



**T.C.**

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYAT GEÇİREN HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
VE HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN MEMNUNİYET  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**CANAN SEVİLİR PAMUKCU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**İSTANBUL-2011**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

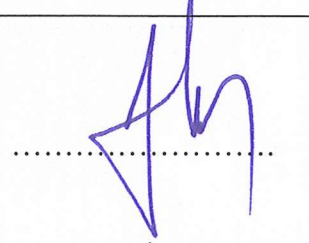
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Canan SEVİLİR PAMUKÇU tarafından hazırlanan “*Ameliyat Geçiren Hastaların Bakım Gereksinimlerinin ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :28.10.2011

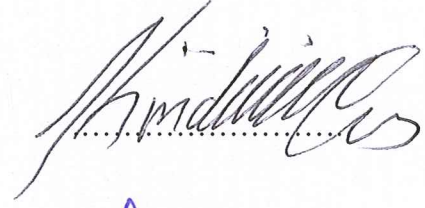
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Zehra DURNA  
: İstanbul Bilim Üniversitesi  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ  
: Haliç Üniversitesi/ HYO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Türkinaz AŞTI  
: İst. Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Mahmure AYGÜN  
: İstanbul Bilim Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayfer ÖZBAŞ  
: İst. Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## **I. TEŞEKKÜR**

T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü'nde tez çalışmam boyunca her konuda bilgi ve deneyimleriyle destek olan, her zaman örnek aldığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA'ya saygı ve teşekkürlerimi borç bilirim.

Tez çalışmam aşamasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Semiha AKIN'a katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen Servisimizin Sorumlu Hemşiresi ve çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan aileme; ilgi ve desteğiyle hep yanımda olup manevi anlamda beni hiç yalnız bırakmayan sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Canan SEVİLİR PAMUKCU**

## **II. İÇİNDEKİLER**

<b>I.TEŞEKKÜR.....</b>	<b>İ</b>
<b>II.İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>İİ</b>
<b>III. KISALTMALAR VE SİMGELER.....</b>	<b>İV</b>
<b>IV. TABLOLARIN LİSTESİ.....</b>	<b>V</b>
<b>1. ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
4.1. Cerrahi Tedavi ve Önemi.....	5
4.2. Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	5
4.2.1.Gastrointestinal Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	5
4.2.2. Ürolojik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	22
4.2.3. Nörolojik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	27
4.2.4.Ortopedik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	32
4.3. Preoperatif Ve Postoperatif Bakım.....	34
4.3.1.Preoperatifbakım.....	33
4.3.2.Postoperatif Bakımı .....	35
4.4.Hasta Memnuniyeti.....	41
4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	43
4.4.2.Hasta-Hemşire İlişkisinin Memnuniyet Üzerine Etkisi.....	45
4.4.3.Postoperatif Dönemde Hasta Memnuniyeti.....	47
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>51</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	51
5.2. Araştırmanın Yeri.....	51
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	51
5.4. Verilerin Toplanması.....	51

5.5. Veri Toplama Araçları.....	52
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
5.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	54
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>55</b>
6.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular.....	56
6.2. Hastalığa İlişkin Bulgular.....	57
6.3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulgular.....	62
6.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının değerlendirilmesi .....	72
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>79</b>
7.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	79
7.2. Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
7.3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	82
7.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>88</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>91</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>99</b>
Ek-1. Hasta tanılama formu.....	99
Ek-2. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirme Formu.....	100
Ek-3. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği.....	103
Ek-4. Kurum Onayı.....	104
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>105</b>

### **III. KISALTMALAR VE SİMGELER**

**BHP:** Bening Prostat Hiperplazisi

**TUR:** Transüretral rezeksiyon

**ANA:** Amerikan Hemşireler Birliği

**NANDA:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği

**HKA:** Hasta Kontrollü Analjezik

#### **IV. TABLOLARIN LİSTESİ**

Tablo 5.5. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-ToplamPuan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri .....	53
Tablo 6.1.Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 6.2.1.Hastalığa İlişkin Bulgular.....	57
Tablo 6.2.2.Hastalık, Ameliyat ve Ameliyat Bölgesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Dağılımı .....	58
Tablo 6.2.3.Ameliyat Bölgesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular.....	59
Tablo 6.2.4.Ameliyat Sonrası Semptom Kontrolünde Kullanılan İlaçların Kullanım Gününe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	60
Tablo 6.2.5.Kan Basıncı, Nabız Sayısı, Vücut Isısı ve Solunum Sayısına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	61
Tablo 6.3.1.Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulgular.....	62
Tablo 6.3.2.Ameliyat Sonrası En Sık Görülen Semptomların Dağılımı.....	66
Tablo 6.3.3.Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Dağılımı....	67
Tablo 6.4.1Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	72
Tablo 6.4.2.Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	74
Tablo 6.4.3.Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Hastalık Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması.....	75
Tablo 6.4.4.Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı ile Hastalık ve Ameliyat Özellikleri Korelasyonu.....	76
Tablo 6.4.5.Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomların Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması.....	78

## 1. ÖZET

Bu araştırma, ameliyat geçiren hastaların bu döneme ilişkin gereksinimlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Veriler İstanbul'da özel hastanede toplam dört aylık bir süre içinde toplanmıştır. Araştırma için kurum izni alınmıştır. Araştırma örneklemini postoperatif dönemde hastanede en az iki gün yatan toplam 70 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Hasta Tanım Formu, Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirme Formu ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Örneklemin %62,9'u (n=44) erkek olup yaş aralığı 49,79±16,814 (dağılım: 19-84) olarak belirlendi. Hastaların ameliyat sonrası yaşadığı en sık semptom ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptandı. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre hemşirelik bakımından daha memnun olduğu ve bunun anlamlı derecede fark oluşturduğu saptandı (p<0,05). Hemşirelik bakımından memnuniyetin daha önce ameliyat geçirmemiş hastalarda, ameliyat deneyimi yaşamış hastalara oranla yüksek olduğu saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Kronik hastalığı olanların, olmayan hastalara oranla hemşirelik bakım memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Ameliyat sonrası hastalarda en sık görülen uyku hali, huzursuzluk/endişe, baş dönmesi, kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği, uyumada zorlanma, uyuyamama, iştahsızlık, bulantı, karında şişlik, gaz çıkaramama, kabızlık, yorgunluk, terleme ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarının hemşirelik bakım memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (p>0,05). Çalışma sonucunda ameliyat sonrası hasta semptomlarının, bakımdan memnuniyet düzeylerinin rutin olarak değerlendirilmesi ve sonuçlar göz önünde bulundurularak hemşirelik uygulamalarında hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta memnuniyeti, postoperatif semptomlar, hemşirelik bakımı



## **2. SUMMARY**

### **The evaluation of satisfaction levels of post surgery patients in terms of their needs and nursing**

This study aims to investigate the necessities of the patients having operations related to the operation period in a detailed way and to evaluate the degree of satisfaction towards nursing. The data was collected from a private hospital in Istanbul through 4 months. The study is confirmed by the hospital. The sample is composed of 70 patients who at least stay in the hospital in the period of postoperative. The instruments used in the study are Patients Identification Form, Post-Operation Symptom Evaluation Form and Newcastle Nursing Satisfaction Form. The sample consists of man (n=44) at the rate of 62.9% between the ages  $49.79 \pm 16.814$  (dispersion: 19-84). The most frequent symptom experienced after operation is the soreness/ache of the operated area at the rate of 84.3% (n=59). As far as the satisfaction of patients toward nursing services are concerned, it was found that men are more satisfied than women and there is a significant difference among them ( $p < 0.05$ ). The study indicates that the patients who don't have operational experiences so far are more satisfied towards nursing services than the patients who have operational experiences before in a statistically significant value ( $p < 0.05$ ); the patients having a chronic disease are less satisfied towards nursing services than the patients not having a chronic disease in a statistically significant value ( $p < 0.05$ ); the symptoms falling asleep, restlessness/anxiety, dizziness, the increase/decrease in blood pressure, difficulties in sleeping, non-sleeping, anorexia, trichiniasis, difficulties in farting, constipation, tiredness and sweating don't have significant difference for the satisfaction of patients toward nursing services ( $p > 0.05$ ). The study suggests that the satisfaction of the patients should be evaluated routinely and by the help of findings and the expectations of patients, nursing practice should be rearranged and revised.

**Key Words:** Satisfaction of Patient, Postoperative Symptoms, Nursing Care

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Ameliyat, beden için hem fizyolojik hem de psikolojik stresör olduğundan bedeninin homeostatik dengesini bozar. Bu nedenle ameliyat sonrası bakımın temel amacı; homeostatik dengeyi yeniden düzenlemektir (Erdil, 1994).

Ameliyat edilen hastalarda anestezinin bitimi ile hastanın tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek duruma kadar geçen süre ameliyat sonrası “postoperatif dönem” olarak adlandırılır. Ameliyatın bitmesiyle hasta ayılma ünitesine alınır. Durumunun stabil oluşuna göre servise yatağına alınır ( Erdil, 1994; Güngel, 1995; Karadakovan, 2010).

Hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonların görülme sıklığı ve önem derecesi çok sayıda faktörle ilişkili olabilir. Bunlar arasında anestezinin yöntem ve süresi, ameliyat tekniği, hastanın genel durumu, yaşı, önemli organik ya da metabolik bir sorunun olup olmayışı, girişimin acil ya da elektif yapılmış olması ve ameliyata neden olan hastalığın kendisi bizzat önem taşır (Güngel, 1995; Karadakovan, 2010).

Homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi ise, bedendeki tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürmelerine bağlıdır. Hemşirelik bakımı, hastaların fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak gereksinimlerinin belirlenmesi ve bütüncül yaklaşıma temellenir (Biol, 2005). Bu nedenle mental durum, sinir sistemi, solunum sistemi, kalp-damar sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, hareket sistemi, uyku durumu ve ciltte ki değişikliklerin incelenmesi ameliyat sonrası bakımın hedeflerindedir ( Erdil, 1994).

Ameliyat sonrası hemşirelik tanılarını sıralayacak olursak (Biol, 2005; Durna, 2009); Erdemir, 2003-2004; Karadakovan, 2010) ;

- Solunum fonksiyonunun baskılanması, ağrı ve yatak istirahatine bağlı hava yolu obstrüksiyonu olasılığı
- Cerrahi insizyona bağlı akut ağrı
- Şok ve kanamaya bağlı kardiyak outputta azalma
- Sekonder olarak cerrahi ile ilişkili genel güçsüzlüğe bağlı aktivite intoleransı
- Cerrahi insizyon ve drenlere bağlı cilt bütünlüğünde bozulma

- Ameliyathane ortamı ve anestetiklere bağlı vücut ısı dengesizliği riski
- Cerrahi girişim nedeniyle besin alımında azalma, gereksinimde artmaya bağlı vücut gereksiniminden az beslenme ve beslenme bozukluğu riski
- İlaçlar, cerrahi girişim, beslenme değişikliği ve hareketsizliğe bağlı konstipasyon riski,
- Anestetiklere bağlı üriner retansiyon riski
- Anestetiklere ve cerrahi işlemlere bağlı yaralanma riski
- Cerrahi işleme bağlı anksiyete
- Yara bakımına ilişkin bilgi yetersizliği, diyet sınırlamaları, aktivite önerileri, ilaçlar bakım süreci ya da komplikasyon belirti ve bulgularına ilişkin önerileri sürdürmemeye riski, hemşirelik tanıları bu kapsamda yer alır.

Tanılama hastanın duygularını ifade ettiği, sorunlarını paylaştığı ve karşılıklı dayanışma evresidir (Biol, 2005). Bu evrede bakımın doğru planlanıp değerlendirilmesi sonuçların olumlu sonuçlanmasını sağlayıp, hasta memnuniyetini önemli derecede etkilemektedir.

Hastaların hemşireye ihtiyaç duyduğu zaman en kısa sürede yanında olması, durumu ve tedavileri hakkında bilgi vermesi, hastaları kontrol sıklığı ve hemşirelerin işleri yaparken gösterdiği davranışların olumlu olması hasta memnuniyeti ve kaliteli hasta bakımının en önemli göstergeleridir.

Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanan, hasta hemşire birlikteliğinin bir göstergesidir. Hemşirelik bakımı görev merkezli değil, birey merkezlidir ve sağlıklı-hasta bireyin gereksinimlerine göre planlanır (Biol,2005; Yılmaz, 2001).

Bu çalışma, ameliyat geçiren hastaların bu döneme ilişkin gereksinimlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi ve bakıma rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Cerrahi Tedavi ve Önemi**

İnsan var olduğundan bu yana nasıl hastalıklar varsa, cerrahi girişimlerde vardır. Akut ya da kronik hastalıkların tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi girişimler, hastalığın herhangi bir sürecinde herhangi bir yaştaki hastaya uygulanabilir (Demir, 2010). Günümüzde, cerrahi girişimlerdeki ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda cerrahi, en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış, rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır (Erdil,2001).

### **4.2. Cerrahi Tedavi Yöntemleri**

#### **4.2.1. Gastrointestinal Sistem Hastalıklar ve Cerrahisi**

Peptik ülserler hassas epitel üzerinde gastrik asit sıvısının koroziv etkisi sonucu meydana gelir. Duruma göre, özafagusta, duodenumda, midenin kendisinde ve gastro jejunostominin cerrahi oluşturulmasından sonra jejunumda veya meckel divertikülündeki ektopik gastrik mukoza ile ilişkide olan ileumda oluşabilirler. Peptik ülser terimi ilk defa kullanıldığında gastrik sıvıdaki peptik aktivitenin en önemli faktör olduğu düşünülüyordu. O zamandan beri asidin en başta gelen sebep olduğunu belirten deliller toplanmıştır; aslında bir gerçektir ki eğer gastrik sıvı hiç asit içermezse peptik (iyi huylu) bir ülser ortaya çıkamaz. Asidin bu önemli rolünün kavranması ülserin medikal tedavisinin esası olarak asit salgısını azaltıcı majör cerrahi operasyonların ortaya çıkması ile tedavi güçlendirilmiştir (Dener, 2006; Selçukbiricik, 2000; Erdil, 2001; Rothrock, 2007; Çınar, 2010).

Genel olarak, ülseratif oluşumlar 4 tür sakatlığa yol açar. (1) Ağrı en sık rastlanandır. (2) Kanama, ülser derinleştikçe submukozanın veya ekstra intestinal damarların erozyonu sonucu oluşabilir. (3) Ülserin hastalıklı barsağın tüm tabakalarını penetre etmesi, eğer diğer visserler ülseri kapatmazsa perforasyonla sonlanır. (4) Obstrüksiyon, inflamasyonuna bağlı şişme ve skatris sonucu olabilir ve genellikle pilor veya gastroözofageal bileşkede lokalize olan ülserlerde görülür ve Lümen oldukça daralabilir (Dener, 2006; Rothrock, 2007).

Duedonum ülserleri her yaşta görülsede en çok genç ve orta yaşlılarda (20-45) görülür. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. Duedonum ülseri yaklaşık %95, duedonum bulbusunda ve pilora 2 cm'lik mesafede yerleşir (Çınar, 2010; rothrock,2007).

Duedonum ülseri çoğu hastada medikal tedavi ile kontrol altına alınabilir. Cerrahi tedavi, yeterli medikal tedaviye karşın yine inat eden ülserlere veya kanama, perforasyon, obstrüksiyon gelişen hastalar için saklanmalıdır (selçukbiricik, 2000).

Medikal tedavinin amaçları ülserojenik faktörleri ortadan kaldırmak ve gastroduedonal pH'yı yükseltmektir. Böylece iyileşme sağlanır. Eğer medikal tedavi optimal yapılmışsa, ülserin inatçı olduğuna karar verilebilir ve cerrahi tedavi endikedir (Selçukbiricik, 2000).

Ülser tedavisi beş cerrahi yöntem ile yapılır; bunlar subtotal gastrektomi, vagotomy ve drenaj, antrektomi ve vagotomi, gastrojejunostomi ve total gastrektomi şeklinde uygulanır.

Subtotal gastrektomi operasyonu mide distalinin 2/3 sinin rezeksiyondan meydana gelir. Geriye kalan proksimal parça duedonuma (Billroth I) veya proksimal jejunum kenarına (Billroth II) tekrar anastomoz edilir. Duodenal ülser için Billroth II tekniği tercih edilir (Selçukbiricik, 2000; Rothrock, 2007).

Vagotomy ve drenaj, trunkal vagotomi, her bir vagal dalın distal özafagus hizasında karına girdiği yerde 1-2 cm parçasının rezeksiyonunu içerir. Bunun sonucu oluşan mide kasının vagal denervasyonu, drenaj işlemi uygulanmadığı takdirde mide boşalmasını geciktirecektir. Vagotomi uygulamaları teknik açıdan basittir ve midenin rezervuar kapasitesinin tümünün korunması avantajlarına sahiptir (Selçukbiricik, 2000; Rothrock, 2007).

Antrektomi ve vagotomi operasyonu kesi çizgisini gastrin üreten mukozanın sınırına uyacak şekilde küçük kurvatura doğru yükselterek %50 distal gastrektomiye gerektirir ve trunkal vagotomi uygulanır. Vagotomi ve antrektomiden sonra Billroth I veya II tipi rekonstriksiyon yapılabilir (Selçukbiricik, 2000; Seymour, 2010).

Gastrojejunostomi yalnız başına duodenal ülser tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilk operasyondur. Hastaların hemen %20 sinde gelişen marjinal ülserler yüzünden radikal bir tedavi olarak kabul edilmemektedir (Antony, 1998; Seymour, 2010).

Total gastrektomi, parsiyel gastrektomi uygulamasından daha geniş çapta bir girişimdir ve erken dönem post-operatif yan etkileri daha önemlidir. Hastalarda beslenme zorluğu görülebilir. Total gastroektomiden sonra pasajı sağlayacak rekonstriksiyon duodenal salgıların özofagusa geçip özofajit yapmayacak şekilde olmalıdır. Bu en iyi Roux-en-Y özofagojejunostomi veya özofagus ile duodenum arasına jejunum ansı getirilerek başılır. Jejunumu kendi üstüne katlayarak ve yan yana anastomoz yaparak oluşturulabilir (Selçukbiricik, 2000; Seymour, 2010).

Total gastroektomi Zollinger-Ellison senduromunda tercih edilebilecek bir girişimdir. Nadiren eroziv gastritli ağır kanamalı hastalarda uygulanmaktadır (Seymour, 2010).

Peptik ülserin cerrahi tedavisinde erken ve geç komplikasyonlar görülür. Bunlar; (Seymour, 2010; Selçukbiricik, 2000)

Erken komplikasyonlar:

1. Duodenal güdükten sızıntı
2. Mide retansiyonu
3. Kanama

Geç komplikasyonlar:

1. Anastomoz ülseri (marjinal ülser, stoma ülseri, rekürren ülseri)
2. Gastrojejunokolik ve gastrokolik fistüller
3. Kilo kaybı ve malabsorbsiyon
4. Anemi
5. Vagotomi sonrası diyare

Mide Neoplazmları, benign, mezenkimal ve malign tümörler olarak görülmektedir.

Epitelyal polipler en sık benign gastrik tümörlerdir. Anemiye neden olurlar. Çoğu maksimal stümülasyon sonrası aklorhidriktir. Hiperplastik poliplerde malignite potansiyeli yoktur. Hiperplastik polipler epitelyal poliplerin daha sık görülen histolojik tipidir. Malign potansiyelleri genellikle yoktur. Benign epitelyal poliplerin çoğu asemptomatiktir. Polipler kanayabilirler, gastrik çıkışı tıkaşabilirler (Selçukbiricik, 2000).

Midede en sık görülen benign mezenkimal tümör leiomyomadır. Submukozal yerleşirler ve iyi sınırlıdırlar. En sık mide distalinde görülür, radyolojik olarak santral ülser vardır. Üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olurlar. Tedavide midenin tutulan bölümünün rezeksiyonu yapılabilir (Rothrock, 2010).

Mide tümörlerinin %90'ı maligndir. Mide Ca prekürsörleri; adenomatöz polipler (en sık), kronik atrofik gastrit, aklorhidri, nitratlar, hiperplastik gastropati, safra reflüsü, menetrier hastalığı ve pernisiyöz anemidir (Selçukbiricik, 2000).

Gastrik epitelyal kanserler genellikle adenokarsinomlardır. Proksimal midede ki yassı hücreli tümörler özofagustan sekonder olarak gelişir. Hastalığın seyri ve sonuçla bağlantılı beş morfolojik tipi vardır. Bunlar; ülser karsinomlar, polipoit karsinomlar, superficial yayılan karsinomlar, linitis pastica, ilerlemiş karsinomdur (Seymour, 2010).

Operasyonun amacı primer tümörün lenfatik drenaj bölgeleriyle birlikte çıkarılmasıdır. Distal midenin adenokarsinomları en iyi ekstensif distal gastrektomi ile tedavi edilir. En iyi rekonstrüksiyon işlemi gastrojejunostomidir. Midenin corpusunda gelişen tümörlerde organ dalakla birlikte tamamen çıkarılır. Rekonstrüksiyon Roux-en-Y jejunostomisi ile sağlanır. Cardia ve fundus adenokarsinomlarında proksimal gastrektomi ve distal ösafagektomi zaman kazandıran yöntemlerdir (Seymour, 2010).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımında kontrol önemlidir (Erdil, 2001);

1. Mide ameliyatlarında hastalara NGT takıldığı için tüpün drenajı kontrol edilmeli,
2. Ameliyat yeri kanama açısından kontrol edilmeli,

3. Hastanın analjeziklerle ağrısı kontrol edilmeli, ağrı yönetimi öğretilmeli solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalı,
4. Hastanın ağız hijyeni oral alımı başlayıncaya kadar korunmalı, beslenmeye başlayacağı zaman alımı desteklenip, tolerasyonu takip edilmeli, hastanın aldığı-çıkardığı dikkatli izlenip kayıt edilmeli,
5. Ameliyat sonrasında hastanın gastrik şikayetleri gözlenmeli, mide ameliyatından sonra erken dönemde görülebilecek kanama, gastrik dilatasyon, obstrüksiyon ve yara açılması gibi komplikasyonlar izlenmelidir. Ayrıca şok, pulmoner problemler, tromboz, eviserasyon ve enfeksiyon gibi genel cerrahi komplikasyonları yönünden de izlenmelidir.

Barsakların cerrahi girişimi gerektiren başlıca hastalıkları: inflamatuvar hastalık, divertiküler hastalık, herniler, obstrüksiyonlar ve tümörlerdir.

Crohn hastalığı, gastrointestinal kanalın kronik, progresif, granülatöz inflamatuvar bir hastalıdır. Bu hastalık sindirim sisteminin her hangi bir yerinde görülebilir. Fakat en sık terminal ileumda görülür. Kalın barsakta görülürse “granülatöz kolit” adını alır. Crohn hastalığı, barsak duvarının tüm katlarını tutar, duvar kalınlaşır, lümen daralır ve hastalığın ilerlemesiyle mukozada ülserasyonlar oluşur (Erdil, 2001; Çınar ve Korkmaz, 2010).

Hastalığın oluşmasında lenfatik obstrüksiyonun, bakteriyel ya da başka bulaşıcı ajanlarla gelişen enfeksiyonun ve aşırı duyarlılık reaksiyonlarının rol oynadığı belirtilmektedir. 20-40 yaşları arasında tekrarlayan karın ağrısı, ishal ve kilo kaybı gibi belirti ve bulgulara sahip genç erişkinlerde daha sık görülmektedir (Erdil,2001).

Crohn hastalığının tıbbi tedavisinde; ishal ve abdominal krampları önlemek için barsak motilitesini azaltan ilaçlar, hafif sedatif ve antispazmotikler kullanılır. Sindirimi kolay, posasız ve besleyici değeri yüksek bir diyet uygulanır (Erdil, 2001).

Crohn hastalığında cerrahi girişimler, komplikasyonlara yöneliktir. Obstrüksiyon, fistül, abse, perforasyon, kanama gibi komplikasyonlar geliştiğinde ya da tıbbi tedaviye yanıt alınamadığında ameliyat uygulanır. Cerrahi girişim hastalıklı alanın rezeksiyonu ile birlikte uç uca anastomozudur (Erdil, 2001; Seymour, 2010).



Divertikül, intestinal mukozanın, barsak duvarının müsküler tabakası arasından fıtıklaşması ve dışa doğru kese oluşturmasıdır. GİS’de divertiküllerin en sık görüldüğü yeri, kalın barsak özellikle sigmoid kolondur. Hastalık 35 yaşından sonra giderek artar (Erdil, 2001).

Divertiklozide birden fazla divertikül vardır. Divertikller enfekte olmadıkça pek sorun yaratmazlar. En sık görülen belirti, kalıcı olmayan, aralıklı sol alt kadranda karın ağrısı ve duyarlılıktır. Ataklar sırasında kabızlık ve ishal gibi barsak alışkanlığında değişiklik olabilir. Divertiklozisin en önemli komplikasyonları, rektal kanama ve divertiklittir (Erdil, 2001).

