

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPOFİZ ADENOMU NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARIN KONFOR DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Ömer KOYUNCU

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, 2019

ÖMER KOYUNCU

HİPOFİZ ADENOMU NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARIN

KONFOR DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

İSTANBUL, 2019

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPOFİZ ADENOMU NEDENİYLE AMELİYAT
OLAN HASTALARIN KONFOR DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Ömer KOYUNCU

164003038

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, 2019

TEZ ONAY

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

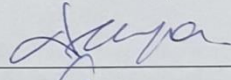
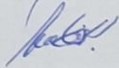
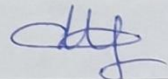
Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ömer KOYUNCU Öğrenci No : 164003038
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 01.08.2019
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN Tez Savunma Saati : 15.00

Tez Konusu : "Hipofiz Adenomu Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Konfor Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ACUNER	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Zehra AYDIN		

ÖZET

Bu araştırma hipofiz adenomu ameliyatı geçiren hastalarda konfor düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Bu araştırmanın evrenini Kocaeli üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında ameliyat olmuş hastalar, örneklemini ise 20.01.2019-31.06.2019 tarihleri arasında Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında hipofiz adenomu ameliyatı olan 101 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında Hasta Bilgi Formu ve Perianestezi Konfor Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için R vers. 2.15.3 programı (R CoreTeam, 2013) kullanılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum), Shapiro-Wilk testi, bağımsız gruplar t testi, Mann-Whitney U test, tek yönlü varyans analizi, Bonferroni düzeltmesi, Pearson korelasyon analizi ve lineer regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Ameliyat olan hastaların yaş ortalamasının 40.87 ± 10.61 olduğu, %50.5'sinin erkek, % 80.2' nin evli, %78.2'sinin en az 1 çocuğu, %39.6'sının ilköğretim mezunu, %32.7'sinin ev hanımı, %68.3'ünün orta düzey ekonomiye sahip, %41.6'sı sigara içtiği, %94.1'inin sağlık güvencesi olduğu, %77,2'sinin doktordan bilgi aldığı, %29,7'sinin kronik hastalığı bulunduğu, %71,3'ünün daha önceden ameliyat olduğu bulunmuştur. Hipofiz adenomu ameliyatı olan hastaların konfor puan ortalamalarının $4,83\pm 0,66$ olduğu ve Hastaların mesleklerine ve ekonomik durumuna göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma sonucunda hastaların konfor düzeyinin yüksek olduğu, hastaların mesleğinin, ekonomik durumunun ve bilgi aldıkları kişinin konforu etkilediği bulunmuştur. Araştırmanın daha geniş örneklem grubunda tekrar edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Hipofiz adenomu, Konfor

ABSTRACT

DETERMINING THE COMFORT LEVEL AND ITS AFFECTING FACTORS IN PATIENTS UNDERWENT PITUITARY ADENOMA SURGERY

This correlational research was conducted to assess the comfort level and its affecting factors in patients who had undergone pituitary adenoma surgery.

The universe of this research constitutes of patients who had an operation in the Department of Neurosurgery at Kocaeli University Medical School Hospital in 2017. The sample space of the research is 101 patients underwent pituitary adenoma surgery in the same department between 20.01.2019 and 31.06.2019. In the data collection phase, a descriptive patient information form and the perianesthesia comfort questionnaire is used. For the statistical analysis of the research data, R v2.15.3 software (R Core Team, 2013) is used. To evaluate the data, descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, 1st quarter, 3rd quarter, frequency, percentage, minimum, maximum), Shapiro-Wilk test, independent groups t-test, Mann-Whitney U test, unidirectional variance analysis, Bonferroni correction, Pearson correlation analysis, and linear regression analysis are used. The level of statistical significance is $p=0.05$. Of the patients who had an operation, %50.5 are male, average age was 40.87 ± 10.61 , %80.2 were married, %78.2 had at least one child, %39.6 were primary school graduate, %32.7 were housewife, %68.3 had middle income, %41.6 smoked, %94.1 had health insurance, %77.2 were informed by the doctors, %29.7 had chronic diseases, %71.3 had undergone surgery. The average comfort score of patients who had the surgery is calculated as 4.83 ± 0.66 and, in terms of the professions and economic conditions of patients, statistically significant differences in average PCS (Perianesthesia Comfort Scale) results are detected ($p<0.05$).

As a result of the research, it was found that the comfort level is high, the professions and economic conditions of patients, and the person who informs them affect it. It is suggested to repeat the research with a larger sample group.

Keywords: Patient comfort, Pituitary adenoma, Surgery

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bilgilerini paylaşarak bana yol gösteren saygı değer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'a,

Beni destekleyen tüm çalışma arkadaşlarıma, verilerin toplanmasında yardımcı olan tüm hemşire meslektaşlarıma ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.


Ömer KOYUNCU



BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içerisinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

ÖMER KOYUNCU



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hipofiz Adenomu.....	3
2.2. Hipofiz Adenomlarının Epidemiyolojisi	3
2.3. Hipofiz Adenomlarında Belirti ve Bulgular	3
2.4. Hipofiz Adenomlarının Sınıflandırılması	5
2.4.1. Klinik Sınıflandırma	5
2.4.2. Patolojik Sınıflandırma	6
2.4.3. Radyolojik Sınıflandırma	6
2.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Sınıflandırması	6
2.5. Hipofiz Adenomlarında Radyolojik Tam Yöntemleri	7
2.6. Hipofiz Adenomlarında Tedavi	8
2.6.1. Medikal Tedavi	8
2.6.2. Radyoterapi.....	9
2.6.3. Cerrahi Tedavi.....	9
2.6.4. Transsfenoidal Yaklaşımlar	10
2.6.5. Transkranyal Yaklaşımlar	10
2.7. Transsfenoidal Cerrahide Ameliyat Dönemi Hemşirelik Bakımı	10
2.8. Konfor	12
2.8.1. Kavram Olarak Konfor	12
2.8.2. Konfor Kuramı	13
2.8.3. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları	14
2.8.4. Konfor Kuramının Düzeyleri	14
2.8.5. Konfor Kuramının Boyutları	15
2.8.6. Perioperatif Konfor Kavramı.....	16

2.8.7. Transsfenoidal Cerrahide Konfor.....	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırma Soruları.....	19
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi	20
3.7. Verilerin Analizi	21
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	21
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
4. BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	39
EKLER	46
ÖZGEÇMİŞ.....	53

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 2. Hastaların Sağlığına İlişkin Verilerinin Dağılımı	24
Tablo 3. Perianestezi Konfor Ölçeği' ne İlişkin Bulgular.....	25
Tablo 4. Hastaların Yaşları, Çocuk Sayıları ve Günlük İçtikleri Sigara Sayıları İle PKÖ Puanı Arasındaki İlişki Düzeyinin İncelenmesi.....	25
Tablo 5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre PKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 6. Hastaların Sağlık Verilerine İlişkin Bilgilerine Göre PKÖ Puanının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 7. PKÖ Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler.....	27

KISALTMALAR LİSTESİ

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon

BT : Bilgisayarlı Tomografi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GH : Growth Hormon

MR :Magnetik Rezonans

PKÖ : Perianestezi Konfor Ölçeği

PRL : Prolaktin

TSH : Trioid Uyarıcı Hormon

1. GİRİŞ

Hipofizin adenomları hipofiz bezinin tümörlerinden birisi olup genelde iyi huylu tümörleridir. Hipofiz bezi yaklaşık 1,0 cm çapında ve 0,5 gram ağırlığı olan yapıdadır. Fakat vücudun hormon yapımını düzenlediği için hipofizin denge sağlamasında rolü çok büyük olmaktadır (1).

Hipofiz bezi kaynaklı tümörler fazla hormon salgılayarak, aşırı büyüme sonucu çevredeki dokulara bası yaparak ve yayılarak belirti vermektedirler. Hipofizin hormon salgılamayan adenomları genelde yavaş büyüme ve yıllarca belirti vermeden kalabilmektedirler (4). Hormon salgılayanları hormonların etkileri nedeniyle erken belirti vermektedir. Primer beyin tümörlerinin yaklaşık % 10-15'ni oluştururlar. Adenohipofiz ve nörohipofiz olarak hipofiz bezi iki loba sahiptir. Hipofiz adenomları, adenohipofizden kaynaklı olmaktadır (2).

Hipofiz adenomunun bulguları belirlenen hastalarda ilk olarak kan hormon testleri ve görme muayenesi yapılmaktadır. Tanının kesinleşmesi için hipofiz Manyetik Rezonans yöntemi kullanılır. Hipofiz adenomu tanısında hastanın tedavi şekline beyin cerrahisi ve endokrinoloji doktorları birlikte karar vermektedir. Hastanın yaşadığı semptomlar, adenom boyutu ve hormonlara dikkat edilerek üç tür tedavi yöntemine karar verilmektedir. Bunlar ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve gama kufe tedavisidir. Cerrahi tedavi ise açık ve transkranial şeklinde olmaktadır (3,4).

Hemşirelerin sistematik bakım vermesinden itibaren çeşitli kavramlar sayesinde kuramlar gelişmeye başlamıştır. Kuram geliştirme sırasında insan, çevre, bakım, konfor ve iletişim benzeri kavramlar yapıyı oluşturmaktadır (5). Hemşirelik ile bir arada anılan olan konfor ve hasta konforu kavramı bireye özgü, karmaşık ve holistik kavramlar arasındadır (6).

Birçok hemşire kuramcı tarafından rahatlatmanın önemi ve rahatlık gereksinimi dile getirilmiştir. Florence Nightingale'den beri önemli, geçerli ve güncel olan konfor kavramı, bütüncül hemşirelik bakımında temel bir ögedir (7, 8).

Konfor, ilk defa hemşirelik kuramı olarak Katharina Kolcaba' nın çalışmaları sonucunda 1990 yılında geliştirildi (9). Kolcaba yaptığı çalışmalar sonucunda konfor ve hasta konforunun sağlanması için üç tane düzey ve dört boyuttan meydana gelen sistematik bir şekilde konfor kuramını geliştirmiştir (5). Kuramda düzeyler ferahlama, rahatlama, üstünlük iken boyutlar ise konforu oluşması için gerek olan fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel ortamlardır (9).

Cerrahi işlemler, yaşamın daha kaliteli olmasını sağlamakla birlikte hasta için fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden travma durumudur. Hasta cerrahi işlemle birlikte birden fazla fiziki, psikolojik ve sosyal sıkıntıyla karşılaşmaktadır. (7). Hastanın yaşayabileceği tüm bu sorunlar hasta konforunda bozulmaya neden olmaktadır.

Cerrahi girişimlerde hastaların konforunun korunması ve sürdürülmesi en önemlidir. Bakım konforun tüm boyutlarını içine alacak şekilde bütüncül bir yaklaşımla planlanmalıdır. Bu şekilde olursa hastada ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelebilme gerçekleşir (5). Bu nedenle bu çalışmada hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konforu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipofiz Adenomu

Hipofiz bezinin tümörlerinden birisi olan hipofiz adenomları genelde iyi huyludur. Hipofiz bezi yaklaşık 1,0 cm çapında ve 0,5 gram ağırlığı olan yapıdır. Fakat vücudun hormon yapımını düzenlediği için hipofizin denge sağlanmasında rolü çok büyük olmaktadır (1).

Hipofiz adenomları biyolojik, patolojik ve klinik yapısıyla diğer beyin tümörlerden farklı yapıdadırlar. Bazen yıllarca belirti vermeden kalabilirken, bazen de fazla hormon salgılaması ve optik merkeze bası yapmalarından ilk aşamalarda klinik bulgu vermektedirler (1). Adenohipofiz ve nörohipofiz olarak hipofiz iki loba sahiptir. Hipofiz adenomları, adenohipofizden kaynaklı olmaktadır (2).

Hipofiz bezi kaynaklı tümörler fazla hormon salgılayarak, aşırı büyüme sonucu çevredeki dokulara bası yaparak veya yayılarak belirti vermektedirler. Hormon salgılamayan adenomlar genelde yavaş büyümekte ve yıllarca belirti vermeden kalabilmektedirler (4).

2.2. Hipofiz Adenomlarının Epidemiyolojisi

Birincil beyin tümörlerinde yaklaşık %10-15 gibi bir orana sahiptirler ve 3. sırada yer almaktadırlar (1).

