

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI YOĞUN BAKIMDA
İZLENEN HASTALARDA SUSUZLUK ŞİDDETİ İLE
KONFOR DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ

Tuğba Hatice ÇAYLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI YOĞUN BAKIMDA İZLENEN HASTALARDA
SUSUZLUK ŞİDDETİ İLE KONFOR DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Tuğba Hatice ÇAYLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Banu TERZİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 28/06/2021

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Banu TERZİ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Nurten KAYA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Üye : Prof. Dr. Murat YILMAZ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Emine KOL
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci
Tuğba Hatice ÇAYLAR
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Banu TERZİ
İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ve eğitim hayatımda hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, eğitim hayatıma, mesleki hayatıma ve kişisel hayatıma olan tüm katkılarından dolayı danışmanım Doç. Dr. Banu TERZİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan ve yol gösteren, deneyimleriyle her zaman yoluma ışık tutan, tez çalışmasına uzman görüşleri ile katkı sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Doç.Dr. Emine KOL ve Dr. Öğr.Üyesi Serpil İNCE'ye,

Tez jürimde bulunan, kıymetli bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan değerli hocalarıma,

Yüksek lisans dönemi boyunca içtenlikle tüm sorunlarımızı çözmeye çalışan Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan arkadaşlarıma,

Ve hayatımın her sürecinde olduğu gibi tez çalışmamda da desteklerini hiç esirgemeyen maddi ve manevi yanımda olan annem Öznur ÇAYLAR ve babam Ahmet ÇAYLAR'a, en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastalarda susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdeki araştırma cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesinde izlenen 225 hasta birey ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri; “Hasta Bilgi ve Tanılama Formu”, “Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)”, “Susuzluk Şiddeti Vizuel Analog Skala (VAS)”, “Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)”, “Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSÖ)”, “Glaskow Koma Skoru (GKS)” ve “Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE-II)” formları kullanılarak toplandı. Hastaların susuzluk şiddeti yoğun bakım ünitesinde entübe iken, konfor düzeyi ise hastalar ekstübe olduktan sonra ve yoğun bakım ünitesinden taburcu olmadan önce ölçülerek değerlendirildi. Araştırmanın verileri uygun istatistiksel analiz yöntemleri ile analiz edilerek $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Bulgular: Hastaların %70,7 ($n=159$)’sinin susadığı; ve bu hastalardan %40,3 ($n=64$)’ünün susuzluk hissini elini kaldırarak ifade ettikleri belirlendi. Hastaların Susuzluk Şiddeti VAS puan ortalaması $6,26\pm2,49$ (Min.=0-Maks.=10) olarak ölçüldü. Susuzluk hisseden hastaların susuzluğunu gidermek için %76,6 ($n=131$)’sının dudaklarının nemli gaz bezi ile ıslatıldığı saptandı. Hastaların susuzluk şiddeti ile konforu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Sonuç: Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastalar orta düzeyin üzerindeki şiddette susuzluk hissi yaşamaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde hastaların yaşadığı ve olumsuz bir deneyim olarak sayılan susuzluk şiddetinin azaltılmasına yönelik hemşirelik bakım protokollerinin geliştirilerek uygulanması konfor düzeylerini yükseltebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi girişim; hemşirelik bakımı; konfor düzeyi; susuzluk şiddeti; yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the severity of thirst and the level of comfort in patients followed in the intensive care unit after surgery.

Method: This descriptive and correlational study was conducted with 225 patients who were followed up in the intensive care unit after surgery. The data of the research; Collected using the “Patient Information and Diagnosis Form”, “Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)”, Thirst Severity Visual Analogue Scale (VAS)”, “Perianesthesia Comfort Scale (PCI), “Intensive Care Oral Care Frequency Evaluation Scale (YBABSDS)”, “Glaskow Coma Score (GCS)” and “Acute Physiological and Chronic Health Assessment (APACHE-II)”. The thirst severity of the patients was evaluated while intubated in the intensive care unit, while the comfort level was measured after the patients were extubated and before they were discharged from the intensive care unit. The data of the study were analyzed with appropriate statistical analysis methods and interpreted at $p < 0.05$ significance level.

Results: 70.7% (n=159) of the patients were thirsty; and it was determined that 40.3% (n=64) of these patients expressed their thirst by raising their hands. The mean Thirst Severity VAS score of the patients was measured as 6.26 ± 2.49 (Min.=0-Max.=10). It was determined that 76.6% (n=131) of the patients who felt thirsty moistened their lips with moist gauze to quench their thirst. It was found that there was no statistically significant relationship between the severity of thirst and comfort levels of the patients ($p > 0.05$).

Conclusion: Patients followed in the intensive care unit after surgery experience a moderately severe thirst. For this reason, developing and applying nursing care protocols for reducing the severity of thirst, which is considered a negative experience and experienced by patients in the intensive care unit, can increase comfort levels.

Key words: Surgical intervention, nursing care, comfort level, thirst severity, intensive care unit

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. CERRAHİ GİRİŞİM	4
2.1.1. Cerrahi Girişim Türleri	4
2.1.2. Cerrahi Girişim Sonrası Yoğun Bakım Ünitesine Kabul	5
2.1.3. Cerrahi Girişim Sonrası YBÜ'ye Kabul Edilen Hastaların Yaşadıkları Olumsuz Deneyimler	5
2.2. SUSUZLUK	6
2.2.1. Susuzluk Tanımı	6
2.2.2. Susuzluk Patofizyolojisi	7
2.2.3. Susuzluğu Etkileyen Faktörler	8
2.2.4. Susuzluk Ölçüm Yöntemleri	8
2.3. KONFOR	8
2.3.1. Konfor Kavramı	9
2.3.2. Konfor Kuramı	10
2.3.3. Konforu Etkileyen Faktörler	13
2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SUSUZLUK VE KONFOR İLİŞKİSİ	14
2.5. SUSUZLUĞU GİDERMEYE YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIM	16

GİRİŞİMLERİ

3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Soruları	18
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	18
3.4.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	19
3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.5.1. Hasta Bilgi ve Tanılama Formu	19
3.5.2. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)	19
3.5.3. Susuzluk Şiddeti Vizuel Analog Skala (VAS)	20
3.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)	20
3.5.5. Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSDÖ)	21
3.5.6. Glaskow Koma Skoru (GKS)	21
3.5.7. Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE-II)	22
3.6. Araştırmanın Uygulanması Protokolü	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.9. Araştırmanın Uygulama Süreci	24
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4.BULGULAR	26
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri	26
4.2. Hastaların YBÜ'deki Susuzluk Şiddeti İle Hastalık Özellikleri ve Susuzluğu Etkileyen Faktörler	30
4.3. Hastaların Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki	33
5. TARTIŞMA	34
5.1. Hastaların Susuzluk Şiddeti ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	34
5.2. Hastaların Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin	38

Tartışılması

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **40**

KAYNAKLAR **42**

EKLER **51**

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 2. Hasta Bilgi ve Tanılama Formu

EK 3. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası

EK 4. Vizüel Analog Skala

EK 5. Perianestezi Konfor Ölçeği

EK 6. Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği

EK 7. Glaskow Koma Skalası

EK 8. Akut Fizyolojik Ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi

EK 9. Ölçek İzinleri

EK 10. Etik Kurul İzni

EK 11. Sağlık Bakanlığı İzni

ÖZGEÇMİŞ **67**

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.2.1.	Konforun taksonomik yapısı	21
Tablo 3.1.	Araştırmanın uygulama süreci	21
Tablo 4.1.1.	Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı	26
Tablo 4.1.2.	Hastaların yatış tanılarına göre dağılımı	33
Tablo 4.1.3.	Cerrahi girişime ilişkin bulguların dağılımı	28
Tablo 4.1.4.	Hastaların geçirilen cerrahi girişim türüne göre dağılımı	30
Tablo 4.2.1.	Hastaların susuzluk şiddeti ve YBÜ'deki hastalık özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4.2.2.	Susuzluk şiddetini etkileyen faktörlerin dağılımı	31
Tablo 4.2.3.	Hastaların laboratuvar değerlerinin ve aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesinin dağılımı	32
Tablo 4.3.1.	Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan dağılımı	33
Tablo 4.3.2.	Hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişki	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama basamakları

23



SİMGELER ve KISALTMALAR

YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
MV	: Mekanik Ventilasyon
IMV	: Girişimsel Mekanik Ventilasyon
NIMV	: Girişimsel Olmayan Mekanik Ventilasyon
NRS	: Numeric Rafting Scale
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
RASS	: Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası
VAS	: Vizuel Analog Skala
PKÖ	: Perianestezi Konfor Ölçeği
YBABSDÖ	: Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği
GKS	: Glaskow Koma Skalası
ADH	: Antidiüretik Hormon
DM	: Diyabetes Mellitüs
HT	: Hipertansiyon
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi
IV	:İntravenöz

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik tüm boyutları ile insan organizmasının, bütünlüğünü ve canlılığını koruyarak yaşamını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinin insan onuruna yakışır biçimde karşılanması gerekmektedir. Sağlık durumunda sapmalar olması bireyin en temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmasına neden olabilir. Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirmeyi amaç edinen hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" şeklinde tanımlanmaktadır (<https://www.thder.org.tr/> Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2021; Kaya, 2002).

Hemşirelik sağlıklı/hasta bireyin olduğu alturistik ilkelerin en önde yer aldığı değerlerle toplumun her kesiminde yer almaktadır. Hasta bireyin karmaşık bakım ve tedavilerle bağımsızlığının yükseltilerek konforunun sağlandığı en önemli bakım merkezlerinden biri de yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'dir. Yoğun bakım üniteleri hastalarda istendik düzeylerde iyileşme sonuçlarına ulaşabilmede gerekli olan üst düzeyde teknolojik araç-gerecin kullanıldığı ve multidisipliner uzmanlaşmış ekip yaklaşımını içeren bakım merkezleridir (Terzi ve Kaya, 2017a).

Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü planlı (elektif) ya da plansız olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan hastalar; cerrahi girişim sonrası yakından izlemamacıyla kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesine plansız kabul şekli ise solunum ya da kalp durması, travmalar, kanamalar gibi acil ve yaşamı tehdit edici durumların kontrol altına alınabilmesi amacıyla yapılmaktadır (Terzi ve Kaya, 2017a).

Ek kronik hastalığı olan ve/veya cerrahi girişim sonrası homeodinamik parametrelerinin yakından izlenmesi gereken hastalar YBÜ'ye kabul edilerek yoğun tedavi ve bakım altına alınmaktadır. Bu hastalar birçok invaziv ve noninvaziv girişime maruz kalırlar (Kıraner, 2018). Hastanın cerrahi girişim sonrası YBÜ'ne kabulünün ardından bakım; homeostatik dengeyi sağlamaya, olası komplikasyonları önlemeye, hasta konforuna ve güvenliğine temellenmektedir (Türk ve ark., 2011). YBÜ

hastaları üniteye kaldıkları süre boyunca birçok olumsuz deneyim yaşayabilmektedir (Terzi ve Kaya, 2011). Bu deneyimlerin başında hastaların fiziksel konforunu olumsuz şekilde etkileyen ağrı, açlık, susuzluk ve uykusuzluğun yer aldığı bilinmektedir (Terzi ve Kaya, 2011; Terzi ve Kaya, 2017a).

Yoğun bakım ünitesine planlı şekilde kabul edilen hastaların cerrahi girişim öncesi açlık ve susuzluk süresinin uzaması, cerrahi girişim sırasında vücuttan kan ve sıvı kayıpları, cerrahi girişimin türü, süresi, ameliyethane ortamının ısısı, vb. faktörler hastalarda susuzluk gelişmesine neden olabilmektedir. Postoperatif anestezi bakım ünitelerinde hasta personelleri hastaların en çok ağrı, susuzluk, üşüme, mide bulantısı ve kusmadan şikayetçi olduğunu belirtmektedir (Schitteck ve ark., 2020). Perioperatif dönemdeki oral kısıtlılığın mümkün olan en aza süreye indirilmesi ve düzenli ağız bakımı ile susuzluğun giderilebileceği belirtilmektedir (Apfel ve ark., 2012). Uzayan perioperatif dönem, cerrahi girişim sonrası YBÜ’de uygulanan mekanik ventilasyon tedavisi, anksiyete ve korkunun susuzluğa neden olarak hasta konforunu bozduğu ifade edilmektedir (Schitteck ve ark., 2021). Cerrahi girişimler, birçok konuda iyileşme sağlamanın yanı sıra hastalar için psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden bir travma sebebi olarak görülmektedir. Ayrıca bu alanlarda yaşanan sorunların hasta konforunu olumsuz şekilde etkilediği öne sürülmektedir (Uğurlu, 2007; Büyükcinal Şahin ve Rızalar, 2018). Dolayısıyla cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastaların susuzluk şiddetinin ve susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi hastalarda en üst düzeyde iyileşme sonuçlarına ulaşılabilmesinde hemşirelik bakımı girişimlerinin planlanmasında yol gösterici olabilir. Uygulanan hemşirelik bakımı ile hastanın YBÜ’de susuzluk şiddeti azaltılarak konfor düzeyi ve bununla birlikte bağımsızlık düzeyi artabilir. Sonuçta toplum sağlığının sürdürülmesinde önemli katkılar verilebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastalarda susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.3.Araştırmanın Soruları

- Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastaların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
- Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastaların susuzluk şiddeti ve susuzluk şiddetini etkileyen faktörler nelerdir?
- Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. CERRAHİ GİRİŞİM

İnsan organizmasında oluşan patolojik olayları durdurma, hafifletme veya bazı yapıları tamamen çıkararak problem ortadan kaldırmayı amaçlayan kontrollü travmalara cerrahi adı verilir (Aslan, 2009; Elbaş, 2016).

Cerrahi girişim, ilaç ve diğer tedavi türleri ile iyileşmesi mümkün olmayan hastalıkların, yaralanmaların, vücutta mevcut olan yapı bozukluklarının, insan bedeninin fiziksel esasları olabildiğince korunarak, ameliyat ile onarılmasına veya hastalıklı olan organın kesilip vücuttan çıkarılarak iyileşmenin sağlanması durumu olarak tanımlanmaktadır (Aksoy, 2017).

Cerrahi girişimler, anestezi kullanımı veya solunum desteği gibi yardımcı girişimlerle ameliyathanede gerçekleşen ve cerrahi kesi içeren tıbbi müdahalelerdir (<https://ec.europa.eu/eurostat>, Erişim Tarihi: 20.05.2021).

2.1.1. Cerrahi Girişim Türleri

Cerrahi girişimler amaçlarına ve aciliyetine göre iki sınıfta incelenir (Yavuz, 2004; Williams, 2015):

a. Amaçlarına göre;

- Estetik: Hasta tarafından talep edilen iyileşme amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Meme büyütme, Göz kapağı estetiği vb.)
- Tanısal: Doku örnekleri elde ederek tanı koyma amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Biyopsi vb.)
- Eksploratif: Bütün tektiklerin gerçekleştirilmesine rağmen tanı koyulamayan durumlarda durumun doğrulanması veya ölçülmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Eksploratuvar Laparotomi vb.)
- Önleyici: İleride problem yaratma riski olan dokunun sorun çıkarmadan önce vücuttan çıkarılması amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Kanseri önlemek için polipin çıkartılması vb.)
- İyileştirici: Hastalıklı veya normal olmayan dokunun vücuttan çıkarılması amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Apandisit, tümör vb.)
- Rekonstrüktif: Yapıyı yeniden eski durumuna getirme amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Skar Onarımı, Total Diz Replasmanı vb.)

- Palyatif: Tedavi edilemeyen semptomların hafifletilmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler (Tedavi edilemeyen bağırsak tıkanıklığı için kolostomi açılması, ağrıyı hafifletmek için sinir kökünü kesilmesi vb.)

b. Aciliyetine göre;

- Çok Acil: Hayati tehlikesi olan ve organları korumak için gerekli cerrahi girişimler (Rüptür Olmuş Aort Anevrizması, apandisit, travmatik ekstremitte amputasyonu vb.)
- Acil: 24-30 saat içerisinde yapılması gereken cerrahi girişimler (Kırık onarımı, enfekte safra kesesi vb.)
- Seçimli (elektif): Zaman kısıtlaması olmadan planlı bir şekilde uygulanan cerrahi girişimler (Eklem replasmanı, fıtık onarımı vb.)
- İsteğe Bağlı: Hasta talebi üzerine uygulanan cerrahi girişimler (Kozmetik cerrahi vb.)

