

TC.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HASTALARIN POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM KONFOR DÜZEYLERİ

Nursevim AYDINGÜLÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEKLİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevban ARSLAN

ADANA-2019

TC.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HASTALARIN POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM KONFOR DÜZEYLERİ

Nursevim AYDINGÜLÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEKLİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevban ARSLAN

Tez No:.....
ADANA-2019

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“Hastaların Postoperatif Erken Dönem Konfor Düzeyleri”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tarihi: 27 / 12 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Sevilan ARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Serdar SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Sevilay ERDEN YÜKSEKKAYA
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 27/12/2019


İMZA
Nursenim Aydingülü
Adı Soyadı

Kayıtlı olunan Program : Tezli yüksek lisans
Tezin Konusu : Hastaların Postoperatif Erken Dönem Konfor Düzeyleri

Tezin Türü : Yüksek Lisans : X Doktora: ☐

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç. Dr. Sevban Arslan
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 0 322 3386484/1142
E-Posta : sarslancu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 0 322 3386484/1132
E-Posta : naydingulucu.edu.tr
Adresi : Ç.Ü. Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü Sarıçam/ADANA

TEŞEKKÜR

Bu süreçte desteğini, deneyimini ve hoşgörüsünü esirgemeyip yoluma ışık tutan danışmanım Doç. Dr. Sevban ARSLAN'a ve eğitimim boyunca manevi desteğini eksik etmeyen Doç. Dr. Sevilay ERDEN YÜKSEKKAYA'ya sonsuz saygı ve teşekkürlerimi, araştırmanın hazırlık sürecinde bilgi ve tecrübesiyle destek olan Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN'a sevgilerimi sunuyorum. Araştırmada veri topladığım süre boyunca sorularıma sabırla cevap veren tüm hastalara teşekkür ediyor ve çabucak iyileşmelerini temenni ediyorum. Ayrıca güne yeni heyecan ve fikirlerle başlamamı sağladığı için her sabah doğan güneşe hayranlığımı itiraf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	ii
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Cerrahi Hemşireliği	4
2.3. Ameliyat Sonrası Dönem	5
2.4. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar	6
2.4.1. Bulantı-Kusma	6
2.4.2. Pulmoner Komplikasyonlar	7
2.4.3. Kardiyovasküler Komplikasyonlar	8
2.4.4. Nörolojik Komplikasyonlar	9
2.4.5. Hipotermi	9
2.4.6. Ağrı	10
2.5. Erken Dönem Komplikasyonlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı	10
2.5.1. Bulantı-Kusma	11
2.5.2. Solunum Fonksiyonlarında Olası Değişiklikler	12
2.5.3. Kardiyovasküler Fonksiyonlarda Olası Değişiklikler	12
2.5.4. Nörolojik Fonksiyonlarda Olası Değişiklikler	13
2.5.5. Hipotermi	14
2.5.6. Ağrı	14
2.6. Konfor Kuramı	15
2.7. Hemşirelik Bakımı ve Konfor İlişkisi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Sayısı	19
3.4. Verilerin Toplanması	19

3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	20
3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	20
3.5.3. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)	20
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	25
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması	25
5.2. Hastaların Klinik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	30
KAYNAKLAR	32
EKLER	36
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	36
Ek 2: Erken Postoperatif Konfor Ölçeği	37
Ek 3: Etik Kurul Onayı	38
Ek 4: Kurum İzni	39
ÖZGEÇMİŞ	40

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No:

Sayfa No:

Çizelge 2.1. Konfor boyutlarını etkileyen faktörler.....	17
Çizelge 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre EPKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
Çizelge 4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre EPKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MÖ	: Milattan Önce
ASPAN	: Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği
VDS	: Sözel Tanımlayıcı Ölçek
VAS	: Görsel Analog Skala
MI	: Miyokard İnfarktüsü
ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
°C	: Celcius
cc	: Santimetre Küp
IV	: İntravenöz
NHS	: İnovasyon ve Geliştirme Enstitüsü
ERAS	: Hızlı İyileşme Protokolleri
ICNP	: Uluslararası Hemşirelik Sınıflaması
ICF	: Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması
KBB	: Kulak Burun Boğaz
ASA	: Amerikan Anestezistler Birliği
EPKÖ	: Erken Postoperatif Konfor Ölçeği
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
CABG	: Koroner Arter Bypass Graft

ÖZET

Hastaların Postoperatif Erken Dönem Konfor Düzeyleri

Cerrahi işlem geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde konfor düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin ortopedi, üroloji, KBB, genel cerrahi 1, genel cerrahi 2, beyin cerrahi ve plastik cerrahi kliniklerinde yürütülen araştırmaya; bu kliniklerde yatmakta olan, araştırma kriterlerine uyan ve katılımı kabul eden 157 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', ağrı değerlendirmesi için 'Görsel Kıyaslama Ölçeği', konfor düzeyini belirlemek için 'Erken Postoperatif Konfor Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzdelik hesaplama, normal dağılım gösteren veriler için bağımsız gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların yaş ortalamasının $47,57 \pm 18,96$ olduğu, %52,9'unun erkek, %63,7'sinin evli, %33,8'inin orta öğretim mezunu olduğu, %73,9'unun çalışmadığı, %66,2'sinin ise aylık gelirinin giderine denk olduğu tespit edilmiştir. Hastaların klinik özelliklerinde; %26,1'inin genel cerrahi, 9,6'sının ortopedi kliniklerinde ameliyat olduğu; %60,5'inin klinik öyküsünde kronik hastalığının olmadığı, %43,9'unun sürekli ilaç kullandığı, %73,2'sinin daha önce bir cerrahi işlem deneyimlediği, %49'unun ASA 1 grubunda yer aldığı, %63,7'sinin cerrahi işleminin yaklaşık 1 saat sürdüğü görülmektedir. Ağrı yaşayan bireylerin %33,1'inin hafif ağrı yaşadığı, %23,6'sının ağrı yaşamadığı belirlenmiştir. Hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına ve ağrı düzeylerine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanan hastaların ve ağrısı olmayan veya hafif ağrı deneyimleyen hastaların ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Sonuç olarak cerrahi sürecin etkisine ve klinik öyküye bağlı olarak hastaların konforu değişik düzeylerde etkilenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Postoperatif Erken Dönem, Cerrahi Süreç, Konfor

ABSTRACT

Comfort Levels of Patients at Early Postoperative Period

The aim of this study was to determine the comfort levels of patients undergoing surgical procedures in the early postoperative period.

The study was carried out in the orthopedics, urology, ENT, general surgery 1, general surgery 2, brain surgery and plastic surgery clinics of Balcalı Hospital of Çukurova University Faculty of Medicine; 157 patients hospitalized in these clinics, meeting the research criteria and accepting participation were included. 'Personal Information Form' was used for data collection, 'Visual Benchmarking Scale' for pain assessment, and 'Early Postoperative Comfort Questionnaire' to determine comfort level. In the evaluation of the data, frequency and percentage calculation were used for descriptive statistics, independent samples t test was used for data showing normal distribution, and Kruskal Wallis test was used for data that did not show normal distribution.

As a result of the study, the mean age of the patients was 47.57 ± 18.96 , 52.9% were male, 63.7% were married, 33.8% were secondary school graduates, 73.9% were not working, 66.2 of them were found to be equivalent to the monthly income. Clinical features of the patients; 26.1% had general surgery and 9.6 had orthopedic surgery; 60.5% had no chronic disease, 43.9% had continuous medication, 73.2% had experienced a previous surgical procedure, 49% had ASA 1, 63.7% It is seen that the surgical procedure lasted about 1 hour. It was determined that 33.1% of the individuals who experienced pain had mild pain and 23.6% had no pain. It was found that there was a statistically significant difference between the mean scores of EPCQ according to the patients 'regular drug use and pain levels. The mean scores of the patients who used regular medication and those who had no pain or mild pain were higher than the other groups ($p < 0.05$). As a result, the comfort of the patients is affected at different levels depending on the effect of the surgical process and clinical history.

Key words; Early Postoperative Period, Surgical Procedure, Comfort

1. GİRİŞ

Çağımızda bilim ve teknolojiadaki hızlı gelişmeler, yeni teknikler ve tanı yöntemleri cerrahi girişimleri son başvurulanan tedavi yöntemi olmaktan çıkarmıştır (1). Sağlık istatistikleri verileri cerrahi girişimlerin en sık başvurulanan tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir. TC Sağlık Bakanlığı 2017 istatistiklerine göre bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların %0,7'si, üniversite ve özel kuruluşlara yapılan müracaatların ise %2,1'i cerrahi girişimle sonuçlanmıştır. 2002 yılından 2017'ye gelindiğinde, yıllık toplam ameliyat sayısının iki katından daha fazla artış gösterdiği belirlenmiştir (2).

Başvuru sayısı giderek artmakta olan cerrahi tedavi yöntemi, bireyin hastalık ya da yaralanma durumlarında bozulan beden fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesi amacıyla organlar üzerinde manipölasyonlarla yapılan düzenlemelerdir. Bu işlemler sağlığı geliştirmekle birlikte bireyi fizyolojik ve psikolojik boyutta etkileyen bir süreçtir. Zorlu bir süreç olan cerrahi dönem preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönem gibi zorlu aşamalardan oluşmaktadır. Postoperatif erken dönem hastanın anestezinin etkisinden çıktığı, homeostatik dengenin yeniden sağlandığı ilk 3-4 saati kapsamaktadır ve bu süreçte hasta bazı komplikasyonlar açısından risk altındadır. Özellikle postoperatif erken dönemde anestezik maddeler ve fizyolojik travmalar nedeniyle solunum obstrüksiyonu, pulmoner ödem, bronkospazm, hipo/hipertansiyon, aritmi, uyanma dönemi deliryumu gibi hayati fonksiyonları etkileyen komplikasyonlar görülebilmektedir (1). Komplikasyonlara ek olarak cerrahi sırasında veya sonrasında yapılan invaziv girişimler, ürinerkateter uygulamaları, nazogastrik sonda gibi işlemler; ağrı, bulantı, hipotermi, anksiyete gibi rahatsızlıklara neden olarak hastanın konforunu değişik düzeylerde etkilemektedir (3, 4, 5).

Bu dönemde verilecek uygun hemşirelik bakımı hastanın vücut fonksiyonlarının olabildiğince hızlı ve konforlu bir şekilde düzenlenmesini sağlamaktadır (6). Postoperatif erken dönemde hastanın yaşam fonksiyonlarını dengeleyen bir hemşirelik bakımı aynı zamanda konfor düzeyini de iyileştirir. (7, 8). Tedavi sürecindeki hasta için olumlu bir faktör olan konfor kavramı Florence Nightingale'den beri bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir kalite göstergesi olmuştur (4). Hemşirelik kuramcılarının Katharina Kolcaba bu konuya odaklanarak çalışmalarını 15 yıl

sürdürmüş ve konfor kuramını rahatlık üzerine temellendirmiştir. Fransızcadan köken alan ‘konfor’ terimi yaşamı kolaylaştıran rahatlık anlamına gelmektedir. Zorluklarla baş edebilmek için gereken bireysel ihtiyaçların o anki karşılanma durumunu gösterir. (9, 10). Cerrahi sürecin zorlu dönemlerinden olan postoperatif erken dönemde hastanın konfor düzeyinin iyi olması hastanın yaşam bulgularının stabilitesine, ağrısının azalmasına ve erken mobilizasyonuna destek olacağından önemlidir.