Hipofiz adenomları endokrinolojik, klinik, patolojik ve tedavi yöntemleri olarak diğer beyin tümörlerden farklı yapıdadırlar. Çoğunlukla 3-5. dekadlarda görülmektedir. Hipofiz adenomlarının %70'i kadar oranı hormonal açıdan aktiftir (10).

Hipofiz adenomları tüm intrakranial tümörler içinde %10-15 sıklıkta görülmektedir (11).

2.3. Hipofiz Adenomlarında Belirti ve Bulgular

Hipofiz adenomlarının büyük bölümü sella tursika denilen bölgede sınırlıdır. Hipofiz adenomları hormonal aktiviteleri ve büyüme potansiyelleri nedeniyle belirgin farklılıklar göstermektedirler. Bazı hipofiz adenomları uzun zaman belirgin büyüme

olmadan sella tursika bölgesinde kalabilirken, bazı adenomlar ise invaziv olup, komşu yapılara hasar nedeni ile ya da hormon fazlalığının oluşturduğu metabolik etkilerin komplikasyonlarından ölümcül olabilmektedirler (12).

Hipofiz adenomları genellikle hormonal değişiklikler/ ve/veya kitle etkisi ile üç tipte klinik bulgular göstermektedirler (13).

Hipofiz adenomu olan hastada hormonal değişiklikler hormon hipersekresyonu veya hormonal yetersizlik şeklinde olabilmektedir. Adenomların yaklaşık %70'i çeşitli hormonların hipersekresyonları ile bulgu vermektedirler. Prolaktin hormonu hipersekresyonu sonucunda amenore-galaktore görülmektedir. Growth hormon hipersekresyonu çocuklarda gigantizm, erişkinde ise akromegali görülmektedir. ACTH hipersekresyonu ise obezite, hirsutizm, aydede yüz ile bilinen Cushing hastalığına yol açmaktadır. TSH hipersekresyonu sonucunda ise hipertiroidi görülmektedir (11).

İkinci tip klinik belirtiler hipofizer yetersizliğini içerir ve tipik olarak nontümoral hipofiz bezi veya stalka bası yapan büyük tümörlerle birlikte. Genel olarak hipofiz bezi kronik bası ve gerilmede bile olağan üstü fonksiyonel direnç göstermektedir. Ancak sonrasında anterior hipofizer yetmezlik oluşur. Kronik basıya her bir hipofizer bölgenin gösterdiği tolerans farklıdır. Gonadotropinler ilk etkilenenlerdir. Sonra somatotropinler, somatotropinler ve kortikotropinler sırasıyla etkilenmektedir (14). Tümörün büyüklüğüne göre veya glandın ya da stalkın bası derecesi nasıl olursa olsun hipofiz adenomları nadiren posterior hipofizer yetmezlikte göstermektedirler. Hipofiz adenomlarına eşlik eden hipopitüitarizm kronik bir süreci içermektedir. Yalnız hipofiz apopleksi oluşursa beklenmedik, akut ve acil hayatı tehdit edebilmektedir (15).

Üçüncü tip belirtilerde ise endokrinopati ile birlikte olsun ya da olmasın kitle etkisinin olduğu semptomlardır.

Bas ağrısı kitle etkisine bağlı olarak gelişen en önemli ve ilk semptomdur. Bu durum, trigeminal sinirin ilk bölümünün inerve ettiği diafragma sellanın gerilmesine bağlıdır. Hipofiz adenomu olan hastalarda kitle etkisi sonucu gelişen başka bir semptomda değişik tipte görme (13, 15).

Hipofiz adenomunun yukarıya doğru büyümesi ve optik kaizmaya bası etkisi ile genellikle asimetric bitemporal hemianopsi oluşmaktadır. Bu hastalarda yaklaşık %55-75 oranında görülmektedir. Superior temporal kadranlar ilk olarak etkilenmektedir. Sonrasında ise inferior temporal kadranlar üçüncül olarak ise inferior nazal kadranlar etkilenmektedir. Tümörün büyüklük ve büyümedeki yönüne göre monoküler alan bozuklukları, skotomlar, papil ödemi, görme keskinliğinde azalma, total körlük, afferent pupiller defektler ve optik atrofi olabilmektedir (16).

Suprasellar bölgede oluşan adenomlar hipotalamus bölgesine yayılabilmektedir. Buna bağılı olarak ise dikkat, duygu-durum, yeme, uyku ve davranış bozuklukları gibi şikayetlere neden olabilmektedirler. Üçüncü ventrikül içine ilerleyen hipofiz adenomları ise nonkommunikant hidrosefaliye neden olabilmektedirler. Hipofiz adenomları laterale doğru büyürlerse okülomotor sinir basısından dolayı 3.sinir felci gelişmektedir. Çoğunlukla asemptomatik seyretmekle birlikte yüzde ağrı, göz bölgesinde ise pitozis veya diplopi gibi semptomlar göstermektedirler (2).

2.4. Hipofiz Adenomlarının Sınıflandırılması

2.4.1. Klinik Sınıflandırma

Hipofiz adenomlarında klinikçilere göre en basit yaklaşım fonksiyonel veya non fonksiyonel sınıflandırmadır. Hipofiz adenomları, endokrin fonksiyonların durumuna, büyüklüğüne, morfoloji vesitogenezine, radyolojik görüntü durumlarına göre sınıflandırılabilirler. Bu sınıflamada hipofiz adenomları salgı aktivitelerinin durumlarına göre fonksiyonel ve nonfonksiyonel olarak iki kısma ayrılmaktadırlar. Fonksiyonel adenomlarda sekonder hipertiroidizm, gigantizm, amenore-galaktore sendromu, Cushing hastalığı, akromegali veya Nelson sendromu gibi klinik tablolar görülürken, TSH, PRL, ACTH veya GH salgılanmaktadır (2, 3).

Nullcell adenomlar, sessiz adenomlar, onkositomalar ve herhangi bir hipersekretuar durumdan bağımsız gonadotrop adenomlar ise nonfonksiyonel tümörler olarak görülebilmektedir (2).

2.4.2. Patolojik Sınıflandırma

Patolojik sınıflamalara bakıldığında uzun zaman boyunca pitüiter adenomlar sitoplazmik boyanma şekillerine göre bazofilik, asidofilik ve kromofobik olarak sınıflandırılmaktadırlar. Boyanma özelliği olmayan tümörle ise hepsi birlikte kromofobik tümörlerdir ve hormonal olarak aktif değildirler. GH salgılayan adenomlar Asidofilik adenomlar iken ACTH salgılayan adenomlar ise bazofilik adenomlardır. Yıllarca kullanılmış olan bu sınıflandırmalar araştırmalar sonucunda yeni metotların gelişmesiyle sekretuar aktivitesi, sitoplazmanın boyanma durumlarının, hücre yapısının tanınması vesitogenezi ile ilişkisinin düşük oranda olduğu belirlenmiştir. İmmün histokimya ve elektron mikroskopu gibi yöntemlerin kullanılması en önemli yöntemlerdir. Tümörleri ultrastrüktürel morfoloji, hormonal yönden ve sellüler kökünde betimleyen bu yöntem şekli yeni pitüiter adenomları sınıflandırmasında ilk sırada gelmektedir (18).

2.4.3. Radyolojik Sınıflandırma

Radyolojik görüntüleme açısından ise hipofiz adenomları invazyon durumları, hacimleri ve büyüme yapılarına bakılarak sınıflandırılmaktadır. Hipofiz adenomları öncelikle hacimlerinin büyüklüklerine göre ayrılır; 10 mm.'den daha küçük olan tümörler mikroadenom olarak adlandırılırken daha büyük boyutta olan tümörler ise makroadenom olarak adlandırılmaktadır. Adenomlar sella tabanındaki görüntülenme özelliğine göre Grade0-IV, sella dışındaki yönelimine göre de Evre A-E arasında sınıflandırılmaktadırlar (2, 18).

2.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Sınıflandırması

Herkesçe kabul edilmiş Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflaması ise beşli adenohipofizal olan sınıflamadır. Bu sınıflandırma, mevcutta olan sınıflandırmaların avantajlarını birleştirmeyi hedeflemekte, diğer bir yandan da adenomların patolojik ve klinik yönleri ile ilgili tüm bilgilerin özetini bulundurmaktadır (19).

DSÖ sınıflaması;

- 1- Klinik prezentasyon ve salgı aktiviteleri (akromegali gibi)
- 2- Yaygınlık ve büyüklük (Hardygrade)

3- Dokusal özellikler (tipik veya atipik histoloji)

4- İmmünohistokimyasal özellik

5- Ultrastrüktürelsubtip

Bu sınıflandırma, var olan sınıflandırmaların artılarını birleştirmeye yöneliktir, aynı zamanda adenomların patolojik ve klinik yönleriyle alakalı tüm bilgilerin özetini sunmaktadır.

2.5. Hipofiz Adenomlarında Radyolojik Tanı Yöntemleri

Sellar ve parasellar bölgede anatomi ve patolojilerinin radyolojik açıdan değerlendirilmesinde farklı görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Eskiden sık kullanılan pnömosefalografiler ve direkt lateral sellagrafileri yerini yüksek görüntüleme özelliğine sahip magnetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme yöntemlerine bıraktılar. Ancak yine de mevcut görüntülemelerde direkt lateral spot sella grafileri yerini korumakla birlikte güvenilirliği yüksek düzeyde değildir. Sellar ve parasellar patolojilerin tanı ve ayırıcı tanısında güvenliği en yüksek görüntüleme yöntemi MR kabul edilmektedir (2, 20).

Direkt Grafi: Lateral direkt grafiler sellatursikanın tabanının kalınlığı ve sfenoidsinüsün havalanması hakkında bilgiler vermektedir. Sfenoidsinüsün havalanmasının derecesi kişiler arasında önemli değişiklikler göstermekle birlikte transsfenoidal cerrahinin tekniğini etkilemektedir.

Serebral Anjiyografi: Önceleri anevrizmanın durumunda, kitlenin parasellar ve sellar uzanımlarını belirlemede, kitle tarafından majör kan damarlarının tutulumunu görmek için kullanılırdı. MR'ın yaygınlaşmasından sonra etkinlik alanı azalmıştır.

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Yüksek çözünürlüklü BT hipofiz adenomlarının değerlendirilmesinde önemli bir tanı yöntemidir. Ancak çözünürlüğünün daha yüksek olması, değişik alanlarda görüntü elde edebilmesi ve anatomik detayların daha ayrıntılı olması BT'nin yerine MR'ın kullanılmasına neden olmuştur.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI): MR günümüze bakıldığında sellar ve parasellar bölge tümörleri için en iyi görüntüleme tekniği olmuşturmaktadır. Ufak doku farklılıklarının görülebilme yeteneği MR'ı hipofiz adenomunu değerlendirmedeki en

önemli yöntem olmuştur. MR'ın hipofiz mikro adenomlarını saptamadaki güvenilirliği BT'den daha yüksektir, %70 oranında adenom belirlenebilir (21). Kontrastsız veya görüntülerle mikroadenomları saptamada %90 başarı elde edilmiştir. Makroadenomlar ise hem MR hem de BT ile görüntülenebilmelerine rağmen MR'da daha yüksek çözünürlüklü görüntüleri elde edilmektedir (22, 23). MR'da kitlenin kaizma ile bağlantısı ve büyük suprasellar ve intrasellar anevrizma olup olmadığı görülebilmektedir (12).

2.6. Hipofiz Adenomlarında Tedavi

Hipofiz adenomlarının tedavi seçenekleri arasında cerrahi eksizyon, medikal tedavi ve radyasyon terapisi bulunmaktadır. Bunların hepsi farklı durumlara belirli bir noktaya kadar etkili olsalar bile avantajları ve dezavantajlarına bakılarak her hasta için uygun bir tedavi yöntemi uygulanmalıdır. Hipofiz adenomlarının tedavisinin amaçları (24).

- 1-Hormonal bozukluğun ortadan kaldırılması ve normal hipofiz fonksiyonun geri getirilmesi
- 2-Bası etkisinin kaldırılması ve nörolojik fonksiyonların normal haline geri getirilmesi
- 3-Tümörün nüks riskinin olabildiğince azaltılması veya ortadan kaldırılması

2.6.1. Medikal Tedavi

Hipofiz adenomlarında genellikle prolaktinomalar ilk olarak medikal tedaviyle tedavi edilmektedir. GH, ACTH, TSH kaynaklı adenomlarda öncelik cerrahi tedavidir. Akromegali' de; GH reseptörü antagonisti (pegvisomant), somatostatin analogları (okreotid, lanreotid, pasireotid) ve dopaminagonistleri (25).

