

T.C.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİROİDEKTOMİ AMELİYATI ÖNCESİ HEMŞİRENİN
BİLGİLENDİRİCİ ROLÜNÜN HASTALARIN AMELİYAT
SONRASI ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

SANIYE ALA

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN

Tez no: 2007-031

2007-AFYONKARAHİSAR

II

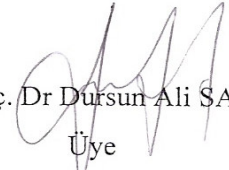
KABUL VE ONAY

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 Savunması Tarihi: 23.07.2007

Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Üye


Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU
Üye


Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali SAHİN
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Saniye ALA'nın
"Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat
Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi" başlıklı tezi 30/07/2007 günü saat .14.00... Lisansüstü
Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul
edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Enstitü Müdürü

III

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı,
Değerli eleştirileriyle yol gösteren ve araştırmamın her aşamasında destek olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN'e,
Araştırma verilerinin değerlendirilmesi ve yorumlanmasına değerli katkılarından dolayı Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Sayın Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ'ye,
Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Doç Dr. Yavuz DEMİR'e,
Tezime katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Yüksel ARIKAN'a, Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK'e ve Sayın Elif ÇALIK'a,
Verilerin toplanması ve değerlendirilmesindeki katkılarından dolayı Sağlık Bilimleri Enstitü Müdür Yardımcısı Sayın Yrd. Doç. Dr. Nurhan DOĞAN'a
Ayrıca, çalışmamın veri toplama sırasında yardımlarını esirgemeyen Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Servisi asistan ve hemşirelerine,
Her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen aileme ve eşime katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Saniye ALA

IV

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	IV
KISALTMALAR	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Tiroidektomi.....	7
2.1.1. Tarihçesi.....	8
2.1.2. Anatomisi.....	8
2.1.3. Fizyolojisi.....	9
2.1.4. Tiroidektomi Tekniği.....	12
2.1.5. Tiroid Cerrahisinin Komplikasyonları.....	14
2.2. Tiroid Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı.....	16
2.2.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım.....	16
2.2.2. Ameliyat Sonrası Bakım.....	17
2.3. Anksiyete.....	19
2.3.1. Korku ve Anksiyete.....	19
2.3.2. Anksiyete Kuramları.....	20
2.3.3. Anksiyete Seviyeleri.....	21
2.3.4. Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	24
3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(Ek I).....	24
3.4.2. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25

4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
6.1. Sonuç.....	39
6.2. Öneriler.....	40
KAYNAKLAR	41
EK-1	48
EK-2	50
EK-3	51
EK-4	52
EK-5	53
EK-6	55

VI

KISALTMALAR

- SD** : Standart Sapma
- STAI-I** : Durumluk Anksiyete Ölçeği
- STAI-II** : Sürekli Anksiyete Ölçeği
- T3** : Triiyootironin
- T4** : serum tiroksin
- SLS** : Süperior Laringeal Sinir
- RLS** : Rekürren Laringeal Sinir
- n** : Gruplardaki Hasta Sayısı

VII

TABLolar DİZİNİ

Tablo I. Çalışma Grubuna Alınan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo II. Kontrol ve Araştırma Grubunun Süreklilik Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamaları

Tablo III. Kontrol Grubunun Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo IV. Araştırma Grubunun Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo V: Kontrol Grubunun Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo VI: Araştırma Grubunun Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo VII: Çalışmaya Alınan Hastalardan Ev Hanımlarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo VIII: Kontrol Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo IX: Araştırma Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo X: Kontrol Grubunun Ameliyat Deneyimlerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo XI: Araştırma Grubunun Ameliyat Deneyimlerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖZET

Tiroidektomi, tiroid bezinin kısmen veya tamamen çıkartılması işlemidir. Cerrahi girişime aday hastalarda genel anesteziye bağlı ölüm riski ve ameliyat sonrası oluşacak ağrıdan korkma önemli endişelerdir. Bu endişelerin yanı sıra, tiroid ameliyatı olacak hastalarda ameliyat yerinin özelliğinden dolayı estetik görünümün etkilenmesi, sesin kaybedilme korkusu veya ses kalitesinin etkilenmesi gibi sorunlar endişeleri daha da arttırmaktadır. Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı planlanan hastalarda hemşirenin bilgilendirici rolünün, ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisinde 6 Kasım 2006 - 25 Nisan 2007 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Tiroidektomi ameliyatı planlanan 30'u kontrol, 30'u araştırma grubu olmak üzere toplam 60 kadın hasta üzerinde gerçekleştirildi. Kontrol ve çalışma grubu hastaların Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) ile anksiyete düzeyleri ölçüldü. Hastaların anksiyete düzeyini etkileyebilecek yaş, meslek ve eğitim durumu ayrıca sorgulanarak demografik veriler oluşturuldu. Kontrol grubundaki hastalara ameliyat hakkında rutin bilgi verilirken araştırma grubundaki hastalara ameliyat hakkında detaylı bilgi verildi. Çalışmaya katılan hastalar ile ameliyat sonrası tekrar görüşülerek durumluk anksiyete envanteri ile anksiyete düzeyleri ölçüldü. Elde edilen veriler SPSS programına yüklendi. İstatistiksel analiz için paired t-testi, student t-testi ve varyans analizi uygulandı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Sonuç olarak: çalışmamızda ameliyat öncesi rutin bilgilendirmenin ameliyat sonrası hasta anksiyete düzeyini etkilemediğini gördük. Ancak, detaylı bilgilendirmenin ameliyat sonrası hasta anksiyete düzeyini arttırdığını saptadık.

Anahtar Kelimeler: Tiroidektomi, Anksiyete, Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri, Hemşirelik Eğitimi

SUMMARY

Thyroidectomy is an operation that the thyroid gland is excised partially or totally. The most common anxious reasons for the operation candidates are death due to the general anesthesia and post-operative pain. In addition to these reasons, aesthetical fears at the operation site, voice loss and voice disorders are the other discouraging factors that increases the anxiety. This study is a descriptive investigation that aims to determine the effect of the informative role of the nurses on the post-operative anxiety levels at the thyroidectomy candidates.

The study was done in the general surgery service at the Medical School of Afyon Kocatepe University between November 6, 2006 - April 25, 2007. The study was done with 60 female patients; 30 are control group, the other 30 are the study group. The anxiety levels of the control and study patients were measured with State-Trait Anxiety Inventory. Demographic data such as age, occupation and education status which may effect the anxiety levels of the patients were recorded. Routine pre-operative information was given to the control group while detailed pre-operative information was given to the study group. The anxiety levels of the patients were again determined with post-operative interview by State-Trait Anxiety Inventory. The collected data was recorded in the SPSS programme. Statistical analysis was done with paired t-test, Student t-test and variance analysis. $p < 0.05$ was admitted statistically significant.

As a result, we observed that routine pre-operative information did not effect the post-operative patient anxiety level. But, we determine that detailed pre-operative information increased the post-operative patient anxiety level.

Key words: Thyroidectomy, anxiety, State-Trait Anxiety Inventory, nursing education

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hastalıklı tiroidin kısmen veya tamamen çıkarılması anlamına gelen tiroidektomi, genel cerrahi ve endokrin cerrahisi kliniklerinde halen en sık uygulanan cerrahi girişimler arasında ilk sıralarda yer almaktadır (1,2). Tiroidektomi ameliyatından sonra; önemsiz kanama ve yara yeri ile ilgili bazı basit komplikasyonlar gelişebilir. Bunların yanında sinir hasarı, solunum problemleri, metabolik, hormonal sorunlar ve aşırı kanama gibi hayatı tehdit eden ya da tedavisi, hasta ve sağlık ekibi açısından önemli sorunlar yaratabilen ciddi komplikasyonlar da gelişebilmektedir (1). Tiroidektomi ameliyatından sonra görülebilecek en önemli komplikasyonlar; rekürren laringeal sinir ve paratiroid hasarı sonucu, ses kısıklığı ve hipokalsemi gelişimidir (3,4). Paratiroid ya da sinir hasarı hayatı tehdit eden komplikasyonlar olmamasına rağmen, önemli derecede kronik morbidite ile sonuçlanmaktadır. Ondokuzuncu yüzyıl ortalarına kadar yapılan tiroidektomilerdeki mortalite oranı % 40'lardan daha fazla olduğu halde, günümüzde bu oran sifıra kadar indirilebilmiştir (1,5).

Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında bozulma anlamları içerir ve birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelik tehdit karşısında kaygıya kapılır (1,6). Swindale, ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan yüksek olduğunu belirtmiştir (7). Colon, genel olarak hastaneye yatan hastalarda anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak bildirmektedir (8). Strain, genel cerrahi hastalarının % 5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete olduğunu saptamıştır (9). Baş-boyun ameliyatları sonrasında hastanın beden imgesinin bozulması, kendini daha kötü algılamasına neden olabilir (10). Cerrahi girişime aday hastalarda genel anesteziye bağlı ölüm riski ve ameliyat sonrası oluşacak ağrıdan korkma önemli endişelerdir. Bu endişelerin yanı sıra, tiroid ameliyatı olacak hastalarda ise ameliyat yerinin özelliğinden dolayı estetik görünümün etkilenmesi, sesin kaybedilme korkusu veya ses kalitesinin etkilenmesi gibi sorunlar endişeleri daha da arttırmaktadır (11,12). Son yıllarda hızlı teknolojik gelişmeler, her alana yansıdığı gibi

tıbbın tüm alanlarına da yansımıştır. Teknolojik gelişme ile birlikte tanı ve tedavi yöntemlerinin artmasının, bilgi eksikliğinden kaynaklanan tıbbi ve yaşantısal belirsizlikleri de arttırdığı belirtilmektedir (13). Yapılan bazı çalışmalarda belirsizlikle anksiyete arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiştir (13,14). Hasta ve ailesinin yapılacak girişim ile ilgili daha önceden bilgi sahibi olmaması genelde korku ve endişe duymaları yanında, ilerleyen dönemlerde hasta ve ailesinin psikolojik travma yaşamalarına neden olabilmektedir. Psikolojik travma sonucunda en yaygın hissedilen duygu anksiyetedir (14, 15).

Anksiyete en kısa ifade ile nedeni bilinmeyen iç sıkıntısıdır. Hastane ortamı birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır. Hastaneye gelen hasta ve ailesinin yabancı oldukları bu ortama ilişkin olarak yaşadıkları korku ve endişeleri karşısında sağlık ekibinin tutumu, bireylerin hastane deneyimini büyük ölçüde etkilemektedir. Hastanenin yabancı bir yer oluşu, çevrede yeni insanların bulunması, bilinmeyen aletler, tedaviler ve serviste yapılan günlük işler bireylerin yoğun anksiyete yaşamasına neden olan faktörlerdir (14-16).

Sağlık çalışanlarının ortak amacı hastayı rahatlatmak, hastaların acı ve ağrıdan en kısa sürede kurtulmalarını sağlamaktır. Hemşireler bireylerin, hastaneye yatma ve cerrahi işlemler nedeni ile yaşanan anksiyetelerini azaltmak, psikolojik ve fizyolojik dengesini korumak için hastaya kendisini ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamı hazırlamalıdır. Hasta bireylere başlangıçta yeterli zaman ayrılarak cesaret verilmeli, yapılacak işlemler basit anlaşılır bir ses tonu ile açıklanmalı, güven verici bir atmosfer yaratılmalıdır. Hasta eğitimi mutlak hekim, hemşire ve diğer ekip üyelerinin işbirliği yanında, hasta merkezli yaklaşımı gerektirir. Ancak hasta eğitimi şüphesiz diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile direkt ve daha uzun süreli, ilişkide olan hemşirenin sorumluluğundadır. Ancak ülkemizde hemşirelerin hasta eğitimi konusunda, bugün istenilen düzeyde rol almadıkları yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (17-19).

Hastalar, yaşanan belirsizliğin üstesinden gelmek için sağlık profesyonellerinden destek ve bilgi arama girişimlerinde bulunurlar. Bu beklentilerin karşılanmaması durumunda birey anksiyete, öfke ve gerginlik yaşayabilir ve bu olumsuz duyguları

sağlık çalışanlarına yansıtabilir. Profesyonel hemşirelik bakımı, tedavi ve bakımın yanında, psikolojik destek ve danışmanlık görevlerini de içerir (20,21). Hemşireler özellikle danışmanlığı rahatlıkla yapabilirler. Bireyler hemşire ile konuştuklarında kendilerini daha rahat hissedeceklerdir. Tehdit edici bir olay karşısında bireyler olayı objektif olarak yorumlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler. Yaşamın her döneminde yaşanabilen, ancak hastalık durumunda daha da önem kazanan anksiyete kavramının tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyi anlama, yardım etme ve tedavi sürecinde dikkate alınması büyük önem taşımaktadır (19,22). Hastanın sadece hastalığına yönelik gereksinimlerini karşılamamanın yanında, duygusal gelişimini de karşılayacak şekilde hasta bakımı verilmesi hastada kişi olarak önemsenme duygusunu oluşturur (23).