2.1.2. Cerrahi Girişim Sonrası Yoğun Bakım Ünitesine Kabul

Yoğun bakım ünitesine kabulün %30'u medikal, %21 'i cerrahi, %25'i pediatri ve geri kalanını da zehirlenmeler ve renal transplantasyon gibi nedenler kaynaklanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında YBÜ; bireylerin daha iyi şartlarda ölmeleri için tasarlanan üniteler değil, yaşama ihtimali gösteren bireylerin geniş bakım, yakın takip ve tedavi olanaklarından faydalanması için kabul edildiği ünitelerdir. Bu sebeple organ ve sistem yetersizlikleri, akut metabolizma bozuklukları, politravmalar, yanıklar, çeşitli nedenlerle gelişen kanamalar, ameliyat sonrası komplikasyonlar, preeklempi, kanama pıhtılaşma bozuklukları, zehirlenmeler gibi vakalar YBÜ'ye kabul edilmektedir (Hatipoğlu, 2002).

Hastalar geçirilen cerrahi girişimin türüne göre kalp ve damar cerrahi, nöroşirurji cerrahi, göğüs cerrahi ya da genel cerrahi gibi yakın takip ve tedavi olanaklarının geniş olduğu yoğun bakım ünitelerine transfer edilebilir veya ameliyat sonrası genel durumları stabilleşene kadar tutulduktan sonra tıbbi durumları sebebiyle de yoğun bakım ünitelerine alınabilirler (Eti Aslan, 2017).

2.1.3. Cerrahi Girişim Sonrası YBÜ'ye Kabul Edilen Hastaların Yaşadıkları Olumsuz Deneyimler

Cerrahi girişim, küçük veya büyük, planlı veya acil olması fark etmeksizin homeostatik dengenin bozulması ile karakterize, hastayı fizyolojik ve psikolojik

açından ciddi şekilde etkileyen durumdur (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Yapılan her cerrahi girişimin kendine özgü problemleri olsa da cerrahi girişim sonrası yaşanan problemlerin bazı ortak özellikleri vardır. Bu etkiler; cerrahi girişim sebebiyle oluşan kaygı ve stres, cerrahi girişim öncesi aç ve susuz bırakılmaya bağlı açlık ve susuzluk, cerrahi girişim kesisine bağlı ağrı ve enfeksiyon riski gibi bir çok sorunu içermektedir (Yavuz, 2004; Bayraktar Dönder, 2005; Demircan, 2014; Soydaş Yeşilyurt, 2016).

Cerrahi operasyon öncesi hastaların aç ve susuz bırakılması sonucu cerrahi girişim sonrası gelişen bu açlık ve susuzluk, vücudun oluşturduğu stres yanıtını artırmakta ve buna bağlı olarak kan glukoz seviyesinin normal değerlerden sapma göstermesine, insülin direncinin oluşmasına, kişinin yorgunluk hissetmesine, oluşan açlık ve susuzluk sebebiyle anksiyete düzeyinin artmasına neden olmaktadır (Aygın, 2012; Bozkırlı ve ark., 2012; Demirhan ve Pınar, 2014).

2.2. SUSUZLUK

2.2.1. Susuzluk Tanımı

Susuzluk; bireyin fizyolojik, psikolojik, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlarını kapsayan ve yaşam standartlarından etkilenen, su içme isteği ile karakterize öznel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Arai ve ark., 2013). Fizyolojik bir gereksinim olmasının yanı sıra, tat alma, ağız ve boğaz kuruluşunun giderilmesi amacı ile sıcak/soğuk sıvı tüketme isteği ile tanımlanan susuzluk durumu; yaş, yandaş hastalık, beslenme durumu ve anksiyete düzeyi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Arai ve ark., 2013).

Susuzluğun bölgesel (örneğin; faringeal) ya da genel duyu ile ilgili olup olmadığı konuları tartışmalıdır. Boğaz bölgesi ya da ağız kuruluşu susuzlukta çarpıcı bir özelliştir. Ağız kuruluşu hissi, susuzluğun gerekli bir bileşenidir. Igboke and Obika'nın çalışmasında, Robertson'un (1984) belirttiğine göre susuzluk, su ve diğer sıvılar için duyulan genel bir arzu hissi olarak tanımlanmaktadır. Susuzluk, su içmekle eş anlamlı olmayıp su ya da sıvı gıdalar içmek, pozitif ya da negatif olarak kişisel ve çevresel faktörler gibi çeşitli faktörler tarafından da etkilenebilmektedir. Susuzluk, ağız ve boğazın nemliliğini devam ettirmek için tükürüğün yetersizliğidir (Igboke ve Obika, 2008).

Ağız kuruluğu sadece basit bir subjektif semptom değil aynı zamanda tükürük akım oranında objektif olarak ölçülen azalma ve tükürük bezinin az çalışması olarak da tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2016).

2.2.2. Susuzluk Patofizyolojisi

Susuzluk, etiyolojik olarak ozmotik ve hipovolemik olarak sınıflandırılabilir (Arai ve ark., 2013). Ozmotik susuzluk; lateral hipotalamusta ADH salınımını uyaran plazma ozmolaritesindeki %1-2 artış ile açıklanabilir (Bourque, 2008). ADH; plazma ozmolaritesinin düzenlenmesi amacıyla su geri emilimini arttırdığından, susuzluğun kompanse edilmesi açısından önemli bir hormondur. Ozmotik değişikliklerle sağlanan kompensasyon mekanizması yeterli olmadığında susuzluk aktifleşir ve organizma su arayışına girer (Arai ve ark., 2013). Hipovolemik susuzluk ise; plazma hacminin azalması sonucu sıvı alımına duyulan gereksinimle ilişkili olup, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve adrenerjik aktivite ile düzenlenir (Arai ve ark., 2013). Bu nedenle, susuzluğa neden olabilen uyaranlar arasında ağız kuruluğu gibi spesifik oral koşulların yanı sıra; plazma osmolaritesinde artış, kan hacminde azalma, kan basıncında azalma ve anjiyotensin II konsantrasyonunda artış yer alır (Arai ve ark., 2013).

Hipovolemik susuzluk durumunda, hacim ve damar içi basıncındaki dalgalanmalar ozmotik değişikliklere daha az duyarlı olup, tetiklenmesi için plazma hacminde ancak %10'luk plazma hacim kaybı gereklidir (Bourque, 2008). Perioperatif dönemdeki hastalar, cerrahi girişimin bir sonucu olan kanama nedeniyle, özellikle hipovolemi kaynaklı susuzluktan etkilenir. Hipovolemik susuzluk durumunda ADH seviyesinde artış ve anjiyotensin düzeyinde düşüş ortaya çıkar. Ameliyat nedeniyle kan kaybına bağlı hipovoleminin yeniden düzenlenmesi amacıyla bir geribildirim mekanizması devreye girer (Gerhardt ve ark., 2010). Hipovolemiye verilen yanıt, kalp debisinin azalmasına ve kan basıncında düşüğe neden olduğundan, ortaya çıkan olumsuz hasta sonuçlarını önlemek amacıyla endokrin, otonom sistemler ve bileşenleri harekete geçirilir. Aynı zamanda, damarsal tonus, venöz dönüş, kalbin kasılma gücü ile böbreklerden sodyum ve suyun geri emilimini arttırmaya yönelik sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile hipovolemiye yanıt verilir (McKinley ve Johnson, 2004).

İnsan vücudunda meydana gelen sıvı elektrolit değişiklikleri, beynin spesifik anatomik bölgeleri ile fizyolojik açıdan tespit edilerek sıvı replasman gereksinimi

tetiklenir. Susuzluğun giderilmesi arayışında su alımı davranışı, homeostatik duygular olarak kabul edilen ağrı, sıcaklık, açlık ve susuzluk gibi vücudumuzun hayatta kalma gereksinimlerini yansıtan duygular tarafından yönetilir. Bu duygular, hipotalamus, interoseptif korteks, anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks ve serebellum gibi spesifik anatomik alanların aktivasyonu ile ortaya çıkarken, terminal laminin vaskülatürü ve üçüncü ventrikülün ön duvarında (terminal lamina) bulunan subfornik organ olarak isimlendirilen sirkventriküler organlar gibi susuzluğun oluşumunda yer alan diğer serebral yapılar da aktivedir (McKinley ve Johnson, 2004; Saker ve ark., 2014). Orofaringeal aferent sinir iletimi, susuzluğun algılanması ve vücut sıvılarının düzenlenmesi ile ilişki gösterir (Kuramochi ve Kobayashi, 2000). Ağız boşluğu inervasyonu; mandibula, orofarinks, trigeminal ve glossofaringeal sinirler ile ilgilidir. Ağız boşluğuna kök veren bu sinirler, orofaringeal reseptörler aracılığıyla uyarı alır, impulsu beyin sapı boyunca iletir ve beynin somatosensoriyel alanlarına ulaştırır (Eccles ve ark., 2013).

Dengeleyici mekanizmalar ile serum ozmolaritesini azaltmak ve sıvı dengesini sağlamak amacıyla yeterli su tutulmadığında hücre içi tonisitedeki artışa yanıt olarak ozmotik susuzluk veya hücre içi dehidrasyon gelişir (Arai ve ark., 2013). Plazma osmolalitesindeki değişiklikler beden sıvısının eksikliği ya da fazlalığına bağlı olarak, ozmoreseptörler tarafından algılanır ve ADH salınımına neden olur. ADH, böbreğin distal ve toplayıcı kanal hücrelerinin dış duvarlarındaki spesifik reseptörlere bağlanarak tübüllerdeki su geçirgenliğini artırır ve suyun geri emilimini sağlar (Akyolcu, 2017).

2.2.3. Susuzluğu Etkileyen Faktörler

Sıvı elektrolit dengesinin bozulması çeşitli etmenlere bağlı olarak gelişebilmekte ve susuzluk durumu ortaya çıkabilmektedir. Duygu durum değişikliği, travmalar veya cerrahi bir girişim önemli etmenlerdir. Cerrahi hastası, konveksiyon, iletim, buharlaşma ve radyasyon kaynaklı istemsiz kayıplara bağlı ozmotik dengesizliğe, yanı sıra, terleme ve idrar çıkışı ile elektrolit kaybına neden olan susuzluğa duyarlıdır (Eren, 2018). YBÜ’de susuzluğa neden olabilen faktörler; demografik özellik (yaş, vb.), sedasyon tedavisi (yüksek doz opioid), kalsiyum seviyesi, sodyum seviyesi, glikoz seviyesi, hematokrit düzeyi, kan basıncını etkileyen ilaçlar, osmolarite, oral sıvı alım miktarı, yapay solunum, kusma, dehidratasyon, vb. sayılmaktadır (Morita ve ark., 2001; Yin ve ark., 2014; Gulia ve ark., 2019).

2.2.4. Susuzluk Ölçüm Yöntemleri

Susuzluk durumunun subjektif bir özelliğinin olması nedeniyle, özellikle iletişim sorunu olan hastalar değerlendirilirken, susuzluğu tanımak ve ölçmek zorlaşmaktadır (Arai ve ark., 2013). Eren'in yaptığı 'Ameliyat Sonrası Erken Dönem Susuzluğun Yönetiminde Oral Su ve Buz Uygulamasının Etkisi' adlı çalışmada susuzluk yaşayan kişiler ağız kuruluğu, boğaz kuruluğu, boğazda hassasiyet, yutkunma zorluğu, konuşma güçlüğü, ağızda kötü tat ve koku hissettikleri belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, uygulama gruplarındaki hastaların tamamına yakınının oral su ve buz uygulamasının susuzluklarının azalmasını sağladığını ve tekrar ameliyat olurlarsa susuzluklarını azaltmak için oral su ve buz uygulanmasının yapılmasını isteyeceklerini, uygulama sırasında rahatsızlık yaşamadıklarını ve üşüme hissetmedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Eren, 2018).

Susuzluk durumunun değerlendirilmesi, bireyin durumu tanınması, algılanması ve açıklamasına dayanmaktadır (Eren, 2018). Tomografi ve rezonans haritalama, ozmotik ve hormonal değişiklikler ile susuzluğun önceden belirlenmesi ve ölçülmesi gibi çeşitli mekanizmalar ile yönetilen ameliyat sonrası dönemde çeşitli ölçekler kullanılabilmektedir. Ağrının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ve sayısal derecelendirme ölçekleri (Numeric Rating-Scale-NRS) susuzluğun şiddetinin belirlenmesinde kullanılabilir. GKÖ ve NRS puanlarının yüksek ADH düzeyleri ve kan ozmolaritesiyle pozitif korelasyon ilişkisi gösterdiği bildirilmektedir (Arai ve ark., 2014).

2.3. KONFOR

2.3.1. Konfor Kavramı

Konfor, kökenini Fransızca "confor" sözcüğünden almakta ve Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık" şeklinde tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 12 Nisan 2021). Latince'de ise "güçlendirmek" anlamında olan "confortare" sözcüğünden türetildiği bilinmektedir (Siefert, 2002). Kişinin konfor hissini bütünüyle yaşaması için beden, akıl ve ruhunun talep veya gereksinimlerinin doyuma ulaşması gerekmektedir (Kolcaba ve ark., 2004). Hemşirelik sanatı ile bağdaştırılan konfor kavramı ve hasta konforu oldukça karmaşık, bireysel ve bütüncül kavramlardır. Hemşireler konfor önlemleri aracılığı ile bireyleri teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardım

gibi hemşirelik bakımlarını gerçekleştirmektedir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Velioğlu, 1999). Çağdaş hemşirelikte konfor ve konfor önlemleri yaygın olarak kullanılmasına rağmen genellikle ağrı yönetiminde tartışılmıştır. (Kolcaba, 1991). Kolcaba'ya göre ise konfor; “kişinin ihtiyaçları ile ilgili yardım, huzur sağlama ve problemlerin üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-sprituel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen bir sonuç”tur (Kolcaba ve Kolcaba, 1991). Kolcaba, bireysel konfor ihtiyaçlarını ve hemşirelik için konfor bileşenlerini; ferahlama, arınma, rahatlama, zorlukların üstesinden gelme durumu olarak açıklamıştır. Bu alanlardaki ihtiyaçları karşılanamayan birey eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiği sürece bu eksiklik ortadan kalkar (Kolcaba, 2003). Hemşirelerde bakım sistematik bir düzene geçtikten sonra insan, çevre, iletişim, sağlık, hastalık, bakım ve konfor gibi kavramlar üzerine kuramlar geliştirmeye başlamışlardır. (Üstündağ, 2009).

2.3.2. Konfor Kuramı

Konfor kavramı birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakım için önemli bir faktördür. Peplau; konforu temel bir ihtiyaç olarak kavramsallaştırarak ifade ederken, Orlando; fiziksel ve mental konforu değerlendirmiş ve konforu arttırmaya yönelik girişimleri anlatmıştır. Roy'un Adaptasyon modelinde hastanın mental konfora ulaşması için konfor önlemlerinden faydalanılmıştır (Kolcaba ve ark., 2006). Watson'un İnsan Bakım Modelinde ise; bakımın değişken ögesi konfor kabul edilmiştir (Marchuk, 2016). Son olarak konfor kavramını analiz eden Katharina Kolcaba, kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturarak orta düzey konfor kuramını geliştirmiştir (Zengin, 2010).

Kolcaba, 1988 yılında üç düzey ve dört boyuttan oluşan konforun taksonomik yapısını oluşturmuş, konfor kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür. Bu doğrultuda oluşturulan, Konfor Kuramının temel hipotezleri ise şu şekildedir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994):

- İnsanlar, karmaşık uyaranlara bütüncül cevaplar verirler.
- Konfor, hemşirelikte hedeflenen öncelikli bir sonuçtur.
- Kişiler temel konfor gereksinimlerini kendileri karşılamalı ya da bu gereksinimler başkaları tarafından karşılanmalıdır.

- Konfor, hasta merkezli sisteme temellenmiş olup kuralcı ve tanımlayıcı bir yapıya sahiptir.

Kolcaba'nın konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra hasta bireylerde beklenen konfor düzeyini ölçmek için 48 maddelik, dörtlü likert tipte olan Genel Konfor Ölçeği (General Comfort Questionary-GCQ)'ni geliştirdiği ve sonuçlarını 1992 yılında açıkladığı bildirilmektedir (Yücel, 2011).

Kolcaba, bireyin konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarının ardından Konfor Kuramı'nın üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını geliştirmiştir. Bu üç konfor düzeyi de hasta bireyin performansını pozitif yönde etkileyen güç verici bileşenlerdir. Bu bileşenler; ferahlama (relief), rahatlama (ease), üstünlük (transcendence) olmak üzere üç düzeyde incelemiştir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017a):

Ferahlama (Relief); Bireyin konforu bozan durumdan kurtulması, ihtiyaçlarının karşılanması sonucunda hissettiği ilk durumdur. Bu durum, özel bir ihtiyacın karşılanması ile yaşanır. Bireyin daha önceki sahip olduğu belirli bir düzeydeki hayat standartlarının geri dönme veya huzurlu bir ölüm için gereklidir. Orlando ve Henderson gereksinim kuramı kapsamında şekillenen ve birçok hemşirelik kuramının da kaynağı olan ferahlamayı, 'ihtiyaçları karşılanan bireyin yaşadığı duygu'olarak tanımlanmışlardır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Yücel, 2011; Kolcaba ve ark., 2006).