Hiperprolaktinemi'de; pergolid, bromokriptin, lisurid ve kabergolin gibi dopamin agonistleri (14). Cushing hastalığında; metirapon, ketokonazol, mitotan, aminoglutetimid, siproheptadin, trilostan ve etomidat, tiotropinomalarda; somatostatin analogları kullanılmaktadır (25, 26).

2.6.2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi, cerrahi ile birlikte hastalığın tekrarında ya da devamında destek tedavi olarak kullanılmaktadır. Hipofiz adenomu olan bölgeye teknolojinin de gelişmesiyle lokal olarak Gamma Knife ve LINAC yöntemleri kullanılarak radyoterapi uygulanmaktadır (2, 27).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Sellar bölge için cerrahi yaklaşımlar genellikle üç temel grupta kategorize edilmektedirler. Bunlar Standart transsfenoidal yaklaşımlar, standart transkraniyal yaklaşımlar ve alternatif kafa tabanı yaklaşımlarıdır. Standart transsfenoidal yaklaşımlar, mikroskopik sublabialtranssfenoidal yaklaşım, mikroskopik endonazal transsfenoidal yaklaşım, mikroskopik transseptaltranssfenoidal yaklaşım, endoskop yardımlı mikroskopik endonazaltranssfenoidal yaklaşım ve endoskopik endonazaltranssfenoidal yaklaşım şekillerini içermektedir. Standart transkraniyal yaklaşımlar, pterionalkraniotomi, subfrontalkraniotomi, subtemporalkraniotomi yaklaşım şekillerini içermektedir. Alternatif kafa tabanı yaklaşımları ise kranial-orbital-zigomatikosteotomi, derome'nintransbazal, lateralrinotomi ya da paranasal, nazomaxillaroosteotomi ile sublabialtransseptal, transetmoidal ve sublabialtransantral yaklaşımı içermektedir (28).

Cerrahi eksizyondaki amaç önemli bölgelere olan baskı etkisini kaldırmak ve düzensiz hormon seviyesini düzenlemektir. Tümörün türüne bakılmaksızın semptomatik apoplekside cerrahi tedavi mutlaklıdır. Hipofiz adenomlarında cerrahiler yüksek oranlarda transsfenoidal yöntemle yapılmaktadır. Ancak bu yöntemin seçimi çeşitli faktörlere göre yapılmaktadır. Bu faktörler ise; sfenoid sinüsteki boyut ve pnömatizasyonu, selladaki boyut, karotid arterlerdeki genişleme ve pozisyon, başka bir kitlenin varlığı, patoloji sonucu ve daha önce vaka olup olmadığıdır. Transsfenoidal hipofiz adenomu eksizyonu yapılamayacak durumlar ise (11, 28):

- . Supraseller bölgeye uzanım yapan tümörler,
- Kum saati gibi diafragma bölgesine boğulma oluşan tümörler,
- Anevrizma varlığı olup tümörle yan yana olmasın,
- Sella bölgesine İnternalKarotit Arterlerin yakın olmasın,

- Adenomun kavernöz sinüsü çevrelemesin,
- Temporal lob, anterior ve orta fossa bölgelere tümörün yaklaşmasını,
- Sinüslerin ileri derece iltihaplanması gibi durumlardır.

Transsfenoidal yöntemin sınırlı olduğu önemli konulardan bir tanesi adenomun yoğunluğudur. Genellikle makreadenomlar yumuşak yapıdadır ve rahat eksize edilebilmektedir. Ancak yaklaşık %10' luk bir kısmı sert yapıdadır. Bu durumlarda transkranial yöntem kullanılmalıdır (29-32).

2.6.4. Transsfenoidal Yaklaşımlar

Hipofiz adenomlarının çoğu için en iyi yöntemlerden bir tanesi transsfenoidal cerrahi yöntemidir (33, 34).

Endoskopik yöntemle uygulanan transsfenoidal hipofiz cerrahisi, invaziv işlemlerin düşük seviyede olması ve morbiditesinin düşük olması sebebiyle makreadenom tedavisinde ilk sıraya yerleşen yöntemdir (35,36).

Daha önceleri transeptaltranssfenoidal ve direk sublabial yöntemler kullanılırken komplikasyonlarının daha düşük seviyelerde olması sebebiyle yerini endoskopik transsfenoidal yönetime bırakmıştır (11).

2.6.5. Transkranial Yaklaşımlar

Hipofiz bezi ve sellar bölgedeki tümörlerin cerrahisinde çeşitli transkranial yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler ise pterional, subtemporal ve subfrontal cerrahilerdir. Transsfenoidal cerrahinin uygun olmadığı durumlarda kullanılan transkranial cerrahi çeşidi genellikle pterional yöntemdir (34).

2.7. Transsfenoidal Cerrahide Ameliyat Dönemi Hemşirelik Bakımı

Cerrahi işlem süreci ameliyata girmeden önceki dönem, ameliyat sırasındaki dönem ve ameliyattan sonraki dönem olmak üzere üç dönemi kapsamaktadır. Bu üç dönemin hepsi ameliyat dönemidir (37). Ameliyat dönemi kavramı, cerrahi işleme karar verilmesi ile başlayıp ameliyatın hastada oluşturduğu etkilerin sonlandığı iyileşme döneminin tamamen gerçekleşmesiyle oluşan tüm cerrahi dönemi kapsamaktadır (38, 39).

Sağlık hizmeti veren meslekler arasında hastayla en fazla iletişime geçen kişi hemşiredir. Hemşire cerrahi işlem yapılacak hastaya holistik görüş çerçevesinde işlem öncesi, sonrası saflarda ve taburculuk gerçekleştikten sonraki sürecini kapsayan planlı eğitim ve hastaya özgü bakımı ile kaygı ve korkusunu minimum seviyeye indirebilir, oluşan sıkıntılarının üstesinden gelmesini sağlayabilir (40). İhtiyaçları uygun doğrultuda karşılanan hasta, cerrahi işlemin oluşturduğu travmayla daha kaliteli baş edebilir ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar oluşmadan daha kısa zamanda iyileşme gösterebilir. (38, 39).

Ameliyat öncesi dönem: Ameliyata karar verilmesiyle başlamakta ve hastanın ameliyathane odasına girişiyle sonlanmaktadır (41). Cerrahi işlem için hastaneye yatan hastalardaki en çok travmatik evlerin başındadır. Sebebi ise birey ameliyat gibi hayatı risk altına sokan bir durumu beklerken, birçok sebepten korkmakta ve aşırı kaygı durumu hissetmektedir (42).

Ameliyat sırasındaki dönem: Ameliyathane odasında işlemlerin bitip derleme odasına gelmesine kadar geçen zamanı oluşturmaktadır (41). Hastanın ameliyathane ortamına getirilmesi, ameliyathane masasında pozisyonu, anestezi işlemine başlanması ve ameliyatın bitiminden sonraki transfer bu dönemde önemlidir. Hastalarda alacakları anesteziye yönelik kaygı olmasıyla birlikte, daha fazla anestezinin ağrılarını yeterli düzeyde geçiremeyeceğinden, anestezi etkisindeyken kendi istemeleri dışında konuşmaktan, ameliyat sırasında bulantı ve kusma durumlarından kaygı duyabilirler (42).

Ameliyat sonrası dönem: Hastanın derleme odasına getirilmesinden iyileşme sürecinin tam olarak tamamlanmasına kadar geçen süreci içermektedir (8, 41). Cerrahi işlem yapılan hastanın ameliyattan sonraki hemşirelik bakımında iki dönem vardır. Bunlar derlenme dönemi ve iyileşme dönemidir. Bu iki dönemde de bakımı veren hemşirenin hastanın sürecini detaylı ve geniş bir durumda değerlendirmesi gerekmektedir (8).

Bunlara yönelik olarak ise hastanın; genel görüntüsü, yaşam bulguları, bilinç seviyesi, duygusal durumu, cildinin rengi ve sıcaklığı, ağrı durumu, bulantı-kusma durumu, intravenöz sıvıların cinsi ve akış miktarı, pansuman bölgesi, drenleri, idrar çıkışı, hareket kapasitesi belirlenmelidir (43).

Ameliyat sonrası dönemde hemşirenin bakım hedefleri arasında; solunum sisteminin fonksiyonlarının devam ettirilmesi, kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının devam ettirilmesi, yeterli beslenme ile boşaltım faaliyetlerini sürdürmek, sıvı- elektrolit dengesinin sağlanması, dinlenmenin sağlanması, insizyon bölgesinin iyileşmesini sağlayabilmek ve oluşabilecek komplikasyonları engellemek şeklinde belirtilmektedir (8, 38). Hasta bireye verilen hemşirelik bakımlarında; hasta bireyin günlük yaşam faaliyetlerini yapabilmesi için bağımsızlığı oluşana geçen süreçte ihtiyaçlarının yerine getirilmesinde yardımcı olunması önemli bir durumdur (42).

2.8. Konfor

2.8.1. Kavram Olarak Konfor

Sözlükteki manasıyla günlük yaşamı kolaylaştıran maddi rahatlık olan konfor kaynağını Fransızca’ dan almıştır. Hemşirelikte bakıldığında ise birey, aile ve toplumun konfor gereksinimlerinin saptanması, bu gereksinimler için tedbirlerin alınması, temeldeki konforun seviyesi ile uygulamalar akabinde ki Fransızca kökenli olan konfor lügat manasıyla “*günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık*” şeklinde tanımlanmakta ve hemşirelik biliminde; birey, aile veya toplumun konfor ihtiyaçlarının saptanması, bu ihtiyaçlar doğrultusunda önlemlerin yerine getirilmesi, temel konfor seviyesi ile işlem sonrası konfor seviyesinin değerlendirilmesi sürecindeki adımları içermektedir (44, 45, 46).

Hemşirelik biliminde temel kavram olan konforun; rarasızlık, rahatlatıcı, konforlu, konforlanmış ve konfor önlemlerini içeren bir çok formu genel olarak kullanılmaktadır (47).

Geleneksel şekilde hemşirelik bilimi ile ilişkilendirilmiş bir kavram olan konfor ve hasta bireydeki konfor olabildiğince kompleks, kişiye özel ve totaliter kavramlardır. Kaynaklarda hemşirelerin temin ettikleri destek olma, güçlendirme, bakım verme, teselli etme, cesaretlendirme ve yardımcı konfor ve konfor önlemleri sayesinde ortaya koydukları bildirilmektedir (48).

Kolcaba da yaptığı çalışmalarla ilerlettiği konfor kuramında konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye

ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç.” olarak tanımlanmaktadır (45, 49).

2.8.2. Konfor Kuramı

Sağlık bakımını ve kapsamındaki uygulamaları geliştirmeyi ve desteklemeyi hedefleyen ve İnsan Bilimi olarak tanımlanan hemşireliğin kuram ve modelleri, davranış bilimleri ve diğer bilim alanlarından alınan bilgilerle birlikte kullanılabilir (50).

Hemşireler sistemli şekilde bakım ihtiyaçlarını karşılamaya başlamalarından sonra, bazı kavramları kullanmaya başlamışlar, konfor (rahatlatma), bakım, iletişim gibi kavramlar, kuram ilerletme çalışmalarının tabanını oluşturmaktadır. Hemşirelerin düzen olarak ilgili olduklarını anlattıkları konfor kavramının geniş tarihi aşamaları Nightingale’ in yaptığı çalışmalara uzanmakta, kavram yeni ve eski kuramcılarının çalışmalarında bulunmaktadır (47).

Kolcaba konforun kavramsal olarak yaptığı çalışmaları bitirmesinin akabinde ortaya çıkan oluşumu denemek için hastada istenen konfor neticesini değerlendirmek amacıyla 48 maddelik dördümlük likert şeklindeki General Comfort Questionary (GCQ) ilerletme aşamalarına başlamış ve elde ettiği sonuçları 1992 senesinde yayınladı (45). Katharine Kolcaba konfor kavramını açıklama aşamasından sonra devam ettiği çalışmaların akabinde orta seviye Konfor Kuramını 1994 senesinde geliştirmiştir. Katharine Kolcaba, konfor konusu üstünde çalıştığı ve halen devam ettiği çalışmalarından sonra Konfor kuramını geliştirmiş 2003 yılına gelindiğinde “Comfort the oryandpractice: a vision for holistic care and research“ Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş isimli kitabı yayınlamıştır (46).

