

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTANELERDE GENEL CERRAHİ BÖLÜMLERİNDE
YAPILAN AMELİYATLARIN TIBBİ ANALİZİ VE
ÜSKÜDAR DEVLET HASTANESİNDE BİR
UYGULAMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Serpil ÜLKER**

İstanbul, 2010

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTANELERDE GENEL CERRAHİ BÖLÜMLERİNDE
YAPILAN AMELİYATLARIN TIBBİ ANALİZİ VE
ÜSKÜDAR DEVLET HASTANESİNDE BİR
UYGULAMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Serpil ÜLKER

Öğrenci No:
080746097

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ

İstanbul, 2010

YEMİN METNİ

Sunduğum yüksek lisans tezimi, Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına and içerim. 11/06/2010

ADAY: SERPİL ÜLKER

TEŞEKKÜR

Çalıőmalarım süresince benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ'e, araőtırmalarım esnasında benden yardımlarını esirgemeyen Üsküdar Devlet Hastanesi Baőhemőiresi Nermin Erten'e, Genel Cerrahi Servisinde çalışmakta olan Genel Cerrahi Uzman Doktorlarına, Hemőirelerine, istatistiksel verileri düzenlememde yardımlarını esirgemeyen Ömer Demirkoparan'a, yazım ve düzenleme konusunda benden yardımlarını esirgemeyen çok değerli kardeőlerim Sinan Ülker ve Senem Ülker'e, çalıőmalarım sırasında destekleri esirgemeyen arkadaşlarıma, hayatımın her aőamasında yanımda olup bana destek olan anneme ve babama sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

11.06.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746097 numaralı *Serpil ÜLKER*'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**HASTANELERDE GENEL CERRAHİ BÖLÜMLERİNDE YAPILAN AMELİYATLARIN TIBBİ ANALİZİ VE ÜSKÜDAR DEVLET HASTANESİNDE BİR UYGULAMA**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 31.05.2010 tarih ve 2010/15 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçaklığı/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. ŞEFER GÜMÜŞ

ÜYE
PROF.DR. HALİT KESKİN

ÜYE
PROF.DR. ALİ EKBER AKGÜN

**HASTANELERDE GENEL CERRAHİ BÖLÜMLERİNDE YAPILAN
AMELİYATLARIN TIBBİ ANALİZİ VE ÜSKÜDAR DEVLET
HASTANESİNDE BİR UYGULAMA**

Tezi Hazırlayan: Serpil ÜLKER

ÖZET

Bu tez çalışmasında Üsküdar Devlet Hastanesinin 01.01.2007 – 30.06.2009 tarihleri arasında genel cerrahi servisinde yapılan ameliyatların tıbbi analizi yapılmaktadır. Araştırma da genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların ameliyat türlerinin hastanedeki kalış süresindeki beklentilere etkileri araştırılmıştır. Araştırma da anketle veri toplama yöntemi tercih edilmiştir. 05.01.2010 – 05.04.2010 tarihleri arasında genel cerrahi servisinde ameliyat olan 127 hastaya ameliyatlarına göre hastanedeki kalış süresindeki beklentileri üzerine 47 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Yapılan araştırmada; Üsküdar Devlet Hastanesinde genel cerrahi servisinde yatan hastaların hastalıkları ve yapılan ameliyatlar tanımlanmıştır. 01.01.2007-30.06.2009 tarihleri arasında genel cerrahi servisinde yapılan ameliyatların tıbbi analizleri yapıldı. Bu analiz sonuçlarına göre hastaların hastanede ortalama kaç gün yattığı verileri elde edilip tablolandırılmıştır.

Hastalar uygulanan anket analizlerinde sorulan sorulara verilen yanıtlardan hastaların hastaneye yattıkları zaman hastalıklarına göre ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentilerini neler olduğu ve bu beklentilerini etkileyen nedenlerin neler olduğunu görülmüştür. Hastaların bu beklentilerini ve kalış süresini etkileyen nedenler aralarındaki ilişkinin nasıl olduğunu elde edilen verilerle incelenmiştir. Verilerin analizinde ki kare testi kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta beklentileri, hastalık, genel cerrahi ameliyatları, ameliyat- yatış günü ilişkisi

**MEDICAL ANALYSIS OF SURGERIES IN GENERAL SURGERY
DEPARTMENTS IN THE HOSPITALS AND APPLICATION IN USKUDAR
STATE HOSPITAL**

Thesis submitted by: Serpil ÜLKER

ABSTRACT

In this thesis, the surgeries operated in general surgery department of Üsküdar State Hospital between the dates 01.01.2007 – 30.06.2009 has been medically analyzed. The research has been performed on the effects of surgery types for the patients having surgeries in general surgery department on the duration of the hospital stay. Survey method has been selected in this research. A survey containing 47 questions have been applied regarding the expectation on the duration of hospital stay to the 127 patients having surgeries in general surgery department between the dates 05.01.2010 – 05.04.2010.

In this research; the diseases of the patients and surgeries operated in the general surgery department of Üsküdar State Hospital. The medical analysis of the surgeries in general surgery department between the dates 01.01.2007 and 30.06.2009 have been performed. The data of total duration of hospital days for the patients according to this analysis have been achieved and tabulated.

According to the answers given to the questions to the survey applied to the patients, expectations of the patients about their duration of hospital days after surgery and the effect related to the expectation have been realized. The relationship between these expectations of patients and the reasons affecting the duration of hospital days have been evaluated based on the acquired data. Chi square test has been used in the data analysis.

Key Words: Patients expectations, disease, general surgery operations (surgeries), surgery- hospital day relationship

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	
Teşekkür	
Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler.....	I
İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler (Abstract).....	II
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	III
TABLOLAR LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1
1. HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	3
1.1.Hastanelerin Tanımı, Amaçları.....	3
1.2.Hastanelerin Tanımı.....	3
1.3. Hastanelerin Amaçları.....	4
1.4. Hastane İşletmesinin Temel Özellikleri.....	5
1.5. Hastanenin İşlevleri.....	5
1.6. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	6
1.6.1. Mülkiyetlerine göre Hastaneler.....	7
1.6.2. Hizmet Türüne göre Hastaneler.....	7
1.6.3. Yatak Kapasitesine göre Hastaneler.....	8
1.6.4.Yatış Süresine göre Hastaneler.....	8
1.7. Hastanelerin Fonksiyonları.....	8
2. GENEL CERRAHİNİN TANIMI VE GENEL CERRAHİ AMELİYATLARI.10	
2.1. Cerrahinin Felsefesi.....	10
2.1.2. Cerrahinin Tarihçesi.....	10
2.2. Genel Cerrahi Ameliyatları.....	12
2.2.1. Apandisit.....	12
2.2.1.1. Anatomi.....	12
2.2.1.2. İnsidans.....	13
2.2.1.3. Etiyoloji.....	13
2.2.1.4. Klinik Belirtiler.....	14
2.2.1.5. Fiziki Bulgular.....	14
2.2.1.6. Akut Apandisitte Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gereken Hastalıklar.....	14
2.2.1.7. Laboratuvar Bulguları.....	15

2.2.1.8. Görüntüleme Yöntemleri.....	15
2.2.1.9. Kompliksyonlar.....	15
2.2.1.10. Gebelikte Akut Apandisit.....	15
2.2.1.11. Tedavi.....	15
2.2.1.12. Cerrahi Tedavi.....	16
2.2.2. Anorektal Hastalıkların Anatomisi.....	16
2.2.2.1. Anal Fissür.....	17
2.2.2.1.1. Etiyoloji.....	18
2.2.2.1.2. Belirti ve Bulgular.....	18
2.2.2.1.3. Tıbbi Tedavi.....	19
2.2.2.1.4. Cerrahi Tedavi.....	19
2.2.2.2. Anal Fistül.....	20
2.2.2.2.1. Belirti ve Bulgular.....	21
2.2.2.2.2. Tedavi.....	21
2.2.2.3. Hemoroid ve Anatomi.....	22
2.2.2.3.1. Hemoroidin Oluşumunda Etkili Olan Faktörler.....	22
2.2.2.3.2. Belirti ve Bulgular.....	23
2.2.2.3.3. Tedavi.....	23
2.2.2.3.4. Cerrahi Tedavi.....	24
2.2.2.4. Pilonidal Sinüs.....	25
2.2.2.4.1. Epidemiyoloji.....	25
2.2.2.4.2. Belirtiler.....	26
2.2.2.4.3. Klinik Bulgular ve Tanı.....	26
2.2.2.4.4. Akut Pilonidal Sinüs Apsesi.....	27
2.2.2.4.5. Kronik Pilonidal Sinüs Hastalığı.....	27
2.2.2.4.6. Kronik Tekrarlayan Pilonidal Sinüs Hastalığı.....	27
2.2.2.4.7. Tedavi.....	28
2.2.2.5. Fıtık (Herni).....	29
2.2.2.5.1. Anatomi.....	29
2.2.2.5.2. İnsidans.....	31
2.2.2.5.3. Karın Duvarı Fıtıkları.....	31
2.2.2.6. Kasık Fıtıkları (İnguinal Herni) ve Anatomisi.....	33
2.2.2.6.1. Kasık Fıtıklarının Ayırıcı Tanısı.....	36
2.2.2.6.2. Belirti ve Bulgular.....	37

2.2.2.6.3. Komplikasyonlar.....	37
2.2.2.6.4. Tedavi.....	37
2.2.2.6.5. Cerrahi Komplikasyonlar.....	39
2.2.2.7. Göbek Fıtığı (Umbilikal Herni) ve Etiyolojisi.....	39
2.2.2.7.1. İnsidans.....	39
2.2.2.7.2. Tanı.....	40
2.2.2.7.3. Komplikasyonlar.....	40
2.2.2.7.4. Tedavi.....	40
2.2.2.8. Epigastrik Fıtık.....	41
2.2.2.8.1. Tanı.....	41
2.2.2.8.2. Tedavi.....	41
2.2.2.9. İnsizyonel Fıtıklar.....	42
2.2.2.9.1. Etiyoloji.....	43
2.2.2.9.2. Tedavi.....	43
2.2.2.10. Spigelian Fıtığı.....	44
2.2.2.10.1. Tanı.....	44
2.2.2.10.2. Tedavi.....	44
2.2.2.11. Guatr ve Anatomisi.....	45
2.2.2.11.1. Diffüz Non-Toksik (Basit) Guatr.....	46
2.2.2.11.2. Klinik Bulgular.....	48
2.2.2.11.3. Tanı Yöntemleri.....	48
2.2.2.12. Hipertiroidi.....	49
2.2.2.12.1. Klinik Bulgular.....	50
2.2.2.12.2. Toksik Difüz Guatr (Basedow–Graves Hastalığı).....	50
2.2.2.12.3. Tedavi.....	52
2.2.2.12.4. Komplikasyonlar.....	52
2.2.2.13. Hipotiroidi.....	53
2.2.2.13.1. Tedavi.....	54
2.2.2.14. Meme ve Anatomisi.....	54
2.2.2.14.1. Tanı.....	57
2.2.2.14.2. Muayene.....	57
2.2.2.14.3. İnceleme.....	57
2.2.2.14.4. Palpasyon.....	59

2.2.2.14.5. Meme Hastalıklarının Semptomların ve Fizik Bulguların Değerlendirilmesi.....	59
2.2.2.14.6. Meme Hastalıklarında Görüntüleme.....	63
2.2.2.14.7. Bening Oluşumlar.....	63
2.2.2.15. Meme Kanseri'nin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	64
2.2.2.15.1. Klinik Bulgular.....	65
2.2.2.15.2. Tedavi.....	66
2.2.2.16. Safra Kesesi'nin Anatomisi ve Fizyolojisi.....	67
2.2.2.16.1. Safra Taşı Oluşum Fizyolojisi.....	67
2.2.2.16.2. Akut Kolesistit.....	68
2.2.2.16.3. Akut Kolesistit Ayırıcı Tanı.....	69
2.2.2.16.4. Kronik Kolesistit.....	69
2.2.2.16.5. Koledokolityaz ve Kolanjit.....	70
2.2.2.16.6. Teşhis Yöntemleri.....	70
2.2.2.16.7. Tedavi.....	71
2.2.2.16.8. Kolesistektomi Komplikasyonları.....	71
2.3. Üsküdar Devlet Hastanesi'nde Yapılan Genel Cerrahi Ameliyatların Tıbbi Analizleri.....	72
2.3.1. Üsküdar Devlet Hastanesi Tarihçesi.....	72
2.3.2. Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Ameliyatların Analizleri.....	73
3. GEREÇ-YÖNTEM VE BULGULAR.....	76
3.1. Araştırmanın Tipi.....	76
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre.....	76
3.3. Araştırmanın Örnek Sayısı.....	76
3.4. Veri Toplama Tekniği.....	76
3.4.1. Anket Formunun Hazırlanması.....	76
3.4.2. Anket Formunun Uygulanması.....	76
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	77
3.6. Bulgular.....	78
4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
KAYNAKÇA.....	117
ÖZGEÇMİŞ.....	122
EKLER.....	123
EK-1 ANKET.....	123

TABLolar LİSTESİ

- Tablo1: 01.01.2007 - 01.01.2008 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümlerinde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizleri.....73
- Tablo2: 01.01.2008 – 01.01.2009 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümlerinde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizleri.....74
- Tablo3: 01.01.2009 – 30.06.2009 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümlerinde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizleri.....75
- Tablo4: Daha önce ameliyat oldunuz mu? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler.....78
- Tablo5. Daha önce ameliyat oldunuz mu? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerinin dağılımı.....79
- Tablo6. Daha önce ameliyat oldunuz mu? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularını yanıtlayanlar arasındaki ilişki.....80
- Tablo7. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir? sorularına yanıt verenler.....81
- Tablo8. Hastaneye ne zaman yattınız ? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat öncesi hastanede yatma nedenlerine göre dağılımı.....82
- Tablo9. Hastaneye ne zaman yattınız? Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz? sorularını yanıtlayanların arasındaki ilişki.....83
- Tablo10. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler.....84
- Tablo11. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....85
- Tablo12. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki.....87
- Tablo13. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler....88

Tablo14. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusuna yanıt verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerine göre dağılımı.....	89
Tablo15. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki.....	91
Tablo16. Eğitim durumunuz? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler.....	92
Tablo17. Eğitim durumunun ve ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerine göre dağılımı.....	93
Tablo18.Eğitim durumunuz? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki....	94
Tablo19. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenler.....	95
Tablo20. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusunu yanıtlayanlar ve daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....	96
Tablo21. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki.....	97
Tablo22. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenler.....	98
Tablo23. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenlere göre dağılımı.....	99
Tablo24. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenler arasındaki ilişki.....	100
Tablo25. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenler.....	101
Tablo26. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....	102
Tablo27. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki.....	103
Tablo28. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler.....	104

Tablo29. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....	105
Tablo30. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki.....	107
Tablo31. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenler.....	108
Tablo32. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....	109
Tablo33. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki.....	110
Tablo34. Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler.....	111
Tablo35. Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı.....	112
Tablo36. Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki.....	114

KISALTMALAR LİSTESİ

BT	Bilgisayarlı Tomografi
Ca	Kanser
GPRVS	Stoppa operasyon
IgG	Immunglobulin
IPOM	İntraperitoneal onlay mesh
İİAB	İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
MR	Magnetik Rezonans Görüntüleme
RAI-U	Radyoaktif İyod Tutulumu
SPSS	İstatistiksel değerlendirme için bilgisayar programı
T3	Triiyodotronin
T4	Tiroksin
TAPP	Transabdominal preperitoneal
TEP	Total olarak ekstraperitoneal
TG	Serum Triglobulin Düzeyi
TPO	Mikrozomal antikor
TSH	Thyrotrophine
US	Ultrasonografi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Bireylerin yaşam süreci içinde zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak, yaşamlarını sürdürdükleri çevreden farklı bir çevrede kendi kendilerini yaş, sosyo-kültürel durum, hastalık türü ve belirtileri ile başa çıkma yeteklerine bağlı olarak belirli bir süre yetersiz oldukları ve bir başkasına bağımlı duruma geldikleri bilinen bir gerçektir. Hastalık doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak normal olmayan değişikliklerden kaynaklanan psiko-sosyal, kültürel bir olgudur. Hasta olma durumu kişinin normal yaşamsal fonksiyonlarında değişim, kendinden beklenen görev ve sorumlulukları yerine getirmede yetersiz olma şeklinde de ele alınabilir.

Dünya sağlık örgütü (WHO) sağlığı, ‘sadece hastalık hali olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ şeklinde tanımlanmıştır.¹

Cerrahi, tıbbın her türlü hastalıkları ve yaraları çeşitli aletler kullanarak düzelter ve tedavi eden dalıdır.² Cerrahinin tarihi insanlık tarihi ile başlar denebilir. Bilinen en eski yazılı kaynaklardan biri olan Mısır papiruslarında cerrahi işlemler ile bilgiler vardır.³

Hastalar cerrahi girişimle ilgili olarak bilinmeyene, anesteziye, ölüme, ağrıya bağlı korku; aileden ayrılmaya, ekonomik sıkıntıya, işine uyumsuzluğa, beden imajında bozulma korkusuna bağlı kaygılar yaşarlar. Psikolojik hazırlık, hastaların bireysel ilgi alanlarını tanımlamayı, şüphe, korku ve endişelerini uygun şekilde gidermeyi, problem çözme yeteneklerini geliştirmeyi, hastaların soru sormaları için uygun ortam oluşturup sorularını ifade etmeye cesaretlendirilmelerini içerir.⁴

1960’lı yıllardan bu yana yapılan çalışmalar, cerrahi girişim öncesi dönemde fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden hazırlığın niteliğinin cerrahi girişim sonrası dönemi doğrudan etkilediğini gösteren veriler içermektedir. Kilman ve diğerleri yaptıkları çalışmada, hastalara verilen girişim öncesi hazırlığın hastaların fiziksel iyileşmesi (hastanede kalma süresinin, girişim sonrası komplikasyonların görülme sıklığının ve analjezik ihtiyacının azalması), üzerinde etkisi olduğu kadar psikolojik durumlarını da etkilediğini saptanmıştır. Mumford ve diğerleri, cerrahi

¹ Toksal, M., “Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması” Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005 s.1

² Obuz, V., “Cerrahi Ders Notları Hacettepe ” Nobel Kitabevi, Ankara, 1990 s.1

³ Bilgel Halil. “Genel Cerrahi” Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 2007 s .3

⁴ Çullu, M., “Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce ve İstekleri” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007 s.1

girişim öncesi hazırlığın hastanede kalma süresini ortalama 2 gün azalttığını ortaya koymuştur.⁵

Bu çalışmanın amacı hastaların hastaneye yattıkları zaman hastalıklarına göre ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentilerini araştırmaktır. Hastaların bu beklentilerini etkileyen nedenlerin neler olduğunu ve aralarındaki ilişkinin nasıl olduğunu öğrenmektir.

Hastalar doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinden cerrahi süreç hakkında yeterli bilgi alamadıkları takdirde; hastaların onlarla ilişki kurmada şüphe, korku, kaygı yaşamasına neden olur. Böylece hastalığına göre olacağı ameliyatın sonuçlarına korkuyla ve endişeyle yaklaşmalarına yol açmaktadır.

⁵Çullu, M., a.g.e. s.2

BİRİNCİ BÖLÜM

1. HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.1. Hastanelerin Tanımı, Amaçları

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" gibi ölçümlenmesi zor bir terim olarak tanımlanmakta ve tüm uluslarca her bireye doğuştan elde edilen anayasal bir hak olarak sunulmaktadır. Zira bu tanımlama insana özgü ihtiyaçlardan etkilenen ve yanıt verilmesi oldukça zor bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlık ile ilgili kavramlar, genel sistem teorisi bağlamında ele alınarak, tüm kamusal örgütlenmeler ile ilişkilendirilmektedir⁶.

1.2. Hastanenin Tanımı

Köken itibariyle Farsça bir kelime olan "hastane"nin, Türkçe'leşmiş ve sadeleşmiş hali olan "hastane" kelimesi; "hasta bakım evi" anlamındadır.

Türklerde hastane için kullanılan bu kelime ile, latince misafirperverlik anlamında kullanılan "hospital" kelimesinin arasında büyük fark yoktur.

Tarihi seyri içerisinde değişik şekiller almış hastanelerin tanımı da değişik şekillerde yapılmıştır. Hastaneler halk arasında; hastaların doktorlar tarafından tedavi edildiği yer olarak bilinmektedir.⁷ Hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır."⁸

"Hastaneler; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz biçimde üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen,

⁶ Şahin, Ü., "Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi", Hastane Dergisi, Sayı: 13, s.1.

⁷ Yılmaz, M., "Hastanelerde Yönetim ve Organizasyon Sorunları" Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale, 1996, s.4

⁸ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.S.Y.B. Yayın No:499, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1983, s.3

çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi olarak tanımlanabilir.”⁹

“Hastaneler, yeterli nitelik ve nicelikte hizmetleri en düşük maliyetle üreten ve bu hizmetleri, rahatlığı ve beşeri fonksiyonu sağlanmış kurumlarda, hastaların tedavisinde, acıların dindirilmesinde ve şifalarında kullanarak, onların tekrar ekonomik ve toplumsal hayattaki yerlerini almalarına imkan sağlayan kurumdur.”¹⁰

“Hastaneler, tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir teşkilat, sosyal bir kurum ve yukarıdaki amaçların gerçekleştirilmesi doğrultusunda faaliyet gösteren ve hizmet veren kurumlar haline gelmiştir.”¹¹

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.¹²

1.3. Hastanelerin Amaçları

Hastanenin başlıca amacı, hastalarına uygun bakım ve tedavi sağlamaktır. Başlıca ürünü hastaya verilen tıbbi, cerrahi ve hemşirelik hizmetleri; ana konusu ise, hastanın yaşamı ve sağlığıdır. Hastane, kendi varlığını sürdürmek için ve örgütsel gelişme, finansal olarak tüm borçlarını ödeme gücüne kavuşma, tıp ve hemşirelik eğitimi yapma, araştırma ve personeli geliştirme ile ilgili çeşitli alt amaçlara da sahip olabilmektedir¹³.

Bir başka genel olarak hastane amaçları şu şekilde sıralanabilir;

1. Yüksek nitelikte hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle üretmek ve bunu ihtiyaç sahiplerine sunmak.
2. Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıdaki hastaya, hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek.

⁹ Ak, B., Akar, Ç., "Hastane Kavramı" Sağlık Yönetimi Dergii, Afşaroğlu Matbası, Sayı:3-4, Ankara, 1987, s.90

¹⁰ Gök, R., "Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi" A.İ.T.İ.A. Muğla İşi.Y.O. Yayın No:6, s.3.

¹¹ Karaca, H., Hacettepe ü. Sağlık İdaresi Y.O. Yıllığı 84, Ayyıldız Matbası, Ankara 1984

¹² Seçim, H., Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, Management-Education-Research-İnformatics For Health, www.merih.net.com,25.04.2010, s.2.

¹³ Sönmez, A., K., "Modern Hastane Yönetimi "Ekip" Olunmasını Gerektirir", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, c.3, s.3, Mart 1999, s.33.

3.Milli düzeyde istihdam politikasına, ekonomik ve sosyol kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metodları kullanmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almak.¹⁴

1.4. Hastane İşletmelerinin Temel Özellikleri

Hastane işletmelerinin eğitim görevi ve toplumun sağlık seviyesini yükseltme sorumluluğu olduğu için genel anlamda hizmet işletmelerinden farklıdır. Hastanelerde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Hastaneye başvuran her bir hasta ayrı ayrı ele alınır ve her hastaya farklı tedavi ve bakım uygulanır. Bu sebepten sağlık hizmetlerinde standart yapı sağlamak çok zordur. Hastalığın durumuna göre hekim kararına uyularak tedavi hizmeti sunulur¹⁵.

Hastaneye başvuruların zamanının kestirilememesinden dolayı, hastanelerde yedi gün yirmi dört saat kesintisiz hizmet sunulmaktadır. Hastane hizmetlerinin devamlılığı için personel ve departmanlar vardiyalı olarak çalışırlar, nöbet tutarlar.¹⁶ Hastaneler toplumların tüm bireylerinin potansiyel müşterisi konumundaki hizmetleri günün her saati sunan işletmelerdir.

Hastanelerde faaliyetler, büyük ölçüde profesyonelleşmiş, işgören gruplarının ortak ve uyumlu çalışmalarıyla gerçekleştirilmektedir.¹⁷

1.5. Hastanelerin işlevleri

Hastanelerin zorunlu olarak yerine getirmiş oldukları temel işlevleri:

- a)Tedavi hizmetleri
- b) Eğitim
- c) Araştırma ve geliştirme
- d)Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma

(koruyucu sağlık hizmetleri) olarak sınıflandırılmaktadır.

¹⁴ Yılmaz, M., a.g.e. s.18

¹⁵ AKAR, Ç., ÖZALP, H.; Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmede Yönetim, Sömgür Yayıncılık, Ankara,1998.s.60-202

¹⁶ Sevin, H., D.; Hastane İşletmelerinde Otelcilik Hizmetleri Maliyeti ve Kontrolü Ankara İH Uygulama Örnekleri, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doktora Tezi), Ankara, 1998.s.9.

¹⁷ Vural, G., Eroğlu, K., Kavuncubaşı, Ş., "Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu",Modern Hastane Yönetimi Dergisi, c.3, s.3, Mart 1999, s. 14.

Hastanın;

1. Hastalığının teşhis edilmesi,
2. Hastalığının tedavisi,
3. Bakım ve rehabilitasyonu ile ilgili hizmetler “hasta ve yaralıların tedavisi” işlevi kapsamına girmektedir. Bu işlev, hastanenin ana, birincil görevidir. Ancak bu görev diğer görevlerle desteklenmezse hastane başarılı olamaz, toplumda kabul görmez.¹⁸

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen temel eğitim hizmetleri;

- Hastaların ve yakınlarının eğitimi,
- Öğrencilerin eğitimi,
- Hastane personelinin hizmet-içi eğitimi,
- Sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma işlevi de bulunmaktadır. Bu işleve ilişkin faaliyetler arasında; uyuşturucu, alkol ve trafik kazalarına karşı diğer kuruluşlarla birlikte yürütülecek eğitim programları, aşı kampanyaları ve röntgen taramaları sayılabilir.¹⁹

1.6. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler aşağıdaki çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadırlar.²⁰

- Mülkiyet
- Hizmet Türü
- Büyüklük
- Eğitim Statüsü
- Hastaların Yatış Süresi

Hastaneleri sınıflandırmada bu kriterler tek başlarına yeterli olmamaktadır. Örneğin, eğitim hastanelerinin bir kısmı çok sayıda uzmanlık alanında hizmet vermesi bakımından genel hastane özelliği gösterirken, diğer taraftan da hem kısa süreli, hem de uzun süreli tedaviyi gerektiren hastaları kabul etmesinden

¹⁸Bulut, N., “Hastane İşletmelerinde Çalışma Koşullarının İşgörenler Üzerindeki Yabancılaşmaya Etkisi ve Göztepe Eğitim ve Eğitim Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama” Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2010, s.5

¹⁹ Seçim, H., a.g.e. 25.04.2010

²⁰ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2001, s.18

dolayı hem kısa süreli, hem de uzun süreli hastaneler kategorilerinde yer alabilmektedir.²¹

1.6.1 Mülkiyetlerine göre hastaneler

Hastaneleri mülkiyetlerine göre aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür.²²

1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri
2. İktisadi Devlet Teşekkülleri Hastaneleri
3. Tıp Fakültesi Hastaneleri
4. Derneklere Ait Hastaneler
5. Özel Hastaneler
6. Belediye Hastaneleri
7. Yabancılara Ait Hastaneler
8. Azınlıklara Ait Hastaneler
9. Diğer Bakanlıklara Bağlı Hastaneler

1.6.2. Hizmet türüne göre sınıflandırma

Hizmet türüne göre hastaneler üç grupta toplanmaktadır.²³

Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.²⁴

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Örnek olarak çocuk hastaneleri, doğumevleri, acil yardım trafik hastaneleri, kemik hastaneleri ve akıl hastaneleri verilebilir.

²¹ Korkmaz, Ş., "Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl Sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003, s. 34.

²²Saydut, G., "Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Faaliyet Maliyetlerinin Saptanması ve Bir Örnek Uygulama" İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998 s.5

²³Menderes, M., Ersoy, K., Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, "Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar, Ed. Hikmet Seçim, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845,1995, s.61.

²⁴Seçim, H., a.g.e. 25.04.2010

Eğitim Hastaneleri: Esas görevleri sağlık konusunda eğitim vermek ve ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutuyla birlikte sunmaktır.²⁵

1.6.3. Yatak kapasitelerine göre sınıflandırma

Hastaneler büyüklüklerine göre 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

1.6.4. Yatış süresine göre sınıflandırma

Hastaların hastanede kalış sreklerine göre ikiye ayrılmaktadır. Hastaların ortalama olarak 30 günden fazla kaldıkları hastaneler uzun süreli hastaneler 30 günden az kaldığı hastaneler kısa süreli olarak sınıflandırılmaktadır.²⁶

Kısa süreli hastanelerde temel amaç hastayı mümkün olan en kısa sürede iyileştirerek taburcu etmektir. Oysa uzun süreli hastanelerde, tedavi edilmesi ya mümkün olmayan ya da çok güç olan ve vakit alan, bu nedenle de tedavisi oldukça yüksek maliyetli olan hastalara bakılmaktadır.²⁷

1.7. Hastanelerin Fonksiyonları

1. Tıbbi Fonksiyonlar: Hasta ve yaralıların muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili bütün hizmetleri kapsar.