Hemşirelik uygulamalarında amaç, hasta bireylerin hastalıklarıyla baş etmelerinde uygun baş etme yöntemlerini kazanmalarını sağlamaktır. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etme profesyonel hemşirenin görevidir. Birey kendisini umut ve güven atmosferinde hissederse, kendisini daha güçlü bulur. Hemşirenin davranışları umudu geliştirmede büyük rol oynar. Çünkü hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına oranla hastalar ile direkt ve daha uzun süre birlikte olan sağlık çalışanıdır (4, 24, 25). Bilgilendirmeyi profesyonel hemşirenin öncelikli görevi olarak düşünürsek, bu dönemdeki hasta ve aile üyelerine bilgi vermeli ve hastaların sorunla başa çıkmasında hemşireler destek olmalıdırlar. Hemşirelerin hasta hakkında açıklama yapmaları, soruları yanıtlamaları, umut vermeleri, aileye güven vermektedir. Hasta ve ailesine diğer sağlık çalışanları destek sağlasalar da bireyler bu destek gereksinimlerinin karşılanmasını hemşirelerden beklemektedir (20,21).

Hemşire hasta ve ailesinin önceki cerrahi girişim deneyimlerini, varsa cerrahi girişime ilişkin yaşadıkları sorunları, izlenimlerini ve beklentilerini öğrenmelidir. Elde edilen bu bilgiler hastanın fiziksel ve psikolojik rahatlığını sağlamada rehber olarak kullanılabilir. Bu bağlamda önceki cerrahi girişim sonrasında komplikasyon gelişip gelişmediği öğrenilmelidir. Önceki cerrahi girişim deneyimleri sırasında komplikasyon gelişmesi ve ağrının kontrol altına alınamaması gibi durumlar yeni planlanan cerrahi

girişim ile ilgili korku ve kaygıları arttıracığından bu sorunların bilinmesi gerekir (26). Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, hastalara bilgi verirken ilgi gösterilmeli ne hissettiklerini ifade etmeleri sağlanmalı ve gerekli zaman ayrılmalıdır (7).

Sonuç olarak; tiroid ameliyatları diğer ameliyatlara göre daha fazla anksiyeteye neden olmaktadır. Hastaya zaman ayrılması ve ameliyat hakkında bilgilendirilmesinin hasta anksiyete düzeyini azaltacağını düşünmekteyiz.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında bozulma anlamları içerir ve birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelik tehdit karşısında kaygıya kapılır. Baş-boyun ameliyatlarından tiroidektomi ameliyatının, kozmetik görünüm ve ses kalitesinin etkileneceğinden dolayı hastalardaki endişeleri arttıracığını düşünmekteyiz. Bu çalışma, tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Tiroidektomi

Tiroid bezinin cerrahi girişimle çıkarılmasına tiroidektomi denir. Günümüzde, cerrahi alanda ve teknolojideki gelişmeler sayesinde, tiroid ameliyatları güvenli bir şekilde yapılmaktadır. Bu ameliyatlarda mortalite oranı sifıra yakındır ve komplikasyon gelişme oranı da düşüktür.

Tiroid bezine cerrahi girişim uygulanması gerektiren durumlardan başlıcaları;

- Antitiroid ilaçlar ve radyoaktif iyot ile yapılan hipertiroidizm tedavisinin başarısız olması,
- Hemoraji olasılığı,
- Guatrın çevredeki dokuya bası yapması,
- Kozmetik nedenler,
- Tiroid kanseri

olarak sıralanabilir. Tiroidektomi aşağıdaki şekillerde yapılabilir:

- **Lobektomi:** Tiroid bezinin bir lobunun tam olarak çıkarılmasıdır. Tek taraflı tiroid nodüllerinin tedavisinde kullanılır.
- **Subtotal Tiroidektomi:** Her iki lobun posterior kısmı yerinde bırakılır. Bu yöntem Grave's hastalığının tedavisi için geliştirilmiştir.
- **Total Tiroidektomi:** Tiroid bezinin tümü çıkarılır. Tiroid kanserinde ya da tekrarlayabileceği düşünülen benign durumlarda uygulanabilir.
- **Totale yakın tiroidektomi:** Tiroid bezinin bir lobu tümüyle çıkartılır ve diğer lobuna ise subtotal rezeksiyon yapılır (1,3,4,6,27).

2.1.1.Tarihçesi

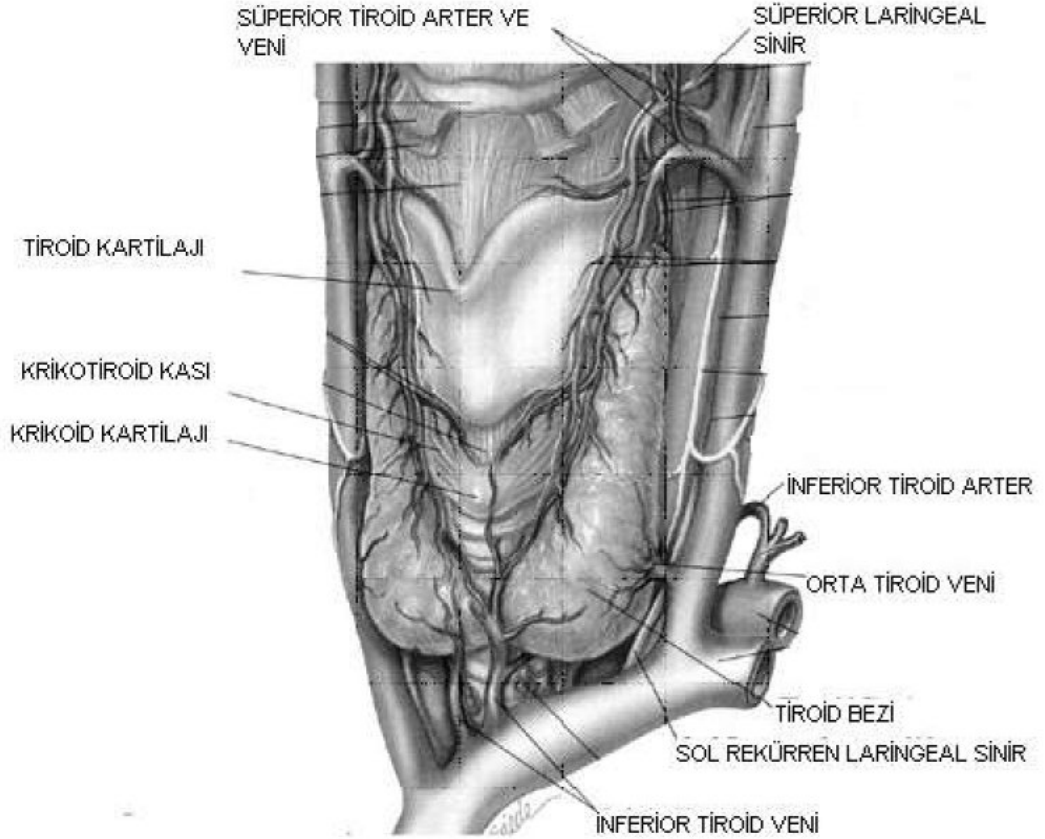
Tiroid bezinin isimlendirilmesi 1656 yılında Wharton tarafından yapılmasına rağmen, bezin endokrin fonksiyona sahip olduğunun belirlenmesi takriben 200 yıl sonra olmuştur (28).

C.A. Theodor Billroth (1829-1894) ve Emil Theodor Kocher (1841-1917) başarı oranı yüksek, binlerce tiroidektomi operasyonu yapmışlardır. Hastaların tiroidektomi operasyonundan sonra uzun süre yaşamaları, daha önce fark edilemeyen bazı klinik sonuçları ortaya çıkarmıştır. Emil Theodor Kocher, 1909 yılında tiroid bezinin fizyolojisi, patoloji ve cerrahisine yaptığı katkılar nedeniyle Nobel Tıp Ödülü almaya hak kazanmıştır (29).

19. yüzyıl ortalarına kadar yapılan tiroidektomilerdeki mortalite oranı % 40'lardan daha fazla olduğu halde, günümüzde bu oran sifıra kadar indirilebilmiştir. (29,30). Ölümle sonuçlanmayan morbidite oranı %13, ciddi komplikasyon oranı % 2 den daha azdır (31).

2.1.2.Anatomisi

Yenidoğanda ortalama 1.5 gr ağırlığında olan tiroid 16 yaşına kadar büyüyerek erişkinde ortalama 15-20 gr ağırlığına ulaşır. Kadınlarda daha ağır olup menstruasyon ve gebelik döneminde büyüme gösterir. Endokrin bezlerin en büyüğü olup, farinks, larinks, özefagus ve trakeanın anterior ve lateral yüzeylerini sarar. Tiroid, iki lateral lob ve bunları birleştiren isthmustan oluşur. Her bir lateral lobun boyu 4-5 cm, eni 2-3 cm, kalınlığı 2-4 cm olup, isthmusun kalınlığı 0.2-0.6 cm'dir (32). Normal tiroid dokusu yumuşak, açık şarap kırmızısı renginde olup, ince bir kapsülle sarılıdır (32,33).



Şekil 1. Tiroid Bezinin Anatomisi

2.1.3.Fizyolojisi

Tiroid bezi kan akımı yönünden oldukça zengindir. Bu, tiroid bezinin metabolik aktivitesinin yüksekliğini göstergesidir. Bezden salgılanan hormonlar triiyodotironin (T_3), tiroksin (T_4 = tetraiyodotironin) ve kalsitonindir. Tiroid hormonlarının üretimi, protein ve iyodun yeterli miktarda alınmasına ve hipofizden tiroid stimüle edici hormon (TSH) salgılanmasına bağlıdır. TSH salgılanması negatif feed-back ile kontrol edilir (Şekil 2). Kanda tiroid hormonlarının düzeyi azaldığında TSH salgılanması artar. Tersine tiroid hormonlarının düzeyi arttığında TSH salgılanması azalır. Tiroid hormonlarının sentez edilebilmesi için iyoda gereksinim vardır. Diyetle alınan ve gastrointestinal kanalla emilen iyot, tiroid hücrelerine girdiğinde bir aminoasit olan

tirozinle birleşerek mono ve diiyodotironini oluşturur. Daha sonra bunlar kendi aralarında birleşerek T₃ ve T₄'ü oluştururlar. T₃ ve T₄ tiroglobülinle birleşerek kolloid halinde foliküllerde depolanır. Bedenin hormon gereksinimine göre ve TSH ile gelen emirlere göre T₃ ve T₄ serbest halde kana geçer, kanda yeniden proteine bağlanır. Hücre düzeyine geldiğinde proteinini bırakır ve serbest halde hücreye geçerek metabolizmayı düzenler.

Tiroid bezinin hormon üretimi, çeşitli çevresel etkenlerle de ilişkilidir. Fizyolojik ve psikolojik stresler, uzun süre soğuğa maruz kalma tiroid hormonlarının üretimini artırır. Uzun süre sıcağa maruz kalma tiroid hormonlarının üretimini azaltır. Dokuların aşırı düzeyde tiroid hormonlarının etkisinde kalması sonucu ortaya çıkan belirti bulguların tümü "hipertiroidi" olarak adlandırılır (27,34).

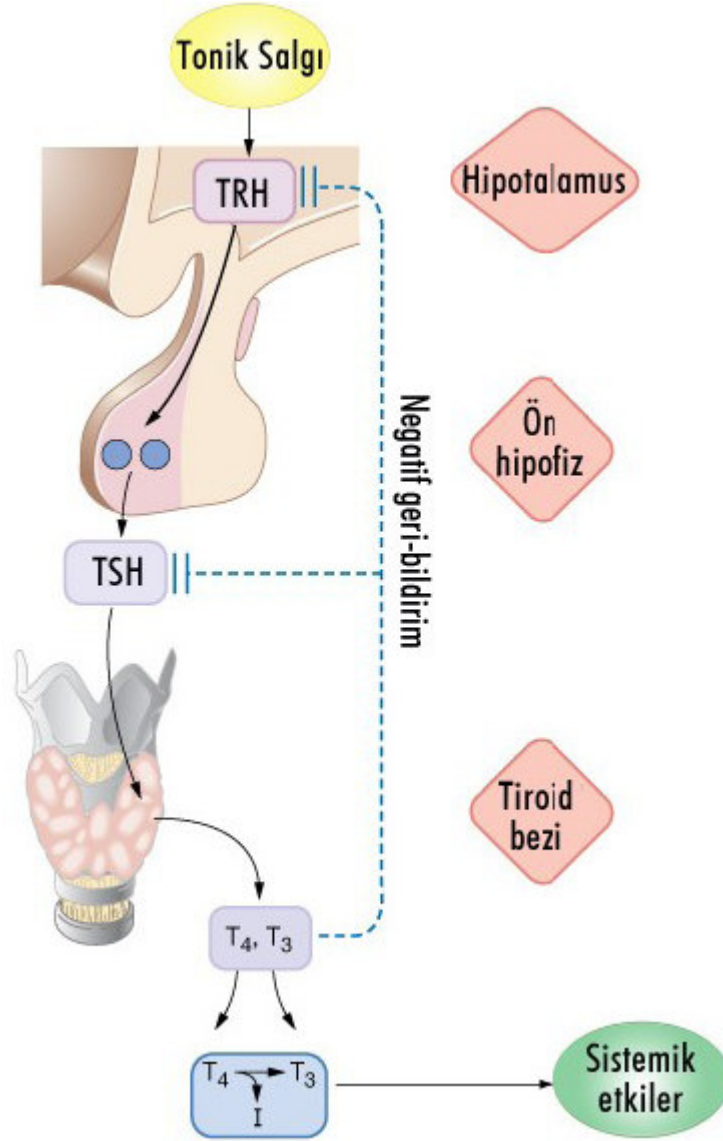
Hipertiroidi nedenleri:

- Basedow-Graves hastalığı
- Toksik nodüler guatr
- Tiroiditler
- İyatrojenik

Dokuların yetersiz düzeyde tiroid hormonlarının etkisinde kalması sonucu ortaya çıkan belirti bulguların tümü "hipotiroidi" olarak adlandırılır (27,34). Hipotiroidi kanda tiroid hormonlarının azalması ile görülen, hipometabolik ve hipoaktif bir durumdur.