Divertiklozide tedavi, belirti ve bulguları gidermeye, komplikasyonları önlemeye yöneliktir. Hastalara liften zengin besinleri yemeleri ve kabız kalmamaları önerilir (Erdil, 2001).

Divertikülit, dışkının iritasyonu nedeniyle divertikül duvarında gelişen inflamasyondur ve en sık görülen divertikül komplikasyonudur (Erdil, 2001).

Divertikülit belirti ve bulguları; ağrı ve ateştir. Ağrı sıklıkla akut başlar, kalıcıdır, sol alt kadrandadır ve genellikle sırtta yayılır. Barsak alışkanlığında değişiklik olur. İştahsızlık, bulantı ve kusma da görülebilir (Seymour, 2010).

Divertikülit nedeniyle gelişen komplikasyonların başlıcaları; karın içi apseler, fistüller, kolon ve mesane, vagina, uterus, ileum ve üreter arasında olabilir. Divertiklin periton içine serbest perforasyonu yaygın peritonite yol açabilir. Spazm, dem ve inflamasyona bağlı kısmi barsak obstrüksiyonu da gelişebilir (Erdil, 2001).

Apse, fistül, perforasyon, barsak obstrüksiyonu, yineleyen kanama ve şiddetli ağrı gibi divertikül hastalığı komplikasyonlarında cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi girişimle genellikle divertikül ya da kolonun etkilenen segmenti çıkarılır. Apseler ya da obstrüksiyon nedeniyle hastanın durumu cerrahi girişim için uygun değilse cerrah, geçici kolostomi açabilir. Hastanın durumu düzeldikten sonra kolon rezeksiyonu ve anastomozu yapılır (Erdil, 2001).

Meckel divertikülü, GİS'in en sık görülen konjenital anomalisidir. Meckel divertikülü, ileo-çekal birleşimden önceki 60 cm'lik barsak kısmında bulunan yaklaşık 5 cm uzunluğunda embriyolojik olarak gelişmiş bulunan bir divertiküldür. Çoğunlukla normal ileum mukozasıyla döşenmiştir. Meckel divertikülü kanama, intestinal obstrüksiyon, inflamasyon, perforasyon gibi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavi cerrahidir. Divertikül eksize edilir (Erdil, 2001; Seymour, 2010).

Herniler, intraabdominal bir organın tamamının veya bir kısmının, karın duvarındaki bir fasia defekti ve açıklığından, karın duvarı altına çıkmasına eksternal herni olarak karşımıza çıkar. Fıtıkları %75'i direkt, indirekt veya femoral fıtık şeklinde olmak üzere kasıkta oluşur. Tüm fıtıkların %10'unu postoperatif fıtıklar, %6'sını femoral fıtıklar, %3'ünü göbek fıtıkları, %3'ünü de diğer fıtıklar oluşturur. Genel olarak fıtığı oluşturan kitle, deri ve deri altı dokusu, periton kesesi ve kese içindeki organ veya dokudan meydana gelmiştir. Fıtığın karından çıktığı kısım genellikle dar bir yerdir. Bu kese içindeki barsakta tıkanma ve strangulasyona yol açması bakımından oldukça tehlikeli bir durum yaratır. Zamanla dışarı çıkan oluşumlar çevre dokuyu zayıflatarak, rahatsızlığa yol açarlar ve cerrahi girişimi daha komplike hale getirirler. Fıtığın kesin tedavisi ise erken cerrahidir (Selçukbiricik, 2000; Rothrock, 2007).

İntestinal obstrüksiyonlar, barsak içindeki kapsamın ileri doğru geçişinin kısmen engellenmesi, yavaşlaması ya da tamamen durmasıdır. İntestinal obstrüksiyon (ileus) pilordan anüse kadar barsakların herhangi bir yerinde olabilir. Obstrüksiyonda barsak lümeni tam olarak ya da kısmen tıkanabilir. Obstrüksiyon en yaygın olarak ince barsakta, özellikle ince barsağın en dar kısmı olan ileumda görülür (Erdil, 2001).

İntestinal obstrüksiyonlar, özellikle ince barsak obstrüksiyonları acil cerrahi girişimi gerektiren ciddi durumlardır. İntestinal obstrüksiyonlara 24 saat içinde tanı konulup, tedavi uygulanmazsa mortalite hızı yükselir. İntestinal obstrüksiyona neden olan faktörler üç grupta toplanabilir. Bunlar; mekanik, nörojenik ve vasküler faktörlerdir (Erdil, 2001).

İnce barsak obstrüksiyonları, sıklıkla ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklar (adhezyonlar) ve herniler nedeniyledir. Kolon obstrüksiyonları ise tümörler ve volvulus

nedeniyedir. Kolon obstrüksiyonlarının yaklaşık %80'i kanser nedeniyledir, en sık olarak da sigmoid kolonda görülür (Erdil, 2001).

Adhezyonlar, batin ameliyatlarından sonra, skar dokusu nedeniyle gelişen fibröz doku bantlarına adhezyon denir. Adhezyonlar, barsak üzerine dıştan bası yaparak obstrüksiyona neden olabilir. Adhezyonların oluş nedenleri bilinmemektedir. Batin ameliyatlarından sonra bazı kişilerde yaygın olarak görülür. Adhezyonlar, volvulus için de bir odak oluşturabilirler (Erdil, 2001).

Herniler, obstrüksiyona neden olabilir. Özellikle inkarsere herniler (herni kitlesinin karın içine itilememesi durumu), daha sıklıkla obstrüksiyona neden olur. Strangüle herniler (herni kesisindeki organın kan akımının bozulması ve nekroza neden olması) kesin olarak obstrüksiyona neden olur. Çünkü strangülasyon nedeniyle kan akımı engellenen barsak parçası, fonksiyon göremeyeceğinden obstrüksiyon gelişir (Erdil, 2001).

Volvulus, barsağın belli bir yerinde kendi eksenini üzerinde dönmesidir. İnce ve kalın barsak da görülebilir, bazen cerrahi girişim uygulanmaksızın düzelebilir. İnce barsak volvulusunda, uzun bir tüple dekompresyon uygulanarak volvulusun proksimal ucundaki basınç düşürülerek volvulus düzelebilir. Kalın barsak volvulusunda ise baryumlu lavmanla, volvulusun distal ucunda basınç artırılarak volvulus düzelebilir. Barsak duvarındaki damarlar volvulus nedeniyle bası altında kalıp, barsak kan dolaşımı engellendiyse ya da intestinal dekompresyon ve baryumlu lavmanla volvulus düzeltilemediyse, cerrahi tedavi uygulanır (Erdil, 2001; Rothrock, 2007).

İnvajinasyon (intussusception), barsak teleskop gibi kendi içine girmesine invajinasyon denir. En çok yenidoğanlarda ileo-çekal bileşimde görülür, ince barsak kalın barsak içine girer, erişkinlerde sıklıkla kalın barsak tümörüyle birlikte görülür. Yeni doğanda baryumlu lavmanla invajinasyon düzeltilebilir. İnvajinasyon nedeniyle barsak duvarında harabiyet olmamışsa cerrahi tedavi gerekmez (Erdil, 2001).

Tümörler, kalın barsak obstrüksiyonlarının başlıca nedeni tümörlerdir. Kalın barsak tümörleri, barsak lümeni geniş olduğundan uzun sürede, yavaş gelişen bir obstrüksiyona yol açarlar. İnce barsak lümenin dar olmasına rağmen tümörün

oluşturacağı obstrüksiyon bulguları, ince barsak kapsamı sıvı özellikte olduğundan erken dönemde ortaya çıkmaz (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Paralitik ileus, en çok görülen barsak tıkanıklığı nedenidir. Paralitik ileus sempatik aktivitenin artıp, parasempatik sistemin baskılanmasıyla gelişir. Parasempatik sistem baskılandığında barsak peristaltizmi ya çok yavaşlar ya da tamamen durur. Her türlü büyük cerrahi girişimler, retroperitoneal kanamalar, vertebra kırıkları, büyük yanıklar, ağır piyelonefrit, kaburga kırıkları, alt lop pnömonileri, miyokard infarktüsü gibi durumlar sempatik hipeaktivite yaratarak, parasempatik sistem fonksiyonlarını bozar ve paralitik ileus neden olur. Tedavisi nedene yöneliktir (Erdil, 2001; Rothrock, 2007).

Tam Tıkanma (Mezenterik İnfarktüs), mezenterik infarktüs, sıklıkla emboli sonucu oluşur. Belirti ve bulguların şiddeti, tıkanan damarın genişliği, kanlanamayan barsağın segmentinin uzunluğu ve kan damarının tıkanma hızıyla ilişkilidir. Akut tıkanmada, barsak obstrüksiyon belirtilerinden önce şiddetli karın ağrısı vardır. Ağrı iskemi nedeniyledir. Sonra ateş görülür, lökositoz vardır ve şok gelişir. Akut mezenterik arter tıkanıklığı, acil cerrahi girişim gerektiren bir durumdur ve mortalite hızı yüksektir. Cerrahi tedavi olarak embolektomi uygulanır ve nekrotik barsak segmenti çıkarılır (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Parsiyel tıkanma (abdominal anjina), abdominal, genellikle mezenterik arterlerin atheroskerozu nedeniyle gelişir. Bu durum sıklıkla asemptomatiktir. Sindirim sırasında oksijen ihtiyacı arttığı için yemeklerden 15-30 dakika sonra ağrı olur. Başlangıçta ağrı, fazla miktarda yemek yenildikten sonra görülür. Arterdeki tıkanıklık ilerledikçe ağrı, küçük öğünlerden sonra da görülür ve giderek sürekli bir hal alır. Bu semptomlara ek olarak barsak alışkanlığında değişiklik, bulantı- kusma ve kilo kaybı da gelişir. Tedavi olarak vasküler bypass uygulanır (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

İntestinal obstrüksiyon belirti ve bulguları, karın ağrısı, gaz ve dışkı çıkaramama, kusma, abdominal distansiyon ve yüzeysel solunumdur. İntestinal obstrüksiyon barsağın hem lokal olarak etkiler, hem de sistemik etkileri vardır. Barsak duvarındaki lokal değişikliklere bağlı olarak peristaltik aktivite durur, sıvı ve gaz retansiyonu olur, barsak absorpsiyonu bozulur. Barsak kan akımı bozulur, bakteri ve

toksinler peritona geçebilir. Obstrüksiyonun sistemik etkileri arasında ise kan hacminin azalması, damar tıkanıklarının oluşması, sıvı-elektrolit dengesizliği ve peritonit sayılabilir (Erdil, 2001; Seymour, 2010).

Tedavi ve bakım: intestinal obstrüksiyonlarda başlangıçta sıvı-elektrolit tedavisi ve gastrointestinal dekompresyon uygulanır. Bu tedavi girişimleri ile düzelmeyen obstrüksiyonlarda cerrahi tedavi uygulanır. Mekanik ve vasküler faktörler nedeniyle gelişen obstrüksiyonlarda, çoğunlukla cerrahi tedavi uygulanır. Uygulanan ameliyatın şekli obstrüksiyonun yerine ve tipine göre değişir (Erdil,2001).

Uygulanan başlıca cerrahi girişimler şunlardır (Erdil, 2001; Rothrock, 2007):

- Enterotomi, barsak içi tıkaçıcı cisimlerin çıkarılması için barsak segmentinin açılması,
- Rezeksiyon-anastomoz, iskemi sonucu nekroz gelişmesi, kronik inflamatuvar barsak hastalıklarının neden olduğu darlıklar ve tümörlerde, barsak tıkanmasına yol açan segmentin rezeksiyonu ve anastomozu,
- İntestinal bypass, ameliyat edilemeyecek durumda olan malign barsak tümörlerinde, tıkanma noktasının öncesindeki barsak segmentinin ondan sonraki barsak segmenti ile yan yana anastomoz yapılarak kısa yol oluşturması,
- Adhezyonların açılması, bazı intestinal obstrüksiyonlarda sadece barsak dışındaki adhezyonların açılması,
- Ostomiler, barsağın belli kısımlarının batına ağızlaştırılması,
- Paralitik (adinamik) ileusta tedavi; nazogastrik dekompresyonu ve sıvı-elektrolit tedavisini kapsar.

İntestinal obstrüksiyonu olan hastaya uygulanacak bakım (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000; Rothrock, 2007);

- Hastaya sıvı- elektrolit, antibiyotik tedavisi düzenli olarak uygulanmalı, hastanın kan tetkikleri izlenmeli,

- Hastanın tüm mevcut drenajları ölçülüp, rengi, kokusu ve görünümü kayıt edilmeli,
- Kusma, distansiyon artışı, ağrı, ateş gibi belirti ve bulgular düzenli bir şekilde hekime bildirilmelidir,
- Narkotik ilaçlar, obstrüksiyon belirti, bulgularını ve komplikasyonlarını gizleyeceğinden dikkatli izlenmelidir,
- Yaşam bulguları, şok yönünden izlenmelidir, saatlik idrar takibi yapılmalıdır,
- Ameliyat sonrası dönemde distansiyon gelişirse hekime bildirilmelidir. Distansiyon evisarasyona neden olabilir,
- Yaygın olarak görülen paralitik ileus, belirtileri yönünden hasta izlenmelidir,

İnce barsak tümörleri nadir görülür. Tüm gastrointestinal tümörlerin %3-6'sı, malign tümörlerin %1'i ince barsaklarda yer alır. İnce barsak tümörleri makroskopik ya da gizli gastrointestinal kanama, anemi, ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybı, kabızlık ve obstrüksiyona neden olur (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

İnce barsaklarda en sık görülen tümör leiomyomadır. Kanayan benign tümörler, genellikle cerrahi girişimle çıkarılır. Malign tümörlerden de en sık görülen adenokarsinomdur. Malign tümörler, en sık ileumda daha sonra jejunumda en az duodenumda görülür. Adenokarsinomun ortalama görülme yaşı 50-60 yaşdır. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülür. Tedavi cerrahidir (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Kalın barsakta en sık görülen benign tümörler poliplerdir. Mukozadan lümene doğru gelişen oluşumlara polip denir. Polip tek ya da çok sayıda olabilir. Tedavi poliplerin çıkarılmasıdır. Kolonoskopi içinden polip çıkarma girişimi olan endoskopik polipektomi uygulanır. Anüsten, çekuma uzanan yolda karşılaşılan tüm polipoid oluşumlar çıkarılır (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Kalın barsakların malign tümörleri arasında en sık görülen kolorektal karsinomlardır. Kolorektal karsinomlar, gastrointestinal sistemin en çok rastlanılan tümörleridir (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Kolorektal kanserlerin gelişmesinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Kolon mukozasındaki kript hücrelerin büyümesinin düzenlenmesinde bozukluk olan kişilerde ve ailesel polipozis hikayesi olan kişilerde kolorektal kanserlerden daha fazla görülmektedir. Kript hücrelerindeki aşırı büyüme durumunun genetik olaylar ve yağdan zengin diyetle beslenme gibi çevresel faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Diyetle alınan fazla et ve yağın kolonik mikroflorayı etkilediği, bunun da kanser gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Lifli besinlerden zengin diyetle beslenenlerde, kanser gelişme oranı düşüktür. Bazı araştırmacılar, metabolik ve bakteriyel son ürünlerin karsinojenik olduğunu, konstipasyonda barsak mukozasının bu ürünlerle daha uzun süre temasta olması nedeniyle, kanser gelişme olasılığının artacağını belirtmektedir (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Kolorektal kanserlerin tedavisi, tümörün yerine metastaz olup olmamasına, tümörün evresine ve hastanın genel durumuna göre değişir. Temel tedavi şekli cerrahidir. Radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapi cerrahi tedaviye ek olarak uygulanır (Erdil, 2001; Rothrock, 2007).

Kolorektal karsinomlarda uygulanan cerrahi girişimler tümörün yerine göre değişir. Çekum, çıkan kolon ve transvers kolonun sağ kısmındaki tümörlerde sağ hemikolektomi uygulanır. Transver kolonun ortasındaki lezyonlara transvers kolektomi yapılır. Transvers kolonun sol yarısındaki tümörler ile inen kolon tümörlerinde sol hemikolektomi uygulanır (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Rektosigmoid segmentte yer alan tümörlerde uygulanan başlıca cerrahi girişimler şunlardır (Erdil, 2001):

- Anterior rezeksiyon ile birlikte primer anastomoz, terminal rektum dışındaki kanserler için uygulanır.
- Abdominoperineal rezeksiyonla birlikte kalıcı kolostomi, anüs ve rektumun terminal kısmındaki kanserler için uygulanır.
- Proktosigmoidektomi ameliyatı sfinter koruyucu girişimdir, proksimal rektum tümörlerinde uygulanır.

Ameliyat sonrası bakım, yapılan ameliyata ve uygulanan anesteziye göre değişir. Lokal anestezi uygulanan herni ameliyatlarından sonra hasta kısa sürede ayağa kalkar ve iyileşir. Barsak rezeksiyonunu gerektiren ameliyatlardan sonra ise hastanın iyileşmesi çok daha uzun sürer (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Barsak ameliyatlarından sonra barsak aktivitesinin geri dönmesi önemlidir. Hastanın gaz çıkarması ve stetoskop ile barsak seslerinin duyulması aktivitenin arttığını gösterir. Peristaltik aktivite dönünceye kadar NGT uygulanır. Peristaltik aktivite geri dönüp hasta oral yolla besinleri tolere edebilecek duruma gelince, önce sıvılar verilir, giderek yumuşak ve katı gıdalara geçilir (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Ameliyattan sonra sıklıkla barsaklardaki distansiyon nedeniyle abdominal kramplar oluşur. Distansiyon rahatsız edici bir durumdur, aynı zamanda insizyon bölgesine basınç oluşturarak ağrıyı artırır (Erdil, 2001).

Hastanın insizyon yerine drenler yerleştirilmiş olabilir. Drenlerden gelen drenajın özelliği, miktarı ve kokusu değerlendirilmelidir. Pansumanlar değiştirilirken asepsi ilkelerine uyulmalıdır. İnsizyon yerinde akıntı varsa kültür alınıp laboratuara gönderilmelidir (Erdil, 2001).

Abdominoperineal rezeksiyon uygulanan hastanın, abdominal insizyonuna ek olarak kolostomisi ve rektumun rezeke edildiği yerde derin bir yarası vardır. Kolostomi torbası boşaltılırken ya da değiştirilirken ameliyat yarasının dışkıyla bulaşması önlenmelidir. Barsak fonksiyonlarının normale dönüp dönmediğini belirlemek için kolostomiden gelen kapsam gözlenir. Rektal pansumanlar sık aralarla değiştirilmelidir. Rektal yaralar, derin ve geniş olduğundan çok fazla drenaj olur. Bu yaraların tamamen iyileşmesi haftalarca sürebilir. Yaralar iyileşinceye kadar rektal pansumanların uygulanacağı, hastaya açıklanmalıdır (Erdil, 2001).

Geniş barsak ameliyatlarından sonra hastanın eski gücünü kazanmasının yavaş olacağı, haftalarca sürebileceği hastaya açıklanmalıdır. Barsak segmenti çıkarıldıysa, beden bu duruma uyum sağlayıncaya kadar, barsak alışkanlığının değişeceği de hastaya söylenmelidir (Erdil, 2001).



Hasta taburcu olmadan önce hemşire, hasta ve yakınlarına pansumanların nasıl yapılacağı, uyulması gereken diyet ve aktivite kısıtlamalarının neler olduğunu ve hastanın evde yardıma ihtiyacı olduğunda hastaneden kiminle ve nasıl ilişki kuracağını açıklamalıdır (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

#### Anorektal Kanal Cerrahisi ve Girişim Gerektiren Hastalıkları

Anorektal kanalın cerrahi girişimi gerektiren başlıca hastalıkları: hemoroidler, anal fissür, anorektal abse, perianal fistül, pilonidal kist ve tümörlerdir (Erdil, 2001).

Hemoroidler, Perianal venlerin genişlemesiyle oluşur. Etyolojisinde fazla ayakta durmak, hamilelik, sık konstipasyon, heredite gibi nedenler sayılabilmektedir (Şelimen, 1998).

Hemoroidler, internal ve eksternal olabilir. İnternal hemoroidler ven pleksusunun dilatasyonu sonucu oluşur, pekten çizgisinin üzerinde yer alır ve mukozayla örtülüdür. Eksternal hemoroidler, inferior hemoroidal ven pleksusunun dilatasyonu sonucu oluşur, pekten çizgisinin altında yer alır ve anal deriyle örtülüdür. Hemoroidler, zamanla büyür ve dışkıyla anüse doğru itilir. Konstipasyonda zorlu ıkınma, hemoroidi anorektal kanal ve anüsten dışarıya kadar iter. Zaman içinde bu bölgedeki fibroelastik dokunun gevşemesi, hemoroidlerin prolapsusuna neden olur. İnternal ve eksternal hemoroitler insizyonel olarak çıkartılırlar (Erdil,2001; Şelimen, 1998).

Anal fissür, anal bölgede uzunlamasına yerleşim gösteren çatlak biçiminde bir ülserdir. En tipik belirtisi kanama ve ağrıdır. Ağrı anüs çevresinde olduğu için tromboze hemoroitten ayrılmalıdır. Kanama taze kan şeklinde bazen de damla damla olabilir. Yeni olgularda konservatif tedavi, yarar sağlanamadığı durumlarda ise anal dilatasyon uygulanarak rektum duvarı yanlara doğru genişletilir. Lateral internal sfinkterotomi, posterior fisürektomi uygulanır (Şelimen, 1998).

Tümörler, anal kanal kanserleri, bütün kolorektal kanserler içinde %1-2,5 oranında görülür. Belirti ve bulguları, rektal kanama, anal ağrı ve kaşıntı, mukoz akıntı ve anüste kitle hissidir. Anal kanserde cerrahi tedavi, abdomino-perineal rezeksiyon girişimi ile uygulanır (Şelimen, 1998; Erdil, 2001).

Karaciğer hastalıklar ve cerrahisinde kist hidatik, karaciğer abseleri, karaciğer tümörleri en sık görülen ameliyat türlerindedir.

Kist hidatiğin etkeni *Taenia echinococcus*'dur. Kurt, çakal, tilki, kedi, köpek, kemirici hayvanların barsağında yaşar. Bu hayvanların dışkılarıyla kirlenen otları yiyen koyun, keçi, sığır, fare gibi hayvanlar ve paraziti yine oral yolla alan insanlar ara konaktır. İnsan barsağında yumurta sindirilir ve hegzakant embriyon açığa çıkar. Embriyon kancalarıyla mukozayı delerek vena porta yoluyla karaciğere gelir. Karaciğer kapillerinden geçebilenler ve lenfatik yolla duktus torasikusa ulaşanlar, akciğer ve sistemik dolaşım yoluyla diğer organlara ulaşip kist oluşturabilir (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Hepatomegali ve genellikle ateşsiz sarılık en sık görülen bulgudur. Karın ağrısı, asit, anemi ve bazen ateş de görülebilir (Erdil, 2001; Rothrock, 2007).

Kist hidatiğin başlıca komplikasyonları; sarılık, karaciğer yetmezliği, portal hipertansiyon, karaciğer absesi ve çevre organlara yayılımdır (Erdil, 2001).

Tıbbi tedavide mebendazol ve metrifonad kullanılır. Cerrahi tedavi, lezyonun yerine göre yapılır. Segmentektomi, lobektomi ve marsupyalizasyon uygulanabilir. Marsupyalizasyon kistin cerrahi rezeksiyonla boşaltılıp, kesi kısımlarına dikiş konulup, deriye ağzlaştırılmasıdır (Erdil, 2001).

Piyojenik abseler: Piyojenik karaciğer abselerinin nedeni, sıklıkla safra kesesi ve safra yolları hastalıklarıdır. Koldokolitiazis, pankreas ve ampulla vateri karsinomları en başta gelen nedenlerdir. Piyojenik karaciğer abseleri tek ya da çok sayıda olabilir. Piyojenik karaciğer abselerinin tedavisi; antibiyotik, cerrahi ya da perküten drenaj ve nedene yönelik tedaviyi kapsar (Erdil, 2001; Selçukbiricik; 2000).

Amebik karaciğer absesi: Amebiasis, *entamoeba histolytica* enfeksiyonu sonucu gelişir. Bu parazit barsak mukozasından, portal kan akımıyla karaciğere ulaşır. Amebik karaciğer absesinin belirti ve bulguları, piyojenik abselerin ki gibidir. Tedavide ilaç olarak metronidazol kullanılır. İlaç tedavisiyle abse 7-10 günde küçülür. Bu ilaç tedavisi etkin olduğu için perküten ve cerrahi drenaj daha az uygulanmaktadır (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Selim tümörleri hemanjiyom, kist ve nadiren adenomalardır. Komşu organlara basınç yapacak kadar büyüme göstermeleri söz konusu olabilir. Primer ve metastatik olarak iki şekilde görülürler. Primer tümörler ya karaciğer hücresi ya da safra yollarından kaynağını alırlar. Hepatit, siroz, hemokromatozis predispozan faktör olabilirler. Metastatik tümörler ise genelde kan yolu ile olmaktadır (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Belirti ve bulgular: Hepatomegali, iştahsızlık, künt ağrılar, bitkinlik, kilo kaybı, ilerlemeye başlayınca tıkanma sarılığı, ateş gibi belirtiler vermektedir (Şelimen, 1998).