2. İdari Fonksiyonlar: Hastane amaçlarına ulaşma yönünde, hastanede görevli bütün personelin sevk ve idare edilmesidir.

3. Mali Fonksiyonlar: Hastanenin bütün gelir ve gider faaliyetlerini ifade eder.

4. Teknik Fonksiyonlar: Bina, araç-gereç ve diğer malzemelerin tamir ve bakımını ifade eder.

5. Eğitim Fonksiyonu: Hekim, hemşire ve diğer personelin mesleki yönden eğitimini ifade eder.

²⁵Kurtulmuř, S., "Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi", İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998, s. 248

²⁶Balçı, G., F., "Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Uygulanması ve Birim Çıktı Maliyetlerin Uygulanması: Bursa zel Konur Hastanesi'nde Bir rnek Uygulama", İ..Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

²⁷Bulut, N., a.g.e., s.6-7

6. Sosyal Fonksiyonlar: Hasta ve ailesinin sosyal durumu, hastalıkları kadar hekimi ve hastaneyi ilgilendirir.

7. Otelcilik Fonksiyonu: Hastaların hijyen açısından uygun koşullarda barındırılması, yiyecek içeceğin sağlanması ve rahat ettirilmesini kapsar.

8. Araştırma Geliştirme Fonksiyonları: Biri tıbbi, diğeri idari olmak üzere iki türdür.

9. Koruyucu Tıp Hizmetleri Fonksiyonu: Çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konuları kapsamaktadır.²⁸

²⁸ Yılmaz, M., a.g.e. s.22-26

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL CERRAHİNİN TANIMI VE GENEL CERRAHİ AMELİYATLARI

2.1. Cerrahinin Felsefesi

Cerrahinin felsefesi deyince, felsefe ve cerrahi sözcüklerini tanımlamak gerekir. Felsefe kişinin ve toplumun mutluluğunu düşünme gücüyle arayan bir bilim sağlamaya çalışır. Cerrahinin tanımına gelince Webster’de “tıp, bilim, sanat ve pratiği (uygulaması) olan bir dal” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbın tanımında ise bilim, sanat ve pratik yönlerinden bahsedilmesi dikkat çekicidir. Cerrahide tıp, bilim, sanat ve uygulama olması, el ve aletlerin kullanımı ile defektlerin ve deformitelerin düzeltilmesi, yaraların iyileştirilmesi, hataların tanımı ve tedavisi, ağrının giderilmesi ve yaşamın uzatılması amaçlanır. 20. Yüzyılın cerrahi dehalarından biri olan Francis D.Moore cerrahiye “steril anestetize dokuların diseksiyonu” olarak tanımlamıştı. Kanımca bunu “cerrahi; canlı, steril ve anestetize dokuların diseksiyonu ile hastalığın tedavisini amaçlar” şeklinde değiştirsek cerrahinin amacı daha iyi tanımlanmış olur. ²⁹Cerrahi, tıbbın her türlü hastalıkları ve yaraları çeşitli aletler kullanarak düzelten ve tedavi eden dalıdır.³⁰

2.1.1. Cerrahinin Tarihi

Cerrahinin tarihi insanlık tarihi ile başlar denilebilir. İlk çağlarda insanlar kanamaları durdurmaya çalışmışlar, yara tedavisi yapmışlardır. Bilinen en eski yazılı kaynaklardan biri olan Mısır papiruslarında cerrahi işlemler ile bilgiler vardır. Bunlarda kırktan fazla hastalık ve 800’ den fazla ilaç yazılmıştır. Hipokrat (M.Ö 400) cerrahi hastalıklar hakkında bilgiler vermiştir.³¹

²⁹ Sayek, İ., “Temel Cerrahi” Güneş Kitabevi, Ankara, 2004 s.3

³⁰ Obuz, V., a.g.e. s.1

³¹ Bilgel, H., a.g.e.s .3-4

Bugüne değin önemli gelişmelere sahne olan cerrahi uzun asırlar karanlıklar içinde kalmıştır.³² Cerrahi girişimlerin sonucunda biręok komplikasyonlar çıktığından ve hastalar kaybedildiğinden cerrahlar hekimler tarafından dışlanmışlardır. 13 – 14 yūzyılda Avrupa'nın çeşitli şehirlerinde açılan ūniversitelerden yetişen doktorlar tarafından cerrahlar hor gōrölür ve aşağılanırdı. Bu yūzden hekimler cerrah olmazdı. Cerrahlar eğitim gōrmemiř kimseler olup mesleklerini ustalarından ūęrenirlerdi. Cerrahların yanı sıra berberler de bir takım cerrahi işlemler yapıyorlardı.³³

12. Yūzyıla kadar tıbbın bir dalı olan cerrahi 1170'de tıbbın dışında bir dal olduğu kabul edilerek yeni bir dōnem açıldı. "Berber cerrahlar" dōnemi olarak bilinen bu dōnemde İngiltere'de "The Royal Society of Barber Surgeons" derneği kuruldu. O zamanlar girişimler sadece yaraların tedavisi kabul edilen kirli kanın akıtılmasıydı. Kirli kanın akıtılması bu berber cerrahlar tarafından spiral, sirküler, bir hareketle yūzeyel venlerin kesilmesiyle sağlanıyordu. Bu işlemi yapabilen berberler dükkanların önünde kırmızı beyaz diagonal şeritleri olan silindir koyuyorlardı.³³

Üniversite dışında tutulan cerrahlar da kendi okullarını kurdular. Paris'teki St. Dome okulu bunlardan biridir. İngiltere kralı 3. George'ın himayesinde 1800 yılında Londra Kraliyet Cerrahi Okulu kuruldu. Kraliçe Victoria zamanında da İngiltere Kraliyet Cerrahi Okulu adını aldı. Bizde ilk tıp okulu 14 Mart 1827 yılında Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendinin teklifi ile 2. Mahmut tarafından şehzadebaşı Tulumbacıbaşı konağında kuruldu. Okulun iki kısmı vardı Tıbhane ve Cerrahhane –i Amire. Ancak 1892 yılında ayrı ayrı okutulan hekim ve cerrah sınıfları birleştirildi.⁴³ Berber cerrahların arasında cerrahi yōnden en yararlı olanı Ambroise Pare'dir. 16. yūzyılda gerçekten harp cerrahisini kurmuş ve infeksiyonu önleme çabalarına girmiştir. Ancak bu dōnemden sonra 1842'de Long, 1848'de Morton'un eteri anestetik ajan olarak kullanması, 1860'da Lister'in infeksiyonun kontrolünü sağlaması ve 1874'te bugün kullanılan penslerin ilk örneği olan Spencer Wells pensinin icadı cerrahinin modern cerrahi dōnemine geçişini sağlamıştır.

³² Sayek, İ., a.g.e. 2004, s.3

³³ Bilgel, H., a.g.e. s .3-4

Bu gelişmeler aslında cerrahinin üç temel direğini oluşturur. Bunlar: 1)İnfeksiyonun 2)Ağrının 3)Kanamanın kontrolüdür.³⁴

2.2. GENEL CERRAHİ AMELİYATLARI

2.2.1. Apandisit

Akut apandisit her yaş grubunda görülebilen, erişkinde akut karın hastalıklarının yarısından fazlasının nedenini oluşturan bir hastalıktır.³⁵ Akut apandisit, çeşitli nedenlerle lümenin tıkanması ile oluşan apendiks inflamasyonudur. En sık görülen ve tanı konulmasında gecikilmesi durumunda ciddi morbiditeye, hata mortaliteye yol açacak cerrahi bir patolojidir. Bütün vakalarda kesin tanıyı koyduracak apandisite özgü semptom, laboratuvar ve radyolojik test yoktur.³⁶

2.2.1.1. Anatomi

İnsanda apandiks vermiformis uzun süre görevinin ne olduğu bilinmeyen, orta barsaktan (midgut) gelişen, kalıntı (rudimenter ya da vestigeal) bir organ olarak tanımlanmıştır. Son yıllardaki immunolojik araştırmalar, apandiks vermiformisin barsakların immün sistemi içerisinde yer aldığını ve “barsak-ilişkili lenfoid doku sistemi”nin bir parçası olarak görev yaptığını ortaya koymuştur. Ancak, apandiks’in çıkarılması (apendektomi) bu sistemde ve homeostaziste herhangi bir eksikliğe neden olmaz.³⁷

Apandiks solucanımsı şekilli, kör olarak sonlanan, duvarında lenfoid doku bulunduran bir tüptür. Genellikle 6-9 cm uzunluğundadır. Çekumun postromedial duvarına, ileoçekal orifisin 2 cm altına açılır. Beşinci, altıncı fetal haftalarda, ince ve kalın barsak bileşke yerinde tomurcuktan bir keseciğe dönüşür. Beşinci aydan sonra bu keseciğin proksimal ucu gerçek çekuma dönüşmek üzere gelişir. Embriyonik apendiks iç yüzeyinde villuslar vardır. Fetus miada ulaştığında taenia coli oluşmaya başlar. Bunlar apendiks tabanında tam bir kas tabakası oluşturmak üzere birleşir. Apendiks kendi mezenteri vardır, mezoapendiks olarak adlandırılır.³⁵ Apandiks arterinin kan akımı üst mezenter arterin dalı olan ileokolik arterden

³⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.3

³⁵ Sayek, İ., “Temel Cerrahi El Kitabı” Güneş Kitabevi, Ankara, 2009 s.445

³⁶ Bilgel, H., a.g.e. s.835

³⁷ <http://www.draligus.com/2564-akut-apandisit-apendektomi.html>. 25.04.2010

gelmektedir. Venöz drenajı üst mezenter ven ile portal vene olmaktadır. Lenfatik drenaj ise ileokolik arter boyunca yol almakta ve mezenter lenf düğümlerine boşalmaktadır. Apendiks içindeki lenf dokusu doğumdan sonraki iki hafta içinde belirlemektedir, ergenlik döneminde miktarı hızla artmakta ve sonraki on yılda sabit kalmakta ve bunu takiben ise azalma göstermektedir. 60 yaşından sonra ise apandiks içinde lenf dokusu kalmamakta ve apandiks lümeni tamamı tıkanmaktadır.³⁸

2.2.1.2. İnsidans

Apendisit toplumda görülme sıklığı yaklaşık % 7 dolayındadır.³ Akut apandisit en sıklıkla erişkinde 20-30 yaş grubunda görülmektedir. Genel olarak akut apandisit görülme oranı erişkinde %90, çocuklarda % 7-10' dur. Puberteye kadar erkek/kadın oranı 1/1, 15-25 yaş grubunda 2/1, 25 yaşından sonra 1/1'dir.³⁹

2.2.1.3. Etiyoloji

Akut apandisit oluşmasındaki etiyolojik faktörler 2 grupta toplanabilir.

1. Obstrüksiyon (Lümenin Tıkanması): % 90'dır. Apendiks vermiformis zaten dar bir organdır. En ufak bir partikül, lümenin tıkanmasına yol açabilir.

a. Fekalitler (Sertleşmiş, kristalleşmiş gaytalar) en sık nedenidir.

b. Lenfoid hipertrofi (özellikle 15-25 yaş arasında herhangi bir enfektif hastalık, aşırı lenfoid hiperplaziye neden olabilir.)

c. Yabancı Cisim (meyve çekirdekleri, kemik parçaları, odunsu maddeler, sertleşmiş baryum kalıntıları...vb)

d. Parazitler (özellikle askaris, oksiyür vb)⁴⁰

2. Diğer Sebepler(Tıkanma Dışı Nedenler): % 10'dur.

a. Sistemik Enfeksiyonlar(özellikle solunum yolu enfeksiyonları)

b. Fibrozis(özellikle yaşlılardaki akut apandisitten sorumludur). Bu aradaki apandisit nedeni, dolaşım (sirkülatuar) bozukluğudur.⁴¹

³⁸ Kalaycı, G., "Genel Cerrahi Cilt 1" Nobel Kitabevi, Ankara, 2002 s.1407

³⁹ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1191

⁴⁰ Obuz, V., a.g.e. s.104

⁴¹ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.445

2.2.1.4. Klinik Belirtiler

1. Karın Ağrısı: Genellikle künt vasıflı ve şiddeti gittikçe artan şekildedir.
2. Anoreksiya(iştahsızlık, isteksizlik)
3. Bulantı ve kusma
4. Karında lokalize hassasiyet
5. Lökositoz
6. Kabızlık – ishal⁴²

2.2.1.5. Fiziki Bulgular

1. Vital bulgular (Orta derecede ateş, hafif taşikardi)
2. Mekanik uyarım ya da hareketle artan ağrı vardır.
3. Kütanöz Hiperestesi(Karın derisi duyarlılığı artmıştır.)
4. Sağ alt kadranda hassasiyet
5. Direk ve indirekt rebound, hassasiyet
6. Volunter (visseral fazda) veya involunter (somatik fazda) adale direnci vardır.
7. Rousing belirtisi: İnen kolondaki gaz yukarı doğru elle karın üzerinden itilince, sağ alt kadranda ağrı ortaya çıkıyor.
8. Obturatar Bulgusu: Nadiren yapılır. Sağ uyluğa fleksiyon ve iç rotasyon yaptırılır.
9. Psoas Bulgusu: Hasta sol yanına yatar ve sağ uyluk arkaya çekilir.
10. Rektal Muayene⁴³

2.2.1.6. Akut Apandisitte Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gereken Hastalıklar

Sebebi bilinmeyen karın ağrısı, invaginasyon, Crohn Hastalığı, kolesistit, divertikület, duodenal ülser, gastroenterit, intestinal obstrüksiyon, Meckel divertikülit, nekrotizan enterokolit, mezenterik lenfadenit, neoplazi (karsinoid, karsinom, lenfoma), omental torsiyon, pankreatit, içi boş organ perforasyonu, Volvulus, Ektopik gebelik, Endometriozis, Over tansiyonu, pelvik inflmatuar hastalık (PID), ovaryan kist rüptürü, tuboovaryan apse, diyabetik ketoasidoz, porfiri, orak hücreli anemi, plöritis, pnömoni(bazılar), pulmoner enfarkt, böbrek taşı,

⁴² Akgül, H., “Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi” Türkiye Klinikleri, Ankara, 1985. s.647-648

⁴³ Değerli, Ü., Emre, A., “Cerrahi Semiyoloji” Nobel Kitabevi, Ankara, 1986, s.85-86

prostatit, pyelonefrit, testiküler torsiyon, idrar yolu infeksiyonu, paraziter infeksiyonu, psoas apsesi, rektus kılıfı hematomu.⁴⁴

2.2.1.7. Laboratuvar Bulguları

1. Tam kan sayımı
2. Biyokimyasal arařtırmalar⁴⁵

2.2.1.8. Görüntüleme Yöntemleri

1. Direkt Grafiler
2. Ultrasonografi
3. Bilgisayarlı Tomografi⁴⁶

2.2.1.9. Komplikasyonlar

1. Perforasyon
2. Peritonit
3. Apendiks Apsesi
4. Pyeloflebit⁴⁷

2.2.1.10. Gebelikte Akut Apendisit: Gebelikte akut apandisit insidansı 2000 doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Ancak, akut apandisit insidansı, gebelikte herhangi bir artış göstermez. Akut apandisit olgularında fetal mortalite % 8, perforasyonda % 35 dolaylarında olduğu bildirilmektedir.⁴⁷

2.2.1.11. Tedavi

Akut apandisit tanısı konan veya düşünölen hastalar su dahil, ağızdan beslenmemeli, ağrı giderici(analjezik) almamalı, baryumlu (oral ve rektal yoldan) radyolojik tetkik yapılmamalıdır. Kesin tanı konan ya da cerrahi girişim kararı verilen hastalarda ameliyattan önce tek doz intravenöz profilaktik antibiyotik verilmesi önerilmektedir.⁴⁵

⁴⁴ Bilgel, H., a.g.e s.838-843

⁴⁵ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1194-1195

⁴⁶ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.447-448

⁴⁷ Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e. 1986, s.85

2.2.1.12. Cerrahi Tedavi

Apendisitinin cerrahi tedavisi inflame apendiksini çıkarılmasıdır. Apendektomi açık cerrahi veya laparoskopik girişimler ile yapılabilir. Klasikleşmiş tedavi açık cerrahi ile apendektomidir.

Açık Cerrahi İle Apendektomi: Apendikslerin büyük çoğunluğuna, orijinal Mc Burney kesisinin bir varyasyonu sağ alt kas ayırıcı (muscle-splitting) kesi ile ulaşılır. Eğer apendikte belirgin inflamasyon gözlenmez ise, peritoniti açıklamak için batın ve pelvis incelenmelidir. Akut kolesistit, reyonel ileit, Meckel divertikülit çekumun karsinom ile tutulmuş olması ya da jinekolojik patolojiler nadir değildir. Daha sonra batın usulüne uygun olarak kapatılır.

Laparoskopi İle Apendektomi: Laparoskopik apendektomi ile açık apendektomiye karşılaştırılan 27 randomize, kontrollü çalışma birlikte değerlendirilmiştir. Negatif apendektomi oranının iki grupta eş değer bulunması önemli bir sonuçtur. (%15.9, %16.5) Laparoskopik apendektominin dezavantajları, biraz artmış operasyon süresi (yaklaşık 20 dakika) ve artmış maliyettir. Laparoskopik apendektominin avantajları kozmetik tatmin, azalmış postoperatif yara enfeksiyonu, açık apendektomiye göre daha kısa iyileşme zamanı, daha az postoperatif ağrı ve hastanede kalış süresinde azalmadır.⁴⁸ Laparoskopik apendektomiden sonra yara yeri enfeksiyonu açık apendektomiye göre daha az (%3.4'e karşın %7) olmasına rağmen, intraabdominal apse oranının daha yüksek (%2.4'e karşın %1) bulunması laparoskopik apendektomi için endişe verici bir sonuçtur.

2.2.2. Anorektal Hastalıkların Anatomisi

Gastrointestinal kanalın son kısmı olan rektumun, distal 4-5 cm'lik bölümü anal kanal olarak bilinir. Cerrahi anal kanal olarak da tanımlanan bu bölümün üst ucunu anorektal halka oluşturur. Anorektal halkayı ise; puborektal adele, eksternal sfinkterin derin parçası, longitudinal kas ve internal sfinkterin üst kısmı ile birlikte meydana getirmektedir. Fizyolojik açıdan bu bölge anal kontineste büyük bir öneme sahiptir. Cerrahi anal kanal aşağıda anoderm ile perianal derinin birleşim yeri olan anal kenarda (anal verge) sonlanır. Anal orifis ise anal kenarın başladığı yerdir. Rektumun distalindeki iç yüzünde barsağın uzunluğuna paralel olan 8-10 tane

⁴⁸ Bilgel, H., a.g.e. s.843

mukoza plakaları görülür. Bunlara kolumma analis ya da Morgagni plikaları denir. Bu plikaların alt uçları anüsten yaklaşık 2 cm. mesafede valvüla analisleri oluşturur. Anal glandlar olarakta bilinen bu yapılar kriptaların tanınan boşalır ve klinikte infeksiyon kaynağı olarak karşımıza çıkar. Anüs çevresinde 8-10 anal bez ve her bezin dentat çizgiye açılan bir kriпти bulunur.

Bu bezlerde oluşan infeksiyon perianal apse ve fistülün en sık nedenidir. Bu anal valvüllerin birleşmesiyle meydana gelen barsağın iç yüzünü tamamen çevreleyen bölüme zona hemoroidalis denir. Bu bölüm üstü endodermal, altı ektodermal kökenli alanın sınırını gösterir. Burada epitel tabakasının karakteri de değişmektedir. Bu sınırın üstü barsak epiteli ile örtülü iken, altı çok katlı yassı epitelle örtülüdür. Bu sınır girintili çıkıntılı bir çizgi halinde olup, çizginin altında kalan epitel epidermsin değişmiş bir şeklidir ve aşağıya gittikçe daha fazla deri karakterini (anoderm) alır.⁴⁹

2.2.2.1. Anal Fissür

Anal fissur, anal kanalda dentat çizgiden anal kenara kadar uzanan bir dikey ülserdir.⁵⁰ Distal anal kanal mukozasının erozyonu sonucu meydana gelir.

Çoğunlukla (%90) m.üsküler desteğın zayıf olduğu posterior orta hatta görülür. Akut anal fissür anodermde yüzeysel bir çatlak şeklindedir. İyileşmeyen akut anal fissürler kronikleşir. Kronik fissürlerde enfeksiyöz atakların yol açtığı lenfödem ve fibrozis ülser fissüre distalde bir cilt çıkıntısı ve proksimalde hipertrofik anal papilla “sentinel pile” eşlik etmesine yol açar. Kronik anal fissürün klinik tanımını iki ay tedaviye rağmen belirti ve bulguları giderilemeyen fissürler olarak yapılır.⁵¹ En sık genç ve orta yaşlı erişkinlerde ortaya çıkar.⁵²

⁴⁹ Bilgel, H., a.g.e. s.637

⁵⁰ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.502

⁵¹ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1262

⁵² Kalaycı, G., s.1403

2.2.2.1.1. Etiyoloji

Anal fissürü oluşturan mekanizma büyük hacimli ve sert dışkı kütesinin yaptığı travmadır.⁵³ Bunun yanında rektuma dışarıdan sokulan lavman cihazı, endoskop, yabancı cisimler, daha önce geçirilmiş ameliyatlar (özellikle hemoroidektomi) ve ishal anal fissür oluşumunda rol oynayabilen diğer etkenlerdir. Özellikle arka orta hatta eksternal sfinkterin anatomik zayıflığı ile vasküler düşük kan akımı ve internal sfinkterin spazmı patogeneizde çok önemli rol oynarlar. Kronik konstipasyon, diyare, aşırı ıkmama, liften ve sıvıdan fakir beslenme, kötü anal hijyen, enfeksiyon ve çeşitli travmatik nedenler de hastalığın predispozan faktörlerini oluşturur.⁵³

2.2.2.1.2. Belirti ve Bulgular

- Ağrı (defekasyon sırasında ve sonrasında)
- Kanama (defekasyon sırasında parlak kırmızı renkli, az miktarda)
- Kabızlık (defekasyonun ağrılı olması sonucu istemli olarak)
- Anal kanalda ülser (dental hattan dışarıya kadar, longitudinal)
- Hipertrofik anal papilla (anal ülserin hemen üstünde)
- Nöbetçi meme (ülserin dış ucunun altındaki deri takıntısı pake görünümünde)
- Kaşıntı
- Sfinkter spazmı (tuşede kolayca hissedilir).⁵⁴

“Ayırıcı Tanı”; Anal fissür en çok şu durumlarla karışır;

a) Anal kanalın travması

b) Ülseratif kolitis ve Crohn hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan sekonder fissürler ile karışabilir. Ancak bunlar genelde orta hatta yerleşmişlerdir, çok sayıdadırlar ve ödemlidirler.

c) Anal kanalın epidermoid karsinomu ile karışabilir. Ancak bunlar daha geniştirler ve fazla ağrılı olmadıklarından dijital olarak muayene edilebilirler.

d) Tüberküloz ülseri ile karışabilir.

⁵³ Bilgel, H., a.g.e. s.641

⁵⁴ Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e., s.98

e) Sekonder syphilitik fissürler ile karışabilir. Ancak bunlar karanlık alanda incelendiklerinde ayna görünümü veren lezyonlardır. Bütün anal halka ödemlidir, anüs cildinde büyük kandilomlar ortaya çıkmıştır.

f) Arka orta çizgide yerleşmiş olan anal sinüsler ile karışabilir.⁵⁵

2.2.2.1.3. Tıbbi Tedavi

Anal fissürlü hastalarda iç sfinkter istirahat basıncı yüksektir. Bu basınç artışının fissürün nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu belli değildir. Ancak iç sfinkter basıncını azaltan her işlem fissürün iyileşmesini kolaylaştırır. Yeni başlayan olgular konservatif yöntemlerle tedavi edilirler. Bu tedavinin kuralları; kabızlık ve ishalin düzeltilmesi, kısa süreli topikal analjezik-kortizonlu kremler, sıcak su oturma banyoları ve yumuşak/ hacimli dışkı sağlayan bol lifli gıda önlemleriyle sfinkter spazmının azaltılmasıdır. Hastaların çoğunda bu tedaviler yeterli olur. 15-30 gün içerisinde iyileşmeyen vakaların kronikleştiği kabul edilir.

2.2.2.1.4. Cerrahi Tedavi

Kronik anal fissürün tedavisinde uygulanan yöntemlerden başlıca anal dilatasyon, fissürektomi, iç sfinkterotomidir. İç anal sfinkterotomi bu yöntemler içerisinde en etkili olanıdır. Bu yöntemle iç sfinkterin distal 1-1.5 cm'lik kesimi sırt üstü yatan hastada saat 3 ya da 9 hizasında yandan kesilir. Sfinkter spazmı ortadan kalkınca fissür kendiliğinden iyileşir. Bu yöntem açık veya kapalı olarak yapılabilir.

Fissürün iyileşmesi, komplikasyon ve nüks açısından açık-kapalı yöntemler arasında fark bulunmamıştır. Yan iç sfinkterotomi vakaların % 95'inden fazlasında iyileşme sağlar. Minör konstinens bozuklukları (gaz kontinensinde zorluk, iç çamaşırın kirlenmesi) ilk haftalarda sık görülürse de, sıklığı 2-3 hafta sonunda %5'in altına iner. Diğer komplikasyonlar (kanama, apse, fistül) oluşumu çok seyrek. Yan iç sfinkterotomiden sonra nüks %1-2 arasındadır. İç sfinkterotomi arka duvardan yapıldığında inkontinens ve nüks olasılığı artmaktadır.

Yalnızca fissürün çıkarılması (fissürektomi) tedavi sağlamaz. Belirgin hipertrofik papilla ve deri takıntısı bulunan vakalarda fissürektomi, altındaki iç

⁵⁵ Obuz, V., a.g.e. s.101-102

sfinkterlere zarar vermeden yapılabilir. Anal dilatasyon, anal kanala her iki elin orta ve işaret parmaklarının en az 4 dakika süre ile sokularak genişletilmesidir. Aynı işlem parmak yerine dilatatör ve balonlarla yapılabilir. Basit ve tekili bir yöntemdir. Ancak sfinkterotomiye oranla daha fazla konstinens kusuru ve nükse neden olduğundan günümüzde pek sık yapılmamaktadır.⁵⁶

2.2.2.2. Anal fistül

Anal fistül, perianal derideki bir dış ağzın rektum veya anal kanaldaki bir iç ağzla normalde olmayan bir traktüs veya kavite aracılığı ile birleşmesiyle oluşur.⁵⁷ Anorektal fistüller, anal kanal ya da rektum mukozası ile perine derisi arasında içi epitelle döşeli yollar olarak tanımlanır. Anorektal fistüllerin çoğu anorektal apsenin spontan ya da cerrahi drenajından sonra ortaya çıkar. Anorektal abselerin kronik evresini oluşturur. İç ve dış deliği mevcuttur. Ancak bazen iç delik açık olmayıp kör ya da inkomplet bir fistül şeklinde karşımıza çıkabilir.⁵⁸

Goodsall kanunu dış ağzın lokalizasyonu ile iç ağzın yerini belirlemede kullanılır. Dış delik orta transvers planın ön tarafında ise, iç delik radyal olarak lokalize olur. Dış delik orta transvers planın arka tarafındaysa iç delik arka orta hatta lokalizedir.

İç açılımın ön tarafta olduğu durumda bu delik anal verge'den 3cm'den daha fazla bir uzunluktaysa, genelde iç delik arka orta hatta lokalize olur. Abse veya fistül tedavi edildiğinde ameliyat raporuna Parks sınıflandırılması belirtilmelidir.⁵⁹

Perianal fistüllerde Parks sınıflandırılması

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| - Yüzeysel(Submukozal- Subkutan) | % 3-4 |
| - İntersfinkterik | % 60-70 |
| - Transfinkterik | % 25 |
| - Suprasfinkterik | % 5 |
| - Ekstrasfinkterik | % 2 |

⁵⁶ Kalaycı, G., a.g.e. s.1404-1407

⁵⁷ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.503

⁵⁸ Bilgel, H., a.g.e. s.642

⁵⁹ Çelik, F., Çelik, M., "Cerrahide Karar Verme-Tanı ve Tedavi" Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 1997 s.168

2.2.2.2.1. Belirti ve Bulgular

- Anüs çevresinde içinden sürekli cerahat gelen bir delik
- Ağrı (cerahatin dışarıya rahat drene olamadığı dönemlerde, epizodik)
- Anal bölgede cerahatin neden olduğu ıslaklık ve kaşıntı
- Palpasyon ve stile ile ano-rektum içine doğru uzandığı belirlenen fistül trajesi.⁶⁰

2.2.2.2.2. Tedavi

Anorektal fistüllerin kendiliğinden iyileşmesi çok enderdir. Tedavi edilmeyen olgularda kronik apse ve karmaşık fistül traktüsleri gelişir.

Anorektal fistüllerin tedavisi cerrahidir. Tedavide ana kural kontinens mekanizmasına en az zarar vererek fistüli iyileştirmektir. Anorektal fistüllerin tedavisinde üç temel cerrahi teknik kullanılır: Fistülotomi, seton kullanımı ve anorektal ilerletme flepleri.⁶¹

En sık uygulanan yöntem fistülotomidir. Fistülotomi, stile yardımı ile ya da metilen mavisi, effervesan solüsyonlarla yolu belirlenen fistülün ön duvarının kesilerek açılması ve tabanın kürete edilmesidir. İkincil yollar varsa bunlarda kürete edilir. Yarı sıcak oturma banyoları ile sekonder iyileşmeye bırakılır.