Konfor Kuramı’nın gelişim basamaklarında dört ana felsefi görüş açısının tesiri bulunduğunu belirtmektedir. Oluşan yapının üzerine kuramın tepesini oluşturan görüş açısı kaynağını bütüncüllükten alırken, bir alt basamak birey ihtiyaçları, sonraki basamak Murray’ın İnsanda Baskı Kuramı (1938), en alt basamak ise başka hemşirelerin (Orlando, Henderson ve Paterson) geliştirdiği üç orta düzey kuramdan

faydalanılarak oluşturulmuştur. Bu dört felsefi görüş açısıyla bağlantı kurarak kuramını ve alt basamaklarını ortaya çıkarmıştır (45, 46).

Kolcaba'nın Konfor Kuramı özetlendiğinde;

• Hastanın mevcut olan destek ihtiyaçları ile karşılanmayan konfor ihtiyaçları belirlenir,

• Hastanın tespit edilen gereksinimlerini yapabilmek için işlemler planlanır,

• İşlemlerin başarılı olmasını etkileyen parametreler dikkate alınır,

• Girişim değerlendirilir, istenen sonuç konforda oluşan artmadır.

Bu süreç içerisinde kişi ve ailenin katılımıyla tespit edilen makul ve reel amaçlar yönünde, kişinin konforunda artış elde edildiğinde, sıhhati ilerletmeye uygun davranışlar güçlenmektedir (46, 49, 51, 52).

2.8.3. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları

Kolcaba, holistik fikirle söylediği konfor kavramını, rahatlama, huzura erme ve sıkıntılarla baş edebilmek için asıl insan ihtiyaçlarını yerine getirmenin o anlık tecrübesi şeklinde ifade etmektedir (51). Kavramın basamaklı yapısını iki basamaklı bir şekilde çalışan Kolcaba, ilk basamakta; çağdaş ve tarihi hemşirelik kaynağını analiz etmiş kişisel konfor ihtiyaçlarının yerine getirilmesi önceliğine göre konfor düzeylerini oluşturmuştur (52, 53).

Katharine Kolcaba ilk olarak konforun kavramsal düzeydeki çalışmalarını gerçekleştirmiş, 1988 senesinde konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan meydana gelen taksonomik şeklini yapmış ve bu yapıyı iki kademedede incelemiştir. Birinci kademedede, konfor kavramı düzeylerini yapılan ya da yapılmayan kişisel ihtiyaçların çokluğuna göre ferahlama, rahatlama ve kişinin sıkıntılarını çözebilmesini söyleyen üstünlük olmak üzere 3 düzeyde ortaya çıkmıştır. İkinci kademe bölümünde ise bütüncül görüşle yapılan konfor kavramı boyutlarını psikospiritüel, sosyakültürel, fiziksel ve çevresel şekilleriyle 4 boyutta ele almıştır (44, 45, 51).

2.8.4. Konfor Kuramının Düzeyleri

Ferahlama: Kişinin konfor ihtiyaçlarının yerine getirilmeye başlanması sonrasında sıkıntısının geçmesi sonucu hissettiği durumdur. Hasta ihtiyaçlarının yerine

getirilmesine göre temellenen kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando' ya göre ihtiyaçları yerine getirilen hastanın hissettiği duygu, Henderson ise hastanın on dört temel ihtiyaçlarından bir tanesinin yerine getirilmesi ile hissettiği duygu olarak belirtmiştir (44).

Rahatlama: Sakin, rahat ya da huzurlu olabilme durumu olarak açıklanmıştır. Kolcaba, Henderson' un 14 temel gereksiniminden yola çıkarak hastanın rahat olması, memnuniyetten söz etmesinin rahatlıkta gerçekleştiğini söylemiştir. (45).

Üstünlük: Bireyin sorunlarını çözebilmesi, üstesinden gelmeyi başarması olarak tanımlanmıştır. Kolcaba Pateron' un konfor çalışmasından yola çıkarak, konfor gereksinimleri giderilen bireyler, konforun üstünlük derecesi olan sıkıntıların üstesinden gelme seviyesine ulaşabilmektedir şeklinde belirtmiştir (47).

2.8.5. Konfor Kuramının Boyutları

Fiziksel Konfor: Beden duyularıyla ilgili olan konfor çeşididir. Kişideki fiziksel durumu doğrudan etkileyen istirahat ve rahatlama, oluşan hastalıklarda vücudun verdiği yanıtlar, sıvı alımı ve beslenmesi ile vücut artıklarının atılması gibi fizyolojik süreçleri bulundurmaktadır (52).

Kolcaba' ya göre kişinin hastalık durumunda verdiği tepkilerin fiziksel konfora yönelik olduğunu belirtmiştir. Fiziksel konforun sağlanması için gerekli belirtiler ise, yeterli oksijen seviyesi, sıvı-elektrolit dengesinin düzgün olması, kan biyokimyasının normal olması ve diğer metabolik işlevleri içeren parametrelerdir. Bunun gibi fizyolojik parametrelerde olan normal dışı değerler bireyin konforunu da etkilemektedir (46, 47, 52).

Psikospritiüel Konfor: Manevi, ruhsal ve akılsal öğelerden oluşmaktadır. Kişinin hayatına anlam veren duygulara bakıldığında ise; benlik, kendinin farkında olma, kendine saygı duyma, ve cinsellik hislerini kapsamaktadır. Cerrahi işlem yapılan hastada psikopritüel açıdan konforun azalmasını etkileyen etmenlerden en önemlisi kaygı durumudur (5, 46, 52).

Çevresel Konfor: Hastaneye yatırılmış olan kişilerin bilişsel ve fiziksel işlevlerine destek olan çevresel konfor, dışarıdan gelen etkiler ve bunların birey üstündeki etkilerini ele almaktadır. Buna bağlı olarak ısı, renk, aydınlık, koku, gürültü, dışarıda görülen görüntü ve bunun gibi dış ortamla alakalı etkilere yer verilmektedir (5, 46).

Sosyokültürel Konfor: Aile, eğitim durumu, kişiler arasındaki iletişim ve ekonomik destek gibi konular sosyokültürel konforu kapsayan konulardandır. Kolcaba bunların yanı sıra gelenekler, giyinme şekilleri, ailenin öyküsü ve dil gibi kültürel bir boyut kazandırmıştır. Sosyokültürel konforun sağlanması ve devamı için hastaneden çıkıştan sonra ev ortamında nasıl bir bakım yapılacağına, nasıl bir danışmanlık hizmeti yapılacağına yönelik hizmetlerinde önemli olduğunu açıklamıştır. Bunun yanı sıra konforun, kişide sağlığın daha iyi olmasına yönelik alışkanlıkları fazlaştırdığını belirtmiştir (47).

2.8.6. Perioperatif Konfor Kavramı

Cerrahi işlemler, hayatı koruma amaçlı olan uygulamalar olmasının yanı sıra yanında fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkili bir travmada yaşatmaktadır. Hastalar çok sayıda psikolojik ve fiziksel sıkıntıyla karşılaşmakta, bu sorunlarda hastadaki konforun etkilenmesine sebep teşkil etmektedir (5).

NANDA-1 hemşirelik tanılarının arasında uzun senelerdir konfor bulunmaktadır. NANDA 1978 yılında öncelikle “konforda değişim” olan tanısını ağrıyla sınırlarken sonrasında konforun bozulmasına sebep olan etkenleri bulantı, ağrı ve kaşıntı şeklinde düzenlemiştir (53).

Konfor kuramının yapısına göre hemşireler bakım hizmetinde, kişinin gerekli konfor ihtiyacını belirlemekte, karşılanmasında problem olan ihtiyaçlarına yönelik konforun mümkün olduğunca arttırılmasını sağlayacak hemşirelik hizmetlerini uygulayarak, var olan kaygının yok edilmesi veya minimuma düşürülmesi ve istenilen konfor düzeyinde artış sonrasında oluşan durumu değerlendirmektedir. Hemşirelik bakım sürecinde, Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramı örnek alınarak, kişinin ihtiyaçlarına yönelik bilgi alınması, karşılanması eksik olan ihtiyaçlarına yönelik ise konforunu arttırmak için hemşirelik hizmetleri planlanıp yapılması ve sonucunda da

maksimum düzeyde konfor kişinin yaşamdaki kalite düzeyine katkıda bulunulması bir yöntem olarak kullanılmalıdır (48, 52).

Cerrahi işlemler kronik veya akut hastalıkların varlıklarında tedavi şekillerinden birisidir. Hastalık durumunda herhangi bir süreçte tüm yaştaki hastalara tedavi yöntemi olarak uygulanabilmektedir (54).

Cerrahi girişimler, hayatı daha güvenli yaşamayı hedefleyen tedavi yöntemi olmakta ancak kişiyi tüm yönleriyle etkileyen bir durumdur. Buna bağlı olarak kişinin düşünce, duygu ve davranışlarında olumsuz durumlar olmasına dolayısıyla konforunda bozulmaya sebep olabilmektedir (5, 47, 55).

Ameliyat olan hastalarda hemşirelik bakımının hedeflerinden bir tanesi konforun sağlanması ve sürdürülmesidir (47). Yapılan çalışmalar hemşirelerin vereceği bakımın kalitesi ile orantılı olarak hastaların kaygı düzeylerinin azaldığı ve konfor düzeyinin arttığını ortaya koymaktadır. Perioperatif konfor kavramı, kişinin ameliyat öncesi, ortasında ve sonrasındaki tüm konfor ihtiyaçlarını içinde bulundurmaktadır (54).

2.8.7. Transsfenoidal Cerrahide Konfor

Hastanede cerrahi işleme dair ameliyat olmadan önceki hazırlık aşaması, maligniteye yönelik şüpheler, hastanın vücut bütünlüğüne ilişkin kaygı durumları kişilerde anksiyetenin artmasına neden olan sebeplerdir (7).

Hastane ortamında bulunmak ve ameliyatı beklemenin yanında, cerrahi işlemin kişi üzerinde taşıdığı anlam, işlem öncesinde ve sonrasında olabilecek sıkıntılara bağlı bilgi eksikliği, işlem sonrasında ağrı durumu, ihtimaller dahilinde ki olumsuz sonuçlar, günlük yaşantının sekteye uğraması, dış çevreye yabancı ve aileden uzak bir ortamda olmak, kontrolü kaybetmek ve uygulanacak tıbbi işlemler anksiyetenin artması sebepleri arasındadır ve artan anksiyete kişinin konforunda olumsuz etkiler yapmaktadır (47, 56).

Farklı ölçeklerle artık ölçülebilen konfor hemşirelik bakımında kalitenin durumu hakkında bilgiler vermektedir (6, 57).

Cerrahi işlem yapılan kişilerde konforun sürekli hale getirilmesi bakım prensipleri içinde bulunmalıdır. Verilen bakım holistik yaklaşımla, konfordaki dört

boyutu bulunduracak şekilde planlanması yapılmalıdır. Ancak böyle hasta bireyler kendilerini rahat, konforlu ve sıkıntılarını çözebilecek iyilikte hissedebilirler (6, 7).

Cerrahi işlemler, hayatı güvenceye alan işlemler olmakla birlikte hasta için fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bir travmadır. Hasta ameliyat sürecinde birden fazla fiziksel ve psikososyal sıkıntıyla karşılaşabilmektedir (9, 10). Böyle sorunlar hasta bireyin konforunda bozulmaya sebep olabilmektedir (41, 48). Bu nedenle bu araştırmada hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konforu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmada hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konforu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Soruları

- Hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyi nasıldır?
- Hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesin Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 20.01.2019-31.06.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Klinik 3'ü özel oda olmak üzere 19 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte hastaların görüşme, muayene ve pansuman işlemleri için bir adet muayene odası bulunmaktadır. Hastalara ameliyat kararı verildikten sonra sorumlu doktorları tarafından bilgilendirme yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında ameliyat olmuş hastalar oluşturmuştur. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında 2017 yılında ameliyat olmuş 383 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise tanımlayıcı çalışmalarda evrenin büyüklüğünün %20'si olan 77 hasta olarak belirlenmiş olup araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 18 yaş üstü, Türkçe konuşabilen, okur yazar olan, araştırmaya katılmaya gönüllü 101 hasta oluşturmuştur (58).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Perianestezi konfor ölçeği

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyodemografik özellikleri

3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce servis sorumlu hemşiresi ile iletişime geçilmiş olup hastaların uygun oldukları zaman dilimi belirlenmiştir. Belirlenen zaman diliminde hastalara anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Hastanın klinik özellikleri hastanın dosyasından elde edilmiştir. Hastaların mahremiyetine özen göstermek için hastalar ile görüşme klinik serviste bulunan muayene odasında yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanıp sözlü ve/veya yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, tanımlayıcı Hasta Bilgi Formu (EK-1) ve Perianestezi Konfor Ölçeğini (PKÖ) (EK-2) içeren bir anket kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Hasta Bilgi Formu araştırmacılar tarafından literatüre göre oluşturulmuştur (7, 8, 54, 64). Hasta bilgi formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir düzeyi, daha önce ameliyatı geçirme durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, kimden bilgi alındığı soruları bulunmaktadır (EK-1) .