Rahatlama (Ease); Sakin, konforlu, huzurlu ya da rahata erme durumu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin rahatlama, durumdan memnun olduğunu dile getirmesi ve bunu hareketleri ile belirtmesi durumudur (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba ve ark., 2006; Yücel, 2011).

Üstesinde Gelme (Transcendence); Yenilenme hissi, kişisel gelişim, bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesi, sahip olduğu güçlerinin artması durumu olarak tanımlanmaktadır. Birey sahip olduğu seviyeye göre belirli durum ve zamanlarda süreci kontrol ederek, bu süreci özgürce planlaması amaçlanır. Konfora yönelik ihtiyaçları karşılanan ve konforun en üstün derecesi olan 'sorunların üstesinden gelme' seviyesine gelebilir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Yücel, 2011; Kolcaba ve ark., 2006).

Kolcaba (1991), Konfor Kuramı'nın ikinci aşaması olan konfor kavramı boyutlarını ise fiziksel, sosyo-kültürel, psikospiritüel ve çevresel ortam olmak üzere dört boyutta incelemiştir (Kolcaba,1991; Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba ve ark., 2006):

Fiziksel Konfor: Bedensel algılara temellendirilmiştir. Bireyin homeodinamizmi, fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı vücudunun verdiği yanıtları, beslenme durumu, barsak fonksiyonunun devamlılığı gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Fiziksel konforun azalmasında en büyük etkenlerden biri ağrı olarak kabul edilir (Wilson ve Kolcaba, 2004). Kolcaba (1994), uyaran oluştursun ya da oluşturmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı verdiği yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu boyuttaki rahatlık için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu; metabolik reaksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Bu fizyolojik göstergelerde var olan küçük bir sapmanın bile konforu etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994).

Psiko-Spiritüel Konfor: Duygusal, ruhsal, akılsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin hayatına anlam katan öz-saygı, benlik kavramı ve kendinin farkında olma, cinsellik gibi manevi unsurları kapsamaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Wilson ve Kolcaba, 2004).

Çevresel Konfor: Dış etkenler ve bunların birey üzerindeki etkilerini ele almaktadır. Bu bağlamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi bireyin dış dünyası ile ilgili kavramlar incelenmektedir. Bu boyutta konforun azalmasına; soğuk ortam, gürültülü sesler, parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar gibi faktörler neden olmaktadır (Kolcaba, 1991; Wilson ve Kolcaba, 2004, Kolcaba ve ark., 2006).

Sosyo-Kültürel Konfor: Ailenin gelenek, görenek ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, finansal destek sistemlerinden yararlanabilme, bilgi ve danışmanlık, evde bakımın sağlanması, kişilerarası iletişim sosyo-kültürel bakımı oluşturan etmenler arasında kabul edilmektedir. Bireyin kültürel geleneklerinin önemsenmemesi, bakım kalitesinin kötü olması, aileden ayrılma, bakımın sürekli olmaması, sosyal güvencesinin olmaması,

hastane donanımının tam anlamıyla fonksiyonel olmaması, hastaya güvence verilememesi, güvenliğin riske edilmesi, aseptik tekniğin doğru uygulanmaması, nozokomiyal enfeksiyonlar gibi faktörler ise bireydeki konfor düzeyini azaltan faktörlerdir (Kolcaba, 1991, Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994; Hawley, 2000; Wilson ve Kolcaba, 2004).

Tablo 2.2.1. Konforun Taksonomik Yapısı (Kolcaba, 2003)

KONFOR	DÜZEYLERİ		
BOYUTLARI	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Fiziksel			
Psiko-spirituel			
Çevresel			
Sosyo-kültürel			

Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısı incelendiğinde her bileşenin birbiri ile etkileşim içinde olduğu görülmektedir (Tablo1). Örneğin; fiziksel konfor bedensel algılarla ilişkilidir ve fizyolojik yanıtlara yönelik ihtiyaçlar karşılandığında birey sıkıntıdan kurtulup ferahlar ve amaçlanan konfor düzeyine ulaşmış olur (Terzi ve Kaya, 2017a).

2.3.3. Konforu Etkileyen Faktörler

Pınar ve arkadaşlarının yaptığı 'Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler'adlı çalışmada hem sezeryan doğum hem de normal doğum yapan annelerin konforunun; eğitim, doğum şekli, gebeliğin planlı olması, doğum sonrasında yaşanan problemler, aldıkları hemşirelik bakımı ile beklentilerinin karşılanma düzeyi ve hastanenin bireye sunduğu hizmet koşulları etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Pınar ve ark., 2009).

Çapık ve arkadaşlarının yaptığı 'Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi' isimli çalışmada ise eğitim, çalışma durumu, gelir durumu ve eşlerin eğitim düzeyinin, yaşayan çocuk sayısının ve gebeliğin istenme durumunun psikospiritüel konfor düzeyine etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lohusalardakidoğum şeklinin fiziksel ve sosyokültürel konfor düzeyinde

rol oynadığı ve vajinal doğum yapanların daha yüksek konfora sahip oldukları belirlenmiştir (Çapık ve ark., 2014).

Yönem Amaç ve Çam'ın yaptığı 'Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler' isimli çalışmada ise hasta konforunun uygulanacak cerrahi ile ilgili bilgilendirme yapılması, daha önceden hastane deneyimi bulunma gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Fakat hastaların yaş, kronik hastalık varlığı, eğitim durumu gibi değişkenlerin sadece kaygı puanını etkilediği konfor düzeyinde anlamlı bir fark yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Yönem Amaç ve Çam, 2019).

Büyükcinal Şahin ve Rızalar'ın yaptığı 'Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' isimli araştırmada ise kadın hastaların konfor düzeyinin erkek hastaların konfor düzeyinden düşük olduğu, daha önce geçirilen bir ameliyat tecrübesinin konfor düzeyini arttırdığı, ağrının şiddeti ile konfor arasında ters orantı olduğu belirlenmiştir (Büyükcinal Şahin ve Rızalar, 2018).

Yapılan çalışmalar da göz önünde bulundurulduğunda Kolcaba'nın da dediği gibi, bireysel konfor ihtiyaçlarını ve hemşirelik için konfor alanlarındaki ihtiyaçları karşılanamayan birey eksiklik hissederek; gereksinimleri giderildiği sürece bu eksiklik ortadan kalkar (Kolcaba, 2003).

2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SUSUZLUK VE KONFOR İLİŞKİSİ

Günümüzde, dünyada ve Türkiye'de elektif cerrahi öncesi hastaların gece boyu aç ve susuz bırakılması genel bir kural haline gelmiştir (Yağcı ve ark., 2008). Fakat cerrahi operasyon öncesi gelişen bu açlık ve susuzluk, vücudun oluşturduğu stres yanıtını artırmakta ve buna bağlı olarak kan glukoz seviyesinin normal değerlerden sapma göstermesine, insülin direncinin oluşmasına, kişinin yorgunluk hissetmesine, oluşan açlık ve susuzluk sebebiyle anksiyete düzeyinin artmasına neden olmaktadır (Aygın, 2012; Bozkırlı ve ark., 2012; Demirhan ve Pınar, 2014). Ameliyat öncesi yaşanan bu durumlar, hastada zaten mevcut olan stresin artmasına ve bundan dolayı konforun bozulmasına yol açan durumlar arasında yer alır (Gül ve ark., 2017). Literatürde anestezi almadan iki saat öncesine kadar berrak sıvı tüketimi, 6 saat önceye kadar da katı gıda tüketimi yapılabileceği belirtilmiştir. Normal ve sağlıklı bir midenin berrak sıvıları hızlıca boşaltabildiği, bu nedenle anesteziden iki saat öncesine kadar berrak sıvı tüketmede herhangi bir sorunla karşılaşılmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Martay ve ark., 2002; Ljunqvist ve Soreide, 2003; Maltby, 2006). Bu veriler Amerikan

Anesteziistler Birliği (ASA) tarafından da kabul edilmiştir (ASA, 2011). Bu konuda birçok çalışma yapılmasına rağmen cerrahi ekiplerin besin-sıvı kısıtlaması ile ilgili kanıta dayalı uygulamaları kurum protokollerine dahil etmedikleri görülmüştür (Gezer ve ark., 2020).

Cerrahi girişim sonrası YB'ye kabul edilen hastalar; homeostatik dengenin bozulması, gürültü, ağrı, uykusuzluk, beslenme şeklinin değişmesi, endotrakeal entübasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, susuzluk hissi ve uygulanan intravenöz girişimler gibi birçok konforu azaltan etkenle karşılaşırlar (Kolcaba ve DiMarco, 2005; Kolcaba ve ark., 2006). Tüm bu yoğun bakım stresörlerinin yanında ameliyat sonrasında yaşanan susuzluk durumu hastanın stres düzeyini arttırmaktadır. Ameliyat ncesi açlık ve susuzluk süresinin literatürde belirlenen süreyi aşmamasına dikkat edilerek susuzluk başta olmak üzere hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyen ağrı ve mide bulantısı gibi rahatsızlık yaratan durumların azalması ile hastanın stresini azaltmak amaçlanabilir (Madsen ve ark., 1998; Power ve ark., 2012).

Yapılan bir çalışmada özellikle susuzluğun açlık, uykusuzluk ve cerrahi girişime yönelik anksiyete durumundan daha çok konforu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Madsen ve ark., 1998).

Bopp ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ameliyat öncesi gece yarısından sonra a ve susuz bırakılan hastalar ve iki saat öncesinde karbonhidratlı solüsyon içirilen hastalar karşılaştırılmıştır. Anestezi almadan iki saat öncesine kadar oral alımı devam eden hastalar ameliyat öncesinde açlık ve susuzluk hissetmediği, buna bağlı olarak ameliyat sonrası memnuniyeti ve konforu artırdığı bildirilmişlerdir (Bopp ve ark., 2011). Ayoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyonu uygulanan hastalarda konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ayağlu ve ark., 2009). Hastaya uygulanan bakımında önemli bir yeri olan hemşireler ameliyat öncesi ağızdan besin ve sıvı alımının kısıtlanmasını ve hastanın konforunu en iyi şekilde yönetmek durumundadır (Dolgun ve ark., 2011; Demirdağ ve Karaöz, 2015).

Puntillo ve arkadaşları tarafından 171 yoğun bakım hastasıyla yapılan bir çalışmada susuzluğun, bireyi en çok rahatsız eden ve en yaygın görülen semptomlardan biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Puntillo ve ark., 2010).

VonStein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yoğun bakımda kullanılan ilaçlar ve uygulamaların sonucunda hastalarda ağız kuruluğu ve susuzluk oluştuğu

gözlenmiştir. Fakat ağız kuruluğu ve susuzluk birçok olumsuz semptoma yol açabilecekken YBÜ'lerde rutin olarak değerlendirilmediği gözlenmiştir. Yapılacak olan basit müdahalelerle bu semptomlar ortadan kaldırılarak hasta konforunun arttırılabileceği sonucuna ulaşılmıştır (VonStein ve ark, 2019).

2.5. SUSUZLUĞU GİDERMEYE YÖNELİK BAKIM GİRİŞİMLERİ

Cerrahi operasyon geçiren hastalarda; uzayan açlık ve susuzluk süresi, uygulanan invaziv ve noninvaziv uygulamalar, mekanik ventilasyon gibi girişimler susuzluk semptomunun başlıca sebepleri arasındadır (Yin ve ark., 2014; Gulia ve ark., 2019). Cerrahi operasyon öncesi hastaya intravenöz glukoz infüzyonlarının verilmesinin ameliyat sonrası dönemde açlık ve susuzluk hissini azalttığı bilinmektedir. (Helminen ve ark., 2009). Cerrahi operasyon öncesi karbonhidrattan zengin içecek verilen hastalarda konfor durumlarının incelendiği bir çalışmada hastaların susuzluk, halsizlik, açlık, yorgunluk, mide bulantısı, ağrı, anksiyete ve depresyon gibi semptomlarında azalma olduğu görülmüştür (Nelson ve ark., 2006; Yağcı ve ark., 2008). Cerrahi girişim sonrası ise YBÜ'lerinde hastaların oral alımına izin verilene kadar yaşadıkları susuzluk hissini gidermek için nemli gazlı bez ile yapılan ağız bakımı, çok az miktarda su içirilmesi gibi girişimler uygulandığı görülmektedir (Conchon ve Fonseca, 2014).

Çalışmalarda susuzluğu hafifletmek için kullanılan en yaygın yöntemlerden birini soğuk su ile yapılan girişimler oluşturmaktadır (Brunstrom, 2002; Puntillo ve ark., 2014; Kjeldsen ve ark., 2018). Kullanılan bir diğer girişim de bireye ferahlama hissi yaşatan mentollü ürün kullanımı olmuştur (Eccless, 2000).

Kjeldsen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise susuzluk hissini tamamen ortadan kaldırmanın mümkün olmadığı fakat nemliliğin ağız kuruluğu için çok değerli olduğu bu sebepten dolayı da ıslak ve soğuk çubukları, mentollü ağız bakım ürünleri gibi malzemelerle susuzluk hissini kısa sürelerle hafifletilebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Kjeldsen ve ark., 2018).

Ann ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, mekanik ventilasyona bağlı hastalarda 15 hastadan 13 (%87)'ünün susuzluk yaşadığını sonucuna ulaşıldı. İçerisinde soğuk su ve çubukları, soğuk su spreyleri ve mentollü dudak nemlendiricinin bulunduğu bir müdahale kitiyle NRS susuzluk skoru 7,9'dan 3,9'a düşürülmüştür. Bu çalışmanın sonucunda ayrıca hastanın ailelerinin de kısa bir eğitim videosu sonrası bakıma dâhil edilerek hemşire iş yükünü azaltılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakım

ünitelerindeki hemşireler bu prosedürü herhangi bir sorun olarak görmemiş fakat yoğun bir dönemde bu prosedürü uygulamanın zaman alacağını, ailelerin bu uygulamaya destek olmasının büyük fayda saylayacağını belirtmiştir (Leemhuis ve ark., 2019).

Literatürde uygulanan bu standart girişimlere ek olarak; soğuk su ile yapılan gargara, soğuk steril su sprejlerinin kullanımı, küçük buz küplerinin ağız içinde gezdirilmesi gibi gibi yöntemlerin de susuzluk hissini hafıflettiğı belirtilmiştir (Arai ve ark., 2014; Puntillo ve ark., 2014).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Isparta Şehir Hastanesi'nde cerrahi YBÜ (Kardiyovasküler Cerrahi-KVC YBÜ, Anestezi ve Reanimasyon-2, Anestezi ve Reanimasyon-3, Genel YBÜ-3)'lerinde gerçekleştirildi. Isparta Şehir Hastanesi'nde toplam 11 yetişkin YBÜ ve toplam 136 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. KVC YBÜ 5 yataklıdır ve 11 hemşire çalışmaktadır (hasta/hemşire oranı 1/1). Anestezi ve Reanimasyon-2 YBÜ 18 yataklıdır ve 31 hemşire çalışmaktadır (hasta/hemşire oranı 2/1). Anestezi ve Reanimasyon-3 YBÜ 17 yataklıdır ve 32 hemşire çalışmaktadır (hasta/hemşire oranı 2/1). Genel YBÜ-3 YBÜ 14 yataklıdır ve 25 hemşire çalışmaktadır (hasta/hemşire oranı 2/1).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hastalar oluşturmaktadır (N=540). Buna göre, %95 (1- α) güven aralığında (t=1,96), standart sapma (S) 0,5 olarak tahmin edildiğinde ve % 5 (d) hata oranı ile örneklem büyüklüğü; $n = n_0 / 1 + (n_0 / N)$ ve $n_0 = (tS/d)^2$ formülleri kullanılarak yaklaşık 225 kişi olarak hesaplanarak araştırma toplam 225 hasta ile tamamlandı.

3.4.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Yaşı 18 ve üzerinde olan
- Cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen
- Entübe iken iletişime açık olan (GKS puanı =14-15, RASS puanı = -1, 0 veya +1 olan)
- Homeodinamisi stabil olan ve inotrop ilaç almayan
- Sekiz saatten daha uzun süreli oral alım kısıtlılığı olmayan
- Son altı aydır Diyabetes Mellitus tanısı konmamış olan
- Son altı aydır Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alıp hemodiyaliz tedavisi görmeyen

- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendisi ya da birinci derece yakınları tarafından araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hastalar araştırmaya dâhil edildi.

3.4.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Entübe iken iletişime açık olmayan (GKS puanı < 14-15, RASS puanı < -1, 0 veya +1 olan) hasta bireyler araştırmaya dâhil edilmedi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; “Hasta Bilgi ve Tanılama Formu-EK-2”, “Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)-EK-3”, “Vizuel Analog Skala (VAS)-EK-4”, “Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)-EK-5”, “Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSDÖ)-EK-6”, Glaskow Koma Skalası (GKS)- EK-7 ve Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE-II)- EK-8 kullanıldı.

