte mezunudur. Eğitim alan hastaların ise %4'ü okur- yazar değil, %10'u okur- yazar, %16'sı ilköğretim, %44'ü ortaöğretim ve %26'sı yüksekokul- fakülte mezunudur. Eğitim durumları ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak eğitim alan grupta yüksek-okul mezunu eğitim almayan gruptan daha fazladır (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hastaların meslek gruplarına baktığımızda; eğitim almayan hastaların %10'u memur, %16'sı işçi, %32'i emekli, %22'si ev hanımı, %8'i işsiz, %12'si serbest meslek grubunda olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan hastaların %18'i memur, %20'si işçi, %16'sı emekli, %16'sı ev hanımı, %24'ü işsiz ve %6'sı serbest meslek grubundadır. Hastaların %48'i emekli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

Hastaların yaşadığı yerleşim yerlerine bakıldığında eğitim alamayan hastaların %34'ü ilde, %36'sı ilçede, %12'si kasabada ve %18'i köyde yaşamaktadır. Eğitim alan hastaların %64'ü ilde, %20'si ilçede, %10'u kasabada ve %6'sı köyde yaşamaktadır. Eğitim alan hastalarda ilde yaşayan hastaların %64 oranında olması bu grubun ameliyatlarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olabileceklerini

düşündürmektedir. Ancak istatistiksel analizi yapıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 1).

Eğitim almayan hastaların %72'si, eğitim alan hastaların ise %86'sı hastalıkları nedeniyle maddi sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların hastalık sürelerine baktığımızda eğitim almayan hastaların %2'si 0-15 gün, %24'ü 16 gün- 1 ay, %42'si 1-6 ay, %22'si 6- 12 ay ve %10'u 13 ay ve daha uzun süredir hasta olduğunu ifade etmiştir. Eğitim alan hastaların ise %2'si 0-15 gün, %22'si 16 gün- 1 ay, %50'si 1-6 ay, %26 'sı 6-12 aydır hasta olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak hastaların %46'sı 1-6 ay ve %24'ü 6-12 ay süresince hasta olduklarını söylemişlerdir. Hepatopankreatobiliyer sistem rahatsızlıklarında hastalık süresinin uzun olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Hastaların hastanede kalma süreleri %38'i 15gün- 1 ay, %34'ü 2 ay- 3 ay, %21'i 6- 15 gün arasındadır (Tablo 1).

Eğitim almayan hastaların %24'ü ilk kez, %40'ı 2.kez, %32'si 3.kez ve %4'ü 4 kez ve daha fazla hastaneye yatış yapmıştır. Eğitim alan hastaların ise %28'i ilk kez, %40'ı 2.kez, %20'si 3.kez ve %12'si 4kez ve daha fazla sayıda hastaneye yatmıştır. Hastaların çoğunluğu 2.kez hastaneye yatmaktadır. Hastaların bilgi puanları ile hastaneye yatış sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 1).

Hastaların %33'ünde daha önceden tespit edilmiş bir kronik hastalık olmakla birlikte, %67'si bir kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Hastaların %56'sı geçirdikleri ameliyatın ilk ameliyatları olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Eğitim almayan hastaların %58'i, eğitim alan hastaların ise %90'ı ameliyat olmadan önce farklı bir tedavi yöntemi uygulandığını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık geçmişleri istatistiksel olarak analiz edildiğinde eğitim almayan hastalar ile eğitim alan hastalar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yapılan eğitim sonucunda hastaların beslenme konusundaki soruda eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 3. 4).

Ameliyat sonrası ateş konusunda yapılan eğitim sonucu sorulan soruya verilen cevaplar değerlendirildiğinde eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Ameliyat öncesi yapılan testler konusundaki cevaplar değerlendirildiğinde eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Anestezinin yan etkileri konusunda yapılan eğitimde eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Doktorun bilmesi gereken durumlar konusundaki soruya verilen cevaplar değerlendirildiğinde eğitim alan hastalar ile eğitim almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Literatüre taramalarının sonucuyla da paralel olarak eğitimin hasta bilgilendirmesi açısından etkili olduğu görülmektedir.