Perianestezi Konfor Ölçeği: Perianestezi konfor ölçeği 1990 senesinde Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (59). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Üstündağ ve Eti Aslan tarafından 2010 yılında yapılmıştır (5). Ölçek toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ), Kolcaba tarafından konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılır. Ölçek bireyin perianestezi dönemi hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 maddeden oluşmuştur. Ölçekteki her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Maddelerin 12’si pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12’si negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olup; puanlamada negatif maddeler tersine çevrilir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (6 p) yüksek

konfora, düşük puan (1 p) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1 p) yüksek konfora, yüksek puan (6 p) ise düşük konfora işaret etmektedir.

Ölçeğin değerlendirmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24 dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6 dağılımında belirtilir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan konforun iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türk toplumunda kullanımını sınamak amacıyla güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2010 yılında Üstündağ ve Eti Aslan tarafından yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (5).

3.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken ilişki arayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. PKÖ puanına etki eden faktörleri birlikte incelemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye hipofiz adenomu nedeniyle transsfenoidal yolla ameliyat olmak üzere yatış yapılmış ve ameliyat olacak hastalarla sınırlıdır. Araştırmanın tek hastanede yapılmış olması sonuçların transsfenoidal hipofiz cerrahisi olan tüm hastalara genellenebilirliğini etkiler.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma kapsamında öncelikle orijinal ölçeği geliştiren yazardan e-posta ile ölçeğin kullanılması için izin alınmıştır (EK-3). Ardından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan araştırma için onay alınmıştır (EK-4). Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan araştırma için izin alınmıştır (EK-5). Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Bařhekimlięi'nden izin alınmıştır (EK-6).



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucundan elde edilen verilerin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=101)

Değişkenler	Min-Mak (Medyan)	Ort±ss
Yaş (yıl)	19-70	40.87±10.61
Çocuk sayısı	0-6	1,93±1,37
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	50	49,5
Erkek	51	50,5
Medeni durum		
Evli	81	80,2
Bekar	20	19,8
Çocuk varlığı		
Evet	79	78,2
Hayır	22	21,8
Öğrenim durumu		
Okur-yazar	5	5,0
İlköğretim	40	39,6
Lise	33	32,7
Yüksekokul/Lisans	19	18,8
Lisansüstü	4	4,0
Meslek		
Ev hanımı	33	32,7
Memur	10	9,9
Serbest meslek	16	15,8
Emekli	12	11,9
İşçi	15	14,9
Diğer	15	14,9
Ekonomik durum		
Çok düşük	7	6,9
Düşük	21	20,8
Orta	69	68,3
Ortanın üstü	4	4,0
Toplam	101	100

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir. Hastaların yaşları 19 ile 70 yıl arasında değişmekte olup ortalama 40,87±10,61 yıldır. Hastaların %50,5'i erkek, %80,2'si evli, %78,2'sinin en az 1 çocuğu olduğu, %39,6'sı ilköğretim mezunu, %32,7'si ev hanımı, %9,9'u memur, %15,8'i serbest meslek sahibi, %11,9'u emekli, %14,9'u işçi, %14,9'u ise diğer mesleklere sahiptir.

Tablo 2. Hastaların Sağlığına İlişkin Verilerinin Dağılımı (N=101)

	Min-Mak	Ort±ss
Sigara (gün/adet)	0-25	6,41±8,31
	Sayı	%
Sağlık güvencesi		
Var	95	94,1
Yok	6	5,9
Sigara kullanımı		
Evet	42	41,6
Hayır	59	58,4
Hastalık hakkında bilgi		
Evet	97	96,0
Hayır	4	4,0
Hemşire	2	2,0
Doktor	78	77,2
Diğer	17	16,8
Kronik hastalık		
Evet	30	29,7
Hayır	71	70,3
Ameliyat geçmişi		
Evet	72	71,3
Hayır	29	28,7
Önceki ameliyat sebebi (n=74)		
Aynı sebepten	15	14,9
Farklı ameliyat	59	58,4

Hastaların %94.1'inin sağlık güvencesi bulunduğu, %41,6'sının sigara kullandığı, tükettikleri sigara sayısının ortalama 6,41±8,31 adet olduğu, %96'sı hastalık hakkında bilgi aldığı, %77,2'sinin bilgiyi doktordan aldığı, %29,7'sinin kronik hastalığı bulunduğu, %71,3'ünün daha önceden ameliyat olduğu, %58,4'ünün hipofiz adeomu dışında başka bir nedenle ameliyat oldukları bulundu (Tablo 2).

Tablo 3. Perianestezi Konfor Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Ölçekler	Ölçek Madde Sayısı	Ölçekten Alınabilecek Min-Max. Puan	Ölçekten Alınan Min-Max.Puan Medyan	Ort±Ss	Cronbach alfa
Perianestezi Konfor Ölçeği	24	1-6	3,04-6,00 (4.92)	4,83±0,66	0,78

Perianestezi Konfor Ölçeği 24 maddeden oluşmaktadır, ölçekten alınabilecek minimum puan 1 maksimum puan 6'dır. Bu araştırmada alınan puanlar 3,04 ile 6,00 arasında değişmekte olup ortalama 4,83±0,66 iken, medyan değeri 4,92 olarak bulunmuştur. Ölçeğe ait iç tutarlılık düzeyi 0,783 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Hastaların Yaşları, Çocuk Sayıları ve Günlük İçtikleri Sigara Sayıları İle PKÖ Puanı Arasındaki İlişki Düzeyinin İncelenmesi

Değişkenler	PKÖ	
	r	p
Yaş (yıl)	0,111	0,270
Çocuk sayısı	-0,065	0,517
Sigara (gün/adet)	0,022	0,829

r=Pearson korelasyon katsayısı

Hastaların yaşları, çocuk sayıları ve günlük içtikleri sigara sayıları ile PKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre PKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	PKÖ Ort±ss	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	4,81±0,71	t=-0,407	^a 0,685
Erkek	4,86±0,61		
Medeni durum			
Evli	4,80±0,67	t=-1,064	^a 0,290
Bekar	4,98±0,62		
Çocuk varlığı			
Evet	4,82±0,65	t=-0,537	^a 0,593
Hayır	4,90±0,70		
Öğrenim durumu			
İlköğretim ve altı	4,89±0,67	F=0,724	^b 0,487
Lise	4,72±0,61		
Yüksekokul/Lisans/Lisansüstü	4,89±0,72		
Meslek			
Ev hanımı	4,69±0,76	F=3,033	^b 0,014*
Memur	4,96±0,39		
Serbest meslek	4,65±0,50		
Emekli	5,45±0,48		
İşçi	4,81±0,70		
Diğer	4,81±0,55		
Ekonomik durum			
Çok düşük / Düşük	4,9±0,64	t=5,537	^a 0,021*
Orta ve üstü	4,93±0,65		

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi*p<0.05

Hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çocuk sahibi olma durumlarına, öğrenim durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Hastaların mesleklerine göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, emekli olguların puanlarının ev hanımı ve serbest meslek sahihi olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.008$, $p=0.018$). Diğer meslek grupları arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.0$).

Hastaların ekonomik durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.021$). Ekonomik durum orta ve üzeri olanların puanlarının çok düşük ve düşük olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Hastaların Sağlık Verilerine İlişkin Bilgilerine Göre PKÖ Puanının Karşılaştırılması

Değişkenler	PKÖ Ort±s	t/z	p
Sağlık güvencesi			
Var	4,96 (4,38, 5,33)	z=-0,057	°0,954
Yok	4,73 (4,71, 5,46)		
Sigara kullanımı			
Evet	4,85±0,67	t=0,213	°0,832
Hayır	4,82±0,65		
Hastalık hakkında bilgi			
Evet	4,92 (4,42, 5,33)	z=-0,679	°0,497
Hayır	4,88 (4,38, 5,00)		
Bilgiyi aldığı kişi			
Doktor	4,90±0,61	t=1,884	°0,063
Hemşire/Diğer	4,59±0,83		
Kronik hastalık			
Evet	4,98±0,66	t=1,440	°0,153
Hayır	4,77±0,65		
Ameliyat geçmişi			
Evet	4,88±0,66	t=1,013	°0,314
Hayır	4,73±0,66		
Önceki ameliyat sebebi			
Aynı sebepten	4,88±0,62	t=0,312	°0,756
Farklı ameliyat	4,81±0,72		

°Bağımsız gruplar t testi°Mann-Whitney U test (medyan (Q1, Q3) şeklinde sunulmuştur)

Q1: Birinci çeyreklik, Q3: Üçüncü çeyreklik

Hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına, sigara kullanma durumlarına, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarına, hastalık hakkında bilgiyi aldıkları kişiye, kronik hastalık varlığına, daha önce ameliyat olmuş durumlarına, daha önceden geçirdikleri ameliyatın sebebine göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. PKÖ Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	5,295	14,340	<0,001**	4,561	6,029
Meslek (ev hanımı)	-0,632	-2,960	0,004**	-1,056	-0,208
Meslek (memur)	-0,498	-1,889	0,062	-1,021	0,026
Meslek (serbest meslek)	-0,729	-2,898	0,005**	-1,228	-0,229
Meslek (işçi)	-0,341	-1,340	0,184	-0,845	0,164
Meslek (diğer)	-0,588	-2,456	0,016*	-1,063	-0,112
Ekonomik durum (orta ve üzeri)	0,350	2,352	0,021*	0,054	0,645
Bilgi alınan kişi (doktor)	0,469	2,614	0,011*	0,112	0,825

PKÖ puanı üzerine etki eden faktörlerin birlikte incelenmesi amacıyla geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize PKÖ puanı bağımlı değişken, birebir değerlendirmelerde PKÖ puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı ya da anlamlılığa yakın ($p<0.150$) etkileri olduğu gözlenen meslek, ekonomik durum ve bilgi alınan kişi değişkenleri bağımsız değişkenler olarak dahil edilmiştir. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin PKÖ puanına ait varyansın %22,7'sini açıkladığı saptanmıştır ($F=3.729$, $p=0.001$, $R^2=0.227$). Modelde meslek, ekonomik durum ve bilgi alınan kişinin anlamlı şekilde yer aldığı saptanmıştır. Ev hanımı olma durumunun PKÖ puanında 0,632 birim düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA): -0632 (-1,056, -0208), $p=0,004$]. Serbest meslek sahibi olma durumunun PKÖ puanında 0,729 birim düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA): -0,729 (-1,228, -0,229), $p=0.005$]. Diğer mesleklere sahip olma durumunun PKÖ puanında 0.588 birim düşüşe

neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA): -0,588 (-1,063, -0.112), p=0,016]. Ekonomik durumun orta ve üzeri olması durumunun PKÖ puanında 0,350 birim artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA): 0,350 (0,054, 0,645), p=0.021]. Doktordan bilgi alınmış olması durumunun PKÖ puanında 0,469 birim artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA): 0,469 (0,112, 0,825), p=0,011].



5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $40,87 \pm 10,61$ yıldır (Tablo 1). Ekberov' un çalışmasında hastaların yaş ortalamaları $39,89'$ dir (1). Özdemir Yavuz' un çalışmasında ise yaş ortalamaları $43,7$ yıldır (12). Bu araştırma sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Ameliyat olan hastaların %50,5'inin erkek olduğu bulundu (Tablo 1). Durmaz' ın çalışmasında hastaların %51,3'ü erkektir (2). Bu araştırma Durmaz' ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Samadova' nın çalışmasında çalışmaya alınan olguların 58'i kadındır (11). Aracı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alınan hastaların % 65,7' si kadındır (60). Bu araştırma sonuçları yapılan çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Hastaların % 80,2' nin medeni durumunun evli sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 1). Koç'un "Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmasında hastaların %66,7'sinin evlidir (76). Aksoy' un "Beyin Tümörü Tanısı Konmuş Bireylerin Fonksiyonel Değerlendirilmesi ve Algıladıkları Sosyal Destek Sistemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri" isimli çalışmasında ise hastaların %64' ü evlidir (78). Bu araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %78,2'sinin en az 1 çocuğu bulunmaktadır (Tablo 1). Koç' un çalışmasında hastaların %66,7' sinin en az 2 çocuğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (76). Bu araştırma sonucu Koç'un çalışma sonucuna benzerdir.

Araştırma kapsamındaki hastaların %39,6'sı ilköğretim mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 1). Uğur' un çalışmasında hastaların % 47,5'inin lise mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (77). Aksoy' un çalışmasında ise hastaların %36,0' sının ortaöğretim mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (78). Bu araştırma sonuçları yapılan çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın farklı örneklerle çalışmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Araştırmaya katılan hastaların %32,7'sinin ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 1). Koç' un çalışmasında hastaların %65,6'sının emekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (76). Aksoy' un çalışmasında ise hastaların %45' inin herhangi bir işte çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır (78). Bu araştırma sonucu yapılan çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hastaların cinsiyet ve yaş grubundan kaynaklandığı düşünüldü.

Bu araştırmada hastaların 68,3'ünün ekonomik durumu orta düzeyde olduğu bulundu (Tablo 1). Koç' un çalışmasında hastaların %58,3'ü, gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir (76). Bu araştırma sonucu Koç'un araştırma sonucuna benzerdir.

5.2. Hastaların Sağlık Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyat olan hastaların %41,6'sı sigara kullanmaktadır (Tablo 2). Aksoy' un çalışmasında hastaların %72'sinin sigara kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (78). Çetin' in çalışmasında ise %71,8' inin sigara kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (79). Bu araştırma sonuçları yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların %96'sı hastalık hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir (Tablo 2). Koç' un çalışmasında hastaların ameliyat öncesinde %100' ünün bilgi aldığı sonucuna ulaşılmıştır (76). Bu araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %77,2'si doktordan bilgi almıştır (Tablo 2). Koç' un çalışmasında hastaların %50' nin hekim, hemşire ve broşürden bilgi aldığı sonucuna ulaşılmıştır (76). Araştırma sonuçları yapılan çalışma sonucuna benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %29,7'sinin kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 2). Koç' un çalışmasında hastaların %70' inin kronik hastalığı bulunduğu sonucu çıkmıştır. Uğur' un çalışmasında hastaların %25' inin kronik hastalığı olduğu bulunmuştur (77). Araştırma sonucu Uğur'un çalışma sonucuna benzemekte, Koç'un çalışma sonucundan farklıdır. Bu farklılığın hastaların yaş grubundan kaynaklandığı düşünüldü.

Bu araştırmada hastaların %71,3'ü daha önceden ameliyat olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2). Uğur' un çalışmasında hastaların %62,5' inin daha önceden ameliyat olduğunun sonucu çıkmıştır (77). Bu araştırma sonucu Uğur' un çalışmasıyla benzerlik

göstermektedir. Koç' un çalışmasında hastaların %30' sinin daha önceden ameliyat olduğu sonucu çıkmıştır (76). Bu araştırma sonucu Koç' un çalışmasından farklılık göstermesi farklı örneklem ve yaş grubundan kaynaklandığı düşünüldü.

Hastaların %14,9'unun daha önceden geçirdiği ameliyatın aynı sebepten olduğunu, %58,4'ü ise farklı bir nedenle ameliyat olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2). Koç' un "Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmasında hastaların daha önceden oldukları ameliyatların %50' sinin beyin ameliyatı olduğu sonucu çıkmıştır (76). Bu araştırma sonucu Koç' un çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir. Bu farklılığın hastaların tümör tipi farklılığından kaynaklandığı düşünüldü.

5.3. Perianestezi Konfor Ölçeği Puanının Tartışılması

Cerrahi bölümlerdeki ilerlemelerin sayesinde birçok hastalığın cerrahi işlemlerle çözülmesine imkan sağlanmıştır. Cerrahi işlemler, hasta kişinin hayatının direk güvence sağlamayı hedefleyen işlemler olmakla birlikte hasta kişiyi tüm yönleriyle etki altına alan travma durumudur. Bu sebeple hastanın konfor durumunda bozulmalara sebep gösterilmektedir (5).

Sağlık alanında bakım hizmeti veren yerlerin hem sosyal hem de fiziksel açıdan vereceği rahatlık hasta bireyin konfor düzeyindeki artış ile birlikte sağlık hizmeti sağlayan hemşirelerde oluşacak güven hissini ve hastadaki memnuniyet derecesini fazlalaştırmaktadır (62).

Konfor kavramının birden fazla yönü olduğundan, hastadaki konforu geliştirmek için uygulanan işlemlerin total konfor seviyesinde beklenenden daha fazla etki oluşturabilmektedir ve perioperatif bakım hizmeti süresinde bu işlemler bulunmaktadır (63). Yapılan literatür taramasında hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörleri belirleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle bu araştırma sonuçları farklı endikasyonlarla ameliyat olmuş olan hastaların konfor düzeyini araştıran diğer çalışma sonuçları ile tartışıldı.

Araştırmaya katılan hastaların konfor ölçeğinden aldıkları puanlar 3,04 ile 6,00 arasında değişmekte olup aldıkları puan ortalamaları $4,83 \pm 0,66$ olarak bulundu (Tablo 3). Büyükcünal Şahin' in çalışmasında alınan puanlar 2,04 ile 6 arasında olup puan ortalamaları $4,82 \pm 0,61$ dir (61). Sönmez'in çalışmasında ise puan ortalamasının $5,17 \pm 0,5$ (2.88-6) olduğu sonucu çıkmıştır (17). Üstündağ'ın çalışmasında hastaların konfor düzeyi ortalaması $5,06 \pm 0,50$ sonucu çıkmıştır (47). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada ameliyat olan hastaların cinsiyetine göre PKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 5). Sönmez'in çalışmasında hastaların cinsiyetine göre konfor ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (17). Büyükcünal Şahin' in "Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmasına bakıldığında bireylerin % 81'inin kadın hastalar olduğu ve erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu söylemiştir (61). Üstündağ'ın "Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi" isimli çalışmasına bakıldığında hasta bireylerin %71,2'sini erkek bireylerin oluşturduğu ve erkek bireylerin konfor seviyelerinin daha yüksek seviyede olduğunu söylemiştir (47). Bu araştırma sonucu yapılan çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örneklem farklılığından ve cinsiyet oran farklılığından kaynaklandığı düşünüldü.

Araştırmaya katılan ameliyat olan hastaların yaşlarına göre PKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 5). Sönmez'e ait "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasında ise grubun yaş ortalaması $60,9 \pm 8,7$ yıldır (17). Üstündağ tarafından yapılan KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada hastaların yaş ortalaması 58.58 yıldır (47). Cebeci ve Çelik'in "Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin KABG Ameliyatı Geçiren Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" isimli çalışmalarında hastaların yaş ortalaması 58,9 yıl olarak bulunmuştur (64). Bu çalışmalar bizim araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kişilerin % 80,2' nin medeni durumunun evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu değerler sonucunda Olguların medeni durumlarına göre PKÖ

puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5). Büyükunal Şahin' in "Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmasında katılımcıların % 91,3' ünün evli olduğu bulunduğu, medeni halin konfor puanına etkisi açısından evli ve bekar hastaların konfor puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (61). Sönmez'e ait "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasında katılımcıların %94,8'inin evli bulunduğu ve medeni durumun konfor düzeyi üzerinde anlaşılır bir etkisinin bulunmadığını belirtmiştir (17). Bu çalışma sonucu Büyükunal Şahin ve Sönmez' in yaptığı çalışmayla aynı paralelliktedir. Ayrıca Sayedfatemi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada boşanmış ya da dul olan bireylerin ailelerinden desteklerini kaybettikleri için cerrahi işlemin konforu olumsuz yönde etkileyen sıkıntıları arttırdığını söylemişlerdir. Yalnız olan hastaların konforlarının evli bireylere göre daha düşük olduğunu söylemişlerdir (65).

Araştırmaya katılan hastaların %78,2'sinin en az 1 çocuğu bulunmaktadır. Hastaların çocuk sayıları 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama $1,93 \pm 1,37$ 'dir. Hastaların çocuk sayıları ile PKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 5). Literatür tarandığında çocuk sayılarıyla ilgili bir kaynak bulunamamıştır.

Bu araştırmada hastaların %39,6'sı ilköğretim mezunu olduğu ve öğrenim durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5). Büyükunal Şahin' in "Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmasında hastaların % 33,9'nun lise mezunu olduğu ve eğitim durumlarına göre gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlaşılır bir farkın olmadığı görülmüştür (61). Günçayır'ın çalışmasında da eğitim seviyesine göre hastaların konfor puanlarının ortalamaları arasında anlaşılır bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir (66). Bu çalışma sonucu Büyükunal Şahin ve Günçayır' in çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Ancak Sayedfatemi' nin ve Üstündağ' in çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça konfor seviyesinin de arttığı sonucunu belirtmişlerdir (47, 65).

Hastaların %32,7'si ev hanımı olduğu bulunmuştur. Hastaların mesleklerine göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır

($p=0.014$) (Tablo 5). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, emekli olguların puanlarının ev hanımı ve serbest meslek sahibi olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.008$, $p=0.018$). Diğer meslek grupları arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Kızıl Toğaç'ın "Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi" isimli çalışmasında ise girişim ve kontrol grubundaki hastalarının çoğunluğunun emekli ya da ev hanımı olduğu belirtilmiştir (67). Bu çalışma sonucu Toğaç'ın yaptığı çalışmayla aynı paralelliktedir. Özberksoy ise benzer şekilde eğitim etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında; hastaların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımlarının, kontrol grubunda %50 hastanın 41-50 yaş grubunda, %40'ının yüksekokul mezunu, %80'inin evli, deney grubu hastaların ise %53,3 ü 41-50 yaş grubunda, %33,3 ü lise mezunu, %83,3 ü evli, %56,7 si ev hanımı olduğunu belirtmişlerdir (68). Kara'nın çalışmasında ise çalışma grubundaki hastaların %42,86'sının öğrenci, %31,43'ünün işçi, %11,43'ünün memur, %8,57'sinin işsiz olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %48,57'sinin öğrenci, %20'sinin işçi, %17,14'ünün işsiz, %5,7'sinin memur sonucu çıkmıştır (69).