3.5.1. Hasta Bilgi ve Tanılama Formu-EK-2:

Hastanın yaşı, cinsiyeti, YBÜ’ye yatış nedeni, ek hastalık varlığı, entübasyon süresi, invaziv mekanik ventilasyon süresi, vb. sosyodemografik özellikleri ile YBÜ’de uygulanan bakım ve tedavi girişimlerine ilişkin bilgiler, cerrahi girişim süresi, vb. cerrahi girişime ilişkin bilgiler ve susuzluğa etki edebilecek faktörlerin (kronik hastalık durumu, laboratuvar değerleri, ağız bakımı sıklığı, vb.) sorgulandığı toplam 50 maddeden oluşmaktadır.

3.5.2. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)-EK-3:

Mekanik ventilasyonda olan hastaların sedasyon ve ajitasyon durumlarını belirlemek amacıyla 1989 yılında Cook ve Palma tarafından geliştirilmiş, Sılay ve Akyol tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir skaladır. Richmond ajitasyon sedasyon skalası puanları +4 ile -5 arasında değişmektedir. Pozitif RASS skorları ajite hastayı, negatif RASS skorları sedatize veya komadaki hastaları ifade etmektedir(Sılay ve Akyol, 2017). RASS puanı, hastaların cerrahi girişim sonrası YBÜ’ye kabulünden sonraki ilk iki saat içinde hesaplandı.

3.5.3. Susuzluk Şiddeti Vizuel Analog Skala (VAS)-EK-4:

Araz, Aydın ve Asantarafından (2011) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan skala sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılmaktadır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımını yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek, nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Örneğin; susuzluk hissini belirlemek için doğrusal bir çizgi üzerinde çizginin başlangıcına “Susuzluk yok”, çizginin bittiği noktaya “Çok susuz” yazılarak hastadan anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretlemesi istenir. Susuzluğun hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın susuzluk hissini şiddetini belirtir. (Araz ve ark.,2011). Bu çalışmada, VAS puanı, RASS puanı hesaplandıktan sonra; hastanın RASS puanı: -1, 0 veya +1 ve hasta entübe iken hesaplandı.

3.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)-EK-5:

Kolcaba tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Üstündağ ve Eti Aslan (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireyin cerrahi girişim öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi ölçekte her bir ifade “Kesinlikle katılmıyorum”-“Kesinlikle katılıyorum” olarak 1-6 arasında puanlandırılmaktadır. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmektedir. İfadelerin 12’si pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12’si negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olup; puanlamada negatif ifadeler tersine çevrilmektedir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan (6) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1) yüksek konfora, yüksek puan (6) ise düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24’tür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanmaktadır ve sonuç 1-6 puan dağılımında belirtilmektedir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan ise konforun iyi olduğunu göstermektedir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Üstündağ ve Eti Aslan (2010)’ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,83’dir. Bu araştırmada Cronbach Alpha katsayısı 0,802 olarak belirlenen ölçeğin geçerlilik güvenilirliğinin çok iyi düzeyde olduğu

belirlendi. YBÜ'ye özgü bir konfor düzeyi değerlendirme ölçeği bulunmadığından; cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda izlenen hastaların konfor düzeyleri, YBÜ'de ekstübe edildikten sonra ve üniteden taburcu edilmeden önce Perianestezi Konfor Ölçeği kullanılarak ölçüldü.

3.5.5. Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSDÖ)-EK 6:

Doğu Kökcü ve Terzi (2020) tarafından geliştirilen ölçekte; “yaş”, “dudaklar”, “dişler”, “dil”, “oral mukoza”, “tükürük salgısı”, “yanaklar”, “beslenme desteği” ve “solunum desteği” olmak üzere dokuz parametre sorgulanmaktadır. Her bir parametre “Normal:1”, “Hafif:2”, “Orta:3”, “Ciddi:4” şeklinde ayrı ayrı değerlendirilerek her bir parametreden alınan puanların toplamı YBABSDÖ puanını oluşturmaktadır. Ayrıca geniş antibiyotik ve steroid ilaç tedavisi, Diabetes Mellitus tanısı, düşük Hb düzeyi ve immünosüpresif ilaç kullanımı durumlarında her bir durum için ek 1 puan verilmektedir. Toplam puan üzerinden ağız bakımı sıklığına karar verilmektedir. Buna göre; “9 Puan: En az 12 saatte bir ağız bakımı”, “10-19 Puan: En az 8-12 saatte bir ağız bakımı”, “20-29 Puan: En az 6 saatte bir ağız bakımı”, “30 Puan ve üstü: En az 4 saatte bir ağız bakımı” yapılması gerektiğini ifade etmektedir. YBABSDÖ'den alınan toplam puan arttıkça ağız bakımı yapma sıklığı da artmaktadır (Doğu Kökcü ve Terzi, 2020). Bu araştırmada hastaların susuzluğunudeğerlendirmek için ağız kuruluğu; ağız kuruluğunu belirlemek için de YBABSDÖ kullanıldı.

3.5.6. Glaskow Koma Skoru (GKS)-EK 7:

Jennett ve Teasdale (1974) tarafından geliştirilen ölçek, kişinin bilinç düzeyini değerlendirmek için kullanılan nörolojik bir değerlendirme aracıdır. GKS puanı göz yanıt, motor yanıt ve sözel yanıt bölümlerinden oluşmaktadır. Toplam puan 3-15 arasında değişmektedir. Toplam puan, 13-15 puan ise hasta uyanık; 8-12 arasında ise prekoma; 8 ve altında ise koma olarak değerlendirilmektedir. Bilinci kapalı hastaların çoğunun entübe olması ve bu hastaların sözel skorunun değerlendirilmesindeki yetersizlik; ayrıca beyin sapı refleksleri, solunum değişiklikleri ve mekanik ventilasyon gereksinimi gibi komanın derinliği hakkında bilgi verebilecek parametrelerin değerlendirilemeyişi gibi bazı eksik yönleri bulunmakla birlikte, halen yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu araştırmada GKS

puanı hastaların araştırmaya dâhil edilme kriterlerinden biri olup, bilinç düzeyini ölçmek için kullanıldı.

3.5.7. Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi- (APACHE-II)-EK-8

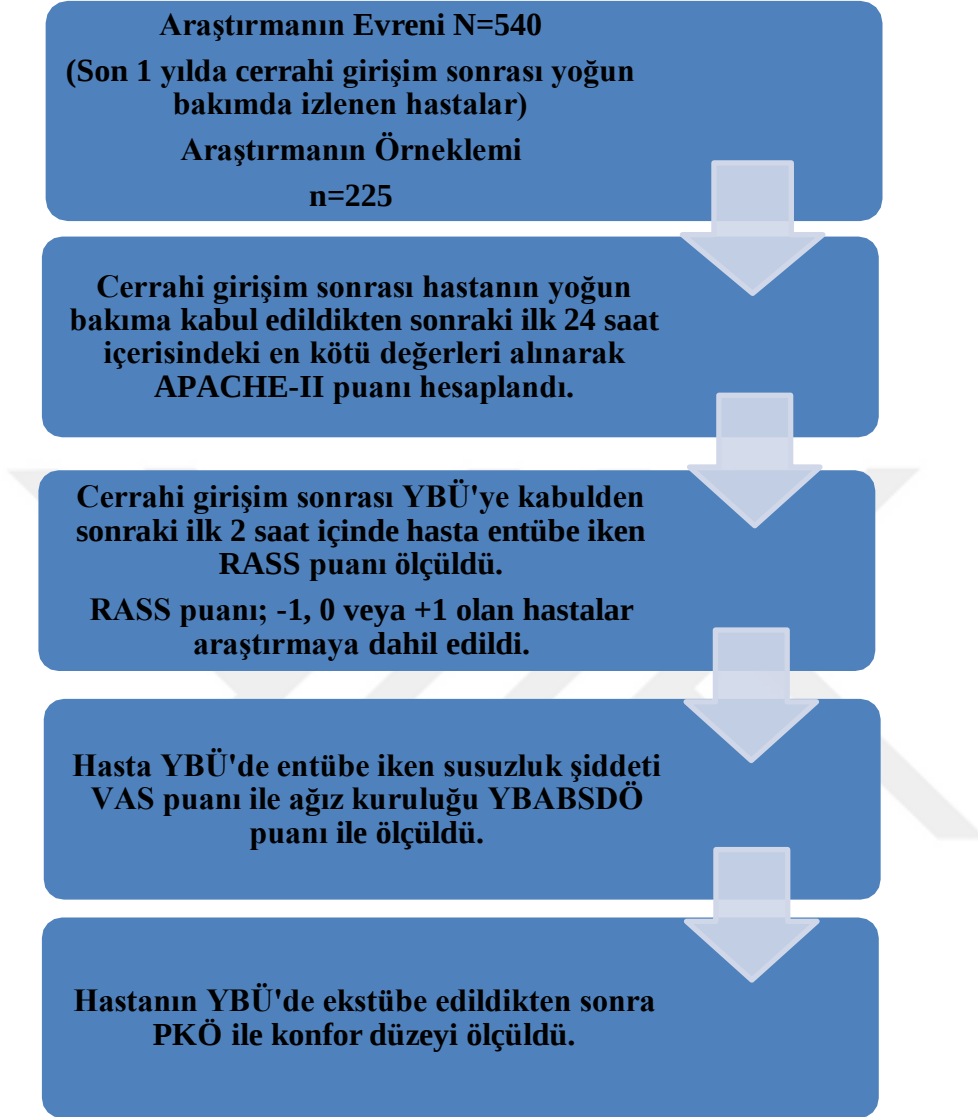
Knaus ve ark. tarafından yedi major organ sistemine ait 34 parametreden oluşan sistem ilk kez 1981 yılında tanımlanmıştır. APACHE skorlama sistemlerinin birinci bölümünü fizyolojik verilerin değerlendirildiği Akut fizyoloji skoru oluşturur. Her bir fizyolojik değere 0 - 4 arası puan verilir. Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulündeki ilk 24 saat içerisinde normalden en fazla sapma gösteren değerler dikkate alınarak hesaplanır. APACHE sisteminin ikinci bölümünü kronik sağlık durumu oluşturur. Bu bölümde kronik sağlık durumu harflerle belirlenir (A,B,C,D). A; akut hastalıktan önceki altı aylık dönemde sağlıklı bir bireyi gösterirken; D; ciddi kronik organ yetmezliğini ifade eder. Kullanılan parametreler hastanın yoğun bakıma kabul edildikten sonraki ilk 24 saat içerisindeki en kötü değerleridir. Mümkün olabilen en yüksek APACHE II skoru 71’dir (Knaus ve ark., 1981). Bu araştırmada hastaların hastalık şiddetini ölçmek ve bunun susuzluk şiddetine etkisini değerlendirmek için APACHE-II kullanıldı.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden hastalara “Hasta Tanılama Formu-EK-2”, “Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)-EK-3”, “Vizuel Analog Skala (VAS)-EK-4”, “Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)-EK-5”, “Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSDÖ)-EK-6”, Glaskow Koma Skalası (GKS)-EK-7 ve Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE-II)- EK-8 uygulandı.

Hasta Tanılama Formu hasta dosyasından ve hasta YBÜ’de extübe olduktan sonra hasta yardımıyla, Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS), Vizuel Analog Skala (VAS) ve Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği (YBABSDÖ) hasta entübe durumda iken hasta araştırmacı tarafından değerlendirilerek dolduruldu. Susuzluk şiddetini ölçmek için; YBÜ’ye kabul edilen hastaların RASS puanına göre (RASS: -1, 0 veya +1 ise) hasta yanıt verebilecek durumda iken VAS uygulandı. Daha sonra PKÖ dışındaki diğer parametreler hastanın ameliyathanedeki ve YBÜ’deki dosyalarından (APACHE-II ve laboratuvar

bulguları) elde edildi. PKÖ formu, hasta ekstübe olduktan sonra YBÜ’de iken yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Basamakları

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüldüğü sırada Helsinki İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne sadık kalındı. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan yazılı izin (04/12/2020, 36005147-302.14.01-E.127886) alındı. Araştırmanın uygulanabilmesi için Isparta İl Sağlık Müdürlüğü ve Isparta Şehir Hastanesi Başhekimliğinden (05/01/2020, E-16657963-799) yazılı izinler alındı. Araştırma kapsamındaki hastalardan araştırmacı

tarafından hazırlanan aydınlatılmış onam formu (EK-I) doğrultusunda sözlü ve yazılı izinleri alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini Isparta Şehir Hastanesi YBÜ'lere cerrahi girişim sonrası entübe olarak kabul edilen hastalar ile sınırlıdır. COVID-19 pandemisi nedeniyle sadece acil elektif cerrahi girişimlerin yapılması sebebiyle toplanan verilerde ağırlıklı olarak KVC hastalarının olması araştırmanın diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. YBÜ'de en az 24 saat süre ile yatan hastalarda susuzluk şiddetinin sadece bir kez ölçülmesi ve YBÜ'ye özgü bir konfor ölçeğinin bulunmaması önemli olan diğer sınırlılıklardır.

3.9. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırmanın uygulama süreci Şekil 3.2'de ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Araştırma Planı ve Takvimi	Temmuz 2020	Temmuz Ağustos 2020	Eylül Ekim Kasım 2020	Aralık Ocak 2020-2021	Şubat Mart 2021	Nisan Mayıs Haziran 2021	Temmuz-Ağustos 2021
Literatür Taranması	√	√	√	√	√	√	
Tez Önerisinin Hazırlanması ve Sunulması			√				
Etik Kuruldan Onay Alınması			√				
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Biriminden Onay Alınması							
Kurum İzin Yazısının Alınması			√				
Verilerin Toplanması				√	√	√	
Verilerin Analizi						√	
Araştırma Raporunun Yazımı						√	
Tez Savunma Sınavı ve Araştırmanın Yayınlanması							√

Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama süreci

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarında Shapiro Wilk test ve box plot grafikler kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni test; iki grup karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Dunn test; iki gruba göre karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U test kullanıldı.

Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirmelerinde normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon analizi; normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında ele alındı.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=225)

Tanımlayıcı Özellikler		Ort±Ss	Median (Min-Max)
Yaş		59,21±14,71	58 (22-88)
		n	%
Cinsiyet	Kadın	102	45,3
	Erkek	123	54,7
Medeni Durum	Evli	171	76
	Bekâr/Dul/Boşanmış	54	24
Eğitim Durumu	İlköğretim	110	48,9
	Lise	65	28,9
	Lisans ve lisans üzeri	50	22,3
Ek Kronik Hastalıkları	DM	41	24,7
	Kardiyovasküler sistem hastalığı	19	11,4
	Diğer	166	63,9
Sigara Kullanımı	Evet	82	36,4
	Hayır	143	63,6
Alkol Kullanımı	Evet	44	19,6
	Hayır	181	80,4

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 59,21±14,71 (Min.=22-Maks.=88) yıl olup, %54,7 (n=123)’si erkektir. Hastaların %76 (n=171)’sı evli, %48,9 (n=110)’sı ilköğretim mezunu, %63,9 (n=166)’unun diğer hastalıklar grubunda kronik ek hastalıkları mevcut olup, %36,4 (n=82)’ü sigara ve %19,6 (n=44)’sı da alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Hastaların yatış tanılarına göre dağılımı

	n	%
Pertrokanterik kırık	5	2,2
Araç içi trafik kazası/göğüs kafesi yaralanması	3	1,3
Aterosklerotik kalp hastalığı	55	24,4
Kalp yetmezliği	5	2,2
Kalça fraktürü	15	6,7
Koroner arter hastalığı	11	4,9
Rektum malign neoplazmı	15	6,7
Hipotiroidizm	21	9,3
Endometrial hiperplazi	9	4,0
Uterus CA	17	7,6
Pankreas CA	12	5,3
Mide CA	9	4,0
Prostat CA	5	2,2
Kolesistit	14	6,2
Akut batın	5	2,2
Mitral kapak yetmezliği	7	3,1
Kolon CA	3	1,3
HELLP sendromu	6	2,7
Postop C/S	3	1,3
Mitral Stenoz	3	1,3
Kalp tamponadı	1	,4
Tansiyon pnömotoraks	1	,4
Total	225	100,0

Hastaların %24,4 (n=55)'ünün YBÜ'ye Aterosklerotik kalp hastalığı tanısı ile kabul edildiği belirlendi (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Cerrahi girişime ilişkin bulguların dağılımı