Cerrahi girişim öncesi dönemdeki hastalara, girişim, girişim öncesi ve sonrası dönemleri kapsayan, hastaların bedensel, ruhsal ve sosyoekonomik gereksinimlerine yönelik bilginin verilmesi hasta için önemlidir. Hastaların anlayabilecekleri düzeyde bilginin, uygun ortamda ve yeterli sürede, planlanmış şekilde hastalara aktarılması hastaların ameliyatlarıyla ilgili endişelerini azaltmasının yanı sıra ameliyat sonrası dönemde de iletişim kolaylığı sağlamaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde hasta konforunu artırması ve analjezi kullanımını azaltması sebebiyle eğitimin hastalar için gerekli olduğu kabul edilmiştir. Hastaların cerrahiye ilişkin korku, endişe, soru ve sorunlarını paylaşabilecekleri bir ortam hazırlayarak hasta bilgilendirilmesi yapılmalıdır.

Ameliyat ile ilgili bilgilendirmeye hastaların ameliyat kararının aldığı dönemden itibaren başlanmalıdır.

Cerrahi kliniklerde ameliyatların özelliğine göre her hastaya uygun eğitim programları hazırlanmalı, etkinliğin ölçülmesi için yöntemler geliştirilmelidir. Eğitimler sonrasında hasta memnuniyeti değerlendirilerek doğru eğitim yöntemi seçilmelidir.

Hastane idaresi ve hemşirelik hizmetleri, hasta ve yakınlarını hastalık ve ameliyat konularında bilgilendirmek amacıyla eğitim programları düzenlemelidir. Eğitim programına doktor, hemşire, hasta ve hasta yakını dahil edilmelidir.

ÖZET

Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Post Operatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Araştırma, hepatopankreatobiliyer cerrahi geçiren hastalara postoperatif komplikasyonlar konusunda verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırma İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Kliniği Organ Nakli servisinde uygulanmıştır. Çalışma cerrahi girişim geçiren hastalardan oluşmuş olup istenilen hasta sayısına ulaşınca kadar 10.03. 2012 ve 10.06. 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini uygulamayı kabul eden 100 hasta oluşturmuştur. (n=100)

Araştırma verileri araştırmacı tarafından ilgili literatüre dayalı olarak geliştirilen 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve ' Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu' başlıklı iki bölüm ve 40 sorudan oluşan soru kağıdı kullanılarak toplanmıştır (Bkz. Ek 1).

Anket formu bilgi düzeyi ölçmeye yönelik olup hastaların yanıtlayabileceği şekilde hazırlanmıştır. Hastalar iki grup yapılmış ve ilk 50 kişiye eğitim vermeden sonraki 50 kişiye ise konuyla ilgili eğitim verdikten sonra uygulama yapılmıştır. Hastalar arasındaki etkileşimi engellemek amacıyla eğitim verilmeyen grup tamamlandıktan sonra eğitim verilen grupta çalışmaya devam edilmiştir.

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 paket programı kullanılmıştır. Bilgi puanı normal dağılıma uygunluk göstermediği için bilgi puanı ile ilgili tüm karşılaştırmalar non- parametrik testlerden Mann- Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile yapılmıştır. Kategorik verilerin gruplardaki karşılaştırmaları ise Ki-Kare ve Fisher'in kesin olasılık testleri ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık geçişleri istatistiksel olarak analiz edildiğinde eğitim almayan hastalar ile eğitim alan hastalar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Literatüre taramalarının sonucuyla da paralel olarak eğitimin hasta bilgilendirmesi açısından etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Eğitimi, Hepatopankreatobiliyer Cerrahi, Postoperatif Komplikasyon.

SUMMARY

Possible Complications of surgery in patients given about Hepatopankreatobiliyer Post Operative Evaluation of the Effectiveness of Training

Research, hepatopankreatobiliyer surgery patients in postoperative complications was conducted to evaluate the effectiveness of the training. Research at the Ege University Faculty of Medicine Department of Surgery Organ Transplant Hospital ward applied. Work consist of the required number of patients undergoing surgical intervention until 10.03. 2012 and 10.06.2012. The study population consisted of 100 patients who accepted the application (n= 100).

Developed by the researcher based on the literature about the 'Information Form' and 'Knowledge Level Evaluation Form' titled collected using a questionnaire consisting of two sections and 40 questions (Bkz. Ek 1).