Hipotiroidi nedenleri:

- Tiroid bezinin konjenital defektleri
- İyot eksikliği
- Baş ve boyun bölgesine radyasyon uygulanması
- Cerrahi girişimler
- Hipertiroidi tedavisinde kullanılan antitiroid ilaçlar ve radyoaktif iyot
- Kronik inflamatuvar hastalıklar (27,34).



Şekil 2: Tiroid Bezinin Çalışma Mekanizması

Tiroid bezinin görevleri:

- Hücrel metabolizmayı hızlandırarak beden ısısını artırır.
- İnsülini etkileyerek glikozun uygun şekilde kullanımını sağlar.
- Protein sentezini hızlandırıp doku onarımında rol oynar.
- Yağ kullanımını hızlandırır.

- Normal büyüme, gelişme ve sinirsel gelişim için gereklidir.
- İdrar miktarını artırır.
- Miyokardın kasılma gücünü artırır ve diğer kasların da fonksiyonunu etkiler.
- Sempatik sinir sistemi aktivitesini artırır (27,34).

2.1.4.Tiroidektomi Tekniği

Tiroidektomi ameliyatı genel olarak açık teknikle yapılmaktadır. Günümüzde, tiroid ameliyatlarının daha az girişim ile yapılabilmesi konusunda çalışmalar devam etmektedir. Örneğin, Jones ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada köpekler üzerinde videoendoskopik tiroidektomi yöntemi denenmiş ve başarılı olduğu belirlenmiştir (27).

Ameliyat Öncesi Hazırlık

Tiroidektomi planlanan her hasta genel anesteziye uygun konumda olmalıdır ve bu yönde hazırlanmalıdır. Tüm hastalar operasyon zamanında ötiroid hale getirilir. Bu durum hipertiroidik hastalarda antitiroid ilaçlar, beta blokerler ile sağlanabilmektedir. Ses problemi olan ya da önceden boyun bölgesi ameliyatı olan tüm hastalara indirekt laringoskopi yapılır (35,36).

Cerrahi Teknik

Tiroid ameliyatları kansız bir ortamda yapılır. Bu şekilde tiroidin komşu olduğu hayati yapılar daha net görüntülenir. Kural olarak diseksiyona önce patolojinin olduğu lobdan başlanır. Böylece burada oluşabilecek bir sinir zedelenmesi, karşı tarafta sınırlı bir cerrahi ile bilateral sinir hasarından kaçınılmasını sağlayacaktır (36,37).

Tiroidektominin sınırı pek çok faktöre göre değişkenlik gösterir. Hangi ameliyatın yapılacağı özellikle şu 2 faktöre bağlıdır:

1- Tiroid bezinin hastalığına

2-Tiroid bezinin anatomisine

Tiroid kanserinde, ciddi oftalmopatisi olan hastalarda, reoperasyon riskini göze almak istemeyen ve radyoaktif iyot tedavisini kabul etmeyen hastalarda total tiroidektomi önerilir (35,5).

Pozisyon

Hastalara verilecek olan pozisyon hem rahat ameliyat olanağı sağlamalı hem de boyun venöz basıncını arttırmayacak şekilde olmalıdır. Hasta yarı oturur pozisyonda ve sırtı 20 derece yükseltilmiş olmalıdır. Bu sadece iyi bir görüş sahası için değil, aynı zamanda boyun venlerindeki basıncı düşürerek perioperatif kanamayı en aza indirmeyi amaçlar. Omuzların geriye düşmesini ve boyunda uygun ekstansiyon sağlamak için her iki skapula arasına yaklaşık 10 cm çaplı orta sertlikte bir yastık da yerleştirilebilir. Boyun ekstansiyona getirilir. Böylece tiroid öne ve yukarı doğru hareket eder ve daha belirgin hale gelir. Postoperatif dönemde boyun ağrısını önlemek için oksipital kemiğin altına simit şeklinde hazırlanmış bir destek ve boşta kalan enseye rulo yapılmış bir örtü yerleştirilir. Omuzları yükseltilmiş hastada her iki kolun abdüksiyona getirilmesi brakial pleksus yaralanmalarına yol açabileceğinden, bir kol hastanın damar yolu ve kan basıncı ölçümleri için açık bırakılarak diğer kolun addüksiyona getirilmesi uygundur (37).

Anterior ve lateral boyunun tamamı ve üst toraks antiseptik solüsyonla temizlenir. Daha sonra ameliyat sahası açık kalacak şekilde hastanın tamamı steril örtülerle kapatılır (37).

Kesi Yeri

İdeal kesi yeri, tiroidektominin kolay yapılmasını sağlamalı ve iyi bir kozmetik görünümle sonuçlanmalıdır. En sık kullanılan kesi boyundaki cilt kıvrımlarına paralel olarak yapılan transvers Kocher kesisidir. Buna kolye kesisi adı verilmektedir. Kesinin uzunluğu 4-6 cm kadardır (36,37).

Tiroidin Rezeksiyonu

Paratiroid bezlerin ve rekürren laringeal sinirin korunduğundan emin olduktan sonra tiroid lobu rezeke edilebilir. Total lobektomi için tüm vasküler yapılar tiroide girdikleri yerden bağlanıp kesilir ve tüm tiroid dokusu rezeke edilir. Total rezeksiyon

sonrası tiroid incelenir; şayet paratiroid olduğu düşünülen bir dokuya rastlanırsa biyopsi yapılır. (36,37).

Subtotal lobektomi için lobun lateral ve medialine işaret klempleri konur ve kapsül kesisi yapılır. Tiroid dokusu kama şeklinde kapsül içinden kesilerek rezeke edilir. Bu arada hemostaz klempler ile sağlanır. Drenaj için aspiratif drenler kullanılır (37).

Yaranın Kapatılması

Kesilen strep kaslar 4-0 emilebilir materyallerle tek tek ya da devamlı sütür tekniği ile kapatılır. Paltizma ve ciltaltı da aynı şekilde kapatılır. Üzerine 'steril-strip' yapıştırılır (36,37).

2.1.4.Tiroid Cerrahisinin Komplikasyonları

Tiroidektomilerden sonra mortalite görülme oranı, deneyimli merkezlerde sıfıra kadar düşmüştür. Bu komplikasyonlar tiroid bezi ile ilgili hayati yapıların anatomik çeşitliliğinden, tiroid bezi hastalıklarından veya tiroid bezinin çıkarılmasının neden olduğu metabolik bozukluklardan kaynaklanır (38).

Sosa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 658 cerrah 6 yıl içinde yaptıkları tiroidektomi sayılarına göre 4 gruba ayrılmış ve her bir cerrah 1 yıl içinde ortalama 25 tiroidektomi yapmış. Tiroidektomi sonrası komplikasyon oranları gruplar arasında karşılaştırılmış. Bu çalışmanın sonucunda, tiroidektomi ameliyatlarında komplikasyon oranlarının cerrahın tecrübesinin artması ile düştüğü istatistiksel olarak ispatlanmıştır (39).

Tiroidektomilerden sonra görülen komplikasyonlar; metabolik ve nonmetabolik olarak, iki ayrı grupta değerlendirilecektir

A. Nonmetabolik Komplikasyonlar**Genel Komplikasyonlar**

- Kanama
- Seroma
- Enfeksiyon

Organ Yaralanmaları

- Pnömotoraks
- Trakea ve Özefagus Yaralanması
- Hava Embolisi Brakiyal Pleksus Yaralanması
- Servikal Sempatik Sinir Zedelenmesi
- Deri Duyu Sinirlerinin Hasarı Psikosomatik Ses Problemi
- Boğaz Ağrısı
- Trakeomalazi
- Vokal Kord Polipleri
- Süperior Laringeal Sinir (SLS) Yaralanması
- Rekürren Laringeal Sinir (RLS) Yaralanması

B. Metabolik Komplikasyonlar

- Hipotiroidi ve Hipertiroidi
- Tiroid Krizi
- Hipokalsemi ve Hipoparatiroidi (1).

2.2. Tiroid Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım

- Hasta, ilaçlar ve iyot preparatları ile ötiroidi hale getirilir.
- Tirotoksikoz belirti ve bulguları kontrol altına alınır.
- Kalbe ilişkin sorunlar tedavi edilir.
- Hastanın dinlenmesi ve rahatlaması sağlanır.
- Hastanın beslenmesi düzenlenir ve kilosu normal düzeye getirilir.
- Hasta ameliyattan 1-2 gün önce hastaneye yatırılır.
- Hemşire hastayı hipertiroidizm ve hipotiroidizm belirti ve bulguları yönünden değerlendirerek bakımı planlar.
- Hastanın hipertiroidizmi varsa protein, kalori, vitamin ve mineral yönünden zengin bir diyet alması gerekir. Hemşire hastanın kilosunu sık izlemeli, beslenme durumunu değerlendirmelidir.
- Hastanın anksiyetesinin azaltılması ve dinlenmesinin sağlanması ameliyat öncesi hemşirelik bakımında önemlidir. Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir ve yapılan işlemlere ilişkin gereken açıklamalar yapılır.
- Duygusal stres, tiroid krizini başlatabileceğinden hastada strese yol açan durumlar en aza indirilir. Hastaya yeterli dinlenebileceği sakin bir ortam hazırlanır.
- Hemşire hastaya ameliyat sonrasında boynunu nasıl destekleyeceğini öğretmelidir. Hasta hareket ederken dirseklerini kaldırıp ellerini boynunun arkasına koyarak destek sağlamalıdır. Böylece boyun kaslarında zorlanma ve gerginlik olması önlenir.
- Hemşire hastanın ailesine de gereken açıklamaları yapmalı ve duygusal destek sağlamalıdır (27,34).

2.2.2.Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrasında genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak tiroidektomi komplikasyonlarının önlenmesine yönelik hemşirelik bakımı verilir.

Potansiyel Komplikasyon: Solunum Yolu Obstrüksiyonu

Tiroidektomi sonrasında glottis ödemi; larengeal sinirin zarar görmesi, hemoraji nedeniyle solunum yolu obstrüksiyonu gelişebilir. Bu nedenle:

- Hastada dispne, siyanöz ve hırıltı gibi belirtilerin olup olmadığı sık sık değerlendirilir.
- Hastaya yarım saatte bir derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır. Gerekirse solunum yolundaki sekresyonlar aspire edilir.
- Sekresyon atılımını kolaylaştırmak ve solunum yolunun açıklığını sağlamak için nemli oksijen verilir.
- Hastada solunum sorunu varsa, narkotik analjezikler verilmez.
- Trakeostomi seti, endotrakeal tüp ve larengoskop kolay ulaşılabilecek bir yerde hazır bulundurulmalıdır (27,34,40).

Potansiyel Komplikasyon: Kanama

- Hemşire hastanın yaşam bulgularını sık takip etmelidir
- Hastanın pansumanları, boynunun arka kısımları ve omuzları kanama yönünden gözlenir. Boyun bölgesinde basınç hissi de kanamaya bağlı olabileceğinden rapor edilmesi gereken bir durumdur.

Potansiyel Komplikasyon: Tetani

- Hipokalseminin erken belirtileri el ve ayak parmaklarında uyuşma ve karıncalanma olmasıdır. Hastada trousseau ve chvostek bulguları ve kan kalsiyum düzeyi değerlendirilir.
- Hastada damaryolu açık kalması sağlanıp, kalsiyum glukonat ampulleri hazır

bulundurulmalıdır (27,40).