Cerrahi Girişim Süresi	<i>Ort±Ss</i>	4,34±1,85
	<i>Median (Min-Max)</i>	4 (1-9)
Cerrahi girişim sırasında alınan sıvı türü n(%)	İzotonik	170 (75,6)
	Ringer Laktat ve İzotonik	55 (24,4)
Cerrahi girişim sırasında alınan sıvı miktarı (ml)	<i>Ort±Ss</i>	1964,44±747,66
	<i>Median (Min-Max)</i>	2000 (1000-3000)
Cerrahi girişim sırasında kanama miktarı (ml)	<i>Ort±Ss</i>	415,6±228,81
	<i>Median (Min-Max)</i>	400 (50-1000)
Operasyon odasının ısısı (°C)	<i>Ort±Ss</i>	21,22±0,15
	<i>Median (Min-Max)</i>	21,2 (21-21,7)
Cerrahi girişim sırasında vücut sıcaklığı (°C)	<i>Ort±Ss</i>	33,33±1,11
	<i>Median (Min-Max)</i>	32,9 (31,8-36)
Cerrahi girişim öncesi açlık susuzluk süresi	<i>Ort±Ss</i>	7,4±0,93
	<i>Median (Min-Max)</i>	8 (4-8)
IV sıvı verilme durumu n(%)	Evet	225(100)
Verilen IV sıvı miktarı	<i>Ort±Ss</i>	1000
	<i>Median (Min-Max)</i>	1000
Verilen sıvının türü n(%)	İzotonik	225(100)
YBÜ kabul sırasında vücut sıcaklığı (°C)	<i>Ort±Ss</i>	35,59±0,37
	<i>Median (Min-Max)</i>	35,7 (34,6-36,4)
Entübasyon süresi (saat)	<i>Ort±Ss</i>	8,78±5,47
	<i>Median (Min-Max)</i>	8 (1-22)
İnvaziv mekanik ventilasyon süresi (saat)	<i>Ort±Ss</i>	2,2±1,6
	<i>Median (Min-Max)</i>	2 (1-8)
Trekeal Aspirasyon Sıklığı n (%)	1 kez	45 (20)
	2 kez	85 (37,8)
	3 kez	33 (14,7)
	4 kez	36 (16)
	6 kez	26 (11,6)
Kusma varlığı n (%)	Var	72 (32)
	Yok	153 (68)
Kusma varlığı miktarı	<i>Ort±Ss</i>	185,42±150,69
	<i>Median (Min-Max)</i>	100 (50-500)
YBÜ hasta/hemşire oranı n (%)	1/1	80 (35,6)
	2/1	145 (64,4)
YBÜ’de toplam yatış süresi (gün)	<i>Ort±Ss</i>	3,12±1,72
	<i>Median (Min-Max)</i>	3 (1-7)

Araştırma kapsamındaki hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların cerrahi girişim süresi ortalama $4,34 \pm 1,85$ (Min.=1-Maks.=9) saattir. Cerrahi girişim sırasında hastalara verilen intravenöz solüsyon (İV) çoğunlukla (%75,6; n=170) İzotonik olup; verilen toplam sıvı miktarı ortalama $1964,44 \pm 747,66$ (Min.=1000-Maks.=3000) ml ve cerrahi girişim sırasında hastalardaki kanama miktarı ise ortalama $415,6 \pm 228,81$ (Min.=50-Maks.=1000) ml'dir. Cerrahi girişim uygulanan ameliyathane oda ısısı ortalama $21,22 \pm 0,15$ (Min.=21-Maks.=21,7)°C olarak ölçüldü. Cerrahi girişim sırasında hastaların vücut sıcaklığı ortalama $33,33 \pm 1,11$ (Min.=31,8-Maks.=36)°C olarak saptandı. Cerrahi girişim öncesinde hastaların açlık ve susuzluk süresi ortalama $7,4 \pm 0,93$ (Min.=4-Maks.=8) saat olup, tümüne İV sıvısının verildiği, verilen sıvı türünün İzotonik ve verilen sıvı miktarının toplam 1000 ml olduğu belirlendi (Tablo 4.1.3).

Araştırmada hastaların YBÜ'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların YBÜ'ye kabulü sırasındaki vücut sıcaklığı ortalaması $35,59 \pm 0,37$ (Min.=34,6-Maks.=36,4)°C olarak saptandı. Hastaların YBÜ'de entübasyonda kalma süreleri ortalama $8,78 \pm 5,47$ (Min.=1-Maks.=22) saat, İMV'da kalma süresi ortalama $2,2 \pm 1,6$ (Min.=1-Maks.=8) saat olup; bu hastaların %37,8 (n=85)'ine YBÜ'de kaldıkları süre içinde iki kez trakeal aspirasyon uygulandığı belirlendi. Hastaların YBÜ'de iken %68 (n=153)'inde kusma görüldüğü ve kusma miktarının ortalama $185,42 \pm 150,69$ (Min.=50-Maks.=500) ml olduğu görüldü. YBÜ'de hasta/hemşire oranları incelendiğinde; 1/1 oranının %35,6 (n=80) ve 2/1 oranının ise %64,4 (n=145) olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların YBÜ'de yatış sürelerinin ise ortalama $3,12 \pm 1,72$ (Min.=1-Maks.=7) gün olduğu bulundu (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Hastaların geçirilen cerrahi girişim türüne göre dağılımı

Geçirilen Cerrahi Girişim		n	%
	Bypass	70	31,1
	Hemiartroplasti	17	7,6
	Sternektomi	5	2,2
	Low anterior rezeksiyon	15	6,7
	Guatr ameliyatı	21	9,3
	Histerektomi	26	11,6
	Prostatektomi	5	2,2
	Apendektomi	5	2,2
	Whipple	12	5,3
	Parsiyel gastrektomi	6	2,7
	Kolesistektomi	14	6,2
	Mitral kapak replasmanı	7	3,1
	Subtotal kolektomi	3	1,3
	Subtotal gastrektomi	3	1,3
	C/S	9	4,0
	Total kalça artroplastisi	4	1,8
	Mitral rekonstrüksiyon	3	1,3
	Total	225	100,0

Araştırmada hastalara uygulanan cerrahi girişim türünün çoğunlukla (%31,1; n=70) Bypass ameliyatı olduğu belirlendi (Tablo 4.1.4).

4.2. Hastaların YBÜ'deki Susuzluk Şiddeti İle Hastalık Özellikleri ve Susuzluğu Etkileyen Faktörler

Tablo 4.2.1. Hastaların susuzluk şiddeti ve YBÜ'deki hastalık özelliklerinin dağılımı

Susuzluk Şiddeti ve YBÜ'deki Hastalık Özellikleri		Ort±Ss	Median (Min-Max)
Susuzluk Şiddeti VAS puanı		6,26±2,49	7 (0-10)
APACHE-II puanı		9,62±3,63	9 (2-18)
YBABSÖ puanı		18,85±3,32	18 (12-25)
Glasow Koma Skalası puanı		14,51±0,5	15 (14-15)
		n	%
RASS Skoru	Uykulu ve Sakin	118	52,4
	Huzursuz	107	47,6

Araştırmada hastaların YBÜ'deki susuzluk şiddeti ile hastalık özellikleri incelendiğinde; hastaların Susuzluk Şiddeti VAS puan ortalamasının $6,26 \pm 2,49$ (Min.=0-Maks.=10), APACHE-II puan ortalamasının $9,62 \pm 3,63$ (Min.=2-Maks.=18), YBABSÖ puan ortalamasının $18,85 \pm 3,32$ (Min.=18,12-Maks.=25), GKS puan ortalamasının $14,51 \pm 0,5$ (Min.=14-Maks.=15) olduğu ve RASS Skoruna göre hastaların %52,4 (n=118)'ünün uyuklu ve sakin olduğu olduğu saptandı (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Susuzluk şiddetini etkileyen faktörlerin dağılımı

		<i>Ort±Ss</i>	<i>Median (Min-Max)</i>
Günlük sıvı tüketim miktarı (ml)		1931,11±762,35	2000 (500-4000)
		n	%
Günlük normal yaşamda düzenli ağız bakımı yapma durumu	Evet	120	53,3
	Hayır	105	46,7
Sedasyon kullanımı	Evet	225	100
Kullanılan sedasyon türü	Benzodiyazepinler ve propofol	225	100
Ağız bakımı yapılma durumu	Evet	225	100
Ağız bakımı yapılma sıklığı	1 kez	22	9,8
	2 kez	68	30,2
	3 kez	41	18,2
	4 kez	62	27,6
	5 kez	12	5,3
	6 kez	20	8,9
Ağız bakımında kullanılan ürün	Klorheksidin+tanflex	225	100
Susuzluk hissi yaşama durumu	Evet	159	70,7
	Hayır	66	29,3
Susuzluk hissini ifade etme şekli	Elini kaldırma	64	40,3
	Entübasyon tüpünü ısırma	49	30,8
	Dilini dışarı çıkarma	32	20,1
	Yatak kenarına vurma	14	8,8
Susuzluğu gidermek için girişim	Evet	171	76
	Hayır	54	24
Susuzluk gidermek için yapılan yöntem	Dudakları nemli bezle ıslatmak	131	76,6
	Gargara + nemli bez	40	23,4

Araştırmada hastaların susuzluğu etkileyen faktörlerin dağılımı incelendiğinde; hastaların normal yaşamlarında günlük sıvı tüketim miktarının ortalama $1931,11 \pm 762,35$ (Min.=500-Maks.=4000) ml olduğu; %53,3 (n=120)'ünün düzenli olarak günlük ağız bakımı yaptığı belirlendi (Tablo 4.2.2).

Araştırmada YBÜ'de hastaların tamamına sedasyon uygulandığı ve kullanılan sedasyon türünün Benzodiyazepen ve Profol olduğu saptandı. Hastaların tamamına YBÜ'de Klorheksidin+Tanflex gargara ile ağız bakımı yapıldığı; %30,2 (n=68)'sine günde iki kez ağız bakımı verildiği görüldü. Cerrahi girişim sonrası YBÜ'de izlenen hastaların %70,7 (n=159)'sinin susadığını belirttiği ve bu hastalardan %40,3 (n=64)'ünün susuzluk hissini elini kaldırarak ifade ettikleri belirlendi. Susuzluk hisseden hastaların susuzluğunu gidermek için %76 (n=171)'sına girişim uygulandığı; bu hastalardan %76,6 (n=131)'sına susuzluk hissini gidermek için dudaklarının nemli gaz bezi ile ıslatıldığı, %23,4 (n=40)'üne ise gargara ile birlikte dudaklarının nemli gaz bezi ile ıslatıldığı gözlemlendi (Tablo 4.2.2)

Tablo 4.2.3. Hastaların laboratuvar değerlerinin ve aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesinin dağılımı

<i>Laboratuvar Değerleri</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Median (Min-Max)</i>
Kalsiyum düzeyi	3,99±2,52	3,4 (1-9,8)
Sodyum düzeyi	134,44±4,65	134,1 (124-148,6)
Potasyum düzeyi	3,89±0,44	3,9 (2,9-5,1)
Kan glikoz düzeyi	119,72±35,79	117 (62-193)
Hemotokrit düzeyi	30,75±4,85	29,1 (20,8-45,2)
Kreatin düzeyi	0,76±0,2	0,7 (0,4-1,5)
Aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi (24 saatlik)	384,09±404,03	350 (-490-1500)

Araştırmada hastaların laboratuvar parametrelerinin değerleri ve aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi incelendiğinde; hastaların kalsiyum düzeyi ortalaması $3,99 \pm 2,52$ (Min.=1-Maks.=9,8) mg/dl, sodyum düzeyi ortalaması $134,44 \pm 4,65$ (Min.=124-Maks.=148,6) mg/dl, potasyum düzeyi ortalaması $3,89 \pm 0,44$ (Min.=2,9-Maks.=5,1) mg/dl, kan glikoz düzeyi ortalaması $119,72 \pm 35,79$ (Min.=62-Maks.=193) mg/dl, hemotokrit düzeyi ortalaması $30,75 \pm 4,85$ (Min.=20,8-Maks.=45,2) mg/dl, kreatin düzeyi ortalaması $0,76 \pm 0,2$ (Min.=0,4-Maks.=1,5) mg/dl olarak saptandı. Ayrıca hastaların 24 saatlik aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi ortalamasının $384 \pm 404,03$ (Min.=-490-Maks.=1500) ml olduğu belirlendi (Tablo 4.2.3).

4.3. Hastaların Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 4.3.1. Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan dağılımı

	N	Min.	Maks.	Ort±SD	Cronbach Alpha
PKÖ Puanı*	225	3,17	5,71	4,57±0,59	0,802

*Perianestezi Konfor Ölçeği

Cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastaların PKÖ toplam puan ortalamasının 4,57±0,59 (Min.=3,17-Maks.=5,71) olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişki

Susuzluk Şiddeti		Perianestezi Konfor Ölçeği
Susuzluk Şiddeti VAS puanı	r	-0,077
	p	0,251

r: Spearman's korelasyon katsayısı

Araştırmada hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların Susuzluk Şiddeti VAS puan ortalaması ile PKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2).

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastalarda susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklarla tartışıldı.

5.1. Hastaların Susuzluk Şiddeti ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Araştırmada hastaların susuzluk şiddetinin orta düzeyin üzerinde olduğu bulundu.

Ann ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, mekanik ventilasyona bağlı hastalarda 15 hastadan 13 (%87)’ünün susuzluk yaşadığını sonucuna ulaşıldı (Leemhuis ve ark., 2019).

Araştırmada hastaların susuzluk şiddetini etkileyen faktörler incelendiğinde; yaş ile birlikte susuzluk şiddetinin arttığı belirlendi. Araştırma sonucuna benzer şekilde Millard-Stafford ve ark. (2012)’nin yaptıkları başka bir çalışmada, susuzluk algısının yaş gruplarına göre değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Öte yandan yapılan bir başka çalışmada ise yaş ile susuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ifade edilmektedir (Eren, 2018). İleri yaştaki bireylerde vücudun volüm reseptörlerindeki azalan duyarlılıkla birlikte gün içerisinde tüketilen su miktarının da azaldığı, çocukluk yaş grubunda ise çocukların uzun süre susuzluk hissi duymadıkları bildirilmektedir (Szinnai ve ark., 2005; Kenney ve Chiu, 2001). Araştırmada kadınların daha fazla susuzluk hissi yaşadığı bulundu. Araştırma bulgusunun tersine Szinnai ve ark. (2005)’nin çalışmasında, açlık susuzluk süresi boyunca kadınların erkeklere göre daha az susuzluk hissettiği, fakat kız çocukların erkek çocuklardan daha fazla su içme eğiliminde olduğu görülmektedir (Szinnai ve ark., 2005). Araştırmada DM kronik hastalığına sahip olan hastaların VAS puanının daha düşük olduğu bulundu. Hemodiyaliz tedavisi alan ve DM tanılı hastalarla yapılan başka çalışmalarda DM’li hastalarda VAS ağız kuruluk skorunun daha yüksek saptandığı belirtilmektedir (Yıldırım Keskin ve Taşcı, 2019; Sung ve ark., 2006).

Araştırmada cerrahi girişim süresi uzayan hastalarda susuzluk şiddetinin arttığı, cerrahi girişim sırasında Ringer Laktat ve İzotonik solüsyonu verilen hastaların susuzluk şiddetinin İzotonik solüsyonu verilen hastalara daha yüksek olduğu saptandı. Cerrahi girişim sırasında hastalara verilen sıvı miktarı ve girişim sırasındaki hastalardaki kanama miktarı arttıkça susuzluk şiddetinin arttığı bulundu. Literatürde hipotansif, doku perfüzyonu bozulan, sıvı kaybı yüksek olan hastalara göre İzotonik

ve Ringer Laktat gibi kristalloid solüsyonların ağırlıklı olarak verildiği belirtilmektedir (Demirel ve ark., 2006; Dellinger ve ark., 2004).

Araştırmada cerrahi girişim sırasında hastaların vücut sıcaklığı düştükçe susuzluk şiddetinin arttığı görüldü. İç dengenin (homeostasis) sağlanması için dengede tutulması gereken en önemli faktörlerden biri de vücut sıcaklığıdır. Vücut mekanizmasının dengede kalmasını sağlamak amacı ile vücutta sürekli olarak oluşturulan sıcaklık belirli aralıklarla terleme, idrar, solunum gibi yollarla dışarıya atılır. Bu durumun fazla yaşanması ise susuzluğa neden olur (Kalkan, 2018). Literatürdeki bu bilgi araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Araştırmada cerrahi girişim öncesindeki açlık susuzluk süresi arttıkça susuzluk şiddetinin arttığı belirlendi. Literatürde susuzluk hissinin susuzluk süresi ile doğru orantılı olduğu belirtilmekle birlikte, bunun yanında eşlik eden başka faktörlerin de etkisi ile susuzluk hissinin değişkenlik gösterebileceği ifade edilmektedir (Sarier, 2019). Kanama miktarının artışı ile birlikte vücutta oluşan sıvı-elektrolit kaybına bağlı olarak ağız kuruluğu ve susuzluk hissi gelişmektedir (Navarro ve ark 2015). Perioperatif dönemdeki hastalar, cerrahi girişimin bir sonucu olan kanama nedeniyle, özellikle hipovolemi kaynaklı susuzluktan etkilenmektedir. Hipovolemik susuzluk durumunda ADH seviyesinde artış ve anjiyotensin düzeyinde düşüş ortaya çıkmaktadır. Ameliyat nedeniyle kan kaybına bağlı hipovoleminin yeniden düzenlenmesi amacıyla bir geribildirim mekanizması devreye girmektedir (Gerhardt ve ark., 2010). Bu mekanizmaya yanıt olarak organizmada susuzluk hissi ortaya çıkarak bireyin su içme isteği artar. Dolayısıyla araştırmada kanama miktarı artan hastalarda susuzluk hissinin artmış olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürde anestezi almadan iki saat öncesinde kadar karbonhidratlı su tüketimi, altı saat öncesinde katı gıda tüketimi yapılabileceği belirtilmektedir. Normal ve sağlıklı bir midenin karbonhidratlı sıvıyı hızlıca boşaltabildiği, bu nedenle anesteziiden iki saat öncesine kadar bu sıvıyı tüketmede herhangi bir sorunla karşılaşılmadığı ve bu yöntemle hastaların cerrahi girişimden sonra susuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşıldığı ifade edilmektedir (Martay ve ark., 2002; Maltby, 2006; Ljunqvist ve Soreide, 2003).