Yüzeysel ve sfinkterler arası fistüllerde seçkin tedavi yöntemidir. İntersfinkterik fistüllerde iç sfinkterin alt kısmının kesilmesi herhangi bir kontinens sorunu yaratmaz. Transsfinkterik fistüllerde de en sık fistülotomi operasyonu yapılır. Bu sırada fistülün içerisinden geçtiği hem iç hem de dış sfinkter kısımları kesilir. Anorektal halka sağlıklı ise sfinkterin kesilmesi önemli bir kontinens sorunu yaratmaz. Dış sfinkterin % 50 ya da daha fazla parçasının kesilmesini gerektiren yüksek transsfinkterik fistüllerde fistülotomi yapılmamalıdır.

Yüksek transsfinkterik, suprasfinkterik ve bazı nüks fistüllerde seton uygulanır. Seton fistülün içerisinden ipek, penrose dren gibi bir materyalin geçirilmesi ve her iki ağzından çıkarılan uçların bağlanmasıdır.

Burada amaç kullanılan materyalin yabancı cisim reaksiyonu ve daha sonra kesilecek sfinkter adalesinin yerinde kalmasının sağlanmasıdır.

⁶⁰ Değerli, Ü., Emre A., a.g.e. s.99

⁶¹ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1267

Diğer bir yöntem flep kaydırmadır. Özellikle ekstrasfinkterik ve bazen de supra ve yüksek transsfinkterik fistüllerde uygulanır. Bu yöntemde iç ağız eksize edilerek kapatılır. Fistül yolu eksize(fistülektomi) ya da kürete edilir. İç ağız hizasındaki yara yukarıdan kaydırılan rektum mukozası ile örtülüdür. Teknik olarak güç bir ameliyattır.⁶²

2.2.2.3. Hemoroid ve Anatomisi

Üst ve alt hemoroidal ven pleksusularının ayrı ayrı veya birlikte variköz genişlemeleridir.⁶³ Hemoroidler anal kanalın normal anatomik yapısında bulunan ve kontinensin sürdürülmesinde işlevleri olduğu düşünülen fibrovasküler yastıklardır.⁶⁴

Dentat çizgisinin hemen üzerindeki submüköz boşluktaki hemoroidal pleksusu oluşturan korpus kavernosum rektideki hemoroidler internal (iç); perianal subkutan boşluktaki pleksusu oluşturan hemoroidler eksternal (dış) hemoroidler olarak bilinir. İçinde kanın pıhtılaşığı hemoroidlere ise tromboze hemoroid denir.⁶⁵ Hemoroidal dokuda atardamar ve toplardamar (arteriyovenöz) arası direkt bağlantılar mevcuttur. Bu yapı sayesinde kalın barsağın en son kısmındaki algılayıcıların uyarısıyla hemoroidal doku içindeki kan miktarı hızlı bir şekilde ayarlanıp istemsiz olarak anüsten sıvı ve gaz çıkışını engelleyen bir yastık mekanizması şeklinde çalışır.⁶⁶

2.2.2.3.1. Hemoroidin Oluşumunda Etkili Olan Faktörler

Kronik kabızlık ve ishal, kötü beslenme alışkanlığı, tuvalet ihtiyacını ertelemek, tuvalette uzun süre oturmak, yaşlılık, hamilelik, sedanter yaşam, genetik, bazı spor etkinlikleri (ata binmek, bisiklet sürmek), çeşitli meslek grupları (şoförler, pilotlar), pelvik bölgede yerleşen tümörler, karında asit oluşumu^{67,68}

⁶² Kalaycı, G., a.g.e. s.1409-1410

⁶³ Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e. s.99

⁶⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.504

⁶⁵ Bilgel, H., a.g.e. s.639

⁶⁶ <http://www.hemoroidnedir.com/hemoroid-nedir/> 25.04.2010

⁶⁷ <http://www.fatih.edu.tr/rahatsızlıklar,41> 25.04.2010

⁶⁸ <http://www.istanbulendoskopi.com/hemoroid/53-hemoroid> 25.04.2010

olusumunda-etkili-olan-faktörler

2.2.2.3.2. Belirti ve bulgular

- Rektal kanama (makattan taze kırmızı renkli kanama)
- Sekonder anemi (sürekli kanama nedeniyle)
- Perianal bölgede ıslaklık, maserasyon, kaşıntı
- Dış hemoroidde karakteristik görünüm
- Ağrı (ileri evre veya tromboze hemoroidlerde oluşur.)⁶⁹

Anatomik ve klinik durumlara göre 4 derecede bulunurlar.

1. Derece Hemoroid: Kanama olur, hemoroid memeleri barsak içindedir.

Anüsten dışarı çıkmayan

2. Derece Hemoroid: Kanama olabilir. Defekasyon ve ıkınma sırasında dışarı çıkan ve kendiliğinden geri çekilen.

3. Derece Hemoroid: Kanama olabilir. İkinma ile dışarı çıkan memeler ancak elle itildiğinde içeri giren.

4. Derece Hemoroid: Kanama olabilir. Memeler dışarı çıkmıştır ve hiçbir şekilde içeri girmemektedir.⁷⁰

2.2.2.3.3. Tedavi

Semptomlara yol açan hemoroidlerin büyük çoğunluğu konservatif yöntemlerle tedavi edilir. Konservatif tedavinin ana kuralı hastaların yumuşak kıvamda bol dışkı yapmalarının sağlanmasıdır. Bu amaçla lifli gıdalardan zengin bir beslenme tarzı ve bol sıvı almaları önerilir. Kronik ishal veya kabızlık varsa düzeltilir. Hastaya ıkınmadan dışkılaması ve sarkan pakeleri yerine koyması öğretilir. Özellikle ağrılı dönemlerde sıcak ıslak pansumanlar ya da sıcak oturma banyoları yararlı olur. Lokal topikal ilaçların etkisi tartışmalıdır.⁷¹

Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen oluşumlarda diğer yöntemler kullanılabilir.

Skleroterapi: Hemoroid pakelerinin etrafına sklerozan madde enjeksiyonu ile fibrozis oluşturma esasına dayanır. % 20 iyileşme elde edilir.

⁶⁹ Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e. s.99

⁷⁰ Taner, A., Ş., a.g.e s.134

⁷¹ Kalaycı, G., a.g.e. s.1409-1410

Lastik Bant Ligasyonu: İnternal hemoroidlerde kullanılan bir yöntemdir. Hemoroidlerin tabanına lastik bant konularak 3-5 gün içinde pakenin nekroze olarak düşmesi sağlanır. Eksternal hemoroidlerde kullanılmaz. Çok ağrılı olur.⁷⁰

Fotokoagülasyon: Kızılötesi ışınlarla hemoroidlerde minör doku harabiyeti ve fiksasyon sağlanmasıdır. 1. ve 2. Derece hemoroidlerde indikedir. Bir propla her hemoroid pakesi üzerine 1-2 saniye süre ile 3-4 ayrı uygulama yapılır. İndikasyon ve sonuçları lastik band ligasyonuna benzerlik gösterir.

Krioterapi: Pakelerin nitröz oksit (-60,-80⁰C) ya da sıvı azot (-196⁰C) ile dondurularak tahrip edilmesi ve fiksasyon metodudur. Derin dondurma adale harabiyetine, yüzeysel dondurma tedavisinin başarısız kalmasına yol açar. Nadiren uygulanır.

Elektrokoagülasyon: Monopolar ya da bipolar akımla elektro koagülasyon konusunda yeterli bilgi birikimi sağlanamamıştır.⁷²

İnfrared(Lazer) Koagülasyon: Bir tungsten-halojen ışık kaynağının hemoroid dokusuna doğrudan temas etmesiyle doku proteini koagüle olur ve su evopare edilir. Koagülasyon altında gelişen ülser bir haftada fibrozis ile iyileşir. İdeal endikasyon, konservatif tedavinin başarısız olduğu ancak bant ligasyon için yeterli dokunun olmadığı birinci derece hemoroidlerdir.⁷³

2.2.2.3.4. Cerrahi Tedavi

Eksizyonel Hemoroidektomi: 3. ve 4. Derece hemoroidler için aşağıda sözü edilen hemoroidler için aşağıda sözü edilen durumlar söz konusuysa 'altın standart' tedavidir. Büyük eksternal hemoroid ile birlikte olan veya miks hemoroidler, tromboze hemoroidler, inkarsere ve ciddi ağrıya yol açanlar, gangrene hemoroidler, antikoagülasyon tedavi gerektiren kişilerde kanayan hemoroidler, miks hemoroidler nedeniyle hijyenik güçlük yaşayan hastalar, diğer yöntemlerle belirtilerin kontrol altına alınmadığı olgularda eksizyonel hemoroidektomi endikasyonu vardır. Eksizyonel hemoroidektomi en sık üç yöntemle yapılabilir: Miligan-Morgan (eksizyon+yaranın açık bırakılması), Ferguson (eksizyon+yaranın kapatılması) ve Whitehead (çepeçevre eksizyon).⁷⁴

⁷² <http://www.umutdolu.com/saglik/hemoroid-basur-hastaligi.asp> 25.04.2010

⁷³ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.504

⁷⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1260-1261

Stapler Hemoroidektomi (Longo Tekniği): 2. , 3. ve 4. Derece hemoroidlerde uygulanmaktadır. Tek kullanımlık stapler olarak adlandırılan bir cihazla yapılır. Bu teknikte dişli çizginin yaklaşık 4.cm üzerinden dairesel bir doku çıkarılmakta, sarkmış hemoroidal doku yukarı çekilerek burada sabitlenmektedir. Böylece normal pozisyona gelmesi sağlanmakta üst hemoroidal arterin (atardamar) en son dalları kesintiye uğratıldığından iç ve dış dokunun kendi kendine sönmesi sağlanmaktadır. Girişimin yapıldığı dişli çizginin üst kısmında ağrı olgusu olmadığından ve hemoroidal dokuyu herhangi bir işlem yapılmadığından operasyon sonrası hasta konforu son derece iyidir.⁷⁵

2.2.2.4. Pilonidal Sinüs

Pilonidal sinus, genellikle orta hatta sakrokoksigeal bölgede yerleşen, skuamöz epitelle döşeli kıl içeren sinüslerin oluşturduğu, daha çok 15-30 yaşlarında esmer ve kıllı erkeklerde görülen, edinsel kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tıp literatüründe kist dermoid sakral, halk arasında kıl dönmesi olarak bilinir.

Pilonidal, latince kıl anlamına gelen “pilus” ve küme anlamına gelen “nidus” kelimelerinden oluşur ve kıl yuvası anlamına gelir.

Pilonidal sinus, en sık orta hatta sakrokoksigeal bölgede, seyrek olarak umbilikal bölgede ve nadiren elde, peniste, aksillada, anal kanalda, boyunda, burun ve memeler arası bölgede ortaya çıkmaktadır. Hastalık akut subakut infeksiyon atakları ile karakterize olup, kronik bir seyir göstermektedir. Gerçek insidansı bilinmemekle beraber, erkeklerde daha sık (%80) görülmektedir. Erkek/Kadın oranı 3/1 veya 4/1’ dir.⁷⁶

2.2.2.4.1. Epidemiyoloji

Pilonidal sinüs hastalığı, erkeklerde kadınlara göre 3–4 kez daha sık görülmektedir.⁷⁷ Genelde hastalık 15–35 yaşlar arasında görülebilmekte ise de, 17-27 yaşlar arasında sıklık oranı artmaktadır. 45 yaş üzerinde nadir görülür.⁷⁸

⁷⁵ <http://www.hemoroidnedir.com/hemoroid-tedavisi/de-longo> 25.04.2010

⁷⁶ Bilgel, H., a.g.e. s.643

⁷⁷ Çubukçu A., Çubukçu D., “Pilonidal Sinüs Hastalığı”, Çağdaş Cerrahi Dergisi, 2002;16:2348.

⁷⁸ Akıncı, O., Bozer, M., Uzunköy, A., Düzgün, SA., et al. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. Eur J Surg1999;165:339-42.

Pilonidal sinüs hastalığında temel unsur kıl olmakla beraber, kolaylaştırıcı etkenlerde mevcuttur. Bu faktörler;

- 1- Vücudun kıllı olması ve günlük dökülen kıl miktarının fazla olması
- 2- Gluteal yarığın, dar ve derin olması sonucu, kıllara uygulanan emme kuvvetinin fazla olması, dökülen kılların dar ve derin olukta uzun süre beklemesi
- 3- Derinin uzun süre massere ve nemli kalmasıyla kıl batmasının kolaylaşması
- 4- Gluteal yarıқта çatlak, yarık ya da skar dokusu olması
- 5- Uzun süre oturmaya bağlı bölgesel travma oluşması
- 6- Kötü hijyen

Şişmanlığın etiyojideki etkisi ispatlanamamıştır.⁷⁹

2.2.2.4.2. Belirtiler

Hastalık akut ve kronik infeksiyon atakları sonucu akıntı, ağrı, kaşıntı, kızarıklık gibi semptomlara yol açmakta ve hastanın konforunun bozulmasına neden olmaktadır. Bazen iltihaplı kötü kokulu akıntıya ve kıl parçalarından oluşan kistlere yol açabilir. Çok nadir olarak uzun dönemde karsinom gelişme riski taşıyabilir.⁸⁰

2.2.2.4.3. Klinik Bulgular ve Tanı

Pilonidal Sinüs Hastalığı;

- 1- Pilonidal sinüs apsesi
- 2- Kronik pilonidal sinüs hastalığı
- 3- Tekrarlayan, kompleks pilonidal sinüs hastalığı olmak üzere 3 şekilde karşımıza çıkar. Lezyon enfekte olmadığı sürece asemptomatiktir.⁸¹

⁷⁹Tardu, A., "Pilonidal sinüs'ün Cerrahi Tedavisinde Limberg Flep ile Duofermentel Flep Karşılaştırması: Prospektif Randomize Klinik Çalışma" İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007 s.6

⁸⁰ Bilgel, H., a.g.e s.643

⁸¹Tardu, A., a.g.e. s.9

2.2.2.4.4. Akut Pilonidal Sinüs Apsesi

Akut pilonidal sinüs apsesinin öncelikli sebebi, pilonidal sinüs ağzının keratin tıkaçı, ölü hücreler ya da kötü hijyene bağlı kirlerle tıkanmasıdır. Sinüs içindeki kıllar, bakteriyel enfeksiyonu tetikler ve cilt altında apse oluşur. Bu, pilonidal sinüs hastalığının, en sık ve ilk kendini gösterdiği şeklidir. Sakrokoksigeal bölgede şişlik, kızarıklık, ağrı ve hassasiyet mevcuttur. Genellikle ateş yüksektir ve lökosit artışı saptanır.

2.2.2.4.5. Kronik Pilonidal Sinüs Hastalığı

Apsenin kendiliğinden drene olması ya da kötü cerrahi drenajı ile tam iyileşmemesi sonucunda oluşur. Hastaların çoğu, ağrısız akıntı tarif ederler. Akıntı devamlı ya da aralıktır. Muayenede, sakrokoksigeal alanda, palpasyonla hafif hassasiyet veren bir şişlik ve sertlik hissedilir. Gluteal yarıktaki cildin hafif aşağı çöktüğü ve bir gamzenin üzerinde bir ya da birden fazla sinüs ağzı varlığı görülebilir. Bu sinüs ağzında kıl görülebilir ya da ince bir klempile ağızdan içerisi kontrol edildiğinde kıllar tutulabilir. Bu aşamada epitel dokusu, pilonidal sinüs yoluna doğru ilerler.

2.2.2.4.6. Kronik Tekrarlayan Pilonidal Sinüs Hastalığı

Kronik pilonidal sinüs hastalığı, zaman zaman akut alevlenmelerle apseleşir. Bu apse, drenaj uygulanarak sağaltılır. İyilik halinden sonra, atak tekrarlar.⁸² Yukarıdakilerden ayrı olarak bu hastalarda birbirinden ayrı, düzensiz sinüs ağzları görülür.⁸³

Ayırıcı Tanı: Tanı genellikle kolay olup, öykü tanı için çoğu kez yeterli olmaktadır. En sık görülen semptom, sakrokoksigeal alanda ve koksiks ucunda ağrılı şişlik veya ağrısız aralıklı akıntıdır. Ayrıca lokal ağrı, hassasiyet, ısı artışı, selülit, sistemik ateş ve fluktasyon klinik tabloya eşlik edebilir. Pilonidal sinüs, perianal bölgede pürülan akıntı ağzı bulunan, anorektal fistül, basit abse, inflamatuvar barsak hastalığındaki komplike fistüller, hidraadenitis süpürativa, aktinomikoz, tüberküloz,

⁸² Tardu, A., a.g.e. s.9-10

⁸³ Taylor, SA, Halligan, S., Bartram, Cl. Pilonidal sinus disease: MR imaging distinction from fistulo in ano. Radiology 2003;226:662-7.

osteomyelit ve konjenital anomoliler gibi hastalıklarla karışabilmektedir, Ancak sinüs deliğinden dışarıya kılların uzanması, sinüs açıklığının etrafındaki derinin sinüs kanalına doğru girmesi ve deliğin düzgün kenarlı oluşu pilonidal sinüsü diğer hastalıklardan kolayca ayırt edilir.⁸⁴

2.2.2.4.7. Tedavi

Pilonidal sinüsün akut abseli döneminde lokal anestezi altında drenaj uygulanır. Orta hattaki yaranın güç iyileşmesi nedeniyle kesi yandan ve uzunlamasına olarak yapılmalıdır. İnfekte materyal var ise kıllar ayıklandıktan ya da temizlendikten sonra nekrotik granülasyon dokusu kürete edilir. Vakaların bir kısmı bu işlemden sonra iyileşir ve yeni cerrahi girişime gerek kalmaz. Abse drenajından sonra ikinci ameliyat kararı vermek için en az 8-10 hafta beklemek gerekir.

Pilonidal sinüste en sık uygulanan tedavi geniş eksizyon ve primer kapama yöntemidir. Eliptik bir kesi ile pilonidal sinüs sakral fasyaya kadar derinleşerek çıkarılır. Cilt karşılıklı olarak dikilir. Ölü boşluk kalmaması için dikişler kavitenin tabanındanda geçirilir. Primer kapama yöntemi iki üç haftada iyileşme sağlar ancak %20 gibi oldukça yüksek oranda bir nükse yol açmaktadır. Geniş bir alana yayılan sinüslerde ve nüks olgularda uygun değildir.

Pilonidal sinüs tedavisinde sık kullanılan diğer bir ameliyat geniş eksizyon ve yarayı açık bırakma özellikle nüks açısından avantajlı bir yöntemdir, nüks oranı yaklaşık %2' dir. Ancak eksizyondan sonraki boşluğun granilasyonla dolarak kapanması 2-3 ay sürer. Bazen yara tümüyle iyileşmez, yeni girişimler gerekir.

Bu iki standart yöntem dışında nadiren başka cerrahi tedaviler uygulanır. En sık uygulananları; marsupiyalizasyon (ön duvar çıkarıldıktan sonra sinüs tabanının cilde dikilmesi), intrafleksiyon (eksizyondan sonra cilt kenarlarının sakral fasyaya dikilmesi), insizyon ve küretaj, eksizyon ve fleplerle kapamadır.⁸⁵

Flep yöntemi: Genel olarak orta hattaki kıl dönmesini çıkarıp yerine yanlardan daha dayanıklı kılsız bir cilt parçasını getirip dikme işlemi içerir. Kıl dönmesi çıkartıldıktan sonra oluşan boşluğa yan taraftan cilt, cilt altı ve kasın zarını

⁸⁴ Bilgel, H., a.g.e. s.643

⁸⁵ Kalaycı, G., a.g.e. s.1414-1415

içeren bir parça dil şeklinde kökü vücuda bağlı olarak getirilip dikilir. En büyük üstünlüğü tekrarı diğer ameliyatlara oranla daha azdır.

Getirilen parçanın şekline ya da tarif eden cerrah ya da kliniğin adına göre limberg, rhomboid, eliptik, karydakis, modifiye limberg, V-Y flep, Z plasti çeşitli isimler verilmiştir. Küçük ayrıntılar dışında etki ve yan etki konusunda ciddi farkları yoktur.⁸⁶

Pilonidal sinüs tedavisinde bir diğer alternatif fenol zerkidir. Bu yöntemle %80'lik fenolden 1-2 ml dışarıdaki ağızlardan sinüs içine zerk edilir. Fenol zerki ile vakaların %60-80' inde iyi sonuç alındığı bildirilmiştir. Ancak ciddi inflamasyon ve cerrahi girişim gerektiren abse oluşumuna yol açabilmektedir. İnfekte vakalarda kontraendikedir. Uzun süre tedavi edilmeyen pilonidal sinüslerden seyrek olarak karsinom gelişebilir.⁸⁷

2.2.2.5. Fıtık (Herni)

Paryetal peritonun (fıtık kesesi), karın duvarındaki defektlerin birinden (dış fıtık) veya mezanterden (iç fıtık) (fıtık ağzı) torba biçiminde dışarıya çıkmasıdır. Kesenin içinde mesane, ince ve kalın barsak, omentum majus vb. organlar bulunabilir.⁸⁸

2.2.2.5.1. Anatomi

Karın ön duvarı, büyük ölçüde her iki tarafta bulunan ve farklı yönlerde seyir gösteren 3 kas tabakası (Dıştan içe doğru sırası ile; m. obliquus externus abdominis, m. obliquus internus abdominis ve m. transversus abdominis), bunların karın bölgesi orta bölümünde birleşmesi ile oluşan ve rektus kılıfı (vagina musculi recti abdominis) adını verdiğimiz aponeurotik kılıf ve bu kılıf içerisinde yukarıdan aşağıya doğru uzanan bir çift kas olan m. rectus abdominis tarafından oluşturulur.⁸⁹

M. rectus abdominis, yukarıda 5-7. kostal kıkırdaklardan başlayan ve aşağıya doğru vertikal olarak seyrederek, pubis'de sonlanan bir kasdır. Kas önde

⁸⁶ <http://www.kildönmesitedavisi.com/flapyontemi.asp> 25.04.2010

⁸⁷ Kalaycı, G., a.g.e. s.1414-1415

⁸⁸ Hubmann, J., "Memorix Cep Kitabı Cerrahi" Turgut Yayıncılık, İstanbul, 1993 s.139

⁸⁹ <http://anatomi.uludag.edu.tr/Abdomen.htm>, 25.04.2010

belirli bölgelerde rectus kılıfına tutunmuştur ve üç adet olan bu tutunma bölgelerine, intersectio tendinei adı verilmektedir. Yüzeysel anatomik yaklaşımla bakacak olursak bu intersectio tendinei'leri ve aralarında oluşan rectus kası bölümlerini ancak zayıf ve tercihen karın kaslarını çalıştırmış erkeklerde sıklıkla görebilmek mümkündür. Intersectio tendinei'lerin birincisi, proc. xiphoides'un hemen altında, bir diğeri umbilicus'un hemen üzerinde, üçüncüsü ise bu ikisinin ortasında yer alır. M. rectus abdominis'in en alt 6 interkostal sinir tarafından innerve edilir.

M. obliquus externus abdominis, abdomenin ön ve dış yanında yer alır. Karın duvarı kaslarının en genişidir. 6-8 parmaklı uzantı ile 5-12. kaburgaların dış yüzünden başlar. Bu dış şeklindeki parmaklı uzantılar yukarıda m. serratus anterior ve aşağıda m. latissimus dorsi demetlerinin arasına sokulur. Bu parmaklı uzantılar zayıf ve kasları gelişmiş erkeklerde gözlenebilmektedir. Son iki kaburgadan başlayan lifler dik olarak aşağıya iner, crista iliaca'nın ön yarımına yapışır. Orta ve üst grup liflerin yönü aşağıya ve öne doğrudur. Bu kasın aponeurozu spina iliaca anterior superior ile tuberculum pubicum arasında kalınlaşan alt bölümü lig. inguinale'yi (Poupart bağı) oluşturur. Bu kasın öne doğru uzanan aponeurozu ise linea alba'da karşı taraftan gelen aponeuroz ile birleşerek sonlanır. Bu kasın innervasyonunu da 7-12. interkostal sinirler tarafından sağlanır.

Karın ön duvarını oluşturan kaslardan m. obliquus internus abdominis ve m. transversus abdominis daha derinde bulunan yüzeysel görülemeyen ancak rectus kılıfının oluşumuna katılan diğer kaslardır. Karın ön duvarı üzerinde m. rectus abdominis'in dış yan kenarını işaretleyen hafif çöküntülü çizgiye linea semilunaris denir. Karın ön duvarında m. rectus abdominis'lerin iç tarafında vücudun orta hattında bulunan hafif çöküntülü çizgi ise linea alba'dır. M. obliquus externus abdominis, m. obliquus internus abdominis ve m. transversus abdominis aponeurozlarının birleşmesi ile oluşmuştur. Linea alba üzerinde umbilicus çevresinde büzülmüş deri ile örtülü fibröz nedbe dokusuna anulus umbilicalis denir.⁹⁰

⁹⁰<http://anatomi.uludag.edu.tr/Abdomen.htm>, 25.04.2010

2.2.2.5.2. İnsidans

Karın duvarı fitiklerinin %75' i kasıkta, %10'u göbekte, %5' i epigastriyumda ve %6' sı kesilerde oluşur. Genel olarak kasık fitiklerinin %70'i indirek, %15' i direkt, %9' u femoral ve geri kalan kısmı da bu tiplerin bir arada bulunan şeklindedir. Kasık fitiği olan hastaların %3' ünde bilateral fitik mevcuttur. Hastaların %12'sinde sonradan karşı tarafta fitik gelişir. Genel olarak fitikler erkeklerde daha sık görülür, fitik hastalarının ancak %5'i kadarını kadınlar oluşturur. Erkeklerde indirek kasık fitikleri daha sık görülür, direkt fitiklere göre oranı 2 kat fazladır. Kadınlarda en sık görülen tip direkt fitikler olmakla beraber femoral fitik erkeklere göre daha sıktır. Femoral fitiklerin %80'i kadınlardadır. Kadınlardaki fitiklerin %32'si, erkeklerdeki fitiklerin %2'si femoral fitiktir.⁹¹

2.2.2.5.3. Karın Duvarı Fitikleri

Anatomik olarak fitiğin iki önemli bileşeni karın duvarının en içerideki apenörotik tabakasındaki defekt olan fitik açıklığı ve buradan peritonun dışarı çıkması ile oluşan fitik kesesidir. Bu kesenin karın duvarı dışına uzanması dış fitik, karın duvarında kalması interpariyetal fitik, viseral boşlukta kalması ise iç fitik olarak tanımlanmaktadır.

Dışarıya çıkan organın karın içerisine itilebilmesi durumunda redükte edilebilen, karın içerisine itilememesi durumunda ise redükte edilemeyen fitikten bahsedilir ki bu tür fitiğe inkarsere fitik da denir. Dışarı çıkan organın damarsal beslenmesinin bozulması ise strangüle fitik adı verilir. Barsağın yalnızca antimezenterik duvarının fitik kesesi içerisinde bulunması ise Richter fitiği olarak adlandırılır.⁹²

Strangüle Fitikler: Strangülasyon, fitik kesesi içindeki organın kan akımının bozulması veya tamamen engellenmesi ile oluşur ki bu genellikle fitik boynundaki darlık veya intrinsik bir bant nedeni ile gelişir. Strangülasyon gangrene neden olup acil girişim gerektirebilir ve abdominal fitiklerin cerrahisi ile ilgili ölümlerin

⁹¹ Bilgel, H., a.g.e. s.427

⁹²Taner, A., Ş., a.g.e. s.195

çoğundan sorumludur. Yayınlanan strangüstasyon serilerinde çoğunluk inguinal fitiklardır, ikinci sıklıkta femoral fitiklar sonra umbilikal ve insizyonel fitiklar gelir.

Strangüstasyon hemen her zaman fitik bölgesinde ağrıya neden olur. Strangüstasyon intestinal obstrüksiyona neden olabileceği için kramp tarzında karın ağrısı, kusma ve konstipasyon görülebilir. Ayakta yapılan fizik incelemede belirgin kitle görülür ve hasta yatırıldığında kitle değerlendirilemeyebilir. Muayenede karın duvarındaki herni olasılığı olan tüm odaklar incelenmelidir. Şişman ve yaşlı hastaların fizik incelemesi güç olabilir. İnflamasyon bulguları, ateş, taşikardi, hipotansiyon ve yorgunluk hissi geç bulgulardır ve strangüstasyon, tanı ve tedavinin geciktiğini gösterir.