Potansiyel Komplikasyon: Tiroid Krizi

- Tiroid krizi, ameliyat öncesinde yeterli hazırlık yapılmayan hastalarda ameliyat sonrası gelişen ciddi bir komplikasyondur. Hemşire hastayı, yüksek ateş, ajitasyon ve taşikardi gibi tiroid krizi bulguları yönünden değerlendirir (27,40).

Ses Kısıklığı

- Anestezinin etkisi geçtikten sonra hasta ile 30-60 dakikada bir konuşularak sesin durumu değerlendirilir.
- Ses kısıklığı varsa hastaya bu durumun birkaç gün içinde düzelmesinin beklendiği ve bu süre içinde az konuşması gerektiği açıklanır (27,40).

Yutma Güçlüğü

- Ameliyat sonrası 1-2 gün hastada yutma güçlüğü olabilir. Oral beslenmeye sıvı gıdalarla başlanır. Yutma güçlüğü azaldıkça yumuşak ve katı gıdalara geçilir (27).

Yara bölgesinde gerginlik

- Yara alanındaki gerginliği önlemek için anestezinin etkisinden çıktıktan sonra hastaya semi-fowler pozisyonu verilir.
- Baş ve boyun yastık ve kum torbaları ile desteklenir.
- Boynun flexionu ve hiperextansiyonu önlenir. Hızlı baş hareketlerinden korunur.
- Boyunda kontraktür gelişmesini önlemek için yara yeterince iyileştikten sonra günde birkaç kez boynun yapabildiği yönlere hareket ettirilmesi konusunda hastaya eğitim verilir (27,40).

Taburculuk Eğitimi

- Total tiroidektomi yapılmışsa tiroid hormonu içeren ilaçların kullanımı ve yan etkileri konusunda hastanın ve ailesinin eğitilmesi,
- Uyku sırasında boyun pozisyonunun korunması önemlidir (27,40)

2.3. Anksiyete

Sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygı dilimizde anksiyete karşılığı olarak kullanılan kelimelerdir. Hastalar bu durumu ‘kötü bir şey olacakmış hissi’, ‘hoş olmayan bir endişe hali’ ya da ‘nedensiz bir korku’ şeklinde ifade ederler. Psikiyatrik açıdan anksiyete, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik hali diye tanımlanabilir (41,42). Bir diğer ifade ile anksiyete bir belirti veya bir duruma karşı verilen tepkidir, korku ve endişe duygusuyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Bazı hastalarda tehdit ortadan kalkmasına karşın anksiyetenin devam ettiği ve tedavi sonrası % 20-30 hastada anksiyetenin ortadan kalkmadığı belirlenmiştir (43). Koçak, yaptığı çalışmada; hipertiroidi hastalarında depresyon görülme oranını %45, anksiyete görülme oranını %55, hipotiroidi hastalarında depresyon görülme oranını %41, anksiyete görülme oranını %59 olarak belirtmiştir. Buna göre hipertiroidizm ve hipotiroidizmde depresyon ya da anksiyetenin daha fazla görüldüğüne dair anlamlı fark yoktur (44).

2.3.1. Korku ve Anksiyete

Önceleri korku ile anksiyete eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Anksiyete ile korku arasında benzerlik ve farkları göstermek mümkündür. Anksiyete ile korku arasında temel fark anksiyetede nedenin bilinmemesi, korkuda ise nedenin bilinmesidir. Korkunun kaynağının dışta olan belirli bir tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iterek tehlikelerden koruyan, çeşitli ruhsal ve bedensel belirtileri olan karmaşık bir duygu olduğu; anksiyetenin ise, dıştaki belirli bir nedene bağlanamayan, içsel kaynaklı kişinin kendini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygu olduğu ve korkudakine benzer bedensel ve ruhsal belirtilerin bulunduğu belirlenmiştir (41,42,45).

Korku dışardan gelen tehlikeye karşı duygusal bir tepkidir. Korku benliğe, varlığa yönelik olan tehlike durumlarında kaçma davranışlarını başlatan bir duygudur. Korkma olmayınca organizma tehlikeli durumlardan kendini kurtaramaz, kaçma durumuna giremez. Korku nesnel bir tehlikeye karşı denge işlevi olan bir uyarılıştır. Bilinmeyen bir tehlikeyle karşı karşıya kalan bireyde uyanıklık hali oluşur, bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe neden olur (41,45).

2.3.2. Anksiyete Kuramları

Anksiyete 1895 yılında, ilk defa Freud'un yazdığı "anksiyete nörozu" tanımı altında açıklanmıştır. Freud anksiyeteyi korkudan ayırmış ve psikodinamik açıdan da anksiyeteye açıklık getirmiştir. Anksiyeteyi, önceleri libido'nun yoksunluğuna ve doyumsuzluklara, anadan ayrılmaya, sonradan ise Oedipus Kompleksi'nin kötü bir çözümü sonucu sevgi objesinin yitimine bağlamıştır. Çocuklarda, özellikle 3 yaşından önce annelerini kaybetmek, tipik ayrılma anksiyetesi sendromlarına yol açmaktadır.

Freuda göre anksiyete üçe ayrılır:

1. Objektif ve gerçek anksiyete
2. Nörotik anksiyete
3. Moral anksiyete

1. **Objektif ve Gerçek Anksiyete:** Burada tehlike kaynağı, bireyin dışındadır (fobiler ve korkular gibi). Anksiyete, gerçekçi ve normal olarak tanımlanır. Yaşam boyunca kişiler tarafından zaman zaman yaşanır.
2. **Nörotik Anksiyete:** Kaynağı kişinin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur.
3. **Moral Anksiyete:** Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkar (42).

Spielberger diğer araştırmacılardan farklı olarak iki grup anksiyete tanımlamıştır:

1. **Durumluluk Anksiyetesi:** Bu tip anksiyetede insanın içinde bulunduğu durumu tehdit edici ve tehlike yaratıcı şekilde algılanmasından kaynaklanır. Hoş olmayan, sıkıntı veren huzursuzluk, rahatsızlık tedirginlik yaratan bir duygulanım durumudur. Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır çözülür, yorumlanır ve duyumsanır. Bu süreç içinde bilinç açık haberdar ve uyanık olup bilinçsel işlevler çalışır. Stresin yüksek olduğu zamanlarda duruma bağlı anksiyete yükselme, stres

ortadan kalkınca ise düşme olur.

2. **Süreklilik Anksiyetesi**: Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içsel kaynaklıdır. Bu anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir. Öz değerlerinin tehdit edildiği düşüncesi içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey anksiyete duyar (41).

2.3.3. Anksiyete Seviyeleri

1. **Hafif Anksiyete**: Kişi kendi davranışlarını daha iyi gözlemleyebilir. Birey olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir, bu bağlantıları sözel olarak diğer bireylere açıklayabilir.
2. **Orta Derece Anksiyete**: Algısal alan daralır. Daha az görmek, duymak ve kavramakla beraber, kişi yöneltildiği zaman daha dikkatli olabilir. Kendisi ile ilgili olmayan konuları dışarıda bırakabilir, ilgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir.
3. **Şiddetli Anksiyete**: bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı veya ayrıntılar üzerinde yoğunlaşır. Dikkatini ayrıntılar üzerinde toplayabildiği halde olaylar arasında bağ kuramaz.
4. **Panik Anksiyete**: En şiddetli anksiyetedir. Üzerine odaklaşılan konular çarpık ve abartılıdır. Uyum bozukluğu vardır. Paniği önlemek için, olayları özellikle kendine yönelmiş olayları görmezlikten gelir. Bireyde korku, dehşet ve dikkatsizlik görülebilir. Ayrıntılar gözden kaçır ya da daha az şey görülebilir.

Panik atakların belirtileri, ani olarak başlayan ve çoğu kez yakında kıyamet kopacağı hissi ile birlikte olan derin korku ve dehşet duygularıdır. Halüsinasyonlar görülebilir. Panik ataklar belirgin endişe ya da korku dönemleriyle belirlidir (41,45).

2.3.4. Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri

- **Kardiovaskuler Sistem:** Taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi
- **Kas-İskelet Sistemi:** Ağrı, sızı, seğirme, sertlik, ürperme, yorgunluk
- **Nörolojik Sistem:** Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük
- **Gastrointestinal Sistem:** Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk, diare
- **Gastrointestinal Sistem:** Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük
- **Genito-Üriner Sistem:** Sık idrar, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstruasyon sorunları
- **Otonom Sinir Sistemi:** Ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması
- **Solunum Sistemi:** Göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon (41,45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün, hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisinde yürütülmüştür. Hastane, 18.10.1999 tarihinde poliklinik faaliyetleri ve gününbirlik ameliyatlara ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastane şehir dışında ve 426 yatak kapasitesindedir. Araştırmanın yapıldığı genel cerrahi kliniği 30 yatak kapasitelidir. Klinikte, 1 profesör, 4 doçent, 1 yardımcı doçent, 7 asistan ve 8 hemşire görev yapmaktadır. Genel cerrahi kliniğinde görev yapan hemşireler vardiya usulü çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma yapılmadan önce Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 03.11.2006 tarih ve 2006/ 8-117 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek I) kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Bu çalışma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisine 6 Kasım 2006 – 25 Şubat 2007 tarihleri arasında tiroid ameliyatı planlanan toplam 65 hastaya uygulandı. Bu hastaların 60'ı bayan ve 5'i erkek idi. Evrenimizdeki 5 erkek hastanın bayan hastalara oranı, literatürde belirtilen orandan oldukça düşük olması nedeniyle çalışmamızda yer verilmemiştir. Böylece, örneklemimiz tiroidektomi ameliyatı yapılması planlanan 30'u kontrol, 30'u araştırma grubu olmak üzere toplam 60 kadın hastadan oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmamızda, verilerin toplanmasında “Bireyi Tanıtıcı Veri Formu” (Ek II) ve “Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek I)

Hasta haklarının 1998 yılında yürürlüğe giren yönetmeliği’ne göre, ‘hastalar; sağlık durumu, kendisine uygulanacak işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptirler (46,47).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, yapılacak olan uygulamayı açıklayan ve hastaların bu konuda izin verip vermediklerini içeren bir formdur. Çalışmamızın etik açıdan uygun olması için, her hasta sözlü olarak bilgilendirildi ve yazılı onayları alındıktan sonra araştırma kapsamına alındı. Çalışmaya katılmayı reddeden hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak “Bireyi Tanıtıcı Veri Formu” (Ek II), “Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği” (Ek III-IV) kullanılmasının yanısıra, tiroidektomi ameliyatı öncesinde, kontrol grubuna ameliyat hakkında rutin bilgiler (Ek V) verilirken, araştırma grubundaki hastalara ise ameliyat hakkında detaylı bilgi (Ek VI) verildi.

Veri Toplama Formu 1: *Bireyi Tanıtıcı Veri Formu (Ek II)*: Bu form, hastaların cinsiyeti, yaşı, mesleği, eğitim durumu gibi demografik özellikleri ile ameliyata ilişkin özgeçmişlerinin sorgulanmasında kullanılmıştır.

Veri Toplama Formu 2: *Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek III-IV)*: Durumluluk-sürekli anksiyete ölçeği, klinik uygulama ve tedavide hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik kullanılan bir ölçektir. Durumluluk Anksiyete ölçeği, bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

Bundan dolayı, çalışmamızda tiroidektomi ameliyatı öncesi ve sonrası olmak üzere 2 kez bu ölçek uygulandı. Farklı olarak, sürekli anksiyete ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlediği için çalışmamızda bu ölçek her iki gruba ameliyattan önce bir kez uygulandı. Durumluluk ve sürekli anksiyete ölçeği, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği belirlenmiştir (40,41).

Durumluluk ve Sürekli Anksiyete ölçeği, yetişkinlerin anksiyete düzeylerini ölçme amacıyla kullanılan ve 40 maddeden oluşan bir ölçektir. Durumluluk ve Sürekli Anksiyete ölçeği'nde 42'nin üzerindeki puanlar "yüksek anksiyete düzeyi" olarak kabul edilmektedir (14, 45, 48).