The questionnaire was designed to measure the level of knowledge and is intended to respond to in patients. Made of two groups of patients with and without training after the first 50 people to 50 people on the subject of education after the application is implemented. In order to prevent the interaction between the group of patients who are not training group continued to work after the training has been given.

Analysis of the data obtained in this study, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 software package was used. Data points show compliance with the normal distribution of knowledge score for all comparisons of non-parametric tests were made with the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. In comparisons of groups of categorical data chi-square and Fisher's exact probability tests. Statistical significance value of $p < 0.05$ and are described.

Socio-demographic characteristics of the patients and patients without disease education and training histories were analyzed statistically significant difference between the patients ($p > 0.05$).

In parallel with the literature on the outcome of screening is to be effective in terms of education, Patient Information.

Key Words: Hepatopankreatobiliyer Surgery, Patient Education, Postoperative Complications.

KAYNAKLAR

- AKGÜL, H. (2001). Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi. Türkiye Klinikleri Yayınevi. II. Baskı. Ankara.
- AKKAŞ, A. (2001). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. HEMAR- G Dergisi 1. sy: 23-29.
- AKSOY, G. (1998). Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No:10 İstanbul Birlik Ofset.sy:19-31.
- AKSOY, G. (1992a). Ameliyat Öncesi Hazırlık. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi. AÖF Yayınları. No:2 Eskişehir, Etam A.Ş.Web Ofset. sy: 143-162.
- AKSOY, G. (1992b). Cerrahi Hemşireliği ve Cerrahi Hastasının Hastaneye Kabulü. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi.AÖF Yayınları No:263,Eskişehir: Etam A.Ş.Web Ofset.sy 1-17.
- ALDEMİR, A., ÖZEN, S. ve ark. (2001). Predisposing Factors for Delirium İn The Surgical İntensive Care Unit. Crit Care. sy: 265-270.
- ARTZ, C,P., HARDY, S, D. (1975). Management of Surgical Complications.W.B.Sounders Com.Philadelphia.
- ASLAN, F, E. (2006). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. İstanbul.
- ASLAN, F,E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri.Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6. sy: 9-16.
- BADNER, N, H. et al. (1998). Myocardial İnfarction After Noncardiac Surgery. Anesthesiology 88.sy: 572-578.
- BAŞARAN, N. (1987). Kanser Tanısı Konulmuş Hastalara Tanılarının Söylenip Söylenmemesine İlişkin Doktor, Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Saptanması.(Bilim Uzmanlığı Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- BAYRAKTAR, N., EROĞLU, K. (1995). Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yapılması Gereken Egzersizlere Yönelik Bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2.

- BİROL, L. (1997). Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Matbaacılık.
- BİROL, L. (2003). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.(içinde) AKDEMİR, N., BİROL L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul. Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın No:2.
- BÖLÜKBAŞ, N. (1992). Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi:8. sy: 21-28.
- BROOKS, J., SHEA, R. et al. (2002). Pain İnsensity and Postoperative Pulmonery Complications Among The Eldery After Abdominal Surgery Heart and Lung.: 31. sy: 440-449.
- BUDA, A, J. (1991). The Role of Echocardiography in the Evaluation of Mechanical Complications of Acute Myocardial İnfarction. Circulation. sy: 81-121.
- COHENDY, R. (1991). Respiratory Risk of General Surgery in Adults. Rew. Pneumal Clin.47.
- CUNHA, B, A., (1998). Fewer İnThe Critical Care Unit.Crit Care Clin 14, sy: 1-14
- ÇELİKOĞLU, İ. (1995). Solunum Sistemi Hastalıkları Tanı ve Tedavi İlkeleri. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Basımevi.
- ÇİLİNGİR, D. (2004). Günübirlık Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi. Ankara.
- ÇULLU, M. (2007). Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getiremedikleri Düşünce ve İstekleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- DAĞOĞLU, T. (2002). Cerrahi Hastada Ameliyat Öncesi Hazırlıkta Temel Prensipler. Genel Cerrahi. Ed: KALAYCI, G. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. Tayf Ofset. sy: 1-19.
- DEĞERLİ, Ü. (1998). Genel Cerrahi . Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy:145- 158.
- DEVİNE, A,K., COOK, T, D.(1986). Cerrahi Hasta Psikoeğitimsel Müdahalelerin Klinik ve Maliyet Tasarrufu Etkileri: Bir Meta-Analiz. Hemşirelik ve Sağlık, 9, 89-105.
- DİONİGİ, R., ROVERA, F. et al.(2001). Risk Factors in Surgery. J. Chemother. 13. sy: 6-11.