Araştırmada hastaların YBÜ’de entübe ve İMV’de kalma süresi arttıkça susuzluk şiddetinin arttığı görüldü. Terzi ve Kaya (2017)’nın yaptığı çalışmada, YBÜ’lerde sıklıkla kullanılan entübasyon tüpü ve İMV tedavisinin hastaların susuzluk

yaşamısına neden olarak fiziksel konforunu olumsuz şekilde etkilediği belirtilmektedir (Terzi ve Kaya, 2017b).

Araştırmada trakeal aspirasyon sıklığı artan hastaların daha fazla susuzluk hissettiği bulundu. Trakeal aspirasyon hastalar için olumsuz deneyimlere yol açabilen travmatize edici bir işlemdir (Terzi ve Kaya, 2011). Bununla birlikte trakeal aspirasyonun hemen ardından ağız içinde biriken sekresyonların da aspirasyon işlemi ile temizlenmesi hastalarda ağız kuruluşuna ve dolayısıyla susuzluk şiddetinin artmasına neden olabilir.

Araştırmada, YBÜ’de kusması olmayan hastaların kusması olanlara göre susuzluk şiddetinin daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde sıvı-elektrolit kaybına sebep olan faktörler arasında sayılan kusma ile sıvı kaybı ve dolayısıyla susuzluk hissi arasındaki ilişkinin varlığı (Dellinger ve ark., 2004) düşünüldüğünde araştırma sonucunun bu bilgi ile çelişkili olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmada normal yaşamlarında düzenli ağız bakımı alışkanlıkları olmayan hastaların YBÜ’de daha fazla susuzluk hissi yaşadıkları belirlendi. Araştırmanın bu sonucuna paralel olarak; literatürde normal hayatta düzenli yapılan ağız bakımının ağız kuruluşu ve susuzluğu azalttığı belirtilmektedir (Yıldırım Keskin ve Taşcı, 2019).

Araştırmada, YBÜ’de hastalara uygulanan ağız bakımı sıklığı arttıkça susuzluk hissinin de arttığı saptandı. Ağız bakımı sıklığının artışı hastanın kötü ağız hijyeni (ağız kuruluşu, ağız kokusu, vb.) ile ilişkilidir (Doğu Kökcü ve Terzi, 2021). Ayrıca YBÜ’de sıklıkla yapılan tedavi girişimleri (entübasyon, İMV, vb.) de dikkate alındığında ağız bakımı sıklığının artması ile birlikte hastalarda susuzluk hissinin de artması normal bir bulgudur.

Araştırmada hastaların susuzluk şiddetini etkileyen YBÜ’ye özgü hastalık özellikleri incelendiğinde; YBÜ’de hastaların APACHE-II puanı arttıkça susuzluk şiddetinin arttığı belirlendi. YBÜ’lerde hastalık şiddetinin belirlenmesi için sıklıkla kullanılan APACHE-II puanı hastanın YBÜ’ye kabulünden itibaren ilk 24 saatteki en kötü değerler belirlenerek hesaplanmaktadır (Knaus ve ark., 1981). Bu araştırmada hastaların hastalık şiddetinin belirlenerek bunun susuzluk ve konfor düzeyine etkisinin olup olmadığını belirlemek için APACHE-II puanı ölçüldü. Dolayısıyla hastalık şiddetinin artması hastaya uygulanan tedavi ve bakım girişimlerinin de arttığını ifade etmektedir. Bununla birlikte hastaların susuzluk şiddetinin artması da doğal bir sonuç olarak düşünülebilir.

Araştırmada YBÜ’de hastaların ağız bakımı gereksinimleri arttıkça susuzluk şiddetinin arttığı saptandı. Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilen YBABSÖ’den alınan toplam puan arttıkça ağız bakımı yapma sıklığı da artmaktadır (Doğu Kökcü ve Terzi, 2020). YBÜ’deki hastalarda kötü ağız hijyeni ağız kuruluğu ve dolayısıyla susuzluk ile ilişkilendirildiğinde araştırmadaki hasta grubunda ağız bakımı yapma sıklığı arttıkça susuzluk şiddetinin arttığının belirlenmesi beklenmesi gereken bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Araştırmada, RASS Skoruna göre huzursuz olan hastaların VAS skorunun daha yüksek olduğu görüldü. Ameliyat sonrası bireylerde görülen huzursuzluğun nedenleri arasında baş ağrısı dehidratasyon gibi faktörlerin yer aldığı belirtilmektedir (Conchon ve Fonseca, 2018). Dolayısıyla cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastaların susuzluk hissi nedeniyle huzursuz oldukları söylenebilir.

Araştırmada hastaların susuzluk şiddetini etkileyen laboratuvar bulguları ve 24 saatlik aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi incelendiğinde; hastaların kalsiyum, sodyum, potasyum, hematokrit ve kreatin düzeyleri, 24 saatlik sıvı dengesi ile VAS skoru arasında negatif yönlü, kan glikoz düzeyi ile VAS skoru arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi. Literatürde; kalsiyum düzeyi, sodyum düzeyi, potasyum düzeyi, kan glikoz düzeyi, hematokrit düzeyi ve kreatin düzeyi ile susuzluk arasında bağlantı olduğu gösterilmektedir (Morita ve ark., 2001; Yin ve ark., 2014; Gulia ve ark., 2019). Endokrin, renal, solunum, gastrointestinal ve sinir sistemlerindeki en küçük bozukluk sıvı-elektrolit dengesini etkilemektedir (Birman, 2006). Normalde insan plazmasının osmolalitesi 280 mOsm/kg’dır. Osmolalitenin artışı ADH salgılanmasını arttırarak böbreklerden su tutulumuna yol açmaktadır. Hipernatremi ya da hiponatremi durumlarında bu osmotik denge bozulur ve su hücre içi ile dışı arasında yer değiştirir. Bu olay insanda susuzluk hissini başlatır. Vücutta oluşan sıvı kaybı vücutta su alınmasını gerektirir (Delaney ve Finfer, 2009). Yapılan başka bir çalışmada cerrahi işlem öncesi yaşanan açlık ve susuzluğun ameliyat sonrası strese neden olduğu ve stres durumunda organizmanın hipermetabolizması ile kan glikoz seviyesinin arttığı bildirilmektedir (Maraş ve Ceyhan, 2019). Öte yandan YBÜ’de 24 saatlik aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi rutin olarak en sık yapılan işlemlerden biridir. Organizma 24 saat içinde solunum, terleme, idrar, kusma ve dışkı yoluyla sıvı kaybeder. Kaybedilen sıvı nedeniyle uyarılan anterior hipotalamustaki osmoreseptörler ADH salgılayarak suyun geri emilimini sağlar. Ayrıca sıvı kaybı

vena cava ve sağ atriumdaki hacim reseptörleri hipotalamusa sinyal göndererek susama hissini oluşturur (Ören, 2016).

Araştırmada hastaların YBÜ’de kalış süresi uzadıkça VAS skoru artmaktadır. Ayrıca hasta/hemşire oranı 1/1 olan YBÜ’deki hastaların VAS skoru, hasta/hemşire oranı2/1 olan hastalara göre yüksek saptandı. Araştırma kapsamındaki KVC YBÜ’de izlenen hastaların uzun süren cerrahi girişimleri ve girişim sonrası YBÜ’de uzun süreli entübasyon ile İMV’ye bağlı olmalarından dolayı; ayrıca bu ünitelerde hasta/hemşire oranının 1/1 olması araştırmanın bu sonucunu açıklamaktadır.

5.2. Hastaların Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmada hastaların susuzluk şiddeti ve konfor düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; literatürün aksine hastaların Susuzluk Şiddeti VAS puan ortalaması ile PKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Susuzluk şiddetinin bir kere ölçülmesi bu durumun sebebi olarak düşünülmüştür.

Yapılan bir çalışmada, cerrahi girişim öncesi sıvı alımının iki saat öncesine kadar izin verilen hastalarda konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Ayağlı ve ark., 2009). Ameliyat öncesi açlık ve susuzluk süresinin literatürde belirlenen süreyi aşmamasına dikkat edilerek susuzluk başta olmak üzere hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyen ağrı ve mide bulantısı gibi hasta konforunu olumsuz şekilde etkileyebilecek durumların azaltılması ile hastanın stress düzeyinin azaltılabileceği önerilmektedir (Madsen ve ark., 1998; Power ve ark., 2012). Susuzluk, cerrahi hastalarını olumsuz yönde etkileyerek hem preoperatif hem de postoperatif dönemde konforlarının bozulmasına yol açmaktadır (Aroni ve ark., 2012).

Puntilo ve arkadaşları tarafından 171 yoğun bakım hastasıyla yapılan bir çalışmada susuzluğun, bireyi en çok rahatsız eden ve en yaygın görülen semptomlardan biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Puntillo ve ark., 2010).

Kjeldsen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cerrahi girişim sırasında ve MV’ye bağlanan hastalarda kullanılan sedasyonun da ağız kuruluğu ve susuzluğa neden olarak konfor düzeyini düşürdüğu saptanmıştır. MV’ye bağlanma durumu hastalarda aşırı ağız kuruluğu, dudaklardaki kuruluk, ağızdaki kötü tat ve koku gibi fiziksel

belirtilerin doğrudan hastanın konforunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Kjeldsen ve ark., 2018).

Yapılan bazı çalışmalarda ise susuzluğun, ağrı ve acıdan daha fazla konforu etkilediği görülmüştür (Li and Puntillo, 2006; Stotts et al., 2014).

Susuzluk, YBÜ hastalarının konforunu bozan bir tehdit olarak tanımlanmasına rağmen, bu sorun literatürde çok fazla ele alınmamıştır. Ayrıca YBÜ'lerde hastanın susuzluk şiddetinin değerlendirilmesi ve bu sonuçlara göre hastaya gerekli bakımın sağlanması standart bir prosedür haline getirilerek hasta konforu artırılabilir (Leemhuis ve ark., 2019).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Araştırma, %45,3 (n=102)'ü kadın, %54,7 (n=123)'si erkek olmak üzere toplam 225 hasta ile gerçekleştirildi.
- Hastaların cerrahi girişim süresinin ortalama $4,34 \pm 1,85$ (Min.=1-Maks.=9) saat, cerrahi girişim öncesinde hastaların açlık ve susuzluk süresinin ortalama $7,4 \pm 0,93$ (Min.=4-Maks.=8) saat olduğu belirlendi.
- Hastaların YBÜ'de entübasyonda kalma süresinin ortalama $8,78 \pm 5,47$ (Min.=1-Maks.=22) saat, İMV'da kalma süresinin ortalama $2,2 \pm 1,6$ (Min.=1-Maks.=8) saat olduğu; %37,8 (n=85)'ine YBÜ'de kaldıkları süre içinde iki kez trakeal aspirasyon uygulandığı; %68 (n=153)'inde kusma görüldüğü ve kusma miktarının ortalama $185,42 \pm 150,69$ (Min.=50-Maks.=500) ml olduğu bulundu.
- Hastaların çoğunlukla (%64,4; n=145) hasta/hemşire oranı 2/1 YBÜ'lerde ve ortalama $3,12 \pm 1,72$ (Min.=1-Maks.=7) saat süre ile kaldıkları saptandı.
- Hastaların normal yaşamlarında günlük sıvı tüketim miktarının ortalama $1931,11 \pm 762,35$ (Min.=500-Maks.=4000) ml olduğu ve %53,3 (n=120)'ünün normal yaşamında düzenli olarak günlük ağız bakımı yaptığı belirlendi.
- Cerrahi girişim sonrası YBÜ'de izlenen hastaların %70,7 (n=159)'sinin susadığını belirttiği ve bu hastalardan %40,3 (n=64)'ünün susuzluk hissini elini kaldırarak ifade ettikleri belirlendi. Susuzluk hisseden hastaların susuzluğunu gidermek için %76 (n=171)'sına girişim uygulandığı; bu hastalardan %76,6 (n=131)'sına susuzluk hissini gidermek için çoğunlukla dudaklarının nemli gaz bezi ile ıslatıldığı saptandı.
- Cerrahi girişim sonrası YBÜ'de izlenen hastaların susuzluk şiddeti ile YBÜ'deki hastalık özellikleri incelendiğinde; hastaların Susuzluk Şiddeti VAS puan ortalamasının $6,26 \pm 2,49$ (Min.=0-Maks.=10), APACHE-II puan ortalamasının $9,62 \pm 3,63$ (Min.=2-Maks.=18), YBABSÖ puan ortalamasının $18,85 \pm 3,32$ (Min.=18,12-Maks.=25), GKS puan ortalamasının $14,51 \pm 0,5$ (Min.=14-Maks.=15) olduğu ve RASS Skoruna göre hastaların %52,4 (n=118)'ünün uykulu ve sakin olduğu olduğu bulundu.
- Hastaların kalsiyum düzeyi ortalaması $3,99 \pm 2,52$ (Min.=1-Maks. =9,8)mg/dl, sodyum düzeyi ortalaması $134,44 \pm 4,65$ (Min.=124-Maks. =148,6) mg/dl,

potasyum düzeyi ortalaması $3,89 \pm 0,44$ (Min.=2,9-Maks. =5,1)mg/dl, kan glikoz düzeyi ortalaması $119,72 \pm 35,79$ (Min.=62-Maks. =193) mg/dl, hemotokrit düzeyi ortalaması $30,75 \pm 4,85$ (Min.=20,8-Maks. =45,2) mg/dl, kreatin düzeyi ortalaması $0,76 \pm 0,2$ (Min.=0,4-Maks. =1,5) mg/dl olarak saptandı. Ayrıca hastaların 24 saatlik aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi ortalamasının $384 \pm 404,03$ (Min.=-490-Maks. =1500) ml olduğu belirlendi.

- Cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastaların PKÖ puan ortalaması $4,57 \pm 0,59$ (Min.=3,17- Maks. =5,71) olarak yüksek bulundu.
- Araştırmada hastaların susuzluk şiddeti ile konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Cerrahi girişim öncesi açlık-susuzluk sürecinin yapılan girişimin özelliğine göre geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan sıvı tüketimine ilişkin uygulamaların kurum politikalarına göre oluşturulması; buna yönelik farklı çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- ✓ Cerrahi girişim sonrası YBÜ’lere kabul edilen hastalara yönelik susuzluğu gidermek için hemşireler tarafından bakım paketlerinin geliştirilmesi ve uygulanması,
- ✓ Cerrahi girişim sonrası YBÜ’de izlenen hastalarda susuzluk şiddetini ve konfor düzeyini belirlemek amacıyla yoğun bakıma özgü ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. In: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. Cerrahi Hemşireliği. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017, p:203-255.
- Akyolcu N. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017, p: 335-366.
- American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. Anesthesiology 2011; 114(3): 495- 511.
- Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, Zhang K, Çakmakkaya OS. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. Br. J. Anaesth. 2012; 109(5): 742–753.
- Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. American Journal of Critical Care. 2013; 22(4): 328-335.
- Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quenchthirst: lessons from clinical thirst trials. Biological Research for Nursing. 2014; 16(4): 456-466.
- Araz A, Aydın A, Asan A. Görsel Analog Ölçeği ve Duygu Kafesi: Kültürümüze Uyarlama Çalışması. Türk Psikoloji Yazıları. 2011; 14(27): 1-13.
- Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. Acta Paul Enferm. 2012; 25: 530-536.
- Aslan FE. Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(1): 113-104.
- Aygün D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15: 1.