Tedavi ve bakım: tüm karaciğer tümörlerinde tedavi, tıbbi ve cerrahi olarak yapılır. Amaç ağrının giderilmesi ya da azaltılması ve hastanın kalan yaşamını daha rahat devam ettirmesine yöneliktir. Kemoterapi ve ağrıyı kontrol altına almak için radyoterapi uygulamasına gidilir. Karaciğer dokusunun özelliği olarak bir kısmı parsiyel hepatektomi ile çıkartılır, ancak bu her zaman olası değildir. Kemoembolizasyon palyatif bir tedavi yöntemidir (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Eğer tıbbi ve cerrahi tedavi olası değilse, hasta ve ailesi prognoza hazırlanmalı, kalan yaşamını rahat geçirmesi için gerekenler yapılmalıdır. Parsiyel hepatektomi uygulanacaksa, hastanın genel durumu değerlendirilmeli, ameliyat öncesi rutin bakıma ek olarak, kilo kaybına yönelik önlemler alınmalı, gerekiyorsa hiperalbuminasyon uygulanmalı, ağrıyı azaltmak için analjezik verilmelidir. Cerrahi sarılığın geliştiği durumlarda hastanın hijyenik bakımına, ağız hijyenine özen gösterilmelidir. Yatak çarşafı sık sık değiştirilerek sarılığın nedeni açıklanmalıdır. Ameliyat sonrasında kan kaybına bağlı hipovolemik şok bulguları, solunum komplikasyonları, kanama pıhtılaşma durumları izlenmeli, ağrı kesiciler verilmelidir (Şelimen, 1998).

Safra sistemi hastalıkları ve cerrahisinde, safra taşları ve safra yolları tümörleri en sık görülmektedir.

Safra taşları, Safra kesesinin akut ve kronik inflamatuvar hastalıklarının en önemli nedeni safra taşlarıdır. Safra taşlarının oluşabilmesi için kolesterol konsantrasyonunun yüksek olmasının yanı sıra bir taş çekirdeğinin bulunması gerekir. Bakteri, safra pigmenti, mukus, hücre debris, kalsiyum tuzları ve parazit yumurtaları taş çekirdeği olabilir (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Safra yolları tümörlerinde; benign tümörler, safra yollarının en sık rastlanılan benign tümörü papillomdur. Ampulla vaterde yerleşir. Safra yollarının benign tümörü belirti vermeyebilir. Genellikle safra yollarını tıkamaları nedeniyle sarılık, ağrı ve kolanjite neden olurlar. Tedavi cerrahidir ve tümör çıkarılır (Erdil, 2001; Şelimen, 1998).

Malign tümörler, safra yollarının kanserleri nadir görülür ve genellikle geç devrede tanımlanır. Bu tümörler, karaciğer, hepatik arter ve portal venle olan yakın komşulukları nedeniyle, tanımlandıklarında rezeke edilemeyebilirler. Belirti ve bulgularının çoğunda hastalar sarılık şikayeti ile başvurur kilo kaybı, ağrı ve kaşıntı sık görülen şikayetlerdendir. Safra yolu kanserlerinde tek tedavi tümörün cerrahi rezeksiyonudur (Erdil, 2001; Selçukbiricik, 2000).

Safra kesesi ve safra yollarına yönelik başlıca cerrahi tedavi girişimleri; kolesistektomi (açık ya da laparoskopik), kolesistostomi ve koledokostomidir (Erdil, 2001).

Kolesistektomi, safra kesesinin cerrahi yolla çıkarılması işlemidir ve safra kesesi hastalıklarında en sık kullanılan yöntemdir. Bu işlem ya açık kolesistektomi ya da laparoskopik kolesistektomi şeklinde uygulanır (Şelimen,1998; Erdil, 2001).

Kolesistostomi, akut kolesistiti olup, kolesistektomi için uygun olmayan, ameliyat riski yüksek olan hastalara uygulanan yöntemdir. Bu hastaların safra kesesi perfore olmuş, abse oluşmuş ya da safra peritoniti gelişmiştir (Şelimen,1998; Erdil, 2001).

Koledokostomi, koledok kanalının cerrahi olarak açılması, taşların çıkarılması ve drenaj için T-tüp yerleştirilmesidir. Koledokostomi, kolesistektomi ile birlikte uygulanır (Şelimen,1998; Erdil, 2001).

Pankreasın cerrahi işlem gerektiren hastalıkları psödokistler ve kanserlerdir (Erdil,2001).

Psödokistler, genellikle akut pankreatit komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Psödokistlerde, fibröz dokuyla çevrelenmiş pankreatik salgı ve nekrotik doku vardır. Kendiliğinden kaybolmayan kistler, cerrahi olarak drene edilir. Psödokistler,

buldukları yere göre mide, duodenum ya da jejunuma internal olarak drene edilirler (Erdil, 2001).

Pankreas kanserleri, çok saldırgan olup yavaş prognoz görülmektedir. %90'nı duktus sistemde, geri kalanı acinus hücrelerinde gelişir. En sık rastlananlar adenokanserlerdir (Şelimen, 1998; [www.perspectivesinnursing.org](http://www.perspectivesinnursing.org)., Erişim tarihi: 17 Ocak 2011).

Belirti ve bulgular, klinik olarak tümörün lokalizasyonu ile ilişkilidir. En çok rastlanılan ağrı, tıkanma sarılığı ve kilo kaybı üçlüsüdür. Pankreas başı kanserlerinde ağrı genelde sağa, gövde ve kuyruk kanserlerinde ise sola doğru yayılım gösterir. Kilo kaybı erken belirtidir ve bazen tek başına tanıya değer taşır. Ayrıca iştahsızlık, halsizlik, bulantı, kusma, apati görülebilir (Şelimen,1998; Erdil, 2001).

Tedavisi cerrahidir. Tanı konulduğunda genellikle geç kalınmıştır. Koledok ve safra kesesi ile duodenum, mide ya da jejunum arasında palyatif anastomozlar uygulanır ve pankreatikduodenektomi yapılır. Ortalama yaşam süresi bir yıl olup kemoterapi ve radyoterapi ile süre bazen uzatılabilmektedir. Gastrointestinal sistem kanserlerinden ölüm nedeni olarak ikinci sırada yer almaktadır. Hasta sarılık olmuşsa, kan protorombin aktivitesini düzenlemek için K vitamini verilmelidir. Kan tranfüzyonları yapılmalı, proteinden zengin yiyecekler verilmelidir. Ameliyat sonrası bakımda, üst abdominal sistemi ilgilendiren ameliyatlara bakımının uygulanmasının yanı sıra riskli hastalar oldukları için komplikasyonlar açısından çok yoğun dikkat ve izlem zorunludur (Şelimen,1998; Erdil, 2001; [www.perspectivesinnursing.org](http://www.perspectivesinnursing.org)., Erişim tarihi: 17 Ocak 2011).

#### **4.2.2. Ürolojik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri**

Böbrek tümörlerinin büyük çoğunluğu malign tümörlerdir. En sık görülen tümör böbrek adeno kanseridir (Erdil,2001).

Belirti ve bulgularında; hematüri, ağrı ve kitledir. Ayrıca halsizlik, kilo kaybı, anemi, bulantı ve kusmada görülebilir (Erdil,2001).

Böbrek tümörlerinde yaygın olarak uygulanan tedavi nefrektomidir (Erdil, 2001).

Mesane kanseri ürogenital sistemin en sık rastlanılan tümörüdür ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülür (Erdil, 2001).

Mesane kanserinde risk faktörleri: endüstriyel karsinojenler, sigara, kronik enfeksiyon ve iritasyon, aşırı analjezik ilaç alınması ve pelvise radyoterapi uygulanmasıdır (Erdil, 2001).

En sık görülen bulgu hematüridir. Mesane kanseri nedeniyle obstrüksiyon geliştirse dizüri, pollaküri, strangüri ve idrar retansiyonu görülür (Erdil,2001; Edil, 1998).

Mesane kanserleri için cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapi uygulanabilir. Cerrahi tedavi, endoskopik cerrahi ya da açık cerrahi tedavi uygulanabilir. Endoskopik cerrahi tedavi transüretral mesane tümörü rezeksiyonudur. Açık cerrahi tedavi suprapubik bölgeden yapılan bir kesiyle uygulanan cerrahi tedavidir. Bu yöntemle açık mesane tümörü rezeksiyonu ve sistektomi uygulanır (Erdil, 2001).

Parsiyel sistektomi, mesanenin tümör bulunan kısmının çıkarılmasıdır. Ameliyat sonrasında mesane kapasitesi azalır. Ameliyattan sonra mesanenin sürekli drenajı çok önemlidir. Drenajı sağlamak için hastaya hem üretral hem de subrapubik kateter yerleştirilir. Kateterden gelen idrar miktarı izlenerek, kateterlerin tıkalı kalması önlenir. Suprapubik kateter ameliyattan 1-2 hafta sonra çıkarılır. Üretral kateter sistotomi ensizyonu iyileşinceye kadar bırakılır. Hasta üretral kateterle taburcu edilecekse kateter bakımı öğretilir. Mesane kapasitesi azaldığından hasta 20 dakika aralıklarla idrar yapar. Bu durum hastaya açıklanmalı, zamanla mesane kapasitesinin artacağı söylenmelidir. Bu dönemde hastanın günlük sıvı alımı en az 2000ml olmalıdır. Total sistektomi, kadınlarda mesane ve üretranın; erkeklerde mesane, üretra, prostat ve vezikülo seminalislerin çıkarılmasıdır. Mesane ve üretra çıkarıldığında kalıcı üriner diversiyon gerekir (Erdil,2001; Karadovan ve kaymakçı, 2010).

Üriner diversiyon, idrar drenajının normal yolun dışında bir yolla sağlanmasıdır. Üriner diversiyonun amacı; idrar drenajını sağlamak, böbrek dokusunu korumak, hastayı idrarın tahriş ve kokusundan korumaktır (Erdil, 2001).

Ürogenital sistemde tümörlerden en fazla etkilenen organ prostatdır. Benign Prostat Hiperlazisi (BHP), en sık rastlanılan durumdur ve 40 yaş üzerindeki erkeklerde görülür. Prostat bezi üretra, mesane ve rektuma doğru büyür ve özellikle mesane boynunda yarattığı obstrüksiyonla mesane, ureterler ve böbreklerde patolojik değişikliklere neden olur (Erdil, 2001).

BHP'de alt üriner sistem obstrüksiyonu belirti ve bulguları olan, pollaküri, noktüri, hematüri, idrar projeksiyon ve kalibresinde azalma görülebilir (Erdil, 2001).

Yaygın olarak uygulanan tedavi cerrahidir. Büyüyen prostat üretral yolla (TUR) ya da açık cerrahi girişimle çıkarılır. Genellikle büyük prostatlara açık cerrahi tedavi uygulanır. En sık uygulanan açık cerrahi yöntemi suprapubik transvezikal prostatektomidir. Pubis üzerinde yapılan bir insizyonla mesaneye girilip, prostata ulaşılarak uygulanır (Erdil, 2001).

Transüretral rezeksiyon (TUR), prostata en yaygın olarak uygulanan cerrahi girişimdir. TUR, uretradan yerleştirilen bir rezekteskop aracılığıyla, prostat dokusunun kesilerek çıkarılmasıdır (Erdil, 2001; Karadovan ve Kaymakçı, 2010).

Prostatektomi sonrası bakım: prostatektomiden sonra genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak prostatektomi nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde tanınması çok önemlidir. En sık görülen komplikasyon kanama ve pıhtıyla kateterin tıkanması sonucu üriner obstrüksiyondur. Diğer komplikasyonlar üretral darlık, retrograd ejakülasyon ve idrar inkontinansıdır. Az görülen bir komplikasyon da mesane ve prostat kapsül perforasyonudur (Erdil, 2001; Kirschner-hermanns et al., 2003).

Yapılması gereken bakım şunlardır (Erdil, 2001; Altinel, 2010; Erdemir, 2003-2004);

- Ameliyattan sonra hastanın yaşam bulguları stabil oluncaya kadar 15 dakikada bir izlenir.
- Açık ameliyat uygulanan hastalarda pansumanlar, kanama yönünden gözlenir.
- Ameliyattan sonra birkaç gün kateterlerden gelen idrar kanlı olabilir.

- Prostatektomi uygulanan hastalara idrar akışını kolaylaştırmak için üretral ya da suprapubik bir kateter ya da ikisi birlikte yerleştirilmiş olabilir. Sürekli ya da aralıklı irigasyona olanak sağlayan kapalı drenejda irigasyon steril serum fizyolojik ile uygulanır. Aralıklı irigasyon 60-100 ml sıvıyla yapılır. Sürekli irigasyon için 3 lümenli foley kateter kullanılır.
- Hasta ve yakınlarına kapalı drenaj sisteminin nasıl çalıştığı, özellikle kateterlerin bükülmemesinin, kateter üzerine yatılmamasının önemi açıklanmalıdır.
- Kateter kaldığı sürece, kısıtlama yoksa hastanın bol sıvı alması sağlanır.
- Kateter mesane spazmına neden olacağı için antispazmatik ilaçlar verilebilir
- Hastanın uzun süre oturur pozisyonda kalmaması istenir.
- Ameliyattan sonraki 6 hafta süresince hasta ıkınmamalı ve bu dönemde rektal girişim uygulanmamalıdır. Rektum, prostatla komşu olduğu için kanama olabilir. Konstipasyonu önlemek için hastaya posalı besinler, bol sıvı ve laksatif ilaçlar verilir.
- Kateter çıkarıldıktan sonra üriner sfinkter kontrolünü kazanması için hastaya perine egzersizleri öğretilir. Bu egzersizleri öğretmek için hastaya, normal nefes alıp verirken idrar yapıyormuş gibi abdominal, gluteal ve perineal kaslarını saatte 15-25 kez kasmaı istenir. Hasta uyanık olduğu saatlerde düzenli bir şekilde, sfinkter kontrolünü kazanıncaya kadar bu egzersizleri yapmalıdır.
- Hasta taburcu olurken yapılması gereken açıklamalar; kanama, enfeksiyon ve idrar yapmaması durumunda hemen hekime başvurmasını, 4-6 hafta cinsel ilişkide bulunmamasını, doktor izin verinceye kadar araba kullanmaması ve uzun süreyle araba yolculuğu yapmamasını, konstipe olmamasını, bol sıvı almasını içerir.

Testis tümörleri az görülmekle birlikte, 15-35 yaş arası erkeklerde daha sık görülen tümörlerdir. Testis kanserinin gerçek nedeninin bilinmemesine karşın bazı risk faktörlerinin rol oynadığı belirtilmektedir. En başta gelen risk faktörü inmemiş testisdir. İnmemiş testisi olanlarda kanser gelişme olasılığı 10-40 kez daha fazladır. Babada,



kardeşte testis kanseri olması, testis travması ve kabakulak orşit gibi faktörlerin testis kanseri gelişmesinde rol oynayacağı belirtilmektedir (Erdil, 2001).

Testis tümörü içinde en sık görülen seminomdur. Testis kanserini erken dönemde ortaya çıkarabilmede en önemli girişim, düzenli olarak kendi kendine testis muayenesi yapmaktır. Bu muayene adölesan yaştaki erkeklere öğretilmelidir. Muayenede yanılmamak için, genital organların normal yapıları bilinmelidir. Normalde testisler, lastik kıvamında oval yapılardır. Genellikle skrotumun sol yarısı, sağ yarısından daha aşağıdadır (Erdil, 2001).

Testis tümörlerinin erken belirti ve bulguları testiste ağrısız, küçük sert bir şişlik, testis yoğunluğunun artması ve skrotumda çekilme hissidir (Erdil, 2001).

Tedavi tümörün tipine ve evresine göre belirlenir. Cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi uygulanır. Örneğin I. ve II. evredeki seminomlarda orşiektomi ve radyoterapi uygulanır (Erdil, 2001).

Ürolojik tedavinin başlıca ilkelerinde; idrarın üriner sistemin her bölümünden serbest geçişini sağlamak, böbrek fonksiyonu bozulduysa düzeltmek, üriner sistem enfeksiyonunu önlemek, enfeksiyon varsa tedavi etmek, normal olmayan yerden idrar kaçısını önlemek, üriner sistem fonksiyonunu bozan konjenital anomalileri düzeltmek, üriner sistemde ki tümörleri eksize etmektir (Erdil, 2001).

Üriner sisteme uygulanan cerrahi girişimlerde, çeşitli drenaj tüpleri yerleştirilir. Drenaj tüplerinin bakımı, hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Drenaj tüplerinin yerini, hangi amaçla yerleştirildiğini ve bu tüplerden gelecek drenajın özelliğini bilmelidir. Ameliyat notunda drenaj tüplerine ilişkin bilgi yoksa hemşire, ameliyatı yapan hekimden bilgi almalıdır. Drenaj tüplü hastaya bakım verirken hemşirenin temel sorumluluğu; her bir tüpten gelen drenajı ölçüp, kaydetmek, drenajın yeterli olup olmadığını değerlendirmek; drenaj tüplerini sıkışma ve bükülme yönünden kontrol etmek; drenaj özelliğinde bir değişiklik olup olmadığını belirlemektir (Erdil, 2001).

Ameliyat sonrası bakımda pansumanlar önemlidir. Islak pansumanlar, mikroorganizmaların yaraya girmesini kolaylaştırır, pansumanlara sızan idrar, cildi

tahriş eder ve kötü kokuya neden olur. Bu nedenle pansumanlar sık aralarla değiştirilmelidir. Pansuman uygulamalarında asepsi ilkelerine kesinlikle uyulmalıdır. Pansumanın yapıldığı saat, görünüm ve drenaj miktarı kaydedilmelidir (Erdil, 2001).

Üriner sistem ameliyatlarından sonra sık görülen komplikasyonlar kanama, ağrı, abdominal distansiyon ve enfeksiyondur (Erdil, 2001).

#### **4.2.3. Nörolojik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri**

Nöroşirurji hemşireliği: beyin, omurilik ve sinirlerin cerrahi girişimlerinde uygulanan hemşirelik işlevleridir. Cerrahi girişim gerektiren hastalıkları; enfeksiyonlar, tümörler, damarsal olaylar ve nörolojik travmalardır (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001).

Sinir sisteminin enfeksiyonları arasında cerrahi girişim ile tedavi edilecek olanlar beyin abseleridir. Beyin abseleri, beyin parankim dokusu içinde kapsüllü ya da kapsülsüz olarak süpüratif eksuda birikimidir (Hatipoğlu, 1998).

Beyin tümörleri, genellikle ilerleyici nörolojik yetersizliklerle karakterize ve etyolojisi belli olmayan tümörlerdir. Görülme oranı yaş ve cinsiyete göre değişir (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001).

Beyin tümörlerinin sınıflandırılması (Hatipoğlu, 1998):

- Beyin dokusundan kaynaklanan tümörler: Gliomalar
- Beynin meningeslerinden kaynaklanan tümörler: meningioma
- Kranial sinirlerden gelişen tümörler: akustik nörioma, optik sinir spongioblastoma
- Metastatik tümörler
- İç salgı bezleri tümörler: hipofiz bezi tümörleri, beyin epifiz bezi tümörleri
- Damarsal tümörler: hemanjioblastoma, anjioma
- Konjenital tümörler

Klinik açıdan sık görülen tümörler (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001);

Gliomalar-astrocitoma: gliomalar malign karakterde tümörlerdir. Beynin destek doku hücreleri olan glial hücrelerden kaynaklanır.

Metastik tümörler: intrakranial tümörlerin %10-20'sini oluşturur ve asıl geliştiği yeri belli etmeden, beynin birincil tümörü gibi klinik bulgu verirler.

Meningioma: meninkslerden gelişen tümörlerdir. Çoğunlukla benign karakterde olan tümör çıkartıldıktan sonra yineleyebilir.

Hipofiz bezi adenomları: intrakranial tümörlerin yaklaşık %10'nu oluşturur ve 30-40 yaşlarındaki her iki cinsde eşit olarak görülür.

Angiomalar: beyin angiomaları anormal kan damarlarının kitle halinde aşırı şekilde genişlemesi olup beyin yüzeyinde ya da içinde bulunur.

Akustik nörinoma: İşitme ve denge siniri olan sekizinci kranial sinirin tümörüdür. Akustik nörinoma yavaş büyür ve doğru tanı konmadan önce önemli boyutlara ulaşır. Hasta da, genellikle işitme kaybı, kulak çınlaması, baş dönmesi ve sendeleme yakınmaları bulunur.

Cerrahi yaklaşımlar; kraniotomi, transsphenoidal yaklaşım ve burr hole girişimleridir (Hatipoğlu,1998).

Ameliyat sonrası bakım (Hatipoğlu, 1998; Erdil, 2001; Erdemir, 2003-2004; Acaroğlu ve ark., 2009; İlçe ve ark., 2010).

- Ameliyat sonrası hastanın yaşam bulguları sık aralıklarda ve dikkatlice takip edilmeli,
- Ventriküler kateter ya da bazı drenaj tüplerinin çalışma durumu ve gelen sıvı takibi yapılmalı,
- Arteryel ve venöz kateterlerin açıklığı kontrol edilmeli ve basınçlar; CVP ve kan basıncı izlenmeli,
- Hastaya pozisyon, herhangi bir kontreksiyon yok ise solunumun kolaylaştırılması için lateral ya da yüzüstü şekilde verilmeli,

- Hastanın solunum durumu izlenir ve arteriyel kan gazları ile solunum yeterliliği belirlenmeli,
- Hasta uyandıktan sonra yatak başı 30 cm yükseltilerek beyindeki drenaja yardım edilmeli,
- Yutma ve öksürme refleksi aktif olarak geri dönüncüye kadar ağızdan bir şey verilmemeli, böylece regürjitasyon önlenmeli,
- Hastanın bilinç düzeyi Glasgow-koma çizelgesine göre değerlendirilip, izlenmeli,
- Hastanın spontan aktiviteleri izlenmeli,
- Vücut ısısı nörolojik duruma bağlı olarak düşebilir ya da beynin metabolik gereksinimlerine bağlı olarak yükselmeli, bu nedenle vücut ısısının stabilizasyonu sağlanmalıdır.
- Hipotalamus ya da hipofiz bezi etrafındaki lezyonlar nedeniyle hastada diabetes insipidus gelişebilir, o nedenle ameliyat sonrası ilk hafta boyunca poliüri özellikle izlenmeli,
- Pozisyon değişimleri de intrakranial basınç artışına karşı dikkatle yapılmalı,
- Perioküler ödemi hafifletici uygulamalar yapılır. Bunun için; gözlerin etrafına ve göz kapaklarına vazelin sürülür. Gözlerin üzerine aralıklı olarak hafif soğuk kompresler uygulanır ve korneada duyu yoksunluğu izlenmeli,
- Ekstremitelere range- of- motion egzersizleri uygulanmalı,
- Aşırı uyaranlar azaltılmalı (ortamın sessiz, sakin ve loş olması sağlanır),
- İntrakranial cerrahiye bağlı olası komplikasyonlar izlenir ve gerekli önlemler alınmalı. Komplikasyonlar; intrakranial hemoraji, intrakranial basınç artışı, nöbetler, enfeksiyonlar, venöz trombozis, serebrospinal sıvı sızması ve gastrointestinal ülserasyondur. İntrakranial basınç artışını önlemek için, boynun

aşırı fleksiyon ve rotasyonundan sakınılır. Valsalva manevrası ve isometrik kas kontraksiyonlarının kontrolsüz yapılması önlenmelidir.

- Hastanın yürüyüş yaptığı zamanlarda görülebilecek ani baş dönmesi ya da nöbetlere karşı ailenin hastaya eşlik etmesinin önemi, hastanın çevrede oluşan gürültülere karşı çok duyarlı olduğu ve ameliyat sonrası bilişsel ve davranışsal değişimlerin olabileceği aileye anlatılmalıdır.

İntraspinal tümörler, santral sinir sistemi primer tümörlerin %15'ini oluşturur. Spinal tümörlerin primer olanları çoğunlukla benign karakterdedir ve tedavilerden en iyi derecede yararlanılır (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001).

Periferik sinir tümörleri; periferik sinir nörofibromları, sıklıkla sensitif liflerden gelişir. Sinirlerin pleksuslara yakın proksimal bölümlerinde, ekstremitelerin fleksur yüzeyinde ve boynun lateral kısmında daha sık görülebilir. Nadir görülen tümörler olup, klinik olarak da sessiz gidişlidir. Sensitif liflerin iritasyonu ile oluşan parestezi, ağrı nedeni olabilir. Belli büyüklüğe ulaşan tümörler motor fibrilleri tutarak nörolojik fonksiyon bozukluklarına neden olabilir. Tümör cerrahi olarak çıkarılırken, sinir fonksiyonlarına zarar vermemeye özen gösterilir (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001).

Damarsal Olaylar, sinir sisteminin cerrahi girişimi gerektiren damarsal olayları arasında intrakranial anevrizma ve subaraknoid kanamalar, arteriovenöz malformasyonlar, spinal kordun damarsal lezyonları yer alır (Erdil, 2001).

Nörolojik Travmalar, kafa yaralanmaları, spinal yaralanmalar ve periferik yaralanmalar olmak üzere üçe ayrılır. Nörolojik travmalar; mekanik, kimyasal, elektrik ve radyasyon yaralanmaları gibi çeşitli nedenlerle meydana gelebilir (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001; Özbayır, 2010).

Kafa yaralanması anında çok az kişi ölür. Bununla birlikte kafa yaralanması olan kişilerin büyük bir kısmı, şok ya da solunum yetmezliği nedeniyle yaralanmadan sonraki birkaç dakika içinde ölür. Erken dönemdeki ölüm, beyin sapı harabiyeti nedeniyle olabilir. Ağır kafa yaralanmalarında mortalite ve morbidite yüksek olduğundan zaman kaybetmeden tedaviye başlanmalıdır. Kafa yaralanmalarında tedavi

ve bakımın temel amacı, beyin hemeostazisinin korunması ve komplikasyonların önlenmesine yöneliktir (Aksoy,1998; Erdil, 2001).

Spinal yaralanmalar, çoğunlukla genç erkeklerde görülen yaralanmalardır. Buna neden olan durumlar arasında ilk sırada motorlu taşıt kazaları, ikinci sırada spor ve yüzme kazaları yer alır. Servikal spinal yaralanmalarda, kırık, dislokasyon gibi ciddi durumlarda hastaya, servikal vertebraların hareketsiz olmasını sağlamak, kırık ya da dislokasyonu redükte etmek için hemen iskelet traksiyonu uygulanır. Nörolojik kaybın artışı, parçalı kırık penetran yaralanması, akut anterior spinalkord travma sendromunun bulunması durumunda cerrahi girişim uygulanır (Erdil, 2001; Harvey, 2005).

İntervertebral disk, vertebral yapılar arasında kıkırdak yapısında bir yastık biçimindedir ve vertebral kolona elastiklik kazandırır. Yastığın temel yapısında; sert özellikte annulus fibrosus'un sınırladığı yumuşak, jelatin karakterde nukleus pulposus bulunur. İntervertebral diskin herniasyonu ya da rüptürü, anulusun yırtılması ve nukleusun dışarıya çıkıntı yapmasıdır. Bu çıkıntı spinal kanal ya da intervertebral foramene doğru olabilir. İntervertebral disk hernileri, sıklıkla lomber 4-5 ve lomber 5 sakral 1 vertebraları arasında, daha az sıklıkla servikal ve az da olsa torakal bölgede görülür. Nedenleri arasında dejenerasyon, travma ve konjenital predispozan faktörler görülür (Hatipoğlu, 1998; Erdil, 2001).

Ağrı genellikle künt, sıklıkla intermittant ve yavaş başlayan bel ağrısıdır. Bazen ağrı ani başlar ve şiddetli seyreder. Siyatalji, travma vb. nedenlerden bir süre sonra kalçalarda ve travmatize taraftaki uyluk ve bacağın posterior ve posterolateral kısmında sızlayıcı nitelikte ağrının başlamasıdır. Bu duruma, travmatize sinir kökünün duyu liflerinin dağıldığı ayak alanındaki uyuşma ve sızlanma da katılabilir (Hatipoğlu,1998; Erdil, 2001; Harvey, 2005).

Belirti ve bulguların azaltılması ya da giderilmesi yönünden alınan önlemler yeterli olmadığı durumlarda hastaya cerrahi tedavi uygulanır. Acil cerrahi tedavi endikasyonu; akut parapleji, sfinkter bozukluğu şeklinde kauda equina tutuluşu ya da düşük ayak gibi motor hareketlerin yitirilmesinde uygulanır. Cerrahi tedavinin amacı, vertebral kanal içine ve sinir köklerine bastırmakta olan nukleusu çıkarmak ve yeni çıkıntıyı önlemek için anulus içinde kalmış nukleus parçalarını boşaltmaktır. Bu amaçla

hemi laminektomi, mikrodissektomi gibi cerrahi yöntemler uygulanır (Hatipoğlu, 1998; Erdil, 2005).

#### **4.2.4.Ortopedik Hastalıklar ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri**

Ortopedik cerrahi, hastalanmış ya da yaralanmış kas-iskelet sistemi yapılarını yeniden düzeltmek, değiştirmek ya da çıkarmak amacıyla uygulanır. Cerrahi girişimler kemiklere (kemik grefleri, osteotomi, total kalça, diz protezleri vs) ve yumuşak dokulara (tendon transferi, tenotomi vs) uygulanabilir (Erdil, 2001; Dramalı, 1998).

Kas-iskelet sisteminde başlıca cerrahi girişim gerektiren hastalıkları, kemik ve eklem enfeksiyonları, tümörler, kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları ve aseptik nekrozlardır (Erdil, 2001).

Genel olarak ameliyat sonrası bakım, kas-iskelet sistemi ameliyatlarından sonra da geçerlidir. Kemik ve eklem ameliyatlarından sonra, tam iyileşmenin olabilmesi için, hastanın uzun süre hareketsiz kalması gerekebilir. Komplikasyonların önlenmesi ya da erken devrede tanınmasına yönelik girişimler, tüm ameliyatlardan sonra olduğu gibi, kas- iskelet sistemi ameliyatlarından sonrada önemlidir. Komplikasyonları önlemeye yönelik girişimlerin pek çoğu, hemşirenin uygulama alanına girmektedir. Etkin bir hasta bakımı, hemşirenin komplikasyonların fizyopatolojisi ve erken bulguları konusunda bilgi sahibi olması ve uygun girişimleri yapabilmesi ile mümkündür. Komplikasyonların önlenmesi ya da erken devrede tanınması, ortopedi hastalarının hemşirelik bakımında anahtar role sahiptir (Erdil, 2001; Dramalı, 1998; Yavuz, 2010; Brown, 2008).

Komplikasyonlar; cerrahi girişim, ameliyat öncesi mevcut patolojik durum ya da ameliyat sonrası uygulanması gereken hareketsizlik nedeniyle gelişebilir (Erdil, 2001; İğci ve Asoğlu, 2006).

Genel olarak ameliyatlardan sonra gelişebilecek tüm komplikasyonlar (örneğin; enfeksiyon, şok, atelektazi, pnömoni, üriner retansiyon, abdominal distansiyon, sıvı-elektrolit dengesizliği), kas-iskelet sistemi ameliyatlarından sonra gelişebilir ve en önemli komplikasyonlar olarak; kompartman sendromu, yağ embolisi sendromu ve venöz tromboemboli görülmektedir (Erdil, 2001; Yavuz, 2010; Dramalı, 1998).

Ortopedi hastalıklarına ilişkin başlıca sorunlar; hareket kaybı, ağrı, spazmlar ve kontraktürlerdir (Erdil,2001; Yavuz, 2010).

Hareket kaybı, kişinin bağımlı olmasına neden olur, bu çeşitli psikososyal ve fiziksel sorunlara yol açar. Tedavi amacıyla uygulanan istirahat, iyileşmeyi sağlarken, adale zayıflığı ve eklem sertliği gibi sorunlara de neden olur. Yapılan egzersizler ile komplikasyonlar önlenir (Erdil, 2001; Şimşek ve Karagöz, 2007).

Ağrı hemşire tarafından değerlendirildikten sonra, ağrıyı gidermek için, ilaçların yanı sıra pozisyon değiştirme; sıcak, soğuk uygulama; masaj yapma; alçı ve traksiyonun oluşturduğu basıyı giderme gibi, çeşitli uygulamalardan da yararlanılabilir. Ağrının kontrol altına alınması çok önemlidir. Ameliyat sonrası görülen ağrının, kompartman sendromu ya da pulmoner emboli gibi bir komplikasyon nedeniyle olup olmadığı belirlenmelidir (Erdil, 2001; Dramalı, 1998).

Kas spazmlarında alçı, traksiyon, sıkı bandaj gibi uygulamaların, damarlar üzerinde bası oluşturması sonucunda, hipoksi ve iskemi oluşabilir. Spazmları gidermek için masaj, sıcak uygulama ve adale gevşetici ilaçlardan yararlanılabilir (Erdil,2001).

Ağrılı ekstremitelere egzersiz yaptırılmazsa, eklem kontraktürleri gelişebilir. Kontraktürleri önlemek için hastaya düzenli olarak egzersizler yaptırılmalıdır (Erdil, 2001).

### **4.3. Preoperatif ve Postoperatif Bakım**

#### **4.3.1. Preoperatif Bakım**

Ameliyat öncesi dönem, cerrahinin planlanması ile başlayan ve anestezinin verilmesi ile son bulan dönemdir. Bu dönemde bireyin farklı açılardan kapsamlı olarak değerlendirilmesi, psikolojik, fiziksel hazırlık ve hasta eğitiminin ele alınması cerrahi girişimin başarısı açısından önemlidir. Preoperatif değerlendirmede, cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerinin erken saptanması, mümkünse durumun ameliyat öncesi düzeltilmesi amacıyla yapılır. İşlem öncesi bireyin, tüm sistemleri içeren tam bir taramadan geçmesi, elde edilen bulguların değerlendirilmesi gerekir (Demir, 2010; Aksoy, 1998; Erdil, 2001; Holloway, 2004; Yavuz, 2010).



Ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken uygulamalar, ameliyat öncesi görüşme, hasta ve ailesinden temel bilgilerin toplanması ve değerlendirilmesi, tanı testlerinin yapılması gibi uygulamaları içerir. Bu dönemde, yaşam bulgularının ölçümü ve takibi yapılmalı, kayıt edilmeli ve hastanın ayrıntılı biçimde anamnezi alınmalıdır (Demir, 2010; Aksoy, 1998; Erdil, 2001).

Psikolojik hazırlıkta, yaşamı ve geleceği konusunda büyük endişe ve korku içinde olan hasta ve ailenin güvenilir bir destek aramaları doğaldır. Ekip yaklaşımının temel alındığı, sorumluluklar çerçevesinde yeterli açıklama, güvenli bir ortamda, güvenilir kişilerin elinde oldukları duygusunu destekler. Hastaya zaman ayırma, iyi bir dinleyici olma ve davranışları nedeni ile hastayı yargılamama, kişiselliğe ve gizliliğe saygılı olma, iyi bir iletişim sağlamada esastır (Demir, 2010; Aksoy, 1998; Erdil, 2001).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık; anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrası yaşam bulguların kısa sürede düzene girmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına, ameliyat sonrası hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (Erdil, 2001; Yavuz, 2010).

Fiziksel hazırlıkta, cerrahi girişime ilişkin sorunların ve riskin en aza indirilmesinde, ameliyat öncesi genel durumun optimal düzeye getirilmesi önemli bir rol oynar. Hastanın fizyolojik açıdan değerlendirilmesi, genel sağlık durumunun belirlenmesi, gerekli girişimleri planlamada yol gösterici olacaktır. Hastaların fiziksel açıdan değerlendirilmeleri, hastalığın organizmada meydana getirdiği olumsuz etkileri, anestetik maddelerin eliminasyonu, ameliyat sonrası olabilecekleri belirleme ve tedavinin başarısı ile direkt olarak ilişkilidir. Cerrahi girişimin hasta üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler, hastalığın kapsamının yanı sıra hastanın genel sağlık durumuna bağlıdır (Demir, 2010; Aksoy, 1998; Erdil, 2001).

Ameliyat riskini en aza indirmek için hastanın genel sağlık durumu mümkün olan en iyi düzeye getirilmelidir. Ameliyat öncesinde hastanın sağlık durumu mümkün olan en iyi düzeye getirilmelidir. Ameliyat öncesi hastanın sağlık durumu iyi bir fizyolojik değerlendirme ile belirlenir. Fizyolojik değerlendirmede; yaş, ağrı, beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon, kardiyovasküler, pulmoner, renal,

gastrointestinal, karaciğer, endokrin, nörolojik, hematolojik fonksiyon ve kullanılan ilaç konusundaki bilgileri içerir (Demir, 2010).

Yasal hazırlık, ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hastaya ameliyatta ve ameliyat sonrasında nelerle karşılaşacağı konusunda bilgi verilmelidir (Erdil,2001; Aksoy, 1998).

Ameliyat öncesi eğitimin önemi uzun süreden beri bilinmekte ve bireyin cerrahi hazırlığının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastalar hem ameliyattan önce hem de ameliyattan sonra çeşitli emosyonel sıkıntılar yaşarlar. Bunlar anksiyete, ağrı korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi sorunlardır. Hemşireler hastalara eğitim verdikleri zaman, hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenme konusunda daha hazırlıklı olurlar, anksiyetelerini paylaşabilirler, verilen bilgiyi daha iyi öğrenebilirler (Uzun, 2000; Aksoy, 1998; Demir, 2010; Yavuz, 2010).

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterse de, ameliyat olacak hastalara derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitelere egzersizleri öğretilmelidir (Erdil,2001).

Ameliyat öncesi tüm hazırlıklar tamamlandıktan sonra, hastaya ameliyat gömleği giydirilip, dosyası ve yapılan tetkikleriyle beraber ameliyathane hazırlık ünitesine götürülüp, ameliyathane hemşiresine hasta teslim edilir.

#### **4.3.2.Postoperatif Bakım**

Ameliyat nedeniyle bozulan vücut fonksiyonlarının normal sınırlara geri dönüşüne kadar geçen süre ameliyat sonrası dönemi kapsar. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar geliştiğinde tedavinin oldukça güç ve zaman alıcı olacağı, genellikle bir komplikasyonun diğer bir komplikasyonu beraberinde getireceği vurgulanmaktadır. Doku bütünlüğünün bozulması, ağrı, kanama, vücut boşluklarına dren yerleştirilmesi sonucunda dokularda enfeksiyon olasılığı artar. Girişime bağlı olarak psikolojik ve fizyolojik dengenin değişik derecelerde bozulması vücut fonksiyonlarında olumsuz

etkiler oluşturur (Aksoy, 1998; Yılmaz, 2002; Eti Aslan, 2010; Demir, 2010; Lomas, 2008).

Bakımın amacı, homeostatik dengenin yeniden elde edilmesinin yanı sıra en az ağrı ve sorunsuz biçimde, kısa sürede normal yaşama dönüşü sağlamada hastaya yardım etme ve desteklemedir. Genellikle nitelikli bakım, komplikasyonların engellenmesinde en etkin faktördür (Aksoy, 1998; Yılmaz ve Gürler, 2011).

Cerrahi hastasında ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakımın temel amacı, maksimum düzeyde rahatın sağlanmasının yanı sıra komplikasyon gelişimini önlemektir. Cerrahi girişimlerin komplikasyon geliştirmeleri her zaman olasıdır. Ameliyat sonrası komplikasyonlar hemen ameliyatı izleyerek gelişebileceği gibi 3-4 haftaya kadar uzanan bir zaman içinde de ortaya çıkabilir. Ayrıca herhangi bir komplikasyon diğer komplikasyonlar için neden oluşturabilir. Komplikasyonlar direkt olarak yarada, ameliyat bölgesine komşu doku ya da organlarda, vücut boşluklarında görülebilir. Belli başlı komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır (Aksoy, 1998; Demir, 2010).

Ameliyat sonrası bakım hedefleri; kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek, solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek, yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak, sıvı elektrolit dengesini sürdürmek, istirahati sağlamak, yara iyileşmesini sağlamak ve komplikasyonları önlemek olarak belirlenmiştir (Erdil, 2001).

Ameliyat Sonrası Gelişen Erken ve Geç Dönem Semptom Ve Komplikasyonlar (Demir, 2010)

Erken dönem	Geç dönem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Solunum problemleri (atelektazi, aspirasyon pnömonisi vs.)</li><li>• Kardiyovasküler problemler</li><li>• Nörolojik problemler</li><li>• Ürolojik problemler</li><li>• Vücut ısısı sorunları</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solunum problemleri (pnömoni, akciğer embolisi vs.)</li><li>• Yara komplikasyonları</li><li>• İnsizyonel herni</li><li>• Peritonitler</li><li>• Psikiyatrik komplikasyonlar</li><li>• Karaciğer ile ilgili</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanama</li> <li>• Bulantı ve kusma</li> <li>• Hıçkırık</li> <li>• İntestinal hipomotilite</li> <li>• Mide dilatasyonu, akut mide dilatasyonu</li> </ul>	<p>komplikasyonlar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stres ülseri</li> <li>• Postoperatif kolesistit, postoperatif pankreatit</li> <li>• Basınç yarası</li> <li>• Kabızlık ve fekal tıkaç</li> </ul>
--	---

Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek problemler

İyi bir doku perfüzyonu için kardiyak debi yeterli olmalıdır. Ameliyat sonrası hasta hipotansiyon yönünden yakından izlenmelidir. Ameliyat sonrası dönemde, yaşam bulguları sık alınmalı, özellikle taşikardi ve nabız düzensizliği yakından izlenmelidir (Demir, 2010; Erdil, 2001).

Erken ameliyat sonrası dönemde en önemli sorun, solunum obstrüksiyonu ve hipoventilasyondur. Genel anestezi kullanılan ameliyatlarda sırasında ve sonrasında öksürük ve yutma refleksi baskılanır. Bu da sekresyonlara bağlı etkisiz hava yolu temizliğine neden olur. Ameliyat sonrası ateş, huzursuzluk, dispne, taşikardi, solunum seslerinde değişiklik ve koyu balgam vb. semptomlar solunum komplikasyonları açısından takip edilmelidir. Ameliyat sonrasında akciğere ilişkin başlıca sorunlar atelektazi, pnömoni, bronşit, plörezi ve pulmoner embolidir (Maylor, 2006; Demir, 2010).

Hastanın ameliyat sonrası normal diyet almaya başlama zamanı, hastaya verilen anestezi, uygulanan ameliyat ve hastanın gastrointestinal sistem fonksiyonları dikkate alınarak belirlenir. Bazı ameliyatlardan sonra hastaların 24-48 saat süreyle, ağız yoluyla sıvı ve besin almamaları gerekir. Bu nedenle oral mukoz membranda bozulma oluşabilir (Demir, 2010).

Ameliyattan sonra, mide peristaltizmi 24-48 saat sonra, kolon hareketleri 48 saatten sonra geri döner. Ameliyat sonrası ilk 48-72 saatte genellikle barsak sesleri yoktur. Daha uzun süre gaz çıkışının olmaması distansiyon geliştiğini gösterir. Hastanın

gaz ve gaita çıkışı izlenerek, kayıt edilmelidir (Demir, 2010; Büyükyılmaz ve Şendir, 2009).

Son yıllarda geliştirilen modern anestetik ilaçlar ve teknikler ameliyat sonrasındaki bulantı-kusma oranında azalmaya neden olmuştur. Ameliyattan sonraki ilk 24-36 saatlik sürede hastaların bulantısı vardır. Bulantı ve kusmayı önlemek için ağız bakımı verilir, hastanın yüzüne soğuk kompres uygulanabilir ve antiemetik ilaçlar verilebilir. Uzun süren bulantı ve kusma ameliyat sonrası gelişen bir komplikasyon nedeniyle olabilir. Böyle bir durum varsa doktora bildirilmelidir. Bulantı ve kusması yok ise, hastanın tolere edebildiği miktarda yiyecek ve içeceklerle beslenmeye başlanır (Demir, 2010; Erdil, 2001).

Ameliyattan sonra, anestezinin etkisi, ameliyat sırasında batın içindeki organlara dokunulması, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve ameliyat yarasının enfekte olması nedeniyle paralitik ileus gelişebilir. Paralitik ileus'da hastanın gaz ve gaita çıkaramaması belirtileri ortaya çıkar. Bu durumda NGT takılıp, IV sıvı perfüzyonu başlanır (Demir, 2010).

Ameliyat sonrasında gelişen sıvı elektrolit dengesizliği, metabolik yıkım ürünlerinin birikmesine, nörolojik ve kardiyak sorunların gelişmesine, bedendeki sıvı miktarının az ya da fazla olmasından kaynaklanan sorunların gelişmesine neden olabilir. Sıvı volüm yetersizliği ve kardiyak out-putta azalma riski yetersiz sıvı replasmanı ya da yara drenajından sızan kan ve sıvı kaybı ile ilişkilidir (Demir, 2010; Erdil, 2001; Eti Aslan, 2010).

Majör kan damarları, pelvis, abdomen ve bacak ameliyatlarından sonra ven stazı ve damarların travmasının artması nedeniyle yetersiz doku perfüzyon riski vardır. Hastanın aldığı-çıkarıldığı izlemi ameliyattan sonra en az 48 saat süreyle yapılmalıdır (Demir, 2010).

Tromboflebit, genellikle ameliyattan 7-14 gün sonra ortaya çıkar. Ameliyat sonrası gelişen dehidratasyon, kan akımının yavaşlamasına ve kanın pıhtılaşmasına neden olabilir. Ameliyattan sonra hastaya bacak egzersizlerinin yaptırılması, varis çorabı giydirilmesi ve erken dönemde ayağa kaldırılması ile tromboflebit gelişmesi

önlenebilir. Ameliyattan sonra hastanın erken dönemde, fiziksel aktivitesini yeniden kazanması, iyileşme sürecini kısaltır (Aksoy, 1998; Demir, 2010; Erdil, 2001).

Frenik sinir iritasyonu, anksiyete, asidoz ya da diyafragma yakın bölgedeki ameliyatlardan dolayı hıçkırık gelişebilir. Hıçkırığı gidermeye yönelik olarak hastaya kağıt bir torba verilerek bir süre bu torbaya nefes verip alması söylenir, sedatif ilaçlar verilebilir ve uzun süren hıçkırık durumunda frenik sinir bloke edilebilir (Demir, 2010).

Ameliyat sonrası karşılaşılan problemlerden biri enfeksiyondur. Yara iyileşmesini sağlamada ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması önemli bir faktördür. Yara enfeksiyonu postoperatif 5-8. Günlerde ortaya çıkar. Postoperatif dönemde yarada açıklanamayan ağrı enfeksiyonu düşündürmeli ve yara bu yönden değerlendirilmelidir. Enfekte yara genellikle sıcak, dolgun, ağrılı ve hiperemiktir. Hastanın ateşi ve taşikardisi vardır. Yüzeysel yerleşimli bir enfeksiyonda yapılacak ilk işlem birkaç dikişin alınıp drenajının sağlanmasıdır. Daha çok hasarın bulunduğu enfeksiyonlarda, yara daha geniş açılmalı, tekrarlayan debridmanlar yapılmalı ve iyi drene edilmelidir (Demir, 2010).

Yara iyileşmesini sağlamada ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin şekilde uyulması en önemli faktördür. Yara iyileşmesini sağlamaya yönelik bakım; yaranın sürekli izlenmesini ve uygun yara bakımını kapsar. Enfeksiyon yara onarım sürecini bozduğundan pansumanlar değiştirilirken aseptik ilkelere uyulmalı, drenin yerinden çıkmamasına özen gösterilmelidir. Drenlerin yerleştiriliş amaçları ve yerleştirildikleri yer bilinmelidir (Erdil, 2001; Akyolcu, 1998; Karagözoğlu, 2010).

Yara açılması genellikle postoperatif 5-8. günlerde görülür. İlk belirti cilt dikişleri arasından kanlı sıvı gelmesidir. Bazen eviserasyon birdenbire oluşabilir. Hasta şiddetli öksürme veya öğürme ile birlikte bir yırtılma veya patlama hissi tarif eder. Yara açılması veya evisserasyon gelişen hastanın yarası serum fizyolojik ile ıslatılmış steril kompres ile örtülerek, sık sık ıslatılmalı, hasta hemen ameliyata alınmalıdır (karagözoğlu, 2010; Akyolcu, 1998).

Ameliyat sırasında oluşan hasara bağlı olarak, beklenen problem olan ağrı yoğunluğu, anestetik madde, anksiyete, ameliyat süresi ve kapsamı, hastanın mental durumu ile ilişkilidir (Turhan, 2007). Analjeziklerin istenen etkiyi göstermesi için ağrı

oluşumu beklenmeden düzenli olarak yapılması gerekir. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) kullanan hastalara, aletin kullanılma biçimi öğretilmeli ve tedavinin etkinliği değerlendirilmelidir. Ağrı giderici ilaçlar verilmeden önce mesane distansiyonu, sıkı alçı ve kötü pozisyon gibi hastada ağrıya neden olabilecek bir sorun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ağrı giderici ilaçlar kan basıncının düşmesine ve solunum depresyonuna neden olabileceği için hastanın kan basıncı ve solunumu kontrol edilmelidir (Aksoy, 1998; Tel, 2010; Erdil,2001; Andres, 2005; Büyükyılmaz, 2009).

Ameliyattan sonra ağrı, mesane distansiyonu, abdominal distansiyon, anksiyete, oksijen azlığı, kanama, pansumanların sıkı ve ıslak olması gibi nedenlerle hastada huzursuzluk görülebilir (Tel, 2010; Andres, 2005; Güngel, 1995).

Hastaların büyük çoğunluğu ameliyata bağlı korku ve anksiyeteyi kolayca atlatırken, bazı hastalarda ameliyattan sonra akut konfüzyon durumu gelişir. Dikkatsizlik, unutkanlık, uygun olmayan davranış ve tutarsız konuşmayla belirlenen akut konfüzyon durumu; ameliyatın neden olduğu dehidratasyon, oksijen azlığı, anemi, düşük kan basıncı ve hormonol dengesizlik gibi fizyolojik nedenlerden kaynaklanabilir (Demir, 2010).

Özellikle amputasyon, mastektomi ve histerektomi gibi beden imajında değişikliğe yol açan ameliyatlardan sonra, duygusal bozukluklar gelişebilir. Duygusal bozukluklar; depresyon uyku bozuklukları, kendi bakımına katkıda bulunamama, ağrının artması, fazla analjezik ilaç alma ve aktivitenin artması şeklinde ortaya çıkabilir. Bazen hastada strese bağlı olarak gastrointestinal fonksiyon bozukluğu ve kardiyovasküler sorunlar gelişebilir. Bu durumda hemşire, hasta ve yakınları ile görüşerek yeterli psikolojik desteği sağlamalıdır (Erdil, 2001).

Ameliyattan sonra hastanın klinikte kalış süresi; hastanın ameliyat öncesi fizyolojik ve psikolojik durumuna, ameliyatın büyüklüğüne ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişip gelişmemesine bağlıdır. Hasta taburcu olmadan önce hasta ve yakınına kendi kendine bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve ilaçlar, oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir (Erdil, 2001).

#### 4.4.Hasta Memnuniyeti

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış fakat hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden, sağlık bilimlerindeki gelişmelerden, teknolojiden vb. bir çok nedenden etkilenip modern ve kaliteli bir hale dönüşmüştür. Buna bağlı olarak sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olan hasta memnuniyetide hasta gereksinimlerini belirleme konusunda, hemşirelik bakımına yön kazandırmıştır (Yılmaz, 2001; Karadağ ve Uçan, 2006; Aytar, 2004; Ertem, 2003).

Hasta memnuniyeti, çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup hasta bakımı, hasta tatmini ve hasta doyumunu olarak ifade edilmektedir. Genel anlamda hasta memnuniyetini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta hemşire birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001; Türker, 2009; Vahey, 2004).

Amerikan Ulusal Kalite Derneği kaliteyi hasta bakım sürecinde mümkün olabilecek en iyi bilgi ve kayıtlara geçirilmiş mükemmel bir ürün, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise, hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin bir özeti olarak tanımlar. Hasta memnuniyeti ise, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir sonucudur. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri vardır ve hizmetin sunumundan sonra ise geçirdiği deneyime bağlı olarak belli algılara sahip olur. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda memnun olup olmadığına karar verir (Uzun, 2009; Bahar, 2006).

Hasta memnuniyeti, hasta beklentileri ve gerçek tedavi arasında uyum olarak açıklanır. Hemşirelik bakımı sağlık bakımında hastanın memnuniyeti için en önemli unsurdur (Uzun, 2009).

İnsanoğlunun kalite konusundaki beklentileri yüzyıllar öncesinin uygarlıklarına kadar uzanan bir geçmişe sahip olduğu, sağlık hizmetlerinde ise, bir takım beklenti ve yaptırımların yıllar öncesine dayandığı belgelenmektedir (Türker, 2009).

Sağlık hizmetlerinde çağdaş ilkeleri tanımlayan Alma-Ata Bildirisi ve Dünya Sağlık Örgütü'nce yürütülen 2000 yılında herkese sağlık programına göre, sağlık



hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğunda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir gösterge olduğu ve hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde çok önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir (Türker, 2009).

Memnuniyetin hasta uyumunun ön koşulu olduğu kabul edilip, kalite sağlık hizmeti içinde, hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Hasta memnuniyetini geliştirmenin yolu da, onu ölçmekten geçer (Türker, 2009).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Teknolojik gelişmeler ile bireyler özelleşmiş profesyonellerden çözümü daha güç olan tedavi ve bakımı almaya başlamışlardır. Ancak var olan bu üstün teknolojiye dayalı bakımda bireyin duyguları yeterince dikkate alınmamıştır. Ayrıca, toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile, daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanırlarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmektedir. Son on yıldır ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar ülkemizde de çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak giderek artmaktadır (Uzun, 2009; Doherty, 2003; Akbayrak, 1999).

Hasta memnuniyetinin önemi, sağlık hizmetlerinin sürekli kullanımı, yanlış kullanımların en aza indirilmesi, tıbbi uygulamalarda başarılı sonuçların alınması ve kalitenin yükseltilmesindeki etkisi ile de anlaşılabilir (Uzun, 2009).

Hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir. Dolayısıyla memnun edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık, net ve kararlı davranışlar içinde

olabilir ve bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldırabilir veya azaltabilir (Uzun, 2009).

Birçok ülkede tüketiciliğin gelişmesi ve bireylerin artan beklentileri sonucu büyük önem kazanmış olan kaliteden artık sağlık alanında da söz edilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin çok geliştiği ülkelerde bile sağlık bakımında kaliteyi sağlamanın karmaşık ve zor bir iş olduğu kabul edilmektedir. 1980'lerde Donebedian, kalitenin farklı ancak birbirine içten bağlı parçalardan oluştuğunu ileri sürmüştür. Bunlar: yapı, süreç ve sonuçtur. Yapı, sağlık bakım alanında işbirliğini sağlamak için sistemleştirilmiş tüm madde ve hizmetleri tanımlamaktadır. Süreç, hemşire tarafından verilen bakıma yönelik olup neyin yapılması veya bakımın nasıl yürütülmesi ile ilgilidir. Sonuç ise, verilen bakım sonucunda, hastanın sağlık düzeyinde değişme, bilgisinde artma ve memnuniyet derecesi ile ilişkilidir. Donebedian'ın oluşturduğu bu çatı sağlık bakım hizmetlerinde hemşirelik bakım standartlarını oluşturmak içinde kullanılmıştır (Yılmaz, 2001; Ertem, 2003; Chawanı, 2009; Özden, 1999).

Bakımın kalitesini, teknik alandaki kalite ve kişilerarası kalite olarak iki alana ayırmaktadır. Bir diğer görüş de hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi, teknik ve profesyonel davranışlar, güvenilir ve eğitimsel ilişki olarak tanımlamıştır (Yılmaz, 2001; Chawanı, 2009).

#### **4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan memnuniyet, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde algınabilir. Bireyin geçmiş deneyimleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi sosyal özellikleri, sağlık durumu, tanısı, ruhsal durumu gibi psikolojik ve fiziksel özellikleri hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. Hasta beklentileri, hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine, sosyo-kültürel konum ve psikolojik durumlarına, tıbbi gereksinim ve kalite olgusuna bağlı olarak değişebilir. Abdellah ve Levine, hastanede yatan hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizliğini etkileyen yedi neden belirtmişlerdir. Bunlar; dinlenme ve rahatlama, eliminasyon, diyet, kişisel hijyen, destekleyici bakım, tedaviye yanıt ve hasta ile hemşirenin ilişkisidir (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001; Akgün, 2007).

## 1. Sosyodemografik özellikler

Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, gelir düzeyi, cinsiyeti, ırkı ve aile düzeni gibi sosyodemografik özellikleri hastaların hizmetten duyacağı memnuniyet derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu ölçütler sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesi ile yakından ilgilidir. Dolayısıyla, hizmetlere karşı hastanın duyabileceği memnuniyet derecesini artırmak, hizmetlerin kalitesinde bu ölçütlere gösterilen dikkat ve alınan önlemlerde ilişkilidir (Uzun, 2009).

## 2. Hastanın fiziksel ve psikolojik durumu

Hastanın hizmetlerden duyacağı memnuniyet derecesini etkileyen bir başka faktör, hastanın fiziksel ve psikolojik durumudur. Hastanın sağlık durumu, tanısı, hastalığının akut ya da kronik oluşu ve hastanın kendi sağlığını algılayışı memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Hastanın sağlık durumundaki olumlu değişiklikler genellikle tıbbi bakımın sonucu olarak değerlendirilmektedir. Hastaların sağlık hizmeti almadan önceki durumları az veya daha fazla memnun olmalarına neden olabilir. Bu nedenle, hemşirelik bakımı sonrası hasta memnuniyeti değerlendirilirken önceden var olan farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır (Uzun, 2009).

Bakıma ilişkin memnuniyet analizlerinde, önceden mevcut sağlık durumundaki farklılıklara ilişkin kontrol oldukça zordur. Bununda iki nedeni vardır. Bu nedenlerden biri; hastaların yaşamları ile ilgili bazı durumlarının, memnuniyet derecesini etkileyebilmesidir. Doğuştan var olan veya sonradan meydana gelen fiziksel bir rahatsızlık, sakatlık durumu hastanın daha sonra aldığı hizmetlere karşı memnuniyetsizlik duymasına neden olabilmektedir. Bakıma ilişkin memnuniyet analizlerinde zorluk yaratan bir başka neden ise, psikolojik sağlığı iyi olmayan hastaların hizmetlerden daha az memnun olabilmeleridir. Bu tip hastaların iyileşmede güçlük çektiği düşüncesi, sağlık çalışanlarının onlara karşı farklı tutum ve davranış içinde oldukları varsayımı, bu nedenle de sağlık çalışanlarına karşı farklı tutum içinde olup farklı tepki göstermeleri, hem tedavi sürecini hem de hizmetlerden duyacakları memnuniyet derecesini olumsuz yönde etkilemektedir (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

İnsanların fiziksel gereksinimleri dışında, refah düzeyini artırmak, diğer insanlar tarafından fark edilmek ve takdir edilmek, kişisel seçim haklarını ve seçeneklerini

genişletmek gibi gereksinimleri de olabilmektedir. Kişiler bu gereksinimlerini, buldukları sosyal sınıflarda karşılamaya çalışırlar. Daima bir st düzey sosyal sınıfa geçmeye çalışmanın nedeni ise, söz konusu gereksinimlerin orada daha çok giderilebileceği umududur. Hastalara verilen hizmetlerde, insanların gereksinimlerine dikkat edilmesi ve gerekirse bu gereksinimlerin giderilmesine yer verilmelidir (Uzun, 2009).

Sağlık alışanlarının kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

Sağlık bakımında hasta memnuniyetini artırmanın en önemli yollarından birisi bakım hizmetlerini geliştirmektir. Çünkü hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen bakımdan duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Bu konuda yapılan çalışmalarda hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde bakımın çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelerin hasta ile ilişkileri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu belirtilmektedir (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular vresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hissedен hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

#### **4.4.2. Hasta-Hemşire İlişkisinin Memnuniyet zerine Etkisi**

Hemşire hasta ilişkisi bir çok yönden etkilenmektedir. Bu ilişkinin başarı ve etkinliğini arttıran temel ögeler; sevilme duygusu, güven duygusu, kendini beğenme ve

benliğe saygı duygusu, bağımlılık duygusu, bağımsızlık duygusu ve empati duygusudur (Uzun, 2009).

Sevilme duygusu, başka bir insana karşılık beklemeden, düşünceli bir şekilde sevgi verme yeteneğidir. Hastaya sevgi genellikle hemşirelerin nezaketli hoşgörüsü, sabrı, şefkati, saygısı ve düşünceli olması ile gösterilebilir. Hemşirenin hasta ile ilgilenmesi, nazik davranışlarda bulunması, hasta tarafından sevgi ifadesi olarak yorumlanır ve gerçekten sevildiği duygusunu verir (Uzun, 2009).

Güven duygusu, başkalarının yanında kendini güvende hissetmesini sağlayan, başkasının itimadını kazanmada dürüst olmasını sağlayan duygudur. Temel güven duygusu kişinin ihtiyaçlarının geçmişte karşılanış şekline ve yaşamındaki önemli kişilere bağlıdır. İhtiyaçlara gösterilen tepkilerin tatmin edici ve korunmuş oluşu kişinin güven duygusunu oluşturur. Eğer hastanın istekleri devamlı olarak tatmin olmuyorsa ve çevresindeki önemli kişilerden gelen tepkiler tatmin edici değilse, hastada muhtemelen büyük bir güvensizlik duygusu vardır. Hasta kendinden eminse, gevşeme, rahatlama ve tedaviye katılma istek ve eğilimi görülür. Güvensizlik duygusu hastaya durmadan isteklerde bulunan, huzursuz, reddeden, uğraşılması güç bir hasta yapar ve hastane kurallarını birer tehdit olarak yorumlar (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

Kendini beğenme ve benliğe saygı duygusu, birbiri ile yakından ilgilidir ve kişinin dikkate değer, saygı görmeye layık hissetmesini sağlayan duygulardır. Hastanın kendini beğenme duygusu, saygının direkt olarak gösterilmesi ile orantılı olarak artar. Kişinin benlik saygısı ve kendini beğenme duygularını tehdit edecek herhangi bir şey o kimsenin iyileşmesini etkiler (Uzun, 2009).

Kabul edilen bağımlılık derecesinin kişiden kişiye değişmesine rağmen modern psikolojik tıp hasta kişinin biraz bağımlı olduğunu kabul eder. Bu duygu kişilerin hastalık anlayışına göre değişebilir. Bazı hastalar, hastalığı kişisel bir hakaret, zayıflığın bir sembolü ve benlik saygısını, saygınlık düzeyini kaybetme olarak algırlar. Hastaya saygı, onu kabullenmek ve ihtiyaçlarını anında karşılamak demektir. Önemli ve stresli anlarda başkalarına bağımlılık insanın temel ihtiyaçlarındandır (Uzun, 2009; Yılmaz, 2001).

Hasta-hemşire ilişkilerinde karşılıklı bağlanma duygusu vardır. Hasta iyileşmeye yönelirken bağımlılık ve bağımsızlık duyguları, bunların dereceleri açıkça gözlenebilir (Uzun, 2009).

İnsanın gittikçe artan bir bağımsızlık düzeyine ulaşmaya doğal bir eğilimi vardır. Olgunluğun belirtisi, kişinin problemlerini çözme ve karar almadaki yetenekleridir. Hemşirenin hastanın gerçekçi ve gereğince bağımsız olabildiği durumları tanınması önemlidir. İyileşme devresinde hasta bağımsızlık ve özgürlüğü için pek çok çabalarda bulunur. Bu çabaları hemşirenin desteklemesi ve takdir etmesi hastanın güven ve kişisel memnuniyetinin artmasına yardım eder (Uzun, 2009).

Empati, duygusal bir ilişkinin önemli bir kavramıdır. Empati hastanın korkuları, problemleri, arzuları ve dürtüleri hakkında hasta ile bir duygu yakınlaşmasıdır. Hemşire, hastasını tanıyarak ve hastalığın doğasını yakından anlamaya çalışarak empati geliştirilebilir. Hemşirenin hastaya gösterdiği aktif ve içten ilgisi ona zaman ayırması çok önemlidir (Uzun, 2009).

#### **4.4.3. Postoperatif Dönemde Hasta Memnuniyeti**

Hasta memnuniyeti, hastanın yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, gelecekte beklenenleri, toplumun ve kişilerin değerleri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (Aksakal, 2008).

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, hizmetin kalitesinin ve sağlık alanındaki eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olabilmektedir. Esatoğlu'nun belirttiğine göre Levvis'in 1994'te yaptığı memnuniyet araştırmalarında; insanca yaklaşım, bilgilendirme, genel kalite, teknik yeterlilik, genel tatmin, bürokratik düzenlemeler, mali ve fiziksel olanaklar, psiko-sosyal problemler ve bakımın devamlılığı hasta memnuniyetini etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de yapılan 221 araştırmanın meta analizinde; hasta memnuniyetinin hastalara gösterilen ilgi (%65), hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi (%50), güven sağlama (%45) ve profesyonel yeterlilik (%45) gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca yapılan araştırmaların sonucunda hasta memnuniyetinin, verilen hizmetin hasta

beklentilerini karşılması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayandığı da ifade edilmektedir (Aksakal, 2008).

Hastanede yatan hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizliğini etkilediğini belirttiği nedenlere göre bakıldığında ameliyat geçiren hastaların yaşadığı psikolojik travma ve fiziksel aktivite yetersizliği sebebiyle hijyen bakımından yetersizlikler yaşamakta ve bu konuda destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadır (Vahey, 2005; Uzun, 2009). Hemşirelik bakımı, hastanın yaşam koşulları değişmeden, olaydan en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi yaklaşımla hastalığın ve ortaya çıkan yetersizliklerin olumsuz etkilerini azaltarak, hastanın memnuniyetini olabildiğince yükseltir (Uzun, 2009).

Ameliyat sonrası yaşadığı ağrı, bulantı, kusma, immobilité, kabızlık, huzursuzluk/endişe, yorgunluk vb. semptomların görülmesi ve buna bağlı hastaların genel durumlarının bozulması, hemşirelerin bakım ve desteğine ihtiyaç doğurmaktadır (Yaban, 2007;Çöçelli, 2008; Uzun, 2009; Köçkar ve Uzun, 2007).

Hastanın ameliyat sonrası tedavisine yanıtta, hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim, bağ ve hastaya verdiği bakım önemlidir. Hemşire hastaya sevgi, saygı ve bakım verilirken bunu tamamen karşılıksız ve hasta ile empati kurarak yapmaktadır. Hasta bakım veren kişiye tamamen ve koşulsuz güvenmelidir. Güven duygusu hastaya, onunla kurulan sözlü-sözsüz iletişimin, isteklerine ve sorunlarına ve anlamsız davranışlarına gösterilen sabrın, ne olursa olsun onun yanında olmasının sonucunda var olur. Eğer hasta bakım veren kişiye güveniyorsa bu hemşirenin hastada oluşturduğu memnuniyetin bir sonucudur (Uzun, 2009).

Hasta memnuniyeti hemşirelik bakımında önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların beklentilerinin karşılanması hizmette kalitenin önemli bir ölçüsü ve hasta memnuniyetinin belirleyicisi olmaktadır. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür (Aksakal, 2008; Aytar, 2004).

Hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta hemşire birlikteliği oluşturur. Hasta ile günün 24 saati birlikte olan, hastanın tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini en yakından gözlemleyen

sağlık personeli hemşiredir. Bu nedenle servise kabulden taburculuğa kadar geçen süreçte hastanın memnuniyetini artırmada hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Hastanın servise kabulü, bakımı, eğitimi ve danışmanlığından özellikle hemşire sorumludur. Hasta hemşire ilişkisindeki bakım; maddi imkanlar, hastanede kalma süresi, standart bir formun uygulanması, iş yükü ve maliyet raporları ile ölçülmeye çalışıldığında sonuçlar yanıltıcı olabilir. Hemşire desteği, bakım, savunuculuk ve hemşirenin oradaki mevcudiyeti gibi fiyatlandırılmış görevler standardize edilemez (Uzun, 2009; Aksakal, 2008).

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bununla birlikte hasta memnuniyeti hemşirelik bakımının planlanması ve değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Aksakal, 2008).

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek üzere hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biri olarak ele alınmaktadır. Çünkü, bireyin ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkmakta ve şiddetli anksiyete yaşamaktadır (Yılmaz, 2002).

Ameliyat öncesi dönemdeki bilgisizlik, hem psikolojik hem de fizyolojik stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Strese yanıt, cerrahi hastalarında istenen bir mekanizma olmakla birlikte, stresörler veya strese yanıt aşırı olursa ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski artabilmektedir. Bunun dışında, bilgisizliğin neden olduğu korku, kaygı ve anksiyete, ameliyat sonrası ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesicilere olan gereksinimi de arttırmaktadır. Şiddetli ağrı, hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini yapmada, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizlik de oluşturabilmektedir. Bu durum ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmesine ortam hazırlayabilmektedir (Yılmaz, 2002; Üstündağ ve Zengin, 2008).

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar geliştiğinde tedavinin oldukça güç ve zaman alıcı olacağı, genellikle bir komplikasyonun diğer bir komplikasyonu da beraberinde getirebileceği vurgulanmaktadır. Sonuçta komplikasyonların hastanın hastanede kalış süresini uzatacağı, maddi kayıplara neden olabileceği gibi hastaya



fiziksel ve ruhsal yönden ek bir stres getirebileceğine dikkat çekilmektedir (Bayraktar, 1995). Ancak, ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımının komplikasyonları büyük ölçüde azaltılabileceği ve hastanın hastanede kalış süresinin kısaltılabileceği bildirilmelidir (Yılmaz, 2002).

Hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişme riskinde azalmanın ve bunun sonucunda hastaların daha çabuk iyileşerek daha kısa sürede taburcu olmaları ve hasta memnuniyetinde artmanın cerrahi bakımın niteliğini değerlendirme açısından önemli ölçütler olarak ele alındığı gözlenmektedir (Yılmaz, 2002).

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini gösteren çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Yılmaz, 2002).

Hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik bir şekilde sistematize edilmesi gerekir ve bu yöntemle ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi başarılabilir. Sonuçta ameliyat sonrası komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ile hastaların hastanede kalış süresi kısalabilir. Bunun yanı sıra, hastaların kendilerini anlayan, yargılamayan ve bilgi veren hemşirelerden aldıkları bakımdan daha memnun olmaları da sağlanabilir (Yılmaz, 2002; Ovalı ve bahar, 2006).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, cerrahi servisinde yatmakta olan genel cerrahi, nöroşirürji, üroloji ve ortopedi hastalarının, ameliyat sonrası bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirilecektir.

Araştırmada yanıtları aranan sorular

1- Ameliyat sonrası hastalarda en çok görülen semptomlar nelerdir?

2-Ameliyat sonrası hastaların, hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri ve memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

### **5.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma İstanbul ilinde yer alan, daha çok genel cerrahi, nöroşirürji, üroloji ve ortopedi hastalarının yattığı özel bir hastanenin en az postoperatif dönem iki gün yatmış hastalardan oluşan bölümünde, Ekim 2010 Şubat 2011 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da özel bir hastanede cerrahi servisinde Ekim 2010 Şubat 2011 tarihleri arasında yatan 70 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini cerrahi servisinde tedavi gören Ekim 2010 Şubat 2011 tarihleri arasında en az postoperatif dönemde 2 gün yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hasta oluşturmaktadır.

### **5.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmada verilerin toplanması için özel hastaneden gerekli kurum onayı alındıktan (ek-4) sonra başlanmıştır. Özel hastane cerrahi servisinde yatan ameliyat sonrası en az post-op 2 gün kalmış, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, Türkçe okuyup anlayan, genel cerrahi, üroloji, nöroşirürji ve ortopedi hastaları değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanılama formu araştırmacı tarafından doldurulup, taburculuğu planlanan hastalara Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirme

Formu ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Formu doldurtularak veri toplanması sağlanmıştır.

## **5.5. Veri Toplama Araçları**

### **Hasta Tanılama Formu**

Bu form araştırmacı tarafından hastaların sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu form hastaların yaşı cinsiyeti gibi kişisel özellikler ve hastanın sistemik hastalıkları, geçirdiği ameliyatlara, kullandığı ilaçlar, sigara- alkol kullanma durumu, hastanede yatış süresi, yoğun bakımda kalma süresi gibi sorular içermektedir (Ek-1).

### **Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirme Formu**

Bu form araştırmacı tarafından ameliyata ilişkin özellikler ve görülen semptomlara yönelik hazırlanmıştır. Hastaların mental durum, sinir sistemi, solunum sistemi, kalp-damar sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, hareket sistemi, uyku, cilt gibi ana başlıklar altında hazırlanan semptomların sıklığı şiddeti ve hemşirelik bakım ve izlemi nasıl değerlendirdiği seçeneklerinden oluşmuştur . Ayrıca ameliyata ilişkin bilgiler, ameliyat bölgesinin değerlendirilmesi, ameliyat sonrası semptom kontrolünde kullanılan ilaçlar ve katabildiği andan post-op birinci saatteki yaşam bulguları değerlendirilmiştir (Ek-2).

### **Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği**

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeğinden faydalanılacaktır (Ek-4).

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından, bireysel ve grup temelli görüşmeler yoluyla, İngiltere’de bir hastanede dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan 150 hastanın hemşirelik bakımını iyi veya kötü olarak nasıl algıladıkları değerlendirilerek geliştirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Türk hastalar tarafından kullanılabileceği gösterilmiştir (Akın ve Erdoğan, 2006). Hemşirelik bakımından

memnuniyet ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiş ve 19 sorudan oluşmuştur.

Araştırmamızda kullanılan Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği madde-toplam korelasyon katsayıları (r) 0,70-0,90 arasında (p=0,001) bulunmuştur. newcastle hemşirelik bakım memnuniyet ölçeği cronbach alfa kat sayısı 0,98 olarak bulunmuştur (Tablo 5.5.)

**Tablo 5.5. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=70)**

	<b>Madde Toplam Puan Korelasyonu</b>	
	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>P</b>
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	0,84	0,001
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	0,84	0,001
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	0,83	0,001
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	0,85	0,001
5. Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	0,74	0,001
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	0,84	0,001
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	0,87	0,001
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	0,86	0,001
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	0,85	0,001
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	0,90	0,001
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	0,90	0,001
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	0,84	0,001
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	0,89	0,001
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından	0,85	0,001

15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	0,85	0,001
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	0,84	0,001
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	0,83	0,001
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	0,83	0,001
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	0,81	0,001
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,98</b>		

### 5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde verilerin istatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 16.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon analizi ( $r_s$ ), parametrik olan Varyans analizi (t), parametrik olmayan Mann-Whitney U ( $Z_{mwu}$ ), Kruskal-wallis H ( $X^2_{kw}$ ) testleri kullanılmıştır.

### 5.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınması,
- Hastalardan yazılı onam alınması,
- Araştırmaya katılan kişilerin kimlik bilgilerinin alınmaması,
- Araştırmanın yapıldığı kurumun isminin belirtilmemesi,
- Araştırmanın sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla adı geçen kuruma geri bildirimde bulunulması etik ilkelerine uyularak araştırmaya başlanılmıştır.

### 5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece özel hastanenin cerrahi servisinde yapılmış olması,
- Örneklemenin en az postoperatif dönemde 2 gün kalan hastalardan oluşması,
- Genel cerrahi, üroloji, nöroşirürji, ve ortopedi dallarının birinden ameliyat geçirmiş olması.

## **6. BULGULAR**

Bu araştırma, ameliyat geçiren hastaların bu döneme ilişkin gereksinimlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu:

6.1.Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular

6.2.Hastalığa İlişkin Bulgular

6.3.Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulgular

6.4.Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının değerlendirilmesi

## 6.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular (N =70)

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	26	37,1
Erkek	44	62,9
<b>Yaş</b> x±SD 49,79±16,814 (yaş aralığı: 19-84)		
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	18	25,7
Evli	52	74,3
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	0	0
İlkokul	5	7,1
Lise	21	30,0
Lisans	41	58,6
Yüksek lisans ve üzeri	3	4,3
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	25	35,7
Hayır	45	64,3
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	19	27,1
Hayır	51	72,9

Örneklemin %62,9'u (n=44) erkek olup yaş aralığı 49,79±16,814 (dağılım: 19-84)'dür. Hastaların medeni durumu %74,3'ü (n=52) evli, eğitim durumu %58,6'sı (n=41) lisans mezunu, %64,3'nün (n=45) sigara kullanmadığı ve %72,9'nun (n=51) alkol kullanmadığı görülmektedir.

## 6.2.Hastalığa İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. Hastalığa İlişkin Bulgular (N =70)

	n	%
<b>Kronik Hastalık</b>		
Diyabet	12	17,1
Hipertansiyon	16	22,9
Yok	42	60,0
<b>Evde Sürekli İlaç Kullanımı</b>		
Antihipertansifler	18	25,7
Antidiyabetikler	9	12,9
Antidepresan	3	4,3
Antikolestrol	1	1,4
Yok	39	55,7
	n	%
<b>Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu</b>		
Evet	42	60,0
Hayır	28	40,0
<b>Yoğun Bakımda Kalma Durumu</b>		
Evet	19	27,1
Hayır	51	72,9
<b>Ameliyat Tipi</b>		
Acil	15	21,4
Planlı	55	78,6
<b>Sistemlere İlişkin Cerrahi Tedavi Türleri</b>		
Gastrointestinal Sistem Cerrahisi	23	32,9
Ortopedik Cerrahi	19	27,1
Ürolojik Hastalıklar Cerrahisi	6	8,6
Nöroşirurji	22	31,4

Hastaların %60'ının (n=42) kronik hastalığı olmadığı görülmektedir. Hipertansiyonun % 22,9 (n=16) ise en çok karşılaşılan kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bu duruma bağlı olarak evde sürekli ilaç kullanımını %25,7 (n=18) ile hipertansif ilaçlar oluşturmaktadır. Hastaların %60'ı (n=42) daha önce ameliyat



geçirmiş, %72,9'u (n=51) yoğun bakımda kalmamış, %78,6'sının (n=55) ameliyat planlı olarak gerçekleştirilmiş. Sistemlere ilişkin cerrahi tedavi türleri %32,9 (n=23) oranında gastrointestinal sistem cerrahisi oluşturmuştur.

**Tablo 6.2.2. Hastalık, Ameliyat ve Ameliyat Bölgesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Dağılımı**

	<i>N</i>	<i>x</i>	$\pm$ ss	Minimum	Maksimum
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	70	8,84	11,511	2	90
Hastanede toplam yatış süresi	70	9,29	11,498	2	90
Yoğun bakımda kalma süresi	19	3,11	6,716	1	30

Hastaların ameliyat sonrası yatış süresi (gün)  $8,84 \pm 11,511$  (dağılım: 2-90)'dir. Hastaların hastanede toplam yatış süresi (gün)  $9,29 \pm 11,498$  (dağılım: 2-90), yoğun bakımda kalma süresi (gün)  $3,11 \pm 6,716$  (dağılım: 1-30)'dür.

**Tablo 6.2.3. Ameliyat Bölgesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular (N =70)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Görünümü</b>		
Normal	62	88,6
Anormal	8	11,4
<b>Kanama</b>		
Var	43	61,4
Yok	27	38,6
<b>Ağrı varlığı</b>		
Var	65	92,9
Yok	5	7,1
<b>Hiperemi varlığı</b>		
Var	2	2,9
Yok	68	97,1
<b>Akıntı varlığı</b>		
Var	11	15,7
Yok	59	84,3
<b>Göğüs tüpü, dren/hemovak vb. varlığı</b>		
Var	48	68,6
Yok	22	31,4

Ameliyat bölgesinin değerlendirilmesinde, yaranın görünümünü %88,6'i (n=62) normal değerlendirilmiştir. %61,4'nün (n=43) kanama görüldüğü, %92,9'nun (n=65) ağrı varlığının olduğu görülmekte, %97,1'nin (n=68) hiperemi varlığının olmadığı görülmektedir. %84,3'nün (n=59) akıntı varlığı olmadığı görülmektedir. Ameliyat sonrası drenajın sağlanması için göğüs tüpü, dren/hemovak vb. varlığı %68,6 (n=48) olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.2.4. Ameliyat Sonrası Semptom Kontrolünde Kullanılan İlaçların Dağılımı**

	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Minimum	Maksimum
Hipnotik, sedatif vb.	30	7,30	16,116	1	90
Bronkodilatatörler	5	13,00	5,874	3	18
Dijital grubu ilaçlar	0	-	-	-	-
Antihipertansifler	19	9,11	5,962	1	20
Antiaritmikler	2	16,50	2,121	15	18
Antikoagülanlar	27	11,15	13,137	2	70
Antiasid grubu ilaçlar	48	10,08	13,457	1	90
Antiemetikler	35	8,23	15,212	1	90
Laksatif/Pürgatif grubu ilaçlar	36	4,61	6,006	1	30
Antipiretikler	36	6,53	12,411	1	75
Antibiyotik	60	7,13	6,099	1	30
Diüretikler	10	5,40	6,132	1	20
Elektrolitler	2	43,50	40,305	15	72
Analjezikler	63	8,51	11,965	1	90

Ameliyat sonrası semptom kontrolünde kullanılan ilaçlarından analjezikler  $8,51 \pm 11,965$  (dağılım:1-90), antibiyotikler  $7,13 \pm 6,099$  (dağılım:1-30), antipiretikler  $6,53 \pm 12,411$  (dağılım:1-75), laksatif/pürgatif grubu ilaçlar  $4,61 \pm 6,006$  (dağılım:1-30), antiemetikler  $8,23 \pm 15,212$  (dağılım:1-90), hipnotik-sedatif vb. ilaçlar  $7,30 \pm 16,116$  (dağılım:1-90), ve antikoagülanların  $11,15 \pm 13,137$  (dağılım:2-70) en çok kullanıldığı görülmektedir.

**Tablo 6.2.5. Kan Basıncı, Nabız Sayısı, Vücut Isısı ve Solunum Sayısına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=70)**

	<i>x</i>	$\pm$ ss	Minimum	Maksimum
Sistolik kan basıncı (mmHGg)	117,64	21,931	85	200
Diyastolik kan basıncı (mmHGg)	72,43	13,235	60	140
Nabız sayısı (sayı/dk)	80,54	14,903	52	130
Vücut ısısı (°C)	36,463	0,5259	35,2	38,5
Solunum sayısı (sayı/dk)	20,41	2,275	16	28

Ameliyat sonrası hastanın cerrahi katına geldiği post-op birinci saatte alınan hayati belirtilerin ortalaması, sistolik kan basıncı (mmHGg)  $117,64 \pm 21,931$  (dağılım:85-200), diyastolik kan basıncı (mmHGg)  $72,43 \pm 13,235$  (dağılım:60-140), nabız sayısı (sayı/dk)  $80,54 \pm 14,903$  (dağılım:52-130), vücut ısısı (°C)  $36,463 \pm 0,5259$  (dağılım:35,2-38,5), solunum sayısı (sayı/dk)  $20,41 \pm 2,275$  (dağılım:16-28) şeklinde saptanmıştır.

### 6.3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulgular

**Tablo 6.3.1. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulgular (N=70)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mental durum</b>	<b>Uyku Hali</b>		
	Hayır	45	64,3
	Evet	25	35,7
	<b>Sinirlilik</b>		
	Hayır	59	84,3
	Evet	11	15,7
	<b>Huzursuzluk/Endişe</b>		
	Hayır	42	60
	Evet	28	40
	<b>Dikkati yoğunlaştırmada zorlanma</b>		
	Hayır	65	92,9
	Evet	5	7,1
<b>Sinir sistemi</b>	<b>Baş ağrısı</b>		
	Hayır	51	72,9
	Evet	19	27,1
	<b>Baş dönmesi</b>		
	Hayır	48	68,6
	Evet	22	31,4
	<b>Vücudun bir bölümünde uyuşma/karıncalanma</b>		
	Hayır	53	75,7
Evet	17	24,3	
<b>Solunum sistemi</b>	<b>Öksürük</b>		
	Hayır	65	92,9
	Evet	5	7,1
	<b>Nefes darlığı</b>		
	Hayır	66	94,3
	Evet	4	5,7
	<b>Sekresyon artışı</b>		
	Hayır	67	95,7
Evet	3	4,3	

		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Yan ağrısı</b>		
	Hayır	67	95,7
	Evet	3	4,3
<b>Kalp-Damar sistemi</b>	<b>Kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği</b>		
	Hayır	50	71,4
	Evet	20	28,6
	<b>Kalp ritim sorunları</b>		
	Hayır	64	91,4
	Evet	6	8,6
	<b>Ödem</b>		
	Hayır	56	80
	Evet	14	20
	<b>Göğüs ağrısı</b>		
	Hayır	70	100
	Evet	0	0
<b>Üriner sistem</b>	<b>İdrar yapamama</b>		
	Hayır	60	85,7
	Evet	10	14,3
	<b>İdrar tutamama</b>		
	Hayır	70	100
	Evet	0	0
	<b>İdrar yaparken zorlanma</b>		
	Hayır	67	95,7
	Evet	3	4,3
	<b>İdrar yaparken yanma</b>		
	Hayır	66	94,3
	Evet	4	5,7
	<b>Kasıklarda ağrı</b>		
	Hayır	67	95,7
	Evet	3	4,3
<b>Uyku</b>	<b>Uyumada zorlanma</b>		
	Hayır	40	57,1
	Evet	30	42,9

		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Uyuyamama</b>		
	Hayır	48	68,6
	Evet	22	31,4
	<b>Dinlendirici olmayan uyku</b>		
	Hayır	51	72,9
	Evet	19	27,1
<b>Gastrointestinal sistem</b>	<b>Yutmada güçlük</b>		
	Hayır	65	92,9
	Evet	5	7,1
	<b>İştahsızlık</b>		
	Hayır	40	57,1
	Evet	30	42,9
	<b>Bulantı</b>		
	Hayır	36	51,4
	Evet	34	48,6
	<b>Kusma</b>		
	Hayır	46	65,7
	Evet	24	34,3
	<b>Karında şişlik/gerginlik</b>		
	Hayır	42	60
	Evet	28	40
	<b>Karın ağrısı</b>		
	Hayır	49	70
	Evet	21	30
	<b>Gaz çıkaramama</b>		
	Hayır	36	51,4
	Evet	34	48,6
	<b>Kabızlık</b>		
	Hayır	36	51,4
	Evet	34	48,6
<b>İshal</b>			
Hayır	64	91,4	
Evet	6	8,6	
<b>Hareket Sistemi</b>	<b>Fiziksel harekette zorlanma</b>		
	Hayır	64	91,4
	Evet	6	8,6

		n	%
	<b>Fiziksel harekette azalma</b>		
	Hayır	53	75,7
	Evet	17	24,3
	<b>Hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı</b>		
	Hayır	48	68,6
	Evet	22	31,4
	<b>Yorgunluk</b>		
	Hayır	44	62,9
	Evet	26	37,1
<b>Cilt</b>	<b>Terleme</b>		
	Hayır	47	67,1
	Evet	23	32,9
	<b>Ameliyat bölgesinde ağrı</b>		
	Hayır	11	15,7
	Evet	59	84,3
	<b>Ameliyat bölgesinde kızarıklık</b>		
	Hayır	63	90
	Evet	7	10
	<b>Ameliyat bölgesinde akıntı</b>		
	Hayır	58	82,9
	Evet	12	17,1
	<b>Ciltte solukluk</b>		
	Hayır	65	92,9
	Evet	5	7,1

Ameliyat sonrası semptomlar incelendiğinde; mental durum semptomlarından uyku hali %35,7 (n=25), huzursuzluk/endişe yaşayan %40 (n=28) hasta görülmüştür. Sinir sistemi semptomlarından %27,1'i (n=19) baş ağrısı, %31,4'ü (n=22) baş dönmesi, vücudun bir bölümünde uyuşma/karınalanma %24,3 (n=17) hastada saptanmıştır. Solunum sistemi semptomları anlamlı derecede görülmemiştir. Kalp-Damar sistemi semptomlarından kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği %28,6 (n=20) olarak en çok görülmektedir. Üriner sistem semptomlarından idrar yapamama %14,3 (n=10) olarak saptanmıştır. Uyku durumu incelendiğinde hastaların %42,9'unun (n=30) uyumada zorlandığı, %31,4'ünün (n=22) uyuyamadığı, %27,1'sinin (n=19) dinlendirici olamayan



uyku yaşadığı belirlenmiştir. Gastrointestinal sistem semptomlarından iştahsızlık %42,9 (n=30), bulantı %48,6 (n=34), kusma %34,3 (n=24), karında şişlik/gerginlik %40 (n=28), karın ağrısı %30 (n=21), gaz çıkaramama %48,6 (n=34) ve kabızlık %48,6 (n=34) sık görülen bulgular olarak saptanmıştır.

Hareket sistemi semptomlarından fiziksel harekette azalma %24,3 (n=17), hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı %31,4 (n=22), yorgunluk %37,1 (n=26) olarak görülmüştür. Cilt durumu incelendiğinde, terleme %32,9 (n=23), ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.3.2. Ameliyat Sonrası En Sık Görülen Semptomların Dağılımı (N=70)**

Semptom	n	%
Cilt (Ameliyat bölgesinde ağrı)	59	84,3
Gastrointestinal Sistem (Bulantı)	34	48,6
Gastrointestinal Sistem (Gaz çıkaramama)	34	48,6
Gastrointestinal Sistem (Kabızlık)	34	48,6
Uyku (Uyumada zorlanma)	30	42,9
Gastrointestinal Sistem (İştahsızlık)	30	42,9
Mental Durum (Huzursuzluk / Endişe)	28	40
Gastrointestinal Sistem (Karında şişlik/gerginlik)	28	40
Hareket Sistemi (Yorgunluk)	26	37,1
Mental Durum (Uyku hali)	25	35,7
Cilt (Terleme)	23	32,9
Sinir Sistemi (Baş dönmesi)	22	31,4
Uyku (Uyuyamama)	22	31,4
Kalp-Damar Sistemi (Kan basıncı düşüklüğü / yüksekliği)	20	28,6

Hastaların ameliyat sonrası yaşadığı en sık semptomlar sıralanmıştır. İlk sırada ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.3.3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Dağılımı**

		<i>x</i>	$\pm$ ss	Min	Max
Mental durum	<b>Uyku Hali (N=25)</b>				
	Sıklık	2,20	0,764	1	4
	Şiddet	2,16	0,800	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,80	1,118	2	5
	<b>Sinirlilik (N=11)</b>				
	Sıklık	2,27	0,647	1	3
	Şiddet	2,09	0,701	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,73	0,905	2	5
	<b>Huzursuzluk/Endişe (N=28)</b>				
	Sıklık	2,50	0,694	1	4
	Şiddet	2,25	0,799	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,96	0,744	2	5
	<b>Dikkati yoğunlaştırmada zorlanma</b>				
	Sıklık	1,80	0,837	1	3
	Şiddet	2,00	0,707	1	3
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,40	1,342	1	4	
Sinir sistemi	<b>Baş ağrısı (N=19)</b>				
	Sıklık	2,37	0,831	1	4
	Şiddet	2,21	0,631	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,58	1,216	1	5
	<b>Baş dönmesi (N=22)</b>				
	Sıklık	2,00	0,816	1	4
	Şiddet	1,86	0,560	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,41	0,796	3	5
	<b>Vücutta uyuşma (N=17)</b>				
	Sıklık	2,47	0,800	1	4
	Şiddet	2,59	0,939	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,47	1,179	1	5
Solunum sistemi	<b>Öksürük (N=5)</b>				
	Sıklık	2,00	0	2	2
	Şiddet	2,40	0,548	2	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,80	0,447	3	4
	<b>Nefes darlığı (N=4)</b>				
	Sıklık	1,50	0,577	1	2
	Şiddet	1,75	0,957	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,75	0,500	4	5
	<b>Sekresyon artışı (N=3)</b>				
	Sıklık	2,33	0,577	2	3
	Şiddet	2,33	0,577	2	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,00	0	4	4
	<b>Yan ağrısı (N=3)</b>				
	Sıklık	3,00	0	3	3
Şiddet	2,00	0	2	2	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,67	0,577	4	5	

		<b>x</b>	<b>±ss</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Kalp-Damar sistemi</b>	<b>Kan basıncı düşüklüğü / yüksekliği</b>				
	Sıklık	2,55	0,759	1	4
	Şiddet	2,10	0,553	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,40	0,821	2	5
	<b>Kalp ritim sorunları (N=6)</b>				
	Sıklık	2,83	0,753	2	4
	Şiddet	2,50	0,548	2	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,67	0,516	3	4
	<b>Ödem (N=14)</b>				
	Sıklık	2,64	0,842	1	4
	Şiddet	2,36	0,842	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,79	0,893	2	5
	<b>Göğüs ağrısı (N=0)</b>				
	Sıklık	-	-	-	-
Şiddet	-	-	-	-	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	-	-	-	-	
<b>Üriner sistem</b>	<b>İdrar yapamama (N=10)</b>				
	Sıklık	2,00	1,054	1	4
	Şiddet	2,10	0,876	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,90	0,876	3	5
	<b>İdrar tutamama (N=0)</b>				
	Sıklık	-	-	-	-
	Şiddet	-	-	-	-
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	-	-	-	-
	<b>İdrar yaparken zorlanma (N=3)</b>				
	Sıklık	3,00	0	3	3
	Şiddet	2,67	1,155	2	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,67	1,155	3	5
	<b>İdrar yaparken yanma (N=4)</b>				
	Sıklık	2,75	0,957	2	4
	Şiddet	2,00	0	2	2
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,25	0,957	2	4
	<b>Kasıklarda ağrı (N=3)</b>				
	Sıklık	2,67	0,577	2	3
Şiddet	2,67	0,577	2	3	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,33	1,155	2	4	
<b>Uyku</b>	<b>Uyumada zorlanma (N=29)</b>				
	Sıklık	2,66	0,721	1	4
	Şiddet	2,41	0,628	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,93	0,753	3	5
	<b>Uyuyamama (N=21)</b>				
	Sıklık	2,57	0,676	1	4
	Şiddet	2,38	0,669	1	4
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,95	0,740	3	5	

		<b>x</b>	<b>±ss</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
	<b>Dinlendirici olmayan uyku (N=18)</b>				
	Sıklık	2,50	0,618	1	3
	Şiddet	2,39	0,608	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,94	0,725	3	5
<b>Gastrointestinal sistem</b>	<b>Yutmada güçlük (N=5)</b>				
	Sıklık	3,00	0,707	2	4
	Şiddet	2,20	0,447	2	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,40	0,894	3	5
	<b>İştahsızlık (N=30)</b>				
	Sıklık	2,60	0,724	1	4
	Şiddet	2,37	0,615	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,73	0,944	2	5
	<b>Bulantı (N=34)</b>				
	Sıklık	2,41	0,609	1	4
	Şiddet	2,35	0,597	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,76	0,955	2	5
	<b>Kusma (N=24)</b>				
	Sıklık	2,29	0,751	1	3
	Şiddet	2,29	0,550	1	3
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,92	1,060	1	5
	<b>Karında şişlik/gerginlik (N=27)</b>				
	Sıklık	2,52	0,643	1	4
	Şiddet	2,41	0,747	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,85	0,864	2	5
	<b>Karın ağrısı (N=20)</b>				
	Sıklık	2,75	0,716	1	4
	Şiddet	2,75	0,716	2	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,85	0,933	2	5
	<b>Gaz çıkaramama (N=33)</b>				
	Sıklık	2,52	0,712	1	4
	Şiddet	2,52	0,667	2	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,97	0,770	3	5
	<b>Kabızlık (N=33)</b>				
	Sıklık	2,48	0,755	1	4
	Şiddet	2,45	0,711	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,15	0,712	3	5
	<b>İshal (N=5)</b>				
	Sıklık	2,80	0,837	2	4
	Şiddet	2,40	1,140	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,00	1,225	2	5
<b>Hareket sistemi</b>	<b>Fiziksel harekette zorlanma (N=36)</b>				
	Sıklık	2,75	0,770	1	4
	Şiddet	2,72	0,741	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,14	0,762	2	5

		<b>x</b>	<b>±ss</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Cilt</b>	<b>Fiziksel harekette azalma (N=15)</b>				
	Sıklık	3,13	0,640	2	4
	Şiddet	3,13	0,640	2	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,20	0,941	2	5
	<b>Hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı</b>				
	Sıklık	2,76	0,831	1	4
	Şiddet	2,90	0,768	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,10	0,831	2	5
	<b>Yorgunluk (N=25)</b>				
	Sıklık	2,68	0,748	1	4
	Şiddet	2,56	0,768	1	4
	Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,04	0,978	2	5
	<b>Terleme (N=22)</b>				
	Sıklık	2,68	0,839	1	4
	Şiddet	2,59	0,959	1	4
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,00	1,234	1	5	
<b>Ameliyat bölgesinde ağrı (N=59)</b>					
Sıklık	2,81	0,730	1	4	
Şiddet	2,83	0,723	2	4	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,36	0,737	2	5	
<b>Ameliyat bölgesinde kızarıklık (N=6)</b>					
Sıklık	3,00	1,095	1	4	
Şiddet	2,67	1,033	1	4	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	3,83	1,602	1	5	
<b>Ameliyat bölgesinde akıntı (N=11)</b>					
Sıklık	2,45	0,934	1	4	
Şiddet	2,36	0,809	1	3	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,27	1,191	2	5	
<b>Ciltte solukluk (N=4)</b>					
Sıklık	2,75	0,957	2	4	
Şiddet	2,00	0,816	1	3	
Hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği	4,75	0,500	44	5	

Ameliyat sonrası semptomların sıklık, şiddet ve hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği incelendiğinde; mental durum uyku hali sıklığı  $2.20 \pm 0,764$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,16 \pm 0,800$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,80 \pm 1,118$  (dağılımı:2-5)'dir. Huzursuzluk ve endişe sıklığı  $2,50 \pm 0,694$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,09 \pm 0,799$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,96 \pm 0,905$  (dağılımı:2-5)'dir.

Sinir sistemi semptomlarından baş dönmesi sıklığı  $2,00\pm 0,816$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $1,86\pm 0,560$  (dağılımı:1-3), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,41\pm 0,796$  (dağılımı:3-5)'dir.