- DUNN, D.C., RAWLİNSON, N. (1997). Surgical Diagnosis and Management. Blakwell
Sci.Pub.London.
- DURMAZ, A, A. (2005). Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım. İzmir. Meta Basım. Nefroloji Diyaliz
ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları. No: 4.
- ELBAŞ Ö,N., ERDİL, F. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. IV. Baskı .Aydoğdu Ofset. Ankara
- ENGOREN, M., (1995). Lack of Association Between Atelectasis and Fewer. Chest. 107:81-84.
- ENGSTRÖM, B, R, N. (1984). The Patients Needs for İnformation During Hospital Stay.
İnternational Journal of Nursing Studies: 21. sy: 113-130.
- ERDAL, E. (1993). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. Doğaşan Ofset. İzmir.
- ERDİL, F., ÖZHAN E, N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş IV. Baskı. Aydoğdu
Ofset. Ankara.
- FREİDİN, S., MARSHALL, V. (1992). Ameliyat Öncesi, Esnası, Sonrası. Nobel Tıp Kitabevleri.
İstanbul.
- GALLOWAY, S. et al. (1990). The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. J Adu
Nurs. 15.
- GARİBALDİ, R,A., CUSHİNG, D., LERER, T. (1991). Risk Factors for Postoperative İnfection. Am.
J. Med. 91. sy: 158-163.
- GÜNGEL, H. (1998). Ameliyat Sonrası Komplikasyonları. Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri.
İstanbul.
- GÜRSES, H, N. (2002). Preoperatif Rehabilitasyon, Kronik Solunum Yetersizliğinde Solunum Pompa
Destegi Solunum.4:2. sy: 332-338.
- JACOBS, V. (2000). İnformational Needs of Surgical Patients Following Discharge. Applied Nursing
Research: 13. sy: 12-18.
- KADAYIFÇI, A. (1998). Gastroenteroloji.(içinde). KADAYIFÇI, A., KARAASLAN, Y. (ed). İç
Hastalıkları El Kitabı. Ankara. Medikomat Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti. sy: 175-208.
- KALAYCI, G. (2002). Genel Cerrahi. Cilt 2. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy: 145-158.

- KARADAKOVAN, A., ETİ ASLAN, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi. Adana.
- KILINÇ, G. (1995). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- KOCAMAN, G. (1994). Ağrı. Hemşirelik Yaklaşımları. Saray Medikal Yayıncılık. İzmir. sy: 175-196.
- KOMŞUOĞLU, B. (2004). Klinik Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara.
- LEAPER, D., HADEDİ, S, L. (1991). Cerrahi Enfeksiyonlar. SAYEK, İ. (ed). Temel Cerrahi. Güneş Kitabevi. Ankara. 144.
- LEMORE, R., BURKE, K, M. (1998). Medical Surgical Nursing. sy: 1501-1510.
- LEVY, J, H. (1993). The İdeal Agent For Perioperative Hypertension and Patential Cytoprotective Effects. Acta Anesthesiol Scand. 37.
- LEWIS, M, S., COLLIER, C, İ. et al. (1996). Medical Surgical Nursing. Mosby.Fouth Edition.
- LİPOV, E, G. (1991). Emergence Delirium in The Pacu. Crit Care Nurs Clin North Am 3. sy: 145-149.
- LİPOWSKİ, Z, J. (1987). Delirium. (Acute Confusional States). JAMA. 258. sy: 1789-1792.
- LİTHNER, M., ZİLLİNG, T. (2000). Pre and Postoperative İnformation Needs. Patient Educ Couns: 40. sy: 29-37.
- MADL, C., DRUML, W. (2003). Systemic Consequences of İleus. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. 17. sy: 445-456.
- MAKELA, J, T., KİVİNİEMİ, H. et al. (1995). Factors İnfluencing Wound Dehiscence After Midline Laparotomy. Am J Surg. 170. sy: 387-390.
- MALKİN, K, F. (2000). Patients Perceptions of a Pre-Admission Clinic. J Nurs Manag. :8.
- MANGONA, D,T. (1990). Perioperative Cardiac Morbidity. Anesthesiology 78. Sy: 468-476.