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmamızda, veri toplama aracı olarak "Bireyi Tanıtıcı Veri Formu" (Ek II) ve "Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği" (Ek III-IV) kullanıldı. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından uygulandı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde 6 Kasım 2006 - 25 Nisan 2007 tarihleri arasında tiroidektomi ameliyatı planlanan ve araştırmayı kabul eden toplam 60 bayan hastaya uygulandı. Hastalarla ameliyat öncesinde görüşüldü. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, mesleği gibi demografik özellikleri belirlenerek, STAI-I ve STAI-II uygulandı. STAI-I, tiroidektomi ameliyatı öncesi ve sonrası olmak üzere 2 kez uygulandı. STAI-II, ameliyattan önce sadece bir kez uygulandı. Tiroidektomi ameliyatı öncesi dönemde, kontrol grubuna ameliyat hakkında rutin bilgiler (Ek V) verilirken, araştırma grubundaki hastalara ameliyat hakkında detaylı bilgi (Ek VI) verildi

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 11,5 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Bulunan değerler \pm standart sapma (SD) olarak verildi. İstatistiksel analiz için paired t-testi, student t-testi ve varyans analizi uygulandı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo I. Çalışma Grubuna Alınan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Kontrol		Araştırma		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grupları						
20-34	6	20.0	9	30.0	15	25
35-49	14	46.7	11	36.7	25	42
50-64	10	33.3	10	33.3	20	33
	30	100	30	100	60	100
Eğitim Durumu						
Okur-yazar	11	36.7	10	33.3	21	35
İlk-ortaöğretim	16	54.3	18	60.0	34	57
Yükseköğretim	3	10	2	6.7	5	9
	30	100	30	100	60	100
Çalışma Durumu						
Ev hanımı	27	90	29	96.7	56	93
Memur	2	6.7	1	3.3	3	5
İşçi	1	3.3	0	.0	1	2
	30	100	30	100	60	100
Sosyal Güvence						
Var	29	96.7	30	100	59	98
Yok	1	3.3	0	.0	1	2
	30	100	30	100	60	100
Ameliyat Deneyimi						
Evet	18	60	13	43.3	31	52
Hayır	12	40	17	56.7	29	48
	30	100	30	100	60	100
Bilgi Vermesi İstenen Kişiler						
Doktor	6	20.0	7	23.3	13	22
Hemşire	2	6.7	1	3.3	3	5
Doktor ve Hemşire	17	56.7	21	70.0	38	63
Diğer	5	16.7	1	3.3	6	10
	30	100	30	100	60	100

Kontrol grubundaki bireylerin % 46.7'si; araştırma grubundaki bireylerin %36.7'si 35-49 yaş grubundaydı. Eğitim durumları değerlendirildiğinde; kontrol grubunda %54.3'ü, araştırma grubunda ise %60.0'ı ilkokul mezunu olduğu görüldü. Kontrol grubunun %90'ı, araştırma grubunu ise % 96.7'si ev hanımı olduğu saptandı. Kontrol

grubuna ait bireylerin %96.7'si, araştırma grubuna ait bireylerin %100'ü sosyal güvenceye sahip olduğu görüldü (Tablo 1).

Ameliyat deneyimlerine bakıldığında; kontrol grubuna ait bireylerin %60'ı, araştırma grubuna ait bireylerin %43.3'ünün daha önce ameliyat olduğu saptandı (Tablo 1).

Kontrol ve araştırma grubuna ait bireylerin hastalığına ve ameliyatına ilişkin bilgileri kontrol grubunun %56.7'si, araştırma grubunun ise %70.0 bilgiyi doktor ve hemşireden almak istedikleri saptandı (Tablo 1).

Tablo II. Kontrol ve Araştırma Grubunun Süreklilik Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamaları

	Kontrol Grubu (n=30)	Araştırma Grubu (n=30)
STAI-II	46.4±5.0	47.0±7.3

Çalışmaya alınan hastaların sürekli anksiyete düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubu sürekli anksiyete düzeyi puan ortalaması 46.4±5.0 ve araştırma grubu sürekli anksiyete düzeyi puan ortalaması 47.0±7.3 olarak bulundu (Tablo II).

Tablo III. Kontrol Grubunun Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ameliyat Öncesi (n=30)	Ameliyat Sonrası (n=30)	P
STAI-I	41.0±5.1	40.0±5.2	P>0.05

Kontrol grubunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo III).

Tablo IV. Araştırma Grubunun Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ameliyat Öncesi (n=30)	Ameliyat Sonrası (n=30)	P
STAI-I	42.0±7.1	45.4±6.2	P<0.05

Araştırma grubunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ve buna göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo IV).

Tablo V. Kontrol Grubunun Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Yaş	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	20-34	7	39.6±6.73	41.9±5.40	P>0.05
	35-49	12	41.0±5.66	39.7±4.03	P>0.05
	50-64	11	40.7±4.08	38.4±5.12	P>0.05

Kontrol grubunun yaşlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında, yukarıdaki tabloda belirtilen üç grubun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo V). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında istatistiksel fark yoktur.

Tablo VI. Araştırma Grubunun Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Yaş	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	20-34	10	43.4±5.82	46.4±3.03	P>0.05
	35-49	11	39.0±7.54	43.6±7.53	P>0.05
	50-64	9	44.4±7.80	47.6±6.88	P>0.05

Araştırma grubunun yaşlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yukarıdaki tabloda belirtilen üç grubun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo VI). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Tablo VII. Çalışmaya Alınan Hastalardan Ev Hanımlarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu n= 27			Araştırma Grubu n= 29		
	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	40.9±5.46	39.6±4.98	p>0.05	42.2±7.38	39.6±4.98	p>0.05

Çalışmaya katılan hastalardan, kontrol grubundaki hastaların % 90'ı, araştırma grubundaki hastaların % 96.7'si ev hanımı olduğundan dolayı diğer meslekler arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamadı. Kontrol ve araştırma grubunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo VII).

Tablo VIII: Kontrol Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	Okur-yazar	10	40.2±5.00	38.10±3.73	P>0.05
	İlk-ortaöğretim	17	41.4±5.67	41.4±5.57	P>0.05
	Yükseköğretim	3	37.0±3.00	40.67±3.21	

Kontrol grubunun eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; okur-yazar ve İlk-ortaöğretim mezunu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo VIII). Yükseköğretim mezunlarının sayısının yetersizliğinden dolayı istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo IX: Araştırma Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	Okur-yazar	9	40.9±7.78	45.4±8.16	P>0.05
	İlk-ortaöğretim	19	42.8±7.54	45.1±5.28	P>0.05
	Yükseköğretim	2	41.0±1.41	51.5± .71	

Kontrol grubunun eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okur-yazar ve İlk-ortaöğretim mezunu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo IX). Yükseköğretim mezunlarının sayısının yetersizliğinden dolayı istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo X: Kontrol Grubunun Ameliyat Deneyimlerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ameliyat Deneyimi	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	Var	17	41.1±5.77	40.0±4.87	P>0.05
	Yok	13	39.9±4.63	39.3±4.87	P>0.05

Kontrol grubunun ameliyat deneyimlerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo X).

Tablo XI: Araştırma Grubunun Ameliyat Deneyimlerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Durumluluk Anksiyete Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ameliyat Deneyimi	n	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	P
STAI-I	Var	13	41.1±7.99	44.7±6.46	P>0.05
	Yok	17	42.9±6.77	46.3±6.07	P>0.05

Araştırma grubunun ameliyat deneyimlerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo XI).

5. TARTIŞMA

Gelişen teknolojiye rağmen ameliyat korkusu günümüzde de önemli bir sorundur. Ameliyat olacak hastalarda cerrahi girişim öncesi anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Cerrahi girişim, bireyin kendini doğrudan fiziksel tehdit altında hissetmesine ve yaşam krizine neden olur. Cerrahi girişime aday hastalarda genel anesteziye bağlı ölüm riski ve ameliyat sonrası oluşacak ağrıdan korkma önemli endişelerdir. Bu endişelerin yanı sıra, tiroid ameliyatı olacak hastalarda ise ameliyat yerinin özelliğinden dolayı estetik görünümün etkilenmesi, sesin kaybedilme korkusu veya ses kalitesinin etkilenmesi gibi sorunlar endişeleri daha da arttırmaktadır (25).

Araştırmamızda, ameliyat planlanan hastalara ameliyat öncesi eğitimin verildiği cerrahi servisinde hastalık ve ameliyat hakkında detaylı bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisini gözledik.

Günümüzde sık karşılaştığımız önemli endokrin sorunların başında gelen tiroid hastalıklarında (1, 49) kullanılan tedavi seçenekleri; cerrahi, medikal ve radyoaktif I-131 tedavisidir. Bu hastalıklarda tiroidektomi endikasyonunu oluşturan durumlar; malignite kuşkusu, bası belirtileri, hipertiroidizm, retrosternal guatr ve kozmetik nedenlerdir. Bunlar arasında klinik pratikte en sık uygulanan endikasyon; malignite kuşkusudur (50,51).

Tedavisinin hızlı olması, hipertiroidizmi durdurması, radyoaktif iyotun olası uzun dönem risklerini bertaraf etmesi ve histolojik inceleme için doku sağlaması tiroid ameliyatlarının avantajlarıdır (35). Tiroid bezi, anatomik yerleşimi ve komşulukları nedeni ile cerrahisi özel bilgi, beceri ve deneyimi gerektirmektedir (52). Yetersiz doku çıkarılmışsa hastalığın tekrarlayabilmesi, genel anesteziye bağlı riskler, postoperatif rahatsızlık, olası kesi yeri skarı, hipokalsemi riski, enfeksiyöz komplikasyonlar, rekürren laringeal ve superior laringeal sinir hasarı, hayat boyu gerekecek tiroid hormon replasmanı hipertiroidizm cerrahisinin dezavantajlarıdır (35). Günümüzde hipertiroidisi olan bir hastanın, tiroid cerrahisi öncesinde yetersiz hazırlık nedeniyle cerrahi girişim sırasında tiroid krizine girmesi hemen hemen hiç görülmemektedir. Bu konudaki bilgi

birikimi ve antitiroid ilaçların etkinliği önemlidir (51,35).

Geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olması preoperatif anksiyeteyi etkiler. Ameliyat tipinin anksiyete düzeyini etkilemediği bildiren çalışmalar vardır. Noris ve Baird, plastik cerrahi ve jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ramsey de çalışmasında majör cerrahi tanımlanan hastalarda anksiyete oranının % 77, minör cerrahi uygulanan hastalarda ise % 71 olarak göstermiş, operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır (53). STAI (durumluluk-sürekli anksiyete ölçeği), yetişkinlerin kaygı düzeylerini ölçme amacıyla kullanılan ve 40 maddeden oluşan bir ölçektir. Kaygının iki boyutu iki ayrı ölçekten meydana gelmektedir. Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği'ne göre 42'nin üzerindeki puanlar 'yüksek kaygı düzeyi' olarak kabul edilmektedir. Kayhan'ın 150 hasta üzerinde, STAI ölçeği kullanarak yaptığı tez çalışmasında, herni planlanan hastaların puanı 37.42 ± 1.11 iken, kolesistektomi planlanan hastaların puanı 39.25 ± 0.90 ve tiroidektomi planlanan hastaların puanı 41.32 ± 1.40 olduğu saptanmıştır. Hastaların % 25.3'ünde tiroidektomi ameliyatı planlanan hastaların durumluluk ve sürekli anksiyete puanları herni ve kolesistektomi planlanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (54). Morrel, katarakt ameliyatı öncesinde hastaların anksiyete düzeyini STAI ile ölçmüşler ve preoperatif hazırlık ve eğitim yapılan hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (55). Yücel ve ark. 'IVCM (intravasküler kontrast madde) hakkında bilgilendirme ve anksiyete' adlı çalışmasında hastaların anksiyete düzeyini STAI ile ölçmüşler ve detaylı bilgilendirmenin hastanın anksiyete düzeyini arttırdığını belirtmişlerdir (56).

Hastaların çoğu ameliyat sonrası kaygı ve endişelere sahiptir. Ameliyat, her hasta için risk oluşturmakta ve sonucunun ne olacağı kesin olarak bilinmemektedir. Hasta ve ailesinin bu konuda yeterli bilgisi olmadığından yapılan ve söylenen her şeyden korkmakta ve endişe duymaktadır. Bu durumda hastaya, ameliyat ve ameliyat sonrası hakkında yeterli açıklamanın yapılması gerekmektedir (57). Bu konudaki çalışmalar anksiyetenin bilgi eksikliği nedeni ile oluşabileceği sonucunu destekler (40,58).

Biley, ameliyat öncesi hastaların streslerine ilişkin hemşirelerin görüşleri'ni saptamaya yönelik çalışmasında ; 'ameliyat hakkında bilgi alamama' konusu hastalarda stres oluşturan unsurların başında geldiğini göstermiştir. Bu bulgu, bilgi alamamanın kaygı düzeyini arttırdığını desteklemektedir (59). Anksiyete seviyesinde bilgilendirmenin etkileri ile ilgili literatürde farklı öneriler vardır. Garcia ve ark., çalışmalarında, cerrahi ile ilgili tahmini bilgilerin tümüne sahip hastanın detaylı bilgiye sahip olmayan hasta ile benzer derecede anksiyeteye eğilimli olabileceklerini belirtmişlerdir (60). Augustin ve Hains, gününbirlik cerrahi için başvuran lokal-regional anestezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi bilgi ile birlikte sedatif müzik dinletmişler, sonuçta sistolik-diastolik kan basıncında ve durumluluk anksiyete düzeyinde düşüş saptamışlardır (61). Spring ve ark., 902 hastanın sadece %23'ünde bilgi verildikten sonra daha çok anksiyete hissettiklerini belirtmiştir (56,62). Hopper ve ark. yaptığı çalışmada bilgi verildikten sonra anksiyete düzeylerinin artmadığını bildirmiştir (56,63). Lalli, bilgilendirme yönteminin anksiyete düzeyini arttırdığını bildirmiştir (56,64). Biz çalışmamızda hastalık ve ameliyat hakkında detaylı bilgilendirmenin hastada anksiyete düzeyini yükselttiğini saptadık.

Kıyohara, gebelik, transplantasyon cerrahi, nörolojik bozukluk ve yaşlı hastalardan oluşan 120 hasta üzerinde yaptığı 'preoperatif dönemde cerrahi bilgilendirme anksiyeteyi azaltır' isimli çalışmasında preoperatif dönemde hastaları genel bilgilendirmenin anksiyete seviyesini etkilemediği sonucunu bulmuştur (65). Bizim çalışmamızda Kontrol ve araştırma grubuna ait bireylerin ameliyattan önce durumluluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubu 41.0 ± 5.1 ve araştırma grubu 42.0 ± 7.1 olarak bulunmuştur. Ameliyat sonrası kontrol ve araştırma grubuna ait bireylerin sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubu 46.4 ± 5.0 ve araştırma grubu 45.4 ± 6.2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda genel bilgilendirmenin anksiyete seviyesini azalttığını fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulduk.

Eğitim durumunun anksiyete düzeyi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar vardır. Aykent'in çalışmasında yüksekokul mezunlarının anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (66). Günaydın ve Oflaz çalışmasında okur-yazar, ilk ve ortaokul mezunu

bireylerin anksiyete düzeylerinin “orta” olduğunu, lise ve ortaokul mezunu bireylerin ise hafif düzeyde olduğunu belirlemiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (24). Margalith ve Shapiro, eğitimin hastalıklı ve stresli bir durumla baş etmede daha etkili olduğunu ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde, eğitim seviyesi düşük olan bireylere göre anksiyetenin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bunun nedeni olarak eğitim düzeyi yüksek hastaların anksiyete ve baş etme mekanizmalarını kullanmada daha ilgili, yeni bilgilere daha açık ve uyumlu olmalarını göstermişlerdir (67). Kıyohara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında hasta eğitim düzeyi anksiyete seviyesini etkilemediğini saptanmıştır (65). Bizim çalışmamız, Kıyohara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı desteklemektedir.

Yaş, cerrahi işlemlerde risk faktörü olarak gösterilmektedir. Çoğunlukla yaşlı hastalar, büyük ameliyatlara ve kronik metabolik bozuklukları nedeniyle riskli ameliyatlara adaydırlar. Buna karşın bazı araştırmalarda yaşlılarda anksiyete düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu durum, yaşlılarda gençlerden farklı olarak, daha kadenci bakış açısının hâkim olduğu, yaşam stresine daha kolay dayanabildikleri ile açıklanmıştır (66). Calvin ve arkadaşlarının araştırmalarında 106 ortopedi hastası üzerinde genç, orta ve yaşlı hastaların preoperatif dönemde anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve yapılan değerlendirme sonucunda yaş faktörünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir (68). Oflaz ve arkadaşlarının planlı ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerini incelemişler ve yaşın anksiyete düzeyini etkilemediği belirtmişlerdir (24). Oysa, Kraniovich ve Haber anksiyetenin 30 yaş altında daha yoğun yaşandığını saptamıştır (15). Noris ve Baird, 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının anlamlı olmasa da daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kayhan'ın çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yaşlı ve orta yaş grubundaki hastaların durumluluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (54). Araştırmamız literatürdeki bazı hastalarda yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Cerrahi girişim deneyimi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Aslan ve arkadaşları, daha önce cerrahi girişim geçirmiş olmanın duygusal

gerilimi azaltmadığını belirtmişlerdir (69). Özen'in çalışmasında, daha önce ürodinamik girişim geçiren hastalarla geçirmeyen hastalar arasında durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (70). Çalışmamızda hastaların daha önce ameliyat olan hastalarla olmayan hastalar arasında durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Mesleki durum ile durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, Dönmez'in yaptığı çalışmada kontrol grubundaki emekliler ile serbest meslek sahibi arasında, ev hanımları ile işçiler arasında total anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kontrol grubu hastaların en yüksek total anksiyete düzeyleri ortalamasının ev hanımlarına ait olduğu görülmüştür (71). Özen'in çalışmasında, çalışan bireylerin durumluluk anksiyete puan ortalamalarının emekli ve diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin sosyal güvence ile ilgili olduğu savunulmuştur (70) Çalışmamızda, kontrol grubundaki hastaların % 90'ı, araştırma grubundaki hastaların % 96.7'sini ev hanımı oluşturmaktaydı. Kontrol ve araştırma grubundaki ev hanımı olan hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Grieve ve ark., ameliyat öncesi dönemde anksiyeteyi azaltmakta hemşirelik bakımının ve eğitiminin önemine değinmiştir ve hemşirelik bakımının anksiyete düzeyini etkilediği belirtmiştir (72). Williams ve ark. hemşirelik bakımını hasta odaklı bakım olarak değerlendirmektedir. Hemşirelik bakımını, hastanın iyileşme ve ileri sağlık potansiyeline ulaşmasında önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır. Hastaneye yatan hastalar birçok stresör ile yüz yüze gelmektedirler. Hemşirelik bakımının anksiyete düzeyini etkilediği belirtilmektedir (73). Pierantognetti ve ark., preoperatif cerrahi hemşireliği, anksiyete, stres üzerine yaptıkları çalışmalarında cerrahi işlemin genellikle hastalarda anksiyete düzeyini arttırdığını ve anksiyetenin hastalığın şiddeti ile ilgili olarak değiştiğini belirtmişlerdir (74).

Toksal'ın 'preoperatif dönemde hastaların hemşirelerden beklentilerinin araştırılması' isimli tez çalışmasında, hastaların, bilgi alınacak kişi olarak hemşireyi, hekimden sonra ikinci sırada tercih ettiklerini saptadı (57). Ameliyatı yapacak kişinin

hekim olması ve bu konuda daha bilgili ve yetkili kabul edilmesi hastalar tarafından olağan karşılanmaktadır. Bu durum hastaların bilgi alınacak kişi olarak hekime yönelmelerine neden olmaktadır. Aynı çalışmada hastaların sıkıntı ve endişelerini konuşup paylaşabildikleri sağlık personeli sıralamasında önceliği hemşireye vermektedirler. Bunu da hemşire ile daha uzun süre birlikte oldukları ve hemşireyi kendilerine daha yakın buldukları ile açıklamıştır (57). Aslan, İstanbul'da bir üniversite ve devlet hastanesinde yatan hastaların beklentilerine yönelik karşılaştırmalı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada bilgi alınacak sağlık personeli sıralamasında hemşire ilk sırada yer almaktadır (75). Bizim çalışmada araştırma grubunun % 70'i; kontrol grubunun ise %56.7'si hastalık ve ameliyata ile ilgili olarak, hem doktordan hem de hemşireden bilgi almak istediklerini bildirmişlerdir.

Hastalar cerrahi girişimin kendileri için doğru tedavi biçimi olduğunu kabul etseler bile, ameliyatın ortaya çıkaracağı risklerden ve anestezi uygulamasından korkarlar. Bu alanda da birçok invaziv işlem geçirecek hastanın kendisine neler yapılacağını tam olarak bilmeye hakkı vardır. Diğer yandan cerrahın uygulanacak tedavinin amacını, doğasını ve yararlarını, alternatif tedavilerini, beklenen sonuçlarını, olası riskleri ve cerrahi tedaviyi kimin yapacağını açıklama zorunluluğu vardır (28). Hughes ve ark. preoperatif eğitimin hastalar üzerine etkisini araştırmışlar ve ameliyat öncesi bilgilendirme hastanın hastaneye kabul edilmeden önce yapılır ise hastalar açısından daha faydalı olabileceğini ortaya çıkarmışlardır (76). Karakula ve Özgür, çalışmalarında hastalara verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin durumluluk-sürekli anksiyete puan ortalamalarını etkilediğini saptadı. Ameliyattan 24 saat önce verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin, durumluluk-sürekli anksiyete puan ortalamasının azalmasında; 10 gün önce verilen eğitimden daha etkili olduğu sonucuna vardı. Bu sonuca göre bilgilendirici hemşirelik eğitiminin hastalara 24 saat önce verilmesini önermişlerdir (77). Çalışmamızda bilgilendirici hemşirelik eğitiminin hastalara ameliyattan bir gün önce verilmiştir.

Walker ve ark, yetişkin hastalarda preoperatif dönemde emosyonel ve fizyolojik hazırlıkta hemşirelerin önemli bir rol oynadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca yazılı veriler

ile bilgi verilmesi ve hastanın soru sormaya cesaretlendirilmesinin önemi üzerinde durmuşlardır (78). Lither ve Zelling açık kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası hakkında verilen bilgiye olan gereklilik üzerine yaptıkları araştırma sonucunda; hastalar hem yazılı hem de sözel bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (79). Çalışmamızda, kontrol ve araştırma grubu hastalara, bilgiyi sözel ya da yazılı olarak tercihleri sorgulandığında, bilgiyi sözel olarak almak istediklerini belirtmişlerdir.

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, ameliyata ve ameliyat sonrasına ilişkin gerekli açıklamaların yer aldığı psikolojik hazırlık, sistemlere yönelik fizyolojik hazırlık, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hasta eğitimini kapsar (75). Munafo ve ark. ‘anksiyete ve cerrahi iyileşme’ adlı çalışmalarında, ameliyatın neden olduğu anksiyete ile hastaların nasıl baş edebilecekleri sorgulamışlar ve hastaların korku ve endişelerini ifade etmelerinde ameliyat öncesi dönemde hastalarla görüşmenin önemini belirtmişlerdir. Anksiyetenin ameliyat öncesinde değerlendirilmesi ile ameliyat sonrasında duyulan ağrı ve moral arasındaki ilişkiyi etkilediğini rapor etmişlerdir (80). Toksal’ın çalışmasında ameliyat öncesi devrede hastalar hemşirelerden beklentilerini, ilgi, güler yüz, hoşgörü ve anlayış olarak belirtmişlerdir (57). Çalışmamız sırasında, hastaların hemşirelerden güler yüz, hoşgörü ve anlayış yönünden memnun kaldıklarını sözel olarak ifade etmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planladığımız çalışma sonucunda aşağıdaki verilere ulaşıldı.

- Kontrol grubundaki hastalarda, ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları azaldığı halde bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.
- Araştırma grubundaki hastalarda, ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu.
- Kontrol grubundaki hastaların yaş, meslek, eğitim düzeyi ve ameliyat deneyimlerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.
- Araştırma grubundaki hastaların yaş, meslek, eğitim düzeyi ve ameliyat deneyimlerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.
- Çalışmamıza katılan hastaların, kendilerine zaman ayrılması ve ilgi gösterilmesinden memnun kaldıkları, düşüncelerini daha rahat dile getirdikleri ve daha rahat soru sorabildikleri görülmüştür.
- Hastaların hekimlerin yanı sıra hemşirelerin verdikleri eğitim ve psikolojik destekten memnun kaldıklarını ve bunu sözel olarak ifade ettiklerini tespit ettik.

6.2. Öneriler

Bu arařtırmadan elde edilen bulgular dođrultusunda önerilerimiz;

- Tiroid ameliyatı planlanan hastaya, hastalık ve ameliyat hakkında detaylı bilgilendirme anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Hastalara rutin olarak verilen bilginin yeterli olduğu görölmektedir.
- Hemşire hastanın servise kabulünden hemen sonra hasta ile görüşmeli, servis işleyişi ve ameliyat süreci ile ilgili bilgi vermelidir.
- Hasta sorularının hemşire tarafından yanıtlanması, hasta anksiyete düzeyinin azalmasında önemli rolü vardır.