Kalp-Damar sisteminde kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği sıklık  $2,55\pm 0,759$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,10\pm 0,553$  (dağılımı:1-3), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,40\pm 0,821$  (dağılımı:2-5)'dir.

Üriner sistem semptomlarından idrar yapamama sıklığı  $2,00\pm 1,054$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,10\pm 0,876$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,90\pm 0,876$  (dağılımı:3-5)'dir.

Uyku ile ilgili semptomlar uyumada zorlanma sıklığı  $2,66\pm 0,721$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,41\pm 0,628$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,93\pm 0,753$  (dağılımı:3-5)'dir. Uyuyamama sıklığı  $2,57\pm 0,676$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,38\pm 0,669$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,95\pm 0,740$  (dağılımı:3-5)'dir.

Gastrointestinal sistem semptomlarından iştahsızlık sıklığı  $2,60\pm 0,724$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,37\pm 0,615$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,73\pm 0,944$  (dağılımı:2-5)'dir. Bulantı sıklığı  $2,41\pm 0,609$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,35\pm 0,597$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,76\pm 0,955$  (dağılımı:2-5)'dir. Kusma sıklığı  $2,29\pm 0,751$  (dağılımı:1-3), şiddeti  $2,29\pm 0,550$  (dağılımı:1-3), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,92\pm 1,060$  (dağılımı:1-5)'dir. Karında şişlik/gerginlik sıklığı  $2,52\pm 0,643$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,41\pm 0,747$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,85\pm 0,864$  (dağılımı:2-5)'dir. Gaz çıkaramama sıklığı  $2,52\pm 0,712$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,52\pm 0,667$  (dağılımı:2-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $3,97\pm 0,770$  (dağılımı:3-5)'dir. Kabızlık sıklığı  $2,48\pm 0,755$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,45\pm 0,711$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,15\pm 0,712$  (dağılımı:3-5)'dir.

Hareket sisteminde, fiziksel harekette zorlanma semptomunun sıklığı  $2,75\pm 0,770$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,72\pm 0,741$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,14\pm 0,762$  (dağılımı:2-5)'dir. Yorgunluk görülme sıklığı  $2,68\pm 0,748$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,56\pm 0,768$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,04\pm 0,978$  (dağılımı:2-5)'dir.

Cilt semptomları başlığı altında bulunan, terleme sıklığı  $2,68 \pm 0,839$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,59 \pm 0,959$  (dağılımı:1-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,00 \pm 1,234$  (dağılımı:1-5)'dir. Ameliyat bölgesinde ağrı sıklığı  $2,81 \pm 0,730$  (dağılımı:1-4), şiddeti  $2,83 \pm 0,723$  (dağılımı:2-4), hemşirelik izlemi, bakımı ve desteği  $4,36 \pm 0,737$  (dağılımı:2-5)'dir.

Hemşirelik bakım, izlem ve desteği açısından baş dönmesi, nefes derliği, sekresyon artışı, yan ağrısı, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, fizisel harekette zorlanma ve azalma, hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı, yorgunluk, ameliyat bölgesinde ağrı, kızamık, akıntı ve ciltte solukluk semptomlarının hemşireler tarafından önemle izlendiği ve hasta algısının da iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

#### 6.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının değerlendirilmesi

**Tablo 6.4.1. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=70)**

	<i>x</i>	$\pm ss$	Minimum	Maksimum
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	4,23	0,765	2	5
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	4,34	0,740	2	5
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	4,34	0,720	2	5
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	4,33	0,775	1	5
5. Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	4,23	0,820	1	5
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	4,39	0,767	2	5
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	4,39	0,728	2	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	4,46	0,736	2	5
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	4,47	0,675	3	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	4,43	0,714	2	5

11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	4,31	0,733	2	5
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	4,49	0,654	3	5
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	4,36	0,781	2	5
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından	4,50	0,676	3	5
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	4,37	0,705	2	5
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	4,40	0,689	3	5
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	4,46	0,695	2	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	4,53	0,631	3	5
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	4,41	0,691	3	5
Genel	83,43	12,059	1	5

Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği verdiği puanlar incelendiğinde; hemşirelerin iyi olup olmadığını kontrol etme sıklığından, hemşirelerin yardımseverliğinden, hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden, hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan, hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından, serviste size sağlanan özgürlükten, hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından, hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden ve hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından şeklinde belirlenen ölçek sorularına verilen puan dağılımlarının, genel dağılıma oranla yüksek olduğu görülmektedir.



**Tablo 6.4.2. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (N =70)**

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği			
	X	±ss	Minimum	Maksimum
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	77,69	12,827	43	95
Erkek	86,82	10,296	57	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-3,029	<b>p=0,002</b>		
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	84,56	10,562	57	95
Evli	83,04	12,607	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,088	p=0,929		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	87	6,285	78	95
Lise	84,90	10,129	59	95
Lisans	83,05	13,185	43	95
Yüksek lisans ve üzeri	72,33	13,868	57	84
<b>X<sup>2</sup><sub>kw</sub></b>	2,793	p=0,425		
<b>Sigara Kullanımı</b>				
Evet	80,88	13,192	57	95
Hayır	84,84	11,285	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-1,192	p=0,233		
<b>Alkol Kullanımı</b>				
Evet	82,32	12,189	57	95
Hayır	83,84	12,105	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,843	p=0,399		

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre hemşirelik bakımında daha memnun kaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı derecede fark oluşturduğu saptandı (p<0,05). Medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı hemşirelik bakımı memnuniyet açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir (p>0,05).

**Tablo 6.4.3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Hastalık Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması (N =70)**

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği			
	X	±ss	Minimum	Maksimum
<b>Kronik Hastalık</b>				
Var	79,71	14,649	43	95
Yok	85,90	9,365	59	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	2,159	<b>p=0,034</b>		
<b>Evde Sürekli İlaç Kullanımı</b>				
Var	80,45	14,247	43	95
Yok	85,79	9,529	59	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-1,539	p=0,124		
<b>Daha Önce Ameliyat Geçirme</b>				
Evet	80,64	12,899	43	95
Hayır	87,61	9,422	59	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-2,647	p=0,008		
<b>Yoğun Bakımda Kalma Durumu</b>				
Evet	83,26	9,660	60	95
Hayır	83,49	12,925	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,669	p=0,504		
<b>Ameliyat Tipi</b>				
Acil	84,40	9,125	73	95
Planlı	83,16	12,802	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,051	p=0,960		
<b>Sistemlere İlişkin Cerrahi Tedavi</b>				
Gastrointestinal Sistem	82,13	13,923	43	95
Ortopedik Cerrahi	83,37	11,344	59	95
Ürolojik Hastalıklar	90,17	8,010	76	95
Nöroşirurji	83,00	11,576	57	95
<b>X<sub>2kw</sub></b>	3,147	p=0,370		

Hemşirelik bakımından memnuniyetin daha önce ameliyat geçirmemiş hastalarda, ameliyat deneyimi yaşamış hastalara oranla yüksek olduğu saptandı ve bu

fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olanların, olmayan hastalara oranla hemşirelik bakım memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Evde sürekli ilaç kullananlarda, yoğun bakımda kalma durumu, ameliyat tipi ve sistemlere ilişkin cerrahi tedavi türleri arasında hemşirelik bakım memnuniyeti değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.4.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı ile Hastalık ve Ameliyat Özellikleri Korelasyonu**

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı	
	$r_s$	<b>p</b>
Ameliyat sonrası yatış süresi (N=70)	-0,042	0,732
Hastanede toplam yatış süresi (N=70)	-0,032	0,792
Yoğun bakımda kalma süresi (N=19)	0,105	0,668
Ameliyat sonrası yatış süresi (N=70)	-0,047	0,698
Ameliyat süresi (N=70)	0,031	0,800

Ameliyat sonrası yatış süresi, hastanede toplam yatış süresi, yoğun bakımda kalma süresi, ameliyat sonrası yatış süresi ve ameliyat süresinin Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyi toplam puan ortalamaları oranında yapılan korelasyon düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.4.5. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomların Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması (N =70)**

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği			
	x	±ss	Minimu	Maksimu
<b>Mental Durum (Uyku hali)</b>				
Evet	83,88	14,040	43	95
Hayır	83,18	10,970	57	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,509	p=0,611		
<b>Mental Durum (Huzursuzluk / Endişe)</b>				
Evet	84,14	11,655	57	95
Hayır	82,95	12,437	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,364	p=0,716		
<b>Sinir Sistemi (Baş dönmesi)</b>				
Evet	82,41	12,070	57	95
Hayır	83,90	12,152	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,609	p=0,543		
<b>Kalp-Damar Sistemi (Kan basıncı düşüklüğü / yüksekliği)</b>				
Evet	80,80	13,843	57	95
Hayır	84,48	11,247	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-1,014	p=0,311		
<b>Uyku (Uyumada zorlanma)</b>				
Evet	84,87	10,692	57	95
Hayır	82,35	13,018	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,805	p=0,421		
<b>Uyku (Uyuyamama)</b>				
Evet	83,50	12,588	57	95
Hayır	83,40	11,944	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	-0,211	p=0,833		
<b>Gastrointestinal Sistem (İştahsızlık)</b>				
Evet	82,97	13,448	43	95
Hayır	83,77	11,067	57	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	0,234	p=0,815		
<b>Gastrointestinal Sistem (Bulantı)</b>				
Evet	82,21	11,412	57	95
Hayır	84,58	12,691	43	95
<b>Z<sub>mwu</sub></b>	0,934	p=0,350		

	$\bar{x}$	$\pm ss$	Minimum	Maksimum
<b>Gastrointestinal Sistem (Karında şişlik)</b>				
Evet	85,64	10,740	57	95
Hayır	81,95	12,774	43	95
$Z_{mww}$	-1,275	p=0,202		
<b>Gastrointestinal Sistem (Gaz)</b>				
Evet	82,97	11,307	57	95
Hayır	83,86	12,873	43	95
$Z_{mww}$	-0,577	p=0,564		
<b>Gastrointestinal Sistem (Kabızlık)</b>				
Evet	82,74	12,174	57	95
Hayır	84,08	12,084	43	95
$Z_{mww}$	-0,268	p=0,789		
<b>Hareket Sistemi (Yorgunluk)</b>				
Evet	81,69	12,161	43	95
Hayır	84,45	12,018	57	95
$Z_{mww}$	-1,071	p=0,284		
<b>Cilt (Terleme)</b>				
Evet	86,00	11,374	57	95
Hayır	82,17	12,301	43	95
$Z_{mww}$	-1,305	p=0,192		
<b>Cilt (Ameliyat bölgesinde ağrı)</b>				
Evet	82,68	12,463	43	95
Hayır	87,45	9,015	71	95
$Z_{mww}$	-1,087	p=0,277		

Ameliyat sonrası hastalarda en sık görülen uyku hali, huzursuzluk/endişe, baş dönmesi, kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği, uyumada zorlanma, uyuyamama, iştahsızlık, bulantı, karında şişlik, gaz çıkaramama, kabızlık, yorgunluk, terleme ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarının hemşirelik bakım memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

## 7.TARTIŞMA

Ameliyat geçiren hastaların bu döneme ilişkin gereksinimlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular dört ana başlık altında ele alınarak tartışılmıştır.

1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Tartışılması
4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.

### 7.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Hastanın hastanede kaldığı sürede en sık birlikte olduğu sağlık çalışanı hemşiredir. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel gelişimine ve etnik yapısına bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, onlara karşı olumlu ve hassas davranmaları, sorulara açık ve net yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesi memnuniyet için önemli göstergelerdir (Türker ve ark., 2009).

Bu çalışmaya katılan hastaların %62,9'u (n=44) erkek, %37,1'i kadın olmak üzere yaş aralığı 49,79±16,814 olarak belirtilmiştir. Hastaların medeni durumu %74,3'ü (n=52) evli, eğitim durumu %58,6'sı (n=41) lisans mezunu, %64,3'nün (n=45) sigara kullanmadığı ve %72,9'nun (n=51) alkol kullanmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Türker ve ark. (2009) yaptıkları hemşirelik uygulamalarına yönelik hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmada ve Yılmaz'ın (2002) ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan kadınların fazla olduğu ve hastaların yaş ortalamalarının da çalışmamızdaki bulgularla benzerlikler gösterdiği görülmektedir. Mohanan et al. (2010) hemşirelik bakımına yönelik hasta memnuniyeti üzerine yaptığı çalışmada yaş ortalamasını 41- 60 olarak belirlemiştir. Bu da çalışmamızdaki bulgu ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda lisans mezunu %58,6 (n=41) hastanın Yılmaz (2002) ve Türker ve ark. (2009) yaptığı çalışmaya göre eğitim durumunun yüksek olduğu, Mohanan et al. (2010) hastaların %28'inin ikinci dereceden eğitimi olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmamızın özel bir hastanede yapılmış olmasından dolayı eğitim düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda %64,3'nün (n=45) sigara kullanmadığı ve %72,9'nun (n=51) alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Hastaların %60'ının (n=42) kronik hastalığının olmadığı görülmektedir. Hipertansiyonun % 22,9 (n=16) ise en çok karşılaşılan kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bu duruma bağlı olarak evde sürekli ilaç kullanımı %25,7 (n=18) ile hipertansif ilaçlar oluşturmaktadır. Mohanan et al. (2010) çalışmasında %16 ile en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon belirtilmiştir. Buna bağlı olarak ameliyat sonrası semptomlar arasında kan basıncında yükselme/düşme bulgusunun en sık görülme nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %60'ı (n=42) daha önce ameliyat geçirmiş, Yılmaz (2002) çalışmasında hastaların %52,5 ameliyat geçirmiştir. %72,9'u (n=51) yoğun bakımda kalmamış, %78,6'sının (n=55) ameliyat planlı olarak gerçekleştirilmiştir.

## **7.2. Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası yatış süresi (gün)  $8,84 \pm 11,511$  (dağılım: 2-90), Yılmaz (2002) çalışmasında 8 gün ve üzeri %22,5 olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark görülmemiştir.

Hastaların hastanede toplam yatış süresi (gün)  $9,29 \pm 11,498$  (dağılım: 2-90), yoğun bakımda kalma süresi (gün)  $3,11 \pm 6,716$  (dağılım:1-30)'dür. Ameliyat süresi (saat)  $2,888 \pm 1,8685$  (dağılım:0,1-11)'dir olarak saptandı.

Ameliyat bölgesinin değerlendirilmesinde, yaranın görünümü %88,6'i (n=62) normal değerlendirilmiştir. %97,1'nin (n=68) hiperemi varlığının olmadığı görülmektedir. %84,3'nün (n=59) akıntı olmadığı görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası yara bakımlarının düzenli yapılıp takip edilmesi pansuman değiştirme sıklığının

7,5±6,525 (dağılım:1-30) olarak saptanması insizyon yeri kaynaklı semptom gelişme riskinin azalmasını sağlamıştır.

Ameliyat sonrası drenajın sağlanması için göğüs tüpü, dren/hemovak vb. varlığı %68,6 (n=48) olarak saptanmıştır. %61,4'nün (n=43) kanama görülmüştür. Drenaj varlığı ve kanama görülme sıklığı ile orantılı olduğu düşünülmektedir ve ameliyat bölgesine bağlı beklenen bulgulardır.

%92,9'nun (n=65) ağrı varlığının olduğu görülmektedir. Çöçelli (2008)'de ağrı tedavisinde hemşirenin rolü adlı, Leegaard et al (2008), Aiello et al. (2003) ve Özer ve ark. (2006) benzer bir çalışmalarında hastanede yatan pek çok hastanın ağrıyla deneyimlediği, ağrının en önemli semptomlardan biri olduğu, ağrının postoperatif dönem komplikasyonlarını tetiklememesi ve multidisipliner ekip yaklaşımı ile ağrının tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Ameliyat sonrası semptom kontrolünde kullanılan ilaçlardan analjezikler 8,51±11,965 (dağılım:1-90), antibiyotikler 7,13±6,099 (dağılım:1-30), antipiretikler 6,53±12,411 (dağılım:1-75), laksatif/pürgatif grubu ilaçlar 4,61±6,006 (dağılım:1-30), antiemetikler 8,23±15,212 (dağılım:1-90), hipnotik-sedatif vb. ilaçlar 7,30±16,116 (dağılım:1-90), ve antikoagülanların 11,15±13,137 (dağılım:2-70) en çok kullanıldığı görülmektedir. Çalışmamızda ameliyat sonrası en sık görülen semptomlar arasında bulunan ağrı, bulantı, kabızlık ile bunların tedavisinde uygulanan farmakolojik yaklaşım sıklığının birbiri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Ameliyat sonrası hastanın cerrahi birimine geldiği post-op birinci saatte alınan hayati belirtilerin ortalaması, sistolik kan basıncı (mmHGg) 117,64±21,931 (dağılım:85-200), diyastolik kan basıncı (mmHGg) 72,43±13,235 (dağılım:60-140), nabız sayısı (sayı/dk) 80,54±14,903 (dağılım:52-130), vücut ısısı (°C) 36,463±0,5259 (dağılım:35,2-38,5), solunum sayısı (sayı/dk) 20,41±2,275 (dağılım:16-28) şeklinde saptanmıştır.



### **7.3. Ameliyat Sonrası Semptom Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Ameliyat sonrası semptomlar incelendiğinde; mental durum semptomlarından uyku hali %35,7 (n=25), huzursuzluk/endişe yaşayan %40 (n=28) hasta görülmüştür.

Sinir sistemi semptomlarından %27,1'i (n=19) baş ağrısı, %31,4'ü (n=22) baş dönmesi, vücudun bir bölümünde uyuşma/karınalanma %24,3 (n=17) hastada saptanmıştır.

Kalp-Damar sistemi semptomlarından kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği %28,6 (n=20) olarak en çok görülen semptomlar arasındadır.

Üriner sistem semptomlarından idrar yapamama %14,3 (n=10) olarak saptanmıştır.

Uyku durumu incelendiğinde hastaların %42,9'unun (n=30) uyumada zorlandığı, %31,4'ünün (n=22) uyuyamadığı, %27,1'sinin (n=19) dinlendirici olmayan uyku yaşadığı belirlenmiştir. Köçkar (2007) nöroşirurji hastalarında yaptığı çalışmada ameliyat sonrası önemli derecede aktivite kısıtlaması, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları ve yoğun ağrının görüldüğü ve bu sorunların hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Gastrointestinal sistem semptomlarından iştahsızlık %42,9 (n=30), bulantı %48,6 (n=34), kusma %34,3 (n=24), karında şişlik/gerginlik %40 (n=28), karın ağrısı %30 (n=21), gaz çıkaramama %48,6 (n=34) ve kabızlık %48,6 (n=34) sık görülen bulgular olarak saptanmıştır. Ameliyat sonrası fiziksel harekette azalmanın gastrointestinal semptomların gelişmesine neden olduğu düşünülebilir. Taşdemir ve Çelik (2010) ameliyat geçiren hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %42,7'si abdominal distansiyonu, %41,5'inin ameliyat sonrası bulantı ve kusması olduğu belirtilmiştir. Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda; abdominal cerrahi, ameliyat sonrası mobilizasyon ve beslenmeye başlama durumunun etkili olduğu belirlenmiştir. Sinclair (1999) ve Stadler (2003) çalışmalarında hastaların post-operatif bulantı- kusmanın yaş, cinsiyet, sigara içme durumunun farklılıklar gösterdiği ve anestezi türü, ameliyat tipi, anestezi süresinin bulantı-kusmayı artırıcı faktörler olduğu

belirtilmiştir. Hosseini (2010) çalışmasında ameliyat sonrası oral beslenme toleransı, ileus, bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama semptomlarını belirtmiştir ve gaz-gaita çıkışı süresinin erken oral beslenme ile azaltılacağını belirlemiştir. Üriner sistem semptomlarından idrar retansiyonun anesteziye bağlı olarak geliştiği düşünülebilir.

Hareket sistemi semptomlarından fiziksel harekette azalma %24,3 (n=17), hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı %31,4 (n=22), yorgunluk %37,1 (n=26) olarak görülmüştür.

Cilt durumu incelendiğinde, terleme %32,9 (n=23), ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptanmıştır. Hastada gelişen semptomlar sistemler olarak incelendiğinde en çok karşılaşılanlar belirtilmiştir. Özer (1998) çalışmasında ameliyat bölgesinde ağrı %93,47 olarak belirtilmiş ve nöroşirurji, ortopedi, üroloji, ve genel cerrahi hastalarında ağrı ifadesi en çok saptanmıştır.

İlçe ve ark.(2010) beyin tümörlü hastalarda yaptığı çalışmada bulantı, kontipasyon, yetersiz sıvı volümü, hipertermi ve akut ağrının özellikle ameliyat sonrası erken dönemde sık görüldüğü (0-3 gün); ameliyat sonrası geç dönemde ise duyuşsal algılamada bozulma ve konfüzyon saptandığı belirtilmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası en sık yaşadığı semptomlar sıralandığında (Tablo 6.3.1.); ilk sırada ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptanmıştır. Idvall et al. (2002) Post-operatif ağrı yönetimine bağlı hasta ve hemşire bakım kalitesinin değerlendirilmesi adlı çalışmasında %24'ü ameliyat sonrası ağrıyı şiddetli ve buna bağlı bakım kalitesini yetersiz olarak belirtmiştir. Ameliyat sonrası etkili hemşirelik bakımının uygulanması, hastaya ağrı yönetiminin doğru öğretilmesi hastaya kullanılan analjezik sayısını ve dozunu azaltır, hastanede kalış süresini azaltır, normal aktivitesine daha kısa sürede dönmesini sağlar (Karayurt, 1998; Yılmaz ve Gürler, 2011). Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik nedenlerle postoperatif ağrı çekmektedir (Düzel, 2008). Leegaard ve ark. (2008); Özer, (1998); Gürler (2007) çalışmalarında ameliyat sonrası ağrı en sık görülen semptomlar arasındadır. Bu da çalışmamızdaki sonuçları desteklemektedir.

Ameliyat sonrası semptomlardan hemşirelik izlemi, bakım ve desteğinin iyi algılandığına yönelik bulgular incelendiğinde en sık görülenler; baş dönmesi

4,41±0,796, nefes darlığı 4,75±0,500, yan ağrısı 4,67±0,577, yutma güçlüğü 4,40±0,894, kusma 3,92±1,060, kabızlık 4,15±0,712, ishal 4,00±1,225, fiziksel harekette zorlanma 4,14±0,762, fiziksel harekette azalma 4,20±0,941, hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı 4,10±0,831, yorgunluk 4,04±0,978, terleme 4,00±1,234, ameliyat bölgesinde ağrı 4,36±0,737, ameliyat bölgesinde akıntı 4,27±1,191 ve ciltte solukluk 4,75±0,500 olarak saptandı.

Hemşirelik bakım ve desteğinin sık görülen semptomlara yönelik olması, verilen hemşirelik bakımının sık görülen semptomlara yönelik olarak sürdürülmesi ve bunun hastalar tarafından algılanması bakımdan memnuniyet düzeylerine de yansıdığı gibi hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir. Verilen hemşirelik bakımının hastanın gereksinimleri doğrultusunda olması her zaman bakımdan memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (Yılmaz, 2001).

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu anlayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz, 2001; Aiello et al., 2003).

#### **7.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.**

Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği doğrultusunda puanlar incelendiğinde (Tablo 6.4.1); hemşirelerin iyi olup olmadığını kontrol etme sıklığından, hemşirelerin yardımseverliğinden, hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden, hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan, hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzından, serviste size sağlanan özgürlükten, hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından, hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden ve hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından şeklinde belirlenen ölçek sorularına verilen puan dağılımlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Mohanan et al. (2010) çalışmasında “hemşirenin hastaya bilgi vermesi” hastaların %56’sının oldukça memnun olduğu, “hemşirelerin hastaya gösterdikleri ilgi ve özenden” hastaların %40 iyi diğer %40 çok iyi memnun olduğunu, “hemşirenin günlük rutin hasta ihtiyaçlarını ayarlaması” %60’ı çok iyi memnun olduğunu,

“hemşirenin hasta çağırdığında yanıtlanmasından” %44’ü iyi memnun olduğunu, “hemşirenin gizliliği sağlaması” %36’sı iyi memnun olduğunu, “kaliteli hemşirelik bakımının” %44’ü çok iyi memnun olduğunu şeklinde elde edilen bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerlikler göstermektedir.

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde (Tablo 6.4.2); erkeklerin kadınlara göre hemşirelik bakımından daha fazla memnun kaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı derecede fark oluşturduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Okumuş ve ark. (1993), Özmen (1990), Tengilimoğlu (1996), Türker ve ark. (2009) çalışmalarında ise cinsiyet ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı hemşirelik bakımı memnuniyet açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Özmen (1990) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir. Yılmaz (2002) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun oldukları, buna karşılık Okumuş (1993) çalışmasında ve yaptığımız çalışmada eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir. Aiello et al. (2003) çalışmasında hastaların sosyo-demografik özelliklerin hasta memnuniyetini etkilediğini belirtmiştir.

(Tablo 6.4.3) incelendiğinde; hemşirelik bakımından memnuniyetin daha önce ameliyat geçirmemiş hastalarda, ameliyat deneyimi yaşamış hastalara oranla yüksek olduğu saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelik personelinin hasta ile etkileşimleri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu belirtilmektedir. Aiello et al. (2003) çalışmasında hastane deneyimi olan hastaların hemşirelik bakımında memnun olduğunu, Yılmaz (2002) çalışmasında ise ameliyat deneyimi olan hastaların memnuniyetleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Kronik hastalığı olanların, olmayan hastalara oranla hemşirelik bakım memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı

bulundu ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olan hastaların ameliyat sonrası gelişen semptomlara ek olarak kronik hastalığının gösterdiği semptomların gelişmesinin, hastanın hemşirelik bakım ve izleminden beklentilerinin fazla olmasına neden olduğu düşünülebilir.

Evde sürekli ilaç kullananlarda, yoğun bakımda kalma durumu ve ameliyat tipi hemşirelik bakım memnuniyeti değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Ameliyat sonrası yatış süresi, hastanede toplam yatış süresi, yoğun bakımda kalma süresi, ameliyat sonrası yatış süresi ve ameliyat süresinin Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyi toplam puan ortalamaları oranında yapılan değerlendirmelerde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaya ameliyat öncesi ortalama hastane kalış süresi, yoğun bakımda kalma durumu, ameliyat süresi hakkında bilgi verilmesi, hastaların bu durumu kabullenerek geldiği ve yatış süresinin komplikasyon gelişmediği takdirde belirli bir süre ile sınırlandırılmış olmaması, yatış gününün daha çok hasta ve hekimin uygun bulmasına göre belirlenmesi düşünülebilir.

Ameliyat sonrası hastalarda en sık görülen uyku hali, huzursuzluk/endişe, baş dönmesi, kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği, uyumada zorlanma, uyuyamama, iştahsızlık, bulantı, karında şişlik, gaz çıkaramama, kabızlık, yorgunluk, terleme ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarının hemşirelik bakım memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Hastalarda görülen semptomlara yönelik uygulanan farmakolojik tedaviden daha çok hemşirelik hastaların rahatlatılması ve hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeylerinin artırılacağı düşünülebilir. Cerrahi girişim geçiren hastanın bireyselleştirilmiş bakımı kapsamında belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda gerçekleştirilen girişimlerle; amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp-ulaşılmadığı sürekli değerlendirilmeli ve gerekirse değişen gereksinimlere yönelik tekrar planlamaya gidilmelidir (Biol, 2004; Aksoy, 1998).

Cerrahi tedavi uygulanan hastaların bakımında holistik anlayışa ve hümanistik felsefeye bağlı yaşam modeli doğrultusunda hemşirelik modelini kullanarak çözümler üretmek, bireyin tedavisinin yanı sıra sunulan bakımın niteliğini ve kalitesini yükseltecektir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009).

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, hastanedeki hizmetlerin tümü ile ilgili memnuniyetini etkileyen en önemli faktördür (Yılmaz, 2001).

Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde hemşire sayısının çok olması, hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli yanlarında bulunması ve bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır (Yılmaz, 2001).

Bu çalışmada; hastaların ameliyat sonrası en sık karşılaştığı semptomların baş dönmesi, nefes derliği, sekresyon artışı, yan ağrısı, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, fizisel harekette zorlanma ve azalma, hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı, yorgunluk, ameliyat bölgesinde ağrı, kızarıklık, akıntı ve ciltte solukluk olduğu görülmektedir. Hemşirelik izlem, bakım ve desteğinin en sık görülen semptomlara yönelik olduğu, hemşirelik bakımı memnuniyet düzeylerinin beklenen düzeylerde olduğu ve kronik hastalığı olanların memnuniyet düzeylerinin daha önceki deneyimlerinden etkilendiği görülmektedir.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### Sonuç olarak araştırmada elde edilen bulgular;

- Örneklemin %62,9'u (n=44) erkek olup yaş aralığı 49,79±16,814 (dağılım: 19-84) olarak bulunmuştur.
- Hastaların %60'ının (n=42) kronik hastalığı olmadığı görülmektedir. Hipertansiyonun % 22,9 (n=16) ise en çok karşılaşılan kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bu duruma bağlı olarak evde sürekli ilaç kullanımı %25,7 (n=18) ile anti-hipertansif ilaçlar oluşturmaktadır.
- Hastaların %60'ı (n=42) daha önce ameliyat geçirmiş, %72,9'u (n=51) yoğun bakımda kalmamış, %78,6'sının (n=55) ameliyat planlı olarak gerçekleştirilmiştir.
- Hastaların ameliyat sonrası yatış süresi (gün) 8,84±11,511 (dağılım: 2-90)'dir. Hastaların hastanede toplam yatış süresi (gün) 9,29±11,498 (dağılım: 2-90), yoğun bakımda kalma süresi (gün) 3,11±6,716 (dağılım:1-30)'dür. Ameliyat süresi (saat) 2,888±1,8685 (dağılım:0,1-11)'dir. Kanama miktarı (ml) 292,51±769,235 (dağılım:14-4720)'dir. Pansuman değiştirme sıklığı 7,5±6,525 (dağılım:1-30)'dir.
- Ameliyat bölgesinin değerlendirilmesinde, yaranın görünümü %88,6'i (n=62) normal değerlendirilmiştir. %61,4'nün (n=43) kanama görüldüğü, %92,9'nun (n=65) ağrı varlığının olduğu görülmekte, %97,1'nin (n=68) hiperemi varlığının olmadığı görülmektedir. %84,3'ünde (n=59) akıntı olmadığı görülmektedir. Ameliyat sonrası drenajın sağlanması için göğüs tüpü, dren/hemovak vb. varlığı %68,6 (n=48) olarak saptandı.
- Hastaların ameliyat sonrası semptomlardan en sık yaşadığı ameliyat bölgesinde ağrı %84,3 (n=59) olarak saptandı.
- Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre hemşirelik bakımında daha memnun kaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı derecede fark oluşturduğu saptandı (p<0,05).
- Hemşirelik bakımından memnuniyetin daha önce ameliyat geçirmemiş hastalarda, ameliyat deneyimi yaşamış hastalara oranla yüksek olduğu saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

- Kronik hastalığı olanların, olmayan hastalara oranla hemşirelik bakım memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).
- Ameliyat sonrası hastalarda en sık görülen uyku hali, huzursuzluk/endişe, baş dönmesi, kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği, uyumada zorlanma, uyuyamama, iştahsızlık, bulantı, karında şişlik, gaz çıkaramama, kabızlık, yorgunluk, terleme ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarının genellikle önemli bir hasta grubunu etkilediği saptandı.
- Hastaların baş dönmesi, nefes derliği, sekresyon artışı, yan ağrısı, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, fizisel harekette zorlanma ve azalma, hareket ile ortaya çıkan kas ağrısı, yorgunluk, ameliyat bölgesinde ağrı, kızarıklık, akıntı ve ciltte solukluk semptomları ile ilgili hemşirelik bakım, izlem ve desteği ile algılarının daha yüksek düzeylerde olduğu saptandı.



### **Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler;**

- Hasta memnuniyetinin rutin olarak değerlendirilmesi ve sonuçlar göz önünde bulundurularak hemşirelik uygulamalarında hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Ameliyat sonrası gelişebilecek semptomların farkında olunması, zamanında gerekli girişimlerin uygulanması,
- Hastaya yapılacak her uygulama işlem hakkında bilgi verilmesi ve hasta eğitimine önem verilmesi,
- Hastaların postoperatif ilk günlerde konforlarının sağlanması ve artmış olan gereksinimlerinin karşılanması,
- Hastaların hemşirelerden beklentilerini açıklamaları konusunda hemşireler tarafından desteklenmesi,
- Ameliyat sonrası en sık görülen ağrı, bulantı, gaz çıkaramama, kabızlık, uyumada zorlanma, iştahsızlık, huzursuzluk-endişe, karında şişlik gerginlik, yorgunluk, uyku hali gibi semptomların daha sık değerlendirilmesi ve bireysel gereksinimler doğrultusunda bu semptomlara yönelik eğitim planlarının oluşturulması,
- Daha önce ameliyat geçiren, kronik hastalığı olan hastalarda psikolojik destek gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireysel eğitim planlarının oluşturulması,
- Kronik hastalığı olanların mevcut sorunlarının ve daha önceki olumsuz deneyimlerinin ayrıntılı biçimde değerlendirilerek bakım planlarının oluşturulması,
- Ameliyat geçiren hastalarda ameliyat deneyimlerinin ve özellikle postoperatif dönemdeki semptomların ve gereksinimlerinin değerlendirilmesi,
- Ameliyat sonrası en sık rastlanan semptomlarının belirlenen aynı tür ameliyat gruplarında değerlendirilmesi,
- Çalışmaların daha fazla sayıda hastanın yer aldığı örneklem gruplarında, farklı ameliyat türlerinin yer aldığı gruplarda planlanması önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

Acaroğlu R., Savcı C., Bilir A., Kaya H., Şendir M., Örenli E., Temel Z. (2009) Bir Nöroşirürji Kliniğinde Gece Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):35-40.

Aiello,Angelo;Garman,Andrew;Morsis,Scott B. (2003) Patient Satisfaction With Nursing Care: A Multilevel Analysis. Quality Management in Health Care, s: 187-190.

Akbayrak N. (1999) Kalite ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2).

Akyolcu N. (1998) Yara ve Bakımı. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, istanbul,s:19-32.

Akgün Köstek M. (2007) Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6):106-115.

Antony J. Di Marino, Jr.(1998) National Medical Series For Independent Study. Gastrointestinal Hastalıklar.İçinde. İç Hastalıkları. Çeviri editörü:Yılmaz C. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:199-265

Andres J.D., Fischer H. B. J., Ivani G., Mogensen T., Narchi P., Singelyn F.J., Stienstra R., Wulf H. (2005) Postoperative Pain Management- Good Clinical Practice. Produced in Consultation With The European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy.

Aksakal T., Bilgili N. (2008) Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Tıp Dergisi, 30(4) s:242-249.

Aksoy G.(1998) Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, istanbul, s:66-87

Altinel M., Akıncı S.(2010) Ürolojik Laparoskopik Cerrahide Postoperatif Bakım. Adım Adım Laparoskopik Cerrahi, Türk Üroloji Seminerleri, Ankara,1: 147-152.

Aytar G., YeŐildal N.(2004) Yatan Hasta Mumnuniyeti, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3: 10-14

Birol L. (2005). Hemşirelik Süreci, Etki Yayıncılık,(7. Baskı), İzmir

Büyükyılmaz F., Aştı T.(2009) Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12:2

Büyükyılmaz F., Şendir M.(2009) Cerrahi Hastalıklarda Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):75-81

Brown F.M. (2008) Nursing Care After a Shoulder Arthroplasty. Orthopaedic Nursing, 27(1):3-9

Chawani F.S.(2009) Patient Satisfaction With Nursing Care: A Meta Synthesis,University Of The Witwatersrond, Master Of Science in Nursing, Johannesburg

Çınar S. (2010) Mide ve Duedonum Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s:733-741.

Çınar S., Özbayır T., Korkmaz D.F. (2010) Bağırsak ve Rektum Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s:741-750.

Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Ovayolu N.(2008) Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi, 14: 53-58.

Demir N. (2010) Preoperatif Hazırlık-Postoperatif Bakım ve Takip. İçinde:Klinik Beceriler: Sağlığın değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Eds: Sabuncu N, Akça Ay F., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:626-648

Dener C.(2005) Gaitnointestnal Sistem Hastalıklarına Giriş ve Akut Karın. İçinde: Genel Cerrahi, Klinisyen Tıp Kitabevleri, s:283-525

Dramalı F.A.(1998) Ortopedi Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, istanbul, s:201-210

Düzel V.(2008) Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana ( Danışman: Aytaç N.)

Doherty D.(2003) Health Strategy Implementation Project. Measurement of Patient of Satisfaction p:1-26.

Durna Z., Akın S., Özdilli K. (2009). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Cinius Yayınları, İstanbul

Erdil F., Özhan Elbaş N.(2001) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Adoğdu Ofset. 4.Baskı. Ankara.

Erdil F.(1998) Üroloji Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, İstanbul, s:155-176

Erdemir F. (2003-2004). NANDA Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul. 7. Baskı. Nobel kitabevi.

Ertem G.(2003) Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İzmir, (Danışman:Doç.Dr. Ümran SEVİL).

Eti Aslan F.(2010) Ameliyat sonrası bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s:345-372

Gürler H. (2007) Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle İlgili Görüşleri ve Memnuniyet Durumları, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Meryem Yılmaz).

Güngel H. (1995). Ameliyat Sonrası Komplikasyonları. İçinde:Genel Cerrahi. Ed: Değerli Ü. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:145-158.

Hatipoğlu F.S.(1998) Nöroşirürji Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, İstanbul, s:177-200

Harvey C.V. (2005) Spinal Surgery Patient Care. Orthopaedic Nursing, 24(6):426-440.

Hossemı S.N., Mousavinasab S.N., Rahmanpour H. (2010) Comparing Early Oral Feeding With Traditional Oral Feeding İn Upper Gastrointestinal Surgery. Turk J Gastroenterol, 21(2):119-124

Idvall e., Hamrin E., Sjöström B., Unosson M. (2002) Patient and Nurse Assessment of Quality of Care in Postoperative Pain Management. Qual Saf Health Care, 11:327-334.

İlçe A., Totur B., Özbayır T.(2010) Beyin Tümörlü Hastaların Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanılarına Göre Değerlendirilmesi: Bakım Önerileri. Journal of NeurologicalSciences{Turkish}27:(2)#23;178-184.[elektronikdergi].

<http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=361>

İğci A, Asoğlu O.(2006) Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar.Ed: Değerli Ü., Erbil Y Genel Cerrahi. 8.Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Karadağ G., Uçan Ö.(2006) Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3): 42-51

Karadovan A., Kaymakçı ř. (2010) Üriner Sistem Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s:919-975

Karayurt Ö.(1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1).

Karagözoğlu ř. (2010) Yara Bakımı ve Uygulamaları. İçinde: Klinik Beceriler: Sağlığın değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Eds: Sabuncu N, Akça Ay F., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:806-846.

Kirschner-Hermanns R., Knispel C., Möller M., Willis S., Jakse G. (2003) Defecation problems following radical perineal prostatectomy. A prospective study. *Urologie A.*, 42(5):677-84.

Köçkar Ç., Uzun Ö. (2007) Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), s:30-41

Leegaard M., Naden D., Fagermoen M.S.(2008) Postoperative pain and self-management:women's experiences after cardiac surgery, *Jan Original Research*, Norway, s:476-484

Lomas C. (2008) Nurses need to Improve Post-op Pain Documentation. *Acute Pain, Nursing Times. Net*, 10:73-81.

Mohanan K., Kaur S., Das K., Bhalla A.(2010) Patient Satisfaction Regarding Nursing Care at Emergency Outpatient Department in a Tertiary Care Hospital, *Journal of Mental Health and Human Behavior*, 15(1): 54-58

Okumuş H, Akçay H, Karayurt Ö, Demircan G (1993) Bir kalite güvenlik programı ölçütü: hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Uluslar Arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, s: 177-183

Ovayolu N., Bahar A. (2006) *Hemşirelik ve Kalite*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1)

Özbayır T. (2010) *Nörolojik Travmalar. içinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi*, Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Adana, s:1245-1274

Özer S., Akyürek B., Başbakkal Z.(2006) Hemşirelerin Ağrı İle Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Ağrı*, 17(2):36-43

Özmen D. (1999) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması, 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir, s: 532-538.

Rothrock J.C. (2007) Alexander's care of the patient insurgery, Thirteenth Edition, Assciate Editor:Danna R. Mcewen.

Selçukbiricik s.(2000) (ed) Cerrahi Komplikasyonlar. Cerrahi Bilimler, Nobel tıp Kitabevleri Ltd.Şti., İstanbul, s:251-474.

Seymour M. (2010) Patients Requiring Upper Gastrointestinal Surgery. Nursing Care For Specific Surgical Procedures, Elsevier Ltd., s:301-319.

Sinclair, David R., Chung, Frances, Mezei, Gabor MD. (1999) Can Postoperative Nausea and Vomiting Be Predicted? Clinical Investigations, American Society of Anestezistler, 91(1):109–118.

Stadler, Michaela, Bardiau, Françoise R.N., Seidel, Laurence, Albert, Adelin , Boogaerts, Jean G. (2003) Difference in Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. Clinical Investigations, American Society of Anestezistler, 98(1):46-52.

Şelimen D. (1998) Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:10, 1. Baskı, istanbul, s:115-136

Şimşek Yaban Z., Karagöz S.(2007) Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1): 47-53

Taşdemir N., Çelik S. (2010) Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona yönelik deneyimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26(3): 23-31

Tengilimoğlu D. (1996), Ankara'da bir ünivversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, s:103-111

Tel H. (2010) Ağrı, Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. İçinde:Klinik Beceriler: Sağlığın değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Eds: Sabuncu N, Akça Ay F., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:652-672

Turhan Y. (2007) Elektif Cerrahi Operasyonu Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi, Adana Uzmanlık Tezi, (Danışman: Özcengiz D.).

Türker M., Erdost Ş., Aygün P., Karagöz G., Neymen A. (2009) Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi. Ed: Kırılmaz H., Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2(1):236-248.

Uzun G.(2009) Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Uzun Ö.(2000) Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 36-45

Üstündağ H., Zengin N.(2008) Baş Boyun Kanseri Nedeni ile Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 1, s:63-68

Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Charke S.P., Vargas D. (2004) Nurse Burnout and Patient Satisfaction, Medical Care, 42(2): (Suppl): 57-66

Yavuz M. (2010) Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F., Nobel Kitabevi, Adana, s:293-307

Yavuz M. (2010) Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, s:1285-1356

Yılmaz M.(2002) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1): 40-51



Yılmaz M., Gürler H. (2011) Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları:Hasta Görüşleri, Klinik Çalışma, Ağrı, 23(2): 71-79

Yılmaz M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2): 70-74.

[www.perspectivesinnursing.org](http://www.perspectivesinnursing.org)., Erişim tarihi: 17 Ocak 2011

## 10. EKLER

EK-1

### HASTA TANILAMA FORMU

- 1- Yaş:.....
- 2- Cinsiyetiniz: [ ] Kadın [ ] Erkek
- 2- Medeni durumunuz: [ ] Bekar [ ] Evli
- 3- Eğitim durumunuz?  
[ ] Okuryazar değil [ ] İlkokul [ ] Lise [ ] Lisans [ ] Yüksek Lisans ve üzeri
- 4- Sigara kullanıyor musunuz? [ ] Hayır [ ] Evet
- 5- Alkol kullanıyor musunuz?: [ ] Hayır [ ] Evet
- 6- Kronik hastalığınız var mı? [ ] Diyabet [ ] Hipertansiyon [ ] Diğer.....
- 7- Evde sürekli kullandığınız ilaçlar:  
1.Antihipertansifler.....  
2.Antidiyabetikler.....  
3.Diğer:.....  
4.Diğer:.....  
5.Diğer:.....
- 8- Daha önce başka bir ameliyat geçirdiniz mi?  
[ ] Hayır [ ] Evet ise ne?:..... ne zaman:.....
- 9- Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi:.....gece
- 10- Hastanede toplam yatış süresi:.....gece
- 11- Hastanın yoğun bakımda kalma durumu:  
[ ] Hayır [ ] Evet kaç gün:.....

## EK-2

## AMELİYAT SONRASI SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORMU

	Ameliyat sonrası aşağıda yer alan sorunlardan her hangi birisini yaşıyor musunuz?		Cevabınız EVET ise, Ne SIKLIKTA yaşadınız?							Cevabınız EVET ise, Genellikle ŞİDDETİ nasıldı?				Cevabınız EVET ise ameliyat sonrası bu sorunlarla baş etme sürecinde <b>hemşirelik izlemi, bakımı ve desteğini nasıl değerlendiriyor</b> sunuz?			
	Hayır	Evet	Nadiren	Ara sıra	Genellikle	Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Yetersiz	Kısmen yeterli	Orta	Oldukça yeterli	Çok yeterli		
Mental durum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Sinir sistemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Solunum sistemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Kalp-Damar Sistemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Üriner sistem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		

	Ameliyat sonrası aşağıda yer alan sorunlardan her hangi birisini yaşıyor musunuz?		Cevabınız EVET ise, Ne SIKLIKTA yaşadınız?						Cevabınız EVET ise, Genellikle ŞİDDETI nasıldır?					Cevabınız EVET ise ameliyat sonrası bu sorunlarla baş etme sürecinde hemşirelik izlemi, bakımı ve desteğini nasıl değerlendiriyor sunuz?			
	Hayır	Evet	Nadiren	Ara sıra	Genellikle	Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Yetersiz	Kısmen yeterli	Orta	Oldukça yeterli	Çok yeterli		
Gastrointestinal sistem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Hareket sistemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Uyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Cilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		

## Ameliyata İlişkin Bilgiler

Ameliyat nedeni:.....	Ameliyat türü:.....
Ameliyat yeri/bölgesi:.....	Ameliyat süresi:.....
Ameliyat tipi: <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Planlı <input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Diğer:.....	Anestezi türü:.....
Ameliyat günü: post-op.....gün	

## Ameliyat Bölgesinin Değerlendirilmesi

• Görünümü	Normal	Anormal:.....
• Kanama varlığı	Yok	Var:.....
• Kanama miktarı	Yok	.....ml
• Ağrı varlığı	Yok	Var:.....
• Hiperemi varlığı	Yok	Var:.....
• Akıntı varlığı	Yok	Var:.....
• Göğüs tüpü, dren/hemovak vb. varlığı	Yok	Var:.....
• Pansuman değiştirme sıklığı		
• PCA Yolu.....	Yok	Var → İlaç adı:..... Doz:...../gün

## Ameliyat Sonrası Semptom Kontrolünde Kullanılan İlaçlar

	İlaçlar	Sıklık	Doz	Uygulama yolu	Ekstra Doz İhtiyacı
<input type="checkbox"/>	Hipnotik, sedatif vb. grubu ilaçlar				
<input type="checkbox"/>	Bronkodilatatörler				
<input type="checkbox"/>	Dijital grubu ilaçlar				
<input type="checkbox"/>	Antihipertansifler				
<input type="checkbox"/>	Antiaritmikler				
<input type="checkbox"/>	Antikoagülanlar				
<input type="checkbox"/>	Antiasid grubu ilaçlar				
<input type="checkbox"/>	Antiemetikler				
<input type="checkbox"/>	Laksatif/Pürgatif grubu ilaçlar				
<input type="checkbox"/>	Antipiretikler				
<input type="checkbox"/>	Antibiyotik				
<input type="checkbox"/>	Diüretikler				
<input type="checkbox"/>	Elektrolitler				
<input type="checkbox"/>	Analjezikler:.....				
<input type="checkbox"/>	Diğer:.....				
<input type="checkbox"/>	Diğer:.....				

	İlk 15. dakika	İlk 30. dakika	İlk 45. dakika	1.Saat
<b>Kan basıncı</b> (mmHGg)				
<b>Nabız sayısı</b> (sayı/dk)				
<b>Vücut ısısı</b> (°C)				
<b>Solunum sayısı</b> (sayı/dk)				
<b>Santral Venöz Basınç değeri</b> (CVP)				

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Oldukça Memnunum</i>	<i>Çok Memnunum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16.	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17.	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18.	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19.	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

EK-4



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


SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 150  
KONU:

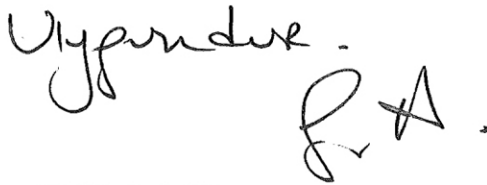
22.10.2010

**AMERİKAN HASTANESİ  
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Canan SEVİLİR PAMUKCU' nun Prof.Dr.Zehra DURNA danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Ameliyat Geçiren Hastaların Bakım Gereksinimlerinin ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

  
Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü



Ek(1):Anket Formu

## 11. ÖZGEÇMİŞ

Adı :Canan

Soyadı :SEVİLİR PAMUKCU

Doğum Tarihi :01.16.1989

Doğum Yeri :Turhal

Medeni Hali :Evli

Yabancı Dil :İngilizce

E-posta Adresi:canan.sevilir@hotmail.com

Tel :5347934554

### **Eğitim ve Akademik Durumu**

Orta Öğretim : Amasya Ovasaray İlköğretim Okulu (1999-2002)

Lise : Amasya Oniki Haziran Lisesi (2002-2005)

Önlisans :Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği (2007-2010)

Lisans : Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005-2009)

### **İş Tecrübesi**

Özel hastane Cerrahi ve Dahiliye Servisi (2009- Halen devam etmekte)