- Ayoğlu H, Uçan B, Öge Taşçılar Ö, Atik L, Kaptan YM, Turan İÖ. Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2009; 37(6): 374-82.
- Bayraktar Dönder D. Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygu Durumları. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Afyon (Danışman: Doç. Dr. Y Arıkan).
- Birman H. Vücut sıvı-elektrolitleri ve asit-baz dengesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2: 1-9.
- Bopp C, Hofer S, Klein A, Weigand MA, Martin E, Gust R. A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. Minerva Anesthesiol. 2011; 77(7): 680-6.
- Bourque CW. Central mechanisms of osmosensation and systemic osmoregulation. Nature Reviews Neuroscience. 2008; 9(7): 519–531.
- Bozkırlı Osman B, Gündoğdu Haldun R, Ersoy Eren P, ve ark. ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi? Ulusal Cerrahi Dergisi. 2012; 28(3): 149-152.
- Brunstrom J. Effects of mouth dryness on drinking behavior and beverage acceptability. Physiol Behav. 2002; 76(3): 423-429.
- Büyükuşal Şahin P, Rızalar S. Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(3) :404-413.
- Çapık A, Özkan H, Ejder Apay S. Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektornik Dergisi. 2014; 7: 186-192.
- Conchon MF, Fonseca LF. Efficiency of an ice popsicle on thirst in the immediate postoperative period: randomized clinical trial. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2018; 33(2):153-161.
- Delaney A, Finfer S. Fluid and electrolyte therapy. In: Bersten A, Soni N, Oh' Intensivecare manuel, sixth edt, 2009: 964-974.
- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H et. al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive care medicine. 2004; 30(4): 536- 555.

- Demircan E. Epidural Sezeryanda Standart ve Planlanmış Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F Yiğit).
- Demirdağ H, Karaöz S. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(1): 1-10.
- Demirel İ, Atalan K, Çakar N. Yoğun bakım ünitesinde sıvı-elektrolit ve asit baz dengesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006; 2: 45- 61
- Demirhan İ, Pınar G. Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014; 2(1).
- Doğu Kökcü Ö ve Terzi B. Development of an intensive care oral care frequency assessment scale. Nursing in Critical Care. 2020. DOI: 10.1111/nicc.12529. (Article in pressed)
- 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): 11-5.
- Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. Appetite. 2013; 71: 357-60.
- Eccles R. Role of cold receptors and menthol in thirst, the drive to breathe and arousal. Appetite. 2000; 34(1): 29-35.
- Elbaş NÖ, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Akıl Notları Kitabı Güneş Tıp Kitabevleri, 2016.
- Eren E. Ameliyat sonrası erken dönem susuzluğun yönetiminde oral su ve buz uygulamasının etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Prof. Dr. SD Öztekin).
- Eti Aslan F ve Yıldız T. Ağrı ve Ağrı Yönetimi. In: Eti Aslan, F. ve Olgun, N, eds. Fیزیopatoloji. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017, p: 109-136.
- Gerhardt RT, Shaffer BM, Dixon P, Pfaff JA, Liker J, Ward J, Mueller GM. Diagnostic and predictive values of thirst, angiotensin II, and vasopressin during trauma resuscitation. Prehospital Emergency Care. 2010; 14(3): 317-323.

- Gezer N, Kunter D, Özgün Ş, Demir E, Özdemir B, Çetinkaya G, İbik S. Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Hasta Konforuna Etkisi. JAREN 2020; 6(2): 248-53.
- Gül A, Andsoy II, Özkaya B. Preoperative fasting and patients' discomfort. Indian Journal Surgery. 2017; 80(6): 549-53.
- Gulia S, Kumari V, Khatri N. Effectiveness of an Intervention Bundle on Thirst Intensity and Dry Mouth among Patients Admitted in ICU. International Journal of Health Sciences & Research. 2019; 9(5): 397-407.
- Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2002; 44(4): 475-479.
- Hawley MP. Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patient. Clinical Nursing Research. 2000; 9(4): 441-459.
- Helminen H, Viitanen H, Sajanti J. Effect of preoperative intravenous carbohydrate loading on preoperative discomfort in elective surgery patients. Eur J Anaesthesiol. 2009; 26(2): 123-7.
- Igbokwe VU, Obika LFO. Thirst perception and dryness of mouth in healthy young adults negroes. African Journal of Biomedical Research. 2008; 11: 39-46.
- Kalkan M. Isı, Sıcaklık, Ter, Terleme. Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi. 2018; 1(1): 109-130.
- Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor Kuramı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1): 197-202.
- Kenney WL, ChiuP. Influence of age on thirst and fluid intake. Med Sci Sports Exerc. 2001; 33(9):1524-32.
- Kıraner E. (2018). Yoğun Bakımda Akciğer Rezeksiyonu Sonrası Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2018; 22(2): 88-103.
- Kjeldsen C, Hansen M, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer P. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. Nurs Crit Care. 2018; 23(2): 75-81.
- Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. Critical Care Medicine. 1981; 9(8): 591-7.

- Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, SpringerPublishing Company, New York. 57.
- Kolcaba K, DiMarco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Journal of Pediatric Nursing*. 2005; 31(3): 187-94.
- Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A. Efficacy of Hand Massage for Enhancing the Comfort of Hospice Patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2004; 6(2): 91-102.
- Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(11): 1301–1310.
- Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory. A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*. 2006; 36(11): 538-44.
- Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York. 2003, s: 15-57.
- Kolcaba KY. A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19(6): 1178-84.
- Kolcaba KY. Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1991; 23(4): 237-40.
- Kuramochi G, Kobayashi I. Regulation of the urine concentration mechanism by the oropharyngeal afferent pathway in man. *American Journal of Nephrology*. 2000; 20(1): 42-47.
- Leemhuis A, Shichishima Y, Puntillo K. Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice. *Crit Care Nurse*. 2019; 39(5): 21-28.
- Li D ve Puntillo K. A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*. 2006; 19: 216–219.
- Ljunqvist O, Soreide E. Preoperative Fasting. *British Journal of Surgery*. 2003; 90(4): 400-6.
- Madsen M, Brosnan J, Nagy VT. Perioperative thirst: a patient perspective. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 1998; 13(4): 225-228.
- Maltby JR. Fasting from Midnight-The History Behind the Dogma. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*. 2006; 20(3): 363-78.

- Maraş G, Ceyhan Ö. Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat Solüsyon Kullanımının Ameliyat Sonrası İnsülin Direncine Etkisi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 6(2) , 35-40.
- Marchuk A. End-of-life care in the neonatal intensive care unit: applying comfort theory. International Journal of Palliative Nursing.2016; 22(7): 317-323.
- Martay K, Vater Y, Hunter C, Ross B. Preoperative Fasting After Soft Drink Intake: 2 Hours May Be Enough. Journal of Anesthesia. 2002; 16(2): 179-80.
- Mckinley MJ, Johnson AK. The physiological regulation of thirst and fluid intake. News in Physiological Science. 2004; 19: 1-6.
- Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 2001; 9(3): 177–186.
- Navarro LHC, Bloomstone JA, Auler JOC, Cannesson M, Della Rocca G, Gan TJ, Kinsky M, Magder S, Miller TE ve Mythen M. Perioperative fluid therapy: a statement from the international Fluid Optimization Group. Perioperative medicine. 2015; 10(4): 1- 3.
- Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. Qual Saf Health Care. 2006;15(4): 264-71.
- Ören B. Yoğun Bakımda Sıvı Dengesi Takibi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(2): 98-102.
- Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak, F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2009; 36 (3): 184-190.
- Power S, Kavanagh DO, McConnell G, Cronin K, Corish C, Leonard M, Crean A, Feeha S, Eguare E, Neary P, Connolly J. Reducing preoperative fasting in elective adult surgical patients: a case-control study. Irish Journal of Medical Science. 2012; 181(1): 99-104.
- Puntillo K, Arai SR, Cooper BA, Stotts NA, Nelson JE. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. Intensive Care Medicine. 2014; 40(9): 1295-1302.

- Puntillo LA, Arai S, Cohen NH, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med.* 2010; 38(11): 2155-2160.
- Saker P, Farrell MJ, Adib FRM, Egan GF, McKinley MJ, Denton DA. Regional brain responses associated with drinking water during thirst and after its satiation. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2014; 111(14): 5379-5384.
- Sarier, T. Ameliyat Öncesi Aç Kalma Süresinin, Durumluk Kaygı ve Genel Konfor Düzeyine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Konya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ş Kurşun).
- Schitteck GA, Schwantzer G, Zoidl P, Orlob S, Holger S, Eichinger M, Sampl L, Bornemann-Cimenti H, Sandner-Kiesling A. Adult patients' well-being and disturbances during early recovery in the post anaesthesia care unit. A crosssectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020 Dec; 61: 102912. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102912.
- Schitteck GA, Simonis H, Bornemann-Cimenti H. Pain, nausea, vomiting, thirst, cold, ... the challenge of well-being in postoperative patients. *Intensive & Critical Care Nursing.* 2021. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103090. (Article in pressed).
- Siefert ML. Concept Analysis of Comfort. *Nursing Forum.* 2002; 37(4): 16-23.
- Sılay F, Akyol A. Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon-ajitasyon ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan iki ölçüm aracının türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2017; 22(2):50-65.
- Smith HG, Sheridan GJ, Lane PNJ, Nyman P, Haydon S. Wildfire effects on water quality in forest catchments: A review with implications for water supply. *Journal of Hydrology.* 2011; 396(1): 170-192.
- Soydaş Yeşilyurt D. Ameliyat Öncesi Video ile Yapılan Bilgilendirmenin Hastaların Kaygı ve Memnuniyetine Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Trakya (Danışman: Prof. Dr. ÜY Fındık).

- Stotts NA, Arai SR, Cooper BA, Nelson JE, Puntillo KA. Predictors of thirst in intensive care unit patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 49: 530–538.
- Sung JM, Kuo SC, Guo HR, Chuang SF, Lee SY, Huang JJ. The role of oral dryness in interdialytic weight gain by diabetic and non-diabetic haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(9):2521-8.
- Szinnai G, Schachinger H, Arnaud MJ, Linder L, Keller U. Effect of water deprivation on cognitive-motor performance in healthy men and women. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2005;289(1):R275-80.
- Terzi B, Kaya N. A Planned Admission Protocol Application in Intensive Care Units. *Nursing in Critical Care*. 2017b; 22(6): 362-371.
- Terzi B, Kaya N. Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017a; 20(1): 67 - 74.
- Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*. 2011;9(1):34-45.
- Türk F, Atinkaya C, Yuncu G, Öztürk G. Yaşlı ve solunum fonksiyonları kısıtlı bir olguda akciğer rezeksiyonu: Olgu sunumu. *J Clin Anal Med*. 2011; 2(3): 109-111.
- Uğurlu SB. Postoperative neuropsychiatric system. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2007; 3(27): 23-8.
- Üstündağ H, Eti Aslan F. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Nurs*. 2010; 2(2): 94-9.
- Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Prof. Dr. FE Aslan).
- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset Matbaası, 1999.
- VonStein M, Buchko BL, Millen C, Lampo D, Bell T, Woods AB. Effect of a Scheduled Nurse Intervention on Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Patients. *Am J Crit Care*. 2019; 28(1): 41-46.
- Williams LS. Nursing Care of Patients Having Surgery. In: Williams LS, Hopper PD, eds. *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed. Philadelphia: FA DavisCo; 2015, p 202-236.

- Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2004; 19: 164-173.
- Yağcı G, Can MF, Öztürk E, Dağ B, Özgürtaş T, Coşar A, Tufan T. Effects of Preoperative Carbohydrate Loading on Glucose Metabolism and Gastric Contents in Patients Undergoing Moderate Surgery: A Randomized, Controlled Trial. *Nutrition*. 2008; 24: 212-6.
- Yavuz Z. Afyon ilindeki cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın ameliyat öncesi dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Afyon (Danışman: Y. Doç. Dr. S Yılmaz).
- Yıldırım Keskin A, Taşcı S. Ağız kuruluğu semptomunun yönetiminde kullanılan tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) yöntemler. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019; 6(1): 32-41.
- Yıldırım, A. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan akupresin susuzluk şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. S Taşcı).
- Yin X, Ye L, Zhao L, Li L, Song J. Early versus delayed postoperative oral hydration after general anesthesia: a prospective randomized trial. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2014; 7(10): 3491–3496.
- Yönelim Amaç H ve Çam R. Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 5(1): 1222-1237.
- Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2011; 27(2): 79-88.
- Zengin N. Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2010; 14(2): 61-66.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Ben, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Banu TERZİ'nin danışmanlığında, yüksek lisans tezi çalışması kapsamında **“Cerrahi Girişim Sonrası Yoğun Bakımda İzlenen Hastalarda Susuzluk Şiddeti İle Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışmayı yürüteceğim. Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalarda uygulanan bazı tedavi girişimlerinden (örneğin; yapay solunum için ağız içine tüp yerleştirmek gibi) dolayı hastalar susuzluk hissi yaşayabilmektedir. Bu susuzluk hissi hastalarda sıkıntı ve rahatsızlığa yol açabilmektedir. Bu nedenle araştırma, yoğun bakım ünitesinde entübe olan post-op hastalarda susuzluk şiddeti ile konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilecektir.

Araştırma kapsamında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyokültürel özelliklerin yanı sıra; hastaların yoğun bakım ünitesinde kaldıkları sürede uygulanan bakım ve tedavi girişimlerine ilişkin bazı bilgilerin sorgulandığı “Hasta Bilgi ve Tanılama Formu”; “Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)”, “Visual Analog Skala (VAS)”, “Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği” ve “Perianestezi Konfor Ölçeği” anket formları kullanılacaktır. Bu formlar araştırmacı tarafından basit birkaç fiziksel değerlendirme (bilinç düzeyi kontrolü, ağız içinin kontrolü, ağrı davranışlarının incelenmesi, vb.) ile ve yoğun bakımda sıklıkla bakılan bazı laboratuvar değerlerinin ilgili hasta kayıt formundan bakılması yoluyla doldurulacaktır. Araştırmada bedeninize herhangi bir ilaç ya da girişimsel bir işlem uygulanmayacaktır.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırmadan çekilseniz bile yoğun bakımdaki tedaviniz kesintisiz devam edecektir. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme talep edilmeyecektir.

Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla toplanacak ve işlenecektir. Araştırma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır.

Araştırmanın süreci ile ilgili olarak danışmak istediğiniz bir konu olduğunda; istediğiniz zaman araştırmayı yürütecek olan **Tuğba Hatice Çaylar**'a **05436955985** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bilgilendirmeyi Yapan

Tuğba Hatice Çaylar
Yüksek Lisans Öğrencisi

Ben.....yukarıda bilgileri verilen çalışmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 2. HASTA BİLGİ ve TANILAMA FORMU

1. Anket no:	.....
2. Yaşı:	.....
3. Cinsiyeti:	1) Kadın () 2) Erkek ()
4. Medeni durumu:	1) Evli () 2) Bekar/Dul/Boşanmış ()
5. Eğitim durumu:	1) İlköğretim () 2) Lise () 3) Lisans () 4) Lisansüstü ()
6. Yoğun bakıma yatış tanısı:	.....
7. Ek kronik hastalıkları:	1) DM () 2) Kardiyovasküler sistem hastalığı () 3) KBY () 4) Diğer (Belirtiniz) ()
8. Geçirilen cerrahi girişim:	.....
9. Cerrahi girişim süresi:	/saat
10. Cerrahi girişim sırasında aldığı sıvı türü:	İzotonik () Hipotonik () Hipertonik () Kolloid () Diğer:.....
11. Cerrahi girişim sırasında aldığı sıvı miktarı:	/ml
12. Cerrahi girişim sırasında kanama miktarı:	/ml
13. Cerrahi girişim sırasında operasyon odasının ısısı:	°C
14. Cerrahi girişim sırasındaki vücut sıcaklığı:	°C
15. Cerrahi girişim öncesindeki açlık-susuzluk süresi:	/saat
16. Cerrahi girişim öncesinde IV sıvı verilme durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
17. 16. soruya verilen yanıt Evet ise verilen sıvının miktarı:	 / ml
18. 16. soruya verilen yanıt Evet ise verilen sıvının türü:	İzotonik () Hipotonik () Hipertonik () Kolloid ()
19. YBÜ'ye kabulü sırasındaki vücut sıcaklığı:	°C
20. Entübasyon süresi:	/saat
21. İnvaziv mekanik ventilasyon süresi:	/saat
22. Trakeal aspirasyon sıklığı:	/gün
23. Kusma varlığı:	1) Evet ().....miktarı/ml 2) Hayır ()
24. Sigara kullanım durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
25. Alkol kullanım durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
26. Günlük normal yaşamında düzenli ağız	1) Evet ()

bakımı yapma durumu	2) Hayır ()
27. Normal yaşamında günlük sıvı tüketimi miktarı:	/ml
28. Sedasyon kullanım durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
29. 28. soruya verilen yanıt Evet ise kullanılan sedasyon türü:	1) Benzodiyazepinler (Diazepam, Lorezepam, Midazolam) () 2) Profopol () 3) Santral- alfa agonistleri (klonidin, deksmedetomidin) () 4) Diğer.....
30. RASS puanı:	.....
31. APACHE-II puanı:	.....
32. YBABSÖ puanı:	.....
33. Ağız bakımı yapılma durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
34. 33. Soruya verilen yanıt Evet ise ağız bakımı yapılma sıklığı:	/gün
35. 33. Soruya verilen yanıt Evet ise ağız bakımında kullanılan ürün:	.....
36. Susuzluk hissi yaşama durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
37. 36. Soruya verilen yanıt Evet ise susuzluk hissinin ifade etme şekli:	1) Elini kaldırma 2) Entübasyon tüpünü ısırma 3) Dilini dışarı çıkarma 4) Yatak kenarına vurma 5) Diğer.....
38. Ağız kuruluşunu ve susuzluğunu gidermek için herhangi bir girişim yapılma durumu:	1) Evet () 2) Hayır ()
39. 38. Soruya verilen yanıt Evet ise susuzluğu gidermede kullanılan yöntem:	.....
40. Glaskow Koma Skalası puanı	.....
41. VAS puanı	.....
42. Kalsiyum düzeyi	 mg/dL
43. Sodyum düzeyi	 mEq/L
44. Potasyum düzeyi	 mEq/L
45. Kan glikoz düzeyi	 mg/dL
46. Hemotokrit düzeyi	%.....
47. Kreatin düzeyi	mg/dL
48. Aldığı-çıkardığı sıvı dengesi (24 saatlik)	.....
49. YBÜ’de hasta/hemşire oranı:	.....
50. YBÜ’de toplam kalış süresi:	gün