KAYNAKLAR

1. Yetkin E.(2000) Tiroidektomi Komplikasyonları. İşgör A (Ed). Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi. *1. Baskı*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, 583-595.
2. Rebe Pm, Health H,(1995) Hypocalcemic Emergencies, Med Clin North Am; 79:93-106.
3. Bender Ö, Yüney E, Çapar H ve ark. (2004). Total Tiroidektomi Deneyimlerimiz. Endokrin Diyalog ; 1: 15-18.
4. Delbridge L. (2003) Total Thyroidectomy: The Evolution Of Surgical Technique. Anz J Surg; 73: 761-768.
5. Alper Y., Bayraktar E., Karaçam Ö. (2001) Herkes İçin Psikiyatri, İstanbul, Gentaş A.Ş. Kaya Matbaacılık
6. Wartofsky L. (2000) Thyrotoxic Storm. Wener I (Ed). The Thyroid. 3th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 679-685
7. Swindale J.(1989) The Nurse's Role In Giving Preoperative Information To Reduce Anxiety In Patient Admitted To Hospital For Elective Minor Sugery, Journal Of Advanced Nursing Vol. 14, No. 2, Nov.
8. Colon E, Popkin M. (1996) Anxiety And Panic, The American Psychiatric tre Textbook Of Consultation-Liaison Psychiatry. Jr Rundell, Mg Wise (Ed), Washington Dc., American Psychiatric tre Inc., S.402-425.
9. Strain J (1985) The Surgical Patient, Psychiatry. R Michels, Jo Cazenar (Ed), 2. Cilt, Philadelphia, Jb Lippincott, S.1-11.
10. Cimilli C. (2001) Cerrahide Anksiyete, Klinik Psikiyatri Dergisi, 4 (3):182-186
11. Mason, M. A. (1980) Basig Medical Surgical Nursing Macmillan Publishing Company, Philadelphia
12. Aksoy, G. (1982) Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Hasta Bakımında Sosyal Faktörlerin Rolü Ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul
13. Öz F. (2002) Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt:12 (1), 14-28.

14. Coşkun H., Akbayrak N. (2001) Hastaların Kliniklerde Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2) 63-68.
15. Haber, J., Krainovich, M.B. (1997) Anxiety Disorders, Comprehensive Psychiatric Nursing, 5. Edition, Mosbby Company, USA, 385-414
16. Erdil, F., Elbaş, N.Ö., Bayraktar, N., Çelik, S.Ş., (2000) Hasta Yakınlarının Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Bilgi Gereksinimleri Ameliyatı Beklerken Yaşadıkları Duyguları ve Ameliyathane Bekleme Salonuna İlişkin Görüşleri, Hemşirelik Formu, Ameliyathane Özel Sayısı, 3 (6) 1-5.
17. Özer, C., Şahin, E.M., Dağdeviren, M. (2002) Birinci Basamakta Hasta Eğitimi, STED, 11 (1) 11-14.
18. Köşgeroğlu N., İlhan H. (2002) Transplantasyonda Hasta Eğitimi, Hemşirelik Formu Diyaliz ve Transplantasyon Özel Sayısı, 3 (2) 25-27.
19. Varol Ş., Özbayır T. (2000) Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisi, Hemşirelik Formu Ameliyathane Özel Sayısı, 3 (6) 15-18.
20. Kutlu Y. Pektekin Ç. (1999) Durumsal Bir Kriz Yaşayan Ailelerin Sorunla Başa Çıkma Yolları ve Hemşirelik Bakımına Etkinliği, Hemşirelik Bülteni, 11 (43-44), 303-316
21. Koller PA. (1991) Family Needs And Coping Strategies During Illness Crisis. AACN Clinically Issues Critical Care, 2(2), 338-345
22. Oflaz F., Günaydın N. (1998) Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, Gata Bülteni; 40 (1): 6-10
23. Şahin S. (2004) Öğrencilerin Hemşire Adayları ve Çalışmakta Olan Hemşirelerin Mesleki Yeterlilik Açısından Kendilerini Algılayış Düzeyleri. Hemşirelik Forumu. Cilt 7, Sayı 3: 47-53
24. Avis M, Bond M, Arthur A (1995) Exploring Patient Satisfaction With Out-Patient Services, Journal Of Nursing Management, 3 (2): 59- 65.
25. Cutcliffe Jr, Herth K. (2002) The Concept Of Hope In Nursing 1: Its Origins, Background And Nature. Br J Nurs; 11:832-840.
26. Şelimen D.(2004) 'Cerrahide Riski Arttıran Faktörler' Hemşirelik Forumu. Cilt7, Sayı 4: 7-13

27. Erdil F.(2001) Endokrin Sistem Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, *IV. Baskı*, Ankara.aydoğdu ofset, 715-755
28. Çorakçı A., (Nisan 2004) Tiroid Hastalıklarına Yaklaşım, *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi özel sayısı*. 1-3
29. Sadler Gp, Clark Oh.(1999) Thyroid And Parathyroid. In: Schvartz S1, Ed. Pnnciples Of Surgery, 7th Ed. New York: Mcgraw – Hill Book Comp. Chap: 36, Vol: 2, Pp:1661-1687.
30. Clark T, Savı N. (2000) History, Ontogeny And Anatomy. Wener I (Ed). The Thyoid. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1-5.
31. Ojeda V.S.(1997) Parathyroid Infarcts After Tracheostomy. New Zealand Medical Journal. 86:477-478.
32. Solomon E. (2000) Introduction To Human Anatomy And Psysiology, *2.Baskı*, İstanbul. 131-146
33. Skandalakis J, Carlson G, Colborn G. (2004) Neck In Surgical Anatomy The Embryological And Anatomic Basis Of Modern Surgery. Skandalakis J (Ed), Greece, Paschalidis Medical Publications. 1-116.
34. Dinççağ A. (2002) Endokrin Cerrahisi, Genel Cerrahi. Kalaycı G. (Ed) Cilt 1. Nobel Tıp Kitabevi, 453-458.
35. Boger M, Perrier N. (2004) Advantages Ans Disadvantages Of Surgical Therapy And Optimal Extent Of Thyroidectomy For The Treatment Of Hyperthyroidism. Surg Clin N Am; 84 (3): 849-874
36. Jossart G, Clark O. (2002) Thyroid And Parathyroid Procedures. In: Acs Surgery Principles And Practice. 1st Ed: Wilmore Dw, Ny, Webmd Corp. 621-628.
37. İşgör A. (2000) Anatomi. Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi, Avrupa Tıp kitapçılık. İstanbul. 515-540
38. Caldarelh D, Lerrick A. (1997) Nonmetabolic Complications Of Thyroid Surgery. In. Faik S, (Ed.) Thyroid Disease, Endocrinology, Surgery, Nuclear Medicine, And Radiotherapy,2 Nd Ed. New York: Lippincott – Raven Publishers. Chap: 38: 705- 16.
39. Sosa J, Bowman H, Tielsch J. (1998) The Importance Of Surgeon Experience For Clinical And Economic Outcomes From Thyroidectomy. Ann Surg, 228 (3): 320-330

40. İyigün E. (2007) Tiroidektomi, Hemşirelik Bakım Planları, Birlik Matbaası, *1.Basım*, Ankara. 1025-1030
41. Cüceloğlu, D. (1998) İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, Kaygı Remzi Kitapevi, *8. Basım*, İstanbul
42. Karayurt, Ö. (1997) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
43. Ançel G. (2007) Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bakım Planları, Birlik Matbaası, *1.Basım*, Ankara, 59-66
44. Koçak P. (1997) Tiroid Bozukluklarında Stres Veren Yaşam Olaylarının Önemi Ve Birlikte Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisinde Endokrinolojik Tedaviyle Birlikte Verilen Psikiyatrik Tedavinin Yeri Uzmanlık Tezi, İstanbul.
45. Şenses, M. (1997) Çocuklarına Batın Ameliyatı Endikasyonu Konan Annelerin Eğitiminin Anksiyete Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
46. Hatemi H. Doğan H. (Eds).(2000) İlkeler Ve Sorunlar ,Medikal Etik, Yüce Yayım, 91-99
47. Kanan N.(1996) Ameliyathanede Yasal Sorunlar I.Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildirileri Kitabı, İzmir. 43-48.
48. Aydemir, Ö., Köroğlu, E.,(2000) Psikiyatride Kullanılan Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 153-161.
49. Pattou F, Combemaie F, Fabre S, Et Al. (1998) Hypocalcemi Following Thyroid Surgery: Incidence And Prediction Otoutcome.Worid J Surg, 22:718-724.
50. Thompson Nw. Thyroid Gland. Greenfield L.J (Ed). (1997) Surgery, Scientific Principles And Practice. 2nd Ed. New York: Lippincott – Raven Publishers, 1283 – 1308.
51. Hanks Jb. Thyroid. Sabiston D.C (Ed). (2001) Textbook Of Surgery. 16th Ed. Philadelphia: Wb Saunders Comp; 603-628.
52. Toprak D., (Ocak 2004) Tiroid Operasyonlarından Sonra Görülen Komplikasyonlar, *Kocatepe Tıp Dergisi*. Cilt:5 (1)
53. Başa S.(1998) Yetişkin Hastalarda Preoperatif Anksiyete, Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

54. Kayhan C. (2003) Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, Afyonkarahisar.
55. Morrel G., (2001) Effect Of Structured Preoperative Teaching On Anxiety Levels Of Patients Scheduled For Cataract Surgery, *Insight*; 26(1):4-9
56. Yücel A. (2005) Informed Consent For Intravascular Contrast Material And Anxiety, *Acta Radiol* (7).
57. Toksal M. (2005) Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması, Yüksek lisans Tezi, Afyonkarahisar
58. Bayraktar, N., Bulut, H.D. (2000) Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri, *Hemşirelik Formu, Ameliyathane Özel Sayısı*, 3 (6) 34-38.
59. Biley, F.C. (1989) Nurses Perseption Of Stres In Preoperative Surgical Patients, *Journal Of Advenced Nursing*, Voll.14, No.7, July. 575-581
60. Freixia G.J., Marcos S.M., (1999), Nonverbal Communication By The Presurgical Patient, *Rev Enferm*; 22:103-10
61. Augustin, P., Hains, A.A., (1996) Effect Of Music On Ambulatory Surgery Patient Preoperative Anxiety, *AORN J*, 63 (4), 753-758.
62. Spring D, Winfield A, Friendland G.,et al. (1988) Written Informed IV Consent For Contrastenhanced Radiography: Patients' Attitudes And Common Limitations. *Am J Roentgenol*, 11:1243-55
63. Hopper K, Houts P, Tenhave T., et al.(1994) The Effect Of Informed Consent On The Level Of Anxiety In Patients Given Iv Contrast Material. *Am J Roentgenol*, 162:531-5.
64. Lalli A. (1998) Urographic Contrast Media Reactions And Anxiety. *Radiology*, 112:267-71
65. Kıyohara Ly et al. (2004) Surgery Information Reduces Anxiety In The Pre-Operative Period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. Epub Apr 26. Apr;59(2):51-6.
66. Aykent R. (2001) Hastalar Arasında Anesteziinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Samsun.

67. Margalith I., Shapiro A. (1997) Anxiety And Patient Participation In Clinical Decision-Making: The Case Of Patients With Ureteral Calculi, *Social Science Medical*, 45 (3): 419-427.
68. Calvin R., Lane P. (1999) Preoperative Uncertainty And State Anxiety And Nursing Intervention Among Cardiac Surgical Patients, *Orthop Nurs*; 18(6): 61-6
69. Aslan F.E., Olgun N., Candan S. (1997) Efektif Cerrahi İşlem Geçirmekte Olan Hastaların Aile Bireylerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi*, 45(5): 18-21.
70. Özen A. (2005) Ürodinamik Girişim Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
71. Dönmez Z. (1998) Cerrahi Kliniklerde Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımının Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.
72. Grieve R. (2002) Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction And Coping Strategies, *British Journal Of Nursing*; 11(10): 670-678
73. Williams S. (1997) Caring In Patient-Focused Care: The Relationship Of Patients Perceptions Of Holistic Nurse Caring To Their Levels Of Anxiety, *Holist Nurs Pract*; 11(3):61-8
74. Pierantognetti P., Covelli G., et al. (2002) Anxiety, Stres And Preoperative Surgical Nursing, *Prof Inform*; 55(3): 180-91.
75. Aslan, F. E., (1992) İstanbul'da Bir Üniversite Ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Beklentilerine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Çalışma, II. Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. 873-882
76. Hughes S. (2002) The Effects Of Giving Patients Pre-Operative Information, *Nursing Standarts*; 16 (28): 33-71
77. Karakula S., Özgür G. (2000) Koroner Bypass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi K.D.C. Ad. İzmir, VI. Ulusal Göğüs Kalp

Damar Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı, Antalya.

78. Walker J.,(2002) Emotional And Psychological Preoperative Anxiety, Nurs Stand; 14(37):40-3.
79. Lither M., Zelling T.(2000) Pre And Postoperative Information Needs. Patient Educ Couns; 40 (1): 29-37
80. Munafo Mr., Stevenson J., (2001) Anxiety And Surgical Recovery. Reinterpreting The Literature, J Psychosom Res; 51(4):589-596

EK - I**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN danışmanlığında ‘Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi’ adında bir araştırma yapmaktayız.

Hastalık her ne kadar bireysel farklılık gösteren bir kavram olsa da hasta olma ve hastaneye yatma tüm bireylerin kaygı duymasına yol açmaktadır.

Yapılan çalışmalarda ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan yüksek olduğunu belirtmiştir. Tiroid bezinin boyun bölgesinde bulunması ile bu ameliyat hastalarda daha çok korku ve endişeye sebep olmaktadır.

Tiroid bezinin büyümesi ülkemizde sık rastlanan bir endokrin problemdir, ameliyatına tiroidektomi denir. Ameliyat sonrası hastalarda istenmeyen durumlar meydana gelebilir. Ses kalitesinde bozulma, estetik görünümün bozulması, kramplar gibi. Bu durumlar hastanın korku düzeyini arttırmaktadır.