- ÖZBAYIR, T. (1988). Ameliyat Öncesi Egzersiz Eğitiminin, Ameliyat Sonrası Solunum Fonksiyon Testleri, Alınan Analjezik Sayısı ve Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- ÖZBAYIR, T. ve ark. (2003). Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 61. sy: 14-23.
- PARNASS, S, M. (1993). The Ambulatory Surgical Nurse. Post Anesthesia Care Nursing.28. sy: 377-531.
- PELLEGRİNİ, C.A, (1991). Postoperative Complications. Current Surgical Diagnosis and Treatment Appleton-Lange. California. 25.
- PELLETIER, L, C. (1991). Early Postoperative Care and Complications. Cardiovasc Clin 21:3.
- SABUNCU, N. (2001). Üriner Sistem Enfeksiyonları. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Programları Kitabı. İstanbul. Mat Yapım. Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayını. sy: 27-38.
- SHULDHAM, C. (1999). A Review of The Impact of Preoperative Education on Recovery From Surgery. Int J Nurs Stud: 36.
- SOLAMAN, E, P. (2002). İnsan Anatomisine ve Fizyolojisine Giriş. SÜZEN, B. (çev). 4. Basım . İstanbul. Birol Basım Yayın Dağıtım ve Ticaret Ltd. Şti. sy: 209-226.
- STAMM, W, E. (1991). Catheterassociated Urinary Tract İnfections. Epidemiology, Pathogenesis and Prevention. Am J Med. 91. sy: 65-71.
- SUBAŞI, Ç, S. (2004). Laparoskopik Kolesistektomi Geçiren Hastalarda Solunum Eğitiminin Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Zonguldak.
- SWEETLAND, H., COOK, J. (2001). Postoperatif Bakım ve Komplikasyonlar . SAYEK, İ.(çev.) Cerrahi. Güneş Kitabevi. Ankara. sy: 225-229.
- ŞELİMEN, D., GÜRKAN, A. (1997). Laparoskopik Kolesistektomide Ortaya Çıkan Komplikasyonların Önlenmesi ve Hemşirenin Rolü. Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Dergisi.4. sy: 151-154.

- TALAS, S, M. (2002). Böbrek Transplantasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- TUNE, L, E. (1991). Postoperative Delirium. *Int Psychogeriat* 3. sy: 325-332.
- ULUDAĞ, B. (2005). Ağrı Hafızası. *17.sy*: 10-16.
- VELASCO, E., THULER, L, C. et al. (1996). Risk Factor for Infectious Complications After Abdominal Surgery for Malignant Disease. *Am J Infect Control*. 24.
- YAVUZ, M. (1999). Laparoskopik Günübürlük Uygulamaları. Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları. İzmir. İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi. sy: 10-11.
- YILMAZ, M. (2000). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. Ankara.
- YÜRÜGEN, B. (2001). Kronik Böbrek Yetmezliği. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayını. sy: 39-53.
- WALLECE, A. Et al. (1998). Prophylactic Atenolol Reduces Postoperative Myocardial İschemia. *Anesthesiology* 88. Sy: 7-17.
- WALLECE, W. C., CİNAT, M. E. et al. (2000). New Epidemiology for Postoperative Nasocomial İnfections. *Am. Surg*. 66. sy: 874-878.
- WARNEN, J, W. (1997). Catheterassociated Urinary Tract İnfections. *İnfect Dis Clin North Am*. 11. sy: 609-622.
- WATSON, J, W., CHUNG, F., CHAN, V, W. (2004). Pain Manament Following Discharge After Ambulatory Some- day Surgery *Journal of Nursing Management*. 24. sy: 53-161.
- WILLIAMS, O, A. (1993). Patient Knowledge of Operative Care, *Journal of The Royal Society of Medicine*: 86. sy: 328-331.