Hastaların %6,9'unun ekonomik durumu çok düşük iken, %20,8'inin düşük, %68,3'ünün orta, %4'ünün ise ortanın üstüdür (Tablo 5). Olguların ekonomik durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.021$). Ekonomik durum orta ve üzeri olanların puanlarının çok düşük ve düşük olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kızıl Toğaç'ın çalışmasında bireylerin çoğunda gelir seviyelerinin ortalama ve üzerinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (67). Üstündağ'ın çalışmasında ise gelir düzeyi düşük olan bireylerin konfor seviyelerinin de düşük olduğu belirtilmiştir (47). Bu araştırma Kızıl Toğaç ve Üstündağ'ın çalışmalarıyla benzerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %41,6'sı sigara kullanmaktadır. Hastaların günlük tükettikleri sigara sayıları 0 ile 25 adet arasında değişmekte olup ortalama $6,41 \pm 8,31$ adettir. Hastaların günlük içtikleri sigara sayıları ile PKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Kara'nın yaptığı çalışmada çalışma grubundaki kişilerin %54,29'unun sigara içtiği, kontrol grubundaki hastaların

ise %48,57'sinin sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (69). Onder ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonucunda bireylerin %78,5'inin sigara içtiği sonuca ulaşılmıştır (68). Ince ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise çalışma grubundaki bireylerin %84,6'sının sigara içtiği, kontrol grubundaki bireylerin %38,1'inin sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (71). Bu araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Hastaların %94,1'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Büyükcünal Şahin' in çalışmasında sosyal güvencesi olup sosyal güvenlik kurumundan sağlık hizmeti alanların oranının % 89,9 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (61). Ünülü' nün çalışmasında ise kontrol grubundaki bireylerin %94'ünün kontrol grubundaki bireylerin ise % 100'ünün sağlık güvencesi vardır (8). Kişinin herhangi bir sosyal güvencesinin bulunmaması ve ekonomik gelir seviyesinin düşük olması kişi için kaygıya sebep olan ve konforunu düşüren etmenlerden bir tanesidir (71). Bu araştırma sonucu yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %96'sı hastalık hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir. Hastaların %2'si bilgiyi hemşireden, %77,2'si doktordan, %16,8'i ise diğer kişilerden almıştır. Olguların hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların %45,4'ünün cerrahi işlem ile ilgili bilgi aldığı bulguları saptanmıştır (72). Çay' ın çalışmasında örnekleme oluşturan bireylerde %96,8'inin hekim kararıyla, %3,2'sinin kendi kararıyla cerrahi işlemin seçilmesi kararı saptanmıştır (73). Şal Sarıca' nın çalışmasında ise cerrahi işlemin kararının %81'inin hekim isteğiyle, %9,5'inin hasta isteğiyle verildiğini bulguları saptanmıştır (74). Bu araştırma sonucu literatüre paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %29,7'sinin kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların kronik hastalık varlığına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Büyükcünal Şahin' in çalışmasında hastaların % 23,9'unda kronik bir hastalık olduğu ve konfor puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (61). Ünülü' nün çalışmasında da kronik hastalık olma durumu kontrol grubunda %24, deney

grubunda %38,3 oranları çıkmış ve kronik hastalık olması durumunda konfor puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (8). Sönmez'in çalışmasında ise bireylerin % 48,8' inin kronik hastalık varlığı sonucu çıkmış ve kronik hastalık ile konfor arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (17). Bu araştırmadaki sonuçlar literatüre benzerdir.

Araştırma kapsamındaki hastaların %71,3'ü daha önceden ameliyat olduğunu ifade etmiştir. Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Sönmez' in yaptığı çalışmada çalışmada cerrahi deneyim yaşamayanların oranı %98,8' dir (17). Üstündağ'ın "Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi" isimli çalışmasında hastaların %59,6' sının (47), Yılmaz ve Gürler'in yaptıkları çalışmalarında bireylerin %60,4'ünün herhangi bir cerrahi işlem deneyimi yaşamadığı sonucuna ulaşmışlardır (75). Araştırmanın sonuçları yapılan çalışmalarda belirtilen bulgularla benzerlik göstermemektedir. Bu farklılığın örneklem farklılığından farklılığından kaynaklandığı düşünüldü.

Ameliyat olan hastaların %14,9'unun daha önceden geçirdiği ameliyatın aynı sebepten olduğunu, %58,4'ü ise farklı bir nedenle ameliyat olduğunu ifade etmiştir. Hastaların daha önceden geçirdikleri ameliyat türüne göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Büyükcünal Şahin' in araştırmasında bireylere uygulanan ameliyatlara bakıldığında; % 58,8'sinin sezaryen, % ameliyatı olduğu bulunmuştur (61). Ünülü' nün çalışmasına bakıldığında ise ameliyat isimlerine göre deney grubunun %48,9'unun Histerektomi + BSO, %38,3'ünün Histerektomi, %10,7'sinin Over Kisti Eksizyonu, %2,1'inin Myomektomi ameliyatı, kontrol grubunun %44'ünün Histerektomi+BSO, %44'ünün Histerektomi, %6'sının Over Kisti Eksizyonu, %6'sının Myomektomi işlemi olduğu bulgularına varılmış sonucunda ise deney ve kontrol grubu arasında işlem türü ve işlem ismi değişkenlerinde herhangi bir fark gözlenmemiştir (8). Bu araştırmadaki sonuçlar yapılan çalışmalarla ameliyatların farklılığından dolayı benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Ameliyat olan hastaların yaş ortalamasının 40.87 ± 10.61 olduğu, %50.5'sinin erkek, % 80.2' nin evli, %78.2'sinin en az 1 çocuğu, %39.6'sının ilköğretim mezunu, %32.7'sinin ev hanımı, %68.3'ünün orta düzey ekonomiye sahip, %41.6'sı sigara içtiği, %94.1'inin sağlık güvencesi olduğu, %77,2'sinin doktordan bilgi aldığı, %29,7'sinin kronik hastalığı bulunduğu, %71,3'ünün daha önceden ameliyat olduğu bulunmuştur.
- Transsfenoidal hipofiz adenomu ameliyatı olan hastaların konfor puan ortalamaları 4.83 ± 0.66 olarak bulunmuş olup hastaların konfor düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.
- Hastaların mesleklerine göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bonferroni düzeltmeli ileri analizde bu farklılığın emekli hastalardan kaynaklandığı ve emekli hastaların puan ortalamalarının diğer hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ekonomik durumlarına göre PKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.021$). Ekonomik durum orta ve üzeri olan hasta konfor puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Hipofiz adenomu nedeniyle ameliyat olan hastaların mesleğinin, ekonomik durumunun ve hastalığına ilişkin bilgi aldığı kişinin konfor düzeyini etkilediği saptandı.
- Ameliyat geçiren kişilerin konforunu etkileyen tanımlayıcı özelliklerden meslek faktörü yönünden anlamlı saptanmıştır, emekli olguların puanlarının ev hanımı ve serbest meslek sahihi olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırma sonucunda;

- Holistik yaklaşımla hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi
- Konfor düzeyinin değerlendirilmesinde sosyodemografik özelliklerin de değerlendirmeye alınması,
- Hastalara bilgilendirme yapılması
- Araştırmanın daha büyük örneklemelerde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ekberov A., Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıpta Uzmanlık Tezi; *Hipofiz Adenomlarının Cerrahi Tedavisinde Hormonal Değişimin Yaş, Cinsiyet, Tümör Büyüklüğü ve Cerrahi Yaklaşım Şekli ile İlişkisi*, Ankara, 2014.
2. Durmaz M.O., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; *Hipofiz Adenomlarının Retrospektif Analizi*, İzmir, 2014.
3. Düz B., Kaplan M., Seçer H.İ., Gönül E. “Hipofiz Adenomlarının Tedavisindeki Gelişmeler”, *Türk Nörosirürji Dergisi*, 2008, Cilt: 18, Sayı: 3, 173-178.
4. Berker M., Hazer D.B. “Hipofiz Makroadenomları” *TürkNoroşirDergisi*, 2014, Cilt: 24, Ek Sayı: 3, 20-25.
5. Üstündağ H.,Eti Aslan F. “Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması” *Turkiye Klinikleri 94 J NursSci* 2010;2(2).
6. Kuguoglu S., Karabacak Ü. “Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* (2008) Cilt 16 - Sayı 61 : 16-23.
7. Büyükünâl Şahin P., Rızalar S. “Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *HSP* 2018;5(3):404-413.
8. Ünülü M., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; *Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma ve Konfor Düzeyine Etkisi, İstanbul*, 2014.
9. Terzi B., Kaya N. “Konfor Kuramı ve Analizi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;2017:20:1.
10. Özaslan E., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; *Hipofiz adenomları ve Diğer Sellar Tümörlerin Operasyon Sonrası Klinik Takibi, Kayseri*, 2012.
11. Samadova A, *Hipofiz Adenomlarında Operasyon Öncesi, Erken Operasyon Sonrası ve Geç Takiplerde Hipofiz MR'ın Etkinliği ve MR Kontrast Madde Kullanımının Gerekliliği* 2017.
12. Yavuz ÖA., On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; *Hipofiz adenomlu hastalarda klinik, laboratuvar, tanı ve tedavinin retrospektif olarak değerlendirilmesi, Samsun*, 2015.

13. Ortiz-Plata, A., Tena-Suck, M. L., Pérez-Neri, I., Rembao-Bojórquez, D., & Fernández, A., “Pituitary Adenomas–Clinico-Pathological, Immuno histochemical and Ultrastructural Study”, *Pituitary Adenomas*, (2012).49.
14. Thorner MO, Vance ML, Horvath E, Kovacs K, “Theanteriorpituitary. In Wilson JD, Foster DW” , *WilliamsTextbook of Endocrinology*, 1992, 221-310.
15. Ebeoğlu A., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; *Kadavrada hipofiz adenomu varlığının araştırılması*, İzmir, 2011.
16. Özalp H., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Nöroşirürji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; *Hipofiz Adenomlarında Endoskopik Yolla Transnazal – Trans Sfenoidal Cerrahi Etkinliğin Klasik Yöntemlerle Karşılaştırılması*, Ankara, 2010.
17. Sönmez A., Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi; *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi*, Edirne, 2013.
18. Wilson, C.B., “Surgical management of pituitary tumors”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1997, 82(8), 2381-2385.
19. Kovacs, K., Scheithauer, B. W., Horvath, E., & Lloyd, R. V., “The world health organization classification of adenohypophysial neoplasms: A proposed five-tier scheme. *Cancer: Interdisciplinary International” Journal of the American Cancer Society*, 1996, 78(3), 502-510.
20. FitzPatrick M, Tartaglino LM, Hollander MD, Zimmerman RA, Flanders AE “Imaging of sellarandparasellarpathology” *Imaging in OphtalmologyI*, 1999, 37(1).
21. Asa SL, Kovacs K, Horvath E, Ezrin C, Weiss MH, “Sellarglomangioma” *UltrastructPathol*, 1984, 7:49-54
22. Feigenbaum, S. L., Martin, M. C., Wilson, C. B., & Jaffe, R. B., “Lymphocytic adenohypophysitis: A pituitary mass lesion occurring in pregnancy: Proposal for medical treatment” *American journal of obstetrics and gynecology*, 1991 164(6), 1549-1555.
23. Schubiger O, “Radyology of pituitaryadenomas. Landolt AM, Vance ML, Reilly PL. PituitaryAdenomas New” *New York Churchill Livingstone*, 1996, 177-219.
24. Rhoton AL Jr, Hardy DG, “Chambers SM, Microsurgicalanatomyanddissection of thesphenoid bone, cavernoussinusandsellarregion” *SurgNeurol*1979, 12:63-74.

25. Hattori N, "Macroprolactinemia: a new cause of hyperprolactinemia" *J Pharmacol*, 2003, 92:171-177.
26. Sheppard MC, "GH and mortality in acromegaly" *J Endocrinol Invest*, 2005, 75-78.
27. Sheehan, J., Jagannathan, J., Pouratian, N., & Steiner, L. "Stereotactic radiosurgery for pituitary adenomas: a review of the literature and our experience", *Frontiers of hormone research*, 2006, 34(R), 185.
28. Youssef, A. S., Agazzi, S., & van Loveren, H. R. "Transcranial surgery for pituitary adenomas" *Operative Neurosurgery*, 2005, 57(suppl_1), 168-175.
29. Wilson G., "Neurosurgical management of large and invasive pituitary tumors" *Clinical management of pituitary disorders*, 1979, 335-342.
30. Snow, R. B., Lavyne, M. H., Lee, B. C., Morgello, S., & Patterson Jr, R. H. "Craniotomy versus transsphenoidal excision of large pituitary tumors: the usefulness of magnetic resonance imaging in guiding the operative approach", *Neurosurgery*, 1986 19(1), 59-64.
31. Naganuma, H., Satoh, E., & Nuku, H. "Technical considerations of transsphenoidal removal of fibrous pituitary adenomas and evaluation of collagen content and subtype in the adenomas", *Neurologia medico-chirurgica*, 2002, 42(5), 202-213.
32. Pierallini, A., Caramia, F., Falcone, C., Tinelli, E., Paonessa, A., Ciddio, A. B., & Bozzao, L., "Pituitary macroadenomas: preoperative evaluation of consistency with diffusion-weighted MR imaging—initial experience" *Radiology*, 2006, 239(1), 223-231.
33. Ekberov A, Kural C, Solmaz İ, Temiz Ç, Tehli Ö, Gönül E, & İzci Y, "Hipofiz Adenomlarının Cerrahi Tedavisinde Hormonal Değişimin Yaş, Cinsiyet, Tümör Büyüklüğü ve Cerrahi Yaklaşım Şekli ile İlişkisi" *Türk Nöroşir Derg*, 2006, 26(3):182-190.
34. Leung, G. K. K., Law, H. Y., Hung, K. N., Fan, Y. W., & Lui, W. M. "Combined simultaneous transcranial and transsphenoidal resection of large-to-giant pituitary adenomas" *Acta neurochirurgica*, 2011, 153(7), 1401-1408.
35. Cho D. Y., & Liao, W. R., "Comparison of endonasal endoscopic surgery and sublabial micro surgery for prolactinomas", 2002, *Surgical neurology*, 58(6), 371-375.