Günümüzde çağdaş hemşirelerin görevleri arasında eğitici rolünün önemi bilinen bir gerçektir. Ameliyat öncesi dönemde bilgi eksikliği hastalarda endişeye neden olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastaya verilecek etkili bir eğitim, hastaların endişesini azaltmakta, ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolüne yardım etmekte, bakıma katılımlarını ve kendi yaşamlarını kontrol etme duygusunu arttırmaktadır

Araştırmada elde edilen bilgiler eğitim ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Sayın Saniye ALA tarafından Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli bilgi verildi. Adı geçen bu araştırma projesinde 'katılımcı' olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda bana yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN	AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRMACININ	RIZA ALMA İŞLEMİNDE BAŞTAN SONA TANIKLIK EDENİN
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
İmza:	İmza:	İmza:

EK-II

**TİROİDEKTOMİ AMELİYATI OLMAK ÜZERE HASTANEYE YATAN
HASTALARLA İLGİLİ SORU KÂĞIDI**

Hastayı tanıtıcı sorular

Hastanın Adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

1-Öğrenim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar
- b) İlk-ortaöğretim
- c) Yükseköğretim

2-Mesleğiniz nedir?

- a) Ev Hanımı
- b) Memur
- c) İşçi

3-Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

4- Daha önce hastaneye yattınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

5-Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

6-Hastalığınıza ve ameliyatınıza ilişkin bilgileri kimden almak istersiniz?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Doktor ve Hemşire
- d) Diğer

EK III

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	1	2	3	4
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	1	2	3	4
3. Şu anda sinirlerim gergin.	1	2	3	4
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	1	2	3	4
5. Şu anda huzur içindeyim.	1	2	3	4
6. Şu anda hiç keyfim yok.	1	2	3	4
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	1	2	3	4
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1	2	3	4
9. Şu anda kaygılıyım.	1	2	3	4
10. Kendimi rahat hissediyorum.	1	2	3	4
11. Kendime güvenim var.	1	2	3	4
12. Şu anda asabım bozuk.	1	2	3	4
13. Çok sinirliyim.	1	2	3	4
14. Sinirlerimin gergin olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4
16. Şu anda halimden memnunum.	1	2	3	4
17. Şu anda endişeliyim.	1	2	3	4
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	1	2	3	4
19. Şu anda sevinçliyim.	1	2	3	4
20. Şu anda keyfim yerinde.	1	2	3	4

EK IV

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4
22. Genellikle çabuk yorulurum.	1	2	3	4
23. Genellikle kolay ağlarım.	1	2	3	4
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	1	2	3	4
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1	2	3	4
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	1	2	3	4
27. Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım.	1	2	3	4
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1	2	3	4
30. Genellikle mutluyum.	1	2	3	4
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	1	2	3	4
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	1	2	3	4
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	1	2	3	4
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	1	2	3	4
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	1	2	3	4
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1	2	3	4
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	1	2	3	4
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	1	2	3	4

EK- V**AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE HASTA EĞİTİMİ*****a) Hastaya Ameliyattan Önce Verilen Genel Bilgiler***

- Yarın ameliyat olacağınız için akşam 24:00'dan sonra aç kalmalısınız.
- Ameliyathaneye gitme sırası, ameliyathaneden gelen isteme göre belirlenir.
- Sabah, tüm kıyafetlerinizi çıkartıp, ameliyat önlüğü giymeniz gerekmektedir.
- Varsa takma diş, oje, takılar çıkarmalısınız.
- Sabah damar yolu açılıp, serum takılacaktır.
- Ameliyattan sonra ağrınız olursa hemşirenize belirtmelisiniz, uygun ağrı kesici ilaç uygulanacaktır.
- Ameliyattan sonrasında öksürme hissiniz olabilir, yavaş yavaş öksürmenizde herhangi bir sorun oluşturmaz. Kendinize geldikten sonra burnunuzdan derin nefes alıp ağzınızdan üfleyerek verin.
- Ameliyattan sonra yara yerinin özelliğinden dolayı, boynun arka kısmını destekleyerek ayağa kalkmalısınız.
- Ameliyattan sonra doktorunuzun veya hemşirenizin size belirttiği saatten önce herhangi bir şey yiyip içmeyiniz.

b) Tiroidektomi Ameliyatı Planlanan Hastalara Verilen Genel Bilgiler

Tiroid bezi boynun ön- aşağı kısmından, kelebek şeklinde, kanlanma yönünden zengin, vücutta önemli görevleri olan bir bezdir. Görevini tam olarak yerine getiremediği dönemde ilaçla tedaviye başvurulur. Tıbbi tedavi yeterli olmadığı zaman ameliyat tavsiye edilir. Ameliyatta amaç; imkan dahilinde en iyi tedavi ve yüksek yaşam kalitesini korumak ve devam ettirmektir

Geçireceğiniz tiroidektomi (tiroid bezinin bir bölümü veya tamamının alınması)

ameliyatı ile ilgili olarak aşağıdaki risk ve tehlikeler vardır:

Ameliyat sırasında ve sonrasında tüm ameliyatlarda görülebilecek olan anestezi (narkoz) ile ilgili tehlikeler, kanama ve infeksiyon görülebilir.

Tirodektomi Ameliyatına Özgü Tehlikeler:

- Ses değişikliği olabilir (geçici ses kısıklığı veya ses yorgunluğu, kalıcı ses kısıklığı oranı %1 'den azdır).
- Paratiroid bezleri (vücudun kalsiyum dengesini düzenleyen bezler) hasarına bağlı olarak dışarıdan kalsiyum kullanmak zorunda kalınabilir (kalıcı olma olasılığı %1' den azdır).
- Uzun süre, belki de hayat boyu ağızdan tiroid hormonu kullanmak zorunda kalınabilir.
- Ameliyat bölgesi boyunda olacağı için ameliyat izinin görülmesi ve buna bağlı belirgin kozmetik sorun oluşma riski %2-3 oranındadır.

EK-VI**TİROİD CERRAHİSİ HAKKINDA BİLGİLER*****a) Hastaya Ameliyattan Önce Verilen Genel Bilgiler***

- Yarın ameliyat olacağınız için akşam 24:00'dan sonra aç kalmalısınız.
- Ameliyathaneye gitme sırası, ameliyathaneden gelen isteme göre belirlenir.
- Sabah, tüm kıyafetlerinizi çıkartıp, ameliyat önlüğü giymeniz gerekmektedir.
- Varsa takma diş, oje, takılar çıkarılmalıdır.
- Sabah damar yolu açılıp, serum takılacaktır.
- Ameliyattan sonra ağrınız olursa hemşirenize belirtmelisiniz, uygun ağrı kesici ilaç uygulanacaktır.
- Ameliyattan sonrasında öksürme hissiniz olabilir, yavaş yavaş öksürmeniz herhangi bir sorun oluşturmaz. Kendinize geldikten sonra burnunuzdan derin nefes alıp ağzınızdan üfleyerek vermelisiniz.
- Ameliyattan sonra yara yerinin özelliğinden dolayı, boynun arka kısmını destekleyerek ayağa kalkmalısınız.
- Ameliyattan sonra doktorunuzun veya hemşirenizin size belirttiği saatten önce herhangi bir şey yiyip içmeyiniz.

b) Tiroidektomi Ameliyatı Planlanan Hastalara Verilen Genel Bilgiler

- Tiroid bezi boynun ön- aşağı kısmından, kelebek şeklinde, kanlanma yönünden zengin, vücutta önemli görevleri olan bir bezdir. Görevini tam olarak yerine getiremediği dönemde ilaçla tedaviye başvurulur. Tıbbi tedavi yeterli olmadığı zaman ameliyat tavsiye edilir. Ameliyatta amaç; imkan dahilinde en iyi tedavi ve yüksek yaşam kalitesini korumak ve devam ettirmektir
- Geçireceğiniz tiroidektomi (tiroid bezinin bir bölümü veya tamamının alınması) ameliyatı ile ilgili olarak aşağıdaki risk ve tehlikeler vardır:
- Ameliyat sırasında ve sonrasında tüm ameliyatlarda görülebilecek olan anestezi

(narkoz) ile ilgili tehlikeler, kanama ve infeksiyon görülebilir.

Tirodektomi Ameliyatına Özgü Tehlikeler:

- Ses değişikliği olabilir (geçici ses kısıklığı veya ses yorgunluğu, kalıcı ses kısıklığı oranı %1 'den azdır).
- Paratiroid bezleri (vücudun kalsiyum dengesini düzenleyen bezler) hasarına bağlı olarak dışarıdan kalsiyum kullanmak zorunda kalınabilir (kalıcı olma olasılığı %1' den azdır).
- Uzun süre, belki de hayat boyu ağızdan tiroid hormonu kullanmak zorunda kalınabilir.
- Ameliyat bölgesi boyunda olacağı için ameliyat izinin görülmesi ve buna bağlı belirgin kozmetik sorun oluşma riski %2-3 oranındadır.

c) Tiroid Ameliyatı Planlanan Hastalara Verilen Detaylı Bilgi

- Hastalar genellikle ameliyat öncesi akşam veya ameliyat sabahı hastaneye yatırılır. Tiroidektomi ameliyatlarında genel anestezi tercih edilir. Ameliyat öncesinde hastalar uyutulacağı için ameliyat sırasında herhangi bir şey hissetmezler. Hasta uyutulduktan sonra hastanın boynuna 7-8cm uzunluğunda bir kesi uygulanır. Operasyon 1-2 saat içinde bitirilir.
- Tiroid bezinin bir bölümünü veya tamamını çıkartılması gerekebilir. Operasyon tamamlandıktan sonra hasta ayılıncaya kadar yaklaşık 1-2 saat gözlem odasında kalır. Yara yerine ameliyat sonucu meydana gelen sıvıların dışarı çıkması ve şişlik yapmaması için konulan dren denilen boru genelde 24 saat sonra çıkarılır. Tiroid bezinin tamamı çıkarılmışsa kandaki kalsiyum düzeyinin zaman zaman ölçülmesi için kan alınması gerekebilir.
- Kandaki kalsiyum düzeyi düşükse ellerde, ayaklarda ve dudaklarda uyuşma, karıncalanma ve kasılma gözlenebilir. Bu durumda hemen doktorunuza veya hemşirenize haber vermelisiniz. Size uygulanacak gerekli girişimlerin yanında kalsiyum içeren gıdaları (süt ve süt ürünleri) tüketilmesi gerekir.

- Ameliyattan sonra bir gece kalıp ertesi gün taburcu edilir. Tiroid bezinin tamamının çıkarıldığı durumlarda gelişebilecek riskleri gözleyebilmek için hastanın 2-3 gün hastanede kalması gerekebilir. Genelde 1-2 hafta içinde hasta işine dönebilir.
- Ameliyat sonrasında oluşan yara izi hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte genellikle ameliyattan 6 hafta sonra son halini alır.
- Bütün ameliyatlarda ağrı ve huzursuzluk verir. Ameliyattan sonra yutma sırasında ağrı olabilir. Yutkunmanızı rahatlatmak için size pastil verilecektir. İlerleyen günlerde yeme-içme normale döner.
- Ameliyattan sonra 5 gün ameliyat yerine su değdirilmemeli, 3-7 gün içinde yara yeri iyileşeceğinden banyo yapabilirsiniz. Ameliyattan sonra doktorunuzun tavsiye ettiği aralıklarla kontrole gelinmesi önemlidir.
- Tiroid ameliyatlarından sonra hormon düzeylerinin düşmesi durumunda ilaç kullanmanız gerekebilir, bu ilaçların düzenli kullanılması çok önemlidir.
- Ameliyat Sonrasında Görülebilecek Riskler;
- Hipokalsemi (kandaki kalsiyum düzeyinde düşüklük): hasta, dudak, kol ve bacaklarında karıncalanma hisseder. Şayet kalsiyum çok düşerse hayatı tehdit edici soluk borusu kasılması meydana gelebilir. Bu durum oluşmadan önce hastaya damar veya ağızdan kalsiyum verilir. Geçici olan bu kalsiyum düşüklüğü birkaç gün veya hafta içinde kendiliğinden geçer.
- Ses tellerinin zedelenmesi hastanın boğuk ve kısık ses çıkarmasına neden olur. Ses telleri tamamen harap olmamış ise en geç 6 ay içerisinde hasta normal sesine kavuşur.
- Kanamaya bağlı olarak solunum yolu tıkanıklığı oluşabilir. Bu durumda mutlaka müdahale edilmesi gerekir. Balgama bağlı olarak solunum yolunda tıkanıklık varsa derin soluk alıp verme ve öksürük egzersizleri önemlidir.
- Yara yerinde gerginlik olması durumunda baş ve boynun yastıkla desteklenerek yüksekte yatmanız rahatlatıcı olacaktır.