Ek 1

Değerli katılımcılar;

Ben Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Şu an tez aşamasında olup Hepatopankreatobiliyer cerrahi uygulanan hastalardaki postoperatif olası komplikasyonlar konusunda verilen eğitim etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik araştırma yürütmekteyim. Araştırmama bu formu doldurarak destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

EBRU KELLEÇİ

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız:
2. Yaşınız:
3. Tanınız:
4. Öğrenim durumunuz?
 - a) Okur – yazar değil
 - b) Okur –yazar
 - c) İlköğretim
 - d) Ortaöğretim
 - e) Yüksekokul – Fakülte
5. Mesleğiniz?
 - a) Memur
 - b) İşçi
 - c) Emekli
 - d) Ev hanımı
 - e) İşsiz
 - f) Serbest meslek
6. Yaşadığınız yerleşim yeri?
 - a) İl
 - b) İlçe
 - c) Kasaba
 - d) Köy
7. Hastalık nedeniyle maddi sıkıntı yaşıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
8. Sosyal güvenceniz
 - a) Emekli sandığı
 - b) SSK
 - c) Bağ-kur
 - d) Yeşil kart
 - e) Yok

9. Aylık gelir durumunuz?
- a) 250-500 TL
 - b) 500-1000TL
 - c) 1000-2000TL
 - d) 2000TL ve üzeri
10. Bakımınıza destek olan kişi veya kişiler?
- a) Eş
 - b) Çocuklar
 - c) Eş ve çocuklar
 - d) Anne- baba
 - e) Yakın akraba
 - f) Destek olan yok
11. Hastalık süreniz?
- a) 0-15 gün
 - b) 16 gün – 1 ay
 - c) 1- 6 ay
 - d) 6-12 ay
 - e) 13 ay ve üzeri
12. Hastanede kalma süreniz?
- a) 0-5 gün
 - b) 6-15 gün
 - c) 15 gün- 1 ay
 - d) 2 ay- 3 ay
 - e) 4 ay ve daha fazla
13. Hastaneye kaçınıcı kez yatışınız?
- a) İlk yatış
 - b) 2. Kez
 - c) 3. Kez
 - d) 4 kez ve daha fazla

14. Daha önce geçirmiş olduğunuz ameliyat sayınız?
- İlk ameliyat
 2. Kez
 3. Kez
 4. kez ve fazlası
15. Kronik hastalığınız var mı?
- Evet
 - Hayır
16. Ameliyata karar vermeden önce farklı bir tedavi yöntemi uygulandı mı?
- Evet...
 - Hayır
17. Hastalığınız ve ameliyatınızla ilgili bilgi verildi mi?
- Evet
 - Hayır
18. Sizce ameliyatınızla ilgili verilen bilgi yeterli mi?
- Evet
 - Hayır
19. Hastalığınız ve ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?
- Doktor
 - Hemşire
 - Ailem
 - Diğer hastalar
 - TV, bilgisayar, dergi vs.
20. Hastalığınız ve ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden almak istersiniz?
- Doktor
 - Hemşire
 - Ailem
 - Diğer hastalar
 - TV, bilgisayar, dergi vs.

BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Postoperatif dönem neyi ifade etmektedir?
 - a) Ameliyat öncesi dönem
 - b) Ameliyat olma durumu
 - c) Ameliyat sonrası dönem
 - d) Hastanede bulunma
2. Komplikasyon nedir?
 - a) Hastalık
 - b) Enfeksiyon
 - c) Cerrahi girişim
 - d) Hastalığa eklenen ve hastalığı ağırlaştırıcı tablo
3. Ameliyat sonrası dönemde beslenmeye ne zaman başlanabilir?
 - a) Hemen
 - b) 2 saat sonra
 - c) 6-12 saat sonra
 - d) 36 saat sonra
4. Ameliyat sonrası dönemde beslenmeye sıvı gıdalarla başlanmasının nedeni nedir?
 - a) Bulantı- kusma olmaması için
 - b) Ateşi önlemek için
 - c) Bağırsak fonksiyonlarının geri dönmesi için
 - d) Ağrıyı önlemek için
5. Planlanan bir ameliyatta hasta ameliyattan kaç saat önce aç bırakılır?
 - a) 24
 - b) 3
 - c) 12
 - d) 6
6. Hastanın ameliyat sonrası dönemde kaçınıcı saatlerde idrarını yapması beklenir?
 - a) 1-2 saat
 - b) 3-4 saat
 - c) 6-10 saat
 - d) 24 saat sonrasında
7. Ameliyat sonrası ateş kaç derecenin üzerine çıkarsa enfeksiyon riski oluşturur?
 - a) 37
 - b) 37.5
 - c) 38.3
 - d) 36.5

8. Aşağıdakilerden hangisi yarada kan birikmesinin (hematoma) belirtisi değildir?
- Gerginlik
 - Renk değişikliği
 - Ağrı
 - Kusma
9. Ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımının kaç saat önce yapılması gerekir?
- Ameliyat sabahı
 - Ameliyattan önceki gece
 - 1 gün önce
 - 2 gün önce
10. Ameliyat sonrası dönemde yapılması önerilen solunum fizyoterapisinin (nefes alıp verme, öksürük) önemi nedir?
- Kan dolaşımını hızlandırmak
 - Kalp krizini önlemek
 - Akciğerde sekresyon birikimini önlemek
 - Kan seviyesini ayarlamak
11. Aşağıdakilerden hangisi idrar sondasının takılma nedeni değildir?
- Hastanın saatlik idrar miktarını kontrol edebilmek için
 - Böbrek fonksiyonlarını değerlendirebilmek için
 - Enfeksiyonu önlemek için
 - Ameliyat sonrasında hasta idrar kontrolünü yapamadığı için
12. Hastanın ameliyat sonrası gaz çıkarma, dışkılama ve iştahı niçin önemlidir?
- Bağırsak hareketlerini kontrol etmek için
 - Kilo alması için
 - Ateş yüksekliği görülmemesi için
 - Bulantı- kusma olmaması için
13. Aşağıdakilerden hangisi cerrahi girişim sonrası oluşabilecek riskler arasında yer almaz?
- Kanama
 - Hayati organ fonksiyonlarını kaybetmek
 - Yara yeri enfeksiyonu
 - Uyku
14. Aşağıdakilerden hangisi ameliyat sonrası uzun süre yatağa bağımlı hastalarda oluşabilecek bir durum değildir?
- Solunum sıkıntısı
 - Dolaşım bozukluğu
 - Dekübit (yatak yarası)
 - Ağrı

15. Hangi durumlarda doktorun aranması gerekmez?
- Üşüme
 - 38° üzeri ateş
 - Ciddi kabızlık veya ishal
 - Yara yerinde akıntı, kızarıklık, ağrı olması
16. Hangisi taburcu olma kriterleri arasında yer almaz?
- Cerrahi yaranın iyileşmesi
 - Yara yeri enfeksiyonu
 - Kendi başına ya da yardımla yürüyebilmesi
 - İştahının olması ve yediklerini tolere edebilmesi
17. Hangisi ameliyat öncesi yapılan testlerden değildir?
- Kan testleri
 - Akciğer grafisi
 - Elektrokardiyografi (EKG)
 - Uyku
18. Hangisi ameliyat sırasında alacağınız anestezinin (narkozun) yan etkileri arasında yer almaz?
- Bulantı- kusma
 - Şuur bulanıklığı
 - Ameliyat sonrası solunum desteği gereksinimi
 - Endişe
19. Hangisi daha güvenli bir ameliyat için gerekli değildir?
- Şişmanlık
 - Sigarayı bırakmak
 - Ameliyat öncesi muayene
 - Midenin boş olması
20. Hangisi ameliyat öncesinde doktorunuzun bilmesi gereken durumlar arasında yer almaz?
- Sürekli kullanılan ilaçlar
 - Daha önceden geçirilmiş ameliyatlar
 - Kronik hastalıklar
 - Yeme- içme alışkanlığı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-840 /439
KONU:Tez çalışması Hk.

04.04/2012

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 459 sayılı ve 07.03.2012 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ebru KELLEÇİ'nin "Hepatopankretobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Postoperatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını 10.03.2012-10.05.2012 tarihleri arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi ve Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi Anabilim Dalında yapması uygun görülmüş olup, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Üroloji, Göz Hastalıkları, Kulak, Burun, Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dallarında yapması uygun görülmemiştir. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

10.04.2012

İB
11.4.12

Eğitim Konuları

Postoperatif dđnem, ameliyat sonrası dđnem, hastanın ameliyathaneden ayrılması ile başlar ve taburcu oluncaya kadar geçen sđreyi içerir.

Komplikasyon: Hastalığa eklenen veya hastalığı ağırlaştıran tablodur. Hastanın ve doktorun istemediği bir durumdur. Örneğin, ameliyat sırasında sterilizasyona ne kadar dikkat edilirse edilsin enfeksiyon riski her zaman vardır; enfeksiyon gelişir ise bu bir komplikasyondur.

Ameliyat sırasında hastalarda duyu kaybı oluşturmak için anestezi uygulanır. Bunu çoğu insan narkoz olarak bilir. Anestezinin bazı yan etkileri vardır. Bunların başında bulantı, kusma gelir. Boğaz ağrısı, dđřük kan basıncı, ameliyat sonrası solunum desteği gereksinimi, anormal kalp ritmi ve şuur bulanıklığı da anestezinin yan etkileri arasında yer alır.

Cerrahi girişimin şekline gđre, bazı hastaların idrar miktarlarını kontrol etmek için idrar sondası takılır. Bđylece hastanın her saat başı ne kadar idrar çıkardığı, bđbreklerinin fonksiyonu değerlendirilmiş olur. Bu sonda birkaç gđn sonra çekilir ve hasta normal yoldan kendi idrarını yapar. Sonda çıktıktan sonra birkaç gđn devam eden ağrı ve sızlama hissi olabilir. İdrar sondası takılmazsa hastanın 6-10 saat içinde idrarını yapması beklenir.

Ameliyat sonrasında hastalarda ateş yđkseklđi gđrđlebilir. Ateş vđcudun enfeksiyona karşı gđsterdiđi bir tepkidir. 38.3° 'nin üzerine ıkarda enfeksiyon riski oluşturur.

Hematom ameliyat yerinde kan toplanmasıdır. Bazı operasyonlarda girişim yapılan bđlgede birikebilecek sıvı ve kanı dışarı almak için tđp ve tđpler(drenler) konmuş olabilir. Doktor bu tđplerden gelen sıvı miktarını ve içeriğini kontrol eder. Tđplerden gelen sıvı azalınca tđpler çekilir.

Anestezi mide- bağırsak kanalını da etkiler. Mide bağırsak kanalı dđzenli çalışmadığı için midede ve bağırsakta sıvı birikimi olur. Bu nedenle yapılan cerrahi girişimin şekline gđre mideye bir sonda(tđp) koymak gerekir. Sonda

burundan mideye ilerletilir. Bu sonda yardımıyla midede biriken salgıları dışarı alır ve hastayı rahatlatır.

Anestezinin ve ameliyatın etkisiyle bağırsak hareketleri de geç başlar. Bunu kontrol etmek için doktor tarafından bağırsak sesleri dinlenir. Hastanın bağırsak hareketleri, gazı, dışkılama ve iştahı önemlidir, bu yüzden sık sık sorgulanır. Hastanın bağırsak hareketleri başlayınca önce su içilmesine, sonra sulu gıda, zaman içinde de katı gıdalar almaya başlaması söylenir. Bu durum her ameliyatta farklı olmakla beraber ortalama 6-12 saat arasındadır.

Ameliyat sonrası dönemde hastanın hareket etmesi de önemlidir. Dolaşım sistemi ve bağırsak hareketleri için yürüyüş yapılması gerekir. İlk uygulama çok zor olsa da hastanın en kısa sürede ayağa kalkması gerekir.

Ameliyat sonrasında akciğer enfeksiyonları ve solunum problemleri en sık yaşanan problemlerdir. Bu nedenle hastanın sık sık derin nefes egzersizleri yapması gerekir. Genellikle hastalar ağrı nedeniyle derin nefes almak istemezler ve bu da akciğerlerde sekresyonların (balgam ve tükürük) birikmesine ve enfeksiyon gelişmesine neden olur.

Hastanın iştahının yerine gelmesi, yemekleri tolere edebilmesi, kendi başına veya az yardımla yürüyebilmesi taburculuk zamanının yaklaştığını gösterir.

Her hastanın ameliyat öncesi doktoru ile konuşması gerekir. Bu süreçte hasta kendi sağlık problemlerini, daha önceden geçirmiş olduğu ameliyatları, sürekli kullandığı ilaçları doktoruna söylemelidir. Ayrıca doktor da hastaya yapılacak işlemler konusunda bilgi verir.