Distansiyon, hipoaktif barsak sesleri, oligüri ve dehidratasyon, intestinal obstrüksiyon ve barsak strangüle kısmında intravasküler sıvı sekestrasyonu varlığının göstergesidir. Gerekli tedavi acil ameliyattır. Cerrahi tedavide primer amaç, gangrene olan dokudan toksinden zengin kan ve lenfatik sıvının sistemik dolaşıma geçmesini ve nekrotik barsaktaki kontamine materyalin peritoneal boşluğa yayılmasını engellemektir.⁹³

Richter fitiği: Richter fitiği bağırsağın çeperinin sadece bir bölümünün fitik kesesi içinde olmasına verilen addır. Bağırsak fitik kesesi içinde boğulsa bile hasta da bulantı ve kusma gibi belirtiler olmayabilir.⁹⁴ Bu fitik karın duvarında herhangi bir fitikte oluşabilir, fakat en çok femoral kanalda oluşur. Richter fitiğinde barsağın sadece antimezenterik tarafı fitik kesesi içindedir. Tipik olarak 60-70 yaşlarında ve femoral fitiği olan kadınlarda görülür.⁹⁵ Bu özel tip fitik tipinde tam bir bağırsak tıkanıklığı görülmemekle birlikte, fitik kesesi içindeki bağırsak duvarında gangren meydana gelebilir. Eğer boğulma zamanında saptanıp tedavi edilmezse apseleşme oluşur.⁹⁶

⁹³Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.645

⁹⁴Taviloğlu, K., “Fitik” <http://www.taviloglu.com.tr/genel-cerrahi/fitik/pdf.html>, 25.04.2010

⁹⁵ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1507

⁹⁶Hatipoğlu, H. S., “İnguinal Fitik Tamirinde Kullanılan Lichtenstein ve Anterior Preperitoneal Mesh Takviyesi Yöntemlerinin Testiküler Volüm ve Kan Akımı Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması” Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul 2008 s.42

2.2.2.6. Kasık Fıtıkları (İnguinal Herni) ve Anatomisi

Inguinal bölge özellikle erkeklerde klinik açıdan oldukça önemli bir bölgedir, çünkü testis'in karın boşluğu ile bağlantısının sağlandığı ve herniasyon (fıtık) için potansiyel bir bölgedir. Embriyolojik ve fetal gelişim sırasında, guberneculum testis adı verilen mezenşimal yapı, henüz batın içerisinde bulunan testis'ten scrotum'a doğru uzanan bir kanal ve scrotum'un oluştuğu bir merkez görevi üstlenir. Doğumdan hemen önce (7. aydan itibaren) bir periton uzantısı olan processus vaginalis karın boşluğundan scrotum içine canalis inguinalis içerisinden geçecek şekilde iner ve testis'in karın boşluğundan scrotum içine inişi için bir rehber görevi üstlenir. Testis scrotuma ulaştınca, proc. vaginalis'in üst parçası büzülür ve tıkanır (oblitere olur). Alt parça ise testis'i saran kapalı bir kese (tunica vaginalis testis) olarak kalır. Bazı kişilerde proc. vaginalis üst bölümü oblitere olmaz ve kapanmanın tam olmayışı konjenital fıtıklar için ortam hazırlar.

Lig. inguinale, m. obliquus externus abdominis aponörozunun alt kenarıdır. Spina iliaca anterior superior ile tuberculum pubicum arasında uzanır. Uyluk bölgesinde fascia lata ile devam eder. Spina iliaca anterior superior kolaylıkla hissedilebilen bir noktadır, ancak tuberculum pubicum herkeste kolay hissedilemeye bilir. Tuberculum pubiculum'un yerini hissedebilmek için, uyluk abductiona getirildiğinde uyluğun medialinde hissedilen m. adductor longus yukarı doğru takip edilirse bu kasın tutunma yeri olan tuberculum pubicum ulaşılabilir.

Canalis inguinalis, karın ön duvarındaki kaslar arasında oluşan karın boşluğu ile scrotum arasındaki oblik seyirli bir kanaldır. Canalis inguinalis'in pozisyonu lig. inguinale'nin hemen üzerinde ve ona paralel olacak şekildedir. İçerisinde erkeklerde funiculus spermaticus ve n. ilioinguinalis, kadınlarda ise lig. teres uteri geçer.

Karın bölgesinin alt kısmında fıtıklar için zayıf bir nokta oluşturan bu kanalın eksiklikleri, kısmen kanallık oblik seyirli oluşu ve kısmen de duvarlarının yapısal düzenlenmesi ile giderilmeye çalışılmıştır. Eğik seyirli oluşu nedeni ile kanalın iç ve dış ağızları (sırasıyla anulus inguinalis profundus ve anulus inguinalis superficialis) karşılıklı değildir. Anulus inguinalis profundus fascia transversalis'daki oval bir deliktir. Lig. inguinale'nin orta noktasının hemen üzerinde ve a. epigastrica inferior'un lateralindedir. Bu arterin pulsasyonunun alınması deliğin yerinin

belirlenmesinde önemlidir. Anulus inguinalis profundus ise crista pubica'nın tam üstünde bulunan m. externus abdominis aponörozundaki bir yarıktır.

Canalis femoralis; Lig. inguinale'nin arkasında, fascia transversalis a.v. femoralis'in proksimal bölümünü huni şeklinde saran bir kılıf (femoral kılıf) oluşturur. Femoral kılıf iki vertikal bölme ile üç bölüme ayrılır. A. femoralis dış, v. femoralis orta bölümde yer alır. En içte gevşek bağ dokusu ve lenf düğümleri içeren bölüme ise canalis femoralis denir. Özetle femoral kılıf a.v. femoralis ve canalis femoralis'i kuşatır. Kanal 1,5 cm uzunluğunda, konik şekilli, kısa, kör bir aralıktır. Üst ucu anulus femoralis adını alır ve karın duvarında femoral fitıkların geliştiği zayıf bir noktadır. Kadın pelvisi daha geniş, a.v. femoralis daha ince olduğu için canalis femoralis daha geniştir ve kadınlarda daha sık görülür.⁹⁷

Kasık fitığı oluşumuna neden olabilen faktörler olarak; kollajen sentez veya yıkım defekti, Hasselbach üçgeninde doku turgoru kaybı, processus vaginalisin açık kalması veya geç kapanması, gebelik,⁹⁸ karın ön duvarında gerginlik oluşturan ağır egzersiz, kronik ağır yük kaldırma, kronik öksürük, kronik konstipasyon, prostatizm, karın içinde asit, kronik periton dializi, ventriküloperitoneal şant, büyük pelvik organlar veya pelvik tümör,⁹⁹ morbid obezite, kronik zayıflatıcı hastalıklar, kolon veya diğer gastrointestinal sistem kanserleri, Mc Burney insizyonu, uzun süre ayakta durma, çizgili kas hastalıkları, kollajen doku hastalıkları (Marfan sendromu, Ehlers Danlos sendromu, Hurler-Hunter sendromları), kalın kremaster kası, spermatik kord lipomu ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları sayılabilir.¹⁰⁰

Kasık Fitıklarının Sınıflandırılma: Günümüze kadar kasık fitıkları için birçok araştırmacının adıyla anılan çok sayıda sınıflandırma sistemi öne sürülmüştür. Bunlar içinde en çok kabul görenlerden birisi Nyhus ve arkadaşları tarafından önerilen sınıflamadır:

Tip 1: İndirek kasık fitıkları. Derin inguinal halka yapı, boyut ve konfigürasyon açısından normaldir. Bu tip fitıklar daha çok çocuklarda ve gençlerde görülür.

⁹⁷ <http://anatomi.uludag.edu.tr/Abdomen.htm>, 25.04.2010

⁹⁸ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1506

⁹⁹ Kalaycı, G., a.g.e. s.684

¹⁰⁰ Hatipoğlu, H., S., "a.g.e. s.39

Tip 2: İndirek kasık fitıkları, inguinal halka geniş fakat inguinal kanalın tabanı sağlam olanlar.

Tip 3: Direk kasık fitıkları; zayıflamış bir fascia transversalisden dışarı çıkanlar. Bu fitıkların üç alt grubu vardır:

Tip 3a: Direk kasık fitıklar, sadece inguinal kanalın tabanında defekt ile birlikte olanlar.

Tip 3b: Kombine-ındirek fitıklar, iç halkada major dilatasyon ile birlikte olanlar. Fitık kesesi skrotuma ulaşır. Bazı vakalarda sağda çekum veya solda sigmoid kolon fitık kesinde bulunabilir.

Tip 3c: Femoral fitıklar

Tip 4: Nüks fitıklar Tip 4a: Direk

Tip 4b: İndirek

Tip 4c: Femoral

Tip 4d: Karışık olabilir.¹⁰¹

Fitıkların bu sınıflandırma sisteminin dışında, fitık içeriğine göre özel isimlendirilmiş tipleri de vardır. Bunlar:

Littre Hernisi: Herni kesesinin tek içeriğinin Meckel divertikülü olduğu tiptir. Kесе içinde Meckel divertikülünden başka yapı olması onun gerçek bir Littre hernisi olmasını engeller. Her tür herni kesesinde görülebilir. Bu fitıkta kесе içinde Meckel divertikülü sıkışır ve beslenmesi bozulursa gangrenleşir.

Maydl Hernisi (W Hernisi) : Fitık kesesi içine W biçiminde giren bağırsak urvelerinin sıkışması durumunda, kесе içinde kalan bağırsak bölümünde önemli değişiklikler görülmeyebilir, ancak karın boşluğunda kalan urvenin beslenmesi bozularak doku ölümü oluşur. Tanısı güç, özel tip bir hernidir.

Amyand Hernisi: Fitık kesesi içinde appendiks dokusunun bulunduğu herni tipidir.¹⁰²

¹⁰¹ Bilgel, H., a.g.e. s.434

¹⁰² Hatipoğlu, H., S., a.g.e. s.42

2.2.2.6.1. Kasık Fıtıklarının Ayırıcı Tanısı

Direk Kasık Fıtığı:

- İnguinal ligamanın üstünde, pubik tüberklün yanında.
- Hasselbeach üçgeninden çıkar.
- Skrotuma inmezler.
- Boğulma az görülür.
- Kolayca redükte edilirler.
- Yarım küre şeklindedirler.
- Sapsızdırlar.
- Yaşlılarda ortaya çıkar.¹⁰³
- Öksürmekle hemen ortaya çıkar, yatmakla kendiliğinden kaybolur.

İndirek Kasık Fıtığı:

- Lig. İnguinalinin biraz üstünde ve medrelindedir.
- İnguinal kanala iç delikten geçer.
- Skrotuma inerler.
- Kolayca boğulurlar.
- Redükte etmek zordur.
- Armut biçimindedirler.
- Saplıdırlar.
- Gençlerde görülür.
- Öksürmek, ıkınmakla yavaş ortaya çıkar; içeri itebilmek için elle yardımcı olmak gerekir.

Femoral Fıtık:

- İnguinal ligamanın altında, dış yanda.
- Zor ortaya çıkar, redüksiyonu güçtür.

Kasık fıtıkları ile karışabilen durumlar:

- Varikosel; bu kitle hasta öksürünce büyümmez ama yatınca küçülür.
- Kordo Kisti; cerrahi girişim olmadan ayırım olanaksızdır.
- Kasıkta adenomegali; öksürmekle büyümmez, içeri itilemez, genel semptomlar hastalığa eşlik eder.
- Hidroset; üst sınırı saptanabilir, transillüminasyon verir.

¹⁰³ Obuz, V., a.g.e. s.200-201

- Kadında bartolin kisti; labium majusta sınırlıdır, inguinal kanala çıkmaz.
- Safen varisi; femoral fitik ile karışır, ekstremitede genişlemiş venler ve varis muayenesi ayırıcı tanıda yardımcı olur.
- İnmemiş testis; o taraf skrotumu boştur.¹⁰⁴

2.2.2.6.2. Belirti ve Bulgular

- Şişlik
- Ağrı: ağır yükler kaldırmakla, uzun dönem öksürmekle, ıkmakla ve uzun olabileceği gibi gün içerisinde giderek artan ve yeri hasta tarafından net olarak tanımlanamayan şekilde de olabilir.
- Kızarıklık: Fıtık bölgesinde sürekli ve şiddetli ağrının eşlik ettiği bir duyarlılık veya kızarıklık,
- Bulantı
- Kusma
- Uyluk bölgesinden bacağına doğru yayılan ağrı¹⁰⁵

2.2.2.6.3. Komplikasyonlar

1. Obstrüksiyon
2. Strangülasyon
3. İnkarserasyon¹⁰⁶

2.2.2.6.4. Tedavi

Cerrahi riski olmayanlar dışında tüm fitikler cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Ameliyat öncesi karın içi basıncını arttıran durumlar gözden geçirilmeli ve elektif herniorafiden önce düzeltilmelidir. Bu durumlar postoperatif dönemde şiddetlenebilir ve nükse neden olabilir.

Fıtıklar fasya transversalistedeki zayıflıktan oluştuğu için cerrahi tedavinin amacı bu faysal planı desteklemek, değiştirmek veya düzeltmek olmalıdır. Anterior yaklaşımla ve posterior yaklaşımla preperitoneal bölgeden fıtığa ulaşılabilir.

¹⁰⁴Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e. s105

¹⁰⁵Taviloğlu, K., a.g.e 25.04.2010

¹⁰⁶Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.648

Fıtık kesesi çevre dokulardan diseke edilip serbestlendikten sonra karın içine gönderilir. Fıtık kesesinin açılması şart değildir. Bundan sonra fasyadaki defekt aşağıdaki yöntemlerden birisi ile kapatılır. Günümüzde fıtık onarımı için kullanılan yöntemler üç grupta toplanabilir:

1. Anterior Yaklaşım:

a. Primer Doku Onarımları (Gerginlikli fıtık onarımları)

- Bassini Onarımı
- McVay Onarımı (Cooper ligamanı onarımı)
- Condon Onarımı (Anterior İliopubik traktus onarımı)
- Nyhus Onarımı (Posterior İliopubik traktus onarımı)
- Marcy Onarımı
- Shouldice Onarımı¹⁰⁷

b. Prostetik Doku Onarımları (Gerginlik yaratmayan ve mesh kullanılan onarımlar)

- Nyhus prosedürü (meshli veya meshsiz)
- Lichtenstein prosedürü
- Gilbert'in plug (tıkaç) tekniği
- Stoppa operasyonu (GPRVS)
- Anterior preperitoneal mesh takviyesi¹⁰⁸

2. Posterior Yaklaşım:

3. Endoskopik

Gerginlik yaratmayan ve laparoskopik yöntemle yapılan tamir

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

¹⁰⁷ Bilgel, H., a.g.e. s.438-443

¹⁰⁸ Hatipoğlu, H., S., a.g.e. s.44

2.2.2.5. Cerrahi Komplikasyonlar

Ağrı, nüks, kanama, testiküler kan akımının engellenmesi, vas deferens kesilmesi, barsak yaralanması, mesane yaralanması, strangüle barsak, femoral venin sıkışması, üriner retansiyon, skrotal ekimoz, testis ödemi, testiküler atrofi, hidrosel, yara enfeksiyonu, nöroma, gözden kaçan fitik, rekürrens.¹⁰⁹

2.2.2.7. Göbek Fıtığı (Umblikal Herni) ve Etiyolojisi

Fötal hayat süresince mevcut olan ve umblikal damarlar ile umblikal kordun geçmesine izin veren konjenital karın duvarı defektinin devam etmesi sonucu umblikal fıtıklar oluşur. Doğumda viteline kanalı artıkları ve daha önce umblikal kordu çaprazlayan allatois oblitere olur, oluşan sikatris ile umblikal halka kontrake olur. Eğer sikatrizasyon bozulur veya karın içi basıncın artması gibi bir durum varlığında oluşan yeni skar dışı doğru itilir ise umblikal fıtık oluşur.¹¹⁰

Yetişkinlerde göbek fıtığı oluşumunda risk faktörleri:

1. Çok sayıda gebelik
2. Asit
3. Obezite
4. Karın içinde gelişen büyük tümörler
5. Bazı kollajen yapım bozukluğu hastalıkları¹¹¹

2.2.2.7.1. İnsidans

Çocuklarda görülen umblikal fıtık insidansı doğum ağırlığına, yaşa ve ırka göre değişmektedir. Normal doğum ağırlıklı olanlara göre düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ve zenci çocuklarda insidans daha yüksektir. Erişkinlerde asiti olan sirozlularda ve orta yaşlı, obez ve çok doğum yapmış kadınlarda rölatif olarak daha sık görülür.¹¹²

¹⁰⁹ Kalaycı, G., a.g.e. s.694-695

¹¹⁰ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.651

¹¹¹ Bilgel, H., a.g.e. s.447

¹¹² Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1520

2.2.2.7.2. Tanı

Göbeğin dışa çıkması ve geniş göbek halkasının elle hissedilmesi ile göbek fitiği tanısı kolaylıkla konur. Tanı konulmasının zor olduğu şişman hastalarda, öksürme ve başı kaldırma gibi manevralar ile fitik tanısı daha rahat konulabilir.

Doğumsal nedenli hastalıklar göbek fitiğinden ayırt edilmelidir. Göbek bağı fitiği göbek halkasından geçerek proksimal bağı içine fitikleşen barsak urveleri ihtiva eder, üzeri sadece periton ile kaplıdır, deri yoktur. Omfaloselde geniş göbek halkası defekti vardır, barsak ve karaciğer periton ile kaplı yarı şeffaf keseye fitikleşir. Gastroşizis de paraumblikal defekt vardır, amniyotik veya periton kesesi yoktur, barsak urveleri serbest olarak fitikleşir. Omfalomezenterik veya urakusa ait kalıntılar göbek içinde kistik kitle oluşturur. Metastatik tümör nodülleri (Sister Joseph nodülü) kitle oluşturarak göbek fitiği ile karışabilir.

2.2.2.7.3. Komplikasyonlar

Göbek fitiklerinde komplikasyon olarak inkarasyon, göbek derisi erozyonu ve spontan delinme görülebilir. Çocuklarda komplikasyonlar nadirdir. Göbek fitiği erişkinlerde daha sık inkansere olur. Hastaların çoğu şişman, çok doğurmuş kadındır. Göbek fitiğinin sık görüldüğü asitli sirotik hastalarda spontan yırtılma tarif edilmiştir.¹¹³

Strangülasyon çocuklarda az, %5 oranında görülürken erişkinlerde oldukça siktir. Asitli hastalarda ise göbek fitiği rüptürü peritonit sonucu ölüm ile sonuçlanabilir.

2.2.2.7.4. Tedavi

Çocuk göbek fitiklerinde hemen ameliyat yerine fitiği takip etmek daha uygundur. Zira 0,5-1,5 cm çaplı göbek fitikleri çocuk 4 yaşına gelene kadar kendiliğinden kapanmaktadır. Çocuklarda göbek fitiği komplikasyonları da nadir olduğu için çocuk 4 yaşına gelene kadar beklenmelidir. Bu sürede komplikasyon gelişir ise müdahale edilir. Yetişkin göbek fitiklerinde ise komplikasyon sıklığı ve

¹¹³ Kalaycı, G., a.g.e. s.702

kendiliğinden kapanma ihtimali olmaması nedeni ile elektif olarak ameliyat yapılmalıdır. Ameliyat genel veya lokal anestezi ile yapılabilir.

Ameliyat laparoskopik olarakta yapılabilir. Propylen tıkaç greftler ile de gerginliksiz onarım mümkündür. Ameliyat komplikasyonları ve nüks son derece azdır.¹¹⁴

2.2.2.8. Epigastrik Fıtık ve İnsidansı

Linea alba boyunca batın üst tarafında, ksifoid ile göbek arasındaki alanda oluşan fıtıklara epigastrik fıtık denir. Epigastrik fıtığın kesin sıklığını vermek zordur. Birçok fıtık asemptomatiktir ve tanı konulamaz. Otopside prevalans %0,5-10 arasındadır. Doğumsal epigastrik fıtıklar nadirdir. Bebek ve çocuklarda nadiren görülür. Erkeklerde daha sıktır. Erkek- kadın oranı 3:1' dir. Tanı genellikle 30-50 yaşları arasında konur.¹¹⁵

2.2.2.8.1. Tanı

Semptom verenlerde en çok şikayet, öksürme, gerilme veya diğer fizik egzersizlerle artan ağrıdır. Ağrı genellikle lokalize olmalarına rağmen bazen göğse veya karın alt bölgelerine yayılır ve peptik ülser veya safra kesesi hastalıkları ile karışabilir. Tanı genellikle orta hatta kitle saptanması ile kesinleşir. Kitle hastanın öksürmesi veya yatar pozisyonda iken başını kaldırması ile belirgin hale gelir, böylece cilt altı tümörlerinden de ayrılır.¹¹⁶

2.2.2.8.2. Tedavi

Küçük epigastrik fıtıklarda Linea Albaya paralel bir kesi, preperitoneal yağ dokusu rezeksiyonu ve fıtık çıkış deliğinin absorbe olmayan dikiş materyali ile kapatılması yeterlidir. Tedavide sentetik mesh greftler de kullanılabilir.¹¹⁷

¹¹⁴ Bilgel, H., a.g.e. s448

¹¹⁵ Kalaycı, G., a.g.e. s.703

¹¹⁶ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.651

¹¹⁷ Bilgel, H., a.g.e. s.449

2.2.2.9. İnsizyonel Fıtıklar

İnsizyonel herni; geçirilmiş bir operasyon sonrası muskuloaponevrotik yara dokusundan ya da dren veya trokar yerinden peritonun dışarıya protrüze olması olarak tarif edilebilir. Karın ameliyatlarından sonra insizyonel fıtık görülme insidansı %10-15'tir. İnsizyonel herni, primer cerrahiden sonra en sık ilk 2 yıl içerisinde görülürken, fıtık onarımı sonrasında gelişen nüksler daha erken dönemde görülür. İnsizyonel fıtık oluşumunda seçilen insizyonun tipi çok önemlidir. Maingot'un ifade ettiği gibi iyi bir insizyonun temel prensipleri kolay erişilebilir olması, genişletilebilmesi ve güvenilir olmasıdır. Daha çok zaman alması, daha fazla kanama eğilimi olmasına rağmen transvers insizyonlar vertikal insizyonlara göre daha az insizyonel herni riski taşırlar. Ameliyat sonrasında, abdominal kaslar preoperatif güçlerine ancak 8. haftadan sonra ulaşabilirler. Herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıkan insizyonel herniler ve yara ayrışmaları, genelde operasyondan hemen sonradır.¹¹⁸ Gergin olmayan dikişler, ölü boşluğun olmaması, yeterli debridman, hemostaz ve cildin düzgün bir şekilde karşı karşıya getirilmesi iyi bir yara iyileşmesi için gereken faktörlerdir.¹¹⁹

İnsizyonel fıtık oluşumuna yol açan predispozan faktörler

- Obezite
- Yara kenarlarının gergin kapatılması
- Yara yeri enfeksiyonu
- Yara yerinde hematoma ve seroma
- İnsizyon tipi
- Yetersiz insizyon kapama tekniği
- Karaciğer sirozuna sekonder asit
- Steroid kullanımı
- Malnütrisyon (hipoproteinemi)
- Acil girişimler ve erken reoperasyonlar
- Postoperatif gelişen distansiyon
- Uygun olmayan sütür materyali

¹¹⁸ Okuyan, G., Ç., "İnsizyonel Fıtık Onarımında Onlay ve Sublay Yama Uygulamalarının Karşılaştırılması" Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008 s.8-9

¹¹⁹ Wantz, G., Abdominal Wall Hernias; Schwartz, Principles of Surgery. Mc Grawhill International Edition, Mc Grawhill, 1999, 7th Ed. 1585.

- Eski insizyonun tekrar kullanılması
- Kronik akciğer hastalığı
- İleri yaş
- Diyabet
- Sigara kullanımı
- Malignite¹²⁰

2.2.2.9.1. Etiyoloji

Etiyolojik faktörler kontrol edilebilenler ve kontrol edilemeyenler olarak ikiye ayrılabilir. Kontrol edilebilen etiyolojik faktörler arasında obezite, insizyon şekli, kullanılan sütür materyali ve yara yeri enfeksiyonu sayılabilir. Obezite elektif cerrahi girişimlerde az çok kontrol edilebilir.¹²¹ İnsizyonel herni oluşumunda sistemik faktörlerden çok lokal faktörlerin rolü vardır. Yara enfeksiyonu en önemli risk faktörlerindedir. Tek başına ele alındığında insizyondaki yara enfeksiyonu herni gelişme riskini 4 kat arttırmaktadır.

2.2.2.9.2. Tedavi

Günümüzde artık protez yamalar fitik onarımında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Fıtık tamirinde, fıtık oluşmuş bölgenin kenarlarından 4-5 cm daha geniş bir alana yamanın yayılması ve aponörotik dokuya tespiti genelde kabul edilen tedavi seçeneğidir. Yamanın serileceği saha fasyanın üstü (onlay), kas dokusunun hemen altı, arka rektus kılıfının üstü (sublay), ya da arka kılıf ile periton arası (overlay) olabilir. Nüks oranları diğer insizyonel hernilerden oldukça fazla olan 10-12 cm den büyük fıtıklar için ise 'Rives-Stoppa sublay yama uygulaması' tercih edilir. Dört santimetreden küçük ve çevresinde yeterli sağlam doku bulunan fıtıklar primer olarak onarılabilir. Büyük fıtıklara veya küçük, ancak birden çok sayıdaki fıtıklara yama ile onarım uygulanmalıdır.

¹²⁰Okuyan, G., Ç., a.g.e. s.9-10

¹²¹ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1518

İnsizyonel fitıkların tedavisi cerrahidir ve uygulamada genellikle üç temel yaklaşım vardır. Bunlar sırasıyla primer onarım, protez yama ile açık onarım ve laparoskopik onarımdır. Cerrahi onarımın en büyük sorunu nüksdür. Yama ile yapılan onarımlardaki nüks oranı, primer onarımlardakinden yaklaşık %25 daha azdır.¹²²

2.2.2.10. Spigelian Fıtığı

Transversus abdominus kasının kas liflerinin, aponevrozise dönüştüğü hatta (kosta kenarı ile pubik tüberkül arasında semilunar veya Spigelian çizgisi ve rektus kasının lateral kenarının kesiştiği bölgede) konjenital veya akkiz olarak periton kesesi ya da preperitoneal yağ dokusunun dışarıya doğru çıkıntısıdır. Spigelian fıtığı genellikle inferior epigastrik damarların üstünde yerleşir.¹²³

2.2.2.10.1. Tanı

Spigelian fıtığı nadirdir, intramural yerleşimi ve nonspesifik semptomları nedeni ile tanı koymak güçtür. Genellikle karın ağrısı, karın ön duvarında kitle semptomları veya intestinal obstrüksiyon bulguları ile karşımıza çıkar. Ağrı karın içi basıncını artıran manevralar ile başlatılabilir veya artırılabilir. Fıtık eğer rektus kası lateral kenarında palpabl bir kitle oluşumuna neden olmuş ise tanı kolaydır. Fakat genellikle Spigelian fitıkları laterale, iki oblik kasının arasına doğru büyür ve tanıyı güçleştirir. Palpe edilen ve edilemeyen Spigelian fitıklarında ultrasonografi değerli bir tanı aracıdır. Fıtık kesesi veya defekt bilgisayarlı tomografi ile görüntülenebilir. Spigelian fıtığının inkarserasyon ve strangülasyon insidansı yüksektir.¹²⁴

2.2.2.10.2. Tedavi

Ameliyat genel veya spinal anestezi ile yapılabilir. Bu hernilerin %20'si inkarserasyon nedeniyle acil ameliyat gerektirir. Bu nedenle Spiegel fıtığı tanısı konulduğunda cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Ele gelen fitıklarda Gridiron

¹²² Okuyan, G., Ç., a.g.e. s.13

¹²³ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1520-1521

¹²⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.651

insizyonu veya fitik üzerine yapılan transvers insizyon kullanılabilir. Ele gelen fitik veya fitik ağzı yoksa; paramedian insizyondan periton önü diseksiyon ile diğer aponevrozları kesmeye gerek kalmadan saha eksplorasyonu yapılır. Paramedian insizyon ile fitik tamiri kolaydır ve diğer fitik tamirleride yapılabilir. Spiegel fitiğının nüks oranı düşüktür. Bu yöntemler dışında laporoskopik yöntem başarılı bir şekilde uygulanmaktadır.¹²⁵

2.2.2.11. Guatr ve Anatomisi

Tiroid bezinin iltihabi veya tümoral olmayan büyümesine guatr denir.¹²⁶

Tiroid bezi, C5-T1 vertabralar düzeyinde, boynun ön-alt kısmında yerleşmiş, endokrin bir bezdir. Ağırlığı ortalama 20-22 gr'dır. Normal bir tiroid bezi, ortada istmus ile birleşmiş sağ ve sol olmak üzere iki lateral lobdan oluşmuştur. Lobus lateralisler üç yüzlü piramide benzerler. Kalınlık ve genişlikleri 2-2,5 cm, boyları 4-5 cm'dir. Tepeleri tiroid kıkırdağın linea obliqua'sı, tabanları 5. trakea halkası düzeyindedir. Lobların arka-iç yüzleri krikoid kıkırdağa birer ligament aracılığı ile tutunmuştur. Bu yüzler ayrıca larinks ve trakeanın yan kenarlarına gevşek bağ dokusu ile tutunurlar.¹²⁷

Tiroid bezinin içte ve dışta olmak üzere iki kapsülü vardır. İçteki kapsül ince bağ dokusu yapısındadır ve 'fibröz kapsül' adı verilir. Tiroide sıkıca yapışıktır, septalar oluşturup tiroidi lobüllere ayırır. Dıştaki kapsül boynun derin fasyasının bir devamıdır, 'Lamina Pretrakealis' adı verilir ve içteki kapsüle gevşek olarak bağlanır.¹²⁸

Lateral lobların arka yüzünde, tiroid kapsülü ile fibröz kapsül arasında sağlı sollu iki çift paratiroid bezleri ve tiroidin arteri olan A.thyroidea inferior ve siniri olan N.laryngeus recurrens bulunur.¹²⁹ Tiroid bezinin önünde infrahyoid kaslar olan m. sternothyroideus ve m.sternohyoideus yer alır. Loblar yan kenarlarda damar-sinir paketi ve m. sternomastoideus ile komşudur. İstmus iki lobun alt kısımlarını birleştiren parçadır ve 0,5 cm. kalınlığında, 2x2 cm. boyutlarındadır. Arka yüzü

¹²⁵ Kalaycı, G., a.g.e. s.706

¹²⁶Değerli, Ü., Sökücü, N., Değerli, O., "Cerrahinin Sırları" Nobel Kitabevi, Ankara, 1991, s.

¹²⁷Bektaş, S., S., "Normal, Nodüler Koloidal Guatr ve Neoplastik Tiroid Dokularında TP53 ve C-KİT (CD117) Ekspresyonunun İmmünohistokimyasal Yöntemle Araştırılması" Patoloji Uzmanlık Tezi, Isparta, 2009 s.8

¹²⁸ Arıncı, K., Elhan, A., Anatomi Kitabı. 1. Cilt 2. Baskı 1995; s.: 349-351

¹²⁹ Dere, F. Glandula Thyroidea ve parathyroidea. Anatomi Atlası ve Ders Kitabı 1999; s:759-763

genellikle 2. ve 3. Trakea halkalarının ön yüzüne oturur. İnsanların % 40 'ında istmustan hyoid kemiğe lobus pyramidalis denilen bir tiroid bez dokusu uzanır.

Tiroid bezi bağımsız bir fibröz kapsül ile sarılıdır. Bu kapsülün dışında yer alan fasya pretrachealis trakea, özofagus, larinks ve tiroid bezini ortak olarak sarar. Bu bakımdan tiroid bezi yutma sırasında larinksle birlikte hareket eder. Tiroid bezinin kanlanması a. tyroidea superior ve inferior sağlar. Vena Superior ve medialis, V. jugularis eksterna'ya dökülürken, V. Tyroidea inferior, brakiosefalik sisteme katılır. Tiroidin zengin bir lenfatik ağı vardır. Tiroid bezinin superior ve medial bölgesinin lenfatikleri V. jugularis interna'ya, inferior bölgesinin lenfatikleri ise pretrakeal ve paratrakeal lenf nodlarına dökülür. Tiroid bezi superior ve medial servikal gangliondan gelen postganglionik sempatik lifler ile n.vagus'tan gelen parasempatik lifler tarafından innerve edilir.¹³⁰

2.2.2.11.1. Diffüz Non-toksik (Basit) Guatr

Diffüz non-toksik (basit) guatr nodülerite olmaksızın bütün tiroid bezini diffüz olarak tutan bir guatr türüdür. Genişlemiş folliküller kolloidle dolu olduğu için bu tanımlayan kolloidal guatr terimi kullanılır.¹³¹

a. Diffüz Parankimöz Guatr: Tiroid bezi yaygın, hiperplazik olarak büyümüştür. Epitel elemanlar artmış, kolloid ise artmamıştır. İyot vermekle küçülür.

b. Diffüz Kolloidal Guatr: Asiniler kolloidle doludur. İyot vermekle küçülmez.¹³²

Kolloidal guatr toplumda endemik veya sporadik olarak görülür.

Endemik guatr sadece toprak, su ve yiyecek kaynaklarında iyot düzeylerinin düşük olduğu coğrafik bölgelerde ortaya çıkar. Endemik terimi belirli bir bölgede nüfusun %10'ndan fazlasında guatr görüldüğü zaman kullanılır. Bu durum özellikle iyot eksikliğinin çok yaygın olduğu, içinde Alpler, And dağları, Himalayalar'ın bulunduğu dünyanın yüksek dağlık bölgelerinde yaygındır. Genel olarak bir endemik

¹³⁰ Bektaş, S., S., a.g.e. s.8

¹³¹ Kumar, V., Abbas, AK., Fausto, N. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 7th ed. Philadelphia, Pennsylvania Elsevier Saunders 2005; 1178-1180.

¹³² Obuz, V., a.g.e. s.200-201

guatr bölgesi olan ülkemizde iyot yetersizliğine bağlı guatr önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Sporadik guatr endemik guatra göre daha seyrek görülür. Kadın cinsiyet baskınlığı vardır. Puberte veya genç erişkin dönemde pik insidans gösterir. Sporadik guatrın, tiroid hormon üretimini etkileyen maddelerin alınması da dahil olmak üzere bir dizi nedeni vardır. Diğer durumlarda guatr, tiroid hormon sentezini engelleyen herediter enzim eksikliklerinin sonucu olabilir. Bunların hepsi otozomal resesif geçiş gösterirler. Yine de sporadik guatr olgularının çoğunun nedeni açık değildir.¹³³

Basit guatrı olan hastaların büyük çoğunluğu klinik olarak ötiroiddir. Bu nedenle klinik belirtiler primer olarak büyümüş tiroid bezinin yarattığı kitle etkisi ile ortaya çıkar. Serum T3 ve T4 düzeyleri normal olmakla birlikte serum TSH düzeyi genellikle yükselmiştir veya az sayıda ötiroid bireylerde, beklendiği gibi normalin üst sınırındadır.

Nodüler guatr; nodül içeren (bir veya birden fazla) guatlara ise nodüler guatr denir. Tiroid bezinin içinde mercimek veya nohut büyüklüğünde, bazen daha da büyük kitleler mevcuttur.¹³⁴

Multinodüler Guatr: Tekrarlayan hiperplazi ve involüsyon atakları birleşerek zamanla tiroid bezinde multinodüler guatr adı verilen daha düzensiz bir büyümeye neden olur. Uzun süren basit guatr olgularının tümü multinodüler guatra dönüşür. Bunlar nontoksik olabilir veya toksik multinodüler guatr oluşturabilir. Multinodüler guatr, tiroidin ileri derecede büyümesine neden olur ve tiroid hastalığının herhengi bir formuna oranla daha sık olarak neoplastik tutulumla karıştırılır. Basit guatrdan geliştikleri için hem sporadik hem de endemik formda olabilirler.¹³⁵

Soliter Nodüler Guatr: Tiroid bezi genellikle normal büyüklüktedir yalnız tek nodül vardır. Önemi bunların %15 Ca(kanser), olmasından kaynaklanmaktadır. (Tiroid bezinde palpabl bir nodül tespit edilince şunlar akla gelmelidir; Tiroid adeomu, bez içine kanama, tiroid dokusunun lobülleşmesi, kronik tiroiditis, malign

¹³³ Bektaş, S., S., a.g.e. s.13

¹³⁴ Taşçı, H., "Guatr", <http://www.hasantasci.com/guatr/> 08.05.2010

¹³⁵ Bektaş, S., S., a.g.e. s.14

neoplazm ve tiroid kisti) Tiroid kanamasında sıcak nodüller ileride hipertrofiye yol açarken, soğuk nodüller Ca alabilmektedir.¹³⁶

Bir nodülün sıcak veya soğuk olması sintigrafi tetkiki ile ortaya konan bir durumdur. Tiroit sintigrafisi teknesyum 99 isimli bir radyoizotop madde ile çekilir. Damardan verilen bu ilaç tiroit bezine gider. Eğer nodül bu maddeyi tutmaz ise sintigrafi filminde nodül bir boşluk olarak görülür. İlacı içine almayan bu nodüllere ‘soğuk nodül’ adı verilir. Verilen ilacı tutan nodüller ise sintigrafide siyah bir eğer nodül diğer tiroit dokusuna benzer şekilde ilaç tutarsa bu nodüle ‘ılık nodül’ adı verilir.¹³⁷

Kistik Guatr: Guatrlarda kistik oluşumların meydana gelmesidir. Bunlar nodüllerin dejenerasyonu ve likfaksiyonu ile oluşurlar. Veya kolloidle dolu olan foliküllerin birleşmesi ile retansiyon kistleri meydana gelir.

Dalan Guatr: (Plangan Goitre-Retrasternal Goitre) Tiroid bezi bazen normal lokalizasyonundan daha aşağı seviyelere inerek sternumun incisura jugularisini geçebilir. Bunlar genişlerse önde sternum, arkada 1.Th. vertebra arasında sıkışarak tracheaya bası yaparlar. Yine venlere bası yapıp boyunda venöz staz yaparlar.

2.2.2.11.2. Klinik Bulgular

Hastaların pek çoğu semptom vermezler. İlk belirti boyunda bir kitlenin ortaya çıkmasıdır. Bu kitle yutkunmakla hareketlidir. Öncelikle tracheaya bası yapar ve dispne oluşur, sonra özafagusu sıkıştırır ve disfaji oluşur, en sonda N.recurrens bası yapar ve ses kısıklığı oluşur.¹³⁸

2.2.2.11.3. Tanı Yöntemleri

Radyoaktif iyod tutulumu (RAI-U): Ağız yoluyla verilen radyoaktif (I-131 veya I-123) tiroide tutulması esasına dayanır. Graves hastalığı, toksik multinodüler goitre ve toksik adenom gibi hipertiroidi vakalarında RAI-U yüksektir.

¹³⁶ Obuz, V., a.g.e. s.186

¹³⁷ ‘Nodüler Guatr’, <http://www.saglikbilgisi.com/makale/Nod%C3%BCler+Guatr>, 07.05.2010

¹³⁸ Obuz, V., a.g.e. s.186

Tiroid sintigrafisi: Tiroidin radyoaktif madde verilerek yapılan görüntülenmesi ile tiroid dokusunun morfolojisi ve fonksiyonel durumu konusunda bilgi edinilir. Bu yöntemle nodül (sıcak-soğuk-ılık) varlığı ortaya konulur.

Serum tiroid hormon düzeyleri: TT4, TT3, FF4, FT3 düzeyleri ölçülerek TSH düzeyi ve klinik bulgularla birlikte değerlendirilip hipotroidi-ötroidi veya hipertroidi tanısı koymak mümkün olur.

Serum TSH düzeyi: Genellikle yüksek TSH değerleri hipotroidi, düşük TSH değerleri hipertroidi göstergesidir.

Serum tiroid otoantikörleri

Serum tiroglobulin düzeyi (Tg): Tiroiditlerde, Graves hastalığında, multinodüler guatrda ve tiroid dokusunda harabiyete yol açan hastalıklarda yüksek bulunur.

Tiroid ultrasonografisi (Tiroid US)

İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB): Tiroidde saptanan nodüllere iğne ile girilerek alınan materyalde sitolojik inceleme yapılır.

Bilgisayarlı Tomografi ve Magnetik Rezonans¹³⁹

2.2.2.12. Hipertiroidi

Hipertiroidi, tiroid bezinin aşırı fonksiyon görmesi sonucu tiroid hormon düzeylerinin yükselmesidir.¹⁴⁰ Diğer hipertiroidi nedenleri; neonatal hipertiroidi, TSH salgılayan hipofiz adenomları, tiroid hormonlarına karşı hipofiz direnci, mol hidatiform, koryokarsinom ve emriyonel testis karsinomu, iyot-basedow hastalığı, aşırı miktarda tiroid hormonu alınması, subakut tiroidit (De Quervain tiroiditi; granümatöz tiroidit, dev hücreli tiroidit), hashimoto tiroiditi (kronik otoimmün tiroidit), ağrısız (sessiz) tiroidit, tiroid karsinomu.¹⁴¹

¹³⁹Değerli, Ü., Erbil, Y., "Genel Cerrahi" Nobel Kitabevi, Ankara,2006 s.224-228

¹⁴⁰ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.1587

¹⁴¹ Kalaycı, G., a.g.e. s.446-447

2.2.2.12.1. Klinik Bulgular

Genel: sinirlilik, uykusuzluk, yorgunluk, tremor, kilo kaybı, sıcağa dayanıksızlık.

Deri: Derinin sıcak, nemli yumuşak ve ince oluşu, aşırı terleme, alopesi, hiperpigmentasyon, onikolizis, dermopati, osteopati, ürkiter, ritus, vitilogo.

Göz: Eksoftalmi, konjonktivit, kemozis, oftalmopleji, optik sinir tutumu.

Kardiyovasküler: Taşikardi, dispne, çarpıntı, atrial fibrilasyon, bloklar, yüksek debili konjestif kalp yetersizliği, angina pectoris, hipertansiyon.

Gastrointestinal: Dilde tremor, hiperfaji, susama hissi, diyare ya da hiperdefekasyon, karaciğer enzimlerinde yükselme, hepatomegali, kusma.

Metabolik: Serum kalsiyumda artış alkalemi fosfataz artışı, hiperkalsiüri, serum magnezyum düzeyinde azalma.

Nöromusküler: Ellerde ince tremor, proksimal kas güçsüzlüğü, miyopati, kas atrofisi, kreatinüri, reiyodik paralizi.

Nörolojik: Ateş deliryum, stupor, koma, senkop.¹⁴²

2.2.2.12.2. Toksik Difüz Guatr (Basedow-Graves Hastalığı)

- Otoimmün orjinlidir.

TSH' a karşı IgG yapısında antikor gelişmiştir. (Tiroid sitomulan immunglobulin TSI Tiroid bezini devamlı uyarır ve diffüz guatr gelişir. Tirotoksikoz oldukça sıktır. Tirotoksikozun en sık nedeni Graves hastalığıdır.

- Diffüz guatr

- Eksoftalmi

- Dermopati

Triadı daima mevcuttur.

- Bu bulguların dışında çarpıntı, ellerde titreme, sıcağa tahammülsüzlük, taşikardi, kilo kaybı, kardiyak aritmi gibi hipertiroidi bulgular da vardır.

- Laboratuvar T3, T4 artmıştır.

- T3 resin uptake artar.

- Serum kolesterolü düşer, kan glukozu artar, alkalemi fosfataz artar.

¹⁴² Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.224-228

Tedavi: Propranolol taşikardi için verilir. Periferde T4-T3 dönüşümünü azaltır.

- Propiltiourasil tiroid hormon yapımını azaltır.

Cerrahi: Bilateral subtotal tiroidektomi önerilir.

Graves Hastalığında Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Medikal tedaviye yanıt alınamaması

- RAI tedavisi alamayanlar.

- Kozmatik nedenler.

Toksik Multinodüller Guatr (Plummer Hastalığı)

- Otonom fonksiyon gösteren multipl nodüllerin varlığı ile karakteridir.

- Tiroid hormon yapımında artış vardır.

- Tirotoksikoz bulguları gözlenir.

- Tedavi: Bilateral total tiroidektomi yapılır.

Tirotoksikozis Fastitia

- Dışarıdan fazla miktarda tiroid hormonu kullanmasına bağlıdır.

- Hipertiroidi bulguları gözlenir.

- Genelde obez kişilerde kilo kaybı için tiroid hormon preparatlarının kötüye kullanımını sonucu oluşur.

Struma Ovari

- Tiroid Ca'nın başka bir organa metastazından ya da başka bir organda bulunan ektopik tiroid dokusundan fazla miktarda tiroid hormonu salınımı ile oluşur.¹⁴³

Soliter Toksik Adenom

Tek dominant bir nodülün fazla tiroid hormonu salgılaması ile ortaya çıkar. Histopatolojik olarak lezyon çoğu kez foliküler adenomdur. Bu lezyonun malign olma ihtimali çok düşüktür. Klinik belirtiler Graves hastalığı ile karşılaştırıldığında oldukça ılımlıdır. Nodülün 3 cm den daha büyük olması ve bası belirtileri ortaya çıkarması da oldukça nadir bir belirtidir.¹⁴⁴

¹⁴³ Taner, A., Ş., a.g.e. s206-207

¹⁴⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.689-690

2.2.2.12.3. Tedavi

Antiroid ilaçlar: En sık kullanılanlar propiltiourasil, metimazol ve karbimazoldür. Etkilerini tiroid hormon sentezini etkileyerek gösterirler. Antiroid ilaçlar hipertiroidi tedavisinde ya kalıcı şifayı sağlamak için ya da cerrahi tedaviye veya radyoaktif iyod tedavisine hazırlık amacıyla kullanılırlar. Uygun dozda bir tedavi ile genellikle 6-8 haftada ötiroid durumu sağlarlar. Antiroid tedaviye başlanırken hasta yan etkiler konusunda uyarılır. Beta blokerlerin hipertiroidide kullanımı kardiyovasküler semptomları kontrol altına almak amacıyla yapılır.

Radyoaktif iyot (I-131) tedavisi: Ancak radyoaktif iyot placentadan fetüse ve süttten yeni doğana geçerek tiroid ablasyonuna yol açabilir. Bu nedenle gebelik ve laktasyon döneminde kullanılması kontrendikedir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda, gebelik kesin olarak ekarte edildikten sonra uygulanabilir. Radyoaktif iyot tedavisine karar verilmeden önce malinite olasılığının ortadan kaldırılması gerekir.

Cerrahi tedavi: Cerrahi girişim, diğer yöntemlere göre, hipertiroid hastalarda en erken ve en kesin tedaviyi sağlayan, güvenli yaklaşım biçimidir. Ayrıca doku tanısını sağlayan ve kitleyi ortadan kaldıran tek tedavi yöntemidir.

Preoperatif hazırlık: Cerrahi girişim kararlaştırılan hipertiroid hastalarda, ameliyat öncesi dönemde mutlaka ötiroid durumu sağlanmalıdır.

Girişim yöntemleri: Toksik adenomda yapılacak girişim, nodülün bulunduğu tarafa unilateral subtotal tiroidektomidir. Toksik multinodüler guatrda girişim yöntemi; bilateral subtotal ya da karsinom riskinin oldukça yüksek olması nedeniyle, bilateral totale yakın tiroidektomidir. Günümüzde Graves hastalarına uygulanan girişimlerde hastalığın tekrarını önlemek amaçlanmaktadır. Uygulanacak girişim 2-3 gr doku bırakmayı amaçlayan totale yakın tiroidektomi veya göz bulguları çok ağır olan hastalarda total tiroidektomidir.¹⁴⁵

2.2.2.12.4. Tiroid Cerrahisinin Komplikasyonları

Kanama, enfeksiyon, rekürren laringeal sinir hasarı, superior laringeal sinir hasarı, hipoparatiroidi ve hipokalsemi, hipotiroidi, hipertiroidi nüksü, tiroid krizi.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.228

¹⁴⁶ Kalaycı, G., a.g.e. s.450-451

2.2.2.13. Hipotiroidi

Tiroid bezinin az çalışmasına hipotiroidizm adı verilir. Hipotiroidizm tiroid bezinin az hormon salgılaması nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Kan dolaşımında tiroid hormonları (T4 ve T3) düşük olduğundan metabolizma yavaşlar ve bu duruma bağlı şikayet ve belirtiler ortaya çıkar. Hipotiroidiye neden olan hastalıkların başında Hashimoto tiroiditi denilen ve tiroid bezinin nedeni bilinmeyen bir şekilde hasara uğramasıyla oluşan bir hastalık vardır. Hashimoto tiroiditinde önce guatr vardır, ancak yıllar içinde bez küçülür ve hormon salgılayamaz. En önemli özelliği bu hastaların kanlarında anti-TPO ve anti-Tiroglobulin antikorlarının çok yüksek olmasıdır.

Hipotiroidiye neden olan diğer nedenlerden birisi de tiroid bezi ameliyatlarıdır. Tiroid ameliyatı sonrası hormon salgılayacak kadar yeteri kadar doku kalmayınca hipotiroidi gelişir. O nedenle tiroid ameliyatı geçiren hastalarda tiroid hormonlarını ölçmek ve izlemek gerekmektedir.¹⁴⁷

Radyoaktif iyod tedavisi yapılan hastalarda da tiroid bezi tahrip edildiğinden yeteri kadar hormon salgılanamayacağından dolayı hipotiroidi gelişir. Bazen nadir olarak bazı ilaçlar (lityum, amiodaron, interferon, interlökin) ve baş ve boyuna yapılan radyoterapi (ışın tedavisi) sonrası hipotiroidi gelişebilir.

Hipotiroidi ayrıca şeker hastalarında, kansızlığı olanlarda, romatoid artriti olanlarda sık görülür. 60 yaşın üzerindeki kadınlarda da sık bulunur. Kanda yağ düzeyleri (Kolesterol, trigliserid gibi) yüksek hastalarda da hipotiroidi yönünden araştırma yapmak gerekir. Ayrıca depresyonu olan hastalarda, çocuğu olmayan veya adet düzensizliği olan kadınlarda da hipotiroidi aranmalıdır

Hipotiroidisi olan bir hastada şu şikayetler ve belirtiler olabilir:

- Halsizlik, güçsüzlük, kolay yorulma
- Üşüme, soğuğa tahammülsüzlük
- Seste kısıklık ve kalınlaşma
- El, yüz ve bacaklarda şişlik
- Göz etrafında şişlik
- Ciltte kuruma, kabalaşma veya kalınlaşma
- Saçlarda dökülme

¹⁴⁷ <http://www.tiroit.org/auth/ag.htm>, 08.05.2010

- Kas krampları
- Depresyon, uyku bozukluğu, uyku hali
- Kabızlık
- Kadınlarda adet bozukluğu
- Kilo alma
- Hafızanın zayıflaması, hatırlamada zorluk
- Nabız sayısında azalma
- Hareketlerde yavaşlama
- Terlemede azalma.

2.2.2.13.1. Tedavi

Hipotiroidi ömür boyu tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Çok nadir olarak Hashimoto tiroiditi hastalarda % 10-20 oranında kendiliğinden düzelme olabilir. Hipotiroidi tedavisi kanda eksik olan tiroid hormonlarının normale gelmesi için tiroid hormon tabletleri verilerek yapılır. Tiroid hormon tabletleri hastalığınızın şiddetine göre doktorunuzun önerdiği dozda başlanır ve belirli aralıklarla kontrole çağrılarak ilacın dozu ayarlanır. Tedavide hedef T4 düzeylerini normale getirmek ve TSH düzeyinin normal sınırlar içinde olmasını sağlamaktır. İlaç tedavisi ömür boyu sürecek bir tedavidir ve kesilmemelidir. 6 ay – 1 yılda bir kontrole giderek TSH düzeyine baktırmanız gerekir. Bazen ilacın dozunu artırmak veya azaltmak gerekebilir. Gebe kalan hipotiroid kadınlarda ilacın dozunu ayarlamak gerektiğinden mutlaka gebeliğin ilk ayı içinde kontrole gidilmelidir.¹⁴⁸

2.2.2.14. Meme ve Anatomisi

Modifiye ter bezleri olan meme bezleri embriyolojik hayatta, aksiller bölgeden inguinal bölgeye uzanan süt çizgileri üzerinde gelişir. Bu gelişim döneminden sonra postnatal dönemde erkekte çok az ek gelişim görülür ve meme bezleri rudimenter kalır. Kadınlarda ise hormonlar tarafından regüle edilen meme gelişimi devam eder. Meme glandının boyutları kişiden kişiye çeşitlilik gösterir. Laktasyon döneminde olmayan ortalama boyutlardaki bir meme 150-225 gr ağırlığındadır. Laktasyon dönemindeki bir memenin ağırlığı ise 500 gr'ı geçebilir.

¹⁴⁸<http://www.tiroit.org/auth/ag.htm>, 08.05.2010

Anterior toraks duvarının süperfisyel fasyası üzerinde yerleşim gösteren meme tubuloalveolar tipte glandular doku içeren 15-20 adet lobdan oluşur.

Modifiye ekrin bezleri olan meme bezlerinin duktal ve lobüler üniteleri subkütan yağ dokusu içerisinde yer alırlar. Bezin kendisini meydana getiren 15-20 adet lob meme başı apeksinde sonlanan birer duktal ağza sahiptir. Meme başı, dördüncü interkostal aralık seviyesinde yer alır ve areola ile çevrelenmiştir.

Areolanın ortasında bir nodül şeklinde olup, düz kas lifleri ve elastik doku içerir. Yüzeyi epidermis ile döşelidir. Laktifer duktuslar meme başına açılırlar. Erişkin bir kadında meme dokusu dallanan tubuloalveolar glandlardan meydana gelen 15-20 adet lobdan oluşur. Bu tubuloalveolar glandlar aslında dermise ait modifiye ter bezleridir. Lobların herbiri 2-4 mm çaplı birer laktifer duktus ile sonlanır. Bunlar meme başında 0,4-0,7 mm çaplı birer orifise açılırlar.

Areolanın ortasında bir nodül şeklinde olup, düz kas lifleri ve elastik doku içerir. Yüzeyi epidermis ile döşelidir. Laktifer duktuslar meme başına açılırlar. Erişkin bir kadında meme dokusu dallanan tubuloalveolar glandlardan meydana gelen 15-20 adet lobdan oluşur. Bu tubuloalveolar glandlar aslında dermise ait modifiye ter bezleridir. Lobların herbiri 2-4 mm çaplı birer laktifer duktus ile sonlanır. Bunlar meme başında 0,4-0,7 mm çaplı birer orifise açılırlar.

Gebelik sırasında, meme glandı kendini laktasyona hazırlar. Glandular dokuda proliferasyon ve gelişme olurken, aradaki yağ ve bağ dokusu miktarında azalma görülür. Hormonal uyarıya cevap sırasında plazma hücreleri, lenfositler ve eozinofiller fibröz bağ dokusunu infiltre ederler. Süt, hücrelerden iki ayrı komponent olarak salgılanır. Protein komponenti granüler endoplazmik retikulumda üretilir, golgi cisimciğinde membran ile çevrili sekretuar granüller haline getirilir.¹⁴⁹

Memenin kan dolaşımı; Arteriyel dolaşım üç kaynaktan gelir.

1. İnternal torasik arterin iki, üç ve dördüncü anterior perforan dalları göğüs duvarını sternumun kenarından delerek memenin medialini ve orta kısımlarını besler. Bunlar memenin en büyük damarlarıdır. Laktasyon sırasında büyük oranda genişlerler.

2. Torasik aortadan çıkan iki, üç, dört ve beşinci posterior interkostal arterlerin perforan dalları göğüs kafesi yanında kasları deldikten sonra ikiye

¹⁴⁹Özmete, S., “Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Knserli Hastaların Erken Dönem Sonuçları” Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, Adana, 2007 s.3-4

ayrılırlar. Ön dallar meme derisini ve parankiminin lateralini beslerken, arka dallar da kaslara gider.

3. Aksiller arterin dalları daha çok üst dış kadranı ve memenin kuyruğunu besler. Başlıca dört adet dal vardır. Lateral torasik arter, süperior torasik arter, torakoakromial arterin pektoral dalı, subskapular arter. Memenin yaklaşık olarak %60'ını internal torasik arterin perforan dalları, %30'unu da lateral torasik arter besler. Ancak tüm arterler arasında yaygın anastomozlar vardır.

Memenin venleri: Memenin venöz akımı genel olarak aksillaya doğrudur. Meme başı çevresinde venler bir anastomoz çemberi "circulus venosus" oluştururlar. Memenin ve göğüs duvarının venöz kanını taşıyan başlıca üç grup ven vardır;

1. İnternal torasik venin perforan dalları
2. Aksiller vene dökülen dallar
3. Posterior interkostal venlerin perforan dalları (Bunlar arkada vertebral ven pleksusuna, santralde ise azygos venine açılırlar).

Memenin lenfatik drenajı başlıca üç yoldan olur:

1. Aksiller lenf nodları, meme lenf akımının %75-97'si aksiller lenf nodlarına olmaktadır.
2. Parasternal (mammaria interna) lenf nodları, memenin toplam lenfatik akımının %3 -25'ini alır.
3. Posterior interkostal lenf nodları¹⁵⁰

Lenf nodülleri, tanımını kolaylaştırmak için altı gruba ayrılmışlardır:

1. Marmaria eksterna lenf nodülleri
2. Skapular lenf nodülleri
3. Santral lenf nodülleri
4. İnterpektoral lenf nodülleri (Rotter)
5. Aksillar ven lenf nodülleri
6. Subklavikular lenf nodülleri¹⁵¹

¹⁵⁰Kaymak, Ş., "Meme Kanserinde Aksiler Diseksiyon (Level I ve II) Sonuçlarının Değerlendirilmesinde 'Isosulphan Blue' Kullanılarak Yapılan Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinin Yeri" Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, Ankara,2007 s.4-5

¹⁵¹ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.897

2.2.2.14.1. Tanı

Hastanın öz ve soy geçmişinin ayrıntılı soruşturulmasıdır. Ailesinde, özellikle anne ve kızkardeşinde meme hastalığı olup olmadığı, varsa kanserin hangi yaşta görüldüğü öğrenilir. Hastanın ilk adet (menarş) yaşı, ilk adeti izleyen yıllardaki adet düzeni, ilk gebelik ve miadında doğum yaşı, emzirme, doğum kontrol hapı kullanma, düşük ve kürtaj, infertilite veya diğer nedenlerle hormonal tedavi görüp görmediği, son adet tarihi, menopozda ise menopoza girdiği yaş, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, ne zamandır aldığı, daha önce meme biyopsisi, kist aspirasyonu yapıp yapılmadığı, yapıldı ise sonucunun ne olduğu araştırılır. Hastaya yapılmış mamografi, ultrasonografi gibi incelemeler hakkında bilgi istenir. Bu bilgiler özellikle meme biyopsisi sonucu kanser riskini belirleme açısından önemlidir.¹⁵²

2.2.2.14.2. Muayene

Meme muayenesi için hastanın belden yukarısı soyunmuş olmalıdır. Memeler, boyun ve tüm göğüs duvarı görünür hale gelmelidir.

2.2.2.14.3. İnceleme

Memenin şekli, boyutları ve pozisyonu hastanın yaşına, herediteye, hormon fonksiyonlarına ve meme yağ dokusunun miktarına göre değişiklik gösterir. Meme incelemesinde dikkat edilecek hususlar:

- Şekli, büyüklüğü, simetrisi, sınırları
- Deride retraksiyon, şişlik ve nodüller
- Deride ülser veya kızarıklık

Meme başında değişiklikler

- a. ülser b. retraksiyon c. yer ve yön değiştirme
- Meme başı akıntısı
 - a. kan....(kırmızı)....kanal papillomu b. süt...(beyaz)....laktasyon
 - c. serötize...(renksiz)....fibroadenozis d. cerahat...(sarı-yeşil)....abse

¹⁵²Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.270

Simetri ve meme sınırları: Memelerden birindeki değişiklik asimetri oluşturur. Tek meme, herhangi bir hastalık olmadan daha büyük olabilir ve patolojik olmayan asimetri ortaya çıkabilir. Bunun dışında en sık görülen asimetri nedeni meme içinde gelişen patolojik olaylar olmaktadır.

Deri ile ilgili bulgular: Bir memede damarlanma diğerine göre belirgin olarak artmışsa, o memede aktif lezyon var demektir. Meme deri altı venlerinin genişlemesi daha çok sistosarkoma filloides gibi büyüyen selim karakterli tümörlerde görülür. Meme kanserinde ven genişlemesine pek rastlanmaz.

Deride Renk Değişikliği: Meme derisinin renk değişikliği akut ve kronik infeksiyonlarda ve seyrek olarak “ inflamatuvar ” meme kanserine kızamık şeklinde görülür.

Deride sıcaklık artışı buna eşlik eder. Meme başında ekzema görüntüsü Paget hastalığı düşündürür. Meme başı derisi kırmızı, kabuklu ve zaman zaman sızıntılıdır. Egzamanın aksine kaşıntı yoktur. Olay aslında bir intraduktal karsinomdur.

Deriye Yapışıklık: Memenin derisi, altındaki bir tümör tarafından çekilebilir ve deride büzüşme olur. Asıcı bağları infiltre eden herhangi bir olay bu durumu ortaya çıkarabilir ve meme başı lezyon tarafına doğru yönelir. Deri retraksiyonu, önce hastanın elleri iki yana sarkıkken ve daha sonra baş üzerine kenetlenmiş durumdayken gözlenir. Deri retraksiyonu habis tümörün erken belirtisi olabilir. Retraksiyon, memede ve aksillada aranmalıdır.

Deride Ödem: Meme derisinde lenfatik akımın tıkanmasına bağlı olarak tümörlü kısmın derisinde ödem meydana gelir. Kıl foliküllerinin bu bölgenin derisinde küçük çukurcuklar şeklinde görülmesi “ Portakal Kabuğu ” ya da “ Domuz Derisi ” ne benzetilir. Meme başlarındaki durum değişiklikleri en iyi şekilde hasta oturken gözlenir. Hastada ekzema, ödem, akıntı ve özellikle tek taraflı meme başı retraksiyonu gibi husular dikkatle incelenmelidir. Meme başlarının yön değişiklikleri habis lezyon geliştiğini gösteren çok önemli bir bulgudur.¹⁵³

¹⁵³ Değerli, Ü., Emre, A., a.g.e. s.67-69

2.2.2.14.4. Palpasyon

Meme muayenesinde palpasyon, boyundan başlar ve hastanın yakınma konusu olan memesinde biter. Boyunun her iki tarafında mastoid süreçlerden başlayarak aşağı ve içe doğru ilerleyerek sternokleidomastoid kası boyunca boyunu palpe eder ve klavikulaya geldiği zaman her iki el laterallere doğru uzaklaşarak supraklavikuler fossada palpasyon yapar.¹⁵⁴

Palpasyon önce hasta oturur durumda, elleri iki yana sarkıkken ve daha sonra eller başın üzerinde kenetlenmiş durumda iken yapılır. Daha sonra hasta yatırılır; muayene edilecek memenin olduğu tarafta sırtın altına bir yastık konulur. Böylece memenin iç tarafa yayılması sağlanır. Aksi takdirde memenin dış yana doğru sarkması palpasyonda güçlük yaratır. Yatar durumda muayene, özellikle üst dış kadran lezyonlarında önemlidir.

Palpasyonda dikkat edilecek hususlar: Muayeneye önce normal meme ile başlanır. Bu işlem, hastanın meme yapısı hakkında fikir verir. Meme dokusu kadından kadına farklılıklar gösterir. Bazılarında sıkı fibröz ve granüllü bir yapı görülürken, diğerlerinde memenin yumuşak olduğu izlenir. Memenin tümünü palpe etmek ve aksillar uzantısını unutmamak gerekir.¹⁵⁷

2.2.2.14.5. Meme Hastalıklarında Semptomların ve Fizik Bulguların Değerlendirilmesi

Ağrı: Memede ağrı genellikle fizyolojik bir durumdur. Başka bir bulgu ile birlikte değilse herhangi bir hastalığı tanımlamaz. Fakat ağrının yokluğu da başka bir hastalığın yokluğu anlamına gelmez.

Meme hastalıkları genellikle ağrısız olur. Yalnız meme inflamasyonu ve meme apsesi ile ilerlemiş meme kanserinde ağrı hastalıkla birlikte olabilir. Memede hastalıklara bağlı olarak ağrı olabilir. Bunun dışında memede herhangi bir kitle ile birlikte bulunan ağrı o kitleye bağlı değildir ve tesadüfen ikisi beraber bulunmaktadır. Memelerin hiçbir hastalığa bağlı olmayan bu fizyolojik ağrısına mastodini adı verilir. Mastodini genellikle hastanın menstural siklusu ile ilgilidir.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.285-287

¹⁵⁵ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.905

Memede ağrı ile kendini gösteren meme hastalıklarının başında memenin inflamasyonu çoğunlukla laktasyon sırasında meydana gelir. Laktasyondaki bir kadında meme enfeksiyonunun tanısı çok kolay olmakla birlikte meme kanserinin seyrek bir biçimi olan inflamatuvar tipin laktasyon sırasında görülebileceği ve inflamasyondan ayrılmasının güç olacağı unutulmamalıdır. Meme enfeksiyonu yapılan tedaviye karşılık iyileşmez ya da apseleşmezse kesin tanı için biyopsi yapılmalıdır.

Kitle: Memede kitle hemen bütün meme hastalıklarının ortak belirtisidir. Memenin kitle olarak kendisini gösteren iki fizyolojik değişikliği vardır. Fizyolojik değişikliğe bağlı olduğu için bunlara fizyolojik hastalık adıda verilir. Bu iki fizyolojik hastalık adenozis ve memenin fibröz hastalığıdır. Adenozis memenin epiteliyal elemanların çoğalmasına bağlıdır. Memenin bu fizyolojik ve normal değişiklikleri dışında kitle ile kendini gösteren hastalıklar kistik hastalık, adenofibroma, cysotosarcoma pyhllodes, yağ nekrozu, lipom galaktosel, tüberküloz, inflamasyon, karsinom ve sarkomdur.

Meme Başı Akıntısı: Meme başı akıntısı ancak spontan olduğu zaman bir anlam taşır. Bunun dışında meme sıkıldığında meme başından herhangi bir özelliğe sıvı gelmesinin patolojik bir anlamı yoktur. Meme başının emilme uyarımı ortadan kalktığı yani çocuğun emzirilmesine son verildiğinde memenin laktasyonunun kesilmediği meme ve başından kendiliğinden uzun süre, hatta yıllarca kesilmeksizin süt aktığı olur. Bu durum uterusun atrofisi ile birlikte olup Chiari-Frommel sendromu adını alır. Bu arada söz konusu olan spontan memebaşı akıntısında meme başından gelen sıvı süt değildir. Bu sıvı açık sarı bulanık, gri yeşil, kahverengi tonları arasında değişen renklerde bir sıvıdır ve intraduktal papillom, duktus ektazisi, kistik hastalık, karsinoma ve memebaşı dermatitinde görülür.

Retraksiyon: Retraksiyon meme içinde fibrozis yapan bir süreç nedeniyle deri ya da meme başının çöküntüsü ve meme başının bir yana çekilmelidir. Patolojik olarak yağ nekrozu, duktus ektazisi, Mondor hastalığı ve karsinomada deri retraksiyonu vardır. Retraksiyon testleri ile ortaya çıkarılabilir.¹⁵⁶

Duktus ektazisi adı verilen klinik patolojik antite genişlemiş duktus duvarının ileri ölçüde fibrozisi ile birlikte olduğundan bu hastalıkta meme başı düzleşmiş ya da tümüyle içeri çökmüş olabilir. Bu gibi durumlarda imperte meme başı derisinin

¹⁵⁶ Sayek, İ., a.g.e.2009 s.288-289

maserasyonu sonucu sulanma olur ve bunu hasta meme başı akıntısı olarak tanımlayabilir. Mondor hastalığı göğüs duvarı venlerinin flebitidir. Memenin dış yarısında vertikal sulkus biçiminde deri çöküntülerine neden olur.

Biyopsi Travması: Memede yapılan bir biyopsi ince metotlar uygulanmadan yapılmışsa meme derisinde, biyopsi insizyonu çevresinde deri ödeminde neden olur. Eğer hastada karsinoma varsa deri ödeminin gerek operabilite gerekse prognoz tayinindeki ödemi hatırd tutularak bu deri ödeminin biyopsiden önce olup olmadığı kesinlikle araştırılmalıdır. Memenin inflamatuvar hastalıklarında inflamasyonun büyüklüğüne ve şiddetine göre meme derisinde ödem olabilir. Bu ödem genellikle bir eritemle birlikte olur.

Jigantomastide memeler o kadar büyümüşlerdir ki bu gerginlik ve sarkıklık nedeniyle memenin lenf drenajı olamaz ve bu nedenle memede ileri derecede ödem meydana gelir. Böylece hipertrofiye olmuş olan meme daha da büyümüş olur.

Meme kanserinde memenin drenaj alandaki yani aksilla ve mameria interna lenf nodüllerinin metastatik olarak tümörle ileri ölçüde tutulması sonucu bu lenf nodlarındaki blokaj memenin o bölgeye olan drenej alanında deri ödeminin ve interstisiyel ödeme neden olur. Bu ödem drenaj alanındaki lenf nodüllerinin tümörle tutulması ölçüsüne göre memenin ufak bir bölgesinde sınırlayacağı gibi bazen bütün meme derisine yayılabilir.

Ülserasyon: Ülserasyon derinin yüzeysel katlarının zedelenmesidir. Daha ileri durumlarda bütün deri ve deri altı dokusu bu sürece katılarak derin bir ülserasyon oluşur. Sadece epidermsin zedelenmesini erozyon denir. Memede inflamatuvar ve tümöral nedenlerle değişik derinlikte ülserasyonlar meydana gelir. Memede ülserasyon yapan inflamatuvar hastalıklardan biri doğrudan doğruya derinin inflamasyonudur. Buna dermatitis adı verilir.¹⁵⁷

Meme başına herhangi bir nedenle içeri çökük olduğu durumlarda bu çökük bölgedeki deri maserasyonu bazen daha ilerleyerek ülserasyona dönüşebilir.

Jigantomasti de çok büyümüş olan memelerinin alt yüzünde trofik bozukluklar nedeniyle deride yüzeysel ve genil ülserasyonlar olabilir. Bu ülserasyonlardan sürekli bir sızıntı dikkati çeker. Meme kanserinde ülserasyon çoğu zaman tek olmakla birlikte bazen çevredeki satellit deri nodüllerinin de ülsere olmasıyla multipl olurlar. Meme kanserine bağlı ülserasyon kolaylıkla kanar, üzeri

¹⁵⁷ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.905-906

yer yer nekrotik materyalle örtülüdür, sürekli seröz, kanlı ve pis kokulu salgı yaradan sızar. Yaranın çevresinde ülser olamayan deriden periferik doğru derinin sertleşmesiyle kendini gösteren tümöral bir infiltrasyon tespit edilebilir.

Paget Hastalığı: Meme başında ve areolada erozyon ya da ülserasyonla kendini gösteren özel bir meme kanseridir. Özelliği meme başı ve areola derisine direkt invazyon sonucu ülser olmayıp paget hücresi dediğimiz malign meme kanseri hücrelerinin epidermis içine bilmediğimiz bir yoldan gelmesi ve epidermiste erozyon ve ülserasyonlara yol açmasıdır.

Eritem: Eritem meme derisindeki kızarıklıktır. İnflamatuvar ya da tümöral süreçlerin sonucu olur. Doğrudan doğruya meme derisinin bir hastalığı olarak yani dermatitis sonucu eritem ortaya çıkabilir.¹⁵⁸

Meme kanserine bağlı eritem iki biçimde kendisini gösterir. Birincisi ve en sık görüleni tümörün hemen üstündeki deriye yaklaştıkça venöz engorjmana neden olarak üzerindeki deride eritem yapmasıdır. Eritem tümörün hemen üzerindeki deride görülür ve küçük bir alana sınırlanmıştır.

Diğer inflamasyon şekli tipteki meme kanserinin özgül klinik belirtisidir. Bu özel tip meme kanserine inflamatuvar tip meme kanseri ismi verilir. İnflamatuvar tip meme kanserini gerçek bir inflamasyondan ayırmak çok zordur. Meme derisinde yaygın, geniş bir alanda eritem vardır. Meme derisi ayrıca gergin ve parlaktır. Meme içinde bazen karsinoma kitlesini palpe etmek çok zor olabilir. İnflamatuvar tip meme kanserine inflamasyona çok benzemesinden dolayı apse sanılarak birkaç kez insizyon yapıldığı da olur.¹⁵⁹

Satellit Deri Nodülleri: Satellit deri nodülleri meme kanserinin ilerlemiş döneminde görülen klinik bir belirtidir. Memede tümör çevresindeki deride serpili olarak birkaç mm.den 1 cm.ye değin değişik büyüklerde nodüller olarak kendisini gösterir. Başlangıçta yalnız bir nodül vardır. Giderek üzeri kızarır ve daha ileri dönemde ülser olabilir.

Parasternal Kitle: Meme kanserinin mammaria interna lenf nodüllerinde yaptığı metastazlar ilerleyerek kaburga aralıklarından dışarıya çıkar ve kıkırdak kaburgaları ileriye doğru iterek sternumun hemen kenarında bir kitle ortaya çıkabilir. Bu meme kanserinin çok ilerlemiş dönemlerinde klinik bir belirtisidir. Bölgedeki kıkırdak kaburgaların kondromların uzun ekseni transvers olmasına karşılık, meme

¹⁵⁸ Sayek, İ., a.g.e. 2004 s.907-908

¹⁵⁹ Sayek, İ., a.g.e.2009 s.290-291

kanserinin bağlı parasternal kitlenin uzun eksenini vertikal yani sternum kenarına paraleldir.¹⁶⁰

Kol Ödemi: Aksilla lenf nodüllerinin ileri derecede blokajı memede ödemin yanında kolda lenf drenajını engelleyerek kolda ödem yapar. Meme kanserinde kol ödemi olduğunda memede diğer lokal belirtiler de dikkati çekecek biçimde ilerlemiştir.¹⁶¹

2.2.2.14.6. Meme Hastalıklarında Görüntüleme

- Mamografi
- Meme Ultrasonografisi
- Galaktografi
- Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR)
- Cerrahi Biyopsi Öncesi İşaretleme
- Biyopsiler¹⁶²

2.2.2.14.7. Bening Oluşumlar

Fibroadenom genellikle 35 yaş altındaki kadınlarda görülür ve % 10-15 hastada çoğul olabilir. Genellikle çevre dokulara yapışık olmayan, kolay ayrılabilen ve 1-4 cm çapında olan bir kitle şeklindedir. Eğer tanı hakkında şüphe varsa, tedavisi eksizyonel biyopsidir. Yirmi yaşına yakın pek çok genç kadında fibroadenom vardır.

Sistosarkma palloides alışılmış fibroadenomdan çok daha fazla hücresel kısmı içeren dev bir fibroadenomdur. Bu tümör çok nadiren malign sarkoma dönüşüm gösterebilir. Sağaltım geniş lokal eksizyondur. Eksizyon yetersiz yapıldığında tümörün lokal nüks yapma eğilimi vardır.

Kronik kistik mastit veya memenin fibrokistik hastalığı menstürasyon döngüsü boyunca değişim gösteren, ağrılı, iki tarafı da tutan, çok sayıda kistik kitle ile karakterize olan çok sık karşılaşılan bir hastalıktır.

1. Tanıyı koymanın en iyi yolu, memedeki kisten aspirasyonla sıvı alarak sitolojik inceleme yapmaktır.

¹⁶⁰ Sayek, İ., a.g.e.2004 s.907-908

¹⁶¹ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.291

¹⁶² Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.271-272

a. Eğer kitle tamamen kaybolursa gözlem endikedir.

- Eğer kitle nüks ederse veya tamamen kaybolmazsa.
- Eğer aspire edilen sıvı kanlıysa veya şüpheli hücreler içeriyorsa.

2. Bu hastalığın saptandığı kişilerde (eğer atipik hücreler de görüldüyse) kanser riski genel popülasyona göre 3-6 kez daha fazladır. Eğer atipik yanı sıra ailede meme kanseri öyküyü varsa, kanser riski 5-15 kat fazladır. Kısa aralıklarla muayene yapılması gerekir.

3. Eğer birden fazla biyopsi alındıysa ve atipiyle beraber yoğun fibröz hastalık varsa ya da ailede meme kanseri öyküsü varsa, profilaktik basit mastektomi uygulanabilir.

İntraduktal papillom spontan, seroanjinöz, unilateral ve genellikle bir tek duktus ağzından gelen patolojik meme başı akıntısının başlıca nedenidir.

1. Bazen subareolar bir kitle şeklinde saptanan benign bir lezyondur.
2. Diğer patolojileri ekarte etmek için bir mamagrofi çekilmelidir.
3. Lezyonun malign papiller adenorsinom olup olmadığını saptamak için, tutulan meme duktusunun eksize edilmesi gerekir.

Duktal ektazi subareolar duktusların dilatasyonu ile karakterizedir. Patolojik meme başı akıntısı retroareolar bir kitle, meme başının retraksiyonu veya tekrarlayıcı mastit görülebilir. Sağıltımı ile ilgili kitlenin lokal eksizyonundan ibarettir.

İntrinsik mastit (genellikle laktasyonla ilişkili) ve subareolar tekrarlayıcı kronik apse memenin en sık karşılaşılan enfeksiyonlarıdır. İntrensek mastit genellikle antibiyotiklere yanıt verir fakat kronik apse için genellikle cerrahi eksizyon gerekir.

Mondor hastalığı (torakoepigastrik venin flebiti) sağıltım gerektirmeyen, kendiliğinden iyileşen bir hastalıktır.¹⁶³

2.2.2.15. Meme Kanseri'nin Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanser türlerinin pek çoğu için olduğu gibi, meme kanserinin de nedeni bilinmemektedir. Ancak bazı net bulgular risk faktörlerini belirlemede yararlıdır.¹⁶⁴

- Yaş
- Genetik faktörler

¹⁶³Oto, Ö., M.D Bruce, E. Jarre, Carabasi R. Antony "The National Medical Series For Independent Study" Nobel Kitabevi, İstanbul, 1994, s.379-380

¹⁶⁴Taner, A., Ş., a.g.e. s.63

- Östrojen hormonu
- İlk doğum yaşı
- Işınlanmalar
- Beslenme ve çevresel faktörler
- Obesite
- Emzirme ve menepoz
- Meme doku paterni¹⁶⁵

2.2.2.15.1. Klinik Bulgular

- Memede kitle
- Kitlenin lokalizasyonu
- Ağrı
- Portakal kabuğu görünümü
- Memenin başının çöküklüğü
- Meme başından akıntı
- Meme derisinde ülser, kızarıklık ve ödem
- Kolda ödem
- Kilo durumu
- Regioner lenf düğümleri
- Deri metastazı
- Uzak metastaz¹⁶⁶

Meme Kanserlerinin Histopatolojik Sınıflaması:

1. Noninvaziv
 - a. İntraduktal (in situ duktal) karsinom
 - b. İn situ lobüler karsinom
2. İnvaziv
 - a. İnvaziv duktal karsinom
 - b. İntraduktal komponenti baskın invaziv duktal karsinom
 - c. İnvaziv lobüler karsinom
 - d. Müsinöz karsinom
 - e. Medüller karsinom

¹⁶⁵Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.277-278

¹⁶⁶Obuz, V., a.g.e. s.195

- f. Papiller karsinom
- g. Tubuler karsinom
- h. Adenoid kistik karsinom
- i. Sekretuar (jüvenil) karsinom
- j. Apokrin karsinom
- k. Metaplastik karsinom (skuamöz tip, iğsi hücreli tip, kartilaginöz ve osseöz tip, mikst tip)

1. Diğerleri

3. Meme başının Paget karsinomu

4. İnflamatuar kanser¹⁶⁷

2.2.2.15.2. Tedavi

Meme kanserinin primer tedavisi cerrahidir.

Radikal Mastektomi: meme dokusu + pectoralis major + pectoralis minör + aksillar lenf nodları çıkarılır.

Modifiye Radikal Mastektomi: Evre I ve II' de standart uygulanan tedavidir. Pectoris kasları korunur.

Basit Mastektomi(Simple): İleri evrede uygulanır.

Lenf nodu pozitifliğinin durumuna göre de kemoterapi+radyoerapi uygulanır. Reseptör pozitifliğine göre hormonal tedavi düzenlenir.

Meme koruyucu Yaklaşımlar: (Evre I ve II' de uygulanır)

Lumpektomi (parsiyel mastektomi, geniş eksizyon): Tümörün etrafındaki sağlam doku ile birlikte çıkarılmasıdır.

Kadranektomi: Tümörlü dokunun bulunduğu kadranın çıkarılmasıdır. O taraftaki cilt ve altındaki superfisial fasia birlikte çıkar.

Meme koruyucu yaklaşımlarda %10-20 lokal nüks gelişir. Lenfatik damar invazyonu, lobüler karsinoma, kötü histolojik grade, tümürün 2 cm' den büyük oluşu, hasta yaşının 35' in altında olması lokal nüksü arttıran faktörlerdir.¹⁶⁸

Mastektomi ve Aksillar Lenf Nodu Disseksiyonunun Komplikasyonları:

Mortalite, yara infeksiyonları, hematoma, seroma ve lenfösel, sinir yaralanmaları, donmuş omuz, lenfödem.¹⁶⁹

¹⁶⁷Değerli, Ü., Erbil, Y., a.g.e. s.279

¹⁶⁸Taner, A., Ş., a.g.e. s.67

Radyoterapi primer ve metastatik lezyonları sağaltımı için kullanılabilir.
Kemoterapi veya hormon tedavisi pek çok durumda kullanılır.¹⁷⁰

2.2.2.16. Safra Kesesi'nin Anatomisi ve Fizyolojisi

Safra kesesi genellikle ince duvarlı olan ve karaciğerin alt yüzünde safra kesesi yatağına yerleşmiş, 35-50 cc hacminde bir oluşumdur. Periton safra kesesini sararak karaciğere yapışmasını sağlar; bazen bu yapışıklık daha gevşek olabilir, bu durumda kese bir mezenter şeklinde gevşek olarak karaciğere bağlanır. Sağ ve sol hepatik kanallar karaciğerden çıktıktan sonra birleşerek 3-4 cm uzunluğundaki hepatik kanalı meydana getirirler. Hepatik kanal, keskin bir açıyla duktus sistikus ile birleşir ve koledok'u meydana getirir. Koledok'un uzunluğu 10 cm, çapı 3-10 mm'dir. Koledok hepatik arterin hemen lateralinde ve portal venin önündedir. Distal 1/3'ü pankreasın arkasından geçerek ampulla Vateri içine girer. Safra kesesi fundus, korpus, infundibulum (Hartman poşu) ve boyun olarak isimlendirilen dört anatomik bölge içerir. Safra kesesinin duvarı, düz kas ve fibröz dokudan oluşmuştur. Lümen kolum-nar epitelle döşelidir. Safra kesesi sağ hepatik arterden dallanan sistik arter aracılığıyla kanlanır. Karaciğerde oluşan safra, kesede konsantre olur ve hormonal ve nöral mekanizmalar aracılığıyla boşalması sağlanır.¹⁷¹

2.2.2.16.1. Safra Sekresyonu ve Taş Oluşum Fizyolojisi

Safra; safra tuzları, lesitin, kolesterol ve elektrolitlerden oluşan kompleks bir solüsyondur. Bu solüsyon içinde safra taşlarının oluşmasını sağlayacak farklı mekanizmalar değişik karakterde safra taşlarının oluşmasına neden olur. Safra taşları kolesterol ve pigment taşları olarak iki grupta değerlendirilir.

¹⁶⁹Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.331

¹⁷⁰Oto, Ö., M.D Bruce, E. Jarre, Carabasi, R.Antony .a.g.e. s387

¹⁷¹Akçal, T., "İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları" Sempozyum Dizisi, No:28, Ocak2002 http://www.steteskop.net/Tibbi_Makale-file-print-sid-1578.html

Kolesterol Taşları: Batı toplumlarında taşların %75'i "kolesterol taşları"dır. Bunların da % 90' ı "Kolesterol Tip-I taş"lar olup, kolesterol dışında mukopolisakkaritler, safra tuzları, safra pigmentleri, protein ve fosfolipidlerden oluşmaktadır. Daha nadir görülen "Kolestrol Tip-II taş" lar ise büyük ölçüde kolesterolden oluşmuşlardır. Safra taşı oluşumu süper saturasyon, çekirdek oluşumu ve safra taşı gelişimi olmak üzere 3 ayrı evrede ve uzun yıllar içinde gelişeceklerdir

Gerek taş çekirdeği oluşumu, gerekse taş büyümesi üzerine etkili diğer faktörler içinde kalsiyum yüksekliği, safra kesesi stazı, safra kesesi mukoza hücrelerindeki safra konsantrasyonunun ayarlanmasındaki bozukluklar sayılabilir.¹⁷²

Pigment taşları: Bu taşları yapısında yüksek oranda bilirubin (%40) ve daha düşük konsantrasyonda kolestrol vardır. Pigment taşları da siyah ve kahverengi olarak iki alt gruba ayrılır. "Siyah pigment taşları" özellikle batı toplumlarında daha sık görülür ve yüksek oranda kalsiyum içermesi nedeniyle yarıdan fazlası radyoopaktır. Daha çok doğu toplumlarınada görülen "Kahverengi pigment taşları" oluşumunda, özellikle enfekte safra ve düşük proteinli yüksek karbonhidratlı diyet etkin bir rol oynar ve tamamen radyolusent karakterdedir.¹⁷⁶ Bu kimselerde safra kültürlerinde genellikle E.coli olur ve bunlar kolanjite neden olurlar. Genellikle striktürler bilioenterik anastomozlar, parazitler v.s. sonucu sekonder gelişen taşlardır.

Safra taşları akut ve kronik kolesistitin en önemli nedenidir. Safra taşlarının varlığında duktus sistikus tıkanması ile safra kesesi hidropsu veya ampiyemi, perforasyon sonucu perikolesistik apse ve safra peritoniti; safar taşlarının koledoga düşmesi ile sarılık, kolanjit, karaciğer apsesi, biliyer pankreatit gelişebilir. Bunun dışında biliyer-enterik fistüller ve safra kesesi karsinomu görülebilir.¹⁷³

2.2.2.16.2. Akut Kolesistit

Akut kolesistit, safra kesesinin kimyasal veya bakteriyel bir iltihabıdır ve eğer zamanında bir tedavi yapılmazsa yaygın peritonit ve ölümlerle sonlanabilir. Olguların %95'i nde kolelitiazis ile birlikte bulunur (taşlı kolesistit). Ancak %5 olguda taş yoktur (taşsız kolesistit).

¹⁷² Bilgel, H., a.g.e. s.775

¹⁷³ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.571

Başlıca rol oynayan faktörler, duktus sistikus obstrüksiyonu, iskemi ve enfeksiyondur. Akut kolesistitlerde en sık görülen olay taş veya taşların neden olduğu lokal erozyon veya inflamasyonun meydana getirdiği ödem ile duktus sistikus tıkanmasıdır.¹⁷⁴

Hastaların çoğunda daha önce geçirilmiş biliyer kolik hikayesi vardır. Akut kolesistit ağrısı epigastriyumda başlar (visseral ağrı), 3 saat sonra sağ üst kadrana yerleşir (pariyetal ağrı), bölgesel hassasiyet meydana gelir. Bulantı, ateş sık görülür. Ancak ateş 39°C üstüne çıkmaz. Fizik muayenede sağ üst kadranın palpasyonunda derin nefes alma esnasında, ağrının artmasına bağlı olarak nefes alma kesilir (Murphy bulgusu). Hastaların %30-40' ında kese ile birlikte ona yapışan omentumun oluşturduğu kitle ele gelebilir.¹⁷⁵

2.2.2.16.3. Akut Kolesistit Ayırıcı Tanı

Karın dışı nedenler: Miyokard infarktüsü, akciğer sağ alt lop pnömonileri.

Karın içi nedenler: Akut apandisit, perforé duodenal ülser, akut pankreatit, karaciğer hastalıkları (Hepatit-karaciğer absesi vs...), renal kolik ve diğer böbrek patolojileri, divertikülit, biliyer kolik, kolanjit, herpes zoster, orak hücreli anemi krizleri, Fitz-Hugh-Curtis sendromu.¹⁷⁶

2.2.2.16.4. Kronik Kolesistit

Kronik kolesistitli hastalarda safra kesesinde taş vardır ve hasta biliyer kolik veya akut kolesistit atakları geçirir. Bunun sonunda kese duvarı kalınlaşır ve fibrotik hale gelir, histolojik incelemede mukuzal cepleşmeler (Rokitansky-Aschoff sinüsleri) tespit edilir. Atak sırasında safra kesesinin ele gelmesi çok nadirdir. Hastada aynı zamanda pankreatit, koledokolityaz ve kolanjit gibi komplikasyonlara ait tekrarlayan semptomlar olabilir. Hastaların % 15' inde koledokta da taş bulunur; bu kolanjit ve pankreatit nedeni olabilir.

¹⁷⁴ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.571

¹⁷⁵ Kalaycı, G., a.g.e. s.1183-1184

¹⁷⁶ Bilgel, H., a.g.e. s.775-780

Kronik Kolesistit- Biliyer Kolikteki Ayırıcı Tanı

Akut kolesistit, kronik pankreatit, anjina pektoris, kanjestif hepatit, duodenal ülser, hiatal herni, gastroözefageal reflü, renal kolik, pyelonefrit, sağ kolon divertikülit-karsinomu, irritable barsak sendromu.¹⁷⁷

2.2.2.16.5. Koledokolityaz ve kolanjit

Safra kesesinden koledoga düşen taşlar küçükse, papilladan duodona geçer, ancak koledokta kalanlar komplikasyona yol açabilir. Koledok taşları sıklıkla infekte safra zemininde gelişir, ancak bu infeksiyon klinik olarak semptom vermeyebilir. Koledokolityaz, koledogun tıkanmasına ve buna bağlı olarak, sarılık ve kaşıntıya yol açar; kaşıntı bazen dayanılmaz olabilir.

Uzun süre tıkanmada, karaciğer parankim hasarı (sekonder biliyer siroz) gelişebilir. Koledok taşının bir komplikasyonu da kolanjittir, bakteriyel infeksiyon, obstrüksiyon veya biliyer staza ilave olur, ancak tüm obstrüksiyonlarda aşırı üremesi olmaz.¹⁷⁸

2.2.2.16.6. Teşhis Yöntemleri

Ayakta düz karın grafisi, kolesintigrafi, oral ya da intravenöz kolesistografi, abdominal ultrasonografi, abdominal bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme, laboratuvar testleri. Kronik kolesistit yakınmaları olan olguların %2' sinde ultrasonografi ve oral kolesintigrafi normal olabilir. Bu durumda bu hastalara ERCP veya duodenal intubaston ile safra örneğinin incelenmesi (kolesterol kristalleri / billuribinat granüllerinin saptanması) yapılmalıdır.

Akut ve kronik taşlı kolesistit sonrası gelişebilen komplikasyonlar; ampiyem, perforasyon, fistül, safra taşı ileusu, porselen safra kesesi, hidropik safra kesesi.¹⁷⁹

¹⁷⁷ Bilgel, H., a.g.e. s.780

¹⁷⁸ Kalaycı, G., a.g.e. s.1183-1184

¹⁷⁹ Bilgel, H., a.g.e. s.774-775-781

2.2.2.16.7. Tedavi

Laparoskopik ya da açık yolla yapılabilen kolesistektomi kesin tedavidir. Devam eden koroner hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, karaciğer sirozu, serebo vasküler yetmezlik v.s. başlıca risk faktörleridir. Eğer bunlar mevcut ise konservatif tedavi yöntemleri uygulanabilir. Konservatif tedavi ile akut kolesistit %40-80 oranında iyileşmekle beraber hastalığın ilerleyerek perforasyon veya gangren gibi komplikasyonlara yol açabileceği de akılda tutulmalıdır. Şayet ateş, ağrı duyarlılık artıyorsa ve lökositöz yükselme eğiliminde ise ve diğer genel sistemik bulgularda kötüleşme varsa (nabız sayısı, idrar miktarı, v.s.) ameliyat zorunlu ve acil olur.

Akut kolesistit hastalıklarında kolesistektomi, ödem ve iltihabi infiltrasyon nedeni ile daha güç ve daha dikkatli olunması gereken bir ameliyattır.¹⁸⁰

Kolesistektomi Ameliyatı: Açık kolesistektomi bir asırı aşkın süredir uygulanan bir cerrahi teknik olmakla birlikte artık günümüzde minimal invaziv girişim ile gerçekleştirilen bir ameliyat haline gelmiştir. Laparoskopik kolesistektomi hastaya getirdiği avantajlar (daha az ağrı, daha erken işe dönebilme ve kozmetik avantaj) nedeniyle gittikçe artan oranlarda ve çok daha sorunlu olgularda uygulanabilir hale gelmiştir.

Bununla birlikte bu yöntemin kullanılmaya başlanması ile birlikte operatif safra yolu yaralanma insidansındaki artış anlamlıdır. Bu riskin en aza indirilmesinin tek yolu, zor ve sorunlu olgularda açık kolesistektomiye en kısa zamanda geçilmesidir.

2.2.2.16.8. Kolesistektomi Komplikasyonları

Bilier diskinezi, ampulla wateri stenozu, safra kanallarının striktürü, safra kanalında taş kalması.¹⁸¹

¹⁸⁰ Sayek, İ., a.g.e. 2009 s.572-573

¹⁸¹ Bilgel, H., a.g.e. s.783-784

2.3. ÜSKÜDAR DEVLET HASTANESİNDE YAPILAN GENEL CERRAHİ AMELİYATLARIN TIBBİ ANALİZLERİ

2.3.1 Üsküdar Devlet Hastanesi Tarihçesi

Üsküdar Devlet Hastanesi 01.12.1950 tarihinde Polis Prevantoryumu olarak hizmete açılmıştır. Prevantoryum 09.09.1969 tarihinde ise Polis Hijyen ve Diyetetik Sağlık Merkezi, daha sonra da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 13.07.1975 tarihli onayları ile 200 yataklı hastane şekline dönüştürülmüştür. 1978 yılında da Polis Hastanesi ismini almıştır. 1980 tarihinde ana bina inşaatına başlanmış 15.01.1985 tarihinde resmen hizmete açılmıştır.

19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı kanun ile Emniyet Genel Müdürlüğü İstanbul Polis Hastanesi Sağlık Bakanlığına devredilerek İstanbul Üsküdar Devlet Hastanesi adını almıştır. Aynı tarihte SSK Genel Müdürlüğüne bağlı Doğancılar SSK Dispanseri Üsküdar Devlet Hastanesi Semt Polikliniği olarak hastaneye bağlanmıştır.

01.08.2009 tarihinde Sağlık Bakanlığı Validebağ Devlet Hastanesi ile birleştirilerek Üsküdar Devlet Hastanesi adı altında tek çatı altında hizmet vermektedir. Hastane hemodiyaliz merkezi hastane arazisi içinde ayrı bir binada hizmet vermektedir. Hastane arazisi içinde eski hastane binası, hemodiyaliz merkezi, hemşire lojmanı, köşk, helikopter sahası ve otopark mevcuttur. Validebağ Ek Hizmet Binası A ve B Blok olarak hizmet vermektedir. Hastane 328 yatak kapasitesiyle yaklaşık 730 kadrolu ve sözleşmeli çalışanı ile hizmet vermektedir.¹⁸²

Genel Cerrahi servisi 32 yataklıdır. Serviste çalışmakta olan genel cerrahi uzmanı doktoru 11 kişidir. Çalışan hemşire 7 kişidir. Üsküdar Devlet Hastanesi 6 yataklı yoğun bakım ünitesi mevcuttur.

¹⁸² "Tarihçe" <http://www.uskudarhastanesi.gov.tr/>, 09.05.2010

2.3.2. Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümünde Yapılan Ameliyatlarda Tıbbi Analizleri

Tablo.1. 01.01.2007 - 01.01.2008 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümünde Yapılan Ameliyatlarda Tıbbi Analizleri

Ameliyat Türü	Ameliyat Sayısı	Hastanın Ortalama Yattığı Gün Sayısı
Anal Fissür	104	5.32
Anal Fistül	26	4.69
Apendisit	28	3.57
Guatr	122	6.45
Hemoroid	76	6.14
İnguinal Herni	233	5.69
İnsizyonel Herni	27	7.59
Meme	77	4.89
Pilonidal Sinüs	291	5.54
Safra Kesesi	168	6.61
Umbilikal Herni	63	6.04

01.01.2007- 01.01.2008 tarihleri arasında yapılan genel cerrahi ameliyatlarda analizlerinde¹⁸³ en çok pilonidal sinus ameliyatı yapılmıştır. 291 kişi pilonidal sinus ameliyatı olmuş ve ortalama hastanede kalış süresi 5.54 gündür. Hastanede kalış süresi en çok olan 7.59 gün ortalamasıyla insizyonel herni ameliyatıdır. Hastanede kalış süresi en az 3.57 gün ortalaması ile apandisit ameliyatıdır.

¹⁸³ Üsküdar Devlet Hastanesi Hasta Kabul ve İstatistik Birimi, 12.04.2010

Tablo2. 01.01.2008 - 01.01.2009 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümünde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizleri

Ameliyat Türü	Ameliyat Sayısı	Hastanın Ortalama Yattığı Gün Sayısı
Anal Fissür	3	3.33
Anal Fistül	12	2.33
Apandisit	10	3.80
Guatr	145	4.20
Hemoroid	49	3.02
İnguinal Herni	207	3.88
İnsizyonel Herni	19	5.78
Meme	68	2.47
Pilonidal Sinüs	129	3.74
Safra Kesesi	164	4.60
Umbilikal Herni	64	4.98

01.01.2008- 01.01.2009 tarihleri arasında yapılan genel cerrahi ameliyatlarının analizlerinde¹⁸⁴ en çok inguinal herni (kasık fıtığı) ameliyatı yapılmıştır. 207 kişi inguinal herni ameliyatı olmuş ve ortalama hastanede kalış süresi 3.88 gündür. Hastanede kalış süresi en çok olan 5.78 gün ortalamasıyla insizyonel herni ameliyatıdır. En az olan 2.33 gün ile anal fistül ameliyatıdır.

¹⁸⁴ Üsküdar Devlet Hastanesi Hasta Kabul ve İstatistik Birimi, 12.04.2010

Tablo3. 01.01.2009 – 30.06.2009 Tarihleri Arasında Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümünde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizleri

Ameliyat Türü	Ameliyat Sayısı	Hastanın Ortalama Yattığı Gün Sayısı
Anal Fissür	4	1.75
Anal Fistül	8	2.25
Apandisit	7	2.28
Guatr	65	2.86
Hemoroid	59	2.18
İnguinal Herni	99	2.51
İnsizyonel Herni	9	6.11
Meme	46	2.56
Pilonidal Sinüs	78	2.69
Safra Kesesi	99	3.32
Umbilikal Herni	42	4.40

01.01.2009- 30.06.2010 tarihleri arasında yapılan genel cerrahi ameliyatlarının analizlerinde¹⁸⁵ en çok inguinal herni (kasık fıtığı) ve safra kesesi ameliyatları yapılmıştır. 99 kişi inguinal herni ve 99 kişi safra kesesi ameliyatı olmuştur. İnguinal herni ameliyatının ortalama hastanede kalış süresi 2.51 gün, safra kesesi ameliyatının ortalama hastanede kalış süresi 3.32 gündür. Hastanede kalış süresi en çok olan 6.11 gün ortalamasıyla insizyonel herni ameliyatı, en az kalış süresi ortalaması 1.75 gün ile anal fissür ameliyatıdır.

¹⁸⁵ Üsküdar Devlet Hastanesi Hasta Kabul ve İstatistik Birimi, 12.04.2010

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ – YÖNTEM VE BULGULAR

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresindeki beklentilerinin neler olduğu ve bu beklentileri etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

05.01.2010 – 05.04.2010 tarihleri arasında Üsküdar Devlet Hastanesi genel cerrahi servisinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Örnek Sayısı

Üsküdar Devlet Hastanesi genel cerrahi servisinde ameliyat olan 127 hasta araştırmanın örneklemini oluşturuyor.

3.4. Veri Toplama Tekniği

Araştırmada anketle veri toplama yönteminden yararlanılmıştır

3.4.1. Anket Formunun Hazırlanması

Anket formu, konuyla ilgili kaynakların incelenmesi yapılarak hazırlanmıştır ve toplam 47 sorudan oluşmaktadır. İlk 6 soru hastaların sosyodemografik özelliklerini tanımlayıcı sorulardır.

3.4.2. Anket Formunun Uygulanması

Anket formu uygulaması 05.01.2010 – 05.04.2010 tarihleri arasında genel cerrahi servisinde ameliyat olan 127 hastaya araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Üsküdar Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden ve Başhemşireliği'nden gerekli izin alınmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciens) 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin sayı ve yüzde dağılımlarını içeren tanımlayıcı istatistiklerden sonra analitik istatistiklerden yüzdellik ve ki-kare (Chi-Square) önemlilik testleri kullanılmıştır.

Anketin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır. Yapılan analizlerde 127 katılımcıdan elde edilen veriler kullanılmıştır. Ayrıca soruların, alfa katsayısına ne derece ve ne yönde etkili bulduklarını saptayabilmek için; “Değişken Silindiği Takdirde Ölçeğin Alfa Katsayısı” (Alpha if Item Deleted) değeri hesaplanmıştır. Söz konusu değerler, herhangi bir değişken silindiği takdirde, geri kalan değişkenlerin iç tutarlılıklarını göstermektedir.

Hastaların ameliyatlarına göre hastanede kalış süresindeki beklentilerinin incelenmesi sonrasında $\alpha = 0,345$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. 9, 17, 20, 21, 35. soruların cronbach alpha değerleri incelendiğinde ölçeğin iç tutarlılığını düşürdüğü görülmektedir. Bu çerçevede 9, 17, 20, 21, 35. sorular çıkarılarak test tekrar edilmiştir. Tekrarlanan analiz sonrasında hastaların ameliyatlarına göre hastanede kalış süresindeki beklentilerin iç tutarlılığının $\alpha = 0,635$ e yükselmiştir

3.6. BULGULAR

Tablo4. Daha önce ameliyat oldunuz mu? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Daha önce ameliyat oldunuz mu? * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	113	89,0%	14	11,0%	127	100,0%

Daha önce ameliyat oldunuz mu? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileriniz? sorularına 113 kişi cevap vermiş, 14 kişi cevap vermemiştir.

Tablo5. Daha önce ameliyat oldunuz mu? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerinin dağılımı

			Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total
			Ameliyat olduğum gün	Ameliyat ımın 2. günü	Ameliyat ımın 3. günü	Ameliyat ımın 4. günü	Ameliyat ımın 5. günü ve daha fazla	
Daha önce ameliyat oldunuz mu?	Evet	Count	3	24	19	4	7	57
		% of Total	2,7%	21,2%	16,8%	3,5%	6,2%	50,4%
	Hayır	Count	5	27	15	5	4	56
		% of Total	4,4%	23,9%	13,3%	4,4%	3,5%	49,6%
Total		Count	8	51	34	9	11	113
		% of Total	7,1%	45,1%	30,1%	8,0%	9,7%	100,0%

Daha önce ameliyat olanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günü(% 21,2), en düşük ameliyat olduğu gündür(%2,7).

Daha önce ameliyat olmayanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günü (%23,9), en düşük ameliyatının 5.günü ve daha fazlasıdır (% 3,5).

Tablo6. Daha önce ameliyat oldunuz mu? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularını yanıtlayanlar arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,260(a)	4	,688
Likelihood Ratio	2,280	4	,684
Linear-by-Linear Association	,836	1	,360
N of Valid Cases	113		

a 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,96.

Ho Hipotezi: Daha önce ameliyat oldunuz mu? sorusunu yanıtlayanlar ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna cevap verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H1 Hipotezi: Daha önce ameliyat oldunuz mu? sorusunu yanıtlayanlar ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna cevap verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Ho hipotezi reddedilir.($p=0,688$ $p> 0,05$ olduğu için)

Daha önce ameliyat olan ve olmayanlar ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerinin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Tablo7. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastaneye ne zaman yattınız? * Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir?	88	69,3%	39	30,7%	127	100,0%

Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir? Sorusuna 88 kişi cevap vermiştir. 39 kişi cevap vermemiştir.

Tablo8. Hastaneye ne zaman yattınız? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat öncesi hastanede yatma nedenlerine göre dağılımı

			Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir?				Total
			Doktorumun isteğiyle	Kendi isteğiyle	İlaç tedavisi için	Tansiyon ve kan şekeri takibi için	
Hastaneye ne zaman yattınız?	Ameliyattan 3 gün önce ve daha fazla	Count	5	0	1	6	12
		% of Total	5,7%	,0%	1,1%	6,8%	13,6%
	Ameliyattan 2 gün önce	Count	2	1	0	4	7
		% of Total	2,3%	1,1%	,0%	4,5%	8,0%
	Ameliyattan 1 gün önce	Count	25	6	3	5	39
		% of Total	28,4%	6,8%	3,4%	5,7%	44,3%
	Ameliyat günü sabahı	Count	24	3	0	1	28
		% of Total	27,3%	3,4%	,0%	1,1%	31,8%
	Acil servisten	Count	2	0	0	0	2
		% of Total	2,3%	,0%	,0%	,0%	2,3%
Total		Count	58	10	4	16	88
		% of Total	65,9%	11,4%	4,5%	18,2%	100,0%

Hastaneye ameliyatından 3 gün önce ve daha fazlasında (% 6,8), 2 gün ve öncesinde (% 4,5) yatma nedeni tansiyon ve kan şekeri takibidir

Hastaneye ameliyattan 1 gün önce (%28,4) ve ameliyat günü sabahı (%27,3) yatma nedeni doktorunun isteğiyledir.

Tablo9. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz? sorularını yanıtlayanların arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,240(a)	12	,019
Likelihood Ratio	25,726	12	,012
Linear-by-Linear Association	16,973	1	,000
N of Valid Cases	88		

a 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Ho hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H1 hipotezi: Ho hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Ho hipotezi kabul edilir ($p=0,019$ $p<0.05$ olduğu için)

Hastaneye ne zaman yatırıldığı ile ameliyat öncesi hastanede yatma nedenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo10. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	101	79,5%	26	20,5%	127	100,0%

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna 101 kişi cevap vermiştir. 26 kişi cevap vermemiştir.

Tablo11. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

		Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total	
		Ameliyat olduğu m gün	Ameliyat tımın 2. günü	Ameliyat tımın 3. günü	Ameliyat tımın 4. günü	Ameliyat tımın 5. günü ve daha fazla		
Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir?	Yalnız	Count	0	4	1	0	0	5
		% of Total	,0%	4,0%	1,0%	,0%	,0%	5,0%
	Üzgün	Count	0	3	6	0	0	9
		% of Total	,0%	3,0%	5,9%	,0%	,0%	8,9%
	Endişeli ve sıkıntılı	Count	3	16	9	4	5	37
		% of Total	3,0%	15,8%	8,9%	4,0%	5,0%	36,6%
	Ameliyat korkusu	Count	3	14	10	2	2	31
		% of Total	3,0%	13,9%	9,9%	2,0%	2,0%	30,7%
	Hepsi	Count	1	11	3	1	3	19
		% of Total	1,0%	10,9%	3,0%	1,0%	3,0%	18,8%
	Total	Count	7	48	29	7	10	101
		% of Total	6,9%	47,5%	28,7%	6,9%	9,9%	100,0%

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerinde yalnız hissedenler ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 2. günüdür (%4,0).

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerinde üzgün hissedener ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 3. günüdür (%5,9).

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerinde endişeli ve sıkıntılı hissedener ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 2. günüdür (%15,8).

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerinde ameliyat korkusu hissedener ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 2. günüdür (%13,9).

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerinde hepsi yanıtını verenler, ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 2. günüdür (%10,9).

Tablo12. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,098(a)	16	,518
Likelihood Ratio	16,964	16	,388
Linear-by-Linear Association	,059	1	,808
N of Valid Cases	101		

a 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Ho hipotezi: Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H1 hipotezi: Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Ho hipotezi reddedilir. ($p=0.518$ $p > 0,05$ olduğu için)

Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşüncelerle ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileri arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Tablo13. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	112	88,2%	15	11,8%	127	100,0%

Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve ameliyet sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileriniz? sorusuna 112 kişi cevap vermiştir. 15 kişi cevap vermemiştir.

Tablo14. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusuna yanıt verenlerin Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerine göre dağılımı

			Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total
			Ameliyat olduğu m gün	Ameliyat tımın 2. günü	Ameliyat tımın 3. günü	Ameliyat tımın 4. günü	Ameliyat mın 5. günü ve daha fazla	
Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız?	Guatr	Count	1	4	5	1	0	11
		% of Total	,9%	3,5%	4,4%	,9%	,0%	9,7%
	Safra kesesi taşı	Count	0	10	5	4	2	21
		% of Total	,0%	8,8%	4,4%	3,5%	1,8%	18,6%
	Fıtık (Kasık veya göbek)	Count	4	14	12	0	1	31
		% of Total	3,5%	12,4%	10,6%	,0%	,9%	27,4%
	Pilonidal sinus (Kıl dômesi)	Count	2	16	6	4	3	31
		% of Total	1,8%	14,2%	5,3%	3,5%	2,7%	27,4%
	Hemoroid veya anal fistül	Count	1	5	1	0	2	9
		% of Total	,9%	4,4%	,9%	,0%	1,8%	8,0%
	Meme	Count	0	2	2	0	2	6
		% of Total	,0%	1,8%	1,8%	,0%	1,8%	5,3%
	Apandisit	Count	0	0	3	0	1	4
		% of Total	,0%	,0%	2,7%	,0%	,9%	3,5%
Total		Count	8	51	34	9	11	113
		% of Total	7,1%	45,1%	30,1%	8,0%	9,7%	100,0%

Guatr ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günüdür (%4,4).

Safra kesesi taşı ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 2.günüdür (%8,8).

Fıtık (kasık veya göbek) ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%12,4).

Pilonidal sinüs (Kıl dönmesi) ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%14,2).

Hemoroid ve anal fistül-fissür ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%4,4).

Meme ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi ameliyatının 2. , 3. günü ve ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%1,8).

Apandisit ameliyatı olanlar ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günüdür (%2,7).

Tablo15. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,961(a)	24	,186
Likelihood Ratio	35,604	24	,060
Linear-by-Linear Association	1,819	1	,177
N of Valid Cases	112		

a 29 cells (82,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Ho hipotezi: Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileriniz sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H1 hipotezi: Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileriniz sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Ho hipotezi reddedilir. ($p=0,186$ $p>0,05$ olduğu için)

Hastalığı ile ilgili ameliyat olanlar ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentilerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Tablo16. Eğitim durumunuz? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Eğitim Durumunuz * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	113	89,0%	14	11,0%	127	100,0%

Eğitim durumunuz? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına 113 kişi cevap vermiştir. 14 kişi cevap vermemiştir.

Tablo17. Eğitim durumunun ve ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerine göre dağılımı

			Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total
			Ameliyat olduğum gün	Ameliyat ımın 2. günü	Ameliyat ımın 3. günü	Ameliyat ımın 4. günü	Ameliyat ımın 5. günü ve daha fazla	
Eğitim	Okur - yazar değil	Count	0	2	2	0	4	8
		% of Total	,0%	1,8%	1,8%	,0%	3,5%	7,1%
	Okur - yazar	Count	0	2	6	1	1	10
		% of Total	,0%	1,8%	5,3%	,9%	,9%	8,8%
İlköğretim		Count	5	23	16	5	4	53
		% of Total	4,4%	20,4%	14,2%	4,4%	3,5%	46,9%
Lise		Count	2	19	8	2	2	33
		% of Total	1,8%	16,8%	7,1%	1,8%	1,8%	29,2%
Yüksek Öğretim		Count	1	5	2	1	0	9
		% of Total	,9%	4,4%	1,8%	,9%	,0%	8,0%
Total		Count	8	51	34	9	11	113
		% of Total	7,1%	45,1%	30,1%	8,0%	9,7%	100,0%

Okur-yazar olmayanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentisi en çok ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%3,5).

Okur-yazar olanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentileri en çok ameliyatının 3. günü(%5,3), en az beklenti ameliyatının 4. günü ve daha fazlasıdır (%0,9).

İlköğretim mezunu olanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentileri en çok ameliyatının 2. günü (%20,4), en az beklenti ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%3,5).

Lise mezunu olanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentileri en çok ameliyatının 2. günüdür (%16,8).

Yüksek öğretim mezunu olanların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentileri en çok ameliyatının 2. günüdür (%4,4).

Tablo18. Eğitim durumunuz? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,570(a)	16	,060
Likelihood Ratio	21,493	16	,160
Linear-by-Linear Association	10,037	1	,002
N of Valid Cases	113		

a 20 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

H_0 Hipotezi: Eğitim durumunuz? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H_1 Hipotezi: Eğitim durumunuz? sorusuna yanıt verenler ile ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H_0 hipotezi reddedilir. ($p=0,060$ $p> 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentilerin eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır.

Tablo19. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? * Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?	125	98,4%	2	1,6%	127	100,0%

Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Daha önce hiç hastanede yattınız mı? sorularına yanıt veren 125 kişidir. 2 kişi yanıt vermemiştir.

Tablo20. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusunu yanıtlayanlar ve Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

			Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?		Total
			Evet	Hayır	
Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız?	Guatr	Count	10	1	11
		% of Total	7,9%	,8%	8,7%
	Safra kesesi taşı	Count	21	5	26
		% of Total	16,7%	4,0%	20,6%
	Fıtık (Kasık veya göbek)	Count	24	13	37
		% of Total	19,0%	10,3%	29,4%
	Pilonidal sinus (Kıl dômesi)	Count	10	23	33
		% of Total	7,9%	18,3%	26,2%
	Hemoroid veya anal fistül	Count	6	4	10
		% of Total	4,8%	3,2%	7,9%
	Meme	Count	4	1	5
		% of Total	3,2%	,8%	4,0%
	Apendisit	Count	2	2	4
		% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
Total	Count	77	49	126	
	% of Total	61,1%	38,9%	100,0%	

Guatr ameliyatı olanlardan 10 kişi (%7,9) daha önce hastanede yatmış, 1 kişi (%0,8) yatmamıştır.

Safra kesesi taşı ameliyatı olanların 20 kişi (%16,7) daha önce hastanede yatmış, 5 kişi (%4,0) yatmamıştır.

Fıtık ameliyatı olanlardan 24 kişi (%19,0) daha önce hastaneye yatmış, 13 kişi (% 10,3) yatmamıştır.

Pilonidal sinus ameliyatı olanlardan 10 kişi (%7,9) daha önce hastanede yatmış, 23 kişi (%18,3) yatmamıştır.

Hemoroid ve anal fissür- fistül ameliyatı olanlardan 6 kişi (%4,8) daha önce hastanede yatmış, 4 kişi (%3,2) yatmamıştır.

Meme ameliyatı olanlardan 4 kişi (%3,2) daha önce hastanede yatmış, 1 kişi (%0,8) yatmamıştır.

Apendisit ameliyatı olanlardan 2 kişi (%1,6) daha önce hastanede yatmış, 2 kişi (%1,6) yatmamıştır.

Tablo21. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? ve Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,157(a)	6	,001
Likelihood Ratio	23,219	6	,001
Linear-by-Linear Association	7,284	1	,007
N of Valid Cases	125		

a 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,57.

H₀ Hipotezi: Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusunu yanıtlayanlar ile daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H₁ Hipotezi: Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorusunu yanıtlayanlar ile daha önce hiç hastaneye yattınız mı? sorusuna yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H₀ hipotezi kabul edilir. ($p=0,001$ $p < 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle hastalıklara göre olunacak ameliyatların daha önce hastaneye yatan ve yatmayan durumlarına göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Tablo22. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastaneye ne zaman yattınız? * Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz?	126	99,2%	1	,8%	127	100,0%

Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorularına yanıt verenler 126 kişidir. Yanıt vermeyen 1 kişidir.

Tablo23. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenlere göre dağılımı

			Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Hastaneye ne zaman yattınız?	Ameliyattan 3 gün önce ve daha fazla	Count	10	2	12
		% of Total	7,9%	1,6%	9,5%
	Ameliyattan 2 gün önce	Count	7	2	9
		% of Total	5,6%	1,6%	7,1%
	Ameliyattan 1 gün önce	Count	18	25	43
		% of Total	14,3%	19,8%	34,1%
	Ameliyat günü sabahı	Count	13	46	59
		% of Total	10,3%	36,5%	46,8%
	Acil servisten	Count	1	2	3
		% of Total	,8%	1,6%	2,4%
Total	Count	49	77	126	
	% of Total	38,9%	61,1%	100,0%	

Düzenli ilaç kullanan hastalar hastaneye en çok ameliyattan 1 gün önce (%14,3) yatmıştır.

Düzenli ilaç kullanmayan hastaların hastaneye en çok ameliyat günü sabahı (%36,5) yatmıştır.

Tablo24. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna yanıt verenler arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,761(a)	8	,000
Likelihood Ratio	28,215	8	,000
Linear-by-Linear Association	9,992	1	,002
N of Valid Cases	126		

a 9 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

H_0 Hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? sorusunu yanıtlayanlar ile düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna cevap verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H_1 Hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? sorusunu yanıtlayanlar ile düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna cevap verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H_0 hipotezi kabul edilir. ($p=0,000$ $p < 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle hastaneye ne zaman yatırıldığının düzenli olarak bir ilaç kullanılması durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Tablo25. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sağlık Güvenceniz * Hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir?	102	80,3%	25	19,7%	127	100,0%

Sağlık güvenceniz? ve Hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenler 102 kişidir. Yanıt vermeyenler 25 kişidir.

Tablo26. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

			Hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir?				Total
			Doktorun taburcu etmesi	Kendinizi iyi hissetmeniz	Hastanede yatmayı istemediğinizden	Maddi yönden	
Sağlık güvenceniz	SSK	Count	35	24	11	0	70
		% of Total	34,3%	23,5%	10,8%	,0%	68,6%
	Bağkur	Count	3	7	3	0	13
		% of Total	2,9%	6,9%	2,9%	,0%	12,7%
	Emekli Sandığı	Count	6	6	2	0	14
		% of Total	5,9%	5,9%	2,0%	,0%	13,7%
	Yeşil kart	Count	1	1	0	0	2
		% of Total	1,0%	1,0%	,0%	,0%	2,0%
	Ücretli	Count	0	0	0	3	3
		% of Total	,0%	,0%	,0%	2,9%	2,9%
Total		Count	45	38	16	3	102
		% of Total	44,1%	37,3%	15,7%	2,9%	100,0%

Sağlık güvencesi;

SSK' lı olanların hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemesinin sebebi doktorunun taburcu etmesidir (% 34,3).

Bağkur'lu olanların hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemesinin sebebi kendini iyi hissetmesidir (%6,9).

Emekli sandığı olanların hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemesinin sebebi doktorunun taburcu etmesi (%5,9) ve kendini iyi hissetmesidir (%5,9).

Yeşil kartlı olanların hastanede en kısa zamanda taburcu olmak istemesinin sebebi doktorunun taburcu etmesi (%1,0) ve kendini iyi hissetmesidir (%1,0).

Ücretli hastaların hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemesinin sebebi maddi yöndendir (%2,9).

Tablo27. Sağlık güvenceniz? ve Hastanede en kısa sürede taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,008(a)	12	,000
Likelihood Ratio	27,791	12	,006
Linear-by-Linear Association	8,712	1	,003
N of Valid Cases	102		

a 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

H_0 Hipotezi: Sağlık güvenceniz? sorusunu yanıtlayanlar ile hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorusunu yanıtlayanların arasındaki ilişki anlamlıdır.

H_1 Hipotezi: Sağlık güvenceniz? sorusunu yanıtlayanlar ile hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir? sorusunu yanıtlayanların arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H_0 hipotezi kabul edilir. ($p=0,00$ $p < 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle sağlık güvencelerinin hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak isteme sebepleri göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Tablo28. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hastaneye ne zaman yattınız? * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	113	89,0%	14	11,0%	127	100,0%

Hastaneye ne zaman yattınız? ve ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt veren 113 kişidir. Yanıt vermeyen 14 kişidir.

Tablo29. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

			Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total
			Ameliyat olduğu m gün	Ameliyatımın 2. günü	Ameliyatımın 3. günü	Ameliyatımın 4. günü	Ameliyatımın 5. günü ve daha fazla	
Hastaneye ne zaman yattınız?	Ameliyattan 3 gün önce ve daha fazla	Count	1	0	5	1	3	10
		% of Total	,9%	,0%	4,4%	,9%	2,7%	8,8%
	Ameliyattan 2 gün önce	Count	0	2	3	2	1	8
		% of Total	,0%	1,8%	2,7%	1,8%	,9%	7,1%
	Ameliyattan 1 gün önce	Count	0	19	10	3	5	37
		% of Total	,0%	16,8%	8,8%	2,7%	4,4%	32,7%
	Ameliyat günü sabahı	Count	7	30	14	3	1	55
		% of Total	6,2%	26,5%	12,4%	2,7%	,9%	48,7%
	Acil servisten	Count	0	0	2	0	1	3
		% of Total	,0%	,0%	1,8%	,0%	,9%	2,7%
Total		Count	8	51	34	9	11	113
		% of Total	7,1%	45,1%	30,1%	8,0%	9,7%	100,0%

Hastaneye; Ameliyattan 3 gün önce ve daha fazla yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günü (%4,4) , en düşük ameliyat olduğu ve ameliyatın 4. günüdür (%0,9).

Ameliyattan 2 gün önce yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 3. ve 4. günü (%1,8) , en düşük ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%0,9).

Ameliyattan 1 gün önce yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günü (%16,8), en düşük ameliyatının 4. günüdür (%2,7).

Ameliyattan günü sabahı yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günü (%26,5), en düşük ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%0,9).

Ameliyattan günü sabahı yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günü (%26,5), en düşük ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%0,9).

Acil servisten yatanlarda ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günü (%1,8), en düşük ameliyatının 5. günü ve daha fazlasıdır (%0,9).

Tablo30. Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,596(a)	16	,005
Likelihood Ratio	40,179	16	,001
Linear-by-Linear Association	11,868	1	,001
N of Valid Cases	113		

a 20 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

H₀ Hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularını yanıtlayanlar arasındaki ilişki anlamlıdır.

H₁ Hipotezi: Hastaneye ne zaman yattınız? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularını yanıtlayanlar arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H₀ hipotezi kabul edilir. ($p=0,005$ $p < 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle hastaneye yatış zamanının ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağını konusundaki beklentilerine göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

Tablo31. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına
yanıt verenler

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mesleğiniz * Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız?	126	99,2%	1	,8%	127	100,0%

Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına
yanıt veren 126 kişidir. Yanıt vermeyen 1 kişidir.

Tablo32. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

			Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız?							Total
			Guatr	Safra kesesi taşı	Fıtık (Kasık veya göbek)	Pilonidal sinus (Kıl dömesi)	Hemoroid veya anal fistül	Mem e	Apan disit	Guatr
Mesleğiniz	Memur	Count	1	3	7	0	3	0	1	15
		% of Total	,8%	2,4%	5,5%	,0%	2,4%	,0%	,8%	11,8%
İşçi		Count	1	6	10	17	2	1	1	38
		% of Total	,8%	4,7%	7,9%	13,4%	1,6%	,8%	,8%	29,9%
Serbest		Count	1	2	12	6	0	0	0	21
		% of Total	,8%	1,6%	9,4%	4,7%	,0%	,0%	,0%	16,5%
Ev Hanımı		Count	8	15	7	2	5	3	2	42
		% of Total	6,3%	11,8%	5,5%	1,6%	3,9%	2,4%	1,6%	33,1%
Öğrenci		Count	0	0	1	8	0	2	0	11
		% of Total	,0%	,0%	,8%	6,3%	,0%	1,6%	,0%	8,7%
Total		Count	11	26	37	33	10	6	4	127
		% of Total	8,7%	20,5%	29,1%	26,0%	7,9%	4,7%	3,1%	100,0%

Memur olanlardan en çok 7 kişi fıtık (kasık veya göbek) (%5,5) ameliyatı olmuştur.

İşçiler de en çok 17 kişi pilonidal sinüs (%13,4) ameliyatı olmuştur.

Serbest meslek yapanlardan en çok 12 kişi fıtık (kasık veya göbek) (%9,4) ameliyatı olmuştur.

Ev hanımların da en çok 15 kişi safra kesesi taşı (%11,8) ameliyatı olmuştur.

Öğrenciler de en çok 8 kişi pilnidal sinus (%6,3) ameliyatı olmuştur.

Tablo33. Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,701(a)	24	,000
Likelihood Ratio	75,265	24	,000
Linear-by-Linear Association	,006	1	,941
N of Valid Cases	126		

a 27 cells (77,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

H_0 Hipotezi: Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlıdır.

H_1 Hipotezi: Mesleğiniz? ve Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız? sorularına yanıt verenlerin arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H_0 hipotezi kabul edilir. ($p=0,000$ $p < 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle hastalıklara göre yapılan ameliyatların mesleklere göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

Tablo34. Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. * Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?	112	88,2%	15	11,8%	127	100,0%

Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? ve Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? sorularına yanıt verenler 112 kişidir. Yanıt vermeyen 15 kişidir.

Tablo35. Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenlere göre dağılımı

			Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?					Total
			Ameliyat olduğu m gün	Ameliyatımın 2. günü	Ameliyatımın 3. günü	Ameliyatımın 4. günü	Ameliyatımın 5. günü ve daha fazla	
Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı.	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	Count	0	3	0	1	0	4
		% of Total	,0%	2,7%	,0%	,9%	,0%	3,6%
	KATILMIYORUM	Count	1	2	1	2	1	7
		% of Total	,9%	1,8%	,9%	1,8%	,9%	6,3%
	KARARSIZIM	Count	2	5	1	0	1	9
		% of Total	1,8%	4,5%	,9%	,0%	,9%	8,0%
	KATILYORUM	Count	3	23	11	4	5	46
		% of Total	2,7%	20,5%	9,8%	3,6%	4,5%	41,1%
	KESİNLİKLE KATILYORUM	Count	2	17	21	2	4	46
		% of Total	1,8%	15,2%	18,8%	1,8%	3,6%	41,1%
Total	Count	8	50	34	9	11	112	
	% of Total	7,1%	44,6%	30,4%	8,0%	9,8%	100,0%	

Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı sorusuna kesinlikle katılmıyorum yanıtı verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%2,7).

Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı sorusuna katılmıyorum yanıtı verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. ve 4.günüdür (%1,8)

Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı sorusuna kararsızım yanıtı verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%20,5)

Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı sorusuna katılıyorum yanıtı verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 2. günüdür (%4,5)

Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı sorusuna kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentisi en yüksek ameliyatının 3. günüdür (%18,8)

Tablo36. Doktor tarafından ameliyatının nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,930(a)	16	,181
Likelihood Ratio	20,622	16	,193
Linear-by-Linear Association	,224	1	,636
N of Valid Cases	112		

a 21 cells (84,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

H_0 Hipotezi: Doktor tarafından ameliyatının nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki anlamlıdır.

H_1 Hipotezi: Doktor tarafından ameliyatının nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı? ve Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz? sorularına yanıt verenler arasındaki ilişki anlamlı değildir.

H_0 hipotezi reddedilir. ($p=0,181$ $p> 0,05$ olduğu için)

Bu bulgulardan hareketle doktor tarafından ameliyatın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapmasının ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentiler ile arasındaki ilişki anlamlı değildir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Üsküdar Devlet Hastanesi genel cerrahi servisinde hastalıklarına göre ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentileri ve beklentileri etkileyen değişkenler ve değişkenler arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır. Toplanan verilere uygulanan istatistiksel işlemler sonucunda elde edilen bulguları, aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

01.01.2007 – 30.06.2009 tarihleri arasında Üsküdar Devlet Hastanesi genel cerrahi servisinde hastaların ortalama hastane de yattığı gün sayısı en yüksek olan ameliyat türü insizyonel hernidir. Bu durum insizyonel herninin oluşumunda rol oynayan faktörlerin büyüklüğünden ve hastaların iyileşme sürecinden kaynaklanmaktadır. Bu tarihler arasında en çok yapılan ameliyat türü inguinal hernidir.

Tablolardaki veriler incelendiğinde genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların hastane de ortalama yattığı gün sayısı 01.01.2007 tarihinden 30.06.2009 tarihine doğru gidildikçe azalmaktadır. Hastaların hastanede ortalama yattıkları gün sayısının çok oluşunun sebeplerinin başında hastaların önceden tüm tetkik ve konsültasyonlarının hasta hastaneye yattıktan sonra yapılmasıydı. Artık hastaların ameliyat öncesi tetkiklerinin poliklinikten yapılması, tetkikleriyle beraber konsültan hekimlerden ameliyat onayını alarak servise gelmesi sonucu konsültan ve kendi doktorunun önerileri doğrultusunda tansiyon- kan şekeri takibi veya premedikasyon amaçlı ameliyat öncesi servise yatışı yapılmaktadır. Böylece hastaların hastanede ortalama kalış sürelerinde azalma görölmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentilerini daha önce ameliyat olmaları ya da olmamaları etkilememektedir. Ameliyat öncesi hastaların hastaneye yatma nedenleri kan şekeri – tansiyon takibi ve doktorunun isteğiyedir. Bu durumlar hastaların hastaneye ne zaman yatışlarının yapılacağını etkilemektedir. Hastaların hastaneye yattıktan sonraki duygudüşüncelerinin ve genel cerrahi servisinde oldukları ameliyat türlerinin ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentileriyle arasında bir ilişki yoktur.

Hastaların genel cerrahi servisinde olacakları ameliyat türlerinin daha önce hastaneye yatma veya yatmama durumlarına göre farklılık göstermektedir. Hastanın

ameliyat öncesi ne zaman hastaneye yatacağını düzenli bir ilaç kullanıp kullanmaması durumu etkilemektedir.

Hastaneden hastaların en kısa zamanda taburcu olmak isteme sebebi sağlık güvencesidir. Hastalar için hastaneye ne zaman yatırıldığının ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacakları konusundaki beklentilerini etkilediği görülmektedir. Hastaların olabilecekleri genel cerrahi ameliyat türleri mesleklerine göre farklılık göstermektedir.

Doktor tarafından hastalara ameliyatının nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapmasının ve hastaların eğitim durumlarının ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağı konusundaki beklentilerini etkilememektedir.

Bu konu ile araştırma yapacak araştırmacılara önerilerim şunlardır:

Tüm sağlık ekibi üyeleri, hastaları cerrahiye ilişkin kaygı, korku, endişe, soru ve sorunlarını paylaşabilecekleri bir güven ortamı oluşturmalıdır.

Hastalardan doğru ve eksiksiz anemnez alınmalıdır. Buna göre hastaların düzenli olarak kullandıkları ilaç veya uygulanan tedavilerine göre ameliyat öncesi hastaneye yatış süreleri hakkında açıklayıcı bilgiler verilmeli ve tedavileri uygulanmalıdır.

Hastaların hastaneye yatış sürecinde sosyal güvenceleri ve maddi durumları göz önünde bulundurulmalıdır.

Daha önce hastaneye yatmış veya ameliyat olmuş hastalardan ameliyat olacakları hastalıkları hakkında yeterli açıklayıcı bilgiler alınmalıdır. Buna göre hastaların korku, kaygı ve endişeleri giderilmelidir.

Hastaneye ne zaman yatırıldığının ve ameliyat öncesi hastanede yatma nedenlerinin hastaya açıklanmalı ve hastane enfeksiyonları, hastaların beklentileri, ameliyat öncesi hastaneye yatma nedenleri yönünden daha ayrıntılı bir araştırma yapılmalıdır.

Hastaların hastalıklarına göre olacakları ameliyatların mesleklerine göre daha ayrıntılı sorgulanmalıdır Ameliyat öncesi oluşum aşamasını öğrenmek ve ameliyat sonrası iyileşme süreci için gereklidir.

KAYNAKÇA

Ak, B. ve Akar, Ç., “Hastane Kavramı” Sağlık Yönetimi Dergisi, Afşaroğlu Matbası, Sayı:3-4, Ankara, 1987

AKAR, Ç., ÖZALP, H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmede Yönetim, Sömgür Yayıncılık, Ankara, 1998

Akçal, T., “İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları” Sempozyum Dizisi, No:28, Ocak 2002 http://www.steteskop.net/Tibbi_Makale-file-print-sid-1578.html

Akgül, H., “Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi” Türkiye Klinikleri, Ankara, 1985

Akıncı, O., Bozer, M., Uzunköy, A., Düzgün, SA., et al. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. Eur J Surg 1999

Arıncı, K., Elhan, A., Anatomi Kitabı. 1. Cilt 2. Baskı 1995

Balcı, G., F., "Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Uygulanması ve Birim Çıktı Maliyetlerin Uygulanması: Bursa Özel Konur Hastanesi'nde Bir Örnek Uygulama", İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

Bektaş, S., S., “Normal, Nodüler Koloidal Guatr ve Neoplastik Tiroid Dokularında TP53 ve C-KİT (CD117) Ekspresyonunun İmmünohistokimyasal Yöntemle Araştırılması” Patoloji Uzmanlık Tezi, Isparta, 2009

Bilgel, H., “Genel Cerrahi” Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 2007

Brearyl, R., Pilonidal Sinus: A new theory of origin. Br J Surg 1955

Bulut, Nurhan., “Hastane İşletmelerinde Çalışma Koşullarının İşgörenler Üzerindeki Yabancılaşmaya Etkisi ve Göztepe Eğitim ve Eğitim Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama” Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010

Çelik, F., Çelik, M., “Cerrahide Karar Verme-Tanı ve Tedavi” Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 1997

Çubukçu, A., Çarkman, S., Gönüllü, NN., et al. Lack of evidence that obesity is a cause of pilonidal sinus disease. Eur J Surg 2001

Çubukçu, A., Çubukçu, D., “Pilonidal Sinüs Hastalığı”, Çağdaş Cerrahi Dergisi, 2002

Çullu, M., “Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce ve İstekleri” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007

Değerli, Ü., Emre, A., “Cerrahi Semiyoloji” Nobel Kitabevi, Ankara, 1986

Değerli, Ü., Erbil, Y., “Genel Cerrahi” Nobel Kitabevi, Ankara, 2006

Değerli, Ü., Sökücü, N., Değerli, O., “Cerrahinin Sırları” Nobel Kitabevi, Ankara, 1991

Dere, F., Glandula Thyroidea ve parathyroidea. Anatomi Atlası ve Ders Kitabı 1999

Gök, R., “Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi” A.İ.T.İ.A. Muğla İ.Şi.Y.O. Yayın No:6

Hanley, P., Acute pilonidal abscess. Surg Gynecol Obstet 1980

Hatipoğlu, H., S., “İnguinal Fıtık Tamirinde Kullanılan Lichtenstein ve Anterior Preperitoneal Mesh Takviyesi Yöntemlerinin Testiküler Volüm ve Kan Akımı Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması” Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008

Hubmann, J., “Memorix Cep Kitabı Cerrahi” Turgut Yayıncılık, İstanbul, 1993

Kalaycı, G., “Genel Cerrahi Cilt 1” Nobel Kitabevi, Ankara, 2002

Karaca, H., Hacettepe ü. Sağlık İdaresi Y.O. Yıllığı 84, Ayyıldız Matbası, Ankara, 1984

Karydakı, GE., Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. ANZ J Surg 1992

Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2001

Kaymak, Ş., “Meme kanserinde aksiler diseksiyon (Level I ve II) sonuçlarının değerlendirilmesinde ‘Isosulphan Blue’ kullanılarak yapılan sentinel lenf nodu biyopsisinin yeri” Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007

Klass, AA., The so-called pilonidal sinus. Can Med assoc. J 1956

Korkmaz, Ş., “Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl Sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma, İ.Ü. Sosyal Bilimler

Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003

Kumar, V., Abbas, AK., Fausto, N., Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 7th ed. Philadelphia, Pennsylvania Elsevier Saunders 2005

Kurtulmuş, S., "Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi", İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998

Menderes, M., Ersoy, K., Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, "Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar, Ed. Hikmet Seçim, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845,1995

Moore, K. L., Clinically Oriented Anatomy. 3th ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 1999

Obuz, V., "Cerrahi Ders Notları Hacettepe" Nobel Kitabevi, Ankara, 1990

Okuyan, G., Ç., "İnsizyonel Fıtık Onarımında Onlay ve Sublay Yama Uygulamalarının Karşılaştırılması" Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008

Oto Ö., M.D Bruce E. Jarre, Carabasi R.Antony "The National Medical Series For Independent Study" Nobel Kitabevi, İstanbul, 1994

Özmete, S., "Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanseri Hastalarının Erken Dönem Sonuçları" Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, Adana, 2007

Pollak, R., Nyhus, L., Fıtıklar; Maingot's Abdominal Operasyonlar, Nobel Tıp Kitapevi, 1989; Cilt:1

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.S.Y.B. Yayın No:499, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1983

Saydut, G., "Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Faaliyet Maliyetlerinin Saptanması ve Bir Örnek Uygulama" İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998

Sayek, İ., "Temel Cerrahi" Güneş Kitabevi, Ankara, 2004

Sayek, İ., "Temel Cerrahi El Kitabı" Güneş Kitabevi, Ankara, 2009

Seçim, H., Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, Management-Education-Research-İnformatics For Health, www.merih.net.com,25.04.2010

Sevin, H., D., Hastane İşletmelerinde Otelcilik Hizmetleri Maliyeti ve Kontrolü Ankara İH Uygulama Örnekleri, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doktora Tezi), Ankara, 1998

Sodenna, K., Andersen, E., Nesvik, I., Soreide, JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis 1995

Sönmez, A., K., "Modern Hastane Yönetimi Ekip Olunmasını Gerektirir", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Mart 1999

Sözen, C., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı, Konya, Atlas Kitabevi
Şahin, Ü., "Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi", Hastane Dergisi, Sayı: 13

Tardu, A., "Pilonidal sinüs'ün Cerrahi Tedavisinde Limberg Flep ile Duofermentel Flep Karşılaştırması: Prospektif Randomize Klinik Çalışma" İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007

Taşçı, H., "Guatr", <http://www.hasantasci.com/guatr/> 08.05.2010

Taviloğlu, K., "Fitik" <http://www.taviloglu.com.tr/genel-cerrahi/fitik/pdf.html>, 25.04.2010

Taylor, SA., Halligan, S., Bartram, Cl., Pilonidal sinus disease: MR imaging distinction from fistulo in ano. Radiology 2003

Toksal, M., "Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması" Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005

Üsküdar Devlet Hastanesi Hasta Kabul ve İstatistik Birimi, 12.04.2010

Vural, G., Eroğlu Kafiye, Kavuncubaşı Şahin, "Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, c.3, Mart 1999

Wantz, G., Abdominal Wall Hernias; Schwartz, Principles of Surgery. Mc Grawhill International Edition, Mc Grawhill, 1999

Wexner, S., Binderow S. Pilonidal sinus presacral cyst and tumors, and pelvic and perianal pain. ed: Zuidema GD. Condon RE. Shackelford's surgery of the Alimentary Tract. 4th Ed, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996

Yılmaz, M., "Hastanelerde Yönetim ve Organizasyon Sorunları" Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale, 1996

"NodülerGuatr",

<http://www.saglikbilgisi.com/makale/Nod%C3%BCler+Guatr>, 07.05.2010

"Tarihçe" <http://www.uskudarhastanesi.gov.tr/>, 09.05.2010

<http://anatomy.uludag.edu.tr/Abdomen.htm>, 25.04.2010

<http://www.draligus.com/2564-akut-apandisit-apendektomi.html>. 25.04.2010
<http://www.fatih.edu.tr/rahatsızlıklar,41> 25.04.2010
<http://www.hemoroidnedir.com/hemoroid-nedir/> 25.04.2010
<http://www.hemoroidnedir.com/hemoroid-tedavisi/de-longo> 25.04.2010
http://www.istanbulendoskopi.com/hemoroid/53-hemoroid_olusumunda-etkili-olan-faktörler 25.04.2010
<http://www.kildönmesitedavisi.com/flapyontemi.asp> 25.04.2010
<http://www.tiroit.org/auth/ag.htm>, 08.05.2010
<http://www.umutdolu.com/saglik/hemoroid-basur-hastaligi.asp> 25.04.2010

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Tekirdağ'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Tekirdağ'da tamamladı. 1998 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümüne girmiştir. 2002 yılında mezun oldu. 2002 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji servisinde, 2004 yılında Amerikan Hastanesinde çalıştı. 2007 Temmuz ayından itibaren Üsküdar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde görev yapmaktadır.

Serpil ÜLKER

EKLER

EK-1. ANKET

Sayın Hasta

Bu anket formu Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastanede ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde yapılan bir tez çalışması için kullanılacaktır. Bu konuda sizin yardımınıza ihtiyaç duyulmaktadır. Vakit ayırıp cevapladığınız ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

SERPİL ÜLKER

1. Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın
2. Yaşınız a) < 20 b) 21- 30 c) 31 – 40 d) 41- 50 e) 51 ve üzeri
3. Eğitim Durumunuz a) Okur - yazar değil
b) Okur - yazar
c) İlköğretim
d) Lise
e) Yüksek Öğretim
4. Sağlık güvenceniz a) SSK
b) Bağkur
c) Emekli Sandığı
d) Yeşil kart
e) Ücretli
5. Medeni Durumunuz a) Evli
b) Bekar
c) Dul
6. Mesleğiniz a) Memur
b) İşçi
c) Serbest
d) Ev Hanımı
e) Öğrenci
7. Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?
a) Evet b) Hayır

8. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

9. Ameliyat olduysanız ne ameliyatı oldunuz?

- 1) Genel Cerrahi 2) Beyin Cerrahisi 3) Göğüs ve Kalp Cerrahisi
4) Böbrek ve Üroloji 5) Göz ve Kulak Burun ve Boğaz 6) Kadın Hastalıkları
7) Ortopedi 8) Plastik Cerrahi

10. Hastalığınız ile ilgili ne ameliyatı olacaksınız?

- a) Guatr
b) Safra kesesi taşı
c) Fıtık (Kasık veya göbek)
d) Pilonidal sinus (Kıl dômesi)
e) Hemoroid veya anal fistül
f) Meme
g) Apandisit

11. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri var mı?

1. Hipertansiyon
2. Diyabetes Mellitus
3. Kalp Yetmezliği
4. Böbrek hastalığı
5. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

- a) yalnız 1 tanesi var (.....)
b) yalnız 2 tanesi var (.....)
c) yalnız 3 tanesi var (.....)

12. Düzenli olarak bir ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

13. Hastaneye yattıktan sonraki duygu ve düşünceleriniz nelerdir?

- a) Yalnız
b) Üzgün
c) Endişeli ve sıkıntılı
d) Ameliyat korkusu
e) Hepsi

14. Hastanede sizi rahatsız eden sorun ve sorunlar nelerdir?
- Tıbbi bakım yetersizliği
 - Temizlik yetersizliği
 - Gürültü
 - Yemeklerin iyi olmaması
 - Hekim veya hemşirelerle iletişim yetersizliği
15. Hastanede yatarken hemşirelerden beklentileriniz nelerdir?
- Hemşirelik uygulamalarıyla ilgili daha açıklayıcı bilgi
 - Güler yüz ve şevkat
 - Hastanın sorunlarına daha duyarlı olması
 - Saygılı davranması ve yeterli bilgi vermesi
 - Hepsi
16. Hastaneye ne zaman yattınız?
- Ameliyattan 3 gün önce ve daha fazla
 - Ameliyattan 2 gün önce
 - Ameliyattan 1 gün önce
 - Ameliyat günü sabahı
 - Acil servisten
17. Servise yattığınızda ilk beklentiniz nedir?
- Doktorum tarafından hastalığım hakkında bilgi vermesi
 - Uygulanacak tedavi hakkında bilgi verilmesi
 - Uygulanacak tedavinin bir an önce başlaması
 - Tedavimin ne kadar süreceğinin açıklanması
 - Hepsi
18. Ameliyat sonrası ne zaman taburcu olacağınız konusundaki beklentiniz?
- Ameliyat olduğum gün
 - Ameliyatımın 2. günü
 - Ameliyatımın 3. günü
 - Ameliyatımın 4. günü
 - Ameliyatımın 5. günü ve daha fazla

19. Hastanede ameliyat sonrası uzun süre kalmanızın nedeni sizce nedir?
- Doktorumun isteği
 - Kendi isteğimle
 - Ameliyatımla ilgili olarak
 - İlaç tedavimden dolayı
20. Evinizde kimlerle yaşıyor sunuz?
- Yalnız
 - Eş
 - Çocuklar
 - Aile
 - Bakıcıyla
21. Hastanede ameliyat sonrası kendi isteğinizle kalmanızın sebebi nedir?
- Bakımın daha iyi yapılacağına inanmam
 - Kendimi daha güvende hissetmem
 - Evde bakacak kimsenin olmaması
 - Yaşam koşullarımın iyileşmemi geciktirmesi
 - Ulaşım problemleri
22. Hastaneden en kısa zamanda taburcu olmak istemenizin sebebi nedir?
- Doktorun taburcu etmesi
 - Kendinizi iyi hissetmeniz
 - Hastanede yatmayı istemediğinizden
 - Maddi yönden

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
23 Doktor tarafından ameliyatımın nasıl yapılacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı.					
24 Ameliyat öncesi yapmam gereken hazırlıklar hakkında gerekli açıklama yapıldı.					
25 Ameliyatımla ilgili bilgilendirilmiş onam formu açıklama yapılarak imzalatıldı.					
26 Ameliyat öncesi korku ve endişelerim giderildi.					
27 Ameliyat sonrası yapılması ve yapılmaması gerekenler konusunda bilgi verildi.					
28 Ameliyat öncesi ve sonrasındaki diyetim konusunda bilgi verildi.					
29 Doktoruma güven duyuyorum.					
30 Hemşirelere güven duyuyorum.					
31 Hekimler hasta ve hasta yakınlarına hoşgörülü ve sakin davranmaktadır.					
32 Hemşireler hasta ve hasta yakınlarına hoşgörülü ve sakin davranmaktadır.					
33 Sağlık durumum ile ilgili her türlü bilgiye kolay bir şekilde ulaşmaktayım.					
34 Sağlık durumum ile ilgili gizli bilgilerin mahremiyetim konusuna özen gösterildiğini düşünüyorum.					
35 Ne zaman taburcu olmak istediğim konusunda benim düşüncem soruldu.					
36 Hastanede kalma sebepim evde bakacak kimsem olmadığını belirttim.					
37 Taburcu olmak istememe sebepim hastanedeki bakımın daha iyi olduğuna inanmamdır.					
38 Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili beklentilerim karşılandı.					
39 Hemşire tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası beklentilerim karşılandı.					
40 Ne zaman taburcu olacağım konusunda yeterli bir açıklama yapıldı.					
41 Doktor tarafından hastalığım hakkında yeterli açıklama yapıldı.					
42 Doktor tarafından tedavi sürecim konusunda yeterli bilgi verildi.					
43 Taburcu olduktan sonra yapmam ve yapmamam gerekenler ile ilgili detaylı bilgi verildi.					
44 Hastane ile ilgili tüm beklentilerim karşılandı.					

45. Hastanede yatarken doktorunuzdan beklentileriniz nelerdir?

- a) Açıklayıcı ve yeterli bilgi vermesi
- b) Güler yüz ve ilgili olması
- c) Saygılı davranma
- d) Sorunlarıma daha duyarlı davranması
- e) Hepsi

46. Hastanede yatarken hastaneden beklentileriniz nelerdir?

- a) Tıbbi olanakların yeterli olması ve ulaşılabilirliği
- b) Temiz bir ortam
- c) Birimler arasında iletişimin iyi olması
- d) Hastane içindeki bilgilendirmelerin yeterli düzeyde

ve açıklayıcı olması

- e) Sağlık çalışanlarının güler yüzlü ve saygılı olması

47. Ameliyat öncesi hastanede yatma nedeniniz nedir?

- a) Doktorumun isteğiyle
- b) Kendi isteğimle
- c) İlaç tedavisi için
- d) Tansiyon ve kan şekeri takibi için
- e) Ulaşım problemi