36. Cappabianca, P., Cavallo, L. M., Colao, A., De Caro, M. D. B., Esposito, F., Cirillo, S., ... & De Divitiis, E., "Endoscopic endonasal transsphenoidal approach: outcome analysis of 100 consecutive procedures", 2002, *Min-Minimally Invasive Neurosurgery*, 45(04), 193-200.
37. Dal, Ü., Bulut, H., & Güler Demir, S. "Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar", *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2012, 8(1), 34-40.
38. Erdil, F., & Elbaş, N. Ö., "Cerrahi hastalıkları hemşireliği", 2001, Aydoğdu Ofset.
39. Erdil, F., & Elbaş, N. Ö., "Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği", 2012, 6. Basım, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaası.
40. Güler H, & Taşkın L. "Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi", 2001, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5 (2), 10-18.
41. Bulut, H., "Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. İçinde Aştı, T. A. ve Karadağ, A. (Ed), *Hemşirelik esasları: Hemşirelik bilimi ve sanatı*" İstanbul Akademi Basın ve Yayıncılık; 697-720.
42. Yaban Şimşek, Z., & Karaöz, S., "Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı", *CBÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007 11, 47-53.
43. LeMone, P., & Burke, K. M., "Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care (Vol. 1)", 2008, Pearson Education India.
44. Kolcaba, K. Y., "A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*" 1994, 19(6), 1178-1184.
45. Kolcaba, K., "Evolution of the midrange theory of comfort for out comes research", 2001, *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
46. Kolcaba, K., "Comfort the oryand practice: a vision for holistic health care and research", 2003, Springer Publishing Company.
47. Üstündağ H., *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi; Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi, İstanbul 2009.*
48. Yücel, Ş. "Kolcaba'nın konfor kuramı", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27(2), 79-88.

49. Karakaplan, S., & Yıldız, H., “Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1), 55-65.
50. Kaya, N.,“Onkoloji hemşireliği ve hemşirelik tanıları. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*”, 2010, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul, 3-10.
51. Kolcaba, K. Y.,“Holistic comfort: Operation alizingtheconstruct as a nurse-sensitiveoutcome” 2010, *Advances in NursingScience*, 2010, 15(1), 1-10.
52. Karabacak, Ü., & Acaroğlu, R., “Konfor kuramı”, 2011, *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1), 197-202.
53. Karabacak Ü., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi; *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*, İstanbul, 2004.
54. Sevilir Pamukçu C., Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; *Ameliyat geçiren hastaların bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi*, İstanbul, 2011.
55. Bahar, A., & Taşdemir, H. S.,“Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık bilimleri Dergisi*, 2008, 11(2), 9-17.
56. Fındık, Ü., & Topçu, S.,“Cerrahi girişime alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi”,2012., *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33
57. Erdemir, F., &Çırlak, A., Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2013, 6(4).
58. Arlı M., Nazik M.H. U (2010), *Bilimsel Araştırmaya Giriş*, Ankara:Gazi Kitapevi.
59. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice A Visionfor Holistik Health care and Research. 1st ed. NewYork: Springer Publishing Company; 2003. p.35-68.
60. Densel A, Bozkurt H, Kaya İ, & Üstün E. Hipofiz Adenomlarında Transsfenoidal Mikrocerrahinin Endokrinolojik Kür Üzerine Etkisi ,*Bozok Tıp Dergisi*, 2017, 7(1), 32-39.

61. Büyükunal Şahin P., İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, İstanbul, 2018.
62. Gray, Y. L., & Sedhom, L., “Client satisfaction: traditional care versus cluster care”, *Journal of Professional Nursing*, 13(1), 56-61.
63. Kolcaba, K., & Wilson, L., “Comfort care: A framework for perianesthesia nursing”, 2002, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 1997, 17(2), 102-114.
64. Cebeci F. , & Çelik S., “Taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin KABG hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi”, *Turk J Thorac Cardiovasc Surg*; 2011,19(2):176-170.
65. Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., & Kolcaba, K., “Comfortandhope in the preanesthesiastage in patient sunder going surgery”, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2014, 29(3), 213-220.
66. Günçayır D., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi; *Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi*, Erzurum, 2011.
67. Kızıl Toğaç H., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi; *Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi*, Manisa, 2018.
68. Özberksoy A., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi*, İzmir, 2006.
69. Kara M., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Pilodinal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi*, Karabük, 2018.
70. Onder A, Girgin S, Kaplan M, Toker M, Arikanoglu Z, Palanci Y, Bac B., “Pilonidal sinus disease: Risk factors for postoperative complications and recurrence”, *Int Surg*, 2012, 97:224-229.
71. Ince, M., Atilgan, H., Ozcelik, F., & Arslan, E., “Smoking and Lipid Profile in Pilonidal Sinus Patients”, *European Journal of General Medicine*, 2014, 11(2), 90-93.

72. Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Havva, Kara, & Aslan, A. “Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018, 5(1), 3-9.
73. Çay E., Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; *Günübirlik cerrahi girişim sonrası hastaların yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi*, İstanbul, 2011
74. Şal Sarıca E., Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Günübirlik cerrahi kararını etkileyen değişkenler, hastaların yöntem hakkındaki bilgi ve memnuniyet düzeyleri*, İstanbul, 2007.
75. Yılmaz, M., & Gürler, H. , Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri, *Ağrı Dergisi*, 2011, 23(2), 71.
76. Koç N., Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Beyin tümörü ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler* , İstanbul, 2016.
77. Uğur N., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Beyin tümörü ameliyatı olan hastalarda genel vücut banyosunun ağrı, anksiyete, vital bulgular ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi*, Ankara, 2018
78. Aksoy E., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; *Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri*, Edirne, 2018.
79. Çetin A., İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; *Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi*, İstanbul, 2014.

EKLER:

EK-1: HASTA TANITIM FORMU

1. Yaşınız:
2. Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekâr
- a) Çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır kaç çocuğunuz var:.....
3. Öğrenim durumunuzu işaretleyiniz
- a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Yüksekokul/Lisans e) Lisansüstü
4. Çalışma durumunuz / mesleğiniz nedir?
- a) Ev hanımı b) Memur c) Serbest meslek d) Emekli e) İşçi f) Diğer
5. Ekonomik durumunuz hangi seviyede?
- a) Çok düşük b) Düşük c) Orta d) Ortanın üstü e) Yüksek
6. Sağlık güvenceniz nedir?
- a) Var b) Yok
7. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayıradet/gün
8. Hastalık hakkında bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır
9. Evet, ise kimden bilgi aldınız? a) Hemşire b) Doktor c) Diğer
10. Kronik hastalığınız var mı? a) Evet (.....) b) Hayır
11. Daha önce ameliyat oldunuz mu? a) Evet b) Hayır
12. Daha önce ameliyat olmuşsanız aynı sebepten mi ameliyat oldunuz?
- a. Evet aynı sebepten
- b. Hayır farklı bir ameliyat oldum(.....)

EK-2: PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle					Kesinlikle						
	Katılıyorum					Katılmıyorum						
1. Sakindim	6	5	4	3	2	1						
2. Üşüyordum	6	5	4	3	2	1						
3. Yabancı bir ortamdı	6	5	4	3	2	1						
4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım	6	5	4	3	2	1						
5. Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu	6	5	4	3	2	1						
6. Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu	6	5	4	3	2	1						
7. Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6	5	4	3	2	1						
8. Çok endişeliydim	6	5	4	3	2	1						
9. Hemşirem duygularımı önemsemedi	6	5	4	3	2	1						
10. Gürültü rahatsız ediciydi	6	5	4	3	2	1						
11. Hemşirem nazikti	6	5	4	3	2	1						
12. Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı	6	5	4	3	2	1						
13. Kontrolümü kaybettim	6	5	4	3	2	1						
14. Çevremdeki genel hava güven vericiydi	6	5	4	3	2	1						
15. Bakım kalitem yetersizdi	6	5	4	3	2	1						
16. İsteklerim yerine getirildi.	6	5	4	3	2	1						
17. Öz-saygım korunmadı	6	5	4	3	2	1						
18. Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum	6	5	4	3	2	1						
19. Buradaki ortamın güvenli olduğun uhissettim	6	5	4	3	2	1						
20. Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı	6	5	4	3	2	1						
21. Uyumaktan korkmuyordum	6	5	4	3	2	1						
22. İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrıyordu	6	5	4	3	2	1						
23. Burada aldığım bakımdan memnunum	6	5	4	3	2	1						
24. Hemşire benimle çok ilgilendi	6	5	4	3	2	1						

EK-3 : ÖLÇEK İZNI

Perianestezi Konfor Ölçeği

Gelen Kutusu x



omer koyuncu <omerkoyuncu41@gmail.com>

5 Aralık Çar 06:53



Alıcı: ustundag_hulya

Merhaba hocam

Ben Okan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Dr.Öğr.Üyesi İlknur Çalışkan ile birlikte Hipofiz Adenomu Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Konforu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi konulu tez çalışması planlamaktayız. Araştırmanız "Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" çalışmanızdan Perianestezi Konfor Ölçeğinizi izniniz olursa kullanabilir miyiz? İzin vererseniz ölçeği ve puanlamasını bizimle paylaşabilir misiniz? Saygılarımla iyi günler ve iyi çalışmalar dilerim. Ömer Koyuncu.



Hülya Üstündağ

5 Aralık Çar 14:22



Alıcı: ben

Merhaba Ömer

Perianestezi Konfor Ölçeğini kullanabilirsin. Tezinde başarılar dilerim. Ölçeği ve puanlamasını ayrıca geçerlilik güvenilirlik yapıldığı makaleyi gönderiyorum. Sevgiler Hülya Üstündağ

2 Ek



EK-4: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ		
	Telefon	0262 303 74 50		
	Faks	0262 303 74 63		
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr		

Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Hipofiz Adenomu Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2019/7			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Dr. Öğretim Üyesi İknur ÇALIŞKAN			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Hemşirelik			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Beyin ve Sinir Hastalıkları Kliniği			
	Destekleyici				
	Araştırmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	Çok Merkezli	Ulusal	Uluslararası

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmanın Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu Onay formu	Rev. Tarihi / No.su: 18.10.2017/KOGOEK01.2	Sayfa 1/2
--	--------------------------	---	--------------

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2019/01.14	Proje No: 2019/7	Tarih: 27.01/2019
	Dr. Öğretim Üyesi İlnur ÇALIŞKAN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semih Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay Formu	18.10.2017/KOGDEK01.2	2/2

EK-5: ANABİLİM DALI İZİNİ

Kocaeli Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna

Sorumlu araştırmacısı olduğu "Hipofiz Adenomu Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli araştırma projesinde "veri toplama ve uygulama" kısmının birimizde yürütülmesi uygundur.

Gereğini arz ederim.

D. No: 4761
Nöroloji A.B.D.
KOD TIP FAKÜLTESİ
Prof. Dr. İhsan ANIK
Araştırma Birim Sorumlusu

Tarih:

ASLI GİBİDİR



EK-6: HASTANE İZİNİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kurumunuzda "Hipofiz Adenomu Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli araştırma projesinde 2019 yılında Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalındaki hastaların görüşlerini veri olarak kullanmak istemekteyim.

İlgili verilerin 20 Ekim 2016 tarih ve 29863 sayılı "KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN İŞLENMESİ VE MAHREMİYETİN SAĞLANMASI HAKKINDA YÖNETMELİK" hükümlerine uygun şekilde kullanmamızı sağlamanız için, gereğini arz ederim.



Ömer KOYUNCU

ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı:	Ömer	Soyadı:	Koyuncu
Doğum Yeri:	İzmit/KOCAELİ	Doğum Tarihi:	26.03.1989
Uyruğu:	T.C	Tel:	
E-Mail:	omerkoyuncu41@gmail.com		

2. Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi	2019
Lisans:	Erzurum Atatürk Üniversitesi	2012
Lise:	Gölcük Barbaros Hayrettin Lisesi	2006

3. İş Bilgileri

Görevi	Kurum	Süre
Supervisor	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Mayıs 2019-
Hemşire	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2014
Hemşire	Özel Kocaeli Akademi Hastanesi	2013