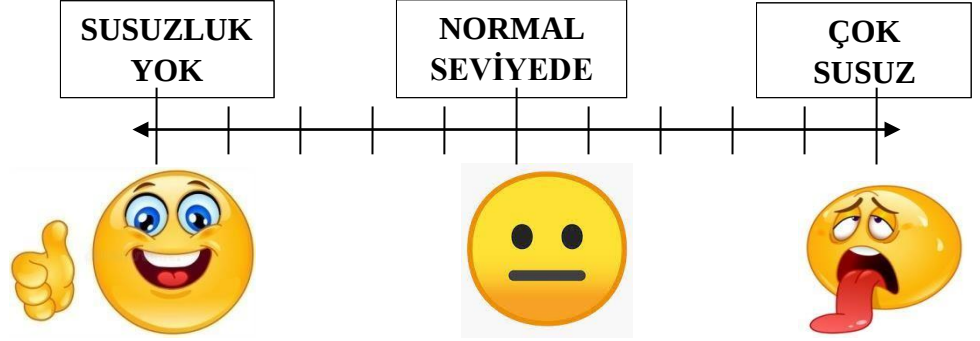
EK 3. RİCHMOND AJİTASYON-SEDASYON SKALASI (RASS)

+4 Hırçın (personel için tehlikeli olabilecek düzeyde)
+3 ileri derecede ajite (tüpü ve kateteri çekiyor, agresif hasta)
+2 Ajite (sık olarak amaçsız hareketler, ventilatörle uyumsuzluk)
+1 Huzursuz (endişeli ancak agresif değil)
0 Uyanık ve sakin
-1 Uykulu (sesli uyarılarla kısa süreli göz açma)
-2 Hafif sedasyon (sesli uyarılarla kısa süreli göz açma)
-3 Orta dereceli sedasyon (göz açar ancak göz teması kurulamaz)
-4 Derin sedasyon (sesli uyarılara yanıt yok, fiziksel uyarıyla göz açma)
-5 Uyandırılmaz
TOPLAM PUAN:



EK 4. SUSUZLUK ŞİDDETİ VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Susuzluk düzeyinizi aşağıdaki çizelge üzerinde işaretleyiniz.



EK 5. PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ (PKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**Kesinlikle Katılıyorum**” dan “**Kesinlikle Katılmıyorum**” a kadar giden altı seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

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

EK 6. YOĞUN BAKIM AĞIZ BAKIMI SIKLIĞINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-YBABSDÖ

Değerlendirme Parametreleri	NORMAL-1	HAFİF-2	ORTA-3	CİDDİ-4	PUAN
1. Hastanın yaşı	15-29	30-49	50-69	70 yaş ve üstü	
2. Dudaklar	Pürüzsüz, pembe, nemli ve bozulmamış	Biraz kuru, kırmızı	Kuru, şişmiş izole kabarcıklar	Ödemli, iltihaplı kabarcıklar	
3. Dişler	Temiz	Dişler üzerinde lokalize olmuş plaklar mevcut	Nemli alanlarda dişler üzerinde plak filmleri mevcut	Dişlerin üzerinde ve aralarında gözle görülür yoğun plaklar mevcut	
4. Dil	Pürüzsüz, pembe, nemli ve bozulmamış	Kuru, belirgin papilla	Kuru, şiş, uç ve papilla kırmızı lezyonlar	Çok kuru, ödemli, kanamalı ülserler mevcut	
5. Oral mukoza	Pürüzsüz, pembe, nemli ve bozulmamış	Soluk, kuru, izole lezyon	Şişmiş kırmızı	Çok kuru ve ödemli, iltihaplanmış	
6. Tükürük salgısı	İnce, sulu bol	Tükürük miktarında artış	Yetersiz ve biraz kalın	Kalın ve yapışkan ya da tükrük salgısı hiç yok	
7. Yanaklar	Pürüzsüz, normal ve bozulmamış	Biraz kuru, kırmızı	Bütünlüğü bozulmuş (sıyrık, çatlak)	Çok kuru, ödemli, kanamalı ülserli	
8. Beslenme desteği	Oral besleniyor	Naso/orogastrik tüplerle ya da gastrostomi yoluyla besleniyor	Parenteral yoldan besleniyor	Hiçbir şekilde beslenmiyor	
9. Solunum desteği	Normal spontan solunum	Nazal kanül/basit oksijen maskeleri ile destekli	Non-invaziv maskelerle mekanik ventilasyon destekli	Oro-nazotrakeal entübasyon tüpü\trakeostomi ile invaziv mekanik ventilasyon destekli	
TOPLAM PUAN*	9 Puan: En az 12 saatte bir ağız bakımı	10-19 Puan: En az 8-12 saatte bir ağız bakımı	20-29 Puan: En az 6 saatte bir ağız bakımı	30 Puan ve üstü: En az 4 saatte bir	

*Geniş antibiyotik ve steroid ilaç tedavisi, Diabetes Mellitus tanısı, Düşük Hb düzeyi ve immnusüpresif ilaç kullanımı durumlarında her bir durum için ek 1 puan verilir.

Kaynak: Doğu Kökcü, Ö., & Terzi, B. (2020). Development of an intensive care oral care frequency assessment scale. Nursing in Critical Care; DOI: 10.1111/nicc.12529. (Article in pressed)

EK 7. GLASKOW KOMA SKORU-GKS

Göz Açıklığı		Motor Tepki		Sözel Cevap	
Spontan	4	Komutlara Uyuyor	6	Oryante	5
Sözel Uyarı	3	Ağrıya Lokalize	5	Uyumsuz ve kendiliğinden yanıt	4
Ağrılı Uyarı	2	Ağrıya Geri Çekme	4	Birbiriyle bağımsız kelimeler	3
Tepki yok	1	Anormal Fleks.	3	İnlemeler -mırıltılar	2
		Anormal Eks.	2	Cevap yok	1
		Tepki yok	1		

EK 8. AKUT FİZYOLOJİK VE KRONİK SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ- APACHE II

Parametreler	Yüksek Anormal Değer					Düşük Anormal Değer				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	Puanlar
Rektal ateş (°C)	≥41	39-40.9		38.5 - 38.9°	36 - 38.4	34 35.9	32 33.9	30 - 31.9	≤29.9	
Ortalama arterial basınç - mm Hg	≥160	130 - 159	110 - 129		70- 109		50 69		≤49	
Nabız / dk	≥180	140 - 179	110 - 139		70- 109		55 - 69	40 - 54	≤39	
Solunum / dk	≥50	35 - 49		25 -34	12 - 24	10 - 11	6- 9		≤5	
Oksijenizasyon: a. FIO ₂ ≥0.5 ise AaDO ₂ b. FIO ₂ <0.5 ise PaO ₂	≥500	350 - 499	200 - 349		<200 PO ₂ >70	PO ₂ 61 -70		PO ₂ 55 -60	PO ₂ <55	
Arterial pH (eğer varsa) Serum HCO ₃ (venöz mEq/l)(eğer kan gazı yoksa)	≥7.7 ≥52	7.6 - 7.69 41 - 51.9		7.5 - 7.59 32 - 40.9	7.33 - 7.49 22- 31.9		7.25 - 7.32 18 - 21.9	7.15 -7.24 15 - 17.9	<7.15 <15	
Serum Sodyum (mEq/l)	≥180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 -149		120 - 129	111 - 119	≤110	
Serum Potasyum (mEq/l)	≥7	6- 6.9		5.5 - 5.9	3.5- 5.4	3 - 3.4	2.5 - 2.9		<2.5	
Serum Kreatinin (mg/dl) (Eğer akut yetmezlik varsa* 2)	≥3.5	2 - 3.4	1.5 - 1.9		0.6- 1.4		<0.6			
Hematokrit (%)	≥60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		<20	
Beyaz küre sayısı (total/mm ³)	≥40		20 - 39.9	15- 19.9	3- 14.9		1 - 2.9		<1	
Glasgow Koma Skoru (GKS) Skor = 15 - varolan GKS puanı										

A. Toplam Akut Fizyolojik Puan (12 parametreden alınacak toplam puan), **B.** Yaş (yıl olarak) ≤44=0; 45- 54=2; 55- 64=3; 65- 74=5; ≥75=6, **C.** Kronik Sağlık Puanı: (Geçmişte ciddi organ yetmezliği veya immunsupresyon varsa* a) Non-operatif veya acil opere edilmiş hastalar için 5 puan b) Elektif postoperatif hastalar için 2 puan)
Toplam APACHE II Skoru = A+B+C

EK 9-ÖLÇEK İZİNLERİ



Alıcı: kathykolcaba ▾

Dear Kolcaba,
I'm master student at Akdeniz University school of nursing in Antalya/Turkey.
We planned a thesis study with my consultant Doç. Dr. Banu TERZİ on the examination of the knowledge, 'Determining the Relationship Between Thirst Intensity and Comfort Level in Patients Followed Up in Intensive Care Unit After Surgery'. In our thesis, we would like to use to 'Comfort Scale', if you have permission and if it is suitable for you.
Best regards.



Kathy Kolcaba
Alıcı: Şebnem, ben ▾

14 Ocak Per 17:34 ★ ↩ ⋮

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat](#) ✕

You have my permission to use the comfort scale or anything else on my website for your research. I copied in my colleague in Turkey who has done extensive comfort research. She may have a comfort scale translated into Turkish. Thank you for your interest in patient comfort.

Dr. Kathy Kolcaba Associate Professor
(Emeritus) The University of Akron
www.TheComfortLine.com

10 ileti dizisinden 10. < > ☰ ▾



Hülya Üstündağ
Alıcı: ben ▾

25 Haz 2020 Per 14:20 ★ ↩ ⋮

Sevgili Tuğba Çaylar
Perianestezi Konfor Ölçeğini yüksek lisans tezinde kullanabilirsin. Başarılar dilerim.
Ekte ölçeği ve yayınlanan makaleyi gönderiyorum.

Hülya Üstündağ

2 Ek

Perianestezi Konfo... PDF Perianestezi Konfo...

Merhaba Fatma Hocam,
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. "CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI YOĞUN BAKIMDA İZLENEN HASTALARDA SUSUZLUK ŞİDDETİ İLE KONFOR DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ" adlı Yüksek Lisans tezim için Richmond Ajitasyon-Sedasyon Ölçeğini (RASS) kullanmak istiyorum. Eğer sizin için de uygunsa ölçeğin türkçeye uyarlama halini benimle paylaşır mısınız? Şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla..



fatma tunç

Alici: ben ▾

14 Oca 2021 20:45 ★ ↩ ⋮

Tuğba Hanım merhaba,

Kişiyi atf yapılmak ve kaynakcanızda kullanılmak koşulu ile olcegi kullanabilirsiniz. Ekte mevcut. Olcek ilginiz icin tesekkur ederim.

Basarilar...

Kolay gelsin...

Saygılarımla...



Tuğba Çaylar

Alici: curtis.sessler ▾

14 Ocak Per 15:53 ☆ ↩ ⋮

Dear Curtis Sessler,
I'm master student at Akdeniz University school of nursing in Antalya/Turkey.
We planned a thesis study with my consultant Doç. Dr. Banu TERZİ on the examination of the knowledge, 'Determining the Relationship Between Thirst Intensity and Comfort Level in Patients Followed Up in Intensive Care Unit After Surgery'. In our thesis, we would like to use to Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), if you have permission and if it is suitable for you.
Best regards..



CURTIS Sessler

Alici: ben, CURTIS ▾

18 Ocak Pzt 20:34 ★ ↩ ⋮

Dear Tugba,

You have my permission to use the RASS in your research as you describe.

Thank you and good luck with your research,

Curtis N. Sessler, MD, FCCP, FCCM, ATSF
Orhan Muren Distinguished Professor of Medicine
Associate Chair for Faculty Development, Department of Medicine
Director, Center for Adult Critical Care
Medical Director, Critical Care



Tuğba Çaylar

Alıcı: arzuquay -

14 Ocak Per 15:32



Merhaba Arzu Hocam,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. "CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI YOĞUN BAKIMDA İZLENEN HASTALARDA SUSUZLUK ŞİDDETİ İLE KONFOR DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ" adlı Yüksek Lisans tezim için Vizüel analog Skala (VAS) ölçeğini kullanmak istiyorum. Eğer sizin için de uygunsa ölçeğin türkçeye uyarlama halini benimle paylaşır mısınız? Şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla..



ARZU AYDIN

Alıcı: ben -

14 Ocak Per 17:36



Ölçeği kullanabilirsiniz, ölçek makalenin sonunda ekli

iPhone'umdan gönderildi

Tuğba Çaylar

unları yazdı (14 Oca 2021 15:32):



İyi günler,

Sayın Banu Hocam Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek Lisans tezim için YOĞUN BAKIM AĞIZ BAKIMI SIKLIĞINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİ (YBABSDÖ) kullanmak istiyorum. Eğer sizin için de uygunsa ölçeği ve yayınlanan makaleyi benim paylaşabilir misiniz? Şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla..



banu copur

Alıcı: ben -

25 Mayıs Sal 21:42



Merhaba Tuğba,

Tez çalışmanızda geliştirdiğimiz "Yoğun Bakım Ağız Bakımı Sıklığını Değerlendirme Ölçeği"ni kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle,

Doç. Dr. Banu TERZİ

EK 10- ETİK KURUL İZNİ

	T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : 70904504/ 671	007/40/2020
Konu :	
Sayın	
Dr.Öğr.Üyesi Banu TERZİ Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi	
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Cerrahi Girişim Sonrası Yoğun Bakımda İzlenen Hastalarda Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
	
Eki: Etik Kurul Kararı	
Adres	: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel	: (242)249 69 54
Faks	: (242) 249 69 03
e-posta	: etik@akdeniz.edu.tr
CamScanner ile tarandı	

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cerrahi Girişim Sonrası Yoğun Bakımda İzlenen Hastalarda Susuzluk Şiddeti ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: KAEK- 745	Tarih: 23.09.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

CamScanner ile tarandı

EK 11- SAĞLIK BAKANLIĞI İZNİ

	T.C. ISPARTA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	ISPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ISPARTA İZMİR HESKİTLER KURUMU 0513 252 10 10 - 1507190 - 799 / 0 3457190 799 0 0813340043 
Sayı :	E-16657963-799	
Konu :	Araştırma İzni (Tuğba Hatice ÇAYLAR)	
ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİNE		
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba Hatice ÇAYLAR'ın ekte gönderilen bilimsel araştırma çalışmasını hastanenizde uygulama talepleri; Kimlik ve kişisel bilgilerin herhangi bir yerde kullanılmaması, yayımlanmaması, bakanlığımızın izni olmadan ve yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılmaması, ayrıca araştırma yapılacak bölümlün kurallarına uyulması kaydı ile uygun görülmüştür. Gereğini rica ederim.		
Dr.Mehmet KARAKAYA İl Sağlık Müdürü		
Ek: 1- Araştırma İzni (Tuğba Hatice ÇAYLAR)		
İsparta İl Sağlık Müdürlüğü İdari Hizmetler Birimi Sanayi Mah. 142. No.lu Cad. No:72/01 Mahallesi/ISPARTA Faks No:0246) 211 96 99	Bilgi için:Muharrem MACİT TOPLUM SAĞLIĞI TERKİSİYENİ	Telefon No:(0 246) 211 96 33
e-Posta:muharrem.macet@sağlik.gov.tr İnt. Adresi: http://ispartasaglik.gov.tr Devletler elektronik iznleri sistemi http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e499088-3620-4299-96a2-9166d95392c koda ile erişilebilir. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuğba Hatice	Uyruğu	Türk
Soyadı	ÇAYLAR	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Isparta Anadolu Lisesi	2015
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi - Hemşirelik	2019
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi-Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Isparta Şehir Hastanesi	2020-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL/Sağlık	85

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: