T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PİLONİDAL SİNÜS AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR, AĞRI, ANKSİYETE, HASTA MEMNUNİYETİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tuğba AŞKIN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA 2013

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PİLONİDAL SİNÜS AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR, AĞRI, ANKSİYETE, HASTA MEMNUNİYETİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tuğba AŞKIN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Emel YILMAZ

MANİSA 2013

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde değerli katkılarını ve sonsuz desteğini gördüğüm tez danışmanım ***Doç. Dr. Emel YILMAZ'****a,*

Verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanmasında yardımlarını esirgemeyen ***Yrd. Doç. Dr. Hakan BAYDUR' a,***

Manisa Asker Hastanesi Baştabibi ***Op. Dr. Mehmet ARTAN,*** *Genel Cerrahi Kliniği,* ***Op. Dr. Şahin KAYMAK,*** *Anestezi uzmanı* ***Uzm. Dr. Salih ÇINAR, emeği geçen tüm hemşire arkadaşlarım ve hastane personeline,***

Araştırmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım ***Hemşire Sibel GÜRHAN****'a*

Çalışmaya katılan hastalara,

Beni bugünlere getiren ve desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen canım ***AİLEM****'e*

Destekleri ve sonsuz fedakârlıkları için sevgili eşim ***Gökhan AŞKIN'a,*** *kızım* ***Gülveren Nazlı AŞKIN*** *ve oğlum* ***Emre AŞKIN'a*** *sonsuz teşekkürler.*

TUĞBA AŞKIN

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖNSÖZ..... i
İÇİNDEKİLER..... ii
TABLOLAR DİZİNİ..... ix
GRAFİKLER DİZİNİ..... xii
ŞEKİLLER DİZİNİ..... xv
BÖLÜM I..... 1
GİRİŞ..... 1
1.1. Araştırmanın Amacı..... 1
1.2. Hipotezler..... 2
1.3. Varsayımlar..... 2
1.4. Araştırmanın Önemi..... 3
1.5. Sınırlılıklar..... 3
1.6. Tanımlar..... 4
1.7. Genel Bilgiler..... 4
1.7.1. Tarihçe..... 5
1.7.2. Anatomi..... 6
1.7.3. Etiyoloji..... 6
1.7.4. Pilonidal Sinüs Oluşumunda Etkisi Olan Faktörler..... 10
1.7.4.1. Yaş..... 10
1.7.4.2. Cinsiyet..... 10
1.7.4.3. Meslek..... 11
1.7.4.4. Irk ve Fiziksel Tip..... 11
1.7.4.5. Lokalizasyon..... 11
1.7.5. Epidemiyoloji..... 11
1.7.6. Patoloji..... 12
1.7.7. Patolojik Ayırıcı Tanı..... 13

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

1.7.8. Klinik Bulgular ve Tanı..... 14
1.7.9. Ayırıcı Tanı..... 15
1.7.10. Fizik Muayene Bulguları..... 16
1.7.11. Pilonidal Sinüs ile Karıştırılabilecek Bazı Hastalıklar..... 16
1.7.12. Pilonidal Sinüs ve Karsinoma..... 17
1.7.13. Pilonidal Sinüs Komplikasyonları..... 18
1.7.14. Tedavi..... 18
1.7.14.1. Asemptomatik Pilonidal Hastalık Tedavisi..... 19
1.7.14.2. Akut Pilonidal Apse Tedavisi..... 19
1.7.14.3. Kronik Pilonidal Hastalık Tedavisi..... 20
1.7.14.3.1. Konservatif Yöntemler..... 20
1.7.14.3.2. Cerrahi Tedavi..... 21
1.7.14.4.Ameliyat Öncesi Bakım..... 22
1.7.14.5.Ameliyata Kontrendikasyon Oluşturabilecek Durumlar..... 24
1.7.14.6.Ameliyat Pozisyonu..... 24
1.7.14.7. Anestezi..... 25
1.7.14.8. Pilonidal Sinüs Ameliyatında Kullanılan Cerrahi Yöntemler..... 25
1.7.14.8.1. Açık Yöntemler..... 26
1.7.14.8.2. Kapalı Yöntemler..... 29
1.7.14.9. Ameliyat Sonrası Bakım..... 34
1.7.14.10. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar..... 38
1.8. Hasta Eğitimi..... 38
1.8.1. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimin Ameliyat Sonrasına Etkisi..... 42
1.9. Ağrı..... 44
1.9.1. Ağrının Sınıflandırılması..... 44
1.9.1.1. Ağrının Süresine Göre Sınıflandırma..... 44
1.9.2. Ağrının Sistemler Üzerindeki Etkisi..... 46
1.9.3. Ağrının Değerlendirilmesi..... 47
1.9.3.1. Tek Boyutlu Ağrı Skalaları..... 48

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

1.9.3.1.1. Sözel Tarif Skalaları (VSD)..... 48
1.9.3.1.2. Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS)..... 48
1.9.3.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS)..... 49
1.9.3.1.4. Wong-Baker Yüz İfadesi Skalası..... 50
1.9.3.1.5. Burford Ağrı Termometresi..... 51
1.9.3.2. Çok Boyutlu Ağrı Skalaları..... 52
1.9.3.2.1. Mcgill Melzack Ağrı Soru Formu..... 52
1.9.3.2.2. Davranışsal Değerlendirme Ölçeği..... 53
1.9.4. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Bakımı..... 53
1.9.4.1. Tanılama ve Değerlendirme..... 53
1.9.4.2. Ağrı ile İlgili Hemşirelik Tanıları..... 53
1.9.4.3. Ağrılı Hastada Hemşirelik Bakımı..... 54
1.10. Anksiyete..... 55
1.10.1. Cerrahi ve Anksiyete..... 55
1.10.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar..... 56
1.10.2.1. Psikanalitik Kuram..... 56
1.10.2.2. Öğrenme Kuramı..... 57
1.10.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram..... 57
1.10.2.4. Varoluşçu Kuram..... 57
1.10.2.5. Spielberger'in Anksiyete Kuramı..... 58
1.11. Yaşam Kalitesi..... 58
1.11.1 Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi..... 61
1.12. Hasta Memnuniyeti..... 62
1.12.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler..... 64
1.12.2. Hasta Memnuniyetinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri ve Önemi..... 66
BÖLÜM II.....
GEREÇ VE YÖNTEM..... 68
2. Gereç ve Yöntem..... 68
2.1. Araştırmanın Tipi..... 68

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 68
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi..... 68
2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler..... 69
2.5. Veri Toplama Yöntemi..... 69
2.6. Araştırma Uygulama Şeması..... 74
2.7. Etik Açıklamalar..... 75
2.8. Verilerin Analizi..... 75
2.9. Süre ve Olanaklar..... 76
BÖLÜM III.....
BULGULAR..... 77
3.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgiler..... 77
3.2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyattan Sonra Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumlarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 96
3.3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 97
3.4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeklerinden Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 99
3.5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 100
3.6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların SF-36 Alt Boyutları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 103
3.7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 112
3.8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 113

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

3.9. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Şikâyetleri İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 115
3.10. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 117
3.11. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 119
3.12. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 121
3.13. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 123
BÖLÜM IV.....
TARTIŞMA..... 127
4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi..... 127
4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyattan Sonra Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumlarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 136
4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 137
4.4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeklerinden Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 139
4.5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Hasta Gruplarına Göre Dağılımının İncelenmesi..... 140

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

4.6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların SF-36 Alt Boyutları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 142
4.7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 145
4.8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları İle Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 146
4.9. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Şikâyetleri ile Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 147
4.10. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 148
4.11. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 149
4.12. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 150
4.13. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 150
BÖLÜM V.....
SONUÇ VE ÖNERİLER..... 152
5.1. Sonuç..... 152
5.2. Öneriler..... 158
BÖLÜM VI
ÖZET VE ABSTRACT..... 160
6.1. Özet..... 160
6.2. Abstract 164

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR..... 170

EKLER.....

EK I. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu..... 181

EK II. Anket Formu..... 184

EK III. T.C. Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi..... 196

EK IV. Manisa Asker Hastanesi Başhekimliği Tez Uygulama İzin Yazısı..... 197

EK V. Eğitim Kitapçığı..... 198

ÖZGEÇMİŞ..... 199

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

TABLOLAR DİZİNİ

SAYFA NO

1. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dağılımı..... 77
2. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların beden kitle indeksine göre dağılımı..... 78
3. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı..... 78
4. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre dağılımı..... 79
5. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların mesleklere göre dağılımı..... 80
6. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı..... 80
7. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların sigara kullanma durumlarına göre dağılımı..... 81
8. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları yer durumlarına göre dağılımı..... 81
9. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların her gün düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı..... 82
10. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce önemli bir hastalık geçirme durumuna göre dağılımı..... 83
11. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce hastaneye yatma durumuna göre dağılımı..... 83
12. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre dağılımı..... 84
13. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların anestezi türüne göre dağılımı..... 84

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

14. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı..... 85
15. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kalış sürelerine göre dağılımı..... 85
16. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların normal yaşantılarındaki çok sık ağrı yaşama durumuna göre dağılımı..... 86
17. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların normal yaşantılarındaki ağrı ile baş etme yöntemlerine göre dağılımı..... 86
18. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına göre dağılımı..... 87
19. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı ile başetme durumuna göre dağılımı..... 88
20. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı yerlerine göre dağılımı..... 89
21. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası en çok hangi durumlarda ağrı yaşadıklarına göre dağılımı 90
22. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerine göre dağılımı..... 91
23. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarına göre dağılımı..... 92
24. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenlerine göre dağılımı..... 94
25. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımı..... 95
26. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli, kaygı düzeylerine göre dağılımı..... 96

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

27. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi SF-36 puan ortalamalarına göre dağılımı..... 97
28. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamalarına göre dağılımı..... 98
29. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelikten memnuniyet durumlarına göre dağılımı..... 99
30. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine göre dağılımı..... 100
31. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeylerine göre dağılımı..... 101
32. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku hali/sersemlik düzeylerine göre dağılımı..... 101
33. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı düzeylerine göre dağılımı..... 102
34. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bel ağrısı düzeylerine göre dağılımı..... 102
35. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı..... 103
36. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı..... 112
37. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı..... 113
38. Araştırma Örneklemine Alınan Ameliyat Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı..... 115
39. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi..... 117

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

40. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi..... 119

41. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 121

42. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi..... 124

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

GRAFİKLER DİZİNİ

SAYFA NO

1. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Fiziksel Fonksiyon Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 104

2. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Rol Fonksiyon (Fiziksel) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 105

3. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Ağrı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 106

4. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından vitalite (canlılık) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 107

5. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Sosyal Fonksiyon Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 108

6. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Rol Fonksiyonu (Emosyonel) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 109

7. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF- 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Mental Sağlık Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 110

8. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Genel Sağlık Fonksiyonu Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 111

9. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 113

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SAYFA NO

10. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 114

11. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi..... 116

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

Şekil 1 Kıl Gömülmesi İşlemi 9
Şekil 2 Pilonidal Sinüsün Tamamlanmış Hali..... 9
Şekil 3 Ameliyat Pozisyonu..... 25
Şekil 4 Marsupializasyon..... 26
Şekil 5 MacFee Tekniği..... 27
Şekil 6 İnsizyon ve Küretaj..... 28
Şekil 7 Bascom Operasyonu..... 29
Şekil 8 Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama..... 30
Şekil 9 Oblik Eksizyon ve Primer Kapama..... 30
Şekil 10 Asimetrik Eksizyon ve Kaydırılmış Fleple Onarım..... 31
Şekil 11 Romboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama..... 32
Şekil 12 Z-Plasti Flebi..... 33
Şekil 13 V-Y Flep..... 34
Şekil 14 Sözel Tarif Skalası (VSD)..... 48
Şekil 15 Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS)..... 49
Şekil 16 Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS)..... 50
Şekil 17 Ağrının Değerlendirilebilmesi İçin Kullanılan Yüz İfadeleri..... 50
Şekil 18 Burford Ağrı Termometresi..... 51
Şekil 19 Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu 52

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM I

GİRİŞ

Pilonidal sinüs en sık sakrokoksigeal bölgede rastlanan, bu bölgede inflamasyon, apse ve/veya sinüs formasyonu ile karakterize (1), günlük aktiviteyi ve yaşam konforunu bozan, uzun süre işgücü kaybına yol açan bir hastalıktır (2-4).

Pilonidal sinüsün etiyolojisi ve tedavisi üzeride yüzyılı aşkın bir süredir belirli bir fikir birliği sağlanamamıştır ve halen de tartışmalar devam etmektedir (2-5) .

Tekrarlayan apse atakları sonucunda multipl sinüslerin ve lateral sinüs traktlarının ortaya çıkmasıyla hastalık komplike bir görünüm kazanmaya başlar. Uzun süre tedavi edilmediği zaman sosyal ve psişik problemleri beraberinde getiren bu hastalık aynı zamanda malign dejenerasyon gösterebilmektedir (6).

Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki ilişkide yer alan bir öğretme ve öğrenme sürecidir. Hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlamak için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması sağlık hizmetinin bütünleyici bir parçasıdır (7).

Pilonidal hastalıktan korunmada, sakrokoksigeal bölgenin temiz tutulması önemli bir yer tutmaktadır. Bu konuda toplumu bilgilendirmek sağlık ekibine düşen bir görevdir. Sosyal yaşamda sıkıntı yaratan bir hastalık olduğundan, hastalara psikososyal destek de sağlanması gerekmektedir. Cerrahi işlem sonrası hastaya verilecek eğitim ve bakım da, sağlık ekibi tarafından bakımın sürekliliği esası çerçevesinde düzenlenmelidir (8).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Vücutta küçük bir yer tutan, kişinin yaşam kalitesini bozan ve ülkemizde sıkça görülen bir hastalık olmasına rağmen konu ile ilgili araştırmaların az olması, bu hastalığın tez konusu olarak seçilmesine sebep olmuştur.

Pilonidal sinüs askeri hastanelerde de sık karşılaşılan hastalıklardan birisidir. Askerlikte, yoğun geçen eğitim ve spor faaliyetleri nedeni ile pilonidal sinüs hastalığına zemin hazırlayan bir ortam oluşmaktadır. Bu araştırma pilonidal sinüs nedeni ile

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ameliyat edilen hastalara verilen hasta eğitiminin, hastanın ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlandı ve uygulandı.

1.2. HİPOTEZLER

I- H_0 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlar üzerine etkisi yoktur.

H_1 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerine etkisi vardır.

II- H_0 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası anksiyetesi üzerine etkisi yoktur.

H_1 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası anksiyetesi üzerine etkisi vardır.

III- H_0 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası ağrısı üzerine etkisi yoktur.

H_1 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası ağrısı üzerine etkisi vardır.

IV- H_0 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası hasta memnuniyetine etkisi yoktur.

H_1 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası hasta memnuniyetine etkisi vardır.

V- H_0 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H_1 = Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesine etkisi vardır.

1.3. VARSAYIMLAR

Araştırmaya Manisa Asker Hastane'nde genel cerrahi kliniğinde yatan, pilonidal sinüs ameliyatı yapılan hastalar alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hepsinin ameliyatları aynı ekip tarafından, aynı ameliyathanede ve aynı ekipman tarafından yapılmıştır. Tüm hastalar eşit koşullarda araştırmaya alınmıştır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Hastaların baş ağrısı, bel ağrısı, bulantı - kusma, uykusuzluk vb. değerlendirmelerinde Visuel Analog Skala (VAS) bütün hasta gruplarında kullanılmıştır.

1.4. ARAŞTIMANIN ÖNEMİ

Pilonidal sinüs basit gibi görünen fakat ameliyat sonrası komplikasyonların ve nüks oranının sık olduğu bir hastalıktır. Birçok alternatif tedavi seçenekleri bulunmasına rağmen halen üzerinde görüş birliğine varılmış bir tedavi seçeneğinin olmaması nedeniyle de önemli bir hastalıktır (9).

Pilonidal sinüs hastalığı en sık sakrokoksigeal bölgede görülür. Geçmişte konjenital olduğu düşünülmüşse de artık edinsel bir deri hastalığı olduğu kabul edilmektedir. Erkeklerde, 40 yaşın altında ve özellikle şoför, asker ve öğrenci gibi meslek gruplarında daha sık görülmesi, hastalığın hormonal predispozisyonun yanı sıra kıl yoğunluğu ve lokal mikrotravma gibi faktörlerin de katkısıyla geliştiği hipotezini desteklemektedir (10).

Pilonidal hastalıktan korunmada, sakrokoksigeal bölgenin temiz tutulması önemli yer tutmaktadır. Bu konuda hastaları bilgilendirmek sağlık ekibine düşen bir görevdir. Cerrahi işlem sonrası hastaya verilecek bakımda, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler tarafından bakımın sürekliliği esası çerçevesinde düzenlenmelidir (8).

Ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Pilonidal sinüs klinik olarak sıkça görülebilen bir hastalıktır. Bu çalışmanın, konuya ilişkin gereksinimlerin saptanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Yeterince bilgilendirilen ve kendilerine değer verildiğini hisseden hastalar, hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık bakım ekibine daha çok güven duymaktadır. Bu yüzden ameliyat öncesi verilen hasta eğitiminin, hastaların yaşam kalitesini ve hemşirelik bakımından memnuniyetini yükselteceği düşünüldüğünden bu konu araştırmaya alınmıştır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma, Manisa Asker Hastanesi cerrahi servisinde yapılmıştır. Aşağıdaki özelliklere sahip hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- ❖ Acil vakalar
- ❖ 18 yaşın altındaki hastalar
- ❖ Bilinen psikiyatrik bozukluğu olan hastalar
- ❖ Zihinsel problemi olan hastalar ve
- ❖ Araştırmaya katılmak istemeyen hastalar.

1.6. TANIMLAR

Pilonidal Sinüs: En sık sakrokoksigeal bölgede rastlanan, bu bölgede inflamasyon, apse ve/veya sinüs formasyonu ile karakterize (11), günlük aktiviteyi ve yaşam konforunu bozan, uzun süre işgücü kaybına yol açan bir hastalıktır (2-5).

Anksiyete: Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir ve evrensel bir duygudur (12).

Visuel Analog Skala (VAS): En güvenilir ve en duyarlı ağrı ölçeğidir. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda oluşabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm.lik bir çizgidir. Bu çizgi üzerinde hasta hissettiği ağrı şiddetini işaretler. Bu skala ağrı şiddeti ölçümünde duyarlı ve güvenilir bir yöntemdir (13, 14).

Hasta Memnuniyeti: Hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu zorluklara, hizmetten beklediği başarıya, hizmetin sunuluşunun kendisi ve ailesinin kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına uygunluğuna bağlı bir işlevdir (15).

Sağlıkta Yaşam Kalitesi: Sağlıkta yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (16).

1.7. GENEL BİLGİLER

Toplumumuzda yaygın olarak görülen pilonidal sinüs, halk arasında kıl dönmesi olarak isimlendirilmekte olup (8), kıl yuvası anlamına gelmektedir (17). Günümüzde artık Pilonidal Sinüs diye adlandırılması kabul görmüş olmakla birlikte, geçmiş yıllarda Kist Dermoid Sakral, Sakral Epidermoid Kist, Koksiks Fistülü, Rafe Fistülü, Berber Hastalığı ve Cip Hastalığı gibi birçok isim kullanılmıştır. Fakat hastalığın patolojisini en iyi tanımlayan terim 'pilonidal sinüs'tür (5, 18).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Hastalığın etiyolojisini açıklamak için, pek çok teori ortaya konmuş ve modern tıp tarihinin en hararetli tartışmalarından biri yaşanmıştır. Bu önemli hastalığın doğuştan mı yoksa edinsel mi olduğu sorusuna 20. yy. boyunca cevap aranmıştır. Günümüzde bu hastalığın edinsel etiyolojiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalığın tartışılır olması, yalnızca etiyolojisi ile sınırlı değildir. Modern cerrahi, birçok önemli hastalığın tedavisinde belirli bir görüş birliğine varmış olmasına rağmen, pilonidal sinüs hastalığının tedavisi halen tartışmalı alanlardan biri olmaya devam etmektedir (19, 20).

Tedavideki ana prensip; hastayı bir an önce normal yaşama ve çalışma düzenine döndürmek, nüksleri ortadan kaldırmaktır. Otoritelerce tartışılan ise bu tedavi prensiplerini en iyi gerçekleştirebilecek metodun hangisi olduğudur. Bu tartışmaların sonucu olarak günümüzde hastalığın tedavisinde, pek çok farklı görüş ve geliştirilmiş cerrahi yöntem vardır (19). Uygulanan tedavi yöntemlerinin çeşitli avantaj ve dezavantajlara sahip olması, herhangi birinin diğerlerine göre çok belirgin bir üstünlük sağlayamamış olması ve sürekli yeni yeni yöntemlerin geliştirilmesi nedeniyle de hastalığın tedavisi ve etiyolojisi hakkındaki tartışmalar bir türlü bitmek bilmemektedir (21, 22).

1.7.1. TARİHÇE

Pilonidal sinüs ilk olarak 1833 yılında Herbert Mayo tarafından bir kadın hastada sakrokoksigeal bölgede kıl içeren sinüs olarak tarif edilmiştir (23, 24). 1854'de Warren buna benzer hastalarını topladığı ilk seriyi yayınlamıştır. 1880'de ise ilk kez Hodges Latince kıl anlamına gelen "pilus" ve yuva anlamına gelen "nidus" kelimelerini birleştirerek "pilonidal" kelimesini kullanmış ve hastalığın konjenital olduğuna inanmıştır. Bu görüş üç çeyrek yüzyıl boyunca devam etmiştir (22, 25, 26).

Başta bu hastalığın sadece sakrokoksigeal bölgede geliştiği düşünülmekte ise de, 1946 yılında Scarft, berberlerin parmakları arasında da karşılaşılabileceğini bildirmiştir (27). Kurtuluş Öngel'in de makalesinde belirttiği gibi 1959'da Palmer ve 1969'da Page bu hastalıkla ilgili detaylı raporlar yayınlamış ve hastalık sırasında genişlemiş kıl foliküllerinin ortaya çıktığını, daha sonra bölgeyi istila eden dökülmüş kıl tanelerinin olayı ilerleterek aynı zamanda iyileşmeyi de engellediğini göstermişlerdir (8).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.7.2. ANATOMİ

Pilonidal sinüs hastalığının en sık görüldüğü bölge topoğrafik anatomide, regio sacralis (kuyruk sokumu bölgesi) adını alır. Bu bölge yanlarda regio glutea ile yukarıda lumbal bölge ile aşağı ve önde ise regio analis ile devam eder ve pelvisin arka duvarını yapar. Sınırlarını ise, yukarıda sakrum kemiğinin tabanı ile beşinci omur hizasından çekilen yatay çizgi, aşağıda koksiksin ucundan çekilen yatay çizgi ve yanlarda da sakrum ve koksiks kenarlarından indirilen dikey çizgiler oluşturur. Bu alan, derinde rektum ardı aralığa kadar uzanmaktadır. Yukarı kısımda düz, aşağıda ise bir oluk (sulkus gluteus) şeklindedir (28).

1.7.3. ETİYOLOJİ

İlk tarifinden günümüze kadar, doğuştan veya edinsel olduğuna dair görüş farklılıkları devam etmektedir. İlk tanındığı zamanlarda, pilonidal sinüs hastalığının edinsel olduğu düşünülmekteydi. Ancak 19. yy. ikinci yarısında, insan embriyolojisinin önem kazanmasıyla birlikte, bu hastalığın doğumsal olduğuna dair pek çok tez ileri sürülmüştür (29).

Doğuştan olduğuna dair üzerinde sıklıkla durulan 3 görüş vardır.

Bu görüşler;

a) Meduller kanal kalıntılarından kaynaklandığı

b) Medyan hattın hatalı birleşmesi sonucu oluşan dermal inkluzyon cisimciklerinden meydana geldiği

c) Kuşlarda anüse yakın, cilt altında bulunan preen bezi ile eşdeğer bir embriyolojik artık olduğudur (30).

Çocuklarda nadiren görülen doğumsal sakrokoksigeal sinüs hastalığında, sinüs içinde kıl bulunmaz ve sinüs çeperi, küboid epitelle döşelidir. Bu nedenle, doğumsal sakrokoksigeal sinüsler, pilonidal sinüs hastalığı olarak kabul edilmezler (31).

Patey ve Scarff yaptıkları çalışma ile berberlerin parmak aralarında pilonidal sinüs hastalığını gördüklerini, çevredeki kılların bir ok gibi cilt altına batarak kronik yabancı cisim reaksiyonu meydana getirdiğini ve sonuç olarak pilonidal sinüs hastalığının, edinsel olabileceğini belirtmişlerdir (27).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Hastalıktan sorumlu kıllar, dökülen serbest kıllardır. İnsan kılı, kenarlarında yan çıkıntıları olan, çam ağacına benzeyen, tek yöne doğru hareket edebilen özelliğe sahiptir. Ucu deriye battığında geriye çıkamaz. Matkap gibi ilerleyerek cilt altında kalır (28). Cilt altına gelen kıla karşı yabancı cisim reaksiyonu gelişerek, inflamasyonlu bir şişlik meydana gelir. Şişliğin enfekte olmasıyla apse oluşur. Apse cilde açılır ve kronik pilonidal sinüs hastalığı gelişir. Pilonidal sinüs apsesi ya da sinüsün içinde her zaman kıl olmasına karşın kıl folikülünün bulunmaması, mevcut kılların dışarıdan geldiği görüşünü desteklemektedir (27).

İlk olarak hem etiyolojiyi açıklayıp, hem de tedaviye yönelik öneri getiren Karydakis olmuştur. Karydakis'e göre, pilonidal sinüsün temeli kıl gömülmesi işlemidir. Kıl gömülmesi işleminde üç ana faktör rol oynamaktadır (24).

1. Serbest kıldan oluşan istilacı (h)
2. Kıl gömülmesine yol açan bir kuvvet (f)
3. Kılın intergluteal sulkus derinliğinde gömülmesine cildin yatkınlığı (v).

Eğer bu üç faktör bir arada olursa o zaman pilonidal sinüs oluşur. Bu üç faktörü oluşturan ikincil faktörler de mevcuttur. Bu faktörler:

1. Kılla ilgili faktörler (h-faktörleri)
    - hl: İntergluteal sulkusta biriken kılların sayısı
    - h2: Kılın kök ucunun az veya çok sivriliği
    - h3: Kılın cinsi (sert veya ipeksi)
    - h4: Kılın şekli (Düz kıl dönmeye daha elverişlidir. Kıvrımlı kılda bu özellik yoktur)
    - h5: Kılın dallanması (10- 22 yaşlarında daha belirgin)
2. Kuvvet faktörleri (f-faktörleri)
    - f1: Derinlik
    - f2: İntergluteal sulkusun darlığı
    - f3: Sulkusun kenarları arasındaki sürtünme hareketleri
3. Yatkınlık faktörleri (v-faktörleri)
    - v1: Yumuşaklık (cilde ait)
    - v2: Ciltte maserasyon
    - v3: Ciltte erozyonlar

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

v4: Ciltte ayrılmalar

v5: Geniş aralıklar

v6: Yaralar

v7: İntergluteal sulkusta skarlar

Bu faktörlerin birarada olup olmamasına göre pilonidal sinüs oluşumuna olan yatkınlık, kişiler arası değişiklik gösterir. Karydakis bunu şu şekilde formüle etmiştir:

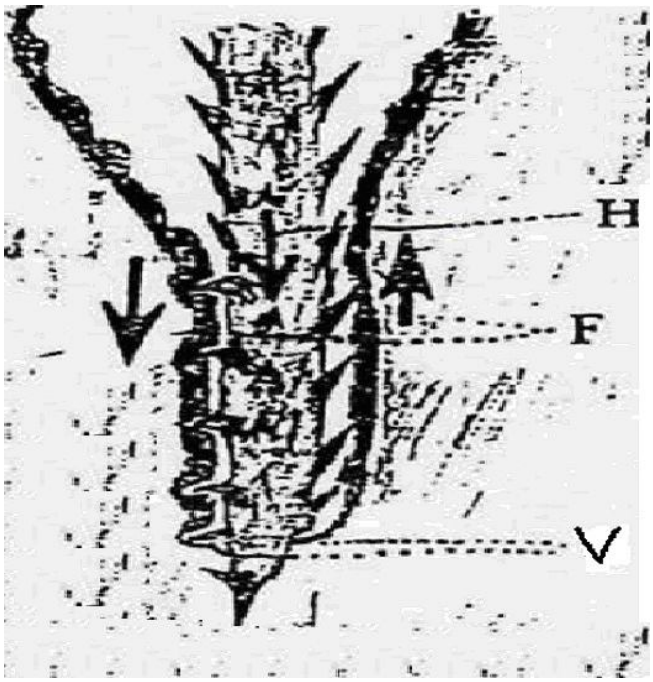
Kıl Gömülmesi = Pilonidal Sinüs (h1x h2x h3x h4x h5) x (f1x f2x f3) x (v1+ v2+ v3+ v4+ v5+ v6+ v7)

Böylece pilonidal sinüs olasılığı ile ilgili bir formülasyon elde edilmiştir.

Serbest kıl, dalları yardımıyla, sürtünme hareketleriyle kendi kendine ilerleme yeteneği kazanır. Kök ucu başta olacak şekilde hareket eder ve vücut yüzeyinde bir noktada özellikle intergluteal sulkusta toplanır. Sürtünme, kılı gömülmeye zorlar ve gömülme intergluteal sulkusun derininde olur, kenarlarında olmaz (24) (Şekil 1). Bir kıl gömüldükten sonra, diğer kıllar daha kolay gömülürler. Yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon bunu takip eder ve pilonidal hastalığın primer sinüsü oluşmuş olur.

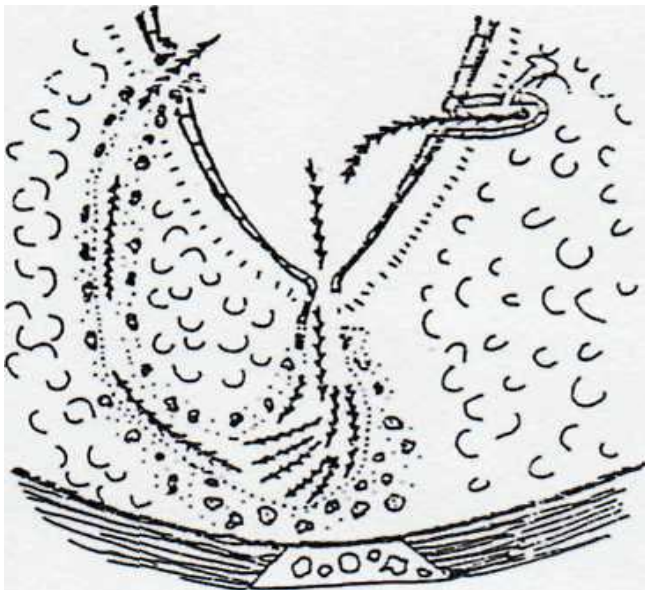
Sekonder fistüller, genelde kılın kendi kendine hareket yeteneği ve sıklıkla oluşan apsenin açılmasıyla oluşmaktadır. Genelde daha yüksek bir noktada ve lokal doku yapısı nedeniyle daha çok sol tarafta bulunur (24) (Şekil 2).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)



Şekil 1. Kıl gömülmesi işlemi (24)

Yapraklarının yardımıyla serbest kıl (H), kalem ucu şeklindeki kök ucu ile sürtünme kuvveti yardımıyla (F) intergluteal sulkusun derinine gömülmeye itilmektedir (V).



Şekil 2. Pilonidal sinüsün tamamlanmış hali (24)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Bu aşamada (Şekil 2) serbest kılların primer sinüsten sürekli gömülmesi ve sekonder fistüllerden dışarı çıkması görülmektedir.

Bu hastalığın esas nedeni "serbest ve gevşek kıl" olmakla birlikte, kolaylaştırıcı faktörler de bulunmaktadır. Bunlar;

1- Vücudun kıllı olması ve günlük dökülen kıl miktarının fazla olması

2- Gluteal yarığın, dar ve derin olması sonucu, kıllara uygulanan emme kuvvetinin fazla olması, dökülen kılların dar ve derin olukta uzun süre beklemesi

3- Derinin uzun süre massere ve nemli kalmasıyla kıl batmasının kolaylaşması

4- Gluteal yarıkta çatlak, yarık ya da skar dokusu olması

5- Uzun süre oturmaya bağlı bölgesel travma oluşması

6- Ailesel yatkınlık,

7-Kötü hijyen koşulları olarak sıralanabilir. Şişmanlığın etyolojideki etkisi ispatlanamamıştır (32, 33).

1.7.4. PİLONİDAL SİNÜS OLUŞUMUNDA ETKİSİ OLAN FAKTÖRLER

Edinsel ve konjenital faktörlerin hastalığın oluşmasında katkısı olduğu düşünülmekle birlikte literatürde obezite, meslek, yaş ve cinsiyet ile hastalık ilişkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur (18).

1.7.4.1. YAŞ

Pilonidal sinüs hastalığı, puberteden sonra çoğunlukla genç erişkinlerde görülmektedir. İnsidans 16-25 yaşları arasında en yüksek olup 25 yaşından sonra hızla azalmaktadır (34).

1.7.4.2. CİNSİYET

Puberte ile 40 yaş arasında daha sık ve erkeklerde kadınlardan 3-7 kat daha fazla görülmektedir. Kadınların puberteye erkeklerden biraz daha erken yaşlarda girmeleri nedeniyle, kadınlarda erkeklerden biraz daha erken yaşlarda ortaya çıkabilmektedir (17).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.7.4.3. MESLEK

Ahmet Kayadibi ve arkadaşlarının (2007) makalesinde belirttiği gibi, Louis Boie'nin (1944) 2. Dünya Savaşında jip ve kamyon sürücüsü oldukları için sakrokoksigeaal bölgeleri travmaya maruz kalan askerlerde pilonidal sinüsün sık görüldüğünü bildirmesi hastalığın edinsel olduğuna işaret eden kanıtlardandır ve mesleğin pilonidal sinüs ile ilişkisi olduğunu göstermektedir (18).

1.7.4.4. IRK VE FİZİKSEL TİP

Hastalığın farklı ırklar arasında görülme sıklığı değişebilmektedir. Amerikan beyaz ırkında oldukça yüksek oranda görülürken, Amerika'da yaşayan Çinli'lerde ve zencilerde görülme sıklığı daha azdır (34).

Obezite ve pilonidal sinus ilişkisini ortaya koyan çeşitli yayınlar da mevcuttur. Örneğin, Ahmet Kayadibi ve arkadaşlarının (2007) makalesinde belirttiği gibi, Franckowiak, Minnesota Üniversitesi'ndeki araştırmasında, pilonidal sinüslü öğrencilerin çoğunun sağlam öğrencilere göre anlamlı derecede daha şişman olduğunu (%45'e karşı %26) saptamıştır (18).

1.7.4.5. LOKALİZASYON

Hastalık büyük oranda sakrokoksigeal bölgede oluşmaktadır. Bu bölgenin özelliği gereği, buradaki iki düz deri yüzeyi arasında kalan kıl demetleri, altta doğal emme kuvveti olan bir noktaya doğru ilerlerler. Vücudun başka hiçbir bölgesinde bu faktörler, bu derece bir arada bulunmamaktadır. Ayrıca aksilla, umblikus, interdijital bölge ile amputasyon güdüğünde, perinede ve suprapubik bölgede de görülebilmektedir (28).

1.7.5. EPİDEMİYOLOJİ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (PS) puberte sonrasındaki genç erişkinlerin hastalığıdır. Genellikle hastalık puberteye kadar kendini göstermez. PS'ün puberte ile ilişkisi ve 40 yaşından sonra da hastalığın nadir oluşunun gözlemlenmesi, cinsiyet hormonları ile bir bağlantısı olduğunu düşündürmektedir. Cinsiyet hormonları pilosebase bezleri etkilemektedir. Kadınlarda puberte daha erken yaşta başladığından,

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

hastalık kadınlarda daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır (35). Hastalık semptomlarının ortaya çıkış yaşının kadınlarda daha erken olduğu bildirilmiştir. Ali Tardu'nun (2007) çalışmasında belirttiği gibi, Roger Brearley'in araştırmasında kadınların %40'ında semptomların başlangıç yaşı 20'nin altında iken, erkeklerin yalnızca %19'u 20 yaşın altındadır (28).

Pilonidal sinüs hastalığının en çok görüldüğü yaşın genç erişkin yaş grubu olduğu, hastalığın 16-20 yaş arasında pik yaptığı ve bu artışın 25 yaşına kadar devam edip, daha sonra hızlı bir şekilde azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ahmet Kayadibi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada 168 pilonidal sinüslü hastanın yaş ortalaması 34.16 olarak saptanmıştır (19-52 yaş aralığı) (18).

Irklar arasında da insidans farklılıkları bulunmuştur. En yüksek insidans beyaz ırkta görülmektedir, sarı ırkta ve Afrikalı'larda daha az ortaya çıkmaktadır (35). Minnesota koleji öğrencilerinde Franckowiak tarafından yapılan çalışmada 31497 erkek ve 21367 kız öğrenci rutin olarak muayeneye alınmış ve sonuçta erkeklerin %1.1'inde kızların ise %0.11'inde pilonidal sinüs hastalığı saptanmıştır (18, 22).

Pilonidal sinüs'ün erkeklerde daha sık görülme nedenleri; erkeklerin daha kıllı bir yapıya sahip olması, kıl gövdelerinin kadınlardakine oranla daha sert olması ve hastalığı kolaylaştıran diğer dış koşullara erkeklerin daha çok maruz kalmaları olarak sıralanabilir (31).

Pilonidal sinüs'ün gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. İkinci Dünya Savaşı yıllarında Amerikan Ordusu'nda yaklaşık 79.000 asker, pilonidal sinüs hastalığı nedeniyle ameliyat edilmiş ve her bir hasta, ortalama 44 gün hastanede yatırılmıştır. Vietnam Savaşı yıllarında, her yıl yaklaşık 2000 hasta ameliyat edilmiştir (32). Türkiye'de askerler arasında Akıncı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sıklık, %8,8 olarak bulunmuştur. Askerlerin tümünün erkek ve pilonidal sinüs hastalığının tepe yaptığı yaş grubunda olması nedeniyle, PS bu grupta normal nüfusa göre daha sık görülmektedir (36).

1.7.6. PATOLOJİ

Pilonidal sinüs kronik inflamatuar bir hastalık olup, sakrokoksigeal eklem ile koksiks arasında, orta hatta yerleşmiş sinüsler ile karakterizedir (31).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

PS natal kleftte, anüsten ortalama 5 cm uzaklıkta, orta hatta sinüs ağzı veya ağızlarıyla karakterize olup, bazı komponentleri mevcuttur. (37). Deriye açılan sinüs ağzından başlayıp, subkutan dokuda kranial yönde uzanan 2 -5 cm'lik kanala primer kanal denir. Primer kanalın derin kısımlarını sinüs ağzına birleştiren çoğunlukla posteriorda yerleşen kanallara ise sekonder kanallar denir. Bu sekonder kanalların derinde meydana gelen apselerin boşalmaları için oluşmuş yollar olduğu düşünülmektedir (31, 38).

Sinüsler çoğu kez orta hatta yerleşen, içleri çok katlı yassı epitelyum ile döşeli küçük açıklıklardır. Kist kaviteleri ise kronik granülasyon dokusu ile döşelidir ve kıl, epitelyal debri ve taze granülasyon dokusu içermektedir. Sinüs traktları da yine granülasyon dokusundan oluşmaktadır ve çevresinde nötrofil, lenfosit ve plazma hücreleri infiltrasyonu vardır. Bazen makrofajlar da görülmektedir. Sinüs duvarlarında deri ekleri (kıl follikülleri, ter ve yağ bezleri ve musculi arrectores pilorum) bulunmamaktadır (39).

Tipik vakalarda sinüsün ağzından kıllar fışkırır tarzdadır. Kıllar primer sinüsten dışarı firlamış olarak görülebileceği gibi yara açıldığında ilk defa yara içinde de görülebilirler. Bu kıllar incelendiğinde ise, dökülen saçlara benzer biçimde iki ucu incelmiş yapıda oldukları görülmektedir. Kooistra'nın yaptığı bir calışmada ise bilinenin aksine vakaların ancak yarısında yara içinde kıl tesbit edilebilmiştir (40).

Pilonidal sinüste apse oluşumu sık görülmektedir. Apse oluştuğunda içeriği mevcut bir primer sinüsten dışarı atılabilir, fakat çoğunlukla apseler dışarı doğru kabarırlar ve kendiliğinden ya da bir insizyonla drene olurlar. Bu durumda sekonder bir sinüs meydana gelmektedir (40).

1.7.7. PATOLOJİK AYIRICI TANI

Bu hastalık benzer histolojik özelliklere sahip değişik iltihabi lezyonlardan (sıklıkla kıl içeren veya epitelyal yapılardan, granulasyon dokusundan, yabancı cisim dev hücreler ve granulomlardan) ayrılmalıdırlar.

Ayırıcı tanıda;

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1. Anal kanal içindeki internal açıklıktan gelerek perianal uzantılara yol açan anal fistüller: Unutulmamalıdır ki pilonidal sinüslerin %7'si kaudal olarak ilerler ve perianal fistüle yol açabilirler (41).

2. Hidradenitis supurativa: Bu lezyonlar kıl gövdesi içerirler. Verneuil hastalığı ya da perianal hidradenitis supurativa (HS) sinüs formasyonu, fibrozis ve sklerozise eğilim ile giden kronik süpüratif bir hastalıktır (42).

3. Pyoderma gangrenosum: Pyoderma gangrenosum, nadir görülen, ülserlerle karakterize, inflamatuar bir deri hastalığıdır. Bazen kıl gövdesi içerir (43).

4. a) Sakrokoksik sinüs (medullar kanalın vestigo kalıntısı): Sakrokoksigeal bölgedeki sinüs hastalığıdır.

b) Presakral sinüs veya çukur (traksiyon dermoid): Presakral bölgedeki sinüs hastalığıdır.

c) Dermoid inklüzyon

d) Benzeri konjenital anormallikler (41).

1.7.8. KLİNİK BULGULAR VE TANI

Pilonidal sinüs hastalığı çoğunlukla sakrokoksik alanda yerleşik, asemptomatik çukurlardan ağrılı drenaj lezyonlarına kadar değişen semptomlar kompleksini içerir. Bu tür rahatsızlıklar berberlerin, koyun yün kırpıcılarının ve köpek berberlerinin parmak aralarında da meydana gelmektedir. Nadiren penis ve parmak uçlarında görüldüğü de rapor edilmiştir (41).

Pilonidal sinüs hastalığının puberte ile başlayıp, ilk bulgularını genellikle 20-25 yaşlarında ve çoğunlukla erkek hastalarda gösterdiği bilinmektedir. İnspeksiyonda sakrokoksigeal bölge orta hattında anal orifisin yaklaşık 5-7 cm posteriorunda bir veya birkaç sinüs ağzı ya da çukur görülmektedir. Bu sinüsler, küçük bir lakrimal probun bile girerken zorlanacağı kadar dar ağızlı olabilirse de, genellikle stile ile muayeneye izin verecek şekilde 2-3 mm genişliktedir (29).

Akıncı ve arkadaşları (1999) tarafından, 1000 Türk askeri üzerinde yapılan bir çalışmada 88 askerde pilonidal sinüs bulunmuştur. Bunlardan 48'i semptomatik, 40'ı asemptomatiktir. Diğer yaygın tablolar kronik veya tekrarlı sinüslerdir (36).

Pilonidal sinüs hastalığı klinikte karşımıza dört temel formda çıkmaktadır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1- Asemptomatik Form:

Presakral bölgede, içinde kıl bulunan, bir veya birden fazla, semptom vermeyen tipik delikcikler mevcuttur. Bu hastalar, genellikle başka bir sebeple hekime başvuran ve tesadüfen tanı konulan hastalardır. Lezyon enfekte olmadıkça klinik olarak asemptomatik kabul edilmektedir (29).

2- Kronik Pilonidal Hastalık:

Pilonidal sinüsün, süreğen semptomlarla seyreden ve en sık görülen şeklidir. Bu hastalarda görülen en sık şikâyet, geçmeyen inatçı akıntıdır. Bu hastalardan iyi bir anamnez alındığında hastaların çoğu bu bölgede ilk defa kaşınma hissi ile küçük bir sivilcenin meydana geldiğini ve bunun kendiliğinden veya bir müdahale ile açıldığını, ağrılı durumun geçtiğini, iltihabi akıntının bir türlü geçmediğini belirtmektedirler (29).

3- Akut Pilonidal Apse:

Akut pilonidal sinüs apsesinin öncelikli sebebi, pilonidal sinüs ağzının keratin tıkacı, ölü hücreler ya da kötü hijyene bağlı kirlerle tıkanmasıdır. Sinüs içindeki kıllar, bakteriyel enfeksiyonu tetikler ve cilt altında apse oluşur. Pilonidal sinüs hastalığı, kendini ilk olarak bu tablo ile göstermektedir. Genellikle yüksek ateş ve lökosit artışı saptanmaktadır. Sakrokoksigeal bölgede şişlik, kızarıklık, ağrı ve hassasiyet mevcuttur (29).

4- Tekrarlayan Kompleks Hastalık:

Kronik pilonidal sinüs hastalığı, zaman zaman akut alevlenmelerle apseleşmektedir. Bu apse, drenaj uygulanarak tedavi edilir. İyilik halinden sonra, atak tekrarlar. Yukarıdakilerden ayrı olarak bu hastalarda birbirinden ayrı, düzensiz sinüs ağızları görülmektedir (29).

1.7.9. AYIRICI TANI

Pilonidal sinüs hastalığı tanısı, genellikle zor değildir. Hastaların tipik anamnezi, ortaya çıktığı yaş, hastalığın lokalizasyonu ve ihtiva ettikleri sinüsler, teşhisi kolaylaştırmaktadır. Ayrıca sinüslerin kıl ihtiva edişleri, traseleri ve kör bir biçimde sonlanmaları, bu hastalık için karakteristiktir. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı,

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

anamnez ve fizik muayene sonucunda, tipik özellikleri nedeniyle kolayca tanı konulabilen bir hastalıktır (21).

Klinik olarak lezyon enfekte olana kadar asemptomatiktir. Anal orifise 3.5-5 cm uzaklıktaki ağızlar tanı koydurucudur. Sinüs ağzından ince yumuşak kıl yumağının çıktığı gözlenebilir. Anal bölgeye yakınlığı yüzünden enfeksiyon gelişme riski de artmaktadır. Klinik olarak rahatsızlık hissi, gerilme ve sıklıkla mukoid akıntı mevcuttur. Apse semptomları klasiktir. Semptomların başlamasına bir travma öncülük edebilmektedir (19).

1.7.10. FİZİK MUAYENE BULGULARI

Fizik muayenede gözlenebilecek bulgular:

Presakral orta hatta ödem ve/veya nodül, fluktüasyon, bir veya daha fazla lezyondan pürülan akıntı, palpasyonda hassasiyet, ısı artışı, endurasyon ve/veya sellülit (genellikle minimal), kronik veya rekürren hastalıkta 2-5 cm uzunluğunda görünür veya palpe edilebilir kanallar, nadiren ateş, rektal muayenede hassasiyet ve/veya fluktüasyonun olmamasıdır (19).

Hemşireler özellikle bu bölgede tekrarlayan ve açıklanamayan ağrı ile başvuran hastalar konusunda uyanık olmalıdırlar (33).

1.7.11. PİLONİDAL SİNÜS İLE KARIŞTIRILABİLECEK BAZI HASTALIKLAR

1) Perianal ve Perirektal Apseler: Anorektal enfeksiyonların akut şekli olan bu apselerin tanısı ve lokal lezyonlarının saptanmasında rektal tuşe ve ponksiyon yöntemlerinden faydalanılabilir. Nadirende BT'nin yardımına başvurulabilir (44).

2) Perianal Fistüller: Anorektal enfeksiyonların kronik döneminde görülen bu fistüllerin ağızları genellikle anüs civarındadır. Traseleri boyunca seyredip anal kanal ya da rektuma açılırlar. Tanının kesinleştirilmesi ve fistül traktının saptanmasında rektal tuşe, stile yardımı ile muayene ve çekilecek bir fistülografi sonuca götürecek yöntemlerdir (44).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3) Koksitis Tüberküloza: Bakteriyolojik incelemeler ve radyolojik olarak kemikteki lezyonun saptanması tanıya götürür (44).

4) Sakrokoksigeal Teratom: Sakrum üzerinde var olan bir konjenital kitledir. Presakral tümörler grubuna dahil nadir bir patolojidir. %25 oranında spinal malformasyonla beraberdir. Tedavisi sakrumla beraber un-blok rezeksiyondur (44).

5) Spina Bifida: Vertebraların prosessus spinosuslarının konjenital açıklığı ile karakterizedir. Oculta ya da Aperta olarak iki değişik klinik formu vardır. Eşlik eden diğer konjenital malformasyonlar, trofik bozukluklar ve klinik tabloda yer alan üriner veya fekal inkontinans tanıya götürücüdür (44).

6) Fronkül, Karbonkül: En sık patojen olan Staphylococcus Aureus'un kıl folikülü veya yağ bezinde yaptığı iltihap (fronkül), büyüyerek karbonkül halini alır. Pilonidal sinüsün akut devresi olan apse ile ilk bakışta karışabilir. İyi bir anamnez, klinik ve makroskopik muayene ile ayırıcı tanı yapılmaktadır (44).

7) Postanal Dermoid Kist: Anüs arkasında dermoid kist mevcudiyeti (44).

8) Pruritus Ani: Anüs etrafında kaşıntı (45).

9) Spesifik Granulomalar: Seyrek olarak sakral ve anal bölgede ciltte sifiliz tüberküloz ve aktinomikozlara ait fistül ağızlarına rastlanılır. Stile ile yapılan muayenelerde kemiğe kadar varılması radyolojik olarak kemik lezyonlarının bulunuşu ayrıma yardımcı olmaktadır (21).

1.7.12. PİLONİDAL SİNÜS VE KARSİNOMA

Hastalık uzun seneler devam edecek olursa, her uzun süren ve devamlı tahrişlere maruz kalan yarada olduğu gibi bu hastalık zemininde de habis dejenerasyon başlayabileceği ve skuamoz hücreli kanser meydana gelebileceği anlaşılmıştır. Bu kanserin özelliği yanık ve nedbe dokusu üzerinde gelişen kanserlere benzemektedir. Literatürde 44 olgu bildirilmiştir. Bunların çoğu, iyi diferansiye skuamoz hücreli

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

karsinomlardır. Lezyonlar kenarlara doğru hızlı büyüyen ve kitlesel hassas ülserlerdir (46, 47).

1.7.13. PİLONİDAL SİNÜS KOMPLİKASYONLARI

Pilonidal sinüs hastalığının etkin ve yeterli bir şekilde tedavi edilememesi hastanın günlük yaşamı, çalışma hayatı, seksüel yaşantısı ve psikolojik durumunda oldukça önemli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yıllarca sürebilen akıntı ve buna bağlı çamaşır kirlenmesi, pis koku ve hastalığın akut atakları esnasında ortaya çıkacak olan ağrı, hastanın mücadele etmek zorunda olacağı başlıca sorunlardır (21). Ağrı %84 ve akıntı %78 oranında en sık görülen komplikasyonlardır. Titreme, ateş ve kanama da seyrek olarak görülebilen komplikasyonlardandır (8).

1.7.14. TEDAVİ

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde, günümüze kadar birçok konservatif ve cerrahi yöntem tanımlanmış, ancak bunların hiçbiri hastalığın nüks riskini ortadan kaldıramamıştır. Bazı tedavi yöntemleri, orijinal hastalığın yarattığı sorundan daha büyük oranda, ameliyat sonrası dönemde hasta yaşamında kısıtlamalara yol açabilmekte ve cerrahi tedavinin morbiditesi, hastalığın kendi morbiditesinin önüne geçebilmektedir (21).

Kronik pilonidal sinüs hastalığının en iyi tedavisinin, minimal invaziv yaklaşımlar olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Ameliyatsız, minimal tedavileri destekleyenler, hangi tedavinin uygulandığından bağımsız olarak, pilonidal sinüs hastalığının, genellikle 40 yaşlarında gerileyip kaybolduğuna dikkat çekmektedirler. Bu yöntemleri destekleyenler, hastalığın tamamen yok edilmesi kavramından, hastalığın kontrol altına alınması kavramına ve ameliyathanede tedaviden klinik tedaviye doğru geçilmesini savunmaktadırlar. Nükslerin ve iyileşmeyen ilerlemiş yaraların ise, tedavisinin zor olduğunu ve çoğunlukla geniş eksizyon ve flep yöntemleri ile tedavi edilmeleri gerektiği konusunda görüşler bildirilmektedir (21).

Pilonidal hastalığın temel tedavi prensipleri:

1-Ameliyat basit olmalı

2-Hastanede yatmaya gereksinim bırakmamalı

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3-Ağrısız olmalı

4-Lokal anestezi ile yapılabilmeli

5-Maliyeti düşük olmalı

6-Hasta kısa zamanda normal hayatına dönebilmeli

7-Tedaviden sonra hastalığın nüks oranı düşük olmalıdır (21).

Hastalığın etiyolojisi gibi tedavisi ve takibi de halen tartışılmaktadır (9). Hastalığın tedavisinde seçilecek yöntem, hastanın içinde bulunduğu döneme göre değişiklikler göstermektedir. Başarılı bir tedavi az invazif, ameliyat sonrası bakımın kolay ve maliyetinin olabildiğince düşük olduğu tedavi şeklidir. Düşük nüks oranı amaç edinilmelidir. Hastanın normal hayatına kısa sürede dönmesi hedeflenmeli ve cerrahi tedavi hastanın yaşam kalitesini en az şekilde etkilemelidir (30, 41).

Pilonidal sinüsün esas olarak bir enfeksiyon hastalığı olduğu düşüncesiyle birinci basamak hekimlerince ilk olarak antibiyoterapi ve konservatif yöntemler uygulanmaktadır. Buna rağmen günümüzde pilonidal sinüsün esas tedavi yöntemi cerrahidir. Bugün yaygın olarak kabul gören ve hastalığın akkiz olduğunu kabul eden bakış açısına göre; hastalığın altta yatan etkenlerinden olan kötü hijyen, aşırı kıllanma ve mekanik travma gibi etkenler önemli faktörlerdir. Sonuç olarak hastalığın tedavisine yaklaşımda konservatif davranmak genel olarak kabul görmektedir (8, 48).

1.7.14.1. ASEMPTOMATİK PİLONİDAL HASTALIK TEDAVİSİ

Çocuklarda ya da genç erişkinlerde saptanan sakrokoksigeal bölgedeki çok küçük gamzelerin tedavisi gerekmemektedir. Bu bölgede inflamasyon hatta enfeksiyon bulguları varsa antibiyotik verilmektedir ve sıcak kompres uygulanmaktadır. Ancak apse oluşmuş ise aşağıda anlatıldığı gibi tedavi edilmektedir (29, 30).

1.6.14.2. AKUT PİLONİDAL APSE TEDAVİSİ

Akut pilonidal apsenin tedavisi acil olarak apsenin boşaltılmasıdır. Bu birinci basamak sağlık kuruluşlarında da rahatlıkla uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir. Enfeksiyon apse formuna dönüştüğünde ve yetersiz drenaj olduğunda, radikal bir cerrahi öncesi lezyonun hemen insizyon ve drenajı yapılarak inflamasyonun gerilemesi sağlanmalıdır (48).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Bu dönemde hemşirelik bakımı önemlidir. Sık aralıklarla pansuman yapılmalı ve apse boşluğunun içinin temiz olmasına özen gösterilmelidir. Apse tam iyileşip, boşluk kapanıncaya kadar etrafın traşı aralıklı yapılmalıdır. Granülasyon dokusu oluştuktan sonra pansumanlar daha seyrek yapılmaktadır. Bu şekilde özenli hemşirelik bakımı uygulandığında apse 3-4 haftada tamamen iyileşmektedir (30).

1.7.14.3. KRONİK PİLONİDAL HASTALIK TEDAVİSİ

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde, günümüze kadar birçok konservatif ve cerrahi yöntem tanımlanmış, ancak bunların hiçbiri nüks hastalık riskini ortadan kaldıramamıştır. Buna rağmen bazı tedavi yöntemleri ameliyat sonrası dönemde, hastalığın yarattığı sorundan daha büyük oranda, hasta yaşamında kısıtlamalara yol açabilmekte ve cerrahi tedavinin morbiditesi, hastalığın kendi morbiditesinin önüne geçebilmektedir (21).

1.7.14.3.1. Konservatif Yöntemler

Fenol, gümüş nitrat, monsel solüsyonu gibi sklerozan maddeler kullanılarak yapılan konservatif girişimler bulunmaktadır. Sinüs içine fenol verilmesi yönteminde sinüs ağzı genişletilerek içerik temizlenip tüm kıllar bir klemple alınır. Daha sonra sağlıklı cilt korunarak 2-3 cc %80'lik fenol PS içine verilir. Yöntemin amacı sinüs boşluğunun iç duvarını sklerozan madde olan fenol ile irrite etmek ve granülasyon dokusu ile dolmasını sağlamaktır (34).

Kriyocerrahi yöntemi, traktların ve yan dallarının açılması, küretaj ve kanayan noktaların elektrokoagülasyonunu içerir. Daha sonra açık yaraya yaklaşık beş dakika sıvı nitrojen püskürtülür. İyileşme 3-36 haftada gerçekleşmektedir ve nüks oranı %3 civarındadır (19). Elektrokoterizasyon yönteminde, lokal anestezi altında sinüs traktı kıl ve debrisden temizlendikten sonra koterize edilmektedir. Yapılan calışmalarda nüks oranının %4 civarında olduğu ve iyileşme süresinin, 28-105 gün arasında değiştiği belirtilmektedir (34).

İnsizyon ve küretaj yöntemi minimal bir cerrahi girişim olup, bu yöntemde primer ve sekonder traktlar bir stile ile saptanır ve insize edilir. Daha sonra açığa çıkan

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

granülasyon dokusu kürete edilerek yara iyileşene kadar pansuman yapılır. İyileşme 3-4 haftada olur ve nüks oranı %1.25-19.5 arasında değişmektedir (19, 34).

Kollajenaz uygulaması, pilonidal sinüs cerrahisi sonucu oluşan yaranın optimal şekilde iyileşmesi için denenen bir yöntemdir. Normal yara iyileşmesinde kollajenin üretilmesi ve yıkılması önemlidir. Bu işlem inflamatuar hücreler, fibroblastlar ve epitel hücrelerinin yardımıyla gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalarda kollajenaz kullanımıyla yara iyileşme süresinin kısaldığı ve yara derinliğinin azaldığı saptanmıştır (19, 38).

%80-90'lık alkol de bu amaçla kullanılmaktadır. İşlemin yapılması için hastane koşullarına gerek yoktur, masrafı azdır ancak yara ortalama 40-50 günde kapanır. İşe dönme gecikebileceği gibi tedavideki başarısızlık ve hastalığın nüksetme oranı da %0-5 arasındadır (22, 30).

Radyoterapi, yüksek radyasyon nekrozu ve tümoral süreçlerin başlaması riski nedeniyle kullanılması önerilmeyen bir yöntemdir (19).

1.7.14.3.2. Cerrahi Tedavi

Sakrokoksigeal pilonidal sinüslerin birçoğu basit cerrahi tekniklerle tedavi edilebilmesine rağmen bazı olgular tedaviye oldukça dirençlidirler (49).

Seçilecek cerrahi tedavi yaklaşımının başarısı, nüks oranının düşük ve iyileşmenin hızlı olması ile değerlendirilmektedir. Cerrahın uygulanacak işlemle ilgili tecrübesi de tedavi başarısı ile doğrudan ilişkilidir (20).

Yıllar içerisinde tedavi, hastalığın etiyopatogenezine bağlı olarak ciddi değişiklikler göstermiştir. Bugün cerrahi tedavide çoğunlukla intergluteal sulkusu ortadan kaldıran girişimler uygulanmaktadır. Günümüzde geniş ve derin eksizyonlar, orta hatta primer yaklaştırma ve açık bırakma ile sekonder iyileşmeyi beklemek gibi girişimler terk edilmektedir. Bu teknikler kozmetik, psikolojik ve medikal sorunlara yol açmakla birlikte aynı zamanda yüksek rekürrens nedeniyle kişinin işe devam edememe ve hastane masraflarını yükselterek ekonomik maliyette artışa neden olmaktadır (10).

Öte yandan sulkusu ortadan kaldıran romboid eksizyon ve limberg flebi veya eliptik eksizyon ve Karydakis ya da V-Y ilerletme flebi gibi girişimlerde etiyopatogenezde rol oynamayan, iyileşme potansiyeli olan derin dokular da

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

çıkarılmaktadır (3, 10). İlki aynı zamanda belirgin kozmetik sorunlara sahiptir. Etiyopatogenezde yukarıda değinilen yeni anlayış göz önüne alındığında hastalığa yol açan intergluteal sulkusun düzeltilmesi ve sadece hastalanan derinin çıkarılması daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir (39).

Pilonidal sinüs cerrahisinde fenol uygulaması, kryocerrahi, insizyon ve küretaj, eksizyon ve primer kapama, eksizyon ve marsupiyalizasyon, eksizyon ve deri grefti gibi pek çok tedavi modelleri bildirilmesine karşın, bunların ameliyat sonrası morbiditesi ve rekürrens olasılıklarının yüksek olması nedeniyle cerrahları yeni cerrahi yöntemler geliştirmeye ve uygulamaya zorlamaktadır. Tedavi yöntemleri fazla olmasına rağmen, optimum cerrahi yöntem üzerinde fikir birliği oluşturulamamıştır. Ancak son yıllarda farklı flep teknikleri popüler olmaya başlamıştır. Bu yöntemler arasında orta hattın lateralize edilerek rekürrens oranının azaltıldığı bildirilen Karydakis flep, Bascom prosedürü ve modifiye limberg transpozisyon flebi gibi teknikler ön plana çıkmaktadır (11).

1.7.14.4. AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM

Cerrahi, insan vücudunun içine girmeyi içeren bir olgu olduğundan stresli bir olaydır ve ameliyatın türü ne olursa olsun hasta fiziksel ve psikolojik olarak ameliyata hazırlanmalıdır (50).

- **Bilgilendirilmiş Onam Formunun Alınması**

Onam formu alınmasının amacı; hastaya uygulanacak işlem hakkında bilgi vermek, girişimle ilgili olası risk ve komplikasyonları anlatmak ve bu konularda hastanın bilinçli olarak karar vermesini sağlamaktır. Böyle bir izin, hastayı yasal izni olmadan ameliyat yapılmasından, cerrahı da yetkisiz ameliyat yaptığı iddialarından korur. Hiçbir hasta onam formu imzalattırılmak için zorlanmamalı ve acele ettirilmemelidir. Ameliyata girmek istememek doğal bir haktır ve eğer böyle bir durum söz konusu ise belge altına alınmalıdır. İmzalanan onam formu hasta dosyasının belli bir yerine konur ve hasta ile birlikte ameliyathaneye gönderilmelidir (50).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

❖ **Hastanın Ameliyat Öncesinde Değerlendirilmesi**

Ameliyat öncesi dönemde hastanın öyküsü alınır, temel yaşam bulguları alınıp kaydedilir. Fizik muayene, kan testleri, EKG, filmler gibi ameliyat rutinleri yapılır. Hastanın ilaç veya madde kötüye kullanımı gibi durumları varsa tespit edilmelidir. Hastanın ameliyat öncesindeki akşam banyo yapmasına olanak sağlanmalıdır (50). Ameliyat sahası, tüy dökücü pomatlarla ya da jiletle tıraşlanarak kıllardan arındırılmalıdır (30).

❖ **Ameliyat Öncesi Eğitim**

Hemşireler tarafından hastalara verilen ameliyat öncesi eğitim ile ilgili birçok araştırmada; ameliyat öncesinde verilen bilginin tedaviye uyum, memnuniyette artma, anksiyete ve ameliyat sonrası komplikasyonlarda azalmaya neden olduğunu göstermektedir. Eğitim planı hastanın öğrenme ihtiyacına göre planlanmalıdır. Hastanın ameliyat öncesinde soracağı sorusu varsa cevaplanmalıdır (50).

❖ **Ameliyat Öncesi Hastanın Aç Bırakılması**

Mide içeriğinin hacmini ve asiditesini azaltmak için genel anestezi öncesi yetişkin ve çocukların aç kalması gerekmektedir. Böylece ameliyat esnasında mide içeriğinin regürjitasyonu ve aspirasyonu, ameliyat alanının gaita ile kontamine olması, idrar ve gaita inkontinansı önlenmiş olmaktadır (51).

Ameliyat öncesinde hastanın yiyecek ve sıvı alımının kısıtlanması ameliyat sonrası aspirasyonu önlemek amacıyla uygulanmaktadır (50).

Cerrahi girişim uygulanacak hastaların ameliyattan önceki gece aç bırakılması, 1800'lü yıllardan beri süregelen bir uygulamadır. Aspirasyon nedeni ile kaybedilen bir hastadan sonra uygulanmaya başlanmış ve günümüze kadar uygulanmaya devam edilmiştir (52).

Ameliyat öncesi uygulanan açlık periyodu, ameliyat programında değişiklikler, beklenmedik gecikmeler gibi durumlar nedeni ile uzayabilmektedir. Uzamış açlık sonucunda organizmada bir takım değişiklikler söz konusu olmaktadır. Bu metabolik ve katabolik duruma yanıt olarak insülin duyarlılığı gelişmektedir (53, 54). Uzun süreli

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

açlık nedeni ile susuzluk, baş ağrısı, bulantı-kusma, anksiyete gibi değişiklikler meydana gelmektedir ve bu durum ameliyat öncesi dönemi olumsuz etkilemektedir (55).

Yakın zamana kadar hastaların yiyecek ve sıvı alımı bir gece öncesinden kesilirken, Amerikan Anestezi Birliği (ASA), ek problemi olmayan hastalar için ameliyattan 6 saat öncesinde katı gıdaların, 2 saat öncesinde de sıvıların alımının kesilmesini önermektedir. Şimdi birçok hastaya elektif işlemden 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların alımına izin verilmektedir (50).

❖ **Cerrahi Açlık İçin Özel Durumlar**

a-Sadece Bölgesel Anestezi Gereken Hastalar

Bu hastalarda genel anestezi alacakmış gibi hazırlık yapılmaktadır. Hastaya IV sedasyon gerekmesi, genel anesteziye dönülmesi gibi olasılıklara karşı benzer önlemler alınmaktadır (56).

b-Sadece Lokal Anestezi Gereken Hastalar

Bu hastaların aç kalmasına gerek yoktur. Normal yemek yiyebilmektedirler (56).

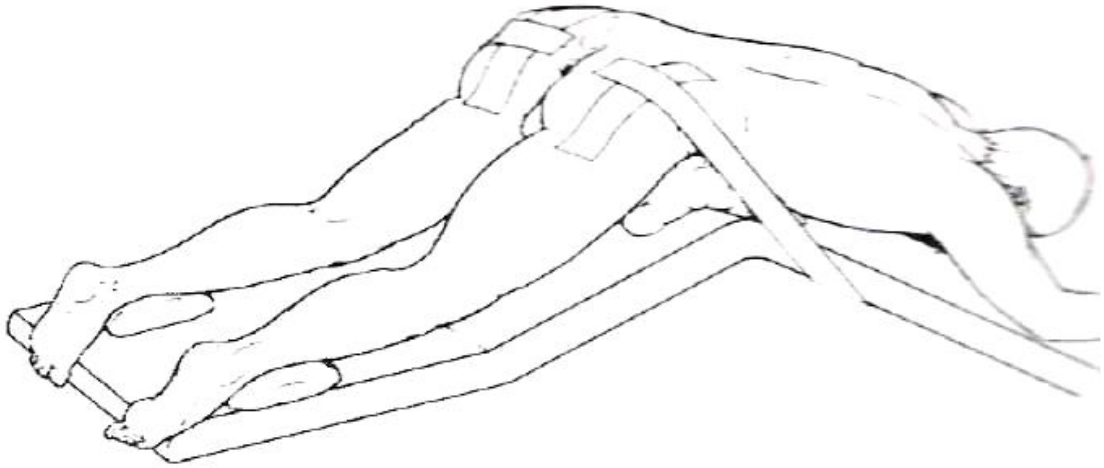
1.7.14.5. Ameliyata Kontrendikasyon Oluşturabilecek Durumlar

Ameliyat edilecek pilonidal sinüs hastalarında enfeksiyon varlığı, sinüs ya da çevresinde inflamasyon ya da selülit gibi komplikasyonların olması cerrahi eksizyona kontrendikasyon oluşturmaktadır. Böyle bir durumun öncelikle antiinflamatuar ilaçlar, sıcak kompres uygulaması ve gerekli ise antibiyotik ile tedavi edilmesi gerekmektedir (30).

1.7.14.6. Ameliyat Pozisyonu

Ameliyat 'prone jack-knife' pozisyonunda uygulanmaktadır. Kalçalar laterale doğru çekilerek, flasterle sabitlenmektedir (Şekil 3).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)



Şekil 3. Ameliyat Pozisyonu (30)

Uygulanacak yönteme göre, ameliyat kesisi için çini mürekkebi ya da steril kalemle işaretleme yapılmaktadır (30).

1.7.14.7. Anestezi

Pilonidal sinüs ameliyatı, genel, rejyonal ya da lokal anestezi altında yapılabilmektedir. Rejyonal anestezi selülitli, ya da enfeksiyonlu hastalarda kontrendikedir. Lokal anestezi, küçük pilonidal sinüsler için kullanılabilmektedir. Fakat büyük pilonidal sinüslerin varlığında ya da flep yöntemi uygulanacak hastalarda yetersiz kalmaktadır (30).

1.7.14.8. PİLONİDAL SİNÜS AMELİYATINDA KULLANILAN CERRAHİ YÖNTEMLER

Kullanılan yöntemlerin hiçbiri nüks hastalık riskini ortadan kaldıramamaktadır (37). Buna rağmen bazı tedavi yöntemleri, orijinal hastalığın yarattığı sorundan daha büyük oranda operasyon sonrası dönemde, hasta yaşamında kısıtlamalara yol açabilmekte ve cerrahinin morbiditesi, hastalığın kendi morbiditesinin önüne geçebilmektedir (37).

Cerrahi tedavi yöntemleri açık yöntemler ve kapalı yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.7.14.8.1. Açık Yöntemler

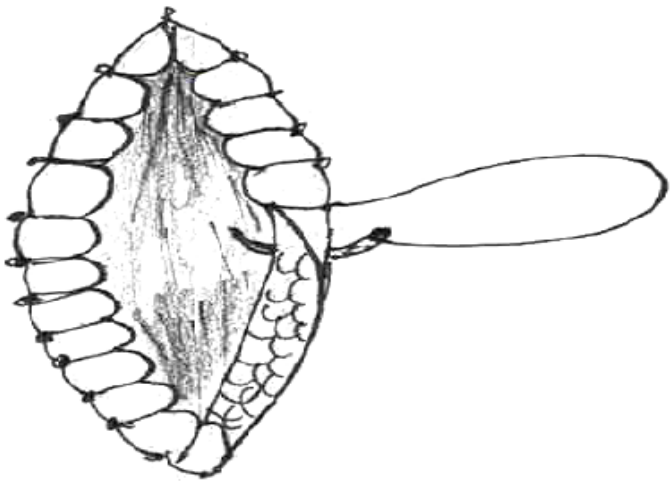
Yara iyileşmesinin sekonder iyileşmeyle olduğu ve yaranın açık bırakıldığı radikal blok eksizyon modelidir. İyileşme ve işe başlama süresinin uzunluğu, pansuman gereksinimi ve rekürrens oranının düşük olmaması nedeni ile (%2-15) pek tercih edilmemektedir (19).

a) Eksizyon ve Açık Bırakma

Bu yöntemde kist eksize edilip çıkarıldıktan sonra yara sütur atılmadan açık olarak iyileşmeye bırakılmaktadır. Bazı calışmalarda, kapalı yöntemlerle karşılaştırıldığında, oluşan komplikasyonlar bakımından anlamlı fark görülmediği ancak ameliyat sonrası rahatsızlık hissinin belirgin oluşu ve işe başlamada daha fazla zamana ihtiyaç duyulması gibi nedenlerle hastanın tercihinin ön planda tutulmasının gerekebileceği görüşü bildirilmektedir (19).

b) Marsupializasyon

Marsupializasyon, pilonidal kistin insizyonu, normal doku eksize edilmeden bütün enfekte ve ölü dokuların çcıkarılmasını takiben yara kenarlarının kistin lateral duvarına dikilerek, boşluk küçültülmesidir. Geride kalan boşluğun, sekonder iyileşmeye bırakılarak, granülasyon dokusu ile dolması, epitelizasyonla kapanması beklenmektedir (Şekil 4) (17, 19, 41).



Şekil 4. Marsupializasyon (19)

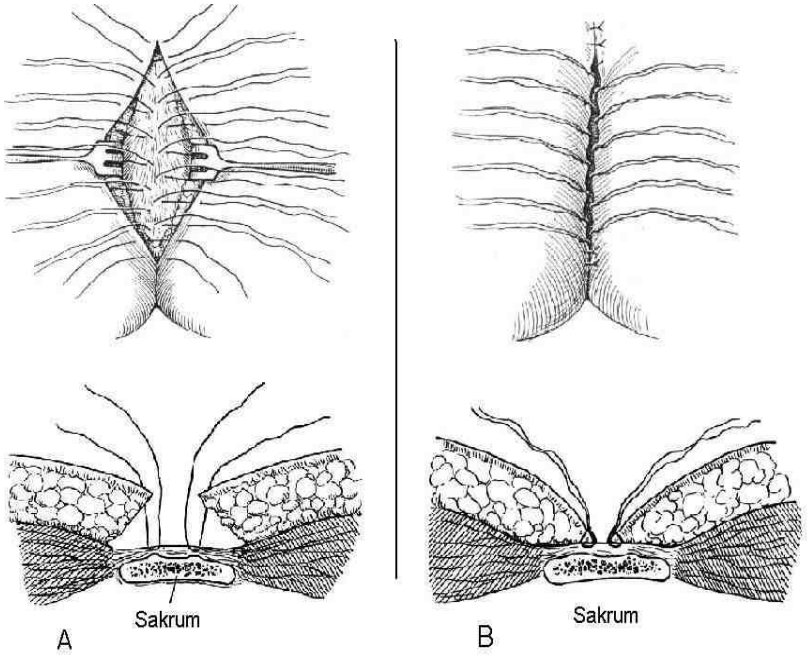
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Yapılan çalışmalarda iyileşme süreleri, marsupializasyon için 31-56 gün, primer kapama yapılan olgularda 8-30 gün, cilt flepleri kullanılan olgularda 10-25 gün olarak belirtilmektedir (17, 19, 41).

Ameliyatın dezavantajı süturların sıklıkla ayrılmasıdır. Bunun yanında yaranın sık bakım, temizlik ve dikkat gerektirmesi hasta açısından zahmetli olmaktadır. Rekürrens oranları ise yaklaşık %6 oranındadır (17, 19, 41).

c) MacFee Tekniği

MacFee tekniğinde sinüs, duvarıyla beraber blok olarak eksize edilmektedir. Sakrokoksigeal fasya bırakılmaktadır. Alttaki ciltaltı dokusunu almadan cilt kenarları sakrokkoksigeal fasyaya tek tek süturlarla dikilmektedir. Cilt kenarları mümkün olduğu kadar gergin olmadan orta hatta yaklaştırılmaya çalısılmaktadır. Dikişler tamamlandıktan sonra iplikler kesilmez, yaraya tampon konulup bu ipliklerle tespit edilmektedir (Şekil 5) (41).



Şekil 5. MacFee tekniği (41)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ç) İnsizyon ve Küretaj

Bu teknikte sinüs eksizyonu yapılmaksızın, sinüsün lateralinden uygulanan bir insizyondan sonra sinüs kürete edilmektedir. Bu tekniğin temeli, yarayı daha düzgün yapmak için çevredeki cildin ve kist duvarının çıkarılmasına dayanmaktadır. Sadece hastalıklı alan çıkarılmaktadır (Şekil 6) (19, 41).



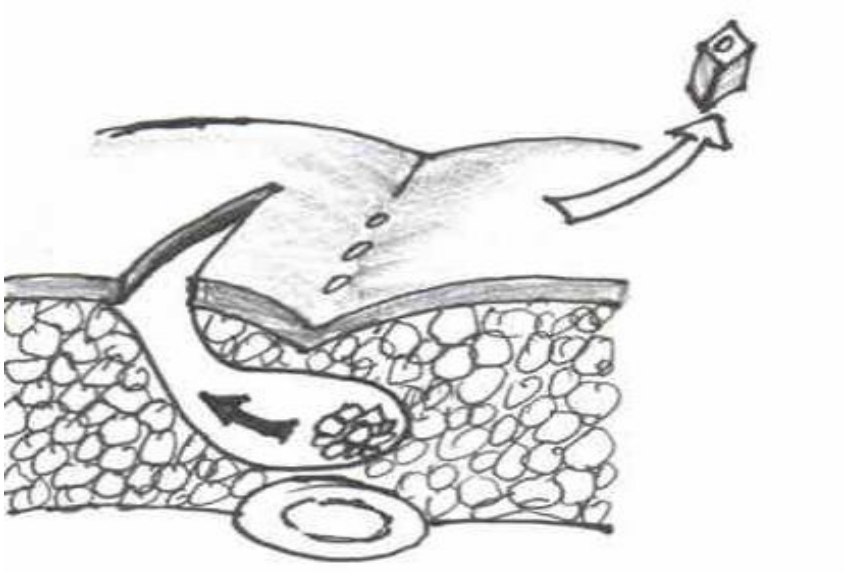
Şekil 6. İnsizyon ve Küretaj (19, 41)

Bu girişim komplike olanlar dahil tüm olgularda kullanılabilmektedir. Özel ameliyat öncesi bakım gerektirmemektedir. Yara küçüktür, ameliyat sonrası rahatsızlık minimaldir, özel diyete gerek yoktur. Daha az yatak istirahati gerektirir, iyileşme daha yavaştır ve rekürrens azdır, ancak hasta konforu iyi değildir (19, 41).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

d) Bascom Ameliyatı

İnsizyon ve küretaj uygulanan bir başka yöntem de Bascom ameliyatıdır (Şekil 7).



Şekil 7. Bascom Ameliyatı (48)

Bu yöntemde sinüs ağızları eksize edildikten sonra süture edilmektedir ve sinüs ağızlarının yaklaşık 3 cm lateralinden yapılan bir insizyonla sinüs kürete edilmektedir. Sonrasında insizyon drenaj için açık bırakılmaktadır. Bu teknikle yapılan çalışmalarda kapalı yöntemlere benzer sonuçlar bildirilmektedir (19, 41, 48).

1.7.14.8.2. Kapalı Yöntemler

a-Vertikal eksizyon ve primer kapama,

b-Oblik eksizyon ve primer kapama,

c-Asimetrik eksizyon ve kaydırılmış fleple kapama (Karydakis operasyonu),

ç-Rhomboid eksizyon ve Limberg fleple kapama,

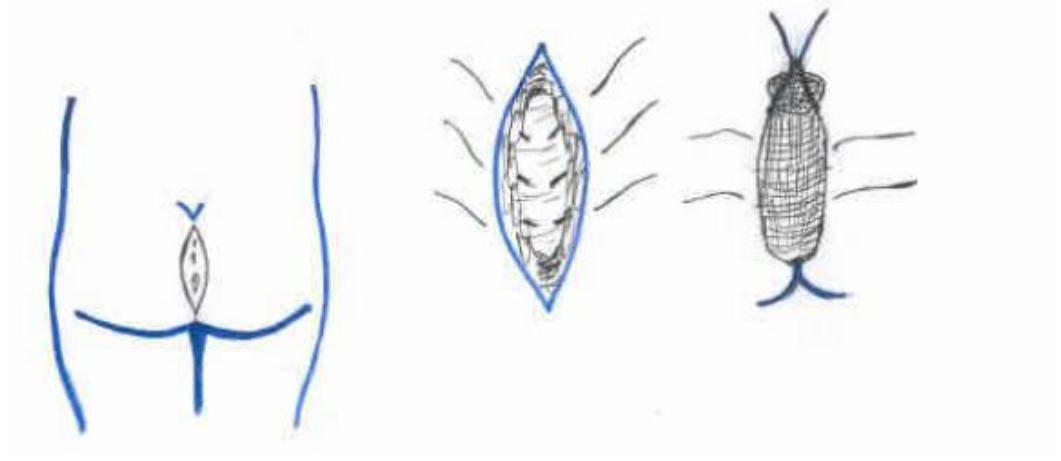
d-Plastik yöntemler: Z-Plasti, V-Y Plasti.

a) Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama

Bu yöntemde sinüs ağızlarının yaklaşık 1-2 cm dışından intergluteal oluğa yapılan vertikal-fusiform insizyonla sakrokoksigeal fasyaya ve lateralde gluteus maksimus kası fasyasına kadar sinüs dokusu total olarak çıkarılmaktadır. Hemostaz

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

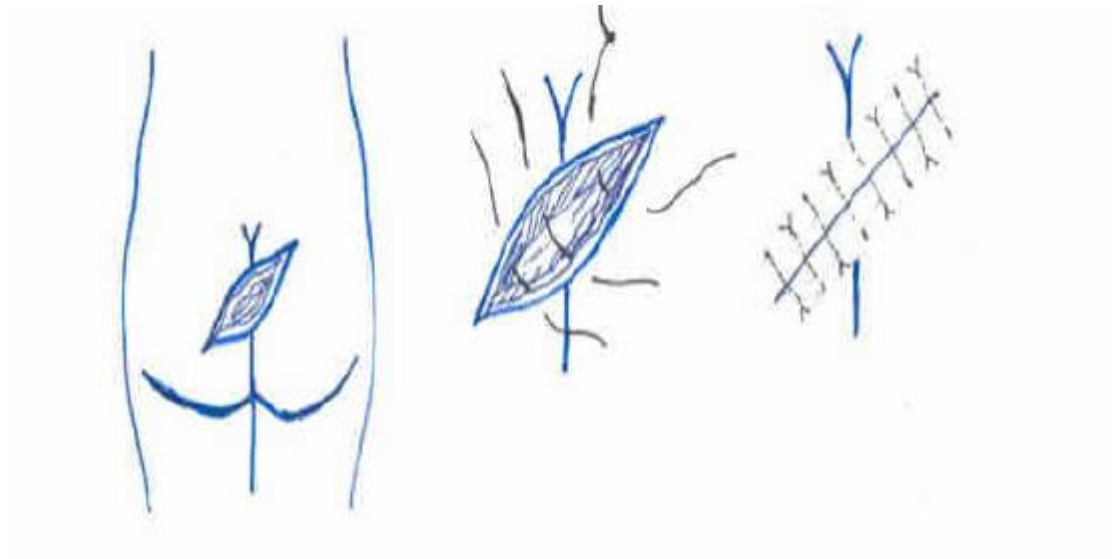
sağlandıktan sonra sakrokoksigeal ve gluteus maksimus fasyalarından geçilen süturlarla defekt kapatılır, destek amacıyla retansiyon süturları da eklenebilmektedir (19, 28, 41) (Şekil 8).



Şekil 8. Vertikal Eksizyon ve Primer Kapama (19, 41)

b) Oblik Eksizyon ve Primer Kapama

Bu yöntemde insizyon fusiform ve intergluteal oluğa oblik olacak şekilde yapılmaktadır (Şekil 9).



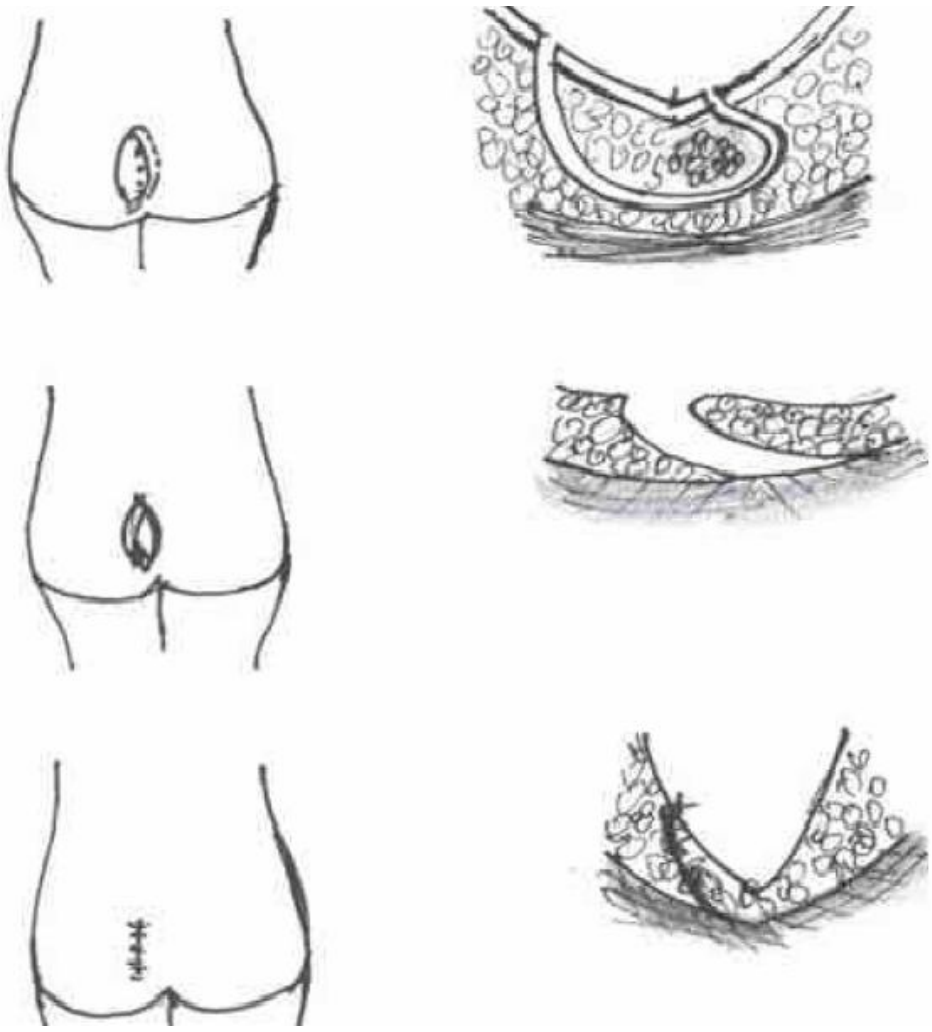
Şekil 9. Oblik Eksizyon ve Primer Kapama (19, 41)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Bu yöntemi tercihin sebebi, oluşan yara üzerine eğilme doğrulma hareketleriyle kalçada oluşan sürtünmenin etkisini azaltmaktır. Böylece bu hareketlerle kalça üzerine transvers eksende binen yükün etkisi azaltılıp, yara ayrılması gibi komplikasyonlar daha az görüleceği düşünülmektedir (19, 28, 41).

c) Asimetrik Eksizyon ve Kaydırılmış Fleple Kapama

Kaydırılmış fleple kapama yönteminde (Karydakis operasyonu) pilonidal sinüse eliptik ve asimetrik eksizyon yapılmasının ardından insizyonun karşı tarafından bir flep hazırlanıp, kaydırılarak defekt kapatılmaktadır. Bu flep aynı zamanda sakrokoksigeal fasyaya da tespit edilmektedir (Şekil 10) (28, 57).

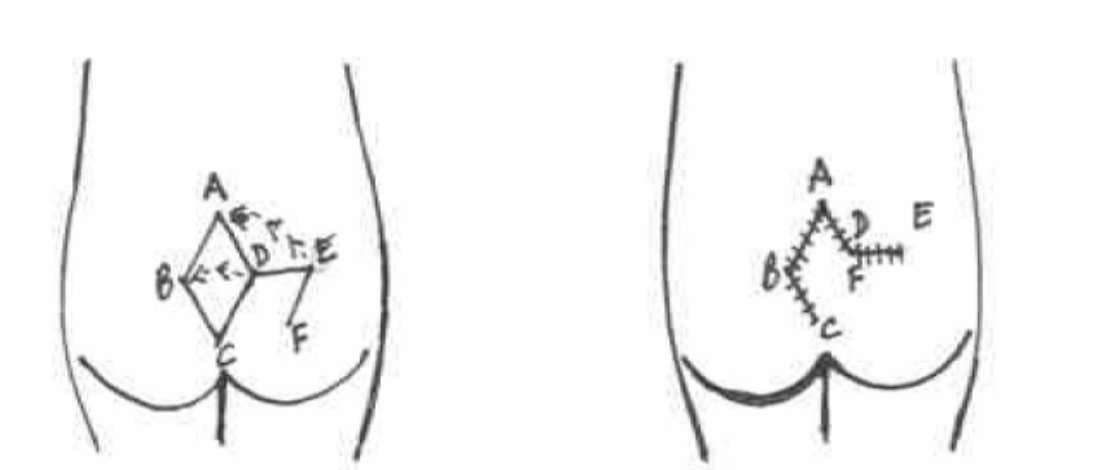


Şekil 10. Asimetrik Eksizyon ve Kaydırılmış Fleple Onarım (Karidakis operasyonu) (41)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ç) Romboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama

Bu yöntemde sinüs ağızlarını içerecek şekilde romboid bir insizyon yapılmaktadır. Altta presakral fasya ve lateralde gluteus maksimus fasyasına kadar inilerek sinüs total olarak çıkarılmaktadır. Ardından bir taraf gluteal bölgede cilt ve ciltaltı yağ dokusunu da içerecek şekilde hazırlanan Limberg flep defektin üzerine kaydırılarak presakral fasciaya tespit edilmektedir (Şekil 11) (19, 28, 29).



Şekil 11. Romboid Eksizyon ve Limberg Fleple Kapama (19, 28)

Kılların girişine ortam sağladığı bilinen natal oluğun düzleştirilmesi, oluşan yaranın median hattan uzaklaştırılması, kalçanın sürtünme etkilerinin azaltılması, dolayısıyla yara ayrılması ve rekürrens gibi komplikasyonların azaltılması amaçlanmaktadır. Rhomboid eksizyon ve limberg flep onarımı SPS'nin tedavisinde düşük nüks, kısa hastanede yatış süresi ve daha düşük komplikasyon oranlarıyla basit, kolay uygulanabilir bir yöntemdir (28, 58).

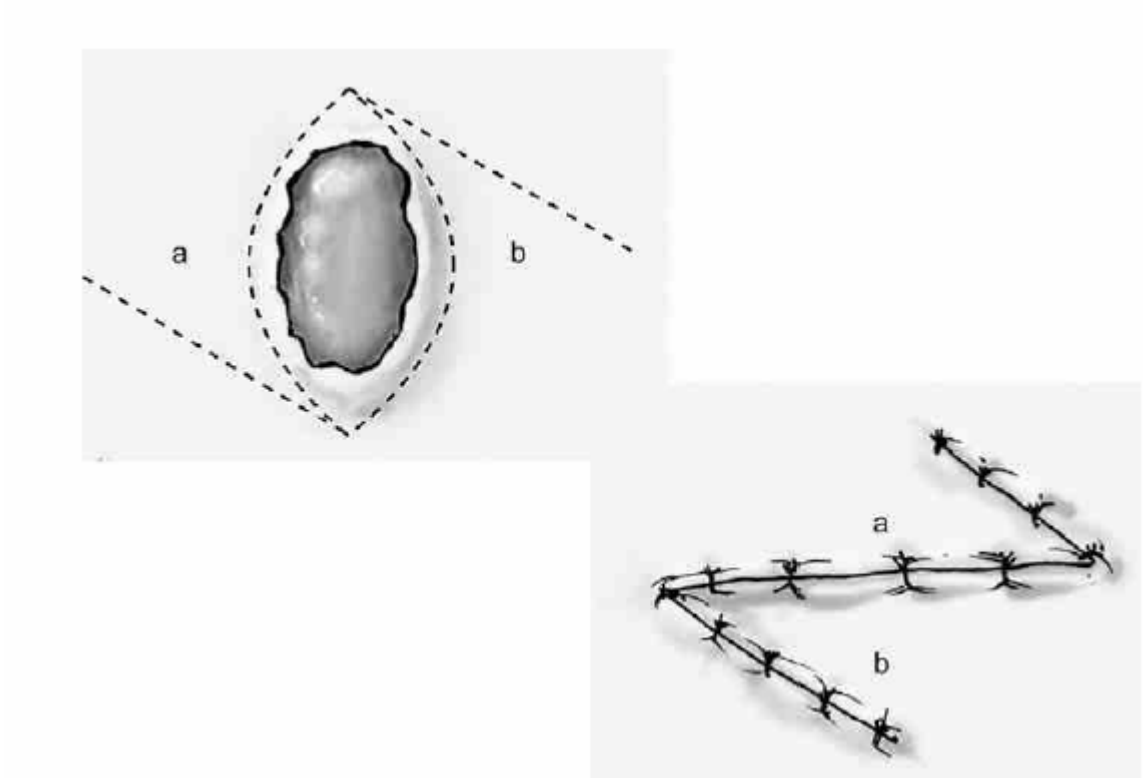
d) Plastik Prosedürler

Kistin çıkarıldığı bölgedeki alanın parsiyel veya tam olarak cilt yamalarıyla örtülmesi veya yaklaştırılması için bazı plastik girişimler önerilmektedir.

d- 1) Z-Plasti flebi tasarlanan hastalarda, sinüsün eksizyonu dar ve eliptik bir insizyonla yapılmaktadır. Kist eksizyonunu takiben deri flepleri hazırlanmakta ve

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

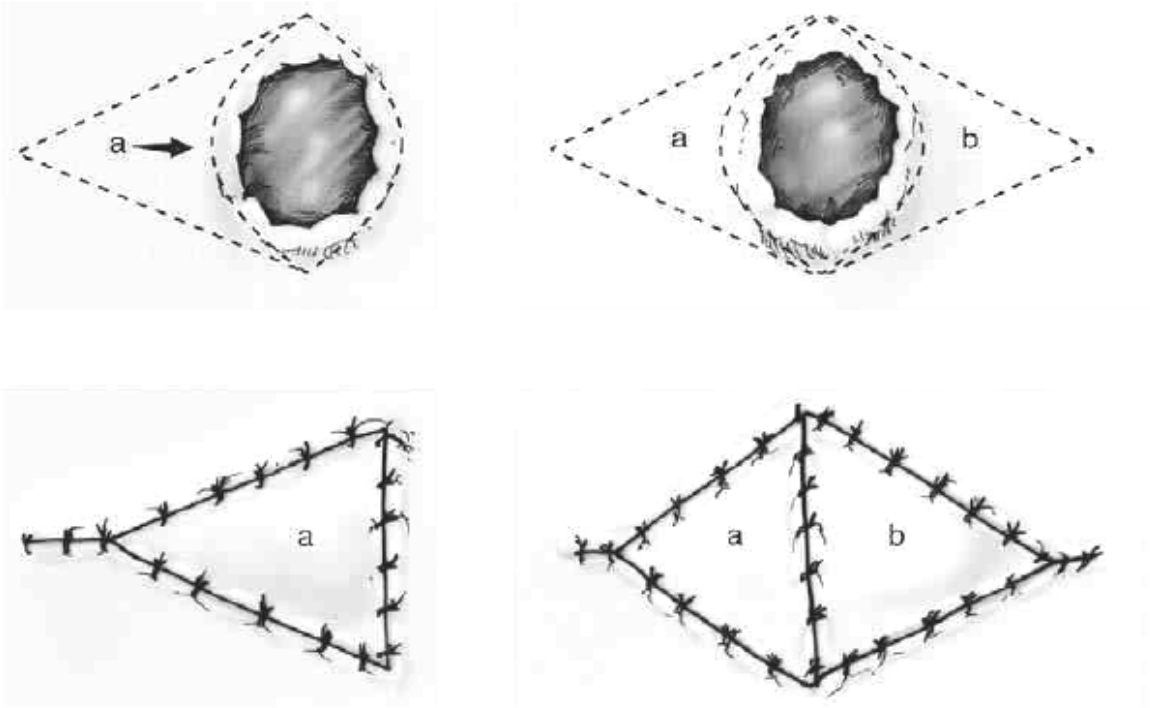
genellikle kesi hattına 45 derecelik açıyla hazırlanan Z kolları kullanılmaktadır. Bu teknikteki amaç gluteal yarığı genişletmektir. Rekürrens oranı %0-1.6 arasındadır (22, 28) (Şekil 12).



Şekil 12. Z-Plasti Flebi (41)

d-2) V-Y flep yöntemi ise unilateral veya bilateral olabilmektedir (Şekil 13). Unilateral flepler 10 cm çapına kadar olan defektleri kapatmak için, bilateral flepler ise 10 cm üzerindeki defektleri kapatmak için kullanılmaktadır. Flepler cilt, cilt altı yağlı doku ve gluteal fasyadan oluşmaktadır. Bu tekniğin avantajı, gluteal yarığı ortadan kaldırması, bütün orta hat çukurlarını ve nekrotik dokuyu yok etmesi, gerilimsiz bir kapanma sağlamasıdır (21, 28) (Şekil 13).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)



Şekil 13. V-Y Flep (28)

Menteş ve arkaşlarının yaptığı bir çalışmada pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde kullanılan değişik yöntemlerde modifiye limberg için rekürrens oranı %0 iken, bu oranlar eksizyon ve primer kapamada %28.5'e kadar ulaşmaktadır. İyileşme süreleri ise limberg flepte 1 hafta iken, eksizyon ve primer kapamada 47 haftaya kadar sürebilmektedir (59).

1.7.14.9. AMELİYAT SONRASI BAKIM

Cerrahi hemşireliğinin ne zaman başladığına dair tarihte kesin kayıtlar bulunmasa da cerrahi hemşireliğinin ilk yaralanan insanla başladığına inanılmaktadır. Geçmişte en son başvurulan tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi bugün ilk başvurulan tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Cerrahi müdahaleye maruz kalan hastalara bakım vermek profesyonel hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez bir parçasını oluşturmaktadır (60).

Cerrahi hemşireliği ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımını kapsamaktadır. Cerrahi sonrası hemşirelik bakımı, hasta ve ailesine holistik yaklaşımı (bütüncü yaklaşım) içermektedir (61).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ameliyattan çıkışından itibaren hastaneden taburcu olacağı zamana kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Bu süreç hastanın homeostatik dengesinin sağlanmasına, ağrısının kontrol altına alınmasına ve komplikasyonların önlenmesine dayalı bir dönemdir.

Pilonidal sinüs ameliyatı sonrası hasta bakımında;

Ağrı kontrolü,

Hastaya uygun pozisyonun verilmesi,

Pansuman ve

Hastanın şikayeti varsa çözümlenmesi esastır (33, 50).

Tüm bunlar sağlandıktan sonra hasta belirli zamanlarda kontrole çağırılarak ve beklenmeyen bir durum olursa ulaşabileceği hekim/hemşire numarası verilerek taburcu edilmektedir (50).

B. AYILMA ÜNİTESİNDE BAKIM

Cerrahi girişim sonrasında hastalar anestezinin etkisi geçinceye ve yaşam bulguları stabil hale gelene kadar, ayılma ünitesi (AÜ) adı verilen, ameliyathanenin yanında bulunan üniteye alınmaktadır (50).

AÜ'lerinde ameliyat sonrası hasta bakımı konusunda özel eğitim almış anestezi sonrası bakım hemşireleri, anestezistler ve cerrahlar bulunmaktadır. AÜ sessiz, iyi havalandırılmış, hastaları dinlendirici renkte boyanmış olmalıdır. Hasta bakımını kolaylaştırmak amacı ile AÜ'nde hasta yatakları kolay hareket ettirilebilen, kolay pozisyon verilebilen nitelikte olmalıdır. Bu şartlar hasta konforunu artırarak hastanın anksiyetesini azaltmaktadır (50).

AÜ'ne hasta geldikten sonra üzerindeki ameliyat gömleği çıkarılır, temiz gömlek giydirilir. Ameliyat şekline göre uygun pozisyon verilir. Pilonidal sinüs ameliyatından sonra da uygulanan tekniğe göre ameliyat yerinin zarar görmemesine dikkat edilerek hastaya uygun pozisyon verilmelidir. Battaniye ile örtülerek hastanın üşümemesi sağlanır. Yataktan düşmesini engellemek amacıyla yatağın korkulukları kaldırılır (50).

Anestezistten hasta hakkında gerekli bilgiler alınır. Bunlar;

- Hastanın alerjisinin olup olmadığı
- Genel durumu ve yaşam bulguları

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Ameliyat sırasında kullanılan antibiyotik, analjezik ve kas gevşeticiler
- Verilen sıvı miktarı
- Hemen uygulanması gereken bir istem olup olmadığıdır (50).

Ayılma Ünitesinde Hastanın Değerlendirilmesi

- Kan oksijen satürasyon düzeyi,
- Tansiyon, nabız sayısı ve ritmi
- Solunum sayısı ve derinliği,
- Bilinç düzeyi
- Işık veya dokunma gibi uyaranlara olan yanıtı değerlendirilmektedir.
- Cerrahi insizyon yerinden kanama olup olmadığı, dreni varsa açıklığı ve drenaj miktarı kontrol edilmektedir (50).

Ayılma Ünitesinde Bulantı Kusmanın Kontrolü

AÜ'de bulantı kusma sık karşılaşılan bir sorundur ve hastanın bulantısı artmadan önlem alınması uygun olur. AÜ'de ve ameliyathanede yaygın kullanımı olan, sedasyonu artırmadan bulantıyı kontrol altına alan ilaçlar bulunmaktadır. Hastanın özellikleri (alerjisinin olup olmaması) göz önünde bulundurularak uygun antiemetiklerin belirlenmesi gerekmektedir (50).

Ayılma Ünitesinden Ayrılma Kriterleri

Hastanın ayılma ünitesinden cerrahi kiniğe alınması için;

- Yaşam bulgularının stabil olması
- Yer, zaman oryantasyonunum tam olması
- Solunumunun normal olması ve yeterli kan oksijen satürasyonu
- Bulantı kusmanın olmaması
- Saatlik idrar miktarının en az 30 ml olması
- Ağrının kontrol altına alınmış olması gerekmektedir (50).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

C. HASTANIN CERRAHİ KLİNİKTE BAKIMI

Ameliyat sonrası bakım için cerrahi kliniğine gelen hastanın birçok gereksinimi vardır. Cerrahi kliniği hemşiresi AÜ hemşiresinden hasta ile ilgili bilgileri öğrenir. Hasta odasında; serum askısı, disposible pedler, battaniye, böbrek küvet ve ameliyat sonrası bakım formları bulundurulmalıdır (50).

Ameliyat Sonrası Beslenme

Genel anestezi alan hastalarda oral alımın yeniden tam olarak başlatılması birkaç gün içerisinde olmaktadır. Beslenme desteği olarak verilen ürünler bu dönemde gerekli değildir (62).

Sağlıklı yetişkinlerde ameliyat sonrası oral alım, hasta sıvı almaya hazır olduğunda, tıbbi, cerrahi ve hemşirelik açısından kontrendikasyon yoksa sıvılarla başlanmaktadır (63).

Ameliyat tipine göre ve kronik hastalıklarına göre hastaya uygun rejim verilmelidir. Hastanın tolere edebileceği rejim ile başlanmalı daha sonra diğer rejimlere geçilmelidir (61).

Ameliyat Sonrası Hastanın Yatış Pozisyonu

Hastaya uygulanan tekniğe göre ameliyat yerinin zarar görmemesine dikkat edilerek uygun pozisyon verilmelidir (61).

Ameliyat Sonrası Hasta Pansumanının Bakımı

Yara iyileşmesini sağlamak amacıyla ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine uyulmalıdır (61).

Hemşireler yara bakımında enfeksiyon belirtisi olan; pürülan akıntı, aşırı eksuda, gevşek granülasyon dokusu, aşırı ağrı, kötü koku olup olmadığına dikkat etmelidir. Pilonidal sinüste hasta bakımı, karmaşık ve zor olabilir, ancak sistematik bir yaklaşım ile hastaların bakım ve yönetiminde olumlu sonuçlar elde edilebilmektedir (33).

Takip muayeneleri, aksatılmaması gereken muayenelerdir. Hastanın operasyon sonrası düzenli pansumanlarını yapmak, hastalığın gidişini gözlemek, tedaviye cevabı saptamak ve yüksek risk gösteren kişileri tespit etmek önemlidir (8).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.7.14.10. AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR

Ameliyat sonrası dönemde hematom, geçici yara ayrışması ve yara enfeksiyonu önemli problemlerdir (37).

Pilonidal sinüsü olan hastalarda karşılaşılan diğer bir komplikasyon da nükslerin görülebilmesidir (8). Hastalığın nüksü hastanede kalış süresi, işgücü kaybı, tedavi masrafları ve hasta konforu gibi kriterlerde olumsuz gelişmelere yol açtığı kadar bu olguların tedavisi de güçleşmektedir (30, 64).

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma

Ameliyat sonrası bulantı-kusma, anestezi sonrası en sık yaşanan yan etkilerdendir. Ameliyat sonrası derlenme zamanını, hastalığın düzelmesini, hastanede kalış süresini uzatan bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası bulantı-kusma plastik prosedür uygulanan pilonidal sinüs hastalarında, flep bölgesinde kanamaya neden olabilmektedir (65).

Bulantıyı önlemek için öncelikle nonfarmakoljik yöntemler uygulanmalıdır. Hasta odası havalandırılmalı, belli bir süre hasta yakınları bilgilendirilerek ziyaretçi kısıtlanmalı ve solunum egzersizi yaptırılmalıdır. Bulantı veya kusma devam ederse hekim istemiyle antiemetik tedavi uygulanmalıdır (66).

1.8. HASTA EĞİTİMİ

Hemşirelik, sağlıklı ya da hasta bireye, aileye ve topluma sağlık sorunları olduğunda ya da sağlığı koruma ve geliştirme amaçlı hizmet sunmaktadır. Hemşireler bu hizmetlerini çağdaş rolleri kapsamındaki tanı ve tedaviye yardımcı uygulamaları, bakım, araştırma ve eğitim rolleri ile gerçekleştirmektedir. Hemşirelerin eğitim rolleri kapsamında hasta eğitimi temeldir ve önemli bir yere sahiptir. Hasta eğitiminde hasta, ailesi ve yakınlarının sağlık eğitim gereksinimlerinin belirlenip karşılanması amaçlanmaktadır (67).

Hasta eğitimi, hasta ve ailelerine bilgi, tutum, değer, davranış ve beceri kazandırmak için yapılan eğitimlerdir ya da doğru bilgilerin, düşüncelerin iletilmesi ve beceri kazandırılmasıdır (67). Bir başka tanımda ise hasta eğitimi, sağlığı iyileştirmek amacı ile hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve davranışlarını değiştirmek

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

olarak ifade edilmektedir (68). Bu tanımlara göre hemşire eğitimi hastayı, hastanın hastalığına özel süreci, tedavi yöntemleri ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında bilgilendirerek yapar. Eğitim, hastanın öz bakım becerilerini desteklemek ya da cesaretlendirmek için bir araç olarak kullanılmaktadır (67).

Hasta eğitimi hemen hemen tüm hemşirelik girişimlerinde formal/ planlanmış ya da informal/planlanmamış eğitim olarak gerçekleştirilmektedir. İnformal eğitim, bir tedavinin, girişimin ya da laboratuar sonucunun açıklanması gibi hasta ile yapılan bir konuşma ya da sohbet esnasında bilginin aktarımıdır. Formal eğitim ise planlı bir eğitim olup, bireyin bilişsel/ duyuşsal/ psikomotor gelişimini hedefler, bilgilerin hatırlanması ve uygulanmasında hastanın başarısını ölçen değerlendirmeyi kapsamaktadır. Hasta eğitiminde, hastanın istendik davranışları kazanarak sağlığına en kısa sürede ulaşması amaçlanmaktadır (67).

Hasta eğitimi; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan bir süreçtir. Veri toplama aşamasında, öğrenme gereksinimleri, öğrenme isteği, öğrenme yeteneği, öğrenme kaynakları vb. hakkında veriler toplanıp değerlendirilmektedir. Tanılama aşamasında hemşire, toplanan verilere göre hastaya özel öğrenme gereksinimlerinin neler olduğunu karar vermekte ve sorunu tanılamaktadır. Daha sonra öğretim programının uygulanması sırasında, nelerin, hangi sıra ile nasıl, ne zaman yapılacağını, nelerin ne şekilde değerlendirileceğini gösteren hasta eğitim planı oluşturulmaktadır. Planın uygulama aşamasında ise, planlanmış öğretim etkinliklerinin, hasta ve ailesinin öğrenmesini sağlamak/desteklemek amacı ile tüm işlevler uygulanmaktadır. Son olarak hasta ve ailesi için hedeflenen davranış değişikliklerinin ne derece gerçekleştiği, planın gerçekleştirilme durumu ve tüm süreç değerlendirilmektedir. Sorunlar ve aksayan yönler analiz edilmekte ve iyileştirmeler yapılmaktadır (67).

Hasta eğitimi, uyum ve memnuniyetin arttırılması, maliyetin düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin arttırılmasında anahtar olarak görülmekle birlikte hastanın uygun öz-bakım davranışlarını oluşturmada da önemlidir. Aynı zamanda hasta eğitimi bireyin tanı ve tedavisini anlamasına, kendi bakımına aktif katılmasına, hastalığı ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulmasına, sağlığını yeniden

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

kazanmasına, kısa sürede iyileşmesine, komplikasyonların önlenmesine ve evde bakımının sürdürülmesine yardım etmektedir (69).

Hastaya eğitim verirken kullanılacak yöntemler:

❖ **Sözlü Anlatım**

Hasta eğitiminde en sık kullanılan yöntem, hastalarla konuşma şeklindedir. Bu etkileşim, daha sonra düzenlenecek eğitimlere (basılı materyaller, video materyalleri, sınıflar veya diğer eğitim şekilleri) temel teşkil eder. Bilgi uygun ve kapsamlı bir şekilde verilmeli, hem hasta hem de sağlık personeli tarafından paylaşılan, gerçekçi beklentileri ve doğru amaçları içermelidir (7).

Etkin bir iletişim öncesinde ilk gerekli olan, onaylama değilse bile kabul etme şeklinde bir atmosferin yaratılmasıdır. Hemşire, hastanın deneyimleri, inançları ve davranışlarını sorgularken yargısız bir tutum sergilemeli, hasta ile aynı fikirde olmasa bile hastanın bakış açısını anladığını göstermelidir. Bu atmosferin yaratılması ortak hedeflere ulaşma doğrultusunda hasta ile bir ekip oluşturma sürecinde kritik bir aşamadır. Bu işbirliği ortamı sağlanamadığında, hastalar düşünce ya da duygularını paylaşma açısından isteksiz olabilirler.

Tıbbi dil kullanımından kaçınılmalıdır. Genellikle sağlık personeli konuşmalarının ne kadar teknik olduğunun ve hastaların anlama düzeyinin dışında kaldığının farkında değillerdir. Verilen bilgiler doğrultusunda eş anlamlılarını da belirtmek, bu tıbbi dili çözebilmeleri için hastalara yardım edecek bir yaklaşımdır (7).

Örneğin; "Koroner arterlerin ya da kalp kasının kendisine kan taşımakta olan kan damarlarının birinde atherosklerotik bir lezyon ya da bir tıkanma mevcut."

Sözlü iletişimde özgüllük (spesifite) ve açıklık eşit derecede önemli olan prensiplerdir. Şu şekilde bir dili kullanmaktan kaçınılmalıdır: "Yediğin yağ miktarını azalt veya artık yağ yememelisin" demek hiçbir anlam taşımayabilir. Tek tek ne yemesi, ne kadar yemesi, ne sıklıkta yemesi gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların anlatılanları kavrayıp kavramadıklarını kontrol etmek eğitimin tamamlayıcı parçası olarak görülmelidir. En azından, hastalar soru sormak için cesaretlendirilmelidir. Çok daha iyi bir strateji ise, verilmiş olan bilgileri anladıklarını özetlemelerinin istenmesidir. Sorular, suçlar şekilde kabul edilmeyecek bir tarzda sorulmalıdır: "Size vermiş olduğum bilgiler

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

doğrultusunda bana ne yapmanız gerektiğini kendi kelimelerinizle anlatabilir misiniz?" gibi (7).

❖ **Basılı Materyaller**

Sözlü anlatımdan sonra en sık kullanılan hasta eğitim aracı basılı materyallerdir. Bunlar sıklıkla tek başına veya öncesinde etkin bir sözlü anlatım yapılmaksızın kullanılmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda, bu şekilde kullanıldıklarında çok da etkili olmadıkları gösterilmiştir. Bunun aksine, hastaların basılı materyalleri diğer eğitim yöntemleri ile birlikte kullanmayı daha fazla istedikleri ve sonuçların olumlu yönde etkilendiği çalışmalarda gösterilmiştir (7).

Basılı materyaller 2 grupta toplanabilir:

1. Kurallı tip (Preskriptif)
2. Kuralsız tip (Nonpreskriptif)

İki materyal tipi zaman zaman birbiriyle örtüşmekle birlikte kurallı materyaller, sıklıkla belli bir amaç doğrultusunda hemşire tarafından hastaya verilen materyaller şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle medikal bir problemin ortaya çıkması ya da tekrarlaması nedeniyle kullanılmaktadır. Örneğin; sırt kaslarını incitmiş bir hastada sırttaki mekanizmaları, incinmenin yinelenmesinden kaçınmak için neler yapılması gerektiği, iyileşme sırasında ve sonrasında esnekliği ve gücü arttırmaya yönelik fizik programları açıklayan bir broşür verilebilir. Kısacası kurallı materyaller tedavinin bir parçasıdırlar (7).

Bunun aksine, kuralsız tipteki materyaller, hastaların istedikleri takdirde serbestçe alması veya okuması için sıklıkla bekleme ya da muayene odalarına bırakılmaktadır. Bunlar, daha genel ya da belli başlıklara dayalıdır ve hasta eğitiminden çok sağlık eğitimine yöneliktir. Bunlara örnek olarak; dört temel yiyecek grubunu tanımlayan bir broşür veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları anlatan ufak bir kitapçık verilebilir (8).

Kuralsız tipteki materyaller, bir davranışı değiştirme amacından çok bilgilendirmeyi amaçlar ancak hastanın kafasında bir takım sorular oluşmasına yol açabilir. Dolayısıyla vizit sırasında hasta eğitimi açısından olanak sağlayabilir. İlaç firmaları ve ulusal gönüllü kuruluşların materyalleri bunlara örnek olarak verilebilir (7).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

❖ **Mevcut materyalleri kullanmadan önce dikkat edilmesi gerekenler:**

- İçerik uygun mudur?
- Bir ürünün reklamı yapılmış ya da bilgi taraflı verilmiş midir?
- Hastaların okuduklarını anlayacakları düzeyde açık olarak ifade edilmekte midir?
- Kolayca çoğaltılabilir mi?
- Depolamaya ve uygulamada herhangi bir sistemde kullanmaya uygun mudur? (7).

1.8.1. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimin Ameliyat Sonrasına Etkisi

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 yaşamaktadırlar. Bunlar anksiyete, ağrı korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi sorunlardır. Oysa hemşireler hasta eğitimine önem verdikleri ve uyguladıkları zaman, hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenme konusunda daha hazırlıklı olmakta, anksiyetelerini paylaşabilmekte ve verilen bilgiyi daha iyi öğrenebilmektedirler (70).

Ameliyat öncesi eğitim, pozitif hasta sonuçlarına katkıda bulunan hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması kaliteli bakımın bir göstergesidir (70).

Ameliyat öncesi eğitimin amacına ulaşmasını sağlayan önemli etmenlerden biri, eğitimin planlı ve hasta gereksinimlerine uygun yapılmasıdır. Planlı yapılan eğitim, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hasta, hemşire ve kurum açısından birçok yarar sağlamaktadır. Planlı ameliyat öncesi eğitim, günlük yaşam aktivitelerine yeniden dönmeyi ve ayağa kalkmayı hızlandırır, hastaların daha az anksiyete ve korku yaşamasına yardım eder, hastaların psikolojik olarak kendilerini daha iyi ve bağımsız hissetmesine neden olur, hastanın daha kısa sürede iyileşmesine katkıda bulunur, hastanede kalma süresini kısaltır ve dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini azaltır. Hastaların memnuniyet düzeyini yükseltir, ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanımını azaltır ve hastanın kendini daha rahat hissetmesini sağlamaktadır (70).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ağrı, bireysel ve subjektif bir yaşantı olup, ameliyat sonrası ağrıda anksiyete en önemli psikolojik belirleyicidir. Akut ağrı ve anksiyete genellikle birlikte görülmekte, azalan anksiyete ağrı yanıtının şiddetini azaltmaktadır. Anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların deneyimlediği ağrı da yüksektir. Ağrı düzeyinin yüksek olması, hastanın anksiyete ve korku düzeyi ile ilgili olduğundan, bilgi vermek, hemşirenin ameliyat sonrası ağrıyı hafifletmek için kullanacağı en önemli stratejilerden birisidir. Ameliyat öncesi hasta eğitimi hastanın anksiyetesini azaltıp, ağrı kontrolüne yardım etmektedir (71).

Ülkemizde ameliyat öncesi eğitim ile ilgili yapılan araştırmalar, ameliyat öncesi hazırlığın günlük çalışma ortamında etkili olarak yapılamadığını göstermektedir. Özgül Karayurt'un (1998) makalesinde belirttiği gibi, Bölükbaş (1991) çalışmasında ameliyat olacak hastaların %77'sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediği ve hastaların %95'inin bilgi almak istediklerini saptamıştır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelerin, cerrahi hastalarının ameliyata hazırlanması konusunda bağımsız fonksiyonlarını tam olarak yerine getiremediğini ortaya koymaktadır (71).

Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerinin hastalar tarafından değerlendirildiği bir çalışmada; hemşirelerin hasta eğitimlerini uyguladığı, bu eğitimlerin çoğunlukla hastalığa yönelik genel bilgiler içeren kısa süreli planlanmamış bireysel düzeyde yapılan eğitimler şeklinde olduğu, ancak hastaların daha çok yazılı materyal, görsel-işitsel araçlarla destekli uygulamalı ve tartışmalı eğitimleri tercih ettiği saptanmıştır. Dahiliye hastalarının %63'ü, cerrahi hastalarının %47'si bu eğitimleri yeterli algılamaktadır. Dahiliye hastalarının %67'si, cerrahi hastalarının %58'i hemşirelerden aldıkları bu eğitimlerden memnundur. Ayrıca hastaların, eğitimlerini kendi odalarında, hasta kabul ya da klinikte yatarken almak istedikleri ve klinikte yatarken ya da taburculuk sonrası hasta eğitimleri düzenlenirse eğitimlere katılabilecekleri belirlenmiştir (67).

Hastane kliniklerinde yapılan hasta eğitiminin hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle hasta açısından önemi açıktır. Yapılan çalışmalar hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir. Örneğin; Yılmaz'ın "Ameliyat öncesi

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

eğitimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi" adlı çalışmasında (72) hemşirelerin yaptıkları hasta eğitiminin, komplikasyonları azalttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada, hemşirelerin yaptıkları eğitimin, ameliyat sonrası hastaların yatış sürelerini kısalttığı da tespit edilmiştir (69, 72).

1.9. AĞRI

Ağrı, tüm insanların yaşamları boyunca zaman zaman yaşadığı, yardım aramalarına yol açan subjektif bir deneyimdir. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini engelleyerek, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve yalnızca onu yaşayan birey tarafından tarif edilebilen soyut bir kavramdır (13).

Evrensel bir deneyim olan ve yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli tanımını Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (IASP) yapmıştır. Bu teşkilata göre ağrı; "Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duyusal ve emosyonel (duygusal) bir duyum ve davranış şekli" olarak tanımlanmıştır. Ancak klinik olarak en yararlı tanımı Mc Caffery yapmıştır. Bu tanıma göre; "Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" şeklindedir(13, 14, 50).

1.9.1. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflanması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır.

1.9.1.1. Ağrının Süresine Göre Sınıflandırma:

a) Akut Ağrı;

Ağrının başlangıcı ani ve şiddetlidir. Nedenine bağlı olarak genellikle dindirilebilir. Ameliyat sonrası ağrı, akut ağrıya en iyi örnektir. Cerrahi geçirmiş bir hastada önceki hastalığı, geçirdiği cerrahi müdahale veya ikisinin ortak sonucu olarak gelişen ağrı olarak da tanımlanmaktadır. Akut ağrı üzerinden 3-6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri göstermektedir (13, 73).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

❖ Akut Ağrının Olumsuz Etkileri

Akut ağrı nedenlerinden birisi olan cerrahi girişimlerde hastaların sadece %30-50'sinde yeterli analjezi sağlanabilmektedir. Bu durum ağrının geçirilmesine yönelik alınan önlemlerin son derece yetersiz olduğunu ve hastaların büyük bir kısmının ağrılarının geçirilemediğini ortaya koymaktadır. Oysa hastanın acı çekmesine izin vermek etik açıdan doğru olmadığı gibi, hastanın iyileşme sürecini, mortalite ve morbidite oranını ve bakım maliyetini artırmaktadır (50).

❖ Ameliyat Sonrası Ağrı

Cerrahi girişimler hastada ölüm korkusuna neden olmaktadır. Daha sonra bu korku yerini ameliyat sonrası ağrı korkusuna bırakmaktadır. Birçok çalışmada ameliyat sonrası ağrı ve anksiyete arasında doğru bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Artan korku ve anksiyete ağrı şiddetinin artmasına ve cerrahi girişim sonrasında daha fazla opioid gereksinimine neden olmaktadır (50).

Ameliyat sonrasında ağrının giderilmesi, hastanın prognozunu ve yaşam kalitesini önemli bir şekilde olumlu etkilemektedir (74).

❖ Cerrahi Ağrının Süresi ve Şiddetini Etkileyen Faktörler

- Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlanması,
- Cerrahi girişim yeri, süresi, özelliği, insizyon tipi,
- İntraoperatif travmanın derecesi,
- Cerrahi girişim ile ilgili komplikasyonlar,
- Cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi,
- Anestezi uygulamaları,
- Hastada cerrahi girişim öncesi görülen ölüm, anestezi, cerrahi ve ağrı korkusudur (50).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

b) Kronik Ağrı;

Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun (aylar, hatta yıllar boyu), aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilmektedir (13).

Kronik ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli diğer bozukluklar, kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir (50).

❖ Kronik ağrılara bağlı olarak:

- Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
- Libido ve seksüel aktivite azalması,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,
- Kabızlık,
- Psikomotor bozukluklar,
- İrritabilite artışı,
- Çaresizlik ve ümitsizlik,
- Geleceğe dönük plan yapamama ve ideallerin kaybı,
- Hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da görülmektedir (50).

1.9.2. Ağrının Sistemler Üzerindeki Etkisi

Kişinin tanımlayabileceği en hafif ağrı düzeyine ağrı eşiği denir. Ağrı eşiği kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişide zaman içinde de değişiklik gösterebilmektedir. Psikolojik durum, kültürel farklılıklar, dini inanç, yorgunluk, ağrı hafızası, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan reaksiyonu, tepkileri ve ağrının şiddetini etkilemektedir. Ağrının geçirilemediği durumlarda, aşağıda belirtildiği gibi bir çok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir (50, 75).

- Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketimi artar.
- Şiddetli ağrı hastanın hareket etmesini engelleyerek venöz dönüşte azalmaya ve tromboembolik komplikasyonlara neden olmaktadır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Ağrısı olan hastada anksiyete oluşur. Anksiyete ise kas tonüsünü arttırır. Artan kas tonüsü ile kaslarda oksijen tüketimi fazlalaşır ve laktik asit üretimi artar, laktik asit birikimine bağlı kaslarda kramplar oluşabilmektedir.
- Ağrı, üretra ve mesane hipomotilitesine yol açarak idrar yapmayı güçleştirebilir. Bunun sonucunda üriner retansiyon görülebilmektedir.
- Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu antidiüretik hormonun (ADH) salgılanmasında artış olur, buna bağlı olarak sodyum ve su retansiyonu meydana gelir ve bu değişiklikler sonucu kan basıncı yükselmektedir (50).

1.9.3. Ağrının Değerlendirilmesi

İnsan yaşamında çok fazla olumsuz etkileri olan ağrının ortak bir dil kullanılarak ölçülebilmesi; ağrının kendisi ve uygulanan ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle ağrı yönetiminde ilk ve en önemli adım ağrının değerlendirilmesidir (14). Ağrılı hastanın tanı ve tedavisini doğru yönlendirmenin en önemli koşulu, hastanın ağrısının doğru değerlendirilmesidir. Ağrının şiddetinin ölçülmesi ve verilen tedaviye yanıtının gözlenmesi önemli olup, bu ölçümlerin düzenli olarak yapılması gerekmektedir (13). Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının "**var**" ya da "**yok**" olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir (14).

Ağrı değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken durumlar;

- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmamalı
- Ölçümün amacı belirlenmeli
- Farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı ve yöntem hastanın anlayacağı şekilde basit olmalı
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve tama yakın bilgiler hemen sağlanmalı
- Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalı

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Ağrı değerlendirme yöntemi kurumun standartlarına uygun olmalıdır (13, 14).
- Ağrısını ifade etmede güçlük çeken hastalar:

1. Yeni doğanlar

2. Ciddi psikolojik bozukluğu olanlar

3. Endotrakeal tüpü olan hastalar

4. Yaşı 85'in üzerinde olanlar

5. Sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanmayanlar

6. Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olan hastalardır (14).

Ağrı şiddeti tek boyutlu ve çok boyutlu skalalar kullanılarak değerlendirilebilir (14).

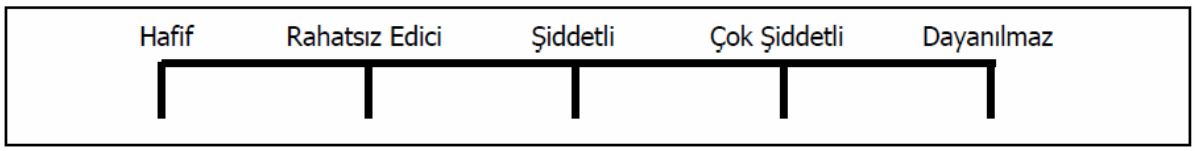
1.9.3.1. Tek Boyutlu Ağrı Skalaları;

1.9.3.1.1. Sözel Tarif Skalaları (VSD)

Hastanın ağrısını tanımlayan "ağrım yok, hafif, rahatsız edici, kötü, korkunç, dayanılmaz" ifadelerinden ağrısına uygun olanını seçmesi istenir.

Avantajı: Kolay uygulanması ve sınıflamasının olması.

Dezavantajı: Ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı kalınmasıdır (13, 14).



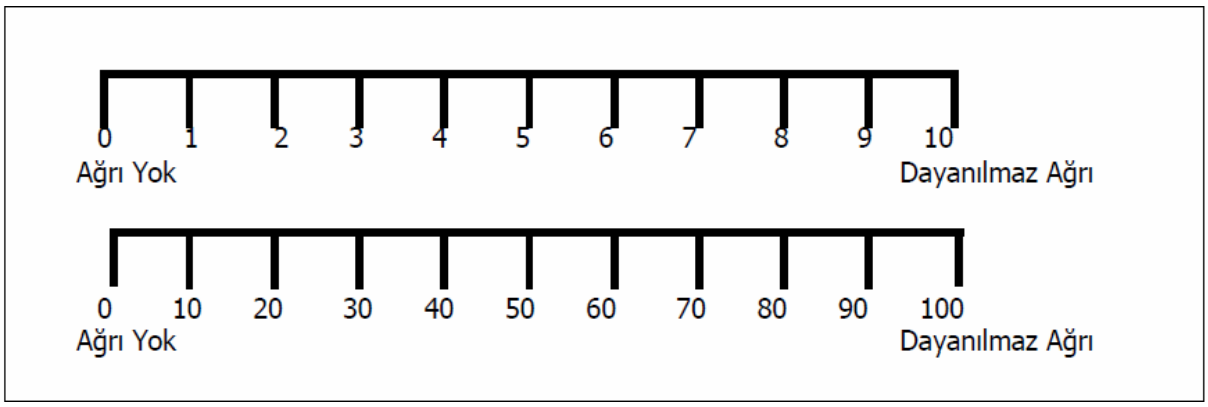
Şekil 14. Sözel Tarif Skalası (VSD) (14)

1.9.3.1.2. Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS)

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlamaktadır (13, 14).

Skalada ağrının yokluğu (0) ile başlayıp, dayanılmaz ağrı için (10 ya da 100) düzeyine varmaktadır. Hasta duyduğu ağrıyı sayısal olarak bildirir. Yazılı veya sözlü olarak uygulanabilmektedir (13, 14).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)



Şekil 15. Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS) (14)

1.9.3.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda oluşabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm.lik bir çizgidir. Bu çizgi üzerinde hasta hissettiği ağrı şiddetini işaretlemektedir. Bu skala ağrı şiddeti ölçümünde duyarlı ve güvenilir bir yöntemdir (13, 14).

GKÖ'nin kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda; hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santimetre olarak kayda alınmaktadır (14).

Avantajı:

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır,
- Beş yaşın üzerindeki hastalara kolayca uygulanabilmektedir,
- Uygulanan ağrı geçirme yönteminin etkinliğini değerlendirmede başarılı bir yöntem olduğu bildirilmektedir.

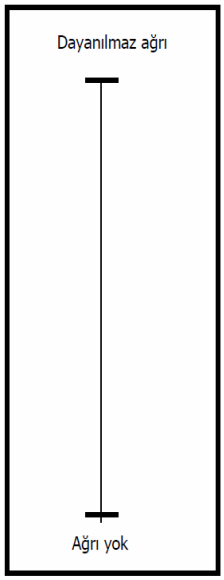
Dezavantajı:

- Hasta işaretlemeyi rastgele yapabilir, bu durumda hastanın ağrısını değerlendirmek yanlış olabilmektedir
- Hasta yorgun ya da işbirliği kuramayacak durumda olduğunda sağlıklı sonuç vermeyebilir
- Yanılgıları önlemek için ağrı kontrolünün aralıklarla yapılması gerekmektedir

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Yaşlılarda GKÖ hattının algılanması, işaretlerle koordinasyon sağlanmasının güçlüğü nedeniyle uygulamada sorun olabilmektedir
- Kronik ağrılı hastalarda yetersiz kalabilmektedir (13, 14).

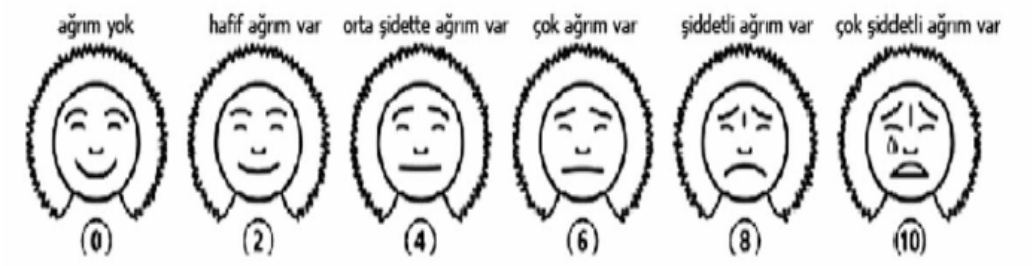
Sonuç olarak GKÖ basit tanımlayıcı ölçeğe göre daha duyarlı, çocuklarda uygulanışı kolay ancak yaşlılarda kullanımı sınırlıdır (14).



Şekil 16.Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS) (14)

1.9.3.1.4. Wong-Baker Yüz İfadesi Skalası

Hastanın yüz ifadesine göre ağrının tanımlaması yapılır. Genellikle üç yaşına kadar olan çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (13, 14).

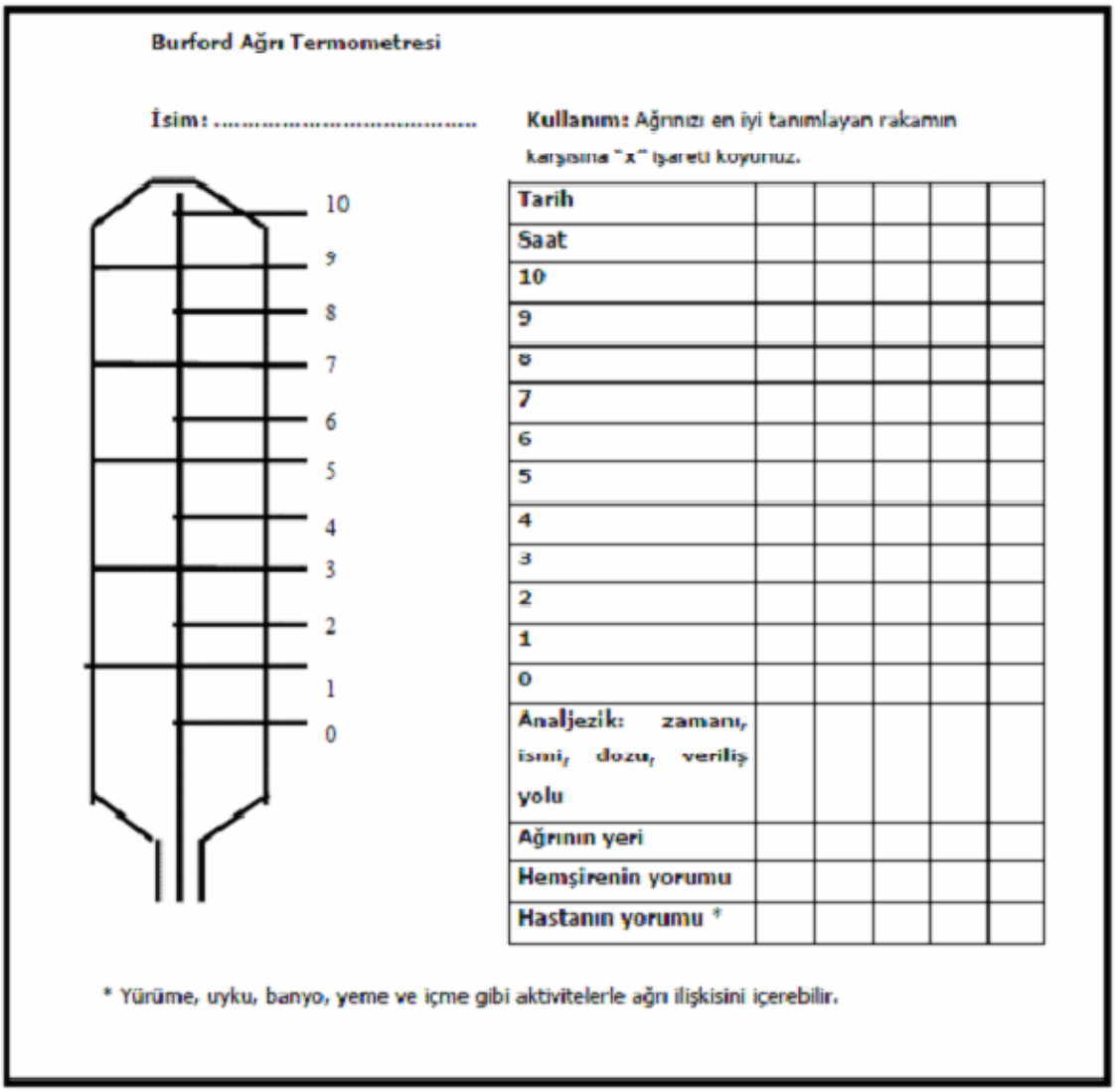


Şekil 17. Ağrının değerlendirilebilmesi için kullanılan yüz ifadeleri (14)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.9.3.1.5. Burford Ağrı Termometresi

Burford ağrı termometresinin ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içermektedir. Bu bağlamda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Ancak Burford Ağrı Termometresinde analjeziklerin dozunu ayarlamada hatalar olabilmektedir. Ayrıca bu ölçek ağrıyı etkileyebilen tüm faktörleri içermemektedir. Bunun yanı sıra hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir (14).



Şekil 18. Burford Ağrı Termometresi (14)

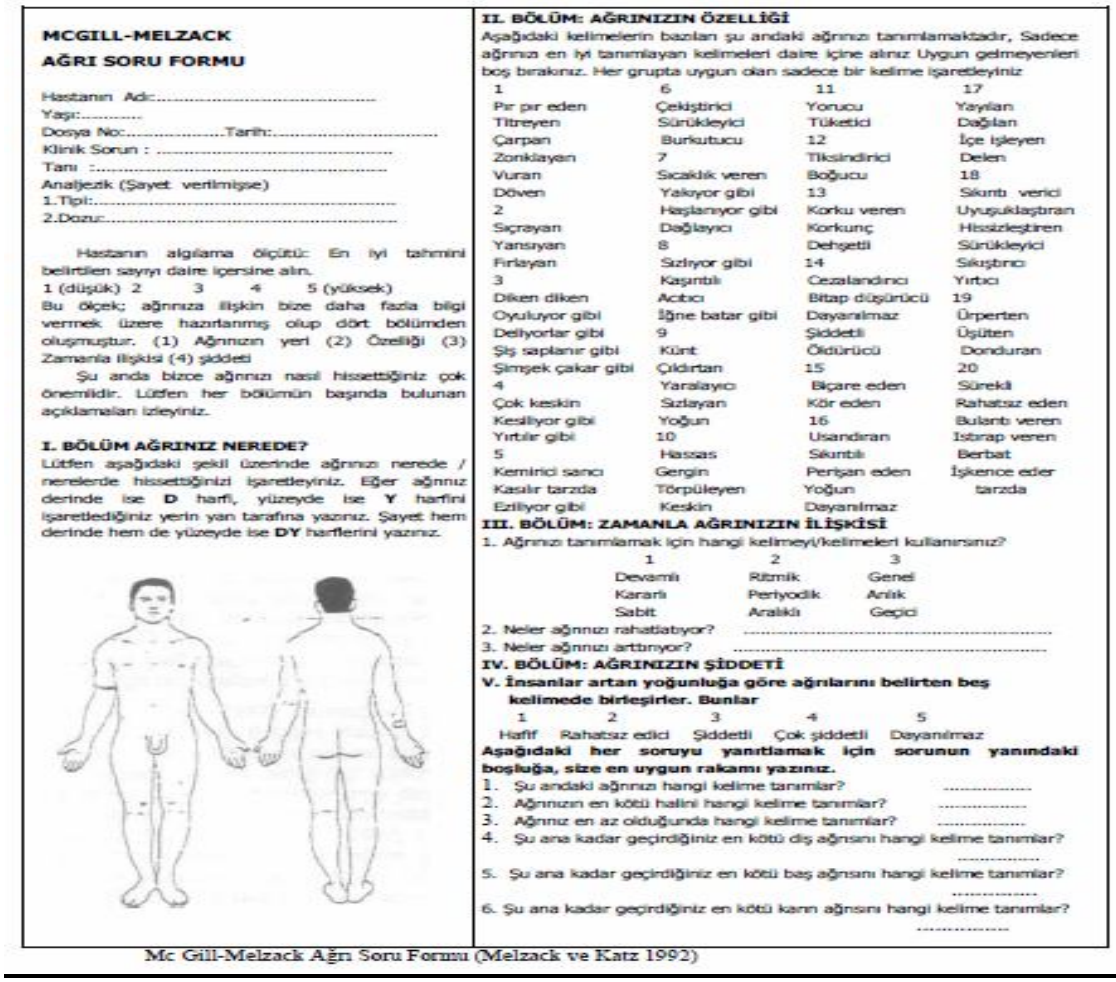
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.9.3.2. Çok Boyutlu Ağrı Skalaları

Geniş kapsamlı hazırlanmış tanımlayıcı ifadelerin yer aldığı skalalardır. Hastanın sorulara cevap vermesi istenerek ağrı değerlendirilmektedir. Ağrıyı tüm yönleriyle ele almasına karşın tek boyutlu ölçeklere nazaran kullanımının uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması kullanımını sınırlandırmaktadır. Ancak kronik ağrıda ağrının tüm yönleri ile ele alınması için belirli zamanlarda kullanılması yararlı olabilmektedir (13, 14).

1.9.3.2.1 McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu kulanılarak yapılan ölçümde; ağrının yeri, zamanla ilişkisi, şiddeti hastada yarattığı his ve hasta için yaşanabilir ağrı belirlenmektedir (14).



MCGILL-MELZACK
AĞRI SORU FORMU

Hastanın Adı:.....
Yaşı:.....
Dosya No:.....Tarih:.....
Klinik Sorun : .....
Tanı :.....
Analjezik (Şayet verilmişse)
1.Tipi:.....
2.Dozu:.....

Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın.
1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)
Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti
Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.

I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?
Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise **D** harfi, yüzeyde ise **Y** harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise **DY** harflerini yazınız.

II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ
Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır, Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz

1	6	11	17
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici
Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı
3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı
Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19
Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran
Şimşek çakar gibi	Çıldırtan	15	20
4	Yaralayıcı	Biçare eden	Sürekli
Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulantı veren
Yırtılır gibi	10	Usandıran	Istırap veren
5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence edici
Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda
Ezilliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz	

III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRININ İLİŞKİSİ
1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

1	2	3
Devamlı	Ritmik	Genel
Kararlı	Periyodik	Anlık
Sabit	Aralıklı	Geçici

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor? .....
3. Neler ağrınızı arttırıyor? .....

IV. BÖLÜM: AĞRININ ŞİDDETİ
V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimede birleşirler. Bunlar

1	2	3	4	5
Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.
1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar? .....
2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar? .....
3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar? .....
4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü diş ağrısını hangi kelime tanımlar? .....
5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar? .....
6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar? .....

Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu (Melzack ve Katz 1992)

Şekil 19. Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu (14)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.9.3.2.2. Davranışsal Değerlendirme Ölçeği

Gözlem yapmaya dayalı ölçektir. Hastanın ağrı konusunda ipucu olabilecek davranışları izlenerek, ağrının şiddeti hakkında değerlendirme yapılmaktadır (13).

1.9.4. AĞRI TEDAVİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Ağrılı hastaya hemşirelik bakımı holistik görüş içerisinde, hastanın endişe ve korkusunun giderilmesini, hastanın tıbbi tedaviyi kabul etmesini ve uygulanmasında desteklenmesini ve fiziksel bakımın hasta ile işbirliği içerisinde sağlanmasını içermelidir. Ağrı, hekim, hemşire ve diğer ilgili sağlık personelinden oluşan bir ekip çalışmasıyla en aza indirgenmeye çalışılmaktadır (13).

1.9.4.1. Tanılama ve Değerlendirme

Ağrının giderilmesi dikkatli bir tanılamayı gerektirmektedir. Dikkatli bir değerlendirme, ağrının nedenine, tipine, süresine, ağrıyı azaltan veya artıran nedenlere ve bölgesine ilişkin bilgi sağlamaktadır. Ağrı tanılamasında bilgiler mümkün olduğunca hastanın kendisinden alınmalıdır. Çünkü hastadan başka hiç kimse ağrıyı onun kadar iyi tanımlayamaz (50).

1.9.4.2. Ağrı İle İlgili Hemşirelik Tanıları

Ağrı hastanın yaşamını etkilediği için birçok soruna da neden olabilmektedir. Bunlar;

- Anksiyete ve korku,
- Baş etme mekanizmalarının yetersizliği,
- Fiziksel hareketlerde azalma,
- Kendi kendine beslenememe,
- Halsizlik, boş zamanlarını değerlendirememe,
- Kendi günlük bakım ve hijyenini sağlayamama,
- Ağrının neden olduğu hareketsizliğe bağlı konstipasyon,
- Cinsel isteksizlik,
- Uyku bozukluğu,
- Sosyal izolasyon,

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Bilgi eksikliği,
- Düşünme sürecinde bozulmadır (13, 50, 75).

Hemşire hasta hakkında bilgi toplarken bu olası sorunlara karşı uyanık olmalıdır.

1.9.4.3. Ağrılı Hastada Hemşirelik Bakımı

Doğru ağrı değerlendirmesi, hemşirenin ağrıyı hafifletmesine yönelik uygun yöntemi seçmeleri için önemli bir bilgi sağlayacaktır. Doğru ve etkin bir ağrı tanılaması ve değerlendirmesi yapan hemşirenin bu bilgilerin ışığı altında hemşirelik bakımını planlaması gerekmektedir (13, 50).

Ağrılı hastaya bakım veren hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar şöyledir;

a) Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir.

b) Nedeni ne olursa olsun ağrının bir ‘‘yardım arayışı ’’ olduğu unutulmamalıdır.

c) Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inanışları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır.

ç) Hastanın bilgi eksiklikleri saptanmalı ve eğitim planlanmalıdır.

d) Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.

e) Ağrının artmasına neden olan problemleri gidermek için plan yapılmalıdır.

f) Hastaya daha önce ağrısının giderilmesine nelerin yardımcı olduğu sorulmalıdır.

g) Plan hasta ile beraber yapılmalıdır.

h) Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.

ı) Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.

i) Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalıdır.

j) Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hemşirenin, hastayı hazırlaması, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisini ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekmektedir (13, 50, 75).

Ağrı tedavisinden önce ve sonra hastanın ağrısı ile ilgili bilgiler alınıp kayıt edilmelidir. Duyusal, davranışsal ve bilişsel yanıtları tedavi öncesi ve sonrasında kıyaslanmalı ve ağrının tedaviye cevabı konusunda son sözün hastaya ait olduğu asla

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

unutulmamalıdır. Eğer ağrı tedaviye cevap vermediyse, hastadan alınan veriler tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden planlama yapılmalıdır (75).

Ağrı tedavisi, yaşam kalitesini artırmak, hastayı rahatlatmak felsefesi üzerine kurulmuş olan önemli bir tedavi yöntemidir. Bu tedavinin vazgeçilmez üyesi, iyi donanımlı, disiplinli ve dikkatini hastalarının tedavisine yöneltmiş bir hemşire olmalıdır. Bu sebeple hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, ağrı değerlendirmesini ve ağrıyı geçirme yaklaşımını bilerek, hastayı rahatlatarak iyileşme sürecini hızlandırmaya katkı sağlamak olmalıdır (75).

1.10. ANKSİYETE

Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir ve evrensel bir duygudur. Hastalık durumunda ortaya çıkan anksiyetenin temelinde sıklıkla bilgi eksikliğinin yer aldığı bilinmektedir. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut organı ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığa yüklenen anlam kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini etkilemektedir (12).

Anksiyete "tetikte olunması" için gelen bir uyarıdır. Yaklaşan tehlikeler için uyarmakta ve kişinin tehdit öğesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır. Korku da benzeri bir uyarıdır; ancak korku dışarıda bulunan, bilinen, açık seçik olarak tanımlanabilir ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Oysa anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen tepkidir (76).

1.10.1. Cerrahi ve Anksiyete

Ameliyat olacak hastaların korku ve bunaltı belirtilerinin, yapılacak ameliyata ilişkin bilgi istekleri doğrultusunda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ameliyat sonrası iyileşmenin gidişi, aile ve iş ile ilgili düşünceler ve olayları kontrolü dışında hissetmek, anksiyeteyi tetikleyecek diğer durumlardır. Anksiyete belli bir düzeye kadar sağlıklı ve işlevseldir. Bu nedenle ameliyat öncesinde hazırlanan hastalarda anksiyete düzeyi ile ilgili hedef, "orta" veya "sağlıklı" düzeyde anksiyetedir (12).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ameliyat ve hastanın anksiyetesi arasındaki ilişki düzeyi bireyin sosyokültürel yapısı, geçmiş deneyimleri ile yakından ilgilidir. Hastaların çoğu ameliyata bağlı korku ve anksiyeteyi kolayca atlatırken, bazı hastalarda ameliyattan sonra akut konfüzyon durumu gelişebilmektedir (77).

Hastalarda ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünceler, ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5), anestezistin bilgi yetersizliği (%18.3) ve ameliyat sonrası ağrı (%16.7) olarak saptanmıştır (78).

Anestezi ile ilgili en sık endişe nedenleri; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı ve yoğun bakımda kalmak olarak belirlenmiştir. Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası hasta memnuniyeti ve ağrı kontrolü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (78).

Yapılan bir çalışmada, hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça ameliyat sonrası memnuniyet düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (78).

1.10.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

1.10.2.1. Psikanalitik Kuram

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunmaktadır. Ne var ki anksiyete, "nevrotik anksiyete" de olduğu gibi, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve normaldışı davranışların kaynağı olur. Gerçekte, her insan arada bir anksiyete duyarsa da Freud, nevrotiklerde bu duygunun daha sık ve daha yoğun yaşandığını gözlemlemiştir. Normal insanın yaşadığı anksiyete, nevrotik anksiyeteden niteliği yönünden de farklılık göstermektedir. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı anksiyete "gerçekçi" anksiyetedir. Dış dünyadaki nesnelerden kaynaklanan bu duygu, "korku" duygusuyla eş anlam taşımaktadır. Gerçekçi anksiyete, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik anksiyeteden ayrılmaktadır. Bu tür anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi de sayılabilmektedir (78).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.10.2.2. Öğrenme Kuramı

Edimsel (operan) koşullanma; bir davranış parçacığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğrama sürecini tanımlamak için kullanılmaktadır. Belirli davranışlarının anksiyeteyi ortaya çıkaran uyaranlardan kurtulmaya yaradığını ve anksiyetesini azalttığını gören kişi giderek bir kaçınma repertuvarı geliştirmektedir. Kaçma ve kaçınma davranışları kişiyi anksiyeteden koruduğu için bir tür dış pekiştireç gibi işlev görerek anksiyetenin devamına neden olmaktadır (78).

1.10.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram

Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirlemektedir. Başka bir deyişle, duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır. Bu anlamlandırma; olayın oluştuğu ortamın özellikleri, olayın oluştuğu andaki duygu durum ve bireyin geçmiş deneyimlerine bağlıdır. Sonuç olarak, aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara neden olabileceği gibi, aynı kişide de farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilmektedir (78).

Bilişsel kuramlar, korkunun kazanılmasında öğrenme kurumlarının ve koşullanmanın önemini kabul etmekle birlikte, en önemli vurguyu ister koşullu ister koşulsuz olsun bireyin olayla ilgili yorumlarına yaparlar. Daha da önemlisi, bilişsel kurama göre anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla ilgilidir. "Temel/kritik/anahtar ya da sorumlu biliş" olarak bilinen bu bilişsel hatalar pek çok anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadırlar (78).

1.10.2.4. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir (78).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Dürtü
- Anksiyete
- Savunma mekanizması şeklindeki eski formül;



- Temel kaygıların farkına varma
- Anksiyete
- Savunma mekanizması halini almıştır.

Her iki formül de anksiyetenin, psikopatolojinin yakıtı olduğunu; bazıları bilinçli bazıları bilinçdışı olan psişik işlemlerin anksiyeteyle başetmek üzere ortaya çıktığını; bu ruhsal işlemlerin (savunma mekanizmalarının) psikopatolojiyi oluşturduğunu; bu mekanizmaların güven vermelerine rağmen kaçınılmaz bir şekilde gelişmeyi ve deneyimi sınırladıklarını varsaymaktadır (78).

1.10.2.5. Spielberger'in Anksiyete Kuramı

Anksiyete kavramının durumluk ve sürekli kaygı olarak ayrıldığı Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramında, durumluk kaygının, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korku olduğu; stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olduğu bildirilmektedir. Sürekli kaygının ise bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ve yorumlama eğiliminde olduğu; objektif kriterlere göre nötr olan durumların bile birey tarafından tehlikeli ve benliği tehdit edici olarak algılandığı belirtilmektedir. Spielberger ve arkadaşları, durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasında ilişki olduğunu, sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerin durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmekte olup uzun süre devam eden yüksek düzeydeki durumluk kaygının ise sürekli kaygı düzeyini yükseltebileceğini ifade etmektedir (79).

1.11. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ (SYK)

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (16).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi olma hali olarak tanımlamasından sonra sağlıkta yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada sağlıkta yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır (80) ve 1980'den sonra ise hemşireliğin konu alanına girmiştir (81, 82).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır. Kesin bir tanımı olmamakla beraber yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte; mutluluk, yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ile de eşanlamlıdır. Oldukça geniş kapsamlı olan yaşam kalitesi kavramı, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiği görüşünü ifade etmektedir (81, 82).

Kaliteli yaşam için bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyut bir kavramdır. Farklı tanımları yapılmakla birlikte ölçülmesi zor bir kavramdır. Yaşama yüklenen anlam, bireylere ve toplumlara göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yaşam kalitesi, toplumsal ve objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin duyduğu doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur (81, 82).

Hemşireligin temel amacı insana yardım etmektir. Bir başka deyişle kendi temel gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmek ya da sağlıklı bireylerin sağlığını korumaları, geliştirmeleri, yaşam kalitelerini artırmaları için yardımcı olmaktır. Hemşirelik bilimi yaşam kalitesine yönelik olarak, hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve yaşamın; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi kapsamaktadır (80, 81).

Sağlık bilimlerinde; tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamakta ve yaşam kalitesi de değişmektedir. Tek bir tedavi yöntemi bulunmamakla birlikte, hastalara hastalıkları ile nasıl başa çıkabilecekleri öğretilmekte ve yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır. Eğitim, hastalığın kendi kendine tedavi edilmesini, yaşam şeklinin hastalığa göre değiştirilmesini ve hastalığın ilerlemesini engelleyecek yöntemlerin geliştirilmesini sağlayan en önemli araçtır. Hasta eğitiminin amacı da

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

kişinin hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ve tedavi programlarına hastanın uyumunun sağlanmasıdır. Hasta eğitiminin, uyumu kolaylaştırdığı da yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (83).

Klinik alanda yaşam kalitesine yaklaşımlar, yaşam kalitesi, hastalık, semptom veya tedavi ile ilişkili olarak bireylerin tüm durumları üzerine odaklanmaktadır. Sağlık, fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve sosyal etkileşimi değerlendirilmektedir. Genel sağlık, performans, huzurlu olma, emosyonel ve sosyoekonomik durum, bireysel doyum ve benlik saygısı gibi özellikler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir (84).

Gelişmişlik düzeyi yüksek ve ekonomik açıdan iyi ülkelerde bile, bireye yararlı olabilecek tüm tıbbi hizmetler, kaynakların sınırlı oluşu ve sonsuz istekleri karşılayamaması nedeni ile ihtiyaç duyan herkese yeterince sunulamamaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların (insan gücü, sermaye, hammadde vb.) kısıtlı olması nedeni ile de hastaların yaşam kaliteleri dolaylı olarak olumsuz etkilenmektedir (85).

Savaş'ın (2009) çalışmasında belirttiği gibi, cerrahi girişimler hasta yaşamında beklenmedik olumsuz bir yaşam deneyimidir. Geleneksel yaşam ortamı ve tarzından farklılık gösteren bu dönem, hastalar için az ya da çok ağrı duyacakları, işlev ve görünümlerinde bazı değişikliklerin olabileceği, kişisel saygı ya da bedensel bütünlüklerini tehlikeye sokabilecek olayların yaşanmasını beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla cerrahi girişimler hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (86).

Yaşam kalitesi, çok boyutlu oluşunun yanı sıra diğer iki önemli özelliği subjektif ve dinamik olmasıdır. SYK verileri için hasta yakınları ve bakım veren bireyler yerine en iyi ve doğru kaynak hastanın kendisi olmalıdır. Hastanın deneyimlediği herhangi bir durumun hastayı nasıl etkilediği ancak ona sorularak öğrenilebilir. Yaşam kalitesi bireyin subjektif deneyimlerini sorguladığı için bireysel raporlar, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en geçerli yol olarak kabul edilmektedir (84).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.11.1. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Sağlık bilimlerinde yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları aşağıdaki amaçlarla yapılmaktadır:

- Bireysel hasta bakımında psikolojik sorunları tarama ve izleme,
- Tıbbi değerlendirme,
- Algılanan sağlık sorunlarına ilişkin popülasyon çalışmaları,
- Klinik karar vermenin kolaylaştırılması,
- Maliyet-etkinlik analizi,
- Sağlık hizmetleri veya değerlendirme araştırmasında veri ölçümleridir (81).

Yaşam kalitesini ölçme girişimleri, kavramının çok yönlü ve kültüre bağlı olduğu bilgisini güçlendirmektedir. Yıllar süren çalışmalardan ve uzman panellerinden gelen verilerle, DSÖ Yaşam kalitesini altı geniş alan (kros-kültürel olarak incelenebilen) şeklinde düzenlemiştir (87).

Bu alanlar;

1. Fiziksel
2. Psikolojik
3. Bağımsızlık düzeyi
4. Sosyal ilişkiler
5. Çevre
6. Maneviyat, din ve kişisel inançlar yaşam alanları (81).

Genel sağlık durumunu değerlendiren dört adet yaşam kalitesi ölçüm anketi bulunmaktadır. Bu anketler, nedenini göz önüne almaksızın sağlığı bozan etkenleri hastanın bakış açısından ölçmek için kullanılmaktadır. Sadece olgular bireysel olarak değil, değişik hasta grupları ve programları da karşılaştırılabilmektedir (83).

1. Sickness Impact Profile (SIP)

Oniki ayrı başlıklı 136 soru içeren, hastanın kendi kendine uygulayabileceği, hareket yeteneği, vücut bakımı, emosyonel durum, sosyal durum, çalışma, uyku, yemek yeme ve ev işlerinin değerlendirildiği geniş bir ankettir (83).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

2. Quality of Well-Being Scale (QWB)

Mobilite, fiziksel ve sosyal aktiviteyi değerlendiren üç başlık halinde toplam 50 sorudan oluşan bir ankettir. Maliyet-etkinlik analizlerinde kullanılmaktadır. Bir gözlemci tarafından uygulanabilmektedir (83).

3. Nottingham Health Profile (NHP)

Altı başlık halinde toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Kronik hastalık değerlendirmesinde güvenilir ve değerlidir. Ancak, hastalığa özgü anketlerden duyarlılığı daha düşüktür (83).

4. Medical Outcome Study (MOS), Short Form 36 (SF-36)

Sekiz ayrı başlıklı 36 soru içeren, hastanın kendi kendine uygulayabileceği, mobilite, fiziksel durum, sosyal durum ve semptomların değerlendirildiği bir ankettir. Sekiz kategoriden elde edilen toplam puan 0-100 arasında bir skalada değerlendirilmektedir. En düşük puan en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Yaşlı olgularda bile uygulaması kolaydır (83). Yapmış olduğumuz bu çalışmada hastalara SF-36 anketi uygulanmıştır.

1.12. HASTA MEMNUNİYETİ

Vücut bütünlüğü bozulmuş, organ ve fonksiyon kaybına uğrayan, cerrahi girişim uygulanacak hasta için de temel gereksinimlerin önemi artmıştır. Cerrahi girişimlerin, teknik bilgi ve beceri ile uygulanmasının yanı sıra ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakımın kusursuz ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirilmesi, hastanın bakımdan memnuniyeti, cerrahi girişimin başarısını etkileyen önemli etmenlerdendir (88).

- **Memnuniyet;** Yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren karmaşık bir kavramdır (89, 90).
- **Hasta memnuniyeti;** Hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu zorluklara, hizmetten beklediği başarıya, hizmetin sunuluşunun kendisi ve ailesinin kültürüne, statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına uygunluğuna bağlı bir işlevdir (91).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Sağlık hizmeti sunanların var olma nedeni hasta ise, öncelikle hastanın memnuniyeti için çalışılması gerekmektedir. Hasta memnuniyeti bakım kalitesinin en önemli göstergesi olup, hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin belirlenmesinde geri bildirim sağlamaktadır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde de tanımlanabilmektedir (76, 92).

Kalite göstergesi olarak düşünülen hasta memnuniyetinin belirlenmesine ilişkin çalışmalar Türkiye'de oldukça sınırlıdır. Özellikle hasta ve aileler için büyük stres yaratan cerrahi girişimlerde hastalar aldıkları bakımdan ne kadar memnundurlar? Ya da bakımın hangi yönlerinden memnun değildirler, sorularının yanıtları tam olarak bilinmemektedir. Oysa kalite iyileştirme çalışmalarının da temelini oluşturan memnuniyet durumunun belirlenmesi cerrahi hemşirelerine gerektiğinde bakımı yeniden planlamaları ve olası hasta yakınmalarının ortadan kaldırılması olanağını sağlayacağı düşünülmektedir. Hastaların beklentileri ve algılamaları hemşirelik bakımından memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörlerdir (92).

Hasta, aldığı hizmetten memnun kalırsa daha iyi işbirliği yapar ve önerilere güvenle uyar. Hastanın hizmetten yüksek oranda memnun kalması, hizmet sunanlara daha yeterli danışmanlık ile etkili ve sürekli hizmet verme olanağı sağlamaktadır. Hastanın memnun olması ve hizmetin amacına ulaşabilmesinde sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları büyük önem taşımaktadır. Hastaya karşı saygı, anlayış ve doğru bilgi verme, başarılı bir hizmet sunumunun özelliklerindendir. Karşılıklı iletişim dostça, cesaret verici ve otoriter olmayan bir üslupta olmalıdır. İletişim ortamının fizik yapısı ve hizmet sunan başına düşen hasta sayısı, ilişkilerin kalitesini etkileyen diğer etmenlerdir (88).

- **Beklenti;** "Herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ve olacağına inanmak" olarak tanımlanmaktadır (88).

Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Araştırma sonuçları fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun olduklarını, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan yada beklentileri fazla olan hastaların daha az memnun olduklarını göstermektedir (76, 92).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

1.12.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

Sağlık hizmetlerinde genel olarak hasta memnuniyetini arttıran etmenler;

- Hastanın karar verme sürecine katılımı
- Hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi
- Aile fertlerinin desteğinin sağlanması
- Hasta ve çalışanlar arasındaki iletişim
- Duygusal destek
- Fiziki ihtiyaçlara cevap verme
- Ağrıyı çabuk dindirme
- Yeterli parasal bilgilendirme ve önerilerdir (78).

Hasta memnuniyetini azaltan etmenler ise;

- Sağlık bakım niteliğinin düşük olması
- Kaba davranan çalışanlar
- Temizlik ve düzenin olmayışı
- İlgili çalışanlar tarafından bilgi verilmemesi
- Ödeme tutarındaki uygunsuzluk
- Hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi
- Gizliliğe önem verilmemesi
- Hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması
- Hekimlere ve diğer çalışanlara ulaşma zorluğu
- Doktor ve hemşirenin hastaya yeterince zaman ayırmaması
- Doktor ve hemşirenin hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi
- Hastalığı hakkında hastaya bilgi verilmemesidir (78).

Özlü'nün (2006) çalışmasında belirttiği gibi, Abdellah ve Levine hastanede yatan hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizliğini etkileyen yedi neden belirtmişlerdir. Bunlar;

- Dinlenme ve rahatlama
- Eliminasyon
- Diyet
- Kişisel hijyen

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Destekleyici bakım
- Tedaviye yanıt
- Hasta ile hemşirenin ilişkisidir (88).

Cerrahi hastalarının, bakım ve tedavi uygulamaları hemşireler tarafından sürdürüldüğünden günün her saatinde hastalar hemşireleri ile beraberdir. Dolayısıyla sağlık ekibi içinde bakımı sağlayan hemşirenin hasta ile uzun süre birlikte olması, hastanın kendini daha çok güvende hissetmesini sağlamaktadır. Bu nedenle hemşire, hasta memnuniyetinin yükseltilmesinde diğer sağlık çalışanlarına göre oldukça önemli bir görev üstlenmektedir (88, 93).

Hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, onlara karşı kibar davranmaları, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesi memnuniyet için önemli göstergelerdir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve hasta-hemşire arasındaki iletişim ile hastayı bilgilendirme oluşturmaktadır (76, 90, 92, 94).

Hasta memnuniyetinin düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi, hastalar tarafından algılanan kalitenin düzeyini izleme ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlayarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmede etkili olacaktır (76, 90, 92, 94).

Sağlık eğitiminin hasta memnuniyetini arttırdığı, ayrıca, gereksiz vizitleri ve telefon görüşmelerini azalttığı kanıtlanmıştır. Eğitim sonucunda artmış olan hasta memnuniyeti, daha gerçekçi beklentilerle birlikte, hatalı tıbbi uygulamaların önlenmesine de büyük ölçüde katkıda bulunabilmektedir (7).

Hemşireliğe özel hasta memnuniyet modeli; Özlü'nün (2006) belirttiği gibi, Greeneich ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş ve pek çok araştırma üzerine temellenmiş olan bu model, hemşire, hasta ve kurum olmak üzere her biri farklı üç alanı kapsamaktadır (88).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- **Hemşire alanı,** hemşirenin var olan kişilik özellikleri, verilen hemşirelik bakımının özellikleri ve hemşirelik becerisinden oluşmaktadır. Hemşirenin işine yansıttığı tutum ve davranışlar; örneğin, sert, yumuşak, arkadaşça, gibi, hemşirenin var olan kişilik özelliklerini; anlamlı hasta-hemşire etkileşimini kolaylaştıran etmenler; örneğin, işlemlerin açıklanması, ortak amaç belirleme, empati gibi, profesyonel özellikler, verilen hemşirelik bakımının özelliklerini; hemşirenin teknik yeterlilik ve hemşirelik bilgisi de hemşirelik becerisini göstermektedir (88, 89).
- **Hasta alanı,** hasta beklentilerini içermektedir (88, 89).
- **Kurum alanı**, hemşirelik bakımının yer aldığı ortamdır. Bu alan fiziksel ve organizasyonel ortamı içermektedir; ışık, gürültü, yiyecek hizmetleri ve hasta bakımına katkıda bulunan diğer hizmetler fiziksel çevre örnekleridir. Organizasyonel çevre ise, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesini içine almaktadır (88, 89).

Bununla birlikte bazı yazarlar hasta memnuniyetini açıklamada modellerin yeterli olmadığını belirtmekte, yapılan birçok araştırmanın sonucunda hasta memnuniyetinin verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayandığını ifade etmektedirler (88, 89).

1.12.2. Hasta Memnuniyetinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri ve Önemi

Hemşirelik hizmetleri, "kişinin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hasta olduğunda iyileştirilmesi alanında rol alan bir sağlık disiplinidir (86). Hasta ile günün 24 saati birlikte olan, hastanın tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendigini en yakından gözlemleyen sağlık personeli olarak hemişire servise kabulden taburculuğa kadar geçen süreçte hastanın memnuniyetini arttırmada büyük sorumluluğa sahiptir (88, 94, 95).

Dünya Sağlık Örgütü hemşirelik işlevlerini dört ana gruba ayırmaktadır. Bunlar;

- Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici amaçlarla bireye, aileye ya da topluma hemşirelik bakımı hizmetinin götürülmesi ve bu hizmetin yönetimi
- Hastalar ya da hizmet sunulanlar ile sağlık bakımı personelinin eğitilmesidir
- Sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır
- Eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir (95).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Sağlık hizmetlerinde; sağlık çalışanları, teknik olanaklar ve fiziksel ortam hasta memnuniyetini etkileyen önemli unsurlardır. Hasta memnuniyetini sağlamak, önemli ölçüde bu unsurların hasta beklentilerine uygun olmasına bağlıdır. Hemşire sağlık ekibi içinde diğer sağlık personeline oranla hasta memnuniyetinin sağlanmasında daha önemli bir role sahiptir. Çünkü hemşirelik hizmeti, 24 saat sürekli hizmettir (88, 89).

Sonuç olarak yukarıda görüldüğü gibi hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir (88, 89, 90).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; pilonidal sinüs ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen hasta eğitiminin, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel (randomize-kontrollü) olarak planlandı ve uygulandı.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, 30 yataklı Manisa Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yapıldı. Genel Cerrahi Kliniği; servis, ameliyathane, yoğun bakım, poliklinik birimlerinden oluşmaktadır. Klinik 8 yatak kapasiteli olup, 2 uzman doktor ve 2 hemşire görev yapmaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Manisa Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Kasım 2010-Nisan 2012 tarihleri arasında pilonidal sinüs nedeniyle ameliyat olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemine ise aşağıdaki kriterleri karşılayan 62 hasta dahil edildi:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü
- Pilonidal sinüs tanısı konulan ve ameliyat planlananan
- 18 yaşın üzerinde olan
- Okuma yazma bilen
- Ruh sağlığı yerinde olan
- Bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan
- Yara iyileşmesini zorlaştıracak kronik hastalığı olmayan hastalar (diyabet vb)

Çalışmaya katılan hastalar; prospektif olarak rastlantısal örneklem seçimi ile 31'er kişilik iki gruba ayrıldı.

Hasta grupları;

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Grup I (girişim grubu): Hastalara ameliyat öncesi rutin bakım ve hazırlanan eğitim kitapçığı ile hasta eğitimi yapıldı. Ameliyat öncesi hasta eğitim programında; hastayı ameliyata hazırlamak (ameliyat öncesi yapılması gereken rutin işlemlerin açıklanması, hastanın pilonidal sinüs ameliyatı ile ilgili sorularının yanıtlanması), ameliyat sabahı yapılacak işlemler, ameliyathane, anestezi, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde karşılaşacakları (drenaj, cilt temizliği ve kontrol zamanı) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Grup II (kontrol grubu): Kontrol grubu hastalarına ameliyat öncesi rutin bakım verildi.

2.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bu araştırmanın;

Bağımlı Değişkenleri; Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puan ortalaması, yaşam kalitesi puan ortalaması, hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması, baş ağrısı, bel ağrısı, bulantı-kusma, uykusuzluk ve ameliyat yerinde kaşıntı puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenleri; Hasta grupları, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, hastanın önceki hastalık öyküsü, hastanın kullandığı ilaçlar vb. değişkenlerdir.

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurul'undan etik kurul onayı ve Manisa Asker Hastanesi'nden izin alındı (Ek III, Ek IV). Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara araştırmanın amacı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak açıklandı ve izinleri alınarak veri toplama aşamasına geçildi.

Araştırmanın ilk basamağında verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaları tanıtıcı bilgi formu (EK II) kullanıldı. Bu bilgi formu; hastaların yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini belirleyen soruları içermektedir. Hastalara ilişkin bu bilgiler hasta dosyasından ve hasta ile yüz yüze görüşülerek elde edildi ve araştırmacı tarafından hazırlanan forma kaydedildi.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi rutin bakım uygulandı. Girişim grubundaki hastalara ise rutin bakımın yanı sıra, ameliyattan bir gün önce araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile hasta eğitimi yapıldı. Ameliyat öncesi hasta eğitim programında, hastayı ameliyata hazırlamak (ameliyat öncesi yapılması gereken rutin işlemlerin açıklanılması, hastanın pilonidal sinüs ameliyatı ile ilgili sorularının yanıtlanılması), ameliyat sabahı yapılacak işlemler, ameliyathane, anestezi, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde karşılaşacakları (drenaj, cilt temizliği ve kontrol zamanı) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Eğitime ilginin azalmasını engellemek, merakın oluşmasını sağlamak amacıyla bire bir görüşme yöntemi, soru cevap ve karşılıklı tartışma, anlatım ve demonstrasyon yöntemleri kullanıldı. Eğitim, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı rehberliğinde yapıldı. Eğitim yaklaşık 30-40 dakika sürdü. Eğitimde bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerekli tekrarlar yapıldı. Eğitimin sonunda hastalara verilen bilgilerin tekrarı ve unutulmaması amacıyla eğitim kitapçığı verildi.

Eğitimden sonra girişim grubundaki hastalara Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara da ameliyat öncesi dönemde her iki ölçek uygulandı.

Ayrıca girişim ve kontrol grubundaki tüm hastalara, ameliyat sonrası ağrı, bulantı, kusma, kaşıntı, uyku hali/sersemlik, uykusuzluk, hipotansiyon gibi şikayetlerinin nasıl değerlendirileceği ile ilgili bilgi verildi. VAS kullanımı ayrıntılı olarak anlatıldı.

Her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrası 0, 1, 2 ,4, 8 ve 24 saatlerde ağrı, bulantı-kusma, kaşıntı, uyku hali/sersemlik, uykusuzluk, hipotansiyon, baş ve bel ağrısı düzeyi VAS ile değerlendirildi ve kayıt edildi.

Ameliyat sonrası dönemde hasta konforunu değerlendirmek amacı ile ameliyat sonrası ağrının hastaların beklediği düzeyde olup olmadığı, ağrının yeri, hangi durumlarda ağrının arttığı, ağrısı olduğunda hangi aktiviteleri yapmakta zorlandığı sorgulandı.

Girişim ve kontrol grubundaki tüm hastalara ameliyattan yaklaşık 24 saat sonra (ameliyat sonrası stresin hafiflediği ya da ortadan kalktığı an) Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri bir kez daha uygulandı. Ameliyat yapılmış hastalara taburcu

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

olmadan önce Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri ve ameliyattan sonraki 4. haftada SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

- **Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri**

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yıllında geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin uygulandığı bireylerin işaretleyeceği bölümde 4 ayrı seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler ifade edilen davranışların ve duyguların yoğunluğunu belirlemek amacı ile "hiç" "biraz" "çok" "tamamiyle" seçeneklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir (77, 79).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39' uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır (77, 79).

- **Visual Analog Skala (VAS)**

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda oluşabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm.lik bir çizgidir. Bu çizgi üzerinde hasta hissettiği ağrı şiddetini işaretler. Bu skala ağrı şiddeti ölçümünde duyarlı ve güvenilir bir yöntemdir (13, 14).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

VAS'nın kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda; hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santimetre olarak kayda alınır (14).

- **Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)**

Hastanede hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan NHBMÖ, 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından, bireysel ve grup temelli görüşmeler yoluyla, İngiltere'de bir hastanede dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan 150 hastanın hemşirelik bakımını 'iyi' veya 'kötü' olarak nasıl algıladıkları değerlendirilerek geliştirilmiştir. Yazarlar, bu ölçeğin klinik personeli tarafından kolaylıkla uygulandığını, hastalar tarafından okunabildiğini ve anlaşılır olduğunu da vurgulamaktadır (96). Uzun tarafından 2003 yılında Türkçeye uyarlanarak ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Hemşirelik Bakımı İle İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ) ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMO) olmak üzere iki ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler birlikte uygulanabileceği gibi birbirinden ayrı olarak da uygulanabilmektedir (97, 98).

- **Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği** (HBMÖ)

HBMÖ ile hastanın, hasta odasında kaldığı sürece, hemşirelik bakımından memnuniyeti değerlendirilmektedir. Hastalar hemşirelik bakımının çeşitli yönlerinden memnuniyetlerini 19 maddeden oluşan, 5 puanlık Likert ölçeğini kullanarak tanımlarlar.

Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; 1-Hiç memnun değildim, 2-Nadiren memnundum, 3-Memnundum, 4-Çok memnundum, 5-Tamamen memnundum ifadeleri yer almaktadır. Puan değerlendirmesi, ölçekte bulunan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının bütün yönlerinden memnun olmanın göstergesidir (88, 96, 97).

- **Hemşirelik Bakımı İle İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ)**

HBYÖ, hastaların hastanede kaldıkları sürece hemşirelik bakımı hizmetleri ile ilgili deneyimlerini/yaşadıklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçekte, hastaların hemşirelik hizmetleri konusundaki görüşlerini belirtmeleri istenmektedir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

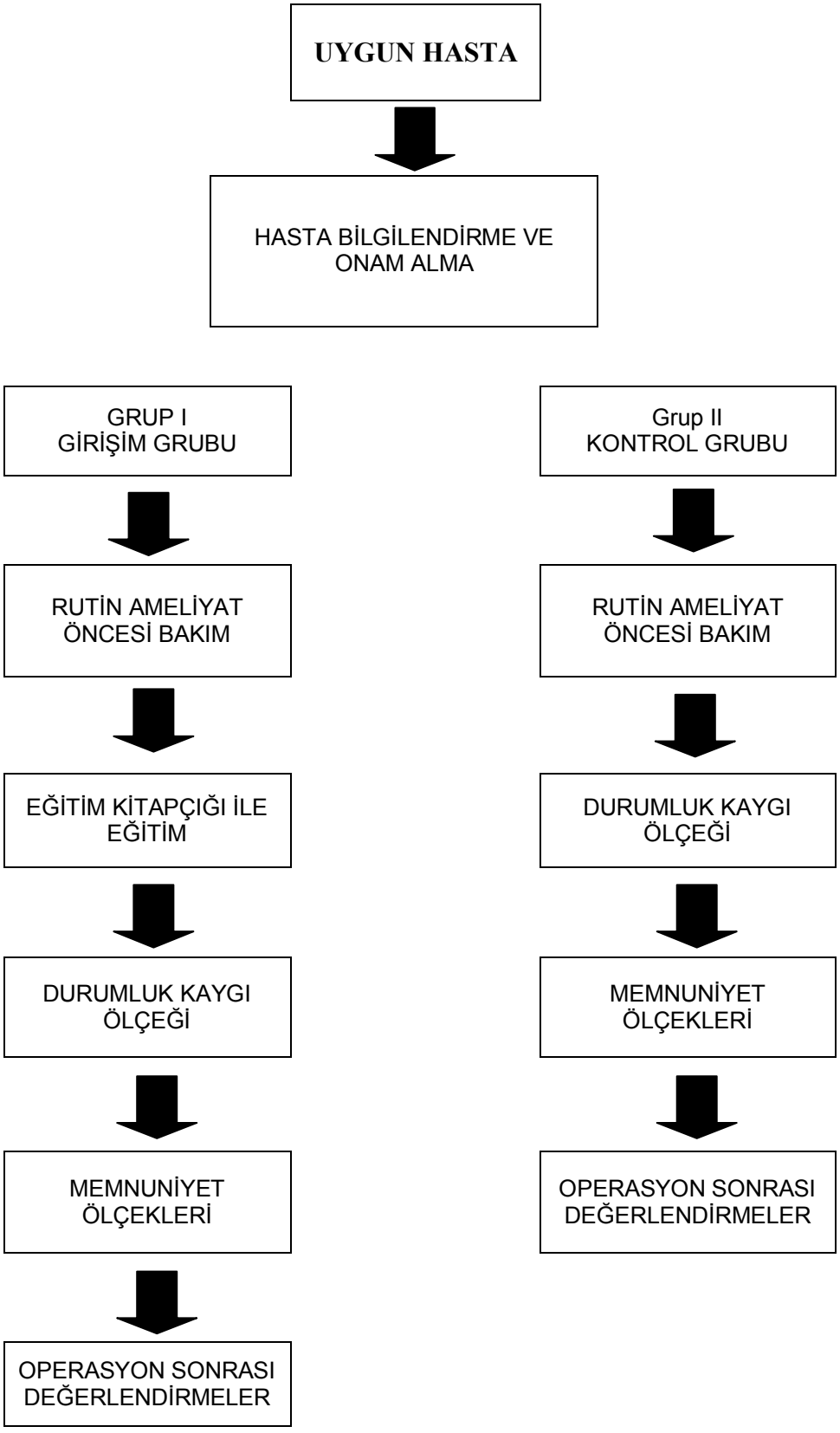
HBYÖ, 26 maddeden oluşan, 7 puanlı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında şu ifadeler bulunmaktadır; 1-Hiç katılmıyorum, 2-Çoğunlukla katılmıyorum, 3-Fazla katılmıyorum, 4- Kararsızım (ne katılıyorum ne katılmıyorum), 5-Çok az katılıyorum, 6- Çok katılıyorum ve 7- Tamamen katılıyorum (Thomas et al. 1995b). Bu ölçekte, yan tutmaktan sakınmak için 15 madde pozitif, 11 madde (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 20, 24) negatif ifadelerle sorulmuştur. Puanlamada, negatif ifade içeren maddelerden beklenen puanlar ters yönde, yine yüksek puanlardan başlanarak toplanmaktadır. Puan değerlendirmesi, ölçekte bulunan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımı ile ilgili yaşananların en iyi düzeyde olduğunu gösterir (96, 97).

- **SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Klinik araştırmalarda ve tedavide sağlık durumunu değerlendirmek ve medikal tedavinin sonuçlarını belirlemek amacıyla giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Birçok dile çevrilmiştir. Soruların yanıtlanması 10 dakikadan daha az bir süre almaktadır. "Medical Outcomes Study"den geliştirilen daha uzun sorgulamalardan alınan 36 maddeyi baz alan, 8 skala ve 2 özet skoru (özel fiziksel ve mental öğeler) içermektedir. Her maddeye cevaplar 0'dan (negatif, kötü sağlık) 100'e (pozitif, iyi sağlık) kadar skorlanarak, skalalar 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puanlar daha iyi sağlık durumunu ifade eder. SF-36 skalasından 5'i (fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol güçlüğü) kısıtlılık veya yetersizliğin olup, olmadığını sağlık durumlarını tanımlar. Bunlar için 100'lük bir skor, yetersizliğin veya kısıtlılığın olmadığını gösterir. Diğer 3 skala (genel sağlık, vitalite ve mental sağlık) bipolardır, negatif (kötü) ve pozitif (iyi) sağlık durumlarını ölçerek değerlendirir. Bunlar için 50-100 arası puanlar iyi sağlık durumunu gösterirken 50'lik (orta derecede) bir skor limitasyon veya yetersizliğin olmadığını gösterir. Sorgulamanın belgelenen geçerliligi ve güvenirliliği vardır. SF-36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği ile ilgili çalışma, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (99).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

2.6. ARAŞTIRMA UYGULAMA ŞEMASI



Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

2.7. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırma için, Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındıktan sonra Manisa Asker Hastanesi Başhekimliği'nden izin alındı. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara araştırmanın amacı ve önemi anlatıldıktan, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra araştırma kapsamına alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda SPSS 16.00 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirildi.

Verilerin analizinde;

- Sürekli ve sayımla elde edilen değişkenlerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzde, ortalama ±ss (min-mak),
- Araştırmada hastalara ilişkin özel tanıtıcı bilgiler (yaş, cins, eğitim durumu, BMI vb.) ile ilgili değişkenlerde gruplar arasındaki farkı belirlemek üzere ki-kare (X^2) testi,
- Çözümleyici analizlerde grup ortalamaları arasındaki farkı göstermek için, Krusskal Walles Testi, Student t Testi ve Mann-Whitney U Testi,
- Tekrarlanan ölçümlerde ANOVA testi, (MIXED ANOVA) kullanıldı. Modele almada literatür bilgisi ışığında yaş, aksiyete, depresyon, memnuniyeti etkileyeceği düşünülen yaş, BKİ, anestezi türü (Co-Variate) eşlik eden değişken olarak analize alınması planlandı.
- Tek değişkenli analizlerde yaşam kalitesi ve depresyon puanları ile anlamlı ilişki gösteren değişken yaş, BKİ, anestezi türü anlamlı değişkenlerdir. Bu nedenle bu değişkenler Co-Variete kabul edilmiştir. Bunun dışındaki faktörlerin değişken analizinde yaşam kalitesi puanları ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir.
- Bağımlı iki grup arasındaki farkı belirlemek için bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

TARİH	YAPILAN İŞLEMLER
Haziran - Ağustos 2010	Literatür Taraması
Ağustos - Eylül 2010	Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar
Kasım 2010	C.B.Ü. Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna "Pilonidal Sinüs Nedeni İle Ameliyat Edilen Hastalara Verilen Hasta Eğitiminin, Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar, Ağrı, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" adlı tez konusuyla başvuru yapıldı.
Kasım 2010	C.B.Ü. Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna "Pilonidal Sinüs Nedeni İle Ameliyat Edilen Hastalara Verilen Hasta Eğitiminin, Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar, Ağrı, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" adlı tez konusuyla onay alındı.
Kasım 2010 - Nisan 2012	Veri toplama aşaması
Mayıs 2012 - Ocak 2013	Verilerin analizi ve tez yazımı

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BİLGİLER

Tablo 1. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
23 ve altı	20	64.5	14	45.2
24 ve üzeri	11	35.5	17	54.8
Toplam	31	100	31	100
Ort ±ss	23.02±2.51		23.74±2.61	

χ^2= 2.345, SD=1, p= 0.126

Tablo 1'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %64.5'ini 23 yaş ve altı yaş grubunda olan 20 hasta, %35.5'ini 24 yaş ve üzerinde olan 11 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %45.2'sini 23 yaş ve altı yaş grubunda olan 24 hasta, %54.8'ini 24 yaş ve üzerinde olan 17 hasta oluşturmaktadır. Ayrıca girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 23.02±2.51, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 23.74±2.61'dir. Her iki grubun yaş grupları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 2.345, SD=1, p= 0.126).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 2. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların beden kitle indeksine göre dağılımı

Beden kitle indeksi	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
18.5-24.9 kg/m^2 normal kilolu	13	41.9	17	54.8
25 ve üstü hafif şişman	18	58.1	14	45.2
Toplam	31	100	31	100
Ort ±ss	25.97±2.39		25.52±3.02	

χ^2=1.033, SD=1, p= 0.309

Tablo 2'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %41.9'unu normal kilolu olan 13 hasta, %58.1' ini hafif şişman olan 18 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubunda ki hastaların %54.8'ini normal kilolu olan 14 hasta, %45.2'sini hafif şişman olan 14 hasta oluşturmaktadır. Ayrıca girişim grubundaki hastaların beden kitle indeksi ortalaması 25.97±2.39, kontrol grubundaki hastaların beden kitle indeksi ortalaması 25.52±3.02'dir. Her iki grubun beden kitle indeksi (BKİ) kategorileri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.033, SD=1, p= 0.309).

Tablo 3. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlköğretim	7	22.6	10	32.3
Lise	11	35.5	11	35.5
Üniversite	13	41.9	10	32.3
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.921, SD=2, p=0.631

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 3'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %22.6'sını ilköğretim mezunu olan 7 hasta, %35.5'ini lise mezunu olan 11 hasta, %41.9'unu üniversite mezunu olan 13 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü ilköğretim mezunu 10 hasta, %35.5'ini lise mezunu 11 hasta ve %32.3'ünü üniversite mezunu 10 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun eğitim düzeyleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.921, SD=2, p=0.631).

Tablo 4. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni Durum	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evli	6	19.4	8	25.8
Bekâr	25	80.6	23	74.2
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.369, SD=1, p= 0.544

Tablo 4'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü evli olan 6 hasta, %80.6'sını bekâr olan 25 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %25.8'ini evli olan 8 hasta, %74.2'sini bekâr olan 23 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun medeni durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.369, SD=1, p= 0.544).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 5. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların mesleklere göre dağılımı

Meslek	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Oturarak çalışıyor	10	32.3	13	41.9
Ayakta çalışıyor	21	67.7	18	58.1
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.622, SD=1, p= 0.430

Tablo 5'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %32.3'ünü oturarak çalışan 10 hasta, %67.7'sini ayakta çalışan 21 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %41.9'unu oturarak çalışan 13 hasta, %58.1'ini ayakta çalışan 20 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun meslek durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.622, SD=1, p= 0.430).

Tablo 6. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı

Gelir Düzeyi	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ortalamanın üstü	8	25.8	8	25.8
Ortalama düzeyde	10	32.3	18	58.1
Ortalamanın altı	13	41.9	5	16.1
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 5.84, SD=2, p= 0.054

Tablo 6' da görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %25.8'ini gelir durumu ortalamanın üstü olan 8 hasta, %32.3'ünü gelir durumu ortalama düzeyde olan 10 hasta, %41.9'unu ortalamanın altı olan 13 oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %25.8'ini gelir durumu ortalamanın üstü olan 8 hasta, %58.1'ini gelir durumu ortalama

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

düzeyde olan 18 hasta, %16.1'ini ortalamanın altı olan 5 oluşturmaktadır. Her iki grubun gelir düzeyleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 5.84, SD=2, p= 0.054).

Tablo 7. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların sigara kullanma durumlarına göre dağılımı

Sigara Kullanma Durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içen	22	71.0	23	74.2
Sigara içmeyen	9	29.0	8	25.8
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.081, SD=1, p= 0.776

Tablo 7'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %71.0 'ını halen sigara içen 22 hasta, %29.0'ını sigara içmeyen 9 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %74.2'sini halen sigara içen 23 hasta, %25.8'ini sigara içmeyen 8 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun sigara kullanma durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.081, SD=1, p= 0.776).

Tablo 8. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları yer durumlarına göre dağılımı

Yaşanılan Yer	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İl	20	64.5	17	54.8
İlçe / Kasaba	11	35.5	14	45.2
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.603, SD=1, p= 0.437

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 8'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %64.5'ini ilde yaşayan 20 hasta, %35.5'ini ilçe/kasabada yaşayan 11 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %54.8'ini ilde yaşayan 17 hasta, %45.2'sini ilçe/kasabada yaşayan 14 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun yaşanılan yer durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.603, SD=1, p= 0.437).

Tablo 9. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların her gün düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı

Her gün düzenli egzersiz yapma durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	6	19.4	3	9.7
Hayır	25	80.6	28	90.3
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 1.170, SD=1, p= 0.279

Tablo 9'da görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü her gün düzenli egzersiz yapan 6 hasta, %80.6'sını her gün düzenli egzersiz yapamayan 25 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %9.7'sini her gün düzenli egzersiz yapan 3 hasta, %90.3'ünü her gün düzenli egzersiz yapamayan 28 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun her gün düzenli egzersiz yapma durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.170 SD=1, p=0.279).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 10. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce önemli bir hastalık geçirme durumuna göre dağılımı

Daha önce önemli bir hastalık geçirme durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	4	12.9	1	3.2
Hayır	27	87.1	30	96.8
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 1.958, SD=1, p= 0.162

Tablo 10'da görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %12.9'unu daha önce önemli bir hastalık geçirmiş 4 hasta, %96.8'ini daha önce önemli bir hastalık geçirmemiş 27 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %3.2'sini daha önce önemli bir hastalık geçirmiş 1 hasta, %96.8'ini daha önce önemli bir hastalık geçirmemiş 30 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun daha önce önemli bir hastalık geçirme durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.958, SD=1, p= 0.162).

Tablo 11. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce hastaneye yatma durumuna göre dağılımı

Daha önce hastaneye yatma durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	5	16.1	9	29.0
Hayır	26	83.9	22	71.0
Toplam	31	100	31	100

χ^2=1.476, SD=1, p= 0.224

Tablo 11'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların, %16.1'ini daha önce hastaneye yatmış olan 5 hasta, %83.9'unu daha önce hastaneye yatmamış olan 26 hasta

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %29.0'ını daha önce hastaneye yatmış olan 9 hasta, %71.0'ını daha önce hastaneye yatmamış olan 22 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun daha önce hastaneye yatma durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.476, SD=1, p= 0.224).

Tablo 12. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre dağılımı

Daha önce ameliyat olma durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	4	12.9	7	22.6
Hayır	27	87.1	24	77.4
Toplam	31	100	31	100

χ^2=0.995, SD=1, p= 0.319

Tablo 12'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %12.9'unu daha önce ameliyat olan 4 hasta, %87.1'ini daha önce ameliyat olmayan 27 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %22.6'sını daha önce ameliyat olan 7 hasta, %77.4'ünü daha önce ameliyat olmayan 24 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun daha önce ameliyat olma durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.995, SD=1, p= 0.319).

Tablo 13. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların anestezi türüne göre dağılımı

Anestezi Türü	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Genel	8	25.8	0.00	0.00
Spinal / Epidural	23	74.2	31	100
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 9.185 SD=1, p= 0.002

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 13'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların, %25.8'ini genel anestezi yapılan 8 hasta, %74.2'sini spinal/epidural anestezi yapılan 23 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %100'ünü spinal/epidural anestezi yapılan 31 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun anestezi türleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=9.185 SD=1, p=0.002).

Tablo 14. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı

	Girişim Grubu ort±ss	**Kontrol Grubu ort±ss**
Ameliyat Süresi	42.01±13.28	43.87±9.37
	t=-0.608, p=0.546	

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat süresi ortalaması 42.01±13.28 dakika, kontrol grubundaki hastaların ameliyat süresi ortalaması 43.87±9.37 dakikadır. Her iki grubun ameliyat süreleri arasında yapılan Student t testinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=-0.608, p=0.546) (Tablo 14).

Tablo 15. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kalış sürelerine göre dağılımı

	Girişim Grubu ort±ss	**Kontrol Grubu ort±ss**
Hastanede kalış süresi	5.35±1.38	6.19±1.80
	t=-2.062, p=0.044	

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 5.35±1.38 gün, kontrol grubundaki hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 6.19±1.80'dir. Her iki grubun hastanede kalış süresi ortalamaları arasında

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

yapılan Student t testinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=-2.062, p=0.044) (Tablo 15).

Tablo 16. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların normal yaşantılarındaki çok sık ağrı yaşama durumuna göre dağılımı

Normal yaşantıdaki çok sık ağrı yaşama durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	6	19.4	10	32.3
Hayır	25	80.6	21	67.7
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 1.348, SD=1, p= 0.246

Tablo 16'da görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4' ünü normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayan 6 hasta, %80.6'sını normal yaşantısında çok sık ağrı yaşamayan 25 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayan 10 hasta, %67.7'sini normal yaşantısında çok sık ağrı yaşamayan 21 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun normal yaşantılarındaki ağrı yaşama durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.348, SD=1, p= 0.246).

Tablo 17. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların normal yaşantılarındaki ağrı ile baş etme yöntemlerine göre dağılımı

Ağrı ile baş etme	Girişim Grubu		Kontrol grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Analjezik alma	6	19.4	10	32.3
Alternatif tedaviler	25	80.6	21	67.7
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 1.348, SD=1, p= 0.246

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 17'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4' ünü ağrı ile baş etmede analjezik alan 6 hasta, %80.6'sını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan 25 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü ağrı ile baş etmede analjezik alan 10 hasta, %67.7'sini ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan 11 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun ağrı ile baş etme yöntemleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.348, SD=1, p= 0.246).

Tablo 18. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası ağrı	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	30	96.8	27	87.1
Hayır	1	3.2	4	12.9
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 1.958, SD=1, p= 0.162

Tablo 18'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %96.8'ini ameliyat sonrası ağrısı olan 30 hasta, %3.2'sini ağrısı olmayan 1 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %87.1'ini ameliyat sonrası ağrısı olan 27 hasta, %12.9'unu ağrısı olmayan 4 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun ameliyat sonrası ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.958, SD=1, p= 0.162).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 19. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı ile başetme durumuna göre dağılımı

Ameliyat sonrası ağrı ile baş etme	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Analjezik alma	22	71.0	24	77.4
Alternatif uygulamalar	9	29.0	7	22.6
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 0.337, SD=1, p= 0.562

Tablo 19'da görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %71.0'ını ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede analjezik alan 22 hasta, %29.0'ını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan 9 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %77.4' ünü ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede analjezik alan 24 hasta, %22.6'sını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan 7 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun ameliyat sonrası ağrı ile baş etme durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.337, SD=1, p= 0.562).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 20. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı yerlerine göre dağılımı

Ameliyat sonrası ağrı yeri	Girişim Grubu				Kontrol Grubu				Test İstatistiği
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ameliyat yeri	27	87.1	4	12.9	26	83.9	5	16.1	χ^2= 0.130, SD=1, p= 1.000*
Drenlerin olduğu yerde	2	6.5	29	93.5	2	6.5	29	93.5	χ^2= 0.000, SD=1, p= 1.000*
Sırtta	6	19.4	25	80.6	3	9.7	28	90.3	χ^2= 1.170, SD=1, p=0.473*
Vücudun her yerinde	0	0.0	31	100	6	19.4	25	80.6	χ^2= 6.643, SD=1, p= 0.024*
Diğer yerlerde	6	19.4	25	80.6	3	9.7	28	90.3	χ^2= 1.170, SD=1, p= 0.473*

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 20'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %87.1'ini ameliyat yerinde ağrısı olan 27 hasta, kontrol grubundaki hastaların %83.9'unu ameliyat yerinde ağrısı olan 26 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun ameliyat yerinde ağrı olma durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.130, SD=1, p=1.000).

Tablo 20'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %6.5'ni drenlerinin olduğu yerde ağrısı olan 2 hasta, kontrol grubundaki hastaların %6.5'ni drenlerinin olduğu yerde ağrısı olan 2 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun drenlerinin olduğu yerdeki ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.000, SD=1, p=1.000).

Tablo 20'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4'nü ağrısı sırtında olan 6 hasta, kontrol grubundaki hastaların %9.7'sini ağrısı sırtında 3 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun sırtındaki ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.170, SD=1, p=0.473).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 20'de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki hastaların %19.4'nü vücudunun her yerinde ağrısı 6 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun sırtındaki ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2= 6.643, SD=1, p= 0.024).

Tablo 20'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %19.4'nü diğer yerlerinde ağrısı olan 6 hasta, kontrol grubundaki hastaların %9.7'sini diğer yerlerinde ağrısı olan 3 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun diğer yerlerindeki ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.170, SD=1, p= 0.473).

Tablo 21. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası en çok hangi durumlarda ağrı yaşadıklarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası en fazla ağrı yaşanan durumu	Girişim Grubu				Kontrol Grubu				Test İstatistiği
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Pansuman sırasında	11	35.5	20	64.5	12	38.7	19	61.3	χ^2= 0.069, SD=1, p= 0.793
Yataktan kalkarken	21	67.7	10	32.3	16	51.6	15	48.4	χ^2= 1.676, SD=1, p= 0.196
Yürürken	2	6.5	29	93.5	15	48.4	16	51.6	χ^2=13.697, SD=1, p= 0.000
Öksürürken	3	9.7	28	90.3	3	9.7	28	90.3	χ^2=0.000, SD=1, p= 1.000*
Diğer ağrı nedenleri	4	12.9	27	87.1	1	3.2	30	96.8	χ^2=1.958, SD=1, p= 0. 354*

*Fisher'in Kesin Testi

Her birey birden fazla ifade kullanmıştır. Yüzdeler n=31 birey üzerinden hazırlanmıştır.

Tablo 21'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %35.5'ini pansuman sırasında ağrısı olan 11 hasta, kontrol grubundaki hastaların %38.7'sini pansuman

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

sırasında ağrısı olan 12 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun pansuman sırasındaki ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 0.069, SD=1, p= 0.793).

Tablo 21'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %67.7'sini yataktan kalkarken ağrısı olan 21 hasta, kontrol grubundaki hastaların %51.6'sını yataktan kalkarken ağrısı olan 16 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun yataktan kalkarken yaşadığı ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 1.676, SD=1, p= 0.196).

Tablo 21'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %6.5'ni yürürken ağrısı olan 2 hasta, kontrol grubundaki hastaların %48.4'ünü yürürken ağrısı olan 15 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun yürürken yaşadığı ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=13.697, SD=1, p= 0.000).

Tablo 21'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %9.7'sini öksürürken ağrı olan 3 hasta, kontrol grubundaki hastaların %3.2'sini öksürürken ağrı olan 1 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun öksürürken ağrı durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.000, SD=1, p= 1.000).

Tablo 21'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %12.9'unu diğer ağrı nedenleri olan 4 hasta, kontrol grubundaki hastaların %3.2'sini diğer nedenleri olan 1 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun diğer ağrı nedenleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=1.958, SD=1, p= 0.354).

Tablo 22. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerine göre dağılımı

Hemşirelik bakımı ile ilgili görüş	**Girişim Grubu**		**Kontrol Grubu**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İyi	14	42.5	25	80.6
Mükemmel	17	54.8	6	19.4
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 8.363, SD=1, p= 0.004

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 22'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %42.5'ini hemşirelik bakımı ile ilgili görüşünü iyi olarak belirten 14 hasta, %54.8'ini mükemmel olarak belirten 17 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %80.6'sını hemşirelik bakımı ile ilgili görüşünü iyi olarak belirten 25 hasta, %19.4'ünü mükemmel olarak belirten 6 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2= 8.363, SD=1, p= 0.004).

Tablo 23. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarına göre dağılımı

Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti arttıracak öneriler	Girişim Grubu				Kontrol Grubu				Test İstatistiği
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Daha fazla ilgilenilmeli, hasta psikolojisinden anlamalılar	8	25.8	23	74.2	9	29.0	22	71.0	χ^2=0.81, SD=1, p=0.776
Hemşire sayısı artırılmalı	16	51.6	15	48.4	18	58.1	13	41.9	χ^2=0.261, SD=1, p=0.610
Tedaviler zamanında yapılmalı	4	12.9	27	87.1	3	9.7	28	90.3	χ^2=0.161, SD=1, p=0.688*
Hastalar daha fazla bilgilendirilmeli	12	38.7	19	61.3	5	16.1	26	83.9	χ^2=3.971, SD=1, p=0.046
Eğitim seviyeleri yüksek olmalı	4	12.9	27	87.1	5	16.1	26	83.9	χ^2=0.130, SD=1, p=0.718*

* Fisher'in Kesin Testi

Tablo 23'de görüldüğü gibi hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini artıracak öneriler şu şekilde sıralanmaktadır;

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Girişim grubundaki hastaların %25.8'i (n=8) ve kontrol grubundaki hastaların %29.0'ı (n=9) hasta bakımı yaparken hemşirelerin daha fazla ilgilenmesi ve hasta psikolojisinden anlamaları gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.81, SD=1, p=0.776).

Girişim grubundaki hastaların %51.6'sı (n=16) ve kontrol grubundaki hastaların %58.1'i (n=13) hemşire sayısı artırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.261, SD=1, p=0.610).

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u (n=4) ve kontrol grubundaki hastaların %9.7'si (n=3) tedavilerin zamanında yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.161, SD=1, p=0.688).

Girişim grubundaki hastaların %38.7'si (n=12) ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i (n=5) hastalar daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=3.971, SD=1, p=0.046).

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u (n=4) ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i (n=5) eğitim seviyelerinin yüksek olması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0.130, SD=1, p=0.718).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 24. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenlerine göre dağılımı

Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri**	Girişim Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
1.Ameliyat sonrası ağrı	13	41.9	14	45.2
2.İğne korkusu	7	22.6	7	22.6
3. Ameliyat sonrası uyanamamak	6	19.4	2	6.5
4. Ameliyat ekibinin tavır ve davranışları	3	9.7	2	6.5
5. Yoğun bakımda kalmak	1	3.2	1	3.2

* Her birey birden fazla ifade kullanmıştır. Yüzdeler girişim ve kontrol grubunun oluşturan hastaların sayısı üzerinden hesaplanmıştır (n=31)
** Listelenen 9 kaygı nedenleri arasında ilk beşine yer verilmiştir.

Tablo 24'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri sırasıyla, %41.9 (n=13) ameliyat sonrası ağrı, %22.6 (n= 7) iğne korkusu, %19.4 (n=6) ameliyat sonrası uyanamamak ve %9.7 (n=3) ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2 (n=1) yoğun bakımda kalmaktır. Kontrol grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri ise; %45.2 (n=14) ameliyat sonrası ağrı, %22.6 (n=7) iğne korkusu, %6.5'ini (n=2) ameliyat sonrası uyanamamak ve ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2 (n=1) yoğun bakımda kalmaktır.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 25. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	10	32.3	5	16.1
Hayır	21	67.7	26	83.9
Toplam	31	100	31	100

χ^2= 2.199, SD=1, p= 0.138

Tablo 25'de görüldüğü gibi, girişim grubundaki hastaların %32.3'ünü ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşayan 10 hasta, %67.7'sini ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşamayan 21 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %16.1'ini ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşayan 5 hasta, %83.9'unu ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşamayan 26 hasta oluşturmaktadır. Her iki grubun ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama durumları arasında yapılan ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2= 2.199, SD=1, p= 0.138).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYATTAN SONRA DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DURUMLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Tablo 26. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası Durumluk Sürekli Kaygı düzeylerine göre dağılımı

Ölçekler	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Ameliyat öncesi durumluk kaygı	40.10±5.52 (26-51)	45.06±4.27 (36-53)
Ameliyat sonrası durumluk kaygı	45.35±5.68 (32-55)	46.35±3.54 (38-58)
Ameliyat öncesi sürekli kaygı	45.10±7.23 (30-65)	48.87±6.25 (37-54)
Ameliyat sonrası sürekli kaygı	46.19±6.69 (30-65)	49.55±5.70 (39-58)

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 40.10±5.52, sürekli kaygı puan ortalaması 45.10±7.23, kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 45.06±4.27, sürekli kaygı puan ortalaması 48.87±6.25'dir (Tablo 26).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 45.35±5.68, sürekli kaygı puan ortalaması 46.19±6.69, kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 46.35±3.54, sürekli kaygı puan ortalaması 49.55±5.70'dir. Hastaların durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 26).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Tablo 27. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi SF-36 puan ortalamalarına göre dağılımı

SF- 36 Alt Boyutlar	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min mak)
Fiziksel fonksiyon	65.00±16.28 (20-90)	65.35±24.09 (1-95)
Rol güçlüğü (fiziksel)	41.35±32.97 (1-100)	32.58±29.36 (1-100)
Ağrı	47.26±8.30 (41-72)	43.16±10.20 (21-72)
Genel sağlık	54.81±17.49 (15-80)	51.13±14.92 (25-85)
Vitalite	55.32±10.87(35-80)	52.58±9.02 (20-65)
Sosyal fonksiyon	58.47±10.40 (25-75)	53.23±12.49 (25-75)
Rol güçlüğü (emosyonel)	41.18±34.80 (1-100)	34.80±34.55 (1-100)
Mental sağlık	60.52±10.82 (36-88)	57.42±9.04 (28-72)

Tablo 27'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 65.00±16.28, rol güçlüğü (fiziksel) 41.35±32.97, ağrı; 47.26±8.30, genel sağlık; 54.81±17.49, vitalite; 55.32±10.87, sosyal fonksiyon; 58.47±10.40, rol güçlüğü (emosyonel); 41.18±34.80, mental sağlık; 60.52±10.82'dir.

Kontrol grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 65.35±24.09, rol güçlüğü (fiziksel), 32.58±29.36 ağrı; 43.16±10.20, genel sağlık; 51.13±14.92, vitalite; 52.58±9.02, sosyal

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

fonksiyon; 53.23±12.49, rol güçlüğü (emosyonel); 34.80±34.55, mental sağlık; 57.42±9.04'tür (Tablo 27).

Hem girişim hem de kontrol grubu hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) ve ağrı boyutlarından ortalamanın altında, diğer alt boyutlarda ortalama ve ortalamanın biraz üzerinde puan almışlardır.

Tablo 28. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamalarına göre dağılımı

SF- 36 Alt Boyutlar	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min mak)
Fiziksel fonksiyon	80.65±19.53 (35-100)	74.06±22.23 (1-100)
Rol güçlüğü (fiziksel)	62.97±36.33 (1-100)	41.35±31.02 (1-100)
Ağrı	54.84±15.61 (22-84)	52.90±14.91 (32-100)
Genel sağlık	64.68±20.20 (20-92)	65.32±14.48 (40-92)
Vitalite	68.39±17.95 (25-95)	64.35±13.21(40-90)
Sosyal fonksiyon	70.56±15.33 (37.5-100)	66.13±15.20 (37.5-100)
Rol güçlüğü (emosyonel)	69.99±33.52 (1-100)	49.78±38.90 (1-100)
Mental sağlık	70.71±16.08 (40-92)	68.00±12.44 (44-92)

Tablo 28'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 80.65±19.53, rol güçlüğü (fiziksel); 62.97±36.33, ağrı; 54.84±15.61, genel sağlık; 64.68±20.20, vitalite; 68.39±17.95, sosyal fonksiyon; 70.56±15.33, rol güçlüğü (emosyonel); 69.99±33.52, mental sağlık; 70.71±16.08'dir (Tablo 28).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Kontrol grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 74.06±22.23, rol güçlüğü (fiziksel), 41.35±31.02 ağrı; 52.90±14.91, genel sağlık; 65.32±14.48, vitalite; 64.35±13.21, sosyal fonksiyon; 66.13±15.20, rol güçlüğü (emosyonel); 49.78±38.90, mental sağlık; 68.00±12.44'dür (Tablo 28).

Girişim grubundaki hastalar SF-36 alt boyutlarının tümünden ortalamanın üstünde puan almasına rağmen kontrol grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) alt boyutlarından ortalamanın altında puan almışlardır. Girişim grubundaki hastalar SF-36 alt boyutlarının tümünden kontrol grubu hastalara göre daha yüksek puan almıştır.

3.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI NEWCASTLE HEMŞİRELİKTEN MEMNUNİYET ÖLÇEKLERİNDEN PUAN ORTALAMALARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Tablo 29. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelikten memnuniyet durumlarına göre dağılımı

Ölçekler	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min- mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min- mak)
HBYÖ	82.33±11.53 (51-100)	76.18±9.09 (59-100)
HBMÖ	72.87±18.27 (29-100)	69.58±13.08 (52-100)

Tablo 29'da görüldüğü gibi hastaların Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri'nden aldıkları puan ortalamaları Hemşirelik Bakımı ile İlgili Yaşananlar Ölçeği'nden (HBYÖ) girişim grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 82.33±11.53, kontrol grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 76.18±9.09'dur.

Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği'nden (HBMÖ) girişim grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 72.87±18.27, kontrol grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 69.58±13.08'dir. Girişim grubundaki hastaların her iki ölçekten

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri'nden ortalamanın üstünde puan almışlardır.

3.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞADIKLARI KOMPLİKASYONLARIN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Tablo 30. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Ağrı	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Ağrı 0 saat	16.77±18.69 (10-80)	19.35±20.80 (10-80)
Ağrı 1 saat	20.65±16.92 (10-80)	32.26±25.65 (10-80)
Ağrı 2 saat	28.39±22.82 (10-80)	40.00±25.17 (10-80)
Ağrı 4 saat	22.29±16.63 (1-60)	40.32±20.08 (10-80)
Ağrı 8 saat	16.81±18.03 (1-60)	23.03±23.92 (1-70)
Ağrı 24 saat	15.77±12.77 (1-60)	9.39±15.26 (1-50)

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine göre dağılımı Tablo 30'da görülmektedir. Girişim grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı ameliyat sonrası 2. saatte yaşamalarına rağmen kontrol grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı 2. ve 4. saatlerde yaşamışlardır. Tablo 30'da görüldüğü gibi kontrol grubu hastaları daha yoğun ağrı yaşamışlardır (Tablo 30).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 31. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Bulantı	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Bulantı 0 saat	10.97±23.29 (0-70)	4.84±12.88 (0-40)
Bulantı 1 saat	3.55±15.18 (0-80)	10.65±17.69(0-50)
Bulantı 2 saat	5.81±15.44 (0-50)	2.26±9.56 (0-50)

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeylerine göre dağılımı Tablo 31'de görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu hastaları 0, 1 ve 2. saatlerde hafif şiddette bulantıları olmuş, diğer saatlerde bulantı meydana gelmemiştir (Tablo 31).

Tablo 32. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku hali/sersemlik düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Uyku Hali/Sersemlik	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Uyku hali/sersemlik 0 saat	0.00±0.00 (0-0)	1.61±8.98 (0-50)
Uyku hali/sersemlik 1 saat	0.00±0.00 (0-0)	1.29±7.18 (0-40)
Uyku hali/sersemlik 2 saat	2.90±12.96 (0-70)	1.29±7.18 (0-40)

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku hali/sersemlik düzeylerine göre dağılımı Tablo 32'de görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu hastalarında 0, 1 ve 2. saatlerde çok hafif şiddette uyku hali/sersemlik oluşmuş, diğer saatlerde uyku hali/sersemlik meydana gelmemiştir (Tablo 32).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 33. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Baş Ağrısı	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Baş ağrısı 1. saat	3.87±15.20 (0-70)	8.06±21.67 (0-80)
Baş ağrısı 2. saat	8.06±20.40 (0-80)	14.52±25.93 (0-80)
Baş ağrısı 4. saat	5.81±15.87 (0-60)	17.10±26.23 (0-70)
Baş ağrısı 8. saat	5.81±15.66 (0-60)	12.90±23.55 (0-70)
Baş ağrısı 24. saat	5.81±13.11(0-50)	6.45±17.23 (0-60)

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı düzeylerine göre dağılımı Tablo 33'de görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu hastalarında 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette baş ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette baş ağrısı olmuştur (Tablo 33).

Tablo 34. Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bel ağrısı düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Bel Ağrısı	Girişim Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)	Kontrol Grubu (n=31) ort±ss (min-mak)
Bel ağrısı 0. saat	3.55±11.12 (0-40)	3.87±15.85 (0-80)
Bel ağrısı 1. saat	5.16±14.58 (0-60)	10.97±24.27(0-80)
Bel ağrısı 2. saat	12.26±27.29 (0-90)	19.68±26.01(0-70)
Bel ağrısı 4. saat	7.42±17.88 (0-60)	21.94±24.42 (0-70)
Bel ağrısı 8. saat	7.42±18.07 (0-70)	11.61±20.02 (0-70)
Bel ağrısı 24. saat	7.10±13.95 (0-50)	1.29±4.99 (0-20)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bel ağrısı düzeylerine göre dağılımı Tablo 34'de görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu hastaların 0, 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette bel ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette bel ağrısı olmuştur (Tablo 34).

3.6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 35. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı

Değişkenler	**Zaman içi Değişim**		**Zaman * Grup etkileşimi (interaction)**		**Gruplar arası fark**	
SF- 36 Alt Boyutlar	F	p	F	p	F	p
Fiziksel fonksiyon	(1.57)=0.403	0.528	(1.57)=0.192	0.663	(1.57)=0.707	0.404
Rol fonksiyon (fiziksel)	(1.57)=4.068	0.048	(1.57)=2.226	0.141	(1.57)=3.471	0.068
Ağrı	(1.57)=1.795	0.186	(1.57)=0.023	0.880	(1.57)=6.008	0.017
Vitalite (canlılık)	(1.57)=5.760	0.020	(1.57)=0.740	0.393	(1.57)=8.686	0.005
Sosyal fonksiyon	(1.57)=1.275	0.263	(1.57)=0.221	0.640	(1.57)=1.713	0.196
Rol fonksiyonu (emosyonel)	(1.57)=0.178	0.675	(1.57)=0.362	0.550	(1.57)=3.031	0087
Mental sağlık	(1.57)=3.734	0.058	(1.57)=0.247	0.621	(1.57)=8.354	0.005
Genel sağlık	(1.57)=1.645	0.205	(1.57)=1.033	0.314	(1.57)=4.444	0.039

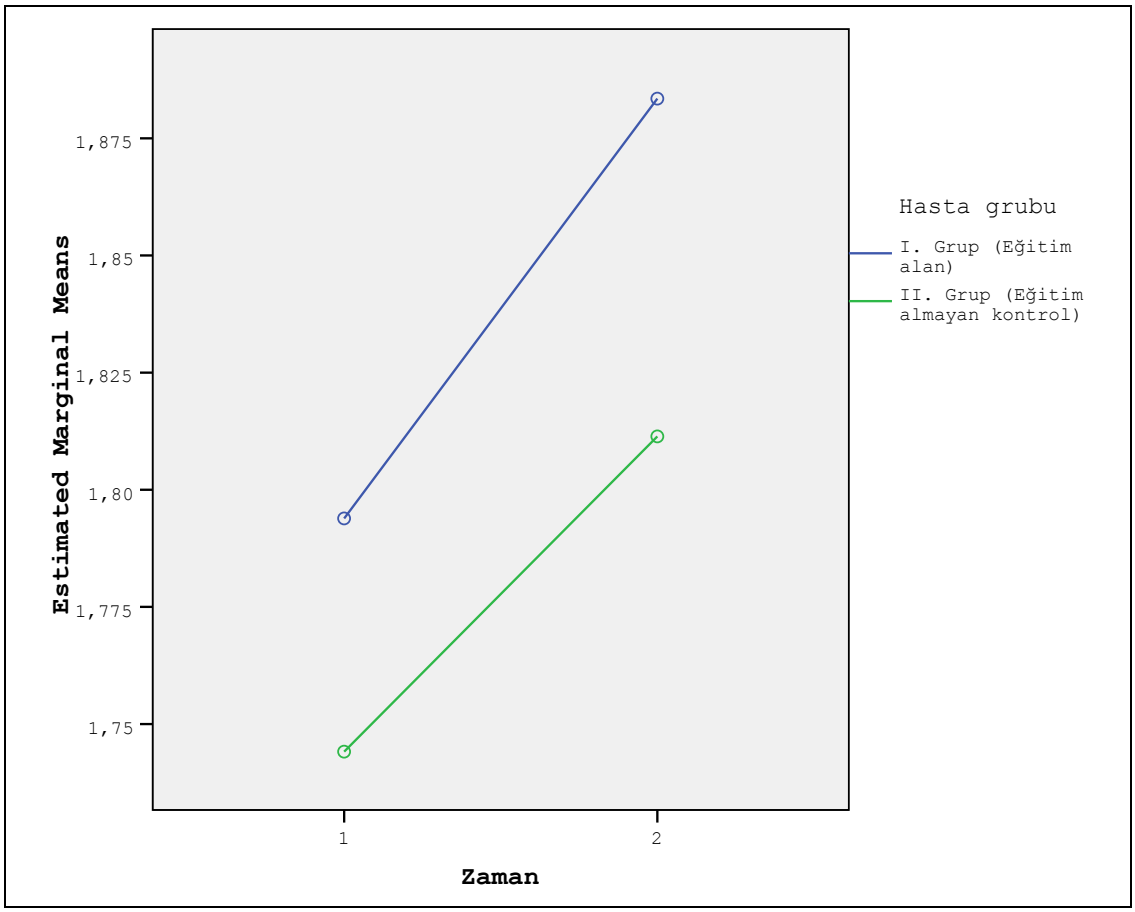
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=0.403, p=0.528)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında fiziksel fonksiyon puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.192, p=0.663)] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının birbirlerinden farksız olduğu belirlenmiştir [F (1.57)=0.707, p=0.404)] (Tablo 35) (Grafik 1).

Grafik 1. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Fiziksel Fonksiyon Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



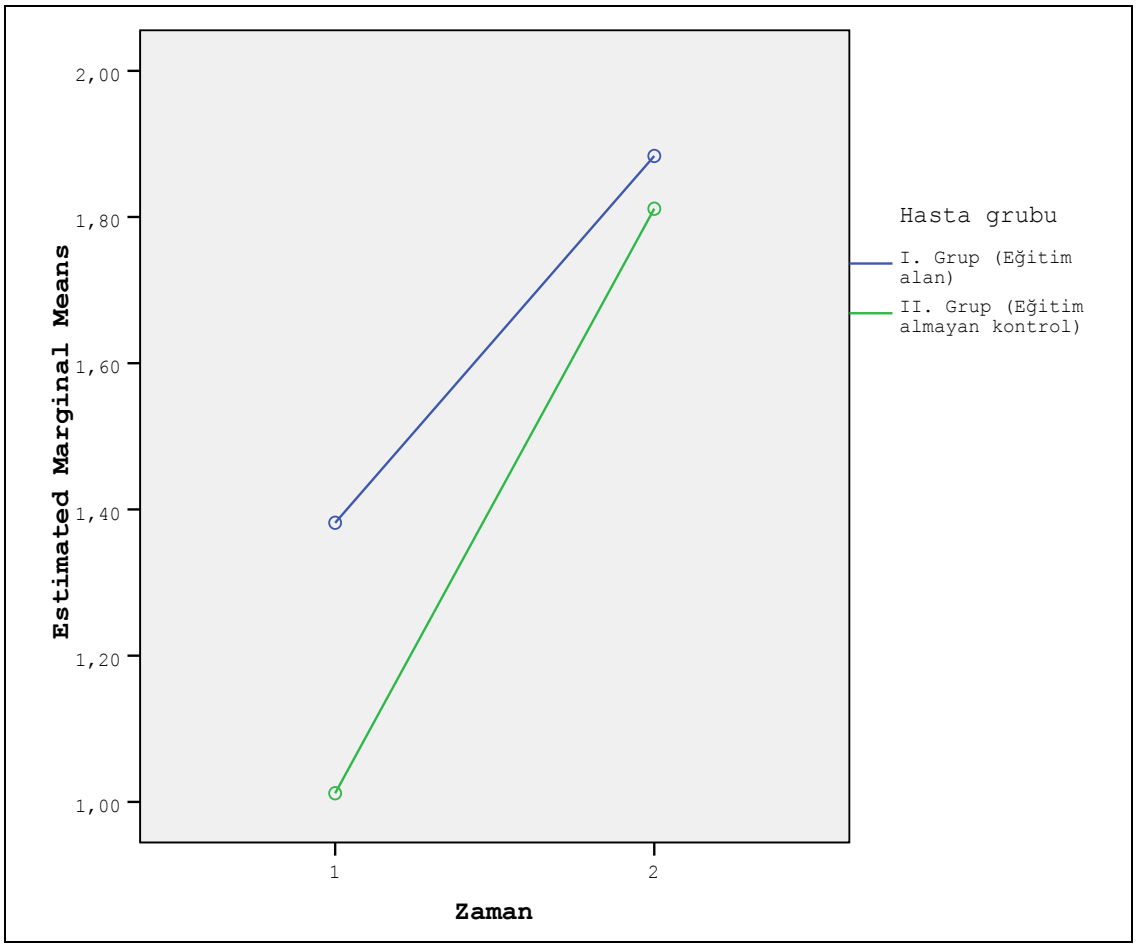
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından rol fonksiyonu (fiziksel) açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=4.068, p=0.048)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında rol fonksiyonu (fiziksel) puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=2.226, p=0.141] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol fonksiyonu (fiziksel) puan ortalamalarının birbirlerinden farksız olduğu belirlenmiştir [F (1.57)=3.471, p=0.068)] (Tablo 35) (Grafik 2).

Grafik 2. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Rol Fonksiyon (Fiziksel) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



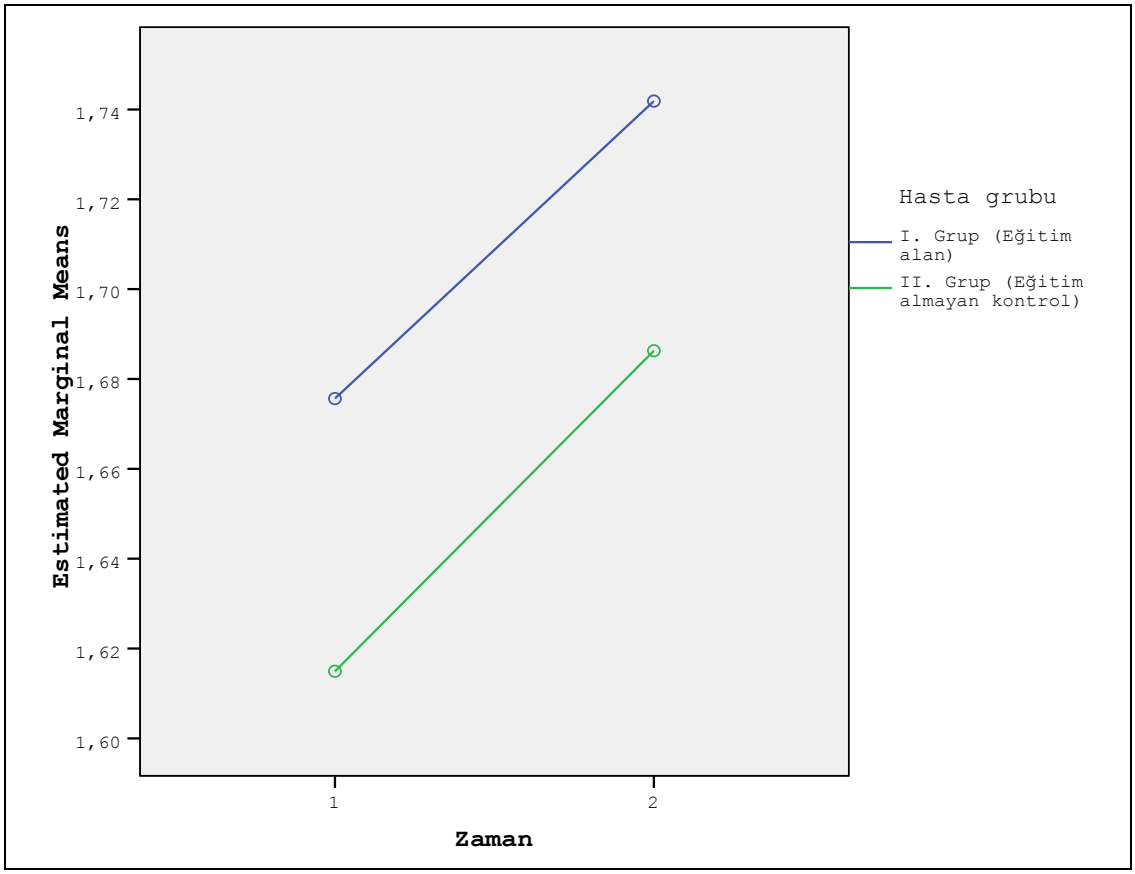
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından ağrı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=1.795, p=0.186)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında ağrı puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.023, p=0.880] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ağrı puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 6.008, p=0.017] (Tablo 35) (Grafik 3).

Grafik 3. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Ağrı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



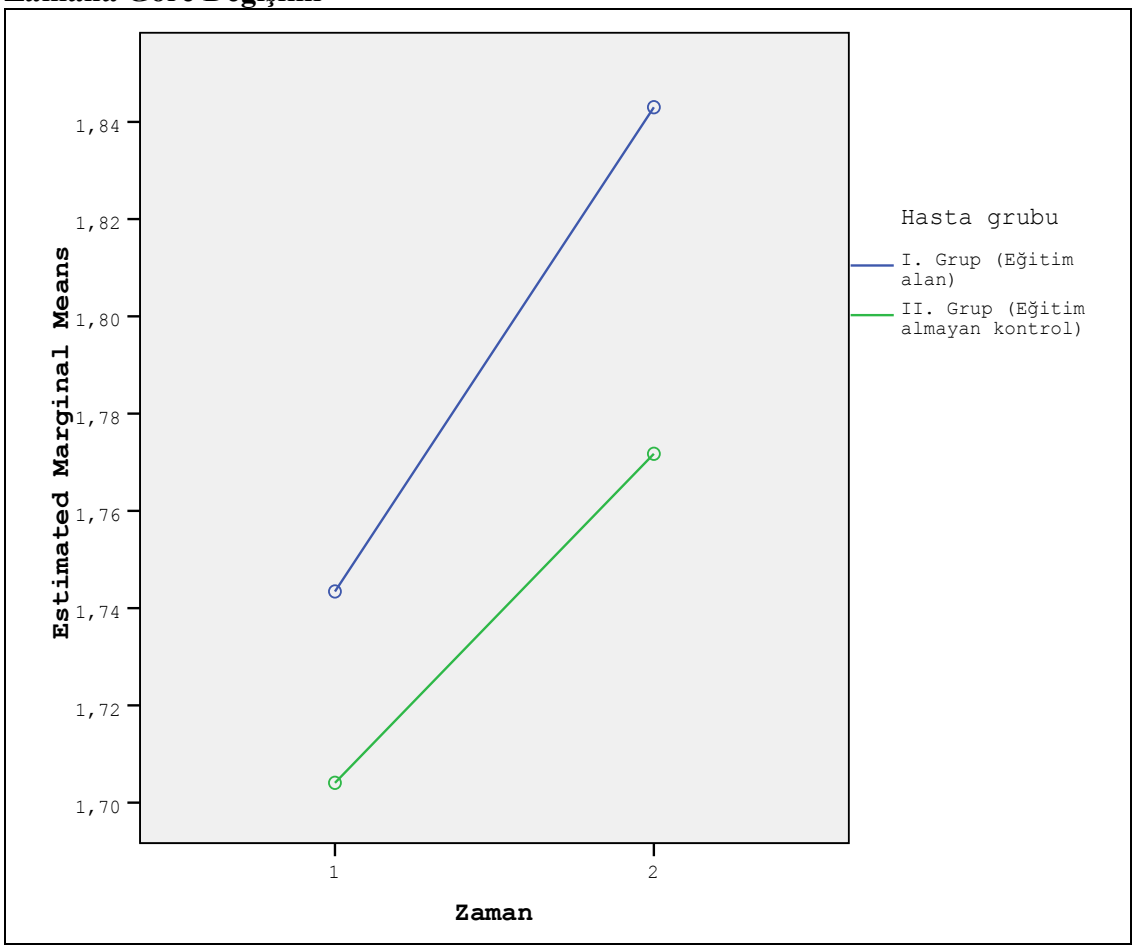
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından vitalite (canlılık) açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 5.760, p=0.020)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında vitalite (canlılık) puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.740, p=0.393] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından vitalite (canlılık) boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Vitalite (canlılık) puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 8.686, p=0.005] (Tablo 35) (Grafik 4).

Grafik 4. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Vitalite (canlılık) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



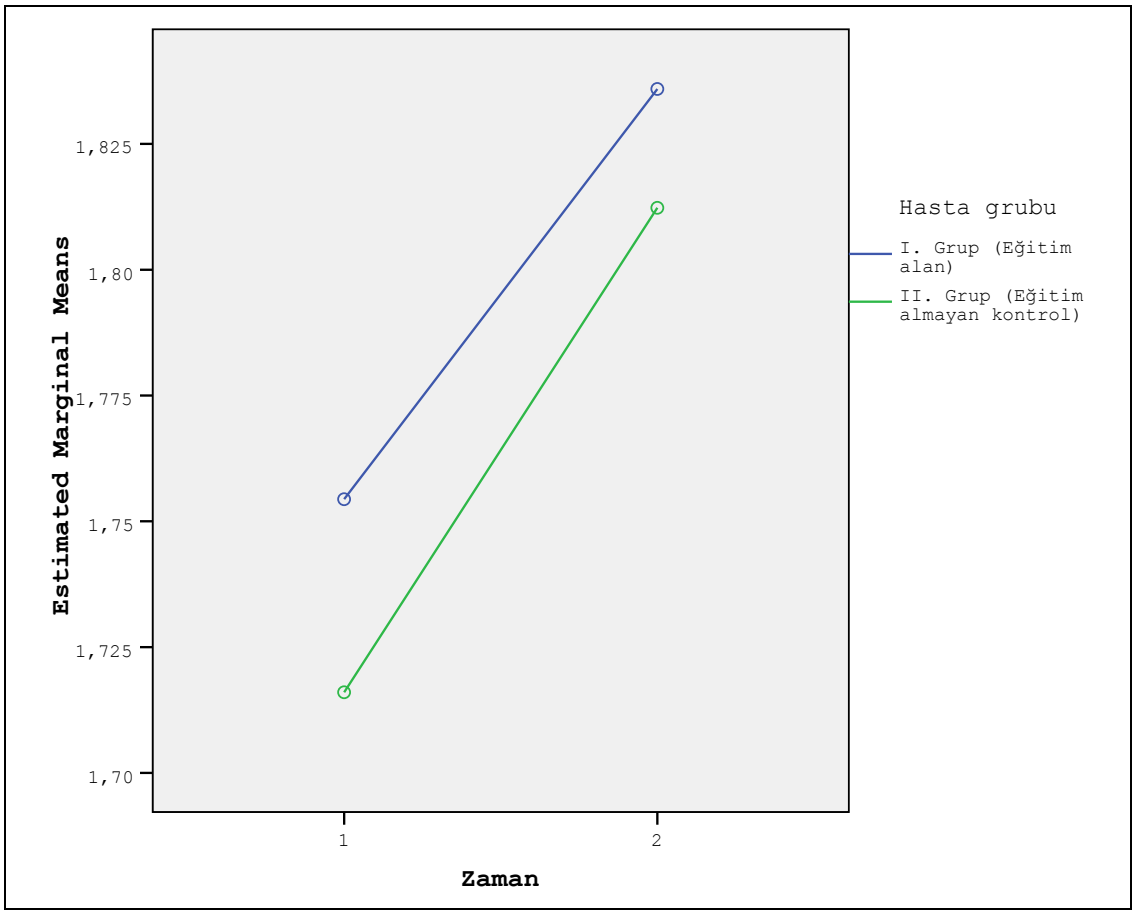
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF- 36 alt boyutlarından sosyal fonksiyon açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.275, p=0.263)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında ağrı puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.221, p=0.640] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.713, p=0.196] (Tablo 35) (Grafik 5).

Grafik 5. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Sosyal Fonksiyon Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



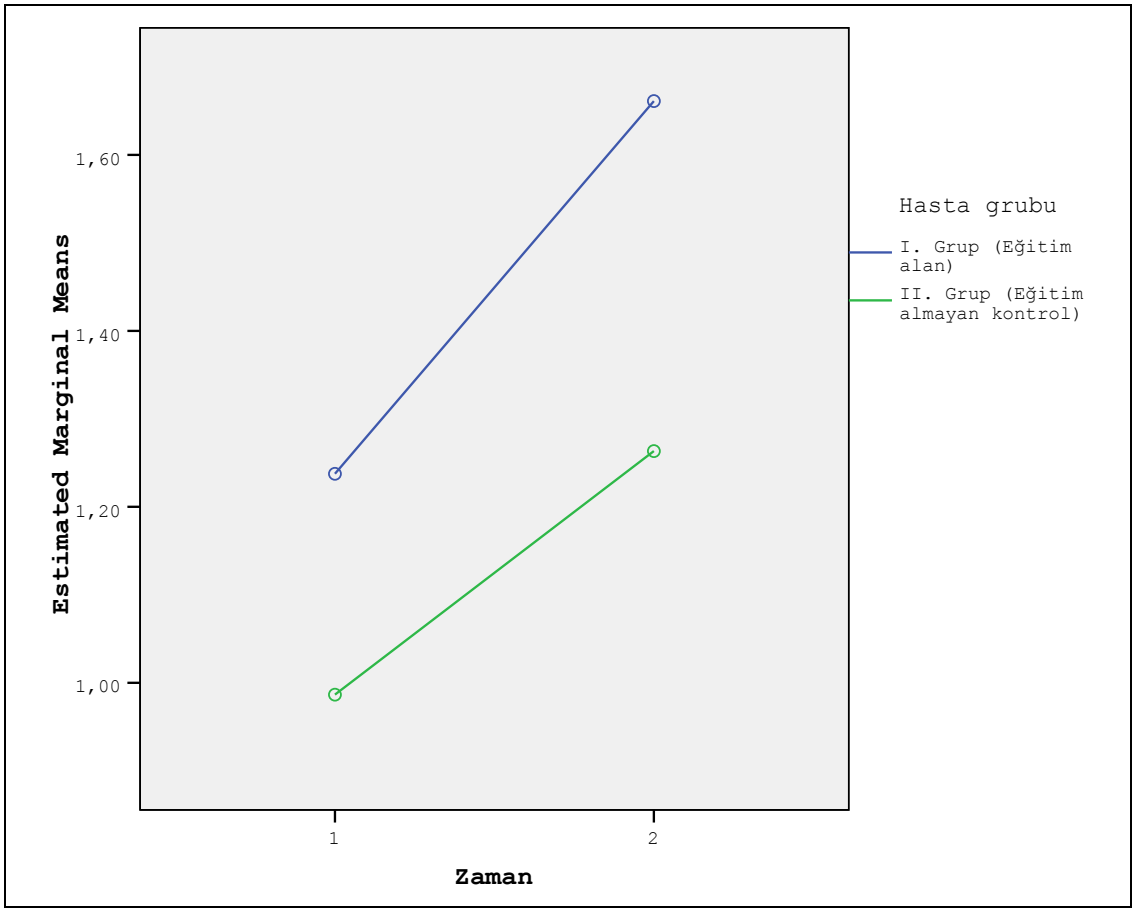
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=0.178, p=0.675)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında emosyonel rol fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.362, p=0.550] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=3.031, p=0.087] (Tablo 35) (Grafik 6).

Grafik 6. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi -Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Rol Fonksiyonu (Emosyonel) Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



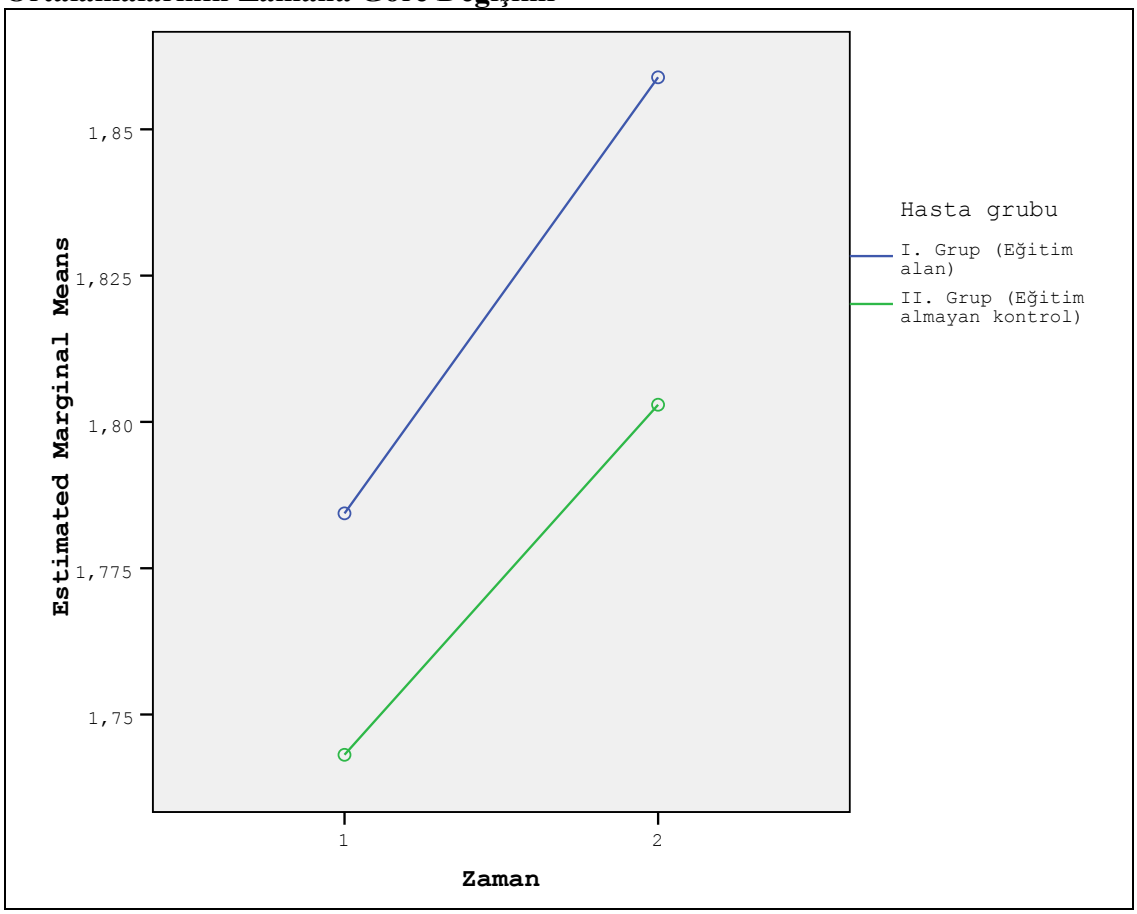
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından mental sağlık fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.734, p=0.058)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında emosyonel rol fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 0.247, p=0.621] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 8.354, p=0.005] (Tablo 35) (Grafik 7).

Grafik 7. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Mental Sağlık Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



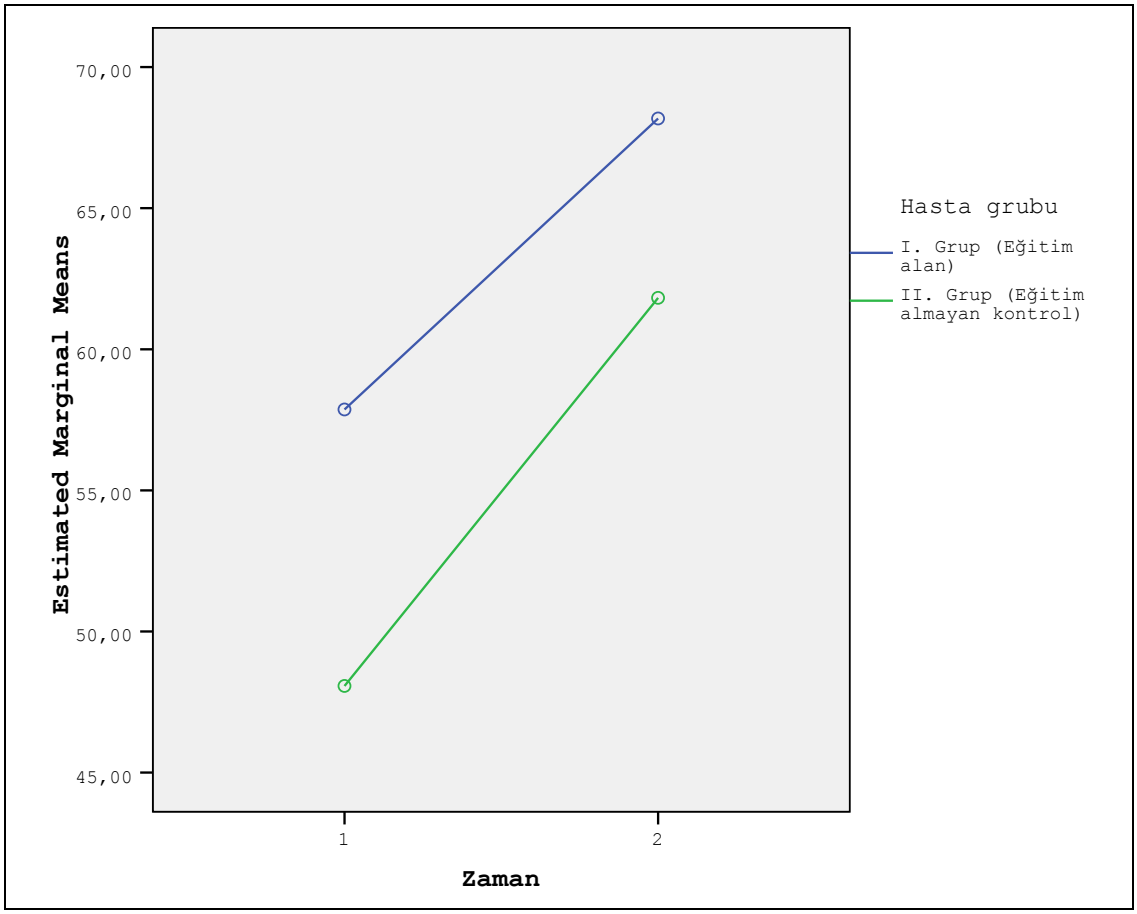
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından genel sağlık fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.645, p=0.205)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında genel sağlık fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 1.033, p=0.314] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık fonksiyonu boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Genel sağlık fonksiyonu boyutu puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 4.444, p=0.039] (Tablo 35) (Grafik 8).

Grafik 8. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi - Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarından Genel Sağlık Fonksiyonu Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI DURUMLUK KAYGI PUAN ORTALAMALARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 36. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı

Değişkenler	**Zaman içi Değişim**		**Zaman * Grup etkileşimi (interaction)**		**Gruplar arası fark**	
Ölçek	F	p	F	p	F	p
Durumluk kaygı	(1.57) =0.079	0.779	(1.57)=11.287	0.001	(1.57)=3.826	0.055

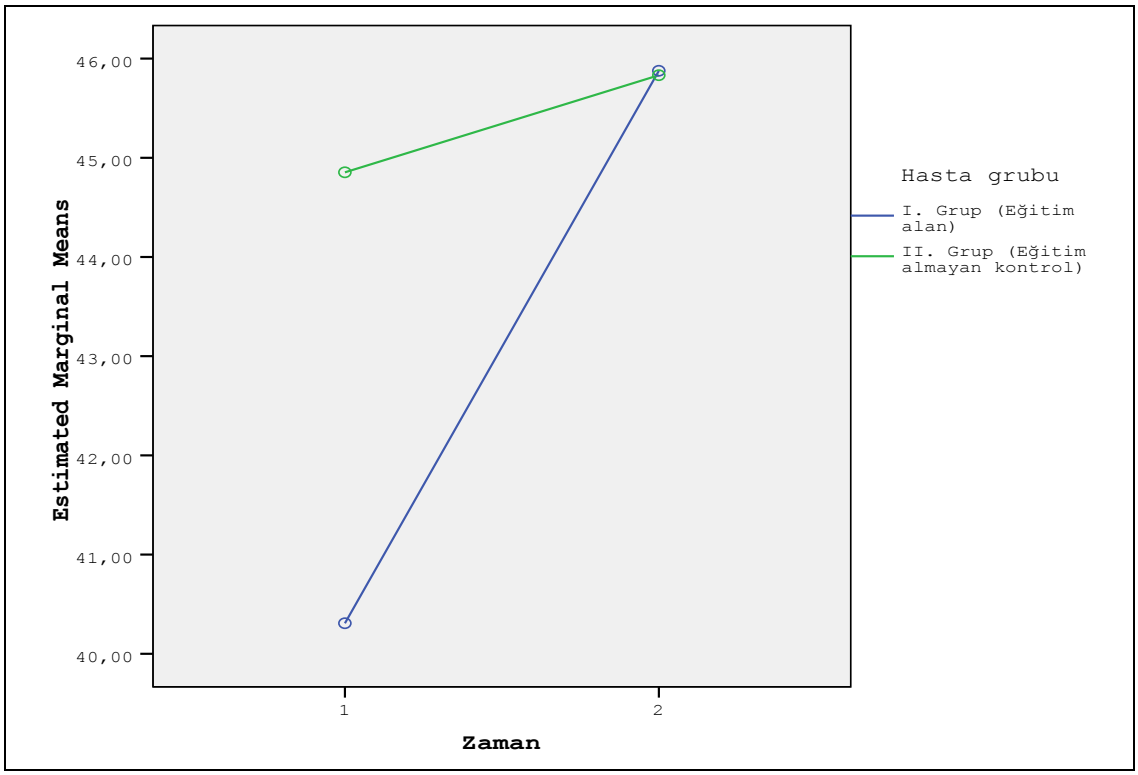
Zaman içinde durumluk kaygı puanı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 0.079, p=0.779)] (Tablo 36).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında durumluk kaygı puanlarının iki ölçüm arasında birbirlerinden farklı [etkileşimin (interaction)] olduğu saptanmıştır [F (1.57)= 11.287, p=0.001]. Girişim grubunun durumluk kaygı puan ortalamaları ameliyat sonunda artmıştır (Tablo 36).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.826, p=0.055] (Tablo 36) (Grafik 9).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Grafik 9. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



3.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 37. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı

Değişkenler	**Zaman içi Değişim**		**Zaman * Grup etkileşimi (interaction)**		**Gruplar arası fark**	
Ölçekler	F	p	F	p	F	p
Sürekli kaygı	(1.57)=1.255	0.267	(1.57)=0.870	0.355	(1.57)=3.116	0.083

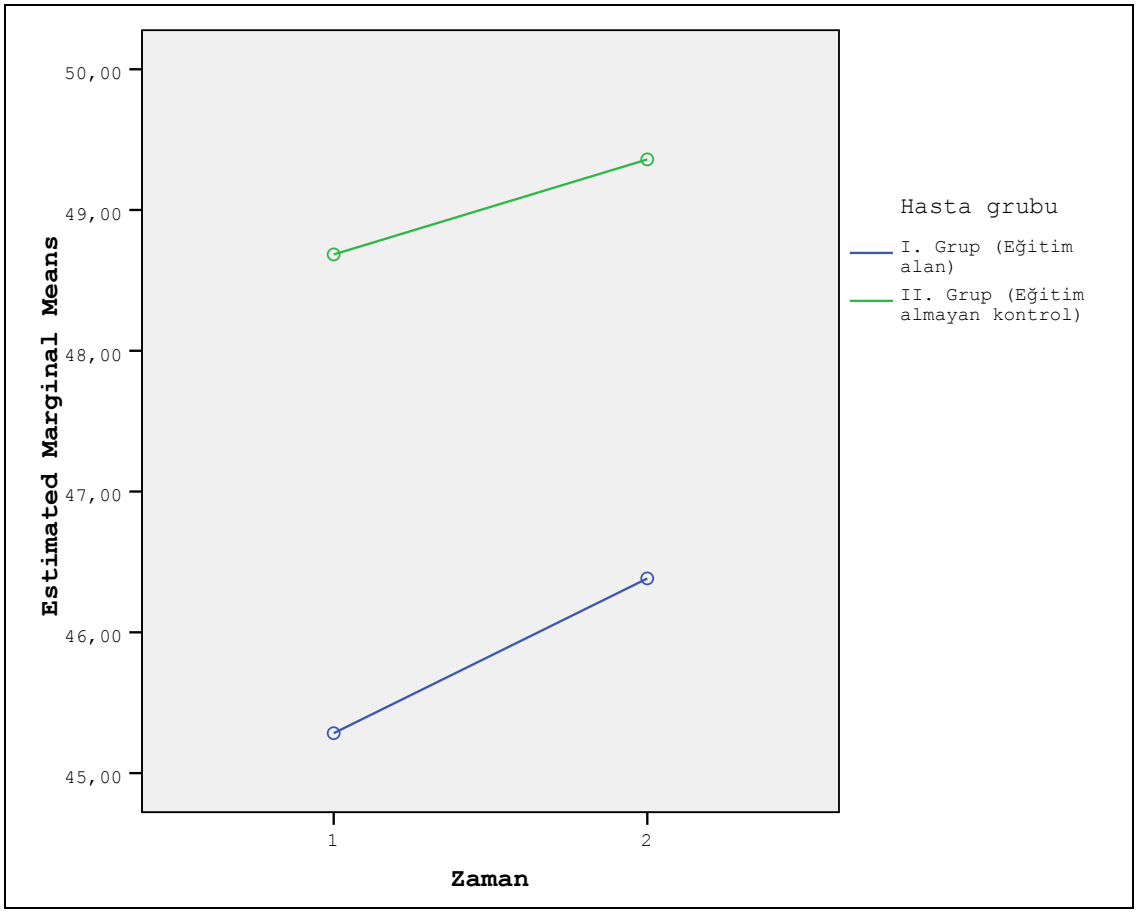
Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde sürekli kaygı puanı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.255, p=0.267)] (Tablo 37).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında sürekli kaygı puanlarının iki ölçüm arasında birbirlerinden farklı [etkileşimin (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 0.870, p=0.355] (Tablo 37).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.116, p=0.083] (Tablo 37) (Grafik 10).

Grafik 10. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI ŞİKÂYETLERİ İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 38. Araştırma Örneklemine Alınan Ameliyat Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Zaman içi Değişim		Zaman * Grup etkileşimi (interaction)		Gruplar arası fark	
	F	p	F	p	F	p
Ağrı	(5.285)= 3.058	0.033	(1.57)=1.621	0.208	(1.57)=0.939	0.337

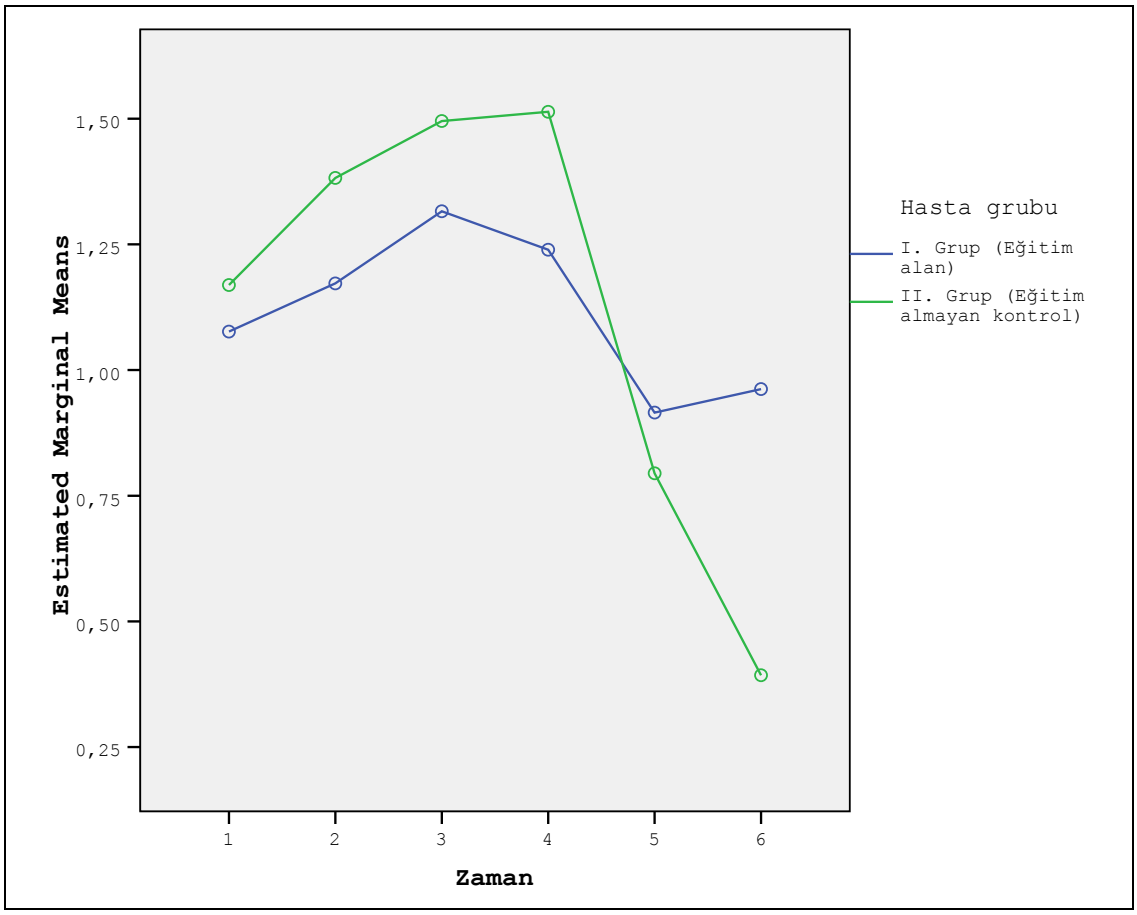
Zaman içinde ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanları açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olduğu belirlenmiştir [F (5.285)= 3.058, p=0.033)] (Tablo 38).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanlarının birbirlerinden farklı olduğu [etkileşim (interaction)] olduğu saptanmıştır [F (1.57)= 1.033, p=0.314]. Her ne kadar grup zaman etkileşimi anlamlı görünse de zaman içerisinde değişimin grupların birbirinin üzerine çapraz bir şekilde geçmektedir. Kesişimin olduğu böyle durumlarda anlamlılık çok dikkate alınmamaktadır (Tablo 38).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanlarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 0.939, p=0.337] (Tablo 38) (Grafik 11).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Grafik 11. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi



Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 39. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Değişkenler	Sayı	Ameliyat öncesi durumluk kaygı ort±ss	Ameliyat öncesi sürekli kaygı ort±ss	Ameliyat sonrası durumluk kaygı ort±ss	Ameliyat sonrası sürekli kaygı ort±ss
Yaş					
23 ve altı	34	41.85±6.02	47.06±7.38	44.97±5.35	48.00±7.08
24 ve üzeri	28	43.46±4.74	46.89±6.56	46.93±3.64	47.71±5.56
		U=391.000 p=0.228	U=463.000 p= 0.854	U=366.000 p=0.118	U=445.500 p=0.666
Beden Kitle İndeksi (BKİ)					
18.5-24.9 kg/m^2 normal kilolu	30	42.87±4.96	46.60±6.47	46.37±4.10	47.77±5.72
25 ve üstü hafif şişman	32	42.31±6.02	47.34±7.48	45.37±5.26	47.97±7.05
		t=0.394 p=0.695	t=-0.417 p=0.678	t=0.824 p=0.413	t=-0.123 p=0.902
Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	17	41.53±4.60	46.88±7.99	45.71±5.29	48.29±7.38
Lise	22	43.50±5.71	46.27±6.55	45.10±4.91	47.09±6.10
Üniversite	23	42.48±5.95	47.74±6.78	46.70±4.13	48.30±6.09
		χ^2=2.067 p=0.356	χ^2=0.255 p=0.880	χ^2=0.842 p=0.657	χ^2=0.299 p=0.861
Meslek					
Oturarak çalışıyor	23	42.52±5.37	47.91±7.34	45.35±5.43	48.04±7.02
Ayakta çalışıyor	39	42.62±5.64	46.44±6.77	46.15±4.30	47.77±6.08
		U=467.500 p=0.860	U=458.500 p=0.761	U=435.500 p=0.529	U=476.000 p=0.955

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Daha önce hastaneye yatma durumu					
Evet	14	42.21±6.61	49.07±6.39	46.21±3.79	49.57±5.787
Hayır	48	42.69±5.20	46.37±7.07	45.75±4.99	47.37±6.529
		U=324.500 p=0.846	U=258.000 p=0.188	U=325.000 p=0.853	U=263.000 p=0.218
Daha önce ameliyat olma durumu					
Evet	11	43.27±4.92	49.55±6.15	46.18±3.54	49.82±5.69
Hayır	51	42.43±5.64	46.43±7.06	45.78±4.97	47.45±6.51
		U=247.500 p=0.542	U=201.500 p=0.144	U=280.000 p=0.993	U=211.500 p=0.203
Anestezinin türü					
Genel	8	38.87±7.64	43.87±7.62	42.50±7.52	45.00±7.82
Spinal/Epidural	54	43.13±4.96	47.44±6.82	46.35±4.03	48.30±6.12
		U=154.000 p=0.192	U=162.500 p=0.260	U=159.000 p=0.230	U=172.500 p=0.360
Gelir düzeyi					
Ortalamanın üstü	16	42.50±5.54	46.25±7.04	47.06±3.28	47.62±6.08
Ortalama düzeyde	28	43.96±5.72	49.29±6.26	46.11±4.31	49.71±5.80
Ortalamanın altı	18	40.50±4.64	44.06±7.06	44.39±6.10	45.22±6.88
		χ^2=7.075 **p=0.029**	χ^2=5.500 p=0.064	χ^2=1.278 p=0.528	χ^2=3.651 p=0.161
Hasta grubu					
I. Grup (Eğitim alan)	31	40.10±5.52	45.10±7.23	45.35±5.68	46.19±6.69
II. Grup (Eğitim almayan)	31	45.06±4.27	48.87±6.25	46.35±3.54	49.55±5.70
		t=-3.967 **p=0.000**	t=-2.200 **p=0.032**	t=-0.832 p=0.409	t=-2.126 **p=0.038**

U; Mann Whitney U testi, t; Student t testi, χ^2; Kruskal Wallis Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir düzeyi ortalama düzeyde olanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Hasta grubu ile ameliyat öncesi durumluk sürekli kaygı ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu hastaların puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 39).

3.11. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI NEWCASTLE HEMŞİRELİKTEN MEMNUNİYET ÖLÇEKLERİ PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 40. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Değişkenler	**Sayı**	**HBYÖ ort±ss**	**NHBMÖ ort±ss**
Yaş			
23 ve altı	34	78.05±10.53	67.99±15.56
24 ve üzeri	28	80.71±11.03	75.15±15.56
		U=417.000,p=0.404	U=371.500,p=0.139
Beden Kitle İndeksi (BKİ)			
18.5-24.9 kg/m^2 normal kilolu	30	78.33±9.71	72.32±14.20
25 ve üstü hafif şişman	32	80.12±11.74	70.20±17.41
		t=-0.649,p=0.519	t=0.523, p=0.603
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	17	78.67±10.67	11.58±2.81
Lise	22	79.47±11.89	18.58±3.96
Üniversite	23	79.48±10.13	15.89±3.31
		χ^2=0.083, p=0.959	χ^2=0.974, p=0.615
Meslek			
Oturarak çalışıyor	23	77.97±11.71	70.62±15.97
Ayakta çalışıyor	39	80.01±10.23	71.58±15.96
		U=428.000, p=0.464	U=446.000, p=0.632

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Daha önce hastaneye yatma durumu			
Evet	14	77.90±8.97	70.08±16.35
Hayır	48	79.65±11.28	71.56±15.85
		U=290.500, p=0.443	U=307.000, p=0.625
Daha önce ameliyat olma durumu			
Evet	11	79.37±8.71	74.35±15.66
Hayır	51	79.23±11.22	70.55±15.95
		U=272.000, p=0.875	U=245.500, p=0.518
Anestezinin türü			
Genel	8	71.22±10.56	52.11±13.90
Spinal/Epidural	54	80.44±10.35	74.05±14.14
		U=112.500, **p=0.030**	U=56.000,**p=0.001**
Gelir düzeyi			
Ortalamanın üstü	16	82.18±12.17	76.71±16.02
Ortalama düzeyde	28	76.96±8.54	71.39±14.01
Ortalamanın altı	18	80.22±12.27	66.08±17.49
		χ^2=3.704,,p=0.157	χ^2=2.630,p=0.268
Hasta grubu			
I. Grup (Eğitim alan)	31	82.33±11.53	72.87±18.27
II. Grup (Eğitim almayan)	31	76.18±9.09	69.58±13.08
		t=2.332 p=0.023	t=0.816 p=0.418

U; Mann Whitney U testi, t; Student t testi, χ^2; Kruskal Wallis Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri (NHMÖ) puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Anestezi türü ile NHMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Spinal/epidural anestezi yapılan hastaların puan ortalamaları daha yüksektir. Başka bir deyişle hemşirelik bakımından daha fazla memnundurlar (Tablo 40).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

3.12. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 41. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Öncesi SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi

Değişkenler	Sayı	Fiziksel fonksiyon ort±ss	Rol güçlüğü (fiziksel) ort±ss	Ağrı ort±ss	Genel sağlık ort±ss	Vitalite ort±ss	Sosyal fonksiyon ort±ss	Rol güçlüğü (emosyonel) ort±ss	Mental sağlık ort±ss
Yaş									
23 ve altı	34	67.21±17.06	38.59±36.15	47.38±9.57	53.71±16.58	54.85±8.39	58.82±8.44	41.56±38.99	59.18±9.12
24 ve üzeri	28	62.71±23.92	35.00±24.59	42.57±8.77	52.07±16.04	52.86±11.74	52.23±14.05	33.65±28.30	58.71±11.16
		U=447.000 p=0.680	U=474.000 p=0.977	U=411.500 p=0.309	U= 447.000 p=0.680	U= 391.500 p=0.222	U=361.000 p=0.079	U=435.000 p=0.545	U=457.000 p=0.785
Beden Kitle İndeksi (BKİ)									
18.5-24.9 kg/m^2 normal kilolu	30	67.03±21.69	40.20±30.95	45.83±9.22	55.50±13.02	55.67±8.98	56.25±10.25	40.27±32.89	60.27±7.86
25 ve üstü hafif şişman	32	63.44±19.28	33.94±31.77	44.62±9.78	50.59±18.64	52.34±10.78	55.47±13.07	35.85±36.41	57.75±11.67
		t=0.691 p=0.492	t=0.785 p=0.435	t=0.501 p=0.618	t=1.194 p =0.237	t=1.322 p=0.191	t=0.261 p=0.795	t=0.500 p=0.619	t=0.989 p=0.326
Eğitim Düzeyi									
İlköğretim	17	73.53±19.26	39.94±32.84	45.88±9.08	50.53±17.59	56.76±5.85	59.56±8.30	47.29±35.14	60.00±5.29
Lise	22	59.82±19.95	29.95±30.09	46.23±10.38	54.05±16.23	53.41±10.28	55.68±11.40	29.24±32.59	60.36±10.68
Üniversite	23	64.13±20.49	41.48±31.39	43.74±9.02	53.74±15.73	52.39±11.95	53.26±13.70	39.48±35.35	56.87±11.88
		χ^2=5.429 p=0.066	χ^2=1.758 p=0.415	χ^2=0.607 p=0.738	χ^2=0.218 p=0.897	χ^2=3.881 p=0.144	χ^2=2.005 p=0.367	χ^2=2.796 p=0.247	χ^2=1.427 p=0.490
Meslek									
Oturarak çalışıyor	23	59.39±23.50	36.17±33.22	42.48±10.08	48.35±14.29	48.91±8.65	53.26±13.17	38.07±36.24	54.61±11.16
Ayakta çalışıyor	39	68.59±17.77	37.44±30.50	46.82±8.80	55.69±16.85	56.92±9.64	57.37± 0.62	37.94±33.98	61.54±8.39
		U=348.000 p=0.141	U=429.500 p=0.775	U=378.000 p=0.252	U=319.000 p=0.058	U=239.500 p=0.002	U= 388.000 p=0.342	U= 445.500 p=0.964	U= 316.000 p=0.050

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Daha önce hastaneye yatma durumu									
Evet	14	65.71±20.08	34.29±34.44	44.79±10.16	50.29±17.16	51.79±10.67	55.36±12.70	50.29±38.28	57.43±10.83
Hayır	48	65.02±20.69	37.75± 0.63	45.33±9.35	53.75±16.05	54.58±9.83	55.99±11.53	34.40±32.94	59.42±9.83
		U=334.500 p=0.980	U=306.500 p=0.608	U=323.500 p=0.815	U=295.000 p=0.488	U=325.000 p=0.850	U=316.500 p=0.723	U=255.000 p=0.155	U=324.500 p=0.844
Daha önce ameliyat olma durumu									
Evet	11	60.45±19.42	34.45±35.46	43.91±10.04	50.18±19.11	51.36±10.74	53.41±12.61	48.76±37.22	57.09±10.60
Hayır	51	66.20±20.64	37.51±30.66	45.49±9.40	53.57±15.69	54.51±9.86	56.37±11.56	35.67±33.87	59.37±9.94
		U=220.000 p=0.263	U=257.000 p=0.655	U=262.000 p=0.704	U=241.500 p=0.470	U=268.500 p=0.821	U=234.500 p=0.361	U=222.500 p=0.265	U=265.500 p=0.779
Anestezinin türü									
Genel	8	63.75±10.61	22.37±27.71	42.25±3.54	36.87±12.80	48.75±6.41	60.94±8.01	29.67±32.53	53.00±9.50
Spinal/ Epidural	54	65.39±21.53	39.13±31.42	45.65±9.99	55.35±15.38	54.72±10.25	55.09±12.02	39.22±34.95	59.85± 9.86
		U=185.500 p=0.520	U=148.000 p=0.141	U=158.000 p=0.175	U=73.000 p=0.003	U=127.000 p=0.056	U=155.000 p=0.167	U=184.000 p=0.483	U=127.000 p=0.058
Gelir düzeyi									
Ortalamanın üstü	16	65.62±23.66	39.31±33.81	43.06±8.31	50.12±16.44	50.31±12.71	55.47±14.41	39.77±30.09	57.75±11.86
Ortalama düzeyde	28	62.18±18.90	36.00±31.16	46.21±11.59	53.61±15.19	53.93±7.37	55.36±10.45	38.49±36.67	58.00±8.81
Ortalamanın altı	18	69.44±19.92	36.39±30.84	45.56±6.36	54.50±18.14	57.22±10.32	56.94±11.52	35.63±36.55	61.56±10.09
		χ^2=1.862 p=0.394	χ^2=0.071 p=0.965	χ^2=0.923 p=0.630	χ^2=0.286 p=0.867	χ^2=2.580 p=0.275	χ^2=0.444 p=0.801	χ^2=0.267 p=0.875	χ^2=1.684 p=0.431
Hasta grubu									
I. Grup (Eğitim alan)	31	65.00±16.28	41.35±32.97	47.26±8.31	54.81±17.49	55.32±10.87	58.47±10.40	41.18±34.80	60.52±10.82
II. Grup (Eğitim almayan)	31	65.35±24.09	32.58±29.36	43.16±10.20	51.13±14.92	52.58±9.02	53.23±12.49	34.80±34.55	57.42±9.04
		t=-0.068 p=0.946	t=1.107 p=0.273	t=1.734 p=0.088	t=0.891 p=0.377	t=1.080 p=0.284	t=1.796 p=0.078	t=0.725 p=0.471	t=1.223 p=0.226

U; Mann Whitney U testi. t; Student t testi. χ^2; Kruskal Wallis Testi

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 41).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından vitalite puan ortalaması ile meslek ve genel sağlık puan ortalaması ile anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayakta çalışanların ve spinal/epidural anestezi uygulananların puan ortalamaları yüksektir (Tablo 41).

3.13. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Tablo 42. Araştırma Örneklemine Alınan Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi

Değişkenler	Sayı	Fiziksel fonksiyon ort±ss	Rol güçlüğü (fiziksel) ort±ss	Ağrı ort±ss	Genel sağlık ort±ss	Vitalite ort±ss	Sosyal fonksiyon ort±ss	Rol güçlüğü (emosyonel) ort±ss	Mental sağlık ort±ss
Yaş									
23 ve altı	34	79.56±15.92	50.15±35.68	53.12±16.08	63.65±18.81	64.41±15.51	68.75±14.19	59.03±38.22	66.82±14.59
24 ve üzeri	28	74.68±25.96	54.61±35.16	54.79±14.21	66.64±15.78	68.75±16.02	67.86±16.81	60.93±37.10	72.43±13.61
		U=472.500 p=0.960	U=440.500 p=0.607	U=432.000 p=0.525	U=436.000 p=0.570	U=400.000 p=0.280	U=440.500 p=0.592	U=466.500 p=0.888	U=353.000 p=0.080
Beden Kitle İndeksi (BKİ)									
18.5-24.9 kg/m^2nor-mal kilolu	30	71.03±25.41	46.03±35.75	55.37±14.87	66.20±15.89	67.00±15.18	65.83±15.02	49.16±35.43	70.40±13.72
25 ve üstü hafif şişman	32	83.28±13.77	57.91±34.29	52.47±15.55	63.87±18.95	65.78±16.52	70.70±15.43	69.95±36.95	68.37±15.01
		t=-2.380 **p=0.021**	t=-1.333 p=0.188	t=0.749 p=0.457	t=0.522 p=0.604	t=0.303 p=0.763	t=-1.258 p=0.213	t=-2.262 **p=0.027**	t=0.553 p=0.582
Eğitim Düzeyi									
İlköğretim	17	75.00±18.37	53.00±34.00	55.12±16.27	65.00±19.94	65.29±15.76	72.06±16.85	64.82±34.06	69.18±12.39
Lise	22	72.77±26.85	47.95±34.96	54.64±16.29	62.50±18.83	66.82±17.36	68.75±16.70	50.32±40.42	68.91±14.12
Üniversite	23	83.48±15.03	55.57±37.46	52.22±13.69	67.39±14.24	66.74±14.82	65.22±12.48	65.39±36.58	69.91±16.31
		χ^2=5.429 p=0.066	χ^2=1.758 p=0.415	χ^2=0.607 p=0.738	χ^2=0.218 p=0.897	χ^2=3.881 p=0.144	χ^2=2.005 p=0.367	χ^2=2.796 p=0.247	χ^2=1.427 p=0.490
Meslek									
Oturarak çalışıyor	23	75.91±21.62	56.65±35.31	51.30±14.24	64.04±13.36	65.65±15.76	66.85±13.38	65.39±36.58	68.70±13.84
Ayakta çalışıyor	39	78.21±20.88	49.51±35.36	55.38±15.67	65.56±19.59	66.79±15.96	69.23±16.44	56.64±38.01	69.74±14.76
		U=399.000 p=0.468	U=397.500 p=0.446	U=376.000 p=0.281	U=403.500 p=0.510	U=420.500 p=0.682	U=433.000 p=0.810	U=390.000 p=0.373	U=422.500 p=0.703
Daha önce hastaneye yatma durumu									
Evet	14	84.29±10.72	46.57±30.56	53.79±12.99	60.57±19.16	65.36±17.26	69.64±16.05	59.74±39.26	67.43±16.96

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Hayır	48	75.33±22.86	53.79±36.61	53.90±15.88	66.29±16.89	66.67±15.48	67.97±15.23	59.93±37.30	69.92±13.61
		U=281.500 p=0.356	U=298.000 p=0.512	U=334.500 p=0.979	U=279.000 p=0.335	U=327.000 p=0.879	U=323.500 p=0.822	U=335.000 p=0.986	U=313.000 p=0.697
Daha önce ameliyat olma durumu									
Evet	11	83.64±11.20	50.18±33.24	54.36±12.60	59.45±20.28	65.45±18.77	67.05±15.08	57.85±41.99	66.91±15.19
Hayır	51	76.00±22.43	52.59±35.94	53.76±15.77	66.20±16.74	66.57±15.25	68.63±15.49	60.33±36.81	69.88±14.23
		U=246.500 p=0.528	U=269.000 p=0.828	U=271.500 p=0.866	U=221.500 p=0.275	U=280.000 p=0.993	U=257.500 p=0.651	U=275.000 p=0.916	U=249.000 p=0.560
Anestezinin türü									
Genel	8	83.12±11.63	56.25±34.72	41.37±14.74	44.75±17.99	48.75±16.64	71.87±12.94	62.50±27.82	52.50±10.99
Spinal/Epidural	54	76.50±22.01	51.56±35.58	55.72±14.46	68.00±15.36	68.98±13.99	67.82±15.66	59.50±38.84	71.85±13.07
		U=198.500 p=0.712	U=201.000 p=0.747	U=90.000 **p=0.007**	U=68.500 **p=0.002**	U=74.000 **p=0.003**	U=181.500 p=0.440	U=215.000 p=0.983	U=48.000 **p=0.000**
Gelir düzeyi									
Ortalamanın üstü	16	75.94±23.11	53.31±39.39	54.25±14.18	62.87±16.79	67.81±20.16	67.19±11.06	62.69±35.92	69.00±17.74
Ortalama düzeyde	28	79.68±20.45	52.82±34.02	55.79±17.23	66.14±15.88	65.89±13.48	69.20±17.83	56.20±39.23	68.14±13.09
Ortalamanın altı	18	75.00±20.79	50.11±35.19	50.56±12.60	65.11±20.85	65.83±15.55	68.06±14.99	63.13±37.43	71.56±13.36
		χ^2= 1.862 p=0.394	χ^2=0.071 p=0.965	χ^2=0.923 p=0.630	χ^2=0.286 p=0.867	χ^2= 2.580 p=0.275	χ^2=0.444 p=0.801	χ^2=0.267 p=0.875	χ^2= 1.684 p=0.431
Hasta grubu									
I. Grup (Eğitim alan)	31	80.65±19.53	62.97±36.33	54.84±15.61	64.68±20.20	68.39±17.95	70.56±15.33	69.99±33.52	70.71±16.08
II. Grup (Eğitim almayan)	31	74.06±22.23	41.35±31.02	52.90±14.91	65.32±14.48	64.35±13.21	66.13±15.20	49.78±38.90	68.00±12.44
		t=1.238 p=0.220	t=2.519 p=0.014	t=0.499 p=0.619	t=-0.145 p=0.886	t=1.007 p=0.318	t=1.144 p=0.257	t=2.191 p=0.032	t=0.742 p=0.461

U; Mann Whitney U testi. t; Student t testi. χ^2; Kruskal Wallis Testi

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 42).

BKİ ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında, anestezi türü ile ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık arasında ve hasta grubu ile rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 42).

Hafif şişman hastaların fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Spinal/epidural anestezi alan hastaların ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık puan ortalamaları daha yüksektir. Girişim grubunun rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 42).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların %64.5'ini 23 yaş ve altı, %35.5'ini 24 yaş ve üzerinde olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %45.2'sini 23 yaş ve altı, %54.8'ini 24 yaş ve üzerinde olan hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 23.02±2.51, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 23.74±2.61'dir (Tablo 1) .

Pilonidal sinüs hastalığının en çok görüldüğü yaşın genç erişkin yaş grubu olduğunu, hastalığın 16-20 yaş arasında pik yaptığını ve bu artışın 25 yaşına kadar devam edip, daha sonra hızlı bir şekilde azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (18). Kayadibi'nin (2007) pilonidal sinüs hastalığının meslek, yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkisini araştırdığı 168 kişilik hasta grubunda yaptığı çalışmada yaş ortalaması 34.16±6.4' tür (18).

Harlak ve arkadaşlarının (2006) sakrokoksigeal pilonidal sinüslü 587 kişilik hasta grubu üzerinde yaptığı çalışmada tamamı askerlik hizmetini yapan genç erkeklerden oluşan hasta grubunun yaş ortalaması 22.49 ± 2.97'dir (100).

Toker' in (2009) pilonidal sinüs ameliyatı olan 112 kişilik hasta grubuna yaptığı çalışmada, hastaların 107'sini (%95.5) erkek, 5'ini (%4.5) kadın hastalar oluşturmaktadır. Yaş ortalaması erkeklerde 24.3 (min:16, mak:55), kadınlarda 27.8 (min:21, mak:31) dir (29).

Kayadibi'nin (2007) çalışması ile bizim çalışmamızdaki yaş ortalaması birbirinden farklıdır. Bizim bulgularımızdaki yaş ortalaması düşüktür. Bunun nedeninin, araştırma kapsamına alınan popülasyonun tamamının asker olması ve yaş ortalamasının da bu yüzden düşük olduğu düşünülmektedir.

Yaş ortalamaları açısından araştırma bulgularımız Harlak'ın (2006) ve Toker'in (2009) çalışmaları ile benzerlik göstermekte olup 20-25 yaş arası erkeklerde sık görülen

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

hastalığın çalışmamızdaki yaş ortalaması ile de literatürü destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların % 41.9'unu normal kilolu, %58.1'ini hafif şişman hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %54.8'ini normal kilolu, %45.2'sini hafif şişman hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca girişim grubundaki hastaların BKİ ortalaması 25.97±2.39, kontrol grubundaki hastaların BKİ ortalaması 25.52±3.02'dir (Tablo 2) .

Cücük'ün (2008) pilonidal sinüs tanısı ile ameliyat olan 123 hasta ile yaptığı çalışmada BKİ ortalaması 24.65±3.10'dur. Cücük'ün (2008) çalışması ile BKİ ortalamaları benzerlik göstermektedir (101).

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %22.6'sını ilköğretim, %35.5'ini lise, %41.9'unu üniversite mezunu olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü ilköğretim, %35.5'ini lise, %32.3'ünü üniversite mezunu olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 3) .

Araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü evli, %80.6'sını bekâr, kontrol grubundaki hastaların %25.8'ini evli, %74.2'sini bekâr hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan hastaların mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %32.3'ünü oturarak çalışan, %67.7'sini ayakta çalışan, kontrol grubundaki hastaların %41.9'unu oturarak çalışan, %58.1'ini ayakta çalışan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 5).

Toker'in (2009) pilonidal sinüs ameliyatı olan 112 kişilik hasta ile yaptığı çalışmada, hastaları memur ve işçi olarak iki gruba ayırmıştır. Buna göre, hastaların %77'sinin fiziki olarak hareketsiz işlerde çalıştığı, %33'ünün ise hareketli işlerde çalıştığı görülmektedir (29). Toker'in (2009) çalışmasının aksine çalışmamızda girişim ve kontrol grubu hastalarının ağırlıklı olarak ayakta çalışan grup olduğu görülmektedir. Bu farkın örneklemimizin çoğunluğunun asker olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %25.8'ini gelir durumu ortalamanın üstünde, %32.3'ünü gelir

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

durumu ortalama düzeyde, %41.9'unu ortalamanın altında olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %25.8'ini gelir durumu ortalamanın üstünde, %58.1'ini gelir durumu ortalama düzeyde, %16.1'ini ortalamanın altında olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 6).

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara kullanma durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %71.0'ını halen sigara içen, %29.0'ını sigara içmeyen hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %74.2'sini halen sigara içen, %25.8'ini sigara içmeyen hastalar oluşturmaktadır (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadığı yer durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %64.5'ini ilde yaşayan, %35.5'ini ilçe/kasabada yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %54.8'ini ilde yaşayan, %45.2'sini ilçe/kasabada yaşayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 8).

Araştırma kapsamına alınan hastaların her gün düzenli egzersiz yapma durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü her gün düzenli egzersiz yapan, %80.6'sını her gün düzenli egzersiz yapamayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %9.7'sini her gün düzenli egzersiz yapan, %90.3'ünü her gün düzenli egzersiz yapamayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan hastaların daha önce önemli bir hastalık geçirme durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %12.9'unu daha önce önemli bir hastalık geçirmiş, %96.8'ini daha önce önemli bir hastalık geçirmemiş hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %3.2'sini daha önce önemli bir hastalık geçirmiş, %96.8'ini daha önce önemli bir hastalık geçirmemiş hastalar oluşturmaktadır (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan hastaların daha önce hastaneye yatma durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %16.1'ini daha önce hastaneye yatmış, %83.9'unu daha önce hastaneye yatmamış olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %29.0'ını daha önce hastaneye yatmış, %71.0'ını daha önce hastaneye yatmamış olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 11).

Araştırma kapsamına alınan hastaların daha önce ameliyat olma durumu incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %12.9'unu daha önce ameliyat olan, %87.1'ini daha önce ameliyat olmayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

hastaların %22.6'sını daha önce ameliyat olan, %77.4'ünü daha önce ameliyat olmayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 12).

Araştırma kapsamına alınan hastaların anestezi türüne göre dağılımı incelediğinde; girişim grubundaki hastaların %25.8'ini genel anestezi yapılan, %74.2'sini spinal/epidural anestezi yapılan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %100'ünü spinal/epidural anestezi yapılan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 13).

Toker' in (2009) pilonidal sinüs ameliyatı olan 112 kişilik hasta ile yaptığı çalışmada hastalara genel anestezi uygulanmamıştır. Lokal anestezi uygulanan %59.7 hastada, ameliyat sonrası erken dönemde ağrı şikayeti fazla olmasına rağmen hastanede kalış süreleri kısa olmuştur. Spinal anestezi uygulanan %40.3 hastanın da, ameliyat sonrası baş ağrısı ve idrar retansiyonu gelişmiştir. Primer onarım uygulanan hastalara genellikle lokal anestezi, diğer cerrahi yöntemler uygulananlara da genellikle spinal anestezi uygulanmıştır (29). Bizim araştırmamızda da literatürde belirtildiği gibi girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğuna spinal/epidural anestezi uygulanmıştır. Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların ameliyat süresi ortalaması 42.01±13.28 dakika, kontrol grubundaki hastaların ameliyat süresi ortalaması 43.87±9.37 dakikadır (Tablo 14). Muzı'nın (2007) günübirlik pilonidal sinüs ameliyatı olan 152 hasta grubunda yaptığı çalışmada ortalama ameliyat süresi 30 dakika (min:15 dk, mak:40dk) olarak saptanmıştır (102). Leventoğlu'nun (2008) pilonidal sinüs tedavisinde 182 hasta ile yaptığı çalışmada; hastaların ameliyat sürelerine göre ortalaması sırasıyla Grup I; 60.12±2.08 dakika, Grup II; 55.32±1.36 dakikadır (11). Bizim çalışmamızda ameliyat süresi ortalaması Muzı'nın (2007) çalışmasına benzer olup, Leventoğlu'nun (2008) çalışmasına göre daha düşüktür. Bu farkın ameliyatı yapan cerrahın el becerisi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 5.35±1.38 gün, kontrol grubundaki hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 6.19±1.80 gündür (Tablo 15). Muzı'nın (2007) günübirlik pilonidal sinüs ameliyatı olan 152 hasta ile yaptığı

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

çalışmada ortalama hastanede kalış süresi 8 saat (7-10 saat) olarak saptanmıştır (102). Leventoğlu'nun (2008) pilonidal sinüslü 182 hasta ile yaptığı çalışmada; hastanede kalış süre ortalamaları sırasıyla; Grup I; 1.90±0.60 gün, Grup II; 1.39±0.44 gün bulunmuştur (11). Urhan ve arkadaşlarının (2002) 102 kişilik pilonidal sinüs ameliyatlısı hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastanede kalış süresi 3.7 gün olarak bildirilmiştir (2). Çalışmamız Muzı (2007), Leventoğlu (2008) ve Urhan ve arkadaşlarının (2002) çalışmaları ile benzerlik göstermemektedir. Hastaların hastanede kalış süreleri açısından araştırma bulgularımız ortalamaların biraz üzerindedir. Çalışmamızdaki yatış sürelerinin ortalamanın biraz üzerinde olma nedeninin pek çok sağlık kurumunda olduğu gibi hastaların hastanede yatış süresinin bir komplikasyon gelişmediği takdirde belirli bir süre ile sınırlandırılmamış olması ve hastanede yatış süresinin daha çok hekimin ve hastanenin politikasına göre değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma grubundaki hastaların asker olması, taburcu işlemleri için belirlenen heyet gününü beklemelerinden dolayı yatış süresi ortalamalarının daha uzun olduğu kanısındayız.

Araştırma kapsamına alınan hastaların normal yaşantılarındaki çok sık ağrı yaşama durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %19.4' ünü normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayan, %80.6'sını normal yaşantısında çok sık ağrı yaşamayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayan, %67.7'sini normal yaşantısında çok sık ağrı yaşamayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 16). Gürler'in (2007) çeşitli cerrahi kliniklerde (Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Üroloji, Beyin Cerrahisi ve Kadın Doğum) ameliyat olan 360 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %64.2'sinin günlük yaşantısında sık ağrı yaşadığı, % 35.8'inin çok sık ağrı yaşamadığı görülmüştür (103). Bizim çalışmamızda girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların daha çok günlük yaşantısında çok sık ağrı yaşamadığı görülmüştür. Bunun nedeninin literatürdeki yapılan ameliyat türlerinin daha komplike ve büyük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların normal yaşantılarındaki ağrı ile baş etme yöntemlerine göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü ağrı ile baş etmede analjezik alan, %80.6'sını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

kullanan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ünü ağrı ile baş etmede analjezik alan, %67.7'sini ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 17). Gürler'in (2007) çeşitli cerrahi kliniklerde (Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Üroloji, Beyin Cerrahisi ve Kadın Doğum) ameliyat olan 360 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların ağrı ile baş etme yöntemleri incelendiğinde %81.9'unun ağrı kesici ilaç kullandığı, %25.4'ünün uyuduğu, %17.8'inin hastaneye gittiği, %3.6'sının sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir (103). Bizim çalışmamızda Gürler'in (2007) çalışmasından farklı olarak hasta grubunun normal yaşantılarındaki ağrıları ile baş etmede daha çok alternatif tedavileri (uyumak, müzik dinlemek, sıcak/soğuk uygulama yapmak vb.) uyguladıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası ağrı durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %96.8'ini ameliyat sonrası ağrısı olan, %3.2'sini ağrısı olmayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %87.1'ini ameliyat sonrası ağrısı olan, %12.9'unu ağrısı olmayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 18). Birçok kültürde ameliyat girişiminin çok ciddi olduğu ve yüksek düzeyde ağrıya neden olacağına ilişkin bir yargı vardır. Bu nedenle özellikle orta ve büyük ameliyat olacak bireyler çok şiddetli ağrı yaşayacakları düşüncesiyle ameliyata girmektedirler. Ameliyat öncesi dönemde değişik düzeylerde yaşanan anksiyete ameliyat sonrası ağrının da artmasına neden olabilir (103). Chung ve Lui'nin (2003) ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve hasta memnuniyetini belirleme ile ilişkili yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerin eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre ameliyat sonrası daha az ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (104). Çalışmamızda girişim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun eğitim durumunun yüksek olması nedeni ile girişim grubuna ait ameliyat sonrası ağrı puan ortalamasının arttığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası ağrı ile baş etme durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %71.0'ını ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede analjezik alan, % 29.0'ını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan, kontrol grubundaki hastaların %77.4'ünü ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede analjezik alan, %22.6'sını ağrı ile baş etmede alternatif tedavileri kullanan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 19). Çalışmamızda girişim ve kontrol grubundaki hastaların

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ameliyat sonrasında daha fazla analjezik ilaç kullanmalarının ameliyat sonrasında doktor istemine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası ağrı yerlerine göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %87.1'ini ameliyat yerinde, %6.5'nin drenlerinin olduğu yerde, %19.4'ünü sırtında, %19.4'nü vücudunun diğer yerlerinde ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %83.9'unu ameliyat yerinde, %6.5'ni drenlerinin olduğu yerde, %9.7'sini sırtında, %19.4'ünü vücudunun her yerinde, ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 20). Çalışmamızda girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ameliyat yerinde ve sırt bölgesinde ağrısı olmasının, ameliyat kesisine ve pozisyona bağlı olduğu kanısındayız.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası en çok hangi durumlarda ağrı yaşadıkları incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların, %35.5'ini pansuman sırasında, %67.7'sini yataktan kalkarken, %6.5'ini yürürken, %9.7'sini öksürürken ve %12.9'unu diğer nedenlerle ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %38.7'sini pansuman sırasında, %51.6'sını yataktan kalkarken, %48.4'ünü yürürken, %3.2'sini öksürürken ve %3.2'sini diğer nedenlerle ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 21). Araştırma grubundaki hastalarımızın ameliyat sonrası büyük çoğunluğunda yataktan kalkarken ağrı olmasının nedeninin ameliyat kesi yerinin harekete bağlı olarak gerilmesi nedeni ile oluştuğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların %42.5'ini hemşirelik bakımı ile ilgili görüşünü iyi olarak belirten, %54.8'ini mükemmel olarak belirten hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %80.6'sını hemşirelik bakımı ile ilgili görüşünü iyi olarak belirten, %19.4'ünü mükemmel olarak belirten hastalar oluşturmaktadır (Tablo 22). Eker ve Yurdakul'un (2008) sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisini araştırdığı çalışmada kontrol grubundaki hastaların memnuniyet ölçeği puan ortalaması 57.4 iken, girişim grubundaki hastaların puan ortalamasının 63.1'e yükseldiği görülmüştür (105). Çalışmamızda girişim grubundaki hastaların %54.8'i, kontrol grubundaki hastaların ise %19.4'ü hemşirelik bakımından memnuniyeti mükemmel olarak nitelendirmiştir. Girişim grubundaki

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakımından memnuniyet artışında ameliyat öncesi hastalıkları ve ameliyat sonrası bakım ile ilgili verilen eğitime bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini arttıracak önerileri şu şekilde sıralanmaktadır;

Girişim grubundaki hastaların %25.8'i ve kontrol grubundaki hastaların %29.0'ı hasta bakımı yaparken hemşirelerin daha fazla ilgilenmesi ve hasta psikolojisinden anlamaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Girişim grubundaki hastaların %51.6'sı ve kontrol grubundaki hastaların %58.1'i hemşire sayısının arttırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u ve kontrol grubundaki hastaların %9.7'si tedavilerin zamanında yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Girişim grubundaki hastaların %38.7'si ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i hastaların daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim grubundaki hastaların %12.9'u ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i eğitim seviyelerinin yüksek olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Karaman'ın (2006) Erzurum ilinde farklı hastanelerdeki cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini değerlendirildiği çalışmasında, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini arttıracak önerileri sırasıyla; %37.5'i hastalarla daha fazla ilgilenilmesi ve hemşirelerin hasta psikolojisinden anlamaları, %28.4'ü hemşirelerin hoşgörülü ve saygılı olmaları, %19.4'ü hemşire sayısının arttırılmasından oluşmaktadır (88).

Eker ve Yurdakul'un (2008) sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisinin araştırıldığı çalışmada, girişim grubundaki hastaların % 72.0'ı durumu ve tedavisi ile ilgili olarak hemşire/ebelerin verdikleri bilginin yeterliliğinden memnun iken, kontrol grubundaki hastaların %56.0'ı memnundur (105).

Bizim çalışmamızda hemşirelik bakımından memnuniyeti arttıracak öneriler girişim grubunda sırası ile "hemşire sayısı arttırılmalı, hastalar daha fazla bilgilendirilmeli, hastalarla daha fazla ilgilenilmeli, hasta psikolojisinden anlamalı" şeklindedir. Araştırma bulgularımızın Karaman'ın (2006) çalışmasından farklı olarak hemşire sayısı arttırılması önerisinin ilk sırada yer almaktadır. Bunun araştırmamızın

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

yapıldığı hastanede her klinikte bir hemşire çalışmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma bulgularımızın hastaların daha fazla bilgilendirilmesi konusunda Eker ve Yurdakul'un (2008) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri sırasıyla, %41.9'u ameliyat sonrası ağrı, %22.6'sı iğne korkusu, %19.4'ü ameliyat sonrası uyanamamak, %9.7'si ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2'si yoğun bakımda kalmaktır. Kontrol grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenleri ise; %45.2'si ameliyat sonrası ağrı, %22.6'sı iğne korkusu, %6.5'ini ameliyat sonrası uyanamamak ve ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2'si yoğun bakımda kalmaktır (Tablo 24).

Turhan'ın (2007) çeşitli kliniklerde (Genel Cerrahi, Göz Cerrahisi, Beyin Cerrahi, Üroloji Cerrahi, Ortopedik Cerrahi) ameliyat olan 120 kişilik hasta grubunda yaptığı çalışmada hastalarda ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce, ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5), anestezistin bilgi yetersizliği (%18.3) ve ameliyat sonrası ağrı (%16.7) olduğu bulunmuştur (78). Turhan'ın (2007) çalışması ile bulgularımız benzer nitelik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların, %32.3'ünü ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşayan 10 hasta, %67.7'sini ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşamayan 21 hasta oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %16.1'ini ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşayan 5 hasta, %83.9'unu ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşamayan 26 hasta oluşturmaktadır (Tablo 25). Araştırma bulgularımızda girişim grubundaki hastalar, kontrol grubundaki hastalara göre ameliyat sonrası daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları sorunların, bilgi eksikliğine bağlı olmadığı, ameliyat sonrası standart yara iyileşmesi sürecinde meydana gelebilecek kaşıntı, hareket güçlüğü, ameliyat yerinde gerilme ve buna bağlı ağrı hissi yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYATTAN SONRA DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DURUMLARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları; girişim grubunda; 40.10±5.52 (min:26, mak:51), sürekli kaygı puan ortalaması 45.10±7.23 (min:30, mak:65), kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 45.06±4.27 (min:36, mak:53), sürekli kaygı puan ortalaması 48.87±6.25 (min:37, mak:54)'dir (Tablo 26).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 45.35±5.68 (min:32, mak:55), sürekli kaygı puan ortalaması 46.19±6.69 (min:30, mak:65), kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 46.35±3.54 (min:38, mak:58), sürekli kaygı puan ortalaması 49.55±5.70 (min:39, mak:58)'dir. Hastaların durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 26).

Keskin'in (2005) anorektal cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada, girişim grubunun ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalardan daha düşük bulunmuştur (106). Çalışmamız Keskin'in (2005) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yorulmaz ve Özbayır'ın (2002) laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeylerinin incelendiği araştırmada, ameliyattan önce durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ameliyat sonrası durumluk sürekli kaygı puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (107). Çalışmamız Yorulmaz ve Özbayır'ın (2002) çalışması ile benzerlik göstermemektedir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi SF-36 puan ortalamaları girişim grubu; fiziksel fonksiyon; 65.00±16.28 (min:20, mak:90), rol güçlüğü (fiziksel); 41.35±32.97 (min:1, mak:100), ağrı; 47.26±8.30 (min:41, mak:72), genel sağlık; 54.81±17.49 (min:15, mak:80), vitalite; 55.32±10.87 (min:35, mak:80), sosyal fonksiyon; 58.47±10.40 (min:25, mak:75), rol güçlüğü (emosyonel); 41.18±34.80 (min:1, mak:100), mental sağlık; 60.52±10.82 (min:36, mak:88)'dir.

Kontrol grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 65.35±24.09 (min:1, mak:95), rol güçlüğü (fiziksel), 32.58±29.36 (min:1, mak:100) ağrı; 43.16±10.20 (min:21, mak:72), genel sağlık; 51.13±14.92 (min:25, mak:85), vitalite; 52.58±9.02 (min:20, mak:65), sosyal fonksiyon; 53.23±12.49 (min:25, mak:75), rol güçlüğü (emosyonel); 34.80±34.55 (min:1, mak:100), mental sağlık; 57.42±9.04 (min:28, mak:72)'dir (Tablo 27).

Hem girişim hem de kontrol grubu hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel), rol güçlüğü (emosyonel) ve ağrı boyutlarından ortalamanın altında, diğer alt boyutlarda ise ortalama ve ortalamanın biraz üzerinde puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası SF- 36 yaşam kalitesi puan ortalamaları girişim grubu; fiziksel fonksiyon; 80.65±19.53 (min:35, mak:100), rol güçlüğü (fiziksel); 62.97±36.33 (min:1, mak:100), ağrı; 54.84±15.61 (min:22, mak:84), genel sağlık; 64.68±20.20 (min:20, mak:92), vitalite; 68.39±17.95 (min:25, mak:95), sosyal fonksiyon; 70.56±15.33 (min:37.5, mak:100), rol güçlüğü (emosyonel); 69.99±33.52 (min:1, mak:100), mental sağlık; 70.71±16.08 (min:40, mak:92)'dir (Tablo 28).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Kontrol grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon; 74.06±22.23 (min:1, mak:100), rol güçlüğü (fiziksel), 41.35±31.02 (min:1, mak:100), ağrı; 52.90±14.91 (min:32, mak:100), genel sağlık; 65.32±14.48 (min:40, mak:92), vitalite; 64.35±13.21 (min:40, mak:90), sosyal fonksiyon; 66.13±15.20 (min:37.5, mak:100), rol güçlüğü (emosyonel); 49.78±38.90 (min:1, mak:100), mental sağlık; 68.00±12.44 (min:44, mak:92)'dir (Tablo 28).

Girişim grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünden ortalamanın üstünde puan almasına rağmen kontrol grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) alt boyutlarından ortalamanın altında puan aldıkları saptanmıştır. Pilonidal sinüs, basit bir hastalık gibi görünmesine karşın, araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Girişim grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünden kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek puan almışlardır. Girişim grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olması ameliyat öncesi verilen eğitiminin etkisi ile açıklanabilir.

Kaya'nın (1997) selim prostat hiperplazili hastalarda uygulanan ameliyat öncesi bakım ve eğitimin ameliyat sonrası yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı tanımlayıcı ve analitik türdeki çalışmaya 60 hasta (30 girişim, 30 kontrol) alınmış ve hastalara SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda; ameliyat öncesi bakım ve eğitim yapılan girişim grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre, semptomlarda azalma ve yaşam kalitesi puan ortalamalarında artma olduğu saptanmıştır (108).

Şendir'in (2000) total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmaya 48 hasta alınmıştır. Hastalara SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve kalça değerlendirme anketi, ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra uygulanmıştır. Araştırma sonucunda deney grubu hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalardan fazla olduğu bulunmuştur (81). Çalışmamız Kaya'nın (1997) ve Şendir'in (2000) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Saylam'ın (2005) histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yaptığı çalışmaya, benign nedenlerle histerektomi ameliyatı olan 60 hasta alınmıştır. 30 hasta deney ve 30 hasta kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Deney grubundaki hastalarla 6-8 kez görüşme yapılmış ve danışmanlık eğitimi yapılmıştır. Hastalara ameliyattan önceki gün ve ameliyatın 7.5 ayında SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda danışmanlık hizmeti verilen deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi dönemde, fonksiyonel durum (X=56.43), esenlik (X=46.84), genel sağlık anlayışı (X=20.83) ve global yaşam kalite puan ortalamaları (X=37.50) düşük iken, ameliyattan 7.5 ay sonra yükseldiği ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamnlı olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde danışmanlık hizmeti verilen deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası tüm yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, deney ve kontrol grubu arasındaki farkın tüm yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (109). Çalışmamız Saylam'ın (2005) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

4.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI NEWCASTLE HEMŞİRELİKTEN MEMNUNİYET ÖLÇEKLERİNDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri'nden aldıkları puan ortalamaları Hemşirelik Bakımı ile İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ) puan ortalaması girişim grubunda 82.33±11.53 (min:51, mak:100) ve kontrol grubunda 76.18±9.09 (min:59, mak:100)'dür (Tablo 29).

Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği'nden (HBMÖ) girişim grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 72.87±18.27 (min:29, mak:100), kontrol grubundaki hastaların aldıkları puan ortalaması 69.58±13.08 (min:52, mak:100)'dür. Girişim grubundaki hastaların her iki ölçekten aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastalar Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeklerinden

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ortalamanın üstünde puan almışlardır (Tablo 29). Bu sonuç sevindiricidir. Eğitim verilen grubun memnuniyet düzeyi daha yüksektir. Bu da bize eğitimin etkinliğini göstermektedir.

Hasta memnuniyeti hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Yürümezoğlu'nun (2007) çalışmasında hastaların hastanede yatış sürelerine göre hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, hastanede daha uzun süre yatan hasta grubunun diğerlerine göre hemşirelik hizmetlerinden daha memnun olduğu belirlenmiştir (110). Küçükkocabaş ve Dönmez'in (1993) çalışmasında yatış süresi uzadıkça hasta hemşire iletişimin artmasına bağlı olarak bilgi almanın fazlalaştığı ayrıca hastaların hemşirelerin iş yüklerinin fazla olduğunu görmeleri nedeniyle beklentilerinin azaldığı düşüncesiyle memnuniyet düzeyinin yükseldiği belirtilmektedir (111).

Bizim çalışmamızda hastanede kalış süresinin, girişim grubundaki hastalarda ortalama 5.35±1.38 gün, kontrol grubundaki hastalarda ortalama 6.19±1.80 (Tablo 15) olduğu dikkate alındığında bu yatış süresinde hasta-hemşire iletişiminin artmasına bağlı olarak Yürümezoğlu (2007) ve Küçükkocabaş ve Dönmez'in (1993) çalışmaları ile bulgularımız paralellik göstermektedir. Girişim grubu hastaların, puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olması eğitimin etkili olduğunu düşündürmektedir.

4.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞADIKLARI KOMPLİKASYONLARIN HASTA GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeyleri incelendiğinde, girişim grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı ameliyat sonrası 2. saatte yaşamalarına rağmen kontrol grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı 2. ve 4. saatlerde yaşamışlardır. Kontrol grubu hastalar daha yoğun ağrı yaşamışlardır (Tablo 30). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 2. saatte daha yoğun ağrı yaşamalarının, anestezinin etkisinin geçmeye başlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeyleri incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu hastalarının 0, 1 ve 2. saatlerde hafif şiddette

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

bulantıları olmuş, diğer saatlerde bulantı meydana gelmemiştir (Tablo 31). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğuna spinal/epidural anestezi uygulanması nedeni ile ameliyat sonrası bulantılarının az olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası uyku hali/sersemlik düzeyleri incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu hastaları 0, 1 ve 2. saatlerde çok hafif şiddette uyku hali/sersemlik oluşmuş, diğer saatlerde uyku hali/sersemlik meydana gelmemiştir (Tablo 32). Ameliyat sonrası 0, 1 ve 2. saatlerde uyku hali/sersemlik olmasının anesteziye bağlı olduğu görüşündeyiz.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı düzeyleri incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu hastaların 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette baş ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette baş ağrısı olmuştur (Tablo 33). Kontrol grubundaki hastaların girişim grubundaki hastalardan daha fazla baş ağrısı şikayeti olmasının, kontrol grubundaki hastaların tamamına spinal/epidural anestezi uygulamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası bel ağrısı düzeyleri incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu hastaların 0, 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette bel ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette bel ağrısı olmuştur (Tablo 34). Kontrol grubundaki hastaların girişim grubundaki hastalardan daha fazla bel ağrısı şikayetinin olmasının, kontrol grubundaki hastaların tamamına spinal/epidural anestezi uygulamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Özberksoy' un (2006) meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında eğitim verilen grupta, kontrol grubundan daha küçük skorlarda VAS değeri kaydedilmiştir (112).

Karayurt'un (1998) ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin incelendiği çalışmada, rutin bakım yapılan gruptaki hastalar en yüksek düzeyde ağrı bildirirken, eğitim verilen grupta ağrı bildirimi en düşük düzeyde bulunmuştur (71).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi çalışmasında da eğitim verilen girişim grubu hastalarının ağrı puan ortalamaları kontrol grubu hastalarından daha düşük saptanmıştır (113). Çalışmamız Özberksoy'un (2006), Karayurt'un (1998) ve Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) çalışmaları ile paralellik göstermektedir.

4.6. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN SF-36 ALT BOYUTLARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamaları incelendiğinde, zaman içinde SF-36 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon açısından yaş, beden kitle indeksi (BKİ), anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=0.403, p=0.528)] (Tablo 35).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamaları incelendiğinde, zaman içerisinde gruplar arasında fiziksel fonksiyon puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.192, p=0.663)] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının birbirlerinden farksız olduğu belirlenmiştir [F (1.57)=0.707, p=0.404)] (Tablo 35) (Grafik 1).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların zaman içinde SF-36 alt boyutlarından rol fonksiyonu (fiziksel) açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=4.068, p=0.048)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında rol fonksiyonu (fiziksel) puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F ((1.57)=2.226, p=0.141] (Tablo 35).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından rol fonksiyonu (fiziksel) puan ortalamalarının birbirlerinden farksız olduğu belirlenmiştir [F (1.57)=3.471, p=0.068)] (Tablo 35) (Grafik 2).

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından ağrı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=1.795, p=0.186)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında ağrı puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0. 023, p=0.880] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı boyutu puan ortalamalarının gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ağrı puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 6.008, p=0 017] (Tablo 35) (Grafik 3).

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından vitalite (canlılık) açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 5.760, p=0.020)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise zaman içerisinde gruplar arasında vitalite (canlılık) puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.740, p=0.393] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından vitalite (canlılık) boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Vitalite (canlılık) puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 8.686, p=0.005] (Tablo 35) (Grafik 4).

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından sosyal fonksiyon açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.275, p=0.263)] (Tablo 35).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında ağrı puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.221, p=0.640] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamalarının gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.713, p=0 196] (Tablo 35) (Grafik 5).

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=0.178, p=0.675)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında emosyonel rol fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)=0.362, p=0.550] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)=3.031, p=0.087] (Tablo 35) (Grafik 6).

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından mental sağlık fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.734, p=0.058)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında emosyonel rol fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 0.247, p=0.621] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Emosyonel rol fonksiyonu boyutu puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 8.354, p=0.005] (Tablo 35) (Grafik 7).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Zaman içinde SF-36 alt boyutlarından genel sağlık fonksiyonu açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.645, p=0.205)] (Tablo 35).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında genel sağlık fonksiyonu puanlarının birbirlerinden farklı değişmediği [etkileşim (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 1.033, p=0.314] (Tablo 35).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık fonksiyonu boyutu puan ortalamalarının gruplar arasında bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Genel sağlık fonksiyonu boyutu puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır [F (1.57)= 4.444, p=0.039] (Tablo 35) (Grafik 8).

SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından vitalite ve ağrı alt boyutları dışındaki boyutlarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen, girişim grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir. Bu da verilen eğitimin etkili olduğunu düşündürmektedir.

4.7. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI DURUMLUK KAYGI PUAN ORTALAMALARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının hasta gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, zaman içinde durumluk kaygı puanı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F, (1.57)=0.079, p=0.779)] (Tablo 36).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında durumluk kaygı puanlarının iki ölçüm arasında birbirlerinden farklı [etkileşimin (interaction)] olduğu saptanmıştır [F (1.57)=11.287, p=0.001] Girişim grubunun durumluk kaygı puan ortalamaları ameliyat sonunda artmıştır (Tablo 36). Girişim grubunun durumluk kaygı puan ortalamalarının yüksek olmasının grubun sosyo-kültürel yapısına bağlı olarak faklılık gösterdiği kanısındayız.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.826, p=0.055] (Tablo 36) (Grafik 9). Bunun nedeninin; anket sorularının hastalar tarafından tam olarak algılanmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Asilioğlu'nun (2004) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda, ameliyat öncesi eğitimin kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmada, ameliyat sonrası dönemde eğitim alan ve almayan grupların durumluk kaygı puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (114).

Özberksoy' un (2006) çalışmasında modifiye radikal mastektomi olan hastalarda eğitim girişim ve kontrol grubunun kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (112).

Karayurt'un (1998) yapmış olduğu bir çalışmada batın ameliyatı olan hastalar iki gruba ayrılmış; planlı eğitim verilen grubun kaygı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (71).

Çalışmamız, Asilioğlu'nun (2004) çalışması ile benzerlik göstermekte olup, Özberksoy'un (2009) ve Karayurt'un (1998) çalışması ile benzerlik göstermemektedir.

4.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARI İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları ile gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, zaman içinde sürekli kaygı puanı açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 1.255, p=0.267)] (Tablo 37).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında sürekli kaygı puanlarının iki ölçüm arasında birbirlerinden farklı [etkileşimin (interaction)] olmadığı saptanmıştır [F (1.57)= 0.870, p=0.355] (Tablo 37).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 3.116, p=0.083] (Tablo 37) (Grafik 10).

Yorulmaz ve Özbayır'ın (2002) laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyinin incelendiği araştırmasında, ameliyattan önce durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarının, ameliyat sonrası durumluk sürekli kaygı puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (115).

Çalışmamız, Yorulmaz ve Özbayır'ın (2002) araştırması ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak, pilonidal sinüs ameliyatının büyük bir ameliyat olmadığı için hastaların kaygı düzeyini fazla artırmadığı düşünülmektedir.

4.9. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI ŞİKÂYETLERİ İLE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası ağrı puan ortalamalarının hasta gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, zaman içinde ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanları açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olduğu belirlenmiştir [F (5.285)= 3.058, p=0.033)] (Tablo 38).

Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanlarının birbirlerinden farklı olduğu [etkileşim (interaction)] olduğu saptanmıştır [F (1.57)= 1.033, p=0.314]. Her ne kadar grup zaman etkileşimi anlamlı görünse de zaman içerisinde değişim grupların birbirinin üzerine çapraz bir şekilde geçmektedir. Kesişimin olduğu böyle durumlarda anlamlılık çok dikkate alınmamaktadır (Tablo 38).

Son değerlendirmeye göre gruplar arasında bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanlarının gruplar arasında

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir [F (1.57)= 0.939, p=0.337] (Tablo 38) (Grafik 11). Anestezinin etkisi geçtikçe ağrı düzeyleri değişmektedir. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ağrı düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında farkın olmaması çalışmamızda normal olarak görülmektedir.

Yılmaz ve Gürler' in (2011) belirttiği gibi yapılan son yıllara ait çalışmalarda ameliyat sonrası yaşanan ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık olarak hala %50-80 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (116). Çalışmamızdaki bulgularımız Yılmaz ve Gürler' in (2011) belirttiği sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

4.10. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 39).

Ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir düzeyi ortalama düzeyde olanların puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 39).

Hasta grubu ile ameliyat öncesi durumluk sürekli kaygı ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu hastaların puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 39).

Yasemin Turhan'ın (2007) belirttiği gibi Norris ve Baird 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (78). Bizim çalışmamızda da örneklemin tamamının asker olması ve yaş ortalamasının 30 yaş altı olması nedeniyle anksiyetenin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Yasemin Turhan'ın (2007) belirttiği gibi Caumo ve arkadaşları tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (78). Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptandı. İlkokul mezunu grupta anksiyete düzeyi en düşük, yüksek okul mezunu grupta en yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi.

4.11. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI NEWCASTLE HEMŞİRELİKTEN MEMNUNİYET ÖLÇEKLERİ PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri (NHMÖ) puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Anestezi türü ile NHMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Spinal/epidural anestezi yapılan hastaların puan ortalamaları daha yüksektir. Başka bir deyişle hemşirelik bakımından daha fazla memnundurlar (Tablo 40). Bu sonuç sevindiricidir.

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi; hemşirelik uygulamalarında bakım kalitesini belirlemeye, bakıma etkisi olan değişkenleri saptamaya ve hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlayarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmektedir. Bu nedenle hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin düzenli olarak değerlendirilmesi önemlidir (76, 94).

Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin değerlendirilmesinin en önemli kanıtı, hasta memnuniyeti ölçüm sonuçlarıdır. Hastaların memnuniyetini etkileyen birçok hastane faktörü olmasına rağmen, hastalar günün büyük bir kısmını hemşireleriyle geçirdiklerinden dolayı hemşirelerin hastalar ile olan ilişkisi hasta memnuniyetini büyük

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ölçüde etkilemektedir. Pala ve ark.'nın (2003) hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışmalarından memnuniyeti ve bunu oluşturan etmenleri incelediği çalışmasında, hastaların memnun olduğu en yüksek alanın hemşirelik hizmetlerine ait olduğu saptanmıştır (117). Bizim çalışmamız da Pala ve ark.'nın çalışmasına benzer nitelik göstermektedir.

4.12. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 41).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından vitalite puan ortalaması ile meslek ve genel sağlık puan ortalaması ile anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayakta çalışanların ve spinal/epidural anestezi uygulananların puan ortalamaları yüksektir (Tablo 41).

4.13. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 42).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BKİ ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında, anestezi türü ile ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık arasında ve hasta grubu ile rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 42).

Hafif şişman hastaların fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Spinal/epidural anestezi alan hastaların ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık puan ortalamaları daha yüksektir. Girişim grubunun rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 42).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM V

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Pilonidal sinüs ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen hasta eğitiminin, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmada;

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların yaş gruplarında, %64.5'ini, kontrol grubundaki hastaların %45.2'sini 23 yaş ve altı hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 23.02±2.51, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasını 23.74±2.61 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları sırasıyla; girişim grubu 25.97±2.39, kontrol grubu 25.52±3.02 bulunmuştur. Girişim grubundaki hastaların %58.1'ini, kontrol grubundaki hastaların %45.2'sini hafif şişman hastalar oluşturmaktadır (Tablo 2).

Girişim grubundaki hastaların %22.6'sı ilköğretim, %35.5'i lise, %41.9'u üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların %32.3'ü ilköğretim, %35.5'i lise, % 32.3'ü üniversite mezunudur (Tablo 3).

Girişim grubundaki hastaların %19.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %25.8'i evlidir (Tablo 4).

Girişim grubundaki hastaların %32.3'ü, kontrol grubundaki hastaların %41.9'u oturarak çalışan hastalardır (Tablo 5).

Girişim grubundaki hastaların %25.8'nin gelir düzeyi ortalamanın üstü, %32.3'nün ortalama düzeyde, %41.9'unun ortalamanın altında bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların %25.8'inin gelir düzeyi ortalamanın üstü, %58.1'inin ortalama düzeyde, %16.1'inin ortalamanın altında olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Girişim grubundaki hastaların %71.0'ını, kontrol grubundaki hastaların %74.2'sini halen sigara içen hastalar oluşturmaktadır (Tablo 7).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Girişim grubundaki hastaların %64.5'ini ilde yaşayan, %35.5'ini ilçe/kasabada yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %54.8'ini ilde yaşayan, %45.2'sini ilçe/kasabada yaşayan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 8).

Girişim grubundaki hastaların %19.4'ünü, kontrol grubundaki hastaların %9.7'sini her gün düzenli egzersiz yapan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u, kontrol grubundaki hastaların %3.2'si daha önce önemli bir hastalık geçirmiştir (Tablo 10).

Girişim grubundaki hastaların %16.1'ini, kontrol grubundaki hastaların %29.0'ını daha önce hastaneye yatmış hastalar oluşturmaktadır (Tablo 11).

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u, kontrol grubundaki hastaların %22.6'sı daha önce ameliyat geçirmiştir. (Tablo 12).

Girişim grubundaki hastaların %25.8'ini genel anestezi, %74.2'sini spinal/epidural anestezi yapılan hastalar, kontrol grubundaki hastaların %100'ünü spinal/epidural anestezi yapılan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 13).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat süresi ortalaması 42.01±13.28 dakika, kontrol grubundaki hastaların 43.87±9.37 dakikadır (Tablo 14).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların hastanede kalış süresi ortalaması 5.35±1.38 gün, kontrol grubundaki hastaların 6.19±1.80 gündür (Tablo 15).

Girişim grubundaki hastaların, %19.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %32.3'ü normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayan hastalardır (Tablo 16).

Girişim grubundaki hastaların %19.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %32.3'ü ağrı ile baş etmede analjezik almaktadır (Tablo 17).

Girişim grubundaki hastaların %96.8'i, kontrol grubundaki hastaların %87.1'i ameliyat sonrası ağrı yaşamıştır (Tablo 18).

Girişim grubundaki hastaların %71.0'ını, kontrol grubundaki hastaların %77.4'ünü ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede analjezik alan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 19).

Girişim grubundaki hastaların, %87.1'ini, kontrol grubundaki hastaların %83.9'unu ameliyat yerinde ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır. Her iki grubun

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ameliyat yerinde ağrısı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Girişim ve kontrol grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası pansuman sırasında, yataktan kalkarken, öksürürken ağrı yaşadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Her iki gruptaki hastaların yürürken yaşadığı ağrı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21).

Girişim grubundaki hastaların %54.8'i, kontrol grubundaki hastaların %19.4'ü hemşirelik bakımından memnuniyeti mükemmel olarak belirtmişlerdir. Her iki grubun hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 22). Girişim grubundaki hastalar kontrol grubundaki hastalara göre hemşirelik bakımından daha fazla memnundur.

Girişim grubundaki hastaların %25.8'i ve kontrol grubundaki hastaların %29.0'ı hasta bakımı yaparken hemşirelerin daha fazla ilgilenmesi ve hasta psikolojisinden anlamaları gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Girişim grubundaki hastaların %51.6'sı ve kontrol grubundaki hastaların %58.1'i hemşire sayısının arttırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u ve kontrol grubundaki hastaların %9.7'si tedavilerin zamanında yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Girişim grubundaki hastaların %38.7'si ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i hastaların daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 23). Girişim grubundaki hastalar, hastaların daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Girişim grubundaki hastaların %12.9'u ve kontrol grubundaki hastaların %16.1'i hemşirelerin eğitim seviyelerinin yüksek olması gerektiğini belirtmişlerdir. Girişim ve

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 23).

Girişim grubundaki hastaların anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen kaygı nedenlerini sırasıyla; %41.9'u ameliyat sonrası ağrı, %22.6'sı iğne korkusu, %19.4'ü ameliyat sonrası uyanamamak ve %9.7'si ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2'si yoğun bakımda kalmak olarak ifade ederken, kontrol grubundaki hastaların ise; %45.2'si ameliyat sonrası ağrı, %22.6'sı iğne korkusu, %6.5'i ameliyat sonrası uyanamamak ve ameliyat ekibinin tavır ve davranışları ve %3.2'si yoğun bakımda kalmak olarak ifade etmişlerdir (Tablo 24).

Girişim grubundaki hastaların, %32.3'ü, kontrol grubundaki hastaların %16.1'i ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşamışlardır. Her iki grubun ameliyat sonrası hastalıkları ile ilgili sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 25).

Araştırma grubunu oluşturan girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 40.10±5.52, sürekli kaygı puan ortalaması 45.10±7.23, kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 45.06±4.27, sürekli kaygı puan ortalaması 48.87±6.25'dir (Tablo 26).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 45.35±5.68, sürekli kaygı puan ortalaması 46.19±6.69, kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması 46.35±3.54, sürekli kaygı puan ortalaması 49.55±5.70'dir. Hastaların durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 26).

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi SF-36 puan ortalamalarında hem girişim hem de kontrol grubu hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel), rol güçlüğü (emosyonel) ve ağrı boyutlarından ortalamanın altında, diğer alt boyutlarda ortalama ve ortalamanın biraz üzerinde puan almışlardır (Tablo 27).

Araştırma grubunu oluşturan girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası SF-36 puan ortalamalarında girişim grubundaki hastalar SF-36 alt boyutlarının tümünden ortalamanın üstünde puan almasına rağmen kontrol grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

(emosyonel) alt boyutlarından ortalamanın altında puan almışlardır. Girişim grubundaki hastalar SF-36 alt boyutlarının tümünden kontrol grubu hastalara göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 28).

Araştırmaya katılan hastaların Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri'nden aldıkları puan ortalamaları Hemşirelik Bakımı ile İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ) puan ortalaması girişim grubunda 82.33±11.53, kontrol grubunda 76.18±9.09'dur (Tablo 29). Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği'nden (HBMÖ) aldıkları puan ortalaması girişim grubunda 72.87±18.27, kontrol grubunda 69.58±13.08'dir. Araştırmaya katılan hastalar Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeklerinden ortalamanın üstünde puan almışlardır. Girişim grubundaki hastaların her iki ölçekten aldıkları puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 29).

Girişim grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı ameliyat sonrası 2. saatte yaşamalarına rağmen kontrol grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı 2. ve 4. saatlerde yaşamışlardır (Tablo 30).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının 0, 1 ve 2. saatlerde hafif şiddette bulantıları olmuş, diğer saatlerde bulantıları olmamıştır (Tablo 31).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının 0, 1 ve 2. saatlerde çok hafif şiddette uyku hali/sersemlik hissi oluşmuş, diğer saatlerde uyku hali/sersemlik meydana gelmemiştir (Tablo 32).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette baş ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette baş ağrısı olmuştur (Tablo 33).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının 0, 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette bel ağrısı meydana gelmiştir. Kontrol grubundaki hastaların, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette bel ağrısı olmuştur (Tablo 34).

SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından vitalite ve ağrı alt boyutları dışındaki boyutlarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen girişim grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 35).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 36).

Ameliyat öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 37).

Zaman içinde ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanları açısından yaş, BKİ, anestezi türü ve hasta grubuna göre anlamlı bir değişimin (eğimin) olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 38). Zaman grup etkileşimi incelendiğinde ise; zaman içerisinde gruplar arasında ameliyat sonrası dönemde 6 ölçümde ağrı puanlarının birbirlerinden farklı olduğu [etkileşim (interaction)] olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 38). Son değerlendirmede gruplar arasında ameliyat sonrası dönemdeki 6 ölçümde ağrı puanlarında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 38).

Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 39).

Ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir düzeyi ortalama düzeyde olanların puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 39).

Ameliyat öncesi durumluk sürekli kaygı ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu hastaların puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 39).

Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Anestezi türü ile NHMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Spinal/epidural anestezi yapılan hastaların puan ortalamaları daha yüksektir. Başka bir deyişle hemşirelik bakımından daha fazla memnundurlar (Tablo 40).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 41).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından vitalite puan ortalaması ile meslek ve genel sağlık puan ortalaması ile anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayakta çalışanların ve spinal/epidural anestezi uygulananların puan ortalamaları yüksektir (Tablo 41).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 42).

BKİ ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında, anestezi türü ile ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık arasında ve hasta grubu ile rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 42).

Ülkemizde hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar giderek artmaktadır, ancak yeterli değildir. Bu nedenle; hemşirelik bakımından memnuniyeti belirleyen çalışmaların farklı zamanlarda, daha geniş evrenlerle sürekli yapılmasına ve özellikle pilonidal sinüs ile ilgili yapılacak hemşire araştırmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

5.2. ÖNERİLER

Manisa Asker Hastanesi cerrahi servisinde; Pilonidal sinüs ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde verilecek hasta eğitiminin, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda;

- Pilonidal sinüs şikayeti olan hastalarda, ameliyat öncesi eğitimin etkinliğinin ölçülmesi, pilonidal sinüste yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımından memnuniyetin saptanması amacıyla daha büyük evrenlerde yeni araştırmaların yapılması,
- Pilonidal sinüs şikayeti ile başvuran hastalarda ameliyat öncesinde değişik eğitim materyalleri kullanılarak ve yapılan eğitimin belirli aralıklarla tekrar edilerek sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması,

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

- Hastanelerde hastaların tanılarına uygun hemşirelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Hastaların saptanan hemşirelik tanılarına uygun olarak gerekli hemşirelik bakım uygulamalarının planlanması,
- Araştırmanın yapıldığı hastanede plansız şekilde yapılan hasta eğitiminin planlı ve sistematik bir şekilde hemşirelik uygulamalarına alınması, ameliyat öncesindeki eğitimin hasta sonuçlarına, memnuniyetine, yaşam kalitesine etkisinin belirli aralıklarla ölçülmesi, ameliyat öncesi eğitim programlarının yöneticiler tarafından desteklenmesi ve eğitim programlarının zenginleştirilmesi,
- Hasta eğitimi konusunda, çalışan hemşirelerin farkındalıklarını artıracak çalışmaların yapılması ***önerilmektedir.***
- Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin düzenli aralıklarla ölçülmesi ve hemşirelik bakımının bu doğrultuda planlanmasının, bakımın kalitesini artıracağından yapılacak araştırmaların bu konudaki gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı ***düşünülmektedir.***

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM VI

6. 1. ÖZET

Araştırma; pilonidal sinüs ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen hasta eğitiminin, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel (randomize-kontrollü) olarak planlandı ve uygulandı.

Araştırmanın evrenini, Manisa Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Kasım 2010-Nisan 2012 tarihleri arasında pilonidal sinüs nedeniyle ameliyat yapılan hastalar oluşturdu Araştırmanın örneklemine ise bu tarihlerde pilonidal sinüs ameliyatı yapılan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve sınırlamalara uygun olarak seçilen 62 hasta alındı. Hastalar prospektif olarak rastlantısal örneklem seçimi ile girişim ve kontrol grubu olmak üzere 31'er kişilik iki gruba ayrıldı.

Grup I (Girişim Grubu): Hastalara ameliyat öncesi rutin bakım ve hazırlanan eğitim kitapçığı ile hasta eğitimi yapıldı. Ameliyat öncesi hasta eğitim programında; hastayı ameliyata hazırlamak (ameliyat öncesi yapılması gereken rutin işlemlerin açıklanılması, hastanın pilonidal sinüs ameliyatı ile ilgili sorularının yanıtlanması), ameliyat sabahı yapılacak işlemler, ameliyathane, anestezi, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde karşılaşacakları (drenaj, cilt temizliği ve kontrol zamanı) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Grup II (Kontrol Grubu): Kontrol grubu hastalarına ameliyat öncesi rutin bakım verildi.

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurul'undan etik kurul onayı ve Manisa Asker Hastanesi'nden izin alındı (EK III, EK IV). Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara araştırmanın amacı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak açıklandı ve izinleri alınarak veri toplama aşamasına geçildi.

Araştırmanın ilk basamağında verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaları tanıtıcı bilgi formu kullanıldı. Bu bilgi formu; hastaların yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu gibi demografik özelliklerini belirleyen soruları içermektedir. Hastalara ilişkin bu bilgiler hasta dosyasından ve hasta

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ile yüz yüze görüşülerek elde edildi ve araştırmacı tarafından hazırlanan forma kaydedildi.

Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi rutin bakım verildi Girişim grubundaki hastalara ise rutin bakımın yanı sıra, ameliyattan bir gün önce araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile hasta eğitimi yapıldı. Ameliyat öncesi hasta eğitim programında, hastayı ameliyata hazırlamak (ameliyat öncesi yapılması gereken rutin işlemlerin açıklanılması, hastanın pilonidal sinüs ameliyatı ile ilgili sorularının yanıtlanılması), ameliyat sabahı yapılacak işlemler, ameliyathane, anestezi, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde karşılaşacakları (drenaj, cilt temizliği ve kontrol zamanı) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Eğitime ilginin azalmasını engellemek, merakın oluşmasını sağlamak amacıyla bire bir görüşme yöntemi, soru cevap ve karşılıklı tartışma, anlatım ve demonstrasyon yöntemleri kullanıldı. Eğitim, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı rehberliğinde yapıldı. Eğitim yaklaşık 30-40 dakika sürdü. Eğitimde bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerekli tekrarlar yapıldı. Eğitimin sonunda hastalara verilen bilgilerin tekrarı ve unutulmaması amacıyla eğitim broşürü verildi.

Eğitimden sonra girişim grubundaki hastalara Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara da ameliyat öncesi dönemde her iki ölçek uygulandı.

Ayrıca girişim ve kontrol grubundaki tüm hastalara, ameliyat sonrası ağrı, bulantı, kusma, kaşıntı, uyku hali/sersemlik, uykusuzluk, hipotansiyon gibi şikayetlerinin nasıl değerlendirileceği ile ilgili bilgi verildi. VAS kullanımı ayrıntılı olarak anlatıldı.

Her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrası 0, 1, 2 ,4, 8 ve 24 saatlerde ağrı, bulantı-kusma, kaşıntı, uyku hali/sersemlik, uykusuzluk, hipatansiyon, baş ve bel ağrısı düzeyi VAS ile değerlendirildi ve kayıt edildi.

Ameliyat sonrası dönemde hasta konforunu değerlendirmek amacı ile ameliyat sonrası ağrının hastaların beklediği düzeyde olup olmadığı, ağrının yeri, hangi durumlarda ağrının arttığı, ağrısı olduğunda hangi aktiviteleri yapmakta zorlandığı sorgulandı.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Girişim ve kontrol grubundaki tüm hastalara ameliyattan yaklaşık 24 saat sonra (ameliyat sonrası stresin hafiflediği ve ya da ortadan kalktığı an) Spielberg Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri bir kez daha uygulandı. Ameliyat yapılmış hastalara taburcu olmadan önce Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri ve ameliyattan sonraki 4. haftada SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi; bilgisayarda SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Science) paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde;

- Sürekli ve sayımla elde edilen değişkenlerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzde, ortalama ±ss (min-mak),
- Araştırmada hastalara ilişkin özel tanıtıcı bilgiler (yaş, cins, eğitim durumu, BMI vb.) ile ilgili değişkenlerde gruplar arasındaki farkı belirlemek üzere ki-kare (X^2) testi,
- Çözümleyici analizlerde grup ortalamaları arasındaki farkı göstermek için Krusskal Walles Testi, Student t Testi ve Mann-Whitney U Testi,
- Tekrarlanan ölçümlerde ANOVA testi, (MIXED ANOVA) olarak kullanıldı. Modele almada literatür bilgisi ışığında yaş, aksiyete, depresyon, memnuniyeti etkileyeceği düşünülen yaş, BKİ, anestezi türü (Co-Variate) eşlik eden değişken olarak analize alınması planlandı.
- Tek değişkenli analizlerde yaşam kalitesi ve depresyon puanları ile anlamlı ilişki gösteren değişken yaş, BKİ, anestezi türü anlamlı değişkenlerdir. Bu nedenle bu değişkenler Co-Variete kabul edilmiştir. Bunun dışındaki faktörlerin değişken analizinde yaşam kalitesi puanları ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir.
- Bağımlı iki grup arasındaki farkı belirlemek için bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.
- Girişim ve kontrol grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası pansuman sırasında, yataktan kalkarken, öksürürken ağrı yaşadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Her iki gruptaki hastaların yürürken yaşadığı ağrı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastalar Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeklerinden ortalamanın üstünde puan aldı. Girişim grubundaki hastaların her iki ölçekten aldıkları puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Girişim grubundaki hastaların en yoğun ağrıyı ameliyat sonrası 2. saatte yaşamalarına rağmen kontrol grubundaki hastalar en yoğun ağrıyı 2. ve 4. saatlerde yaşamışlardır.

Girişim ve kontrol grubu hastalarda 1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette baş ağrısı saptandı. Kontrol grubundaki hastalar, girişim grubundaki hastalara göre biraz daha fazla şiddette baş ağrısı yaşamıştır.

Girişim ve kontrol grubu hastalarda 0,1, 2, 4, 8 ve 24. saatlerde çok hafif şiddette bel ağrısı belirlendi. Kontrol grubundaki hastalar, girişim grubu hastalarına göre biraz daha fazla şiddette bel ağrısı yaşamıştır.

Ameliyat öncesi hem girişim hem de kontrol grubu hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) ve ağrı boyutlarından ortalamanın altında, diğer alt boyutlarda ise ortalama ve ortalamanın biraz üzerinde puan almışlardır.

Ameliyat sonrası girişim grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının tümünden ortalamanın üstünde puan almasına rağmen kontrol grubundaki hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) alt boyutlarından ortalamanın altında puan almışlardır. Girişim grubundaki hastalar SF-36 alt boyutlarının tümünden kontrol grubu hastalara göre daha yüksek puan almıştır.

Yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı, vitalite (canlılık), emosyonel rol fonksiyonu ve genel sağlık alt boyutları puan ortalamalarında farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ağrı, vitalite (canlılık), emosyonel rol fonksiyonu ve genel sağlık puan ortalamaları girişim yapılan (eğitim verilen) grupta daha iyi durumdadır.

Ameliyat öncesi durumluk sürekli kaygı ve ameliyat sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu hastaların puan ortalamaları daha düşüktür.

Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk sürekli kaygı puan ortalamalarında gruplar arasında bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir düzeyi ortalama düzeyde olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri (NHMÖ) puan ortalamaları ile yaş, BKİ, eğitim düzeyi, meslek, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, gelir düzeyi ve hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Anestezi türü ile NHMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Spinal/Epidural anestezi yapılan hastaların memnuniyet düzeyi daha yüksektir.

Ameliyat öncesi SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından vitalite puan ortalaması ile meslek, genel sağlık puan ortalaması ile anestezi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Ameliyat sonrası BKİ ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında, anestezi türü ile ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık arasında ve hasta grubu ile rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$).

Araştırma sonucunda; ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlendi.

Araştırmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda; ameliyat öncesi daha kapsamlı hasta eğitim protokolleri oluşturulması, hasta eğitimi ve sonuçları ile ilgili daha büyük örneklem ile yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler; Pilonidal sinüs, hasta eğitimi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, yaşam kalitesi.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

6. 2. ABSTRACT

This randomized-controlled study was planned and performed in order to investigate the effect of the patient education given pre-operatively to patients who would undergo pilonidal sinus surgery on postoperative complications, pain, anxiety, patient satisfaction and life quality of.

The study population consisted of patients who underwent surgery due to pilonidal sinus at the Department of General Surgery of the Military Hospital, Manisa between November 2010 and April 2012. The study sample covered 62 patients who underwent surgery due to pilonidal sinus between these dates, agreed to participate in the study and were selected in accordance with the restrictions. Patients were divided into two groups of 31 patients as intervention and control groups through random sample selection prospectively.

Group I (Intervention Group): These patients were given pre-operative routine care and patient education with the education manual prepared. The pre-operative patient education program contained information about patient set-up for the surgery (explaining the pre-operative routine procedures, answering to the patient's pilonidal sinus surgery-related questions), procedures to be carried out on the morning of the surgery, operating room, anaesthesia, early and late postoperative conditions that patients may experience (drainage, skin cleansing and control time).

Group II (Control Group): The control group patients were given a pre-operative routine care.

The ethical committee approval from the Ethical Council of Scientific Research of Faculty of Medicine of Celal Bayar University and permission from the Military Hospital, Manisa was obtained prior to the study (Annex III, Annex IV). Purpose of the study was explained to all the patients who agreed to participate in the study using the informed consent form and data collection process was initiated after obtaining their permissions.

An information form identifying patients, prepared by the researcher, was used to collect the data during the first step of the study. This information form contained questions determining demographic characteristics of the patients such as age, gender, body mass index (BMI), education. This patient information was obtained through

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

patients' files and face to face interviews with patients and recorded in the form by the investigator.

Patients in the control group received a preoperative routine care. Patients in the intervention group received a patient education with the education manual prepared by the researcher one day before the surgery as well as the routine care. The pre-operative patient education program contains information about patient set-up for the surgery (explaining the pre-operative routine procedures, answering to the patient's pilonidal sinus surgery-related questions), procedures to be carried out on the morning of the surgery, operating room, anaesthesia, early and late postoperative conditions that patients may experience (drainage, skin cleansing and control time).

The methods of one-to-one interview, question-answer and mutual discussion, expression and demonstration were used in order to prevent reduction of interest of in the patient education and arouse the curiosity. The education was given under the guidance of the education manual prepared by the researcher. The education lasted for about 30 to 40 minutes. Necessary repetitions were carried out taking into account individual differences in the education. Patients were given an education brochure at the end of the education to allow them to repeat and not to forget the information provided.

After the education, the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory and SF-36 quality of life scale were applied to patients in the intervention group. Both the scales were applied also to patients in the control group during the pre-operative period.

In addition, all patients both in the intervention and control groups were informed about how to evaluate postoperative complaints such as pain, nausea, vomiting, itching, sleepiness / drowsiness, insomnia, hypotension. The use of VAS was described in detail.

Pain, nausea, vomiting, itching, sleepiness / drowsiness, insomnia, hypotension, head and back pain levels of patients in both groups were evaluated and recorded at post-operative 0, 1, 2, 4, 8, and 24 hours using VAS.

Patients were questioned about whether the post-operative pain level was as expected, where the pain was located, in which conditions the pain increased and which were the activities they had difficulty to carry out when they had pain in order to evaluate patient comfort in the postoperative period.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory was applied to all patients in the intervention and control groups once again approximately 24 hours after the surgery (when the post-operative stress relieved and / or eliminated). Patients, who underwent the surgery, were applied the Newcastle Satisfaction Nursing Scales before discharged from the hospital and the SF-36 quality of life scale at the post-operative fourth week.

Analysis of the data obtained from the study was evaluated by using SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Science) package software. The following means were used in analysis of the data;

- Descriptive statistics in assessing variables continuous and those obtained by counting (number, percentage, average ±ss (min-max),
- In the search to determine the difference between special identifying data related to patients (age, sex, educational background, BMI) and variation groups concerned the Chi- square (X^2) tests
- Krusskal Walles Test, Student's t-test and Mann-Whitney U Test to demonstrate the difference between the group averages in analytical analyses,
- ANOVA (MIXED ANOVA) test in repeated measures. Age, anxiety, depression, which were considered to affect satisfaction, BMI and type of anaesthesia were designed to be analysed as the companying variables (Co-Variates) in the light of the literature for modelling.
- Variables of age, BMI, type of anaesthesia were significant variables demonstrating significant correlation with the scores of quality of life and depression in the univariate analyses. Therefore, these variables were considered as the Co-Variates. It was reported that other factors did not demonstrate a significant correlation with the scores of quality of life in variable analysis.
- The t-test was used for dependent groups to determine the difference between the two dependent groups. The statistical significance was considered as $p < 0.05$.
- It was discovered that patients in the intervention and control groups experienced pain during postoperative medical dressing and when getting out of bed, coughing and no statistically significant difference was found between the groups ($p > 0.05$). A statistically significant difference was found between the pain conditions of patients in the both groups experienced in walking ($p < 0.05$).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Patients participating in the study scored above average from the Newcastle Satisfaction Nursing scales. The mean scores that patients in the intervention group received from the two scales were higher than patients in the control group.

Patients in the control group experienced the most intense pain in the post-operative second and fourth hours while patients in the intervention group experienced the most intense pain in the post-operative second hour.

A very mild headache was detected in patients in the intervention and control groups in the post-operative 1th, 2nd, 4th, 8th and 24th hours. Patients in the control group experienced a slightly more severe headache compared to patients in the intervention group.

A very mild back-pain was detected in patients in the intervention and control groups in the post-operative 1th, 2nd, 4th, 8th and 24th hours. Patients in the control group experienced a slightly more severe back-pain compared to patients in the intervention group.

Patients both in the intervention and control group scored below average in the role limitation (physical) and role limitation (emotional) and pain dimensions of the sub-dimensions of SF-36 quality of life scale and average and slightly above average in the other dimensions before the surgery.

Although patients in the intervention group scored above average in all of the sub-dimensions of SF-36 quality of life scale postoperatively, patients in the control group scored below average in the role limitation (physical) and role limitation (emotional) dimensions of the sub-dimensions of SF-36 quality of life scale. Patients in the intervention groups scored higher in all of the sub-dimensions of SF-36 scale compared to patients in the control group.

It was found out in the statistical analysis performed that there was a significant difference in the pre and post-operative score averages for pain, vitality, emotional role function and general health sub-dimensions of SF-36 quality of life scale between the two groups. Score averages for pain, vitality, emotional role function and general health were better in the intervention group (education provided).

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

A statistically significant difference was found between the score averages for the pre-operative and post-operative state trait anxiety ($p < 0.05$). The score averages of patients in the intervention group were found to be lower.

No statistically significant difference was found between the score averages of the groups for pre-operative and post-operative state trait anxiety.

A statistically significant difference was found between pre-operative state trait anxiety score average and income level ($p<0.05$). Score average of those with an average level of income was higher.

No statistically significant difference was found between the scores of the Newcastle Satisfaction Nursing Scales (NSNS) and age, BMI, education level, occupation, previous hospitalization and surgery background, income level and patient group ($p> 0.05$). A statistically significant difference was found between the type of anaesthesia and NSNS ($p < 0.05$). The level of satisfaction of the patients who had spinal / epidural anaesthesia was higher.

A statistically significant difference was found between the pre-operative score average for vitality from the sub-dimensions of SF-36 quality of life scale and score average for occupation, general health and the type of anaesthesia ($p < 0.05$).

A statistically significant difference was found between the postoperative BMI and physical function and role limitation (emotional) from the sub-dimensions of SF-36 quality of life scale, between the type of anaesthesia and pain, general health, vitality and mental health and between the patient group and role limitation (physical) and role limitation (emotional) ($p < 0.05$).

As a result of this study, it has been understood that pre-operative education given to patients has a positive effect on postoperative complications, pain, anxiety, patient satisfaction and quality of life.

Based on the information obtained from the study, establishing more comprehensive pre-operative patient education protocols and new researches with larger samples on patient education and results are recommended.

Key Words: Pilonidal sinus, patient education, postoperative complications, pain, anxiety, quality of life

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Armstrong JH., Baricia PJ. Pilonidal sinus disease. the consevative approach. *Arch Surg*. 1994; 129:914-926.

2. Urhan MK., Küçükel F., Topgül K., Özer I., Sarı S. Rhomboid excision and limberg flap for managing pilonidal sinus: results of 102 cases. *Dis Colon Rectum,* 2002, 45: 656-659.

3. Bozkurt MK., Tezel E. Management of pilonidal sinus with limberg flap. *Dis Colon Rektum,* 1998, 41: 775-777.

4. Eryılmaz R., Şahin M., Alimoğlu A., Kaya B., Akut pilonidal apse tedavisinde insizyon ve drenajın cilt eksizyonu ve küretajla karşılaştırılması. *Ulus Travma Derg.* 2003, 9(2): 120-123.

5. Donatı' A., Khari M., Choker S. Heterologous lyophilized collagen in the secondary healing of pilonidal fistulae. *Minerva Chir.* 1993, 48: 141-145.

6. Gur E., Neligan PC., Shafir R., Reznick R., Cohen M., Shpitzer T. Squamous cell carcinoma in perineal inflammatory disease. *Ann Plast Surg.* 1997*,* 38 (6): 653-657.

7. Ergün G., Çifçili S. *Aile Doktorları İçin Kurs Notları,* Ankara, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004, 1: 63-70.

8. Öngel K., Katırcı E., Ak C., Sarıkan İ. Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2007*,* 14(3): 48-51.

9. Aren A., Şağban A.D., Gökçe A.H. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde limberg flep ile modifiye limberg flep karşılaştırılması. *İstanbul Tıp Derg. 2012,* 11(4): 149-153.

10. Tezel E., Bostancı H., Azılı C., Kurukahvecioğlu O., Anadol Z. Pilonidal sinüs hastalığı ve tedavisine yeni bir bakış. *Marmara Medical Journal,* 2009, 22(1): 85-89.

11. Leventoğlu S., Özdemir S., Özçay N., Uncu H., Küçükel F. ve ark. Pilonidal sinüs tedavisinde primer kapama ile limberg flap sonuçlarının karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast. Derg.* 2008, 19: 90-92.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

12. Erdem D., Ugiş C., Albayrak M.D., Akan B., Aksoy E., Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi,* 2011, 7: 11-16.

13. Karadeniz G. *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. 1, Ankara, Baran Ofset, 2008; 62-69.

14. Aslan F.E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002, 6(1): 9-16.

15. Engiz O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Hayran O, Sur H.(Ed). Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul, 1997: 61-87.

16. World Health Organisation. The first ten years of the World Health Organisation. Geneva.WHO. 1958.

17. Şahin M., Erbilen M., Ertaş E., Hasanoğlu A., Bülbüloğlu E. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde marsupializasyon ve primer sütur yöntemlerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi,* 1996, 3(2): 107-109.

18. Kayadibi A., Hasanoğlu A., Akkuş A. Pilonidal sinüs hastalığının meslek, yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi ile ilişkisi. *Turkish Medical Journal,* 2007, 1: 123-127.

19. Yıldırım O., Turan Ü., Ünal B., Kırımoğlu V. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2008, 15(4): 299-305.

20. Gürpınar K., Özdemir S., Öziş SE., Uslu HY., Korkmaz A. Pilonidal disease: review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009, 29(4): 959-967.

21. Karagöz İ. Limberg flep uygulanan hastalarda deri altı dikiş uygulamasının etkinliği. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hast. 4. Genel Cerrahi Kliniği, *Uzmanlık Tezi,* İstanbul 2007, 3-56.

22. Apaçık H. Pilonidal sinüsün tedavisinde Limberg flep ile minimal cilt eksizyonlu gerilimsiz kapatma tekniğinin karşılaştırılması. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Genel Cerrahi Kliniği, *Uzmanlık Tezi,* İstanbul, 2006, 2-32.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

23. Sinan H., Sücüllü İ., Filiz A.İ. ve ark. Pilonidal sinüs hastalığı ile banyo yapma sıklığı arasındaki ilişkisi. *Kolon Rektum Hast. Derg*. 2010, 20: 162-165.

24. Karydakis GE. Easy and succesful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg.* 1992, 62: 385-389.

25. Hodges R.M. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg J*, 1880, 103: 485-486.

26. Warren J.M. Abscess containing hair on the nates. A*rtı J Med Sci.* 1854, 28: 112.

27. Patey D.H., Scarff RW. Pathology of postnatal pilonidal sinus: It's bearing on treatment. *Lancet,* 1946, 2: 484.

28. Tardu A. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde limberg flep ile dufourmentel flep karşılaştırması: Prospektif randomize klinik çalışma. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği, *Uzmanlık Tezi,* İstanbul, 2007,2-41.

29. Toker M. Pilonidal sinüslü hastalarda; prognostik faktörler ve uygulanan tedavilerin morbiditeye etkileri. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, *Uzmanlık Tezi,* Diyarbakır, 2009, 2-35.

30. Mihmanlı M. Pilonidal Hastalık. ed: Alemdaroğlu K., Akcal T., Buğra D. Kolon Rektum Anal Bölge Hastalıkları. İstanbul: Ajans plaza, 2003, 185-194.

31. Kement M. Sınırlı pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde sinüs eksizyonu ile primer parsiyel kapama tekniklerinin karşılaştırılması. Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Cerrahi Kliniği, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2005, 5- 43.

32. Çubukçu A. ve ark. Pilonidal sinüs hastalığı. *Çağdaş Cerrahi Dergisi,* 2002, 16: 23-48.

33. Stephen J. Pilonidal sinuses: etiology and nursing management. *Wound Essentials*. 2008, 3: 128-133.

34. Allen-Mersh T.G. Pilonidal sinus: finding the right trackt for treatment. *Br J Surg,* 1990, 77: 123-132.

35. Rainsbury R.M.,Sotham J.A. Radical surgery for pilonidal sinus. *Ann R Cool Surg Eng.* 1982, 64: 339.

36. Akıncı O.F., Bozer M., Uzunköy A. ve ark. Incidence and etiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg.*1999, 165: 339-342.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

37. Dadacı A.H., Okuş A., Memişoğlu K. ve ark. Limberg flep tekniği uygulanan pilonidal sinüs hastalığında dren kullanımının etkinliği. *Kolon Rektum Hast. Der.* 2007, 17: 145-150.

38. Aldemir M., Kara I.H., Erten G., Taçyıldız I. Effectiveness of collagenase in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Surg Today,* 2003, 33: 106-109.

39. Chintapatla S., Safarani N., Kumar S., Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol*. 2003, 7: 3-8.

40. Kooistra H.P. Pilonidal sinuses: A rewiev of the literature and report of 350 cases. *Am J Surg.* 1942, 55: 3-17.

41. Kara G. Pilonidal sinüs olgularında uygulanan limberg flep ameliyatı ile eksizyon + sekonder iyileşmenin hasta yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. *Uzmanlık Tezi,* Ankara, 2009, 1-35

42. Balık E., Eren T., Yamaner S. ve ark. Gluteal yerleşimli yaygın hidradenitis supurativa ile ilgili cerrahi deneyimlerimiz. *Kolon Rektum Hast Derg.* 2007, 17: 27-32.

43. Akın H.Ş., Coşkun A., Karatay P., Savk E., Yaşa M.H. Nadir görülen bir ülseratif kolit komplikasyonu: piyoderma gangrenosum. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi,* 2011, 10 (2): 87-90.

44. Terzi C. *Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs.* Güncel Cerrahi Tedavi, Ergüney S, Çiçek Y. (Ed), Avrupa Tıp Kitapçılık, 2001: 298-303.

45. Dökmeci İ., Dökmeci H. Büyük Tıp Sözlüğü. İstanbul, 2009, 3: 822.

46. Kovacevic P., Visnjic M., Vukadinovic M., Kovacevic T., Mihajlovic D. Carcinoma arising in pilonidal disease report of two cases. *Medicine and Biology,* 2007, 14(3): 133-137.

47. Yetim İ., Semerci E., Özkan O.V., Paltacı İ., Diner G. Squamous cell carcinoma arising in etiology of chronic pilonidal sinus disease: A case report. *J Clin Anal Med.* 2011, 2(1):31-33.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

48. Kotan C., Sönmez R. Kronik pilonidal sinüsün lateral insizyon ile evokasyonu "Bascom Operasyonu" erken dönem sonuçlarımız. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi,* 2010, 10: 118-120.

49. Özmen S., Kandal S., Fındıkçıoğlu F., Menteş B. Superior gluteal artery perforator flap: an alternatıve in the treatment of complicated pilonidal sinus. *Gazi Medical Journal,* 2006, 17(3): 176-178.

50. Karadakovan A., Aslan F.E. (Eds). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım,* Adana, Nobel Kitabevi, 2010, 293-373.

51. Dolgun E., Taşdemir N., Ter N., Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi,* 2011, 25(1): 11-15.

52. Ljungqvist O., Soreide E. Preoperative fasting. *British Journal of Surgery,* 2003, 90(4): 400-406.

53. Weissman C. The metabolic response to stress: An overview and update. *Anesthesiology,* 1990, 73: 27-308.

54. Yardakçı R., Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastaların anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi,* 2004, 1(2): 7-13.

55. Anonynous. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Australian Nursing Journal,* 2008, 15(9): 29-31.

56. Palmer C.D. Preoperative Fasting Guidelines. (2009) (http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient_Policies/PAT%20T%2024%20v.2%20-%20Pre%20Operative%20Fasting%20Guidelines%20final%202.pdf) (Erişim Tarihi: Nisan 2012)

57. Can M.F., Sevinç M.M., Hançerlioğulları O., Yılmaz M., Yağcı G. Multicenter prospective randomized trial comparing modified limberg flap transposition and Karydakis flap reconstruction in patients with sacrococcygeal pilonidal disease. The *American Journal of Surgery*, 2010, 200: 318–327.

58. Buluş H., Coşkun A. Pilonidal sinüs tedavisinde rhomboid eksizyon ve limberg fleb onarımı: erken dönem sonuçları. *Dicle Tıp Derg.* 2011, 38(3): 335-338.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

59. Menteş B.B., Leventoğlu S., Cihan A., Tatlıcıoğlu E., Akın M., Oğuz M. Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus. *Surg Today,* 2004, 34(5): 419-423.

60. Eti Aslan F. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12: 1.

61. Erdil F. Cerrahi Hemşireliği. (Eds) Erdil F, Elbaş N. İç: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara, 2001: 97-136.

62. Selçuk H., Öcal S. Abdominal cerrahi hastalarına özel nütrisyonel sorunlar. *Güncel Gastroenteroloji*, 2006, 10(2): 183-186.

63. Royal College of Nursing (RCN Institute Project Team). (2005) Clinical practice guidelines, perioperative fasting in adults and children. London.(http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0009/78678/002800.pdf.) (Erişim Tarihi: Nisan 2012)

64. Kaya B., Uçtum Y., Şimşek A. ve ark. Pilonidal sinüs tedavisinde primer kapama: basit ve etkili bir yöntem. *Kolon Rektum Hast Derg.* 2010, 20: 59-65.

65. Çemen N., Akçabay M., Mahli A., Arslan, M. Postoperatif bulantı kusmada deksametazin ve metoklopramidin etkilerinin karşılaştırılması. *Erciyes Tıp Dergisi,* 2003, 29(3): 137-143.

66. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 2. Baskı. *Nobel Tıp Kitapevleri.* İstanbul, 2005.

67. Öztürk H., Çilingir D., Hintistan H. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *DEUHYO Elektronik Dergisi,* 2011, 4(4): 153-158.

68. Özer C., Şahin E.M., Dağdeviren N., Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. STED, 2002, 11(1): 12.

69. Avşar G., Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2009, 12: 3.

70. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 3(2): 36-45.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

71. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. H.Y.O. Dergisi,* 1998, 2(1): 20-26.

72. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002, 4(1): 40-51.

73. Anestezi Uygulama Klavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi. Türk Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği. Mart 2006 (http://www.tard.org.tr/kilavuz/7.pdf) (Erişim Tarihi Nisan 2012).

74. Turhan S.C. Postoperatif ağrı tedavisi. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Özel Dergisi,* 2008, 1(3): 117-122.

75. Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi,* 2008, 14: 53-58.

76. Koşgeroğlu N., Acat M.B., Karatepe Ö. Kemoterapi hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2005, 6: 75-83.

77. Yazar M. Açık kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi. Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *Yüksek Lisans Tezi,* İstanbul, 2011, 3-57.

78. Turhan Y. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, *Uzmanlık Tezi,* Adana, 2007, 1-58.

79. Öner N., Le Compte, A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1, İstanbul, 1982, 2–7.

80. Ware J.E. The status of health assesment. *An Rev Pub Health*, 1995, 16: 327.

81. Şendir M. Total Kalça Protezi Ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, *Doktora Tezi*, İstanbul, 2000, 6-121.

82. Kurt A.S. Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2008, 3(8): 35-56.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

83. Atasever A., Erdinç E. KOAH' da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi,* 2003, 51(4): 446-455.

84. Buysse D.J., Reynolds C.F. 3rd, Monk T.H., et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989, 28: 193-213.

85. Çilingiroğlu N. Sağlık ekonomisi. Bertan M, Güler Ç. (Eds.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara; 1997, 389- 421.

86. Savaş Y. Genel ya da bölgesel anestezi ile yapılan kasık fıtığı onarımlarının uyku ve yaşam kalitesine etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi,* Afyon, 2009, 1-43.

87. Top M.Ş., Özden S.Y., Sevim M.E. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam,* 2003, 16(1): 18-23.

88. Özlü Z.K. Erzurum ilinde farklı hastanelerdeki cerrahi kliniklerde yatmış olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D. *Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2006, 1-48.

89. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2001, 5 (2): 69-74.

90. Özer N., Köçkar Ç., Yurttaş A. Kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2009, 12: 3.

91. Tükel B., Acuner A.M., Önder Ö.R., Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn–i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004, 57(4): 205-214.

92. Algıer L., Abbasoğlu A., Hakverdioğlu G., Ökdem Ş., Göçer S. Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2005, 9(1): 33-40.

93. Merkoirus A., Yfantopoulos J., Lanara V., Lemonıdou C. Patient satisfaction: A key concept for evaluation and improving nursing services. *Journal of Nursing Management,* 1999, 7(1): 19-28.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

94. İçyeroğlu G., Karabulutlu E. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2011, 6(17*)*: 67-81.

95. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 5. Baskı, Etki Matbaacılık, 2002, İzmir.

96. Thomas LH., McCollE., Priest J., Bond S., Boys RJ. Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: an Instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 1996, 5(2): 67-72.

97. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi,* 2003, 54(2): 16-24.

98. Walsh M. & Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle satisfaction with nursing scale. *J Adv Nurs.* 1999, 29(2): 307-315.

99. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A. Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi,* 1999; 12: 102–106.

100. Harlak A., Menteş Ö., Özer M.T., Ersöz N., Coşkun A.K. Sakrokoksigeal pilonidal sinüslü 587 hastanın anamnez ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi. *The Eurasian Journal of Medicine,* 2008, 38: 103-106.

101. Cücük E. Pilonidal sinüs tedavisinde limberg fleb ile primer kapama tekniklerinin karşılaştırılası. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. *Uzmanlık Tezi,* Diyarbakır, 2008, 3-36.

102. Muzi M.G., Milito G., Nigro C., Cadeddu F., Farinon A.M. A modification of primary closure for the treatment of pilonidal disease in day-care setting. *Colorectal Disease,* 2008, 11: 84–88.

103. Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ile ilgili görüşleri ve memnuniyet durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi,* Sivas, 2007, 1-75.

104. Chung J, Lui J. Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care provisers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Healh Sciences,* 2003*,* 5: 13-21.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

105. Eker A., Yurdakul M. Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Üniv. Sağlık Bilim. Derg.* 2008, 1(1): 26-35.

106. Keskin F.D. Anorektal cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2005, 1-40.

107. Yorulmaz L, Özbayır T. Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Ulusal cerrahi kongresi. Cerrahi hemşireliği seksiyonu panel ve bildirileri kongre kitabı, Antalya, 2002, 319-324.

108. Kaya H. Selim prostat hiperplazili hastalarda uygulanan ameliyat öncesi bakım ve eğitiminin ameliyat sonrası yaşam kalitesi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi,* İstanbul, 1997.

109. Saylam M. Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora Tezi,* Ankara, 2005, 1-80.

110. Yürümezoğlu Arslan H. Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş doyumları ve hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyeti. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2007, 1-35.

111. Küçükkocabaş H., Dönmez A. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerini Değerlendirmeleri. Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı. İzmir, 3-5 Kasım 1993: 80-91.

112. Özberksoy A. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2006, 1-66.

113. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2010; 13(2): 20-26.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

114. Asilioğlu K., Çelik S.S. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2004; 53(1): 65-70.

115. Yorulmaz L., Özbayır T. Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Ulusal cerrahi kongresi. Cerrahi hemşireliği seksiyonu panel ve bildirileri kongre kitabı, Antalya, 2002, 319-324.

116. Yılmaz M., Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı Dergisi,* 2011, 71-79.

117. Pala T., Saatlı G., Eser E. Hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışanlarından memnuniyeti ve bunu oluşturan bileşenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı, Diyarbakır, 2003: 538-541.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

EK I

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar, anksiyete, ağrı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Bu çalışma; pilonidal sinüs nedeni ile ameliyat edilen hastalara verilen hasta eğitiminin, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Araştırma süresince herhangi bir ilaç uygulaması ya da laboratuar testi yapılmayacaktır. Sadece size hastalığınızla ilişkili olabilecek kişisel bilgileriniz, ameliyat ile ilgili anksiyete düzeyiniz, ameliyat sonrası bakımdan memnuniyet düzeyiniz ve bu hastalığınızın yaşamınızı nasıl etkilediği ile ilgili bir sorular sorularak bir form doldurulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanızda olası herhangi bir yan etki, risk veya rahatsızlık olmayacaktır. Çünkü size doktorunuzun uygulayacağı tedavi ve bakımın dışında herhangi bir ilaç veya girişim uygulanmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmakla sizin gibi pilonidal sinüs ameliyatı olan hastaların durumlarının saptanması ve tedavi başarılarının değerlendirilmesine yardımcı olacaksınız. Çalışmaya katılmanız ameliyat öncesi dönemde hastalara hemşire tarafından verilen eğitiminin ne kadar önemli olduğunu ortaya koyacağı ve verilen bu eğitimin ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrı, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirleyeceği için ileri dönemde ameliyat olacak hastalar için de yarar sağlayacaktır. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda pilonidal sinüs ameliyatı olan hastaların yaşadıkları sorunların çözümüne ve yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik ileride planlanacak araştırmalara da katkınız olacaktır. Bu açıdan bilim dünyası için yararlı bir araştırmada sizin de payınız olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığımla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorum ve araştırma ekibi dosyamı inceleyebilirler. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafında yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

Kişisel bilgileriniz tamamen gizlilik güvencesi altında tutularak, araştırmamızın belirli periyotlarında size ulaşmak için kullanılacaktır. Bunun dışında endişelenmenize sebep olacak herhangi bir yerde kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

-Ordu Yüksek Hemşire Tuğba AŞKIN

0505 705 14 22

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Hastanın adresi :

Hastanın telefonu :

Hastanın Adı Soyadı : *İmzası*

Tarih

Vasinin Adı Soyadı : *İmzası*

Tarih

Vasinin adresi ve telefonu :

Rıza alım işlemine başından

Sonuna kadar tanıklık eden

Adı Soyadı Görevi *İmzası*

Tarih

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı *İmzası*

Tarih

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

EK II

PİLONİDAL SİNÜS NEDENİ İLE AMELİYAT EDİLEN HASTALARA VERİLEN HASTA EĞİTİMİNİN, AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR, AĞRI, ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ANKET FORMU

1. **Hasta grubu** ( ) I. Grup ( ) II. Grup
2. **Yaşınız:**…….
3. **Cinsiyetiniz :** ( ) Kadın ( ) Erkek
4. **Boyunuz: ……..Kilonuz:……..**
5. **Eğitim Durumunuz:**

( ) Okuryazar değil ( ) Okur-yazar veya ilkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Yüksek okul / Üniversite mezunu ( ) Diğer (Lütfen belirtiniz)……

6. **Medeni Durumunuz:**

( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul / Boşanmış / Ayrı yaşıyor

7. **Mesleğiniz:**

( ) Emekli ( )Ev hanımı ( )Memur ( )İşçi ( )Diğer (Lütfen belirtiniz)……....

8. **Gelir durumunuz:**

( ) Ortalamanın epey üstünde (zengin) ( ) Ortalamanın biraz üstünde

( ) Ortalama düzeyde ( ) Ortalamanın biraz altında ( ) Ortalamanın epey altında (fakir)

9. **Sosyal güvenceniz:**

( ) Var (Lütfen belirtiniz) ……( )Yok ( ) Diğer *(belirtiniz)*.....

10. **Sigara kullanma durumunuz:**

( )Halen içiyor ( )İçmiş bırakmış ( ) Hiç içmeyen

11. **Alkol kullanma durumunuz:**

( )Halen içiyor ( )İçmiş bırakmış ( ) Hiç içmeyen

12. **Halen yaşadığınız yer:**

( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy/kasaba ( ) Diğer (Lütfen belirtiniz)……..

13. **Kaç kişilik odada yatıyorsunuz?.....**
14. **Sürekli oturarak iş yapmak zorunda kalıyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

15. **Her gün düzenli egzersiz yapıyor musunuz?**

( ) Evet (günde ……saat) ( ) Hayır

16. **Daha önce önemli bir hastalık geçirdiniz mi?**

( ) Evet (Lütfen hastalığı belirtiniz) ……( ) Hayır

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

17. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

( ) Evet (Lütfen belirtiniz) …… ( ) Hayır

18. Kronik bir hastalığınız var mı?

( ) Evet (lütfen belirtiniz)..... …… ( ) Hayır

19. Daha önce hastaneye yattınız mı ?

( ) Evet (Lütfen nedenini belirtiniz) …… ( ) Hayır

20. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

( ) Evet (Lütfen ameliyatın adını belirtiniz) …… ( ) Hayır

21. Ameliyatınız ile ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?

( ) Evet (Lütfen kimden bilgi aldığınızı belirtiniz) … ( ) Hayır

22. Ameliyatınız ile ilgili aldığınız eğitim/bilgiden memnun musunuz?

( ) Memnunum ( ) Kısmen memnunum ( ) Memnun değilim

23. Ne zamandır bu hastalıktan şikâyetçisiniz? gün.....ay …….. yıl.....

24. Hastalığın adı nedir?.....

25. Ameliyat ile ilgili endişe nedenleriniz nelerdir?

Aşağıda anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen 12 kaygı nedeni sıralanmıştır. Aşağıdaki seçeneklerden sizi en çok korkutan 1., 2. ve 3. durumu belirtilen kısma yazınız.

( ) Ameliyat hakkında bilgi yetersizliği

( ) Ameliyat sonrası uyanmamak

( ) Ameliyat sonrası ağrı

( ) Ameliyat sırasında uyanmak

( ) Ameliyat sonrası bulantı- kusma

( ) Ameliyat ekibinin tavır ve davranışları

( ) Yoğun bakımda kalmak

( ) Ameliyat sonrası uzun süre uyumak

( ) İğne

1-)…… 2-)…….. 3-)……

26. Anestezinin türü:

( ) Genel ( ) Spinal/Epidural

27. Ameliyatın süresi: ……..

28. Ameliyat sonrası kullanılan analjezik adı……..

29. Ameliyat sonrası günlük kullanılan analjezik sayısı…….

30. Normal yaşantınızda çok sık ağrı yaşar mısınız?

( ) Evet ( ) Hayır

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

31. Normal yaşantınızda ağrı yaşadığınızda ağrınızla nasıl baş edersiniz?

( ) Ağrı kesici alırım ( ) Uyurum ( ) Müzik dinlerim

( ) Sıcak uygulama yaparım ( ) Soğuk uygulama yaparım ( ) Ağrıyan yere masaj yaparım ( ) Diğer

32. Ameliyat sonrası ağrınız oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

33. Ameliyattan sonra ağrı beklediğiniz gibi miydi?

( ) Evet beklediğim şiddetteydi ( ) Hayır beklediğimden daha az şiddetliydi

( ) Hayır beklediğimden daha şiddetliydi

34. Ameliyattan sonra yaşadığınız ağrının yeri neresidir? (Birden çok yanıt verilebilir)

( ) Ameliyat yerimde ( ) Drenlerimin olduğu yerde ( ) Sırtımda

( ) Vücudumun her yerinde ( ) Diğer(Lütfen belirtiniz) ……

35. Ameliyattan sonra en çok hangi durumlarda ağrı yaşadınız? (Birden çok yanıt verilebilir)

( ) Pansuman sırasında ( ) Yataktan kalkarken ( ) Yürürken

( ) Öksürürken ( ) Diğer…….

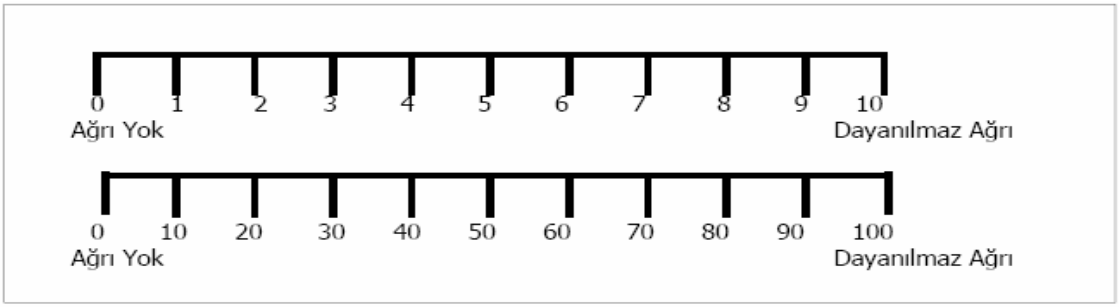
36. Ağrınız sırasında aşağıdaki aktivitelerden hangisini yapmakta zorlandınız/zorlanıyorsunuz?

( ) Soluk alamıyorum ( ) Hareket edemiyorum

( ) Uyuyamıyorum ( ) Öksüremiyorum ( ) Zorlanmadım

37. Ameliyat sonrası ağrı durumunuzu işaretleyiniz? (Aşağıdaki VAS'a göre değerlendirilecek)

	0. saat	1. saat	2. saat	4. saat	8. saat	24. saat
Ağrı						



Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

38. AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR (VAS'a göre değerlendirilecek)

AMELİYAT SONRASI ŞİKÂYETLER	0. saat	1. saat	2. saat	4. saat	8. saat	24. saat
Bulantı						
Kusma						
Kaşıntı						
Uyku hali/sersemlik						
Uykusuzluk						
Hipotansiyon						
Baş ağrısı						
Bel ağrısı						

39. Ameliyat sonrası hemşirelik bakım niteliğine ilişkin görüşünüz nedir?

( ) Çok Yetersiz ( ) Yetersiz ( ) Fena Değil

( ) İyi ( ) Çok İyi ( ) Mükemmel

40. Hemşirelik bakımının daha iyi olmasına ilişkin önerileriniz nelerdir*?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

( ) Daha fazla ilgilenmeli, hasta psikolojisinden anlamalılar

( ) Hoşgörülü ve saygılı olmalılar

( ) Hemşire sayısı artırılmalı

( ) Tedaviler zamanında yapılmalı

( ) Hastalar daha fazla bilgilendirilmeli

( ) Eğitim seviyeleri yüksek olmalı

( ) Daha steril çalışılmalı

( ) Diğer *(lütfen belirtiniz)*……

41. Toplam hastanede yatış süresi ……

42. Ameliyat sonrası hastalığınızla ilgili sorun yaşadınız mı? *(hasta kontrole geldiğinde doldurulacak*)

( ) Evet ( ) Hayır

43. Sorun yaşadıysanız yaşadığınız sorunları lütfen belirtiniz…….(*hasta kontrole geldiğinde doldurulacak)*

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SPIELBERG DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

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

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SPIELBERG SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Sürekli Kaygı Ölçeği	HEMEN HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
21.Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

NEWCASTLE HEMŞİRELİKTEN MEMNUNİYET ÖLÇEKLERİ

Bölüm 1. Hemşirelik Bakımı İle İlgili Yaşananlar Ölçeği

Yönerge: Bu bölümde, bu serviste kaldığınız sürece hemşirelik hizmetleri ile ilgili yaşadıklarınız konusunda sorular var. Sorular bir cümleyi takiben yedi (7) olası yanıttan oluşmaktadır. Sorulara yanıt verirken, her soru için sizin yaşadığınız durumu en iyi tanımlayan bir tane rakamı daire içine alınız. Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

MADDELER	HİÇ KATILMIYORUM	ÇOĞUNLUKLA KATILMIYORUM	FAZLA KATILMIYORUM	KARARSIZIM	ÇOK AZ KATILIYORUM	ÇOK KATILIYORUM	TAMAMEN KATILIYORUM
1. Hemşirelerle dostluk kurmak kolay oldu							
2. Hemşireler bazı hastalara diğerlerine göre daha ayrıcalıklı davrandılar							
3. Hemşireler bana tedavimle ilgili yeterli bilgi vermediler							
4. Hemşireler oldukça sempatik ve hoşgörülüydüler							
5. Hemşireler çağrıldıkları zaman çok geç geliyorlardı							
6. Hemşireler sadece ihtiyacım olduğunda bana bilgi verdiler							
7. Hemşireler neler yaşadığımdan pek haberdar gibi görünmüyorlardı							
8. Hemşireler geceleri ışıkları çok geç saatlerde kapatıyorlardı							
9. Hemşireler, ben yeterince hazır olmadan, bana uygulama yaptılar (enjeksiyon yapma, lavman gibi işlemleri)							
10. Hemşireler ne kadar meşgul olurlarsa olsunlar bana zaman ayırıyorlardı							
11. Ben hemşireleri arkadaş gibi gördüm							
12. Hemşireler morali bozuk olan hastaları rahatlatmak için zaman ayırıyorlardı							
Hemşireler iyi olup olmadığımdan emin olmak için beni düzenli olarak kontrol ediyorlardı							
13. Hemşireler işleri ile başa çıkamıyorlardı							
14. Hemşireler benimle bir insana yakışır şekilde ilgilenmediler							
15. Hemşireler rahatsızlığım hakkında beni bilgilendirdiler							
16. Hemşireler yapacakları işlemleri, yapmadan önce bana açıklama yaptılar (ilaç verme, tüp takma vb)							

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

17. Hemşireler benim bakımımla ilgili her şeyi bir sonraki vardiyadakilere anlatıyorlardı							
18. Hemşireler doktorlara bağımlı kalmaksızın ne yapacaklarını biliyorlardı							
19. Hemşireler hastaların isteklerini unutuyorlardı ve çekip gidiyorlardı							
20. Hemşireler hastalar ihtiyaç duydukları zaman, onların mahremiyetlerine saygı gösteriyorlardı							
21. Hemşirelerin benimle oturmaya ve konuşmaya zamanları vardı							
22. Doktorlar ve hemşireler bir ekip olarak birlikte uyumlu çalışıyorlardı							
23. Hemşireler birbirlerinin ne yaptıklarını biliyor gibi görünmüyorlardı							
24. Hemşireler yapılacak en iyi şeyin ne olduğunu biliyorlardı							
25. Hemşireler sayesinde serviste mutlu bir ortam vardı							

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

Bölüm 2: HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu bölümde, hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi soracağız. Her soru için lütfen tek bir rakamı daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz. Hastanede/serviste yattığınız zamanı dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

Maddeler	Hiç memnun değildim	Nadiren memnundum	Memnundum	Çok memnundum	Tamamen memnundum
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından					
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden					
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından					
4. Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden					
5. Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden					
6. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden					
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden					
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etme durumundan					
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından					
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden					
11. Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden					
12. Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından					
13. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden					
14. Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından					
15. Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden					
16. Serviste size tanınan serbestliğin miktarından					
17. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden					
18. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan					
19. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından					

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

SF – 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

I. **Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?**

a) Mükemmel **b)** Çok İyi **c)** İyi **d)** Orta **e)** Kötü

II. ***Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda*** **şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**

a) Çok daha iyi **b)** Biraz daha iyi **c)** Hemen hemen aynı

d) Biraz daha kötü **e)** Çok daha kötü

III. **Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?**

	Etkinlikler	Oldukça kısıtlıyor	Biraz kısıtlıyor	Hiç kısıtlamıyor
3a	Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
3b	Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
3c	Günlük alışverişte alınanları kaldırmak veya taşımak			
3d	Merdivenle çok sayıda kat çıkmak			
3e	Merdivenle 1 kat çıkmak			
3f	Eğilme veya diz çökmek			
3g	Bir – iki kilometre yürümek			
3h	Birkaç sokak öteye yürümek			
3i	Bir sokak öteye yürümek			
3j	Kendi kendine banyo yapmak veya giyinmek			

IV. **Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?**

	Etkinlikler	Evet	Hayır
4a	İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
4b	Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
4c	İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?		
4d	İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Daha fazla çaba gibi)		

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

V. **Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin; çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Etkinlikler	Evet	Hayır
5a	İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
5b	Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
5c	İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

VI. **Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?**

a)Hiç etkilemedi **b)**Biraz etkiledi **c)**Orta derecede etkiledi
d)Oldukça etkiledi **e)**Aşırı etkiledi

VII. **Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?**

a) Hiç **b)** Çok hafif **c)** Hafif **d)** Orta **e)** Şiddetli **f)** Çok şiddetli

VIII. **Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi ne kadar etkiledi? (Hem ev işlerinizi hem ev dışındaki işlerinizi düşününüz)**

a) Hiç etkilemedi **b)** Biraz etkiledi **c)**Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi **e)** Aşırı etkiledi

IX. **Aşağıdaki sorular sizin 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.**

	Duygularınız	Her zaman	Çoğu zaman	Olduk ça	Bazen	Nadire n	Hiçbir zaman
9a	Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
9b	Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
9c	Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?						
9d	Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
9e	Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
9f	Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
9g	Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
9h	Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
9i	Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

X. **Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?**

a) Her zaman **b)** Çoğu zaman **c)** Bazen

d) Nadiren **e)** Hiçbir zaman

XI. **Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.**

	İfadeler	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
11a	**Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim**					
11b	**Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım**					
11c	**Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum**					
11d	**Sağlığım mükemmel**					

Bu araştırmaya önemli katkılar sağladığınız için teşekkür ederiz.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

EK III

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komitesi

Sayı : 0043
Konu : Araştırma Hakkında

12/11/2010

Sn.Yrd. Doç. Dr. Emel YILMAZ

"Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar, anksiyete, ağrı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi" isimli araştırmanız incelenmiş; çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Levent YOLERİ
Başkan

Uncubozköy Mevkii MANİSA / MERKEZ
Telefon : (0 236) 233 19 20 Faks : (0 236) 233 14 66
Elektronik : http://www.bayar.edu.tr/~tip

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

EK IV

TUTANAK

İLGİ (a) Manisa Asker Hastanesi Baştabipliği Ord.Yük.Hemş.Tuğba AŞKIN'ın "Fiziksel sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar, anksiyete, ağrı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi" konulu dilekçesi.

Manisa Asker Hastanesi yerel etik kurulu Ord.Yük.Hemşire Tuğba AŞKIN (G-2004-999)'ın ilgi (a) dilekçesi görüşülmek üzere 22.12.2010 günü saat. 11:00'de Baştabiplik makamında toplanılmıştır.

1.Ord.Yük.Hemşire Tuğba AŞKIN (G-2004-999) tarafından komisyon bilgilendirilmiştir.

2.Yerel etik kurulu tarafından müracaat dosyası incelenmiştir.

İnceleme sonucunda;

1.İlaç dişi çalışmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu,

2.İyi klinik uygulamalar klavuzunun araştırmacılar tarafından okunduğuna dair belge,

3.Araştırmaya katılan tüm birimlerin ve elemanların araştırma hakkında bilgilendirildiğine dair belge,

4.Bütçeye gerek olmadığı,

5.Dünya tıp birliği Helsinki bildirgesine uygun olduğu değerlendirilmiştir.

SONUÇ:

Bu çalışmanın Manisa Asker Hastanesi Baştabipliği Etik kurulunca uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Tuğba AŞKIN Ord.Yük.Hemş.	Şahin KAYMAK Tbp.Yzb. Genel Cerrahi Uzm.	Mete ŞAHİN Tbp.Bnb. Radyoloji Uzm.	Hasan AYTA Tbp.Yb. İç.Hast.Uzm.

ONAY

Mehmet ARTAN
Tabip Albay
Baştabip

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

EK V

EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Kayseri'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 2000–2004 öğrenim yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu'nu tamamladı. Aynı yıl GATA Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Servisinde çalışmaya başladı. 2005–2007 yıllarında Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesinde görev yaptı. 2007 yılından beri Manisa Asker Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)