Bu bağlamda hastanın erken iyileşmesinin temel faktörlerinden biri olan konfor düzeyinin değerlendirilmesi; hemşirelik bakımının ve hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından yararlı olacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi

Cerrahi kelimesi Arapça'da yara anlamına gelen “cerh” kelimesinden türetilmiştir ve yara ile uğraşan bilim dalı olarak kullanılmaktadır. Tedavi biliminin, el veya aletlerle manipülasyon gerektiren, tıbbi bilgi, sanat ve pratikten oluşan kısmıdır (11).

Tarihte cerrahinin yeri, bilinen ilk insan kadar eskidir. İnsanoğlunun varoluşuyla birlikte yaşam mücadelesi içinde travmalara maruz kalması ve yaralanması tıbbi bilimlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Arkeolojik kazılarda paleolitik ve neolitik çağa ait bulgular kırık kemik uçlarının karşı karşıya getirilerek iyileştirildiğini göstermektedir. Tarih öncesi dönemlerde ise cerrahi girişimlerin tedaviden çok sihir ve büyücülük amacıyla uygulandığı tahmin edilmektedir.

Günümüzde kullanılan modern tıbbi bilimlerin MÖ 4000 yıllarındaki Eski Mısır'dan köken aldığı bilinmektedir. Eski Mısırlı bilginler bugün hala kullanılan modern tıp uygulamalarının temelini oluşturan tıbbi ve cerrahi teknikler geliştirmişlerdir. Mısırlı hekimler, cerrahi uygulama ve teknikleri, bir çeşit kağıt olan papirüslere yazarak bilginin aktarılmasını sağlamışlardır. Bunlardan Edwin Smith Papirüsü'nün MÖ 1700'de yazıldığı ve nesnel gözlemlere dayalı ilk tıbbi metin olduğu bilinmektedir (12, 13, 14). Ancak Mısır medeniyetinde yapılan mumyalama işlemleri nedeniyle anatomi bilgisinin ilerletilmesi beklenirken, mumyalama işleminin hekimler tarafından yapılmaması nedeniyle beklenen düzeyde gelişmemiştir. MÖ 1760 yıllarında ise Babil kralı Hammurabi, hukuksal düzenlemelerinde tıbbi tedaviye ilişkin kırık tedavisi, mesane taşı, katarakt ameliyatı gibi girişimlere yer vermiştir. Tıbbi tedaviye ilişkin düzenlemeler olması, insan hayatına verilen değeri göstermesi açısından önemlidir.

Eski Roma ve Yunan medeniyetlerindeki bilgi birikimi, tıp biliminde Yunanca'nın hakim dil olmasına neden olmuştur. MÖ 460-374 yıllarında yaşayan Hipokrat, “Teşhis Kitabı” ve “Cerrahi Üzerine” isimli eserler bırakarak çağının en büyük hekimi olarak anılmıştır.

Orta Çağ dönemine gelindiğinde Roma İmparatorluğunun yıkılması ile birlikte kilisenin baskıcı tutumu ve dini felsefenin yayılması hastalıkların Tanrı tarafından

verildiği ve iyileştirilmesinin Tanrıya karşı gelmek olduğu inancının yerleşmesine neden olmuştur. Bu dönemde bir tür gezgin olan ‘Berber Cerrahlar’ ortaya çıkmıştır. Kan alma, diş çekme, apse drenajı gibi uygulamaları yapan berber cerrahlar hasta takibi yapamadıkları için komplikasyonları görme ve cerrahi tekniği geliştirme fırsatı bulamamışlardır.

VII. yüzyılda İslamiyet’in etkisi ve tıbbi metinlerin Yunanca’dan çevrilmesi ile Doğu’da tıp alanında büyük gelişme kaydedilmiştir. Özellikle İbn-i Sina’nın “El-Kanun Fi’t-Tıb, Tıbbın Kanunu” adlı eseri Asya ve Avrupa’da tıp bilimine yön vermiştir.

Selçuklular döneminde Sabuncuoğlu Şerafettin, yüzden fazla cerrahi işlem ve kullanılan aleti resimlerle anlattığı “Cerrahiye-i İlhaniye” eserini yazmıştır. Haçlı seferleri sonrasında İstanbul’un fethi, doğu ile batı medeniyetleri arasındaki iletişimi ve bilgi aktarımını artırarak uzun yıllar karanlık çağlarını yaşayan tıp biliminin yeniden önem kazanmasını sağlamıştır (11, 15).

15. yüzyılda kanamanın durdurulması amacıyla kullanılan dağlama yerine damarların bağlanması yöntemini kullanan Fransız doktor Pare, modern cerrahiye geçişte önemli bir adım atmıştır. Rönesans döneminde John Hunter, Leonardo Da Vinci ve Andrean Vesalius’un anatomi ve fizyoloji alanındaki bilgi birikimini geliştirmesi cerrahinin ayrı bir bilim dalı olarak kabul edilmesini sağlamıştır.

Tedavi başarısını etkileyen enfeksiyon ve ağrı kontrolü gibi gelişmeler ve 19. Yüzyıl ile birlikte videoendoskopik cerrahinin yaygın olarak kullanılmaya başlanması, cerrahinin en çok başvurulmuş tedavi yöntemi olmasını sağlamıştır. Tüm bu gelişmelerle, yarım yüzyıl öncesine kadar hastaneye yatış nedenleri arasında küçük bir yeri olan cerrahinin günümüzde organ fonksiyonlarının en üst düzeye getirilmesi, yaşam süresinin uzatılması, ağrının giderilmesi, dış görünümün düzeltilmesi gibi birçok alanda kullanılması mümkün hale gelmiştir.

2.2. Cerrahi Hemşireliği

Cerrahi hemşireliği, perioperatif süreç boyunca bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin, biyoloji ve davranış bilimleri doğrultusunda şekillendirilen bireyselleştirilmiş hemşirelik faaliyetleri ile sürdürüldüğü uzmanlık alanıdır. Cerrahi girişim, fizyolojik işleyişi olabildiğince korumaya çalışarak yaralanma veya hastalık

durumlarında bozulan organ fonksiyonlarının çeşitli manipölasyon teknikleriyle düzenlenmesiyle bireyin yaşamını kabul edilebilir şartlarda devam etmesini sağlar. Cerrahi hemşiresi bu süreçte hemşirelik bakım aktivitelerinin bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarını diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde kullanarak hastaya gereksinimlerine göre nitelikli bakım sunmayı amaçlar. Tüm cerrahi alanlarda hemşirenin, girişim nedeniyle oluşan anatomik ve fizyolojik değişimleri, bu değişimlerin hastadaki sonuçlarını, ameliyat sırasındaki risk faktörlerini ve alınması gereken önlemleri, hasta ve ailesinin bilgi gereksinimlerini önceden belirleyip gereken bakım uygulamalarını planlamada yeterli ve yetenekli olması beklenir. Bu konuda nitelikli bir cerrahi hemşiresi hastanın savunucusu rolüyle güvenli çevre oluşturulmasına öncülük edecektir (1). Komplikasyonsuz ve konforlu bir iyileşme süreci, kaliteli bir hemşirelik bakımı ile doğrudan ilişkilidir. Cerrahi süreçte hemşire, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrası olmak üzere 3 dönemde bakım sunar. Ameliyat sonrası dönem iyileşme ve tedavi açısından önem arz eder.

2.3. Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathane odasından ayrılması ile başlar ve tam iyileşmenin sağlandığı birkaç hafta ya da birkaç aya kadar devam eder. Hastanın ameliyathaneden çıkması ile başlayan ameliyat sonrası dönem, hastanın anestezinin etkisinden çıkması ile başlayan erken dönem ve birkaç hafta ya da ay süren iyileşme döneminin devam ettiği geç dönem olmak üzere iyileşme dönemlerine ayrılmıştır.

Cerrahi işlem sonlanınca yaşam bulguları stabil olan hasta ameliyathane odasından anesteziist eşliğinde ayılma ünitesine (anestezi sonrası bakım ünitesi) alınır. Cerrahi işlem sonrası tüm hastalar, yaşam bulguları stabil oluncaya ve anestezinin etkisinden çıkıncaya kadar ayılma ünitelerinde takip edilmelidir. Hastayı teslim eden anesteziist, teslim ettiği hemşireye hasta hakkında genel bilgileri, öyküsünü ve ameliyat sırasında verilen bakımı içeren bilgileri sözel ve yazılı olarak aktarır. Nakil sırasında hastanın hava yolu açıklığını sürdürmek, kan basıncını ve kanama belirtilerini takip etmek anesteziistin sorumluluğudur. Ayılma ünitesinde ilk tanılama kapsamında; havayolu açıklığı ve solunum takibi, kalp hızı, ritmi ve dolaşım takibi, bilinç düzeyi ve oryantasyon durumu, insizyon bölgesinin kontrolü, aldığı-çıkardığı sıvı takibi, ağrı düzeyi ve ateş kontrolü yapılır. Hastanın vücut sıcaklığının takip edilerek hipotermiden korunması oldukça önemlidir. Bilinci kapalı olan hastanın düşmelere karşı korunması

için gerekli önlemlerin alınması ve çevrenin düzenlenmesi gerekmektedir. İyi havalandırılmış, temiz, sessiz ve ısıtılması rahatsız etmeyen bir ortam, hastanın anksiyetesini azaltarak konforunu arttıracaktır.

Ayılma ünitesinde ilk değerlendirmesi ve bakımı yapılan hastanın yaşam bulguları stabil, kişi, zaman ve yer oryantasyonu tam, aşırı drenajı ve solunum depresyonu yok, oksijen saturasyonu %90'dan yüksek, saatte 30 cc'den fazla idrar atabiliyor, bulantı-kusması ve ağrısı kontrol altında ise ayılma ünitesinden kliniğe, gününbirlik cerrahi ünitesine ya da eve gönderilebilir. Kliniğe gönderilen hastalar 3-4 saate kadar postoperatif erken dönemde kabul edilir. Bu süre hastaların hemodinamik dengesinin ve vücut sıcaklığının yeniden düzenlenmesi için gereken kritik bir zamandır. Bu dönemde sıvı tedavisi, vücut ısısı ve kanama kontrolü, yaşam bulgularının takibi gibi hemşirelik uygulamaları komplikasyon gelişimini önleyerek hastaların iyileşme dönemini daha konforlu bir şekilde geçirmelerini sağlamaktadır (1).

2.4. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar

Ameliyat sırasında verilen anestezi maddeleri, kan ve sıvı kayıpları, vücut ısısının düşmesi ve ameliyat öncesinde yaşanan uzun süreli açlık gibi faktörler homeostatik dengeyi etkileyerek vücut sistemlerinin normal işlevini sürdürmesine engel olmakta ve komplikasyon olarak ortaya çıkmaktadır. Sistemlere ilişkin karşılaşılabilecek sorunlar başlıklar altında incelenmiştir.

2.4.1. Bulantı-Kusma

Ameliyat sonrası orta şiddetli mide bulantısı hastaların üçte birinden fazlasında görülen bir yan etkidir. Mide bulantısı kusma ile birlikte olabileceği gibi tek başına da görülebilen bir rahatsızlıktır (16). Ameliyat türü, cinsiyet, ameliyat süresi, anestezi türü, sigara kullanımı gibi ameliyat sonrası bulantı-kusmaya neden olabilecek birçok risk faktörü vardır (17). Cerrahi ile ilgili faktörler ameliyat süresini içerir, ameliyatın her 30 dakikalık uzamasında bulantı-kusma riski % 60 oranında artmaktadır (18, 19). Çoğu risk faktörü değiştirilemez olduğu için önlemek oldukça önemlidir (17). Mide bulantısı anatomik olarak santral sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Yapılan araştırmalar ameliyat sonrası mide bulantısının cerrahi işlem sırasında intestinal organların hipoperfüzyonu sonucu olabileceğini ortaya koymuştur (11, 19). Amerikan

Perianestezi Hemşireleri Derneği'ne (American Society of PeriAnesthesia Nurses- ASPAN) göre 2-6. saatlerde görülen bulantı, erken bulantı-kusma olarak adlandırılmaktadır ve bulantı şiddetinin sözel tanımlayıcı ölçek (VDS) veya görsel analog ölçek (VAS) kullanılarak ölçülmesi önerilmektedir (20). Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği (ASPAN) postoperatif risk faktörlerini azaltmak amacıyla genel anestezi yerine lokal anestezi kullanımını, anestezinin idamesinde propofol kullanımını, ameliyat sırası ve sonrasında opioid kullanımının sınırlandırılmasını ve yeterli hidrasyonun sağlanmasını önermektedir (21).

2.4.2. Pulmoner Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar cerrahi işlemin başarı ölçütü olarak düşünülmektedir. Majör cerrahi işlemlerden sonra solunum komplikasyonu görülme oranının %1 ile %23 arasında değiştiği ve en sık görülen komplikasyon solunum yetmezliği olduğu bildirilmiştir (22, 23, 24).

Ameliyattan sonra solunum fonksiyonları 6 haftada ya da hastanın durumuna göre daha uzun sürede normale dönmektedir. Özellikle endotrakeal entübasyon ile genel anestezi altında yapılan cerrahi işlemlerden sonra mukosiliyer aktivite azalarak solunum yollarında sekresyon birikimine neden olur. Anestezik ajanlar ve ameliyat sonrasında kullanılan analjezik ajanlar solunum kaslarının zayıflamasına neden olurken fonksiyonel akciğer kapasitesi azalır. Bütün bu olumsuzluklar birleşerek atelettazi ve anormal solunum örüntüsü gibi pulmoner komplikasyonların oluşumuna ortam hazırlar. (25). Cerrahi ekibin, risk faktörleri arasında; yaş, cerrahi işlemin türü, preoperatif hazırlık gibi önlenemeyen nedenler ile eşlik eden hastalık, sigara öyküsü, anemi, genel anestezi, intraoperatif solunum yönetimi gibi önlenemeyen nedenlerin rol oynadığını bilmesi önemlidir (22).

Yapılan çalışmalar, pulmoner komplikasyonlu hastaların ameliyat sonrası erken dönemde mortalite düzeyi, yoğun bakım yatışı ve hastanede kalış süresini anlamlı düzeyde arttırdığını göstermektedir (26). Bu nedenle özellikle erken dönemde komplikasyonlara yönelik hava yolunu açık tutmak amacıyla hastaya uygun pozisyon verilmesi, havayolu tıkanıklıklarının belirtisi olan solunum açlığı, hırıltılı solunum, oksijen saturasyonunda düşme, siyanoz gibi belirtilerin takip edilmesi oldukça önemlidir (11).

2.4.3. Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Dünya genelinde her 30-40 erişkinden biri kardiyak dışı majör cerrahi geçirmektedir. Ameliyat olan 200 milyon hastanın yaklaşık 10 milyonu ameliyattan sonraki ilk 30 gün içinde kardiyak komplikasyonlar yaşamaktadır. Kardiyak komplikasyonlar perioperatif ölümlerin en az üçte birini oluşturmaktadır. Önemli morbidite ile sonuçlanarak uzun vadede prognozu etkiler, hastanede yatış süresini uzatır ve maliyeti arttırmırlar. Kanada Kardiyovasküler Topluluğu, 2017 yılında yayınladığı rehberde kardiyak cerrahi dışındaki ameliyatlardan önce risk yönetimi açısından sigaranın bıraktırılmasını, ameliyat sonrası MI riski %5'ten yüksek olan hastalar için 48-72 saat boyunca günlük troponin ölçümü yapılmasını, ameliyattan 24 saat öncesinde ACE (Anjiotensin Coverting Enzyme- Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim) enzim inhibitörü ve anjiyotensin-2 reseptör blokleri kullanımının durdurulmasını önermektedir (27).

Kardiyovasküler komplikasyonların kardiyak iskemi, infarktüs, serebral iskemi, renal iskemi gibi ciddi sorunlara yol açmadan önce belirlenmesi ve yönetilmesi gerekmektedir. Ayrıca yeterli dolaşımın sağlanması ameliyat sonrası tüm dokularda özellikle de cerrahi insizyon alanında iyileşmenin sağlanması için gerekli oksijenin karşılanmasında oldukça önemlidir. Yılmaz ve arkadaşları ameliyat sonrası düşük ortalama arter basıncı ile cerrahi alan enfeksiyonu arasında ters orantılı bir ilişki olduğunu göstermiştir ancak aralarındaki nedenselliğin kesin olmadığı bildirilmiştir (28).

Kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesinde bilinç durumu, çıkan idrar miktarı, kalp ritmi, sayısı, kan basıncı, cilt rengi ve nemi gibi göstergelerden faydalanılır. Ameliyat öncesi sıvı kısıtlaması, ameliyat sırasında kanama nedeniyle kayıplar, anestezi ajanları nedeniyle periferik damar direncinin azalması ve yetersiz ventilasyon gibi nedenlerle ameliyat sonrasında hipovolemi ve hipotansiyon gelişebilmektedir. Sıvı kaybı nedeniyle yaşanan hipotansiyonda intravenöz sıvı tedavisi gerekmekte ve iç organlarda doku perfüzyonu azalacağından oksijen desteği ile oksijenasyonu sağlamak gerekmektedir. Ameliyat sonrasında yaşanan ağrı, asit-baz dengesizlikleri, hipoksemi ve hipokalemi gibi sorunlar kardiyak aritmiye neden olmaktadır. Erken dönemde karşılaşılan hipertansiyonun ise en sık nedeni sempatik sinir uyarımıdır ve tedavinin odak noktası sinir uyarılmasının nedenini belirlemektir (1).

2.4.4. Nörolojik Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası kliniğe transfer edilen hastanın bilinci, uyanık olmaktan bilinçsiz olmaya kadar değişik düzeylerde olabilmektedir. Genel anestezi alan hastaların çoğu yaklaşık bir saat içinde tam oryantasyon sağlar ancak uykuya meyillidirler. Ameliyat sonrası nörolojik fonksiyonlara ilişkin geç uyanma, uyanma dönemi deliryumu, konfüzyon, letarji gibi komplikasyonlarla karşılaşmaktadır. Cerrahi işlem sırasında uzun etkili anestezi ajanlarının kullanılması ve hipoksi, hipotermi, hiperkapni, hiperglisemi gibi komplikasyonlar nedeniyle etki süresinin daha da uzaması ameliyat sonrası erken dönemde geç uyanma komplikasyonuna neden olmaktadır. Ameliyat sonrası kas gevşeticilerin uzamış etkisi ise nörolojik fonksiyonları etkileyerek kas zayıflığına neden olabilmektedir (1). Hasta Sonuçlarına ve Ölümüne İlişkin Ulusal Gizli Sorgulama 2011 yılı raporuna göre yapılan prospektif araştırmada 829 vakanın %3,4'ünde nörolojik komplikasyonlar görülmüştür (29).

Nörolojik durumdaki değişikliklerin hemşire tarafından takip edilmesi ile gelişmekte olan nörolojik hasarın erken tanımlanması ve tedavi girişimlerinin erken uygulanmasını sağlayarak kalıcı sekel oluşumunu önleyebilmektedir.

2.4.5. Hipotermi

Vücut ısısı 36 °C'den düşük olan hastalar hipotermik olarak kabul edilir. Anestezi maddeler damarlarda dilatasyona neden olarak kan akışının periferik doğru arttırıp vücut yüzeyinden ısı kaybına neden olur (30). Bazı özellikli cerrahi girişimler sırasında ise iskemiye azaltmak için hastanın vücut ısısı bilinçli olarak düşürülür. Ameliyat sonrasında hastanın kliniğe transferi sırasında üstündeki örtülerin ıslak olması, uygulanan IV sıvıların, kan ve kan ürünlerinin soğuk olması, ısı kaybını engelleyecek yalıtımın sağlanamaması hipotermi gelişme riskini arttıran faktörlerdir.

Ancak ameliyat sonrası gelişen hipotermi bazı komplikasyonlara neden olduğu bilinmekte ve önlenmesi gerekmektedir. Bu komplikasyonlar arasında ameliyat sonrası ventilasyon ihtiyacında artış, kalp kontraktilitesi ve ritminde bozulma, preloadda azalma, hipertansiyon, taşikardi, varsa greft spazmı, ilaç metabolizmasında değişim ve anestezi süresinin uzaması sayılabilir. Ayrıca hipotermik hastada pıhtılaşma mekanizması bozulabilir ve daha fazla kan ürünü transfüzyonu gerekebilir, ayrıca yara iyileşmesini gecikebilir (31). Termoregülasyonu sağlamak amacıyla vücudun verdiği

kompensasyon tepkisi olan titreme, önemli ölçüde artan oksijen talebine ve karbon dioksit birikimine neden olur (32). Hipotermik hastanın termoregülasyonu yeniden sağlaması 2-5 saat sürdüğünden hipotermi oluşumunun önlenmesi gerekmektedir. Hipotermi nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları önlemek, iyileşmeyi hızlandırmak ve konforu sağlamak amacıyla; sıcak hava üflemeli sistemler, sıcak su dolaşan battaniyeler ve giysiler, sıvı ısıtıcılar, kan ve kan ürünleri ısıtıcıları gibi aktif ısıtma yöntemlerinin kullanımı önerilmektedir (33, 34, 35).

2.4.6. Ağrı

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku travması ile bağlantılı hoş olmayan bir duyuşsal ve duygusal deneyimdir. Cerrahi insizyonun neden olduğu doku travması sempatik sinir sistemini uyarak sistemik nöroendokrin yanıt oluşturur ve ağrı olarak hissedilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsüne göre, ameliyat geçiren hastaların %80'i postoperatif ağrı rapor ederken, bu hastaların %88'i orta, şiddetli veya aşırı ağrı düzeyleri bildirmektedir. Son 5 yıl içerisinde ameliyat geçiren 300 erişkin hastanın %86'sı genel olarak cerrahi sonrası ağrı yaşamış ve ağrı bildirenlerin %75'i ameliyat sonrası yakın dönemde şiddetini orta ve yüksek düzeyde tanımlamıştır (36, 37). Enflamatuvar sürecin eşlik ettiği postoperatif ağrı, doku iyileşmesi ile sona ermektedir. Hoş olmayan bir duyu olmasının yanında birçok vücut sisteminde komplikasyonlara neden olmaktadır. Derin solunum ve öksürük gibi aktiviteler ağrıyı arttıran faktörler olması nedeniyle hastayı immobilizasyona teşvik eder ve bu durum solunum ve dolaşım fonksiyonlarını yavaşlatarak doku perfüzyonunu azaltır, ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirir. Ağrı korkusu ile öksürmekten kaçınan hastanın solunum yollarında sekresyon birikmesi ile hipoksi, atelektazi ve pnömoni meydana gelmektedir. Tedavi edilmeyen şiddetli ağrılarda, doku hasarının ötesinde devam eden ve sinir sisteminin birincil işlev bozukluğunun göstergesi olabilen kronik ağrı sendromu riskini arttırmaktadır (38).

2.5. Erken Dönem Komplikasyonlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası cerrahi kliniğe transfer edilen hastanın hemşirelik bakımı, hastanın iyileşme sürecine destek olmak, komplikasyonları önlemek ve hastayı evde bakım sürecine hazırlamak amacını taşır. Ayrıntılı bir hasta değerlendirmesi, ihtiyaç

duyulan bakımın kaliteli sunumu adına oldukça önemlidir. Hasta değerlendirmesinde uluslararası bir standart sağlamak üzere Royal College of Physicians (Kraliyet Hekimler Fakültesi) tarafından geliştirilen erken uyarı sistemi; solunum sayısı, oksijen doygunluğu, sistolik kan basıncı, nabız sayısı, bilinç düzeyi ve vücut sıcaklığı gibi fizyolojik parametreleri puanlayarak erken dönemdeki hastanın durumu hakkında uyarılar oluşturmaktadır (39, 40). Değerlendirmesi yapılan ve durumunun kötüleştiği belirlenen hastanın bilgileri İnovasyon ve Geliştirme Enstitüsü'nün (NHS Institute for Innovation and Improvement) önerdiği SBAR tekniği ile (Situation-Durum, Background-Hasta hikayesi, Assessment-Değerlendirme, Recommendation-Öneri) güvenli bir şekilde iletilmelidir (41).

Bu bağlamda komplikasyonlara yönelik uygulanması gereken hemşirelik bakım uygulamaları sistemlere göre ayrılmış ve açıklanmıştır.

2.5.1. Bulantı-Kusma

Ameliyat sırasında iç organların manipülasyonu ve anestezi maddelerin etkisine bağlı olarak hastalar ameliyat sonrası bulantı ve kusma gibi rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Hemşireler bu rahatsızlıklara bağlı yaşanacak komplikasyonları önlemeli ve bireyin konforunu sağlamalıdır. ‘‘Bulantı’’ hemşirelik tanısı adı altında incelenen rahatsızlığı gidermek veya hafifletmek için ERAS protokolleri doğrultusunda;

- Yeterli hidrasyonun sağlanması,
- Hekim istemine göre antiemetiklerin uygulanması,
- Kusma durumunda mide içeriğinin aspire edilmesini engellemek amacıyla bilinçli hastalarda başın hafifçe yükseltmesi, bilinçsiz hastalarda ise yana çevirmesi,
- Anestezi sonrası gastrointestinal sistem fonksiyonları yerine gelene kadar oral beslenmenin engellenmesi,
- Beslenmeye sıvı gıdalarla başlanması ve öğünlerinin azar azar sık sık olacak şekilde düzenlenmesi,
- Yemekler sırasında ve sonrasında yarı oturur pozisyonda olması için bilgilendirilmesi gerekmektedir (42).

2.5.2. Solunum Fonksiyonlarında Olası Değişiklikler

Ameliyat sürecinde anestezi ajanları, ameliyat sonrası ağrı ve hareketsizlik gibi faktörler solunum fonksiyonlarında hava yolu tıkanıklığı, hipoksemi, akciğer ödemi, bronkospazm, hipoventilasyon gibi değişikliklere neden olabilmektedir. Bu değişiklikleri tanılamak için hava yolu açıklığı, inspirasyon ve ekspirasyon sırasında göğüs simetrisi, solunum sayısı, hızı ve derinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme sürecinde elde edilen verilere göre ‘Etkisiz Hava Yolu Temizliği’, ‘Etkisiz Solunum’, ‘Gaz Değişiminde Bozulma’, ‘Aspirasyon Riski’, ‘Hipoksemi Komplikasyonu Riski’ gibi hemşirelik tanılarıyla var olan problem ortaya konmalıdır. Belirlenen probleme yönelik olarak;

- Solunum hızı ve derinliği, göğüs kafesinin genişlemesi, burun kanatlarının açılması ve cilt rengi gibi bulguların kontrol edilmesi,
- Solunumu rahatlatmak amacıyla, uygun pozisyon verilmesi ve hava yolu açıklığını sağlayacak baş çene pozisyonunun verilmesi,
- Solunum sekresyonlarını yumuşatmak ve atılımını uyarmak amacıyla hidrasyonun sağlanması ve öksürük egzersizlerinin yaptırılması, gerekirse aspirasyon uygulanması,
- Atektazi gelişimini önlemek amacıyla derin solunum egzersizi ya da spirometre kullanımının sağlanması ve hastanın erken mobilize edilmesi,
- Larenks ödemi gelişmesi durumunda oksijen, antihistaminik ve kortikosteroid ajanların hazır bulundurulması gibi girişimlerin uygulanması gerekmektedir (42).

2.5.3. Kardiyovasküler Fonksiyonlarda Olası Değişiklikler

Ameliyat öncesi oral alımın kesilmesi ve ameliyat sırasındaki kanamalara bağlı sıvı hacminde azalma ve anestezi ajanları, kardiyovasküler fonksiyonları etkileyerek hipovolemi, hipotansiyon, taşikardi, aritmi gibi problemlere neden olmaktadır. Solunum problemleri nedeniyle gelişen hipoksemi ve hiperkapni ise kardiyak aritmeye neden olabilmektedir. Bu problemler ‘kalp debisinde azalma’, ‘sıvı-volüm eksikliği/artışı’, ‘doku perfüzyonunda yetersizlik’, ‘hipovolemik şok komplikasyonu riski’ hemşirelik tanıları ile ortaya konmalı ve aşağıdaki hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır;

- Yaşam bulgularını sık ve dikkatli izleme,
- Ortostatik hipotansiyonu engellemek için kademeli ve yavaşça ayağa kaldırma,
- Periferik dolaşımı uyarmak amacıyla aktif ekstremita hareketlerini içeren ROM egzersizleri yaptırma,
- Dolaşımın uyarılması ve organ fonksiyonlarının geri dönüşü için mobilizasyonun desteklenmesi,
- Periferik nabız kontrolü, cilt rengi ve sıcaklığı, kapiller geri dolum süresi gibi doku perfüzyonu göstergelerinin kontrolü,
- İhtiyaç halinde IV sıvı desteği ya da kan ve kan ürünleri desteğinin sağlanması,
- Ameliyat sonrasında bir süre hareketsiz kalmayı gerektirecek cerrahi işlemlerde ve risk altındaki hastalara ameliyat sonrası koruyucu amaçlı antiembolik çorap giydirilmesi gibi girişimlerin uygulanması gerekmektedir (42).

2.5.4. Nörolojik Fonksiyonlarda Olası Değişiklikler

Ameliyat sonrası nörolojik sistem, kullanılan anestezi ajanlarının türüne bağlı olarak etkilenmekte ve bilinç düzeyi, bilinçsiz olmaktan uyanık olmaya kadar değişmektedir. Ayrıca hipoksi, fizyolojik stres, kan ve sıvı kayıplarının neden olduğu hipotansiyon ve aşırı duyu uyaranlar bilişsel süreçleri etkileyebilmektedir. Bilişsel fonksiyonlardaki problemler ‘Duyusal Algılamada Bozukluk’, ‘Yaralanma Riski’, ‘Düşünme Sürecinde Bozulma’ Ve ‘Sözel İletişimde Yetersizlik’ hemşirelik tanıları ile ifade edilmektedir. Belirlenen probleme yönelik olarak;

- Ameliyat sonrası ajitasyon ve deliryumun en yaygın nedeni hipoksi olduğundan, solunum fonksiyonlarının kontrol edilmesi,
- Uyanma dönemi deliryumu varlığında çevrenin ve hastanın güvenliğini sağlamak amacıyla sedasyona başlanması,
- Bilinci yerine gelene kadar hasta güvenliğinin sağlanması gibi girişimlerin uygulanması,
- Sessiz, sakin bir ortamın sağlanması ve hastayla açık, anlaşılabilir bir şekilde konuşulması gerekmektedir (42).

2.5.5. Hipotermi

Ameliyat sürecinde anestezi alan bireylerin dış faktörlerden etkilenmeye yatkın hale gelmesi, ameliyat odasında çıplak bir şekilde bulunması ve soğuk ortamda sıvılarla teması vücut sıcaklığının düşmesine neden olur. Ameliyat sonrası yaşam bulgularını sık takip eden hemşirenin, vücut ısısı 36 °C'nin altına düşen hastaya hipotermi hemşirelik tanısı altında aşağıda sıralanan gerekli girişimleri uygulaması gerekmektedir;

- Vücut ısısı 36 °C'nin üstünde olan bireyler pasif yalıtma yöntemleri ile ısı kaybını önlemeli, 36 °C'nin altında ise aktif ısıtma yöntemleri ile termoregülasyon desteklenmeli,
- Bu hastaların vücut ısısı konfor açısından timpanik ya da oral yolla ve 30 dakika arayla kontrol edilmeli,
- Yeterli hidrasyonun sağlanması ve sıvı dengesinin sürdürülmesi açısından IV sıvı desteğinin sağlanması gerekmektedir (35, 43).

2.5.6. Ağrı

Cerrahi travmaya bağlı olarak başlayan ve 6 aydan kısa süren ağrılar hemşirelik bakımında ‘‘akut ağrı’’ tanısı olarak ele alınmaktadır. Ağrıya neden olan ameliyata ilişkin faktörlerin dışında dolu mesane, sıkı ya da hatalı pansuman, insizyon bölgesine yakın kaslarda spazm oluşması da ağrıya neden olabilmektedir. Hemşire tüm bu etkenlerin farkında olarak uygun bir ölçekle hastanın ağrı şiddetini belirlemeli, ağrının lokalizasyonunu, niteliğini, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri belirleyerek ayrıntılı bir değerlendirme yapmalıdır. Hekim isteminde belirtilen analjezikleri farmakolojik olmayan uygulamalarla birlikte kullanarak tedaviyi yönetmelidir. Ağrıyı hafifletmeye yönelik hemşirelik girişimleri aşağıda sıralanmaktadır;

- Bireyin ağrısını azaltan ya da arttıran faktörler sorgulanır,
- Gün boyunca dinlenme fırsatları ve mümkünse gece kesintisiz uyku olanağı sağlanır,
- Dikkati başka yöne çekme, terapötik dokunma, müzik dinleme, gevşeme yöntemleri gibi farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemleri öğretilir,

- Hekim isteminde belirtilen analjezikler uygulandıktan 30 dakika sonra etkinliği değerlendirilir,
- Bireyin ve ailesinin analjeziklere karşı bağımlılık korkusu varsa bilgi verilerek korkuları giderilir (42).

2.6. Konfor Kuramı

“Konfor” terimi, “güçlendirmek” anlamındaki Latince bir kelime olan “confortare” kelimesinden türetilmiştir (44, 45). Cambridge sözlüğünde ise ağrısız ve rahat olmaktan kaynaklanan hoş bir his olarak tanımlanmıştır. Sağlığın bozulması ve hastanede yatış durumlarında, konforu sağlayacak girişimleri yöneten sağlık personeli hemşirelerdir (46).

Konfor düzeyinin yükseltilmesi amacıyla yapılan her türlü girişim, hemşirelerin insan yaşamına özel bir dokunuşudur. Son yıllarda tıp, psikoloji ve ergonomi alanlarında konfor üzerine çalışmalar yapılmış ancak bunların çoğu fiziksel konfora odaklanmıştır. Katharine Kolcaba rahatlığın “fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bağlamda rahatlama durumu ve ihtiyaçların karşılanması ile ortaya çıkan kolaylık” olduğunu belirterek konforun çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamış ve hemşirelik alanına önemli bir katkıda bulunmuştur (47). Kolcaba’nın bu katkısı tıp, psikoloji, psikiyatri, ergonomi ve İngilizce de dahil olmak üzere birçok disiplinden literatür incelemesi ve 15 yıllık araştırmaları sonucu kuram haline getirmesi ile gerçekleşmiştir.

Kuramın gelişim aşamalarında Kolcaba’nın etkilendiği bazı felsefi görüşler olmuştur. Bu görüşlerden biri, insanı fiziksel çevresi içinde mental, spiritüel ve emosyonel boyutlarıyla bütün bir varlık olarak ele alan holistik felsefi düşüncedir. Bir diğeri ise Henry Murray’ın kişilik gelişiminde temel insan gereksinimlerinin çevre ile etkileşerek olumlu ya da olumsuz baskı oluşturduğunu savunan görüşüdür. Kolcaba, Henry Murray’ın Öğrenilmiş Gereksinim-Baskı Kuramı’nda bahsettiği, çevreden algılanan olumsuz baskıyı sağlık bakım gereksinimi olarak ele almıştır. Hasta birey üzerinde olumsuz baskı oluşturan negatif güçleri ortadan kaldıracak gücü ise hemşirelik girişimleri olarak ele almıştır (45, 48).

Konfor terimi kuram haline gelirken üç konfor biçimi ve dört bütünsel insan deneyimi ortaya koyulduktan sonra, hasta konforunun ölçülmesi ve değerlendirilmesine rehberlik edecek taksonomik bir yapı oluşturulmuştur (48, 49). Kuramsal olarak güç

verici bileşenler olan ve hasta bireyin performansını pozitif yönde etkileyen üç düzeyi mevcuttur;

Ferahlama; Konforun ilk boyutu olan ferahlama, hastalıktan kaynaklanan gereksinimlerin karşılanması ile bireyin sıkıntıdan kurtulması sonucu hissettiği durumdur. Bu düzeyin belirlenmesinde Orlando'nun etkileşim kuramından ve Henderson'un on dört temel insan gereksinimi teorisinden yararlanılmıştır.

Rahatlama; Rahat ve huzurlu hisseden bireyin, yaşadığı memnuniyeti ifade eder. Bireyin çevresinde fiziksel veya duygusal rahatsızlık oluşturacak herhangi bir tehdit bulunmamaktadır.

Üstünlük; Problemlerin üstesinden gelebileceğini hisseden bireyin yaşadığı durumdur. Gereksinimleri karşılanan birey, yaşamındaki güçlüklerle baş edebilme potansiyelini arttırarak üstünlük düzeyine ulaşmaktadır (45, 48).

Bu konfor düzeyleri fiziksel, sosyo-kültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutlarda ortaya çıkan temel insan gereksinimlerinin düzeylerini ifade etmektedir.

Fiziksel konfor bireyin fizyolojik ihtiyaçları sonucu algıladığı bedensel durumunu ifade eder. Beslenme, yorgunluk, homeostazis, ağrı gibi durumlardan etkilenmektedir. Isı, ışık, ses, güvenlik, manzara gibi çevresel faktörler ise bireyde çevresel konfor algısı oluşturan dış etkenlerdir.

Psikospiritüel konfor, öz-saygı, benlik kavramı, kendinin farkında olma ve cinsiyet rolleri gibi bileşenlerin akılda ve ruhsal durumda bıraktığı izlerden oluşmaktadır. Ameliyat gibi zorlu bir süreçte yoğun duysal uyaranlar bireyleri psikolojik boyutta oldukça fazla etkilemektedir.

Aile gelenekleri, kültürel özellikler, eğitim durumu gibi bileşenler ise bireylerin sosyokültürel konfor algısını oluşturmaktadır. Hastane ortamında farklı kültürlerde insanların etkileşim içinde olması ve geleneksel ritüellerin yerine getirilmesinde çevresel şartlar nedeniyle gelen kısıtlamalar birey ve ailesini sosyal ve kültürel açıdan etkilemektedir (48, 50). (Çizelge 2.1)

Çizelge 2.1. Konfor boyutlarını etkileyen faktörler (48, 50)

Boyutlar	Postoperatif Dönemde Konfor Boyutlarını Etkileyen Faktörler
Fiziksel	Kanama, ağrı, bulantı, idrar retansiyonu, uyku bozukluğu, fiziksel kısıtlılık, konstipasyon, gecikmiş beslenme, sıvı-volüm eksikliği
Psikospiritüel	Anksiyete, yalnızlık riski, beden imajı değişiklikleri, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma, durumsal düşük benlik saygısı, seksüel disfonksiyon, prognoz hakkındaki belirsizlik, manevi desteğe duyulan ihtiyaç
Sosyokültürel	Taburculuk eğitimi ve hastalık süreçlerine ilişkin bilgi eksikliği, geleneklerin sürdürülememesi, farklı kültürel ortam.
Çevresel	Hastane ortamına duyulan yabancılık, hasta odaları ve malzemelerin kişisel kullanımı, hemşire ve doktorlarla iletişim, ziyaretçiler ve yemek saatleri hakkındaki bilgi eksikliği, gürültü, parlak ışıklar, soğuk ortam, mahremiyet.

Konfor kuramının fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel boyutları olmasına rağmen, ICNP'ye göre (International Classification for Nursing Practice- Uluslararası Hemşirelik Uygulaması Sınıflaması) konfor, “fiziksel rahatlık ve bedensel iyilik hissini” temsil eder. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health- Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması) ise “kişinin fiziksel rahatlığını sağlama ihtiyacından doğan “birinin sağlığını sürdürmek için bakım aktivitesi” olarak tanımlamıştır (47). Yapılan bu tanımlar konforu sadece sağlık ve hastalık durumuna bağlamıştır. Kolcaba ise konfor kavramını fiziksel, psikolojik, fizyolojik, sosyal ve çevresel olarak bütün boyutlarıyla ele almış ve sağlıklı ya da hasta bireylerin konfor gereksinimlerini belirlemek amacıyla Genel Konfor Ölçeğini ve Perianestezi Konfor Ölçeğini geliştirmiştir (51). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası geçirdikleri süreç hakkında edindikleri duygu ve düşüncelerini sorgulayan Perianestezi Konfor Ölçeğinin 2007 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türk toplumunda postoperatif erken dönemde olan hastalar için kullanılabileceği bildirilmiştir.

2.7. Hemşirelik Bakımı ve Konfor İlişkisi

Konfor, perioperatif hemşireliğin uzmanlaşması sonucu önem kazanan bir kuramdır. Çünkü hasta konforu, hemşirelik bakım standartlarında bir hedef ve perianestezi uygulamalarında birçok hemşire için değer olarak gösterilmektedir (52).

Kolcaba'ya göre, hastanede tedavi olan bireylerin konforunun sağlanması ve yükseltilmesi hemşirelik süreci uygulamalarıyla mümkündür. Tedavi ve bakım sürecinde hasta bireylerle en çok zaman geçiren ve doğrudan etkileşim içinde olan hemşirelerin, bireylerin konfor algısını etkileyen çevresel faktörleri ve bakım gereksinimlerini düzenlemesi, iyileşme sürecinin rahat bir şekilde sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası yaşam bulgularının değişkenlik gösterdiği ve komplikasyonların sık görüldüğü erken dönemde intravenöz kateter, dren, üriner kateter, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü gibi rahatsız edici durumların yönetilmesi hemşirelik bakım kalitesinin göstergesidir. Yapılan çalışmalar perioperatif hemşirelik bakım kalitesi ile hastaların cerrahi süreçteki konfor düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir (53). Besey Ören (2018) çalışmasında, erken dönem konfor düzeyi ile genel konfor düzeyi pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna bağlı olarak postoperatif erken dönemi rahat geçiren hastaların genel konforunun artacağı ve iyileşme sürecinin olumlu etkileneceği söylenebilir (52).

Bu bağlamda yapılan çalışmanın hasta konforunu etkileyen faktörleri ortaya koyacağı ve hemşirelik bakımında yol gösterici olarak bakım kalitesini arttıracığı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Cerrahi işlem geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemdeki konfor düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin ortopedi, üroloji, KBB, genel cerrahi 1, genel cerrahi 2, beyin cerrahi ve plastik cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür. Her bir klinik 40 yatak kapasiteli olup bir tedavi odası, bir hekim odası, bir hemşire odası ve sorumlu hemşire odasından oluşmaktadır. Farklı olarak genel cerrahi 2, ortopedi, üroloji, KBB ve ortopedi kliniklerinde bir adet seminer odası bulunmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü tüm kliniklerde hasta bakımı ortalama 7 hemşire tarafından vardiya usulüne göre gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Sayısı

Kesitsel olarak planlanan araştırmanın evrenini, 31.01.2019-31.04.2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin cerrahi kliniklerinde yatmakta olan hastalar, örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan ve katılmaya gönüllü hastalar oluşturmuştur. Dahil edilme kriterleri kapsamında;18 yaş ve üzerinde olan, iletişim kurulabilen, genel anestezi ile elektif cerrahi geçiren, postoperatif 3-4. saatlerde olan ve katılımı kabul eden 157 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve Kolcaba tarafından 2002 yılında geliştirilen ve 2010 yılında Üstündağ ve Eti Aslan tarafından Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan Erken Postoperatif Konfor Ölçeği kullanılmıştır (51). Veriler, hastalar ameliyattan çıktıktan sonra 3.-4. saatler arasında iken araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Katılımcılardan görüşme için sözlü izin alınmış ve her bir görüşme yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi sosyodemografik bilgileri ile bulunduğu klinik, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanım durumu, cerrahi deneyimi, yapılan cerrahi girişimin türü ve süresi, ASA skoru, konstipasyon, bulantı-kusma gibi komplikasyonların varlığı, ağrı şiddeti, üriner kateter ve dren varlığı gibi klinik özellikleri sorgulayan toplam 18 soru yer almaktadır. Ağrı şiddetini ölçmek için Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçek, bir ucu ağrı olmadığını, diğer ucu olabilecek en şiddetli ağrıyı belirten 10 santimetrelilik bir çizgiden oluşmaktadır. Hasta bu boş çizgi üzerinde kendi ağrısını işaretlemektedir. ‘‘Ağrı yok’’ başlangıcı ile hastanın işaretlediği nokta arası ölçülerek santimetre olarak kayda alınır. GKÖ yatay ve dikey şekilde kullanımı mevcuttur (54).

3.5.3. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)

EPKÖ, üç düzey ve dört alt boyutla temellendirilmiş konfor kuramı esas alınarak yapılandırılmıştır. Kolcaba tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010’da Üstündağ ve Eti Aslan tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach’s alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada ise Cronbach’s alfa katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. Ölçek, hastanın cerrahi öncesi ve sonrası döneme ilişkin genel düşüncelerini yansıtan, kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 sorudan oluşmaktadır (55). Ölçeğin 12 sorusu (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 1, 20, 21, 23, 24) olumlu, 12 sorusu (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olumsuz deneyimleri sorgulamaktadır. Pozitif maddelerden alınan yüksek puan konfor düzeyinin iyi olduğunu, negatif maddelerden alınan yüksek puan konfor düzeyinin kötü olduğunu gösterir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde negatif maddelere verilen puanlar ters kodlanarak pozitif maddelere verilen puanlarla toplanır ve ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle elde edilen sonuç 1-6 dağılımına denk gelen

ifadeyi belirtir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 144, minimum puan 24'tür. Ölçekte yer alan her bir madde ‘kesinlikle katılmıyorum’ dan ‘kesinlikle katılıyorum’ a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir (51, 54).

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Postoperatif erken dönemdeki hastaların konfor düzeyini inceleyen araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (Ek 3, Ek 4). Görüşmeye başlamadan önce hastalardan sözlü izin alınmış ve hastanın sorulara cevap vermesi rızası olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzdelik hesaplama, normal dağılım gösteren veriler için bağımsız gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi sosyodemografik bilgileri Çizelge 4.1’de, bulunduğu klinik, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanım durumu, cerrahi deneyimi, yapılan cerrahi girişimin türü ve süresi, ASA skoru, konstipasyon, bulantı-kusma gibi komplikasyonların varlığı, ağrı şiddeti, üriner kateter ve dren varlığı gibi klinik özelliklerin EPKÖ puan ortalamasına göre karşılaştırılması Çizelge 4.2’te verilmiştir.

Hastaların erken postoperatif konfor düzeyi ortalamaları $5,01\pm0,47$ olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre EPKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Min	Max	Ortalama	SS
Yaş	18	89	47,57	18,963
	Sayı	%	X ± SD	p
Cinsiyet			0	
Kadın	74	47,1	4,93±0,46	t=-1,790
Erkek	83	52,9	5,07±0,47	p=0,075
Eğitim Durumu				
Okur yazar	14	8,9	4,94±0,40	KW=2,872 p=0,412
İlköğretim	45	28,7	5,07±0,44	
Ortaöğretim	53	33,8	4,95±0,45	
Yüksekokul	45	28,7	5,03±0,54	
Medeni durum				
Evli	100	63,7	5,05±0,43	t=1,507
Bekar	57	36,3	4,93±0,53	p=0,135
Çalışma Durumu				
Evet	41	26,1	5,10±0,44	t=1,520
Hayır	116	73,9	4,97±0,48	p=0,131
Gelir Düzeyi				
Gelir giderden az	45	28,7	5,00±0,40	KW=0,054 p=0,973
Gelir gidere denk	104	66,2	5,01±0,50	
Gelir giderden fazla	8	5,1	5,02±0,49	

Araştırma sonucunda hastaların yaş ortalamasının $47,57\pm18,96$ olduğu, %52,9’unun erkek, %63,7’sinin evli, %33,8’inin orta öğretim mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %73,9’u çalışmadığını, %66,2’si ise aylık gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma

durumu ve gelir düzeylerine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Çizelge 4.1)

Çizelge 4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre EPKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Sayı	%	X ± SD	p
Klinik				
Genel Cerrahi	41	26,1	4,96±0,49	KW=9,778 p=0,082
Üroloji	33	21,0	5,10±0,40	
Plastik cerrahi	30	19,1	5,08±0,43	
KBB	23	14,6	5,07±0,58	
Ortopedi	15	9,6	4,67±0,48	
Beyin Cerrahi	15	9,6	4,99±0,39	
Kronik Hastalık Varlığı				
Var	62	39,5	5,06±0,40	t=1,230
Yok	95	60,5	4,97±0,51	p=0,221
Sürekli İlaç Kullanım Durumu				
Var	69	43,9	5,10±0,42	t=2,133
Yok	88	56,1	4,93±0,50	p=0,035
Cerrahi Deneyim				
Var	115	73,2	5,04±0,44	t=1,494
Yok	42	26,8	4,91±0,55	p=0,137
Cerrahi Girişim Türü				
Açık Cerrahi	104	66,2	4,97±0,49	t=-1,320
Laparoskopik Cerrahi	53	33,8	5,08±0,44	p=0,189
ASA				
1	77	49,0	4,96±0,51	KW=2,614 p=0,271
2	70	44,6	5,07±0,42	
3	10	6,4	4,89±0,50	
Ameliyat Süresi				
0-1 saat	100	63,7	4,99±0,52	KW=0,636 p=0,728
2-5 saat	51	32,5	5,02±0,38	
5 saat ve üstü	6	3,8	5,17±0,34	
Konstipasyon Durumu				
Var	31	19,7	5,01±0,50	t=0,002
Yok	126	80,3	5,01±0,47	p=0,999
Bulantı-Kusma Durumu				
Var	45	28,7	4,94±0,40	t=-1,159
Yok	112	71,3	5,04±0,50	p=0,248
ÜrinerKateter Varlığı				
Var	53	33,8	5,05±0,38	t=0,862
Yok	104	66,2	4,98±0,51	p=0,390
Dren Varlığı				
Var	59	37,6	5,00±0,46	t=-0,129
Yok	98	62,4	5,01±0,48	p=0,897
Ağrı Düzeyi				
Ağrı yok	37	23,6	5,12±0,45	KW=17,643 p=0,001
Hafif Ağrı	52	33,1	5,13±0,43	
Orta şiddetli ağrı	38	24,2	4,96±0,47	
Şiddetli ağrı	25	15,9	4,70±0,43	
Çok şiddetli ağrı	5	3,2	4,78±0,63	

Kliniklere göre dağılım incelendiğinde hastaların %26,1'inin genel cerrahi, %21'inin üroloji, %19,1'inin plastik cerrahi kliniklerinde ameliyat oldukları görülmektedir. Hastaların klinik öyküsünde %60,5'inin kronik hastalığının olmadığı, %43,9'unun sürekli ilaç kullandığı, %73,2'sinin daha önce bir cerrahi işlem deneyimlediği tespit edilmiştir. Hastaların %66,2'sinin açık cerrahi geçirdiği, %49'unun ASA 1 grubunda yer aldığı, %63,7'sinin cerrahi işleminin yaklaşık 1 saat sürdüğü belirlenmiştir.

Hastaların çoğunun erken dönemde görülen konstipasyon (%80,3) ve bulantı-kusma (%71,3) komplikasyonlarını yaşamadığı görülmüştür. Hastaların %66,2'sinde üriner kateter, %62,4'ünde insizyon alanında dren bulunmadığı tespit edilmiştir. Ağrı yaşayan bireylerin %33,1'inin hafif ağrı yaşadığı, %23,6'sının ağrı yaşamadığı saptanmıştır.

Hastaların bulunduğu klinik, kronik hastalık varlığı, cerrahi deneyimi, cerrahi girişim türü, ASA skoru ameliyat süresi, konstipasyon durumu, üriner kateter varlığı, dren varlığı ve bulantı-kusma durumlarına göre EPKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Çizelge 4.2)

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve ilaç kullanan hastaların ölçek puan ortalamasının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların ağrı düzeyine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve ağrısı olmayan veya hafif ağrı deneyimleyen hastaların ölçek puan ortalamasının orta, şiddetli veya çok şiddetli ağrı deneyimleyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Genel anestezi altında elektif cerrahi geçiren hastaların postoperatif erken dönem konfor düzeylerini inceleyen araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastaların, erken dönem konfor ölçeğine göre toplam puan ortalamalarının $5,01 \pm 0,47$ olduğu ve kliniklere göre anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Literatürde hastaları yattığı kliniğe göre gruplayan çalışmalara rastlanmamış ancak spesifik hasta grupları ile yürütülen çalışmalara tartışmada yer verilmiştir. Gürçayır ve arkadaşlarının ortopedik cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada hastaların konfor düzeyleri $3,31 \pm 0,32$; Ören'in göğüs cerrahisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada ise hastaların erken dönem konfor düzeyleri $4,96 \pm 0,56$ olarak bulunmuştur (52). Yılmaz ve arkadaşlarının ortopedi kliniğinde cerrahi geçiren hastalarla yaptığı araştırmasında hastaların konfor düzeyi $4,26 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur (53). Arzu Sönmez'in yayımlanmayan tez çalışmasında ise By-pass cerrahisi geçiren hastalarla yoğun bakımdan çıktıktan sonra klinikte geçirdiği ilk iki gün içinde görüşülmüş ve konfor düzeyleri $5,17 \pm 0,5$ olarak bulunmuştur (56). Bu durum anestezinin etkisinden çıkmış, sıvı kayıpları yerine konmuş, metabolik ihtiyacı karşılanmış ve uyum sürecini atlatmış bireylerle görüşülmesine, dolayısıyla konfor düzeyinin yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir. Yapılan çalışmada hastaların konfor düzeyinin diğer çalışmalara göre nispeten yüksek olduğu görülmektedir. Postoperatif erken dönem olarak belirlenen 3-4. saatlerde kendine gelemeyen hastalar katılımı kabul etmemiş ve örneklem dışında bırakılmıştır. Bu nedenle fazla ağrısı olmayan, genel durumu iyi olan hastalarla görüşülmesi, hastaların konfor düzeyinin yüksek bulunmasını etkilemiş olabilir.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma ve gelir durumu gibi sosyodemografik verilerine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmada örneklemdeki bireylerin %33,8'inin orta öğretim mezunu olduğu ve gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak bir anlamlılık

olmadığı görülmüştür. Benzer olarak Büyükanalan Şahin ve Rızalar'ın ameliyat geçiren hastaların konfor düzeyini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada eğitim durumunun cerrahi sonrası hasta konforunu etkilemediğini belirlenmiştir (4). Gürçayır ve Karabulut'un kalça protezi uygulanan hastalarla yürüttüğü çalışmada, hastaların eğitim düzeyinin postoperatif konfor düzeyini etkilemediği görülmüştür. Eğitim düzeyinin konfor üzerine anlamlı etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Çapık, Özkan ve Ejder Apay'ın abdominal ve vajinal doğum yapan kadınlarla yürüttüğü araştırmaya göre eğitim durumunun yüksek olması doğum sonu konfor ölçeğinin psikospiritüel alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemiştir (58). Aynı şekilde Seyedfatemi ve ark. lisans eğitimine sahip bireylerin konfor düzeyini daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerden yüksek bulmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (59).

Örnekleme alınan bireylerin çoğunluğunun emekli olma ya da işsizlik gibi nedenlerden dolayı şu an herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Çalışma durumuna bağlı olarak örneklemdaki bireylerin %66,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu görülmüştür. Gelir düzeyine göre EPKÖ'den alınan puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmanın yürütüldüğü hastanenin fiziki koşulları ve sunulan hemşirelik hizmeti gelir düzeyine göre değişmediğinden konforu etkilemeyeceği düşünülmektedir. Kaliteli hemşirelik bakımının bireylerde fiziksel iyileşme sağlayarak konforu yükseltmesi ekonomik durumun konfor düzeyine etkisini azaltan faktörlerdendir. Benzer şekilde Büyükanalan Şahin ve Rızalar'ın çalışmasında da gelir durumunun konfor düzeyini etkilemediği görülmüştür (4). Ancak bu sonuçların aksine Çapık ve ark.'nın araştırmasında sezaryen ile doğum yapan ve gelir düzeyi düşük olan kadınların doğum sonu konfor düzeyleri, geliri giderine denk olan kadınların konfor düzeyinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (58).

5.2. Hastaların Klinik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Örnekleme ortopedi ve beyin cerrahi hastalarının az olduğu görülmektedir. Ortopedik vakaların çoğunluğunun acil olarak ameliyata alınması ve beyin cerrahi hastalarının ameliyat sonrası sıklıkla yoğun bakıma transfer edilmesi örnekleme oluşturan hasta grubunda küçük bir orana sahip olmalarına neden olmuştur. Hastaların

çoğunluğunun (%26,1), genel cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi 1 ve 2) olduğu görülmektedir.

Hastaların %49'unun ASA I skorunda olduğu görülmektedir. Amerikan Anestezistler Birliği'nin (ASA- American Society of Anesthesiologists) preoperatif hastaları değerlendirmek için kullandığı bu sınıflama yönteminde ASA I skoru, cerrahi gerektiren patoloji dışında sistemik bozukluğu olmayan sağlıklı kişiyi tanımlamaktadır. ASA sınıflamasına paralel olarak örneklemin %60,5'inin kronik hastalığının ve %56,1'nin sürekli kullandığı herhangi bir ilacının olmadığı tespit edilmiştir. İstatistiksel analizde ASA skoru ile kronik hastalık varlığının EPKÖ toplam puan ortalamasını anlamlı bir şekilde etkilemediği belirlenmiştir. Hastaların %43,9'unun sürekli ilaç kullandığı ve ilaç kullananların ölçek puan ortalamasının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğu (%60,5) ASA I'de olduğu için tedavi amacıyla değil, destek amaçlı ilaç kullandığı ve bunların da iyileşmeyi ve konforu olumlu etkilediği düşünülebilir. Vitamin ve mineraller de dahil olmak üzere düzenli olarak ilaç kullanan bireylerde, vücudun fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, organ işlevlerinin düzenlenerek hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek semptomların kontrol altına alınması ve ilaç etkileşimi düşüncesiyle sigara-alkol gibi madde kullanımından kaçınmaları yaşam kalitelerini ve dolayısıyla konforlarını artıracaktır. Altuntaş ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı nitel araştırma sonucunda kronik hastalığı olan bireylerin hayatta kalmak, hastalıkla baş etmek, daha kaliteli yaşamak ve sosyal aktiviteler için yaşamlarını ilaç alımına göre düzenledikleri ve davranışlarını değiştirdikleri görülmüştür (62). İlaç kullanımına bağlı olarak, yaşamlarını düzenleyen ve sağlığı geliştirme davranışları edinen bireylerin konfor düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak bunun tersini gösteren sonuçlar da mevcuttur. Büyükcüalan Şahin ve Rızalar'ın çalışmasında kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan hastalarla kullanmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (4).

Araştırma sonucunda, hastaların %73,2'sinin daha önce bir cerrahi işlem deneyimlediği ancak cerrahi deneyimi olan bireylerin konfor düzeyinde anlamlı bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Sönmez'in CABG (koroner arter bypass greft) ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini değerlendirdiği tez çalışmasında ve Üstündağ'ın CABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi çalışmasında cerrahi deneyimin konfor düzeyi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark

oluşturmadığı belirtilmiştir (60). Yöntem Amaç ve Çam'ın gününbirlik cerrahi geçiren hastalarla yürüttüğü çalışma da benzer olarak cerrahi deneyimi olan hastalarla olmayan hastalar arasında konfor açısından anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır (56, 60, 61). Elde edilen sonuçları destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur. Büyüknalan Şahin ve Rızalar'ın çalışması ile Besey Ören'in araştırması daha önce bir cerrahi işlem geçirmiş olan hastaların konfor düzeyi anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (4, 52). Cerrahi deneyimleyen hastaların cerrahi süreçle ilgili bilgi sahibi olması ve hastane ortamına aşina olması düşünüldükçe konforu etkilemiş olabileceği söylene de yaşanan deneyimin, hastane süreci ile ilgili olumsuz duygusal izler bırakmış olabileceği de unutulmamalıdır.

Ameliyat süresinin postoperatif erken dönemde hasta konforunu etkilemediği görülmüştür. Besey Ören'in çalışmasında ise cerrahi girişimin süresine göre konfor düzeyi incelendiğinde girişim süresi uzadıkça hastaların anksiyetesinin arttığı ve erken dönem konforu ile genel konfor düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (52). Ameliyat süresi uzadıkça verilen pozisyonda uzun süre kalmak basınç noktalarının ve eklem çıkıntılarının uzun süre bası altında kalmasına ve ameliyat sonrası insizyon alanına ek olarak farklı bölgelerde ağrı yaşanmasına neden olacaktır. Yapılan çalışmada ise hastaların %63,7'sinin 1 saatten kısa süren cerrahi işlem geçirdiği görülmektedir. Örneklemin yarıdan fazlasının kısa süren ameliyatlara geçirmesi bu sonucu doğrulayabilir.

Araştırma sonucunda hastaların %33,1'inin hafif ağrı yaşadığı görülmüştür. Ağrı şiddetine göre konfor düzeyi incelendiğinde ağrısı olmayan veya hafif ağrı deneyimleyen hastaların konforu, şiddetli ağrı yaşayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu beklenen sonuç Arzu Sönmez'in tez çalışmasında elde edilen sonuçlarla da desteklenmiştir. Sönmez'in çalışmasına göre ameliyat sonrası ağrısı olmayan bireylerin konfor düzeylerinin hafif, orta veya şiddetli ağrısı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu söylenmektedir (56). Yılmaz ve arkadaşlarının hastaların %37'sinin ameliyathaneye gelmeden önce, %14,8'inin ameliyathanedeyken çok fazla ağrı yaşadığını tespit etmiştir (53). Ancak ameliyat öncesinde yaşanan ağrının ameliyat sonrası konfor düzeyine bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Büyüknalan Şahin ve Rızalar ise orta şiddette ağrı yaşayan bireylerin konfor düzeyini hafif ağrısı

olanlardan daha yüksek bulmuş ve bu sonucu ağrısı azalan bireylerin diğer konfor gereksinimlerine olan beklentilerinin artmasına bağlamıştır (4).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve literatür doğrultusunda incelenen çalışmalar yukarıda tartışılmıştır. Tartışmada karşılaştırılan sonuçların cerrahi geçiren hastaların postoperatif erken dönemde konforunu etkileyen faktörleri ve nedenlerini açıklamak ve kavramak amacıyla kullanılabileceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi geçiren hastaların postoperatif erken dönem konfor düzeylerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Araştırma sonucunda hastaların yaş ortalamasının $47,57 \pm 18,96$ olduğu, %52,9'unun erkek, %63,7'sinin evli, %33,8'inin orta öğretim mezunu olduğu, %73,9'unun çalışmadığı, %66,2'sinin ise aylık gelirinin giderine denk olduğu tespit edilmiştir. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeylerine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Klinik özellikler incelendiğinde hastaların %26,1'inin genel cerrahi, %21'inin üroloji, %19,1'inin plastik cerrahi kliniklerinde ameliyat olduğu; %60,5'inin klinik öyküsünde kronik hastalığının olmadığı, %43,9'unun sürekli ilaç kullandığı, %73,2'sinin daha önce bir cerrahi işlem deneyimlediği, %66,2'sinin açık cerrahi geçirdiği, %49'unun ASA 1 grubunda yer aldığı, %63,7'sinin cerrahi işleminin yaklaşık 1 saat sürdüğü belirlenmiştir. Hastaların çoğunun erken dönemde görülen konstipasyon (%80,3) ve bulantı-kusma (%71,3) komplikasyonlarını yaşamadığı; %66,2'sinde üriner kateter, %62,4'ünde insizyon alanında dren bulunmadığı tespit edilmiştir. Ağrı yaşayan bireylerin %33,1'inin hafif ağrı yaşadığı, %23,6'sının ağrı yaşamadığı saptanmıştır.

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına ve ağrı düzeylerine göre EPKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; ilaç kullanan ve ağrısı olmayan veya hafif ağrı deneyimleyen hastaların ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların ameliyat sonrası ağrısını hafifletecek olan hemşirelerin doğru ve ayrıntılı bir değerlendirme yaparak bakım girişimlerini uygulaması gerekmektedir. Bu amaçla hastanelerde ağrı değerlendirmesi için uygun ölçeklerin kullanılması ve multimodal analjezi protokollerinin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin ağrı konusunda duyarlılık ve farkındalık kazanması amacıyla hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,

- Hastalara ameliyat öncesinde eğitimler vererek ameliyat sonrası yaşanacak ağrı ve kontrolü hakkında bilgilendirilmesi,
- Hastaların ameliyat öncesinde sürekli kullandığı ilaçlarının sorgulanması ve sağlığı geliştirme davranışları edinmesi yönünde desteklenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. **Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N.** Cerrahi Hemşireliği I. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Sayfa 257. **Mart 2017**, İstanbul.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
Erişim Tarihi: 25.12.2019
3. **Harke N, Godes M, Habibzada J, Urbanova K, Wagner C, Zecha H, Witt, JH.** Postoperative Patient Comfort in Suprapubic Drainage Versus Transurethral Catheterization Following Robot-Assisted Radical Prostatectomy: A Prospective and Randomized Clinical Trial. *World journal of urology*. **2017**; 35(3):389-394.
4. **Büyükünalan Şahin P, Rizalar S.** Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Health Science and Profession-HSP*. **2018**;5(3):404-413.
5. **Myles PS, Boney O, Botti M, Cyna AM, Gan TJ, Jensen MP, Sessler DI.** Systematic Review and Consensus Definitions for the Standardised Endpoints in Perioperative Medicine (StEP) initiative: patientcomfort. *British journal of anaesthesia*, **2018**; 120(4), 705-711.
6. **Karadakovan A, Eti Aslan F.** Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. Baskı, Cilt 1. Akademisyen Kitabevi. Sayfa 281. **2017**, Ankara.
7. **Gurcayir D, Karabulut N.** The Effects of the Training Provided to Patients Who are Scheduled for Hip Prosthesis Surgery on the Level of Postoperative Comfort and Daily Activities. *International Journal*, 2017; 10(1), 403.
8. **Wilson L, Kolcaba W.** Practical application of Comfort Theory In The Perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2004**; 19: 164-173.
9. **Yaşar E, Çınar Yücel Ş.** Türkiye’de Hemşirelerin 2004-2014 Yılları Arasında Konfor Kuramını Kullandıkları Çalışmaların Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. Doi: 10.17371/UHD.2015514478, **2015**.
10. **Karabacak Ü, Acaroğlu R.** Konfor Kuramı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2011**;1(4).
11. **Eti Aslan F.** Cerrahi Bakım, Vaka analizleri ile birlikte. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, **2017**.
12. **Feldman RP, Goodrich JT.** The Edwin Smith Surgical Papyrus. *Child's Nervous System*, **1999**;15(6-7), 281-284.
13. **Stiefel M, Shaner A, Schaefer, SD.** The Edwin Smith Papyrus: The Birth of Analytical Thinking in Medicine and Otolaryngology. *The Laryngoscope*, **2006**; 116(2), 182-188.
14. **Vargas A, López M, Lillo C, Vargas MJ.** El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. *Revista médica de Chile*, **2012**; 140(10), 1357-1362.
15. Hamilton’s History of Medicine and Surgery
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=696517&lang=tr&site=ehost-live>
Erişim Tarihi: 08.07.2019
16. **Hines S, Steels E, Chang A, Gibbons K.** Aromatherapy for Treatment of Postoperative Nausea and Vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2018**.

17. **Cohn SM, Brower, ST. (2012).** Surgery : Evidence-based Practice. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House USA Ltd [PMPH].
18. **Sinclair DR, Chung F, Mezei G.** Can Postoperative Nausea and Vomiting be Predicted? *Anesthesiology*. **1999**; 91: 109–18.
19. **Cao X, White PF, Ma H.** An Update on the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Journal of Anesthesia*, **2017**; 31(4), 617-626.
20. ASPAN's Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention and/or Management of PONV/PDNU
http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/Guidelines/PONV-PDNU_Clinical_Guideline_Aug_2006_JoPAN.pdf
 Erişim Tarihi: 22.04.2019
21. **Hooper VD.** SAMBA Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting: An Executive Summary for Perianesthesia Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2015**; 30(5), 377-382.
22. **Miskovic A, Lumb AB.** Postoperative Pulmonary Complications. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, **2017**; 118(3), 317-334.
23. **Yang CK, Teng A, Lee DY, Rose K.** Pulmonary Complications After Major Abdominal Surgery: National Surgical Quality Improvement Program analysis. *Journal of Surgical Research*, **2015**; 198(2), 441-449.
24. **Bablekos GD, Michaelides SA, Analitis A, Charalabopoulos KA.** Effects of Laparoscopic Cholecystectomy on Lung Function: a Systematic Review. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, **2014**; 20(46), 17603.
25. **Sabaté S, Mazo V, Canet J.** Predicting Postoperative Pulmonary Complications: Implications for Outcomes and Costs. *Current Opinion in Anesthesiology*, **2014**; 27(2), 201-209.
26. **Fernandez-Bustamante A, Frendl G, Sprung J, Kor DJ, Subramaniam B, Ruiz RM, Colwell MM.** Postoperative Pulmonary Complications, Early Mortality, and Hospital Stay Following Noncardiothoracic Surgery: A Multicenter Study by the Perioperative Research Network Investigators. *JAMA Surgery*, **2017**; 152(2), 157-166.
27. **Duceppe E, Parlow J, MacDonald P, Lyons K, McMullen M, Srinathan S, Sessler DI.** Canadian Cardiovascular Society Guidelines on Perioperative Cardiac Risk Assessment and Management for Patients Who Undergo Noncardiac Surgery. *Canadian Journal of Cardiology*, **2017**; 33(1), 17-32.
28. **Yilmaz HO, Babazade R, Leung S, Zimmerman NM, Makarova N, Saasouh W, Turan A.** Postoperative Hypotension and Surgical Site Infections After Colorectal Surgery: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesia & Analgesia*, **2018**; 127(5), 1129-1136.
29. A review of the peri-operative care of surgical patients
www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC_fullreport.pdf
 Erişim Tarihi: 05.07.2019
30. Association of Surgical Technologist (AST). AST standards of practice form a intenance of normothermia in the perioperative patient. 2015: 1-26.
http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/SOP_For_Normothermia.pdf
 Erişim Tarihi: 13.06.2019
31. Perioperative Hypothermia: Review for the Anesthesia Provider
<http://ispub.com/IJA/27/2/10779.%20%20Accessed%20July%2010,%202013.#>
 Erişim Tarihi: 13.06.2019

32. Fast Facts for the Cardiac Surgery Nurse
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1092709&lang=tr&site=ehost-live> Part 3, Sayfa:77-97.
Erişim Tarihi: 13.06.2019
33. **Galvão CM, Liang Y, Clark AM.** Effectiveness of Cutaneous Warming Systems on Temperature Control: Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **2010**; 66(6), 1196-1206.
34. **Nieh HC, Su SF.** Meta Analysis: Effectiveness of Forced Air Warming for Prevention of Perioperative Hypothermia in Surgical Patients. *Journal of Advanced Nursing*, **2016**; 72(10), 2294-2314.
35. **Yüksel S, Uğraş GA.** Cerrahi Hastasında Hipotermi Gelişimini Önlemede Hemşirenin Rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**; 9(2), 113-121.
36. **Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL.** Incidence, Patient Satisfaction, and Perceptions of Post-Surgical Pain: Results From a US National Survey. *Current Medical Research and Opinion*, **2014**; 30(1), 149-160.
37. **Gan TJ.** Poorly Controlled Postoperative Pain: Prevalence, Consequences, and Prevention. *Journal of Pain Research*, **2017**;10, 2287.
38. Madden G. Postoperative 19 and care. Handbook of Anaesthesia & Peri-operative Medicine
http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/Guidelines/ASPAN_ClinicalGuideline_PainComfort.pdf
Erişim Tarihi: 12.06.2019
39. **Liddle C.** Principles of Monitoring Postoperative Patients. *Nursing Times*, **2013**;109(22),24-26.
40. Royal College of Physicians, National Early Warning Score, 2017
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>Erişim Tarihi: 05.07.2019
41. NHS İnstitute for İnnovation and İmprovement, Safer Care, 2010
<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/SBAR-Implementation-and-Training-Guide.pdf>
Erişim Tarihi: 05.07.2019
42. **Carpenito-Moyet LJ.** Handbook of Nursing Diagnosis. 13 th Edition. Erdemir F. (13. Baskıdan çeviri), **2012**.
43. **Vallire D, Chard R, Clifford T, Fetzer S, Fossum S, Godden B, Martinez EA, Noble KA, O'Brien D, Odom-Forren J, Peterson C, Ross J.** ASPAN's Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Promotion of Perioperative Normothermia: Second Edition. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2010**; 6(25):346-365.
44. **Siefert ML.** Concept analysis of comfort. In *Nursing Forum*, **2002**; 4(37):16.
45. **Terzi B, Kaya N.** Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;20:1.
46. Cambridge Sözlüğü
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/comfort>
Erişim Tarihi: 12.06.2019

47. **Pinto S, Caldeira S, Martins JC, Rodgers B.** Evolutionary Analysis of The Concept of Comfort. *Holistic Nursing Practice*, **2017**; 31(4), 243-252.
48. **Wilson L. Kolcaba W.** Practical application of Comfort Theory in The Perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2004**; 19: 164-173.
49. **Aksoy Derya Y, Pasinlioğlu T.** The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort Levels After Caesarean Sections. *International Journal of Nursing Knowledge*, **2017**; 28(3), 138-144.
50. **Bergström A, Håkansson Å, Stomberg MW, Bjerså K.** Comfort Theory in Practice-Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2018**; 33(2), 162-171.
51. **Üstündağ H, Eti Aslan F.** Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Nurs.* **2010**; 2(2):94-9
52. **Besey Ö.** Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2018**; 5(3), 324-332.
53. **Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Havva K, Aslan A.** Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2018**; 5(1), 3-9.
54. **Bourdel N, Alves J, Pickering G, Ramilo I, Roman H, Canis M.** Systematic Review of Endometriosis Pain Assessment: How to choose a scale?. *Human Reproduction Update*, **2014**; 21(1):136-152.
55. **Anuş Topdemir E, Sarıtaş S.** Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Akupresür ve Reiki Uygulamasının Hastaların Ağrı ve Konfor Düzeyine Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya, **2019**
56. **Sönmez A.** Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) Trakya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne, **2013**.
57. **Gurcayir D, Karabulut N.** The Effects of the Training Provided to Patients Who are Scheduled for Hip Prosthesis Surgery on the Level of Postoperative Comfort and Daily Activities. *International Journal of Caring Sciences*, **2017**; 10(1), 403.
58. **Çapık A, Özkan H, Apay SE.** Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2014**; 7(3).
59. **Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba K.** Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **2014**; 29(3), 213-220.
60. **Üstündağ H.** Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **İstanbul, 2009**.
61. **Yönem Amaç H, Çam R.** Gününbirlik Cerrahide Hasta Konforu Ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg*, **2019**; 5(1);1222-1237.
62. **Altuntaş O, Esra A, Huri M.** Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **2015**; 3(2), 79-86.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cerrahi girişim sonrası konfor durumunuzu belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
a) Erkek b) Kadın
3. Eğitim Durumu:
a) Okur- yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Yükseköğretim
4. Medeni Durum:
a) Evli b) Bekar
5. Çalışma Durumu:
a) Evet b) Hayır
6. Gelir Düzeyi:
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
7. Bulunduğu klinik:
8. Kronik hastalık:
a) Var b) Yok
9. İlaç Kullanımı:
a) Var b) Yok
10. Cerrahi deneyim:
a) Var b) Yok
11. Girişim türü:
12. ASA skoru:
13. Ameliyat Süresi:
14. Konstipasyon durumu:
a) Var b) Yok
15. Bulantı-kusma durumu:
a) Var b) Yok
16. Üriner Kateterizasyon:
a) Var b) Yok
17. Dren varlığı:
a) Var b) Yok
18. Ağrı düzeyi:
Ağrı yok _____ En şiddetli ağrı

Ek 2: Erken Postoperatif Konfor Ölçeği

ERKEN POSTOPERATİF KONFOR ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,
Aşağıdaki cerrahi girişim öncesi ve sonrası erken dönemde konforunuzu tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifade için altı seçenek sunuldu. Sizden istenen konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtmenizdir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

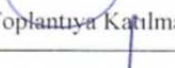
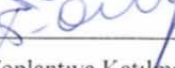
	Kesinlikle Katılıyorum				Kesinlikle Katılmıyorum			
1. Sakindim.	6	5	4	3	2	1		
2. Üşüyordum.	6	5	4	3	2	1		
3. Yabancı bir ortamdı.	6	5	4	3	2	1		
4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım.	6	5	4	3	2	1		
5. Ailem/ arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmeme yardımcı oldu.	6	5	4	3	2	1		
6. Ameliyattan önce 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 3: Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
84	4 Ocak 2019

KARAR NO 14- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Doç. Dr. Sevban Arslan, Araş. Gör. Nursevim Aydıngülü tarafından yürütülmesi öngörülen, "Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek 4: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 13/02/2019-E.24017



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45868485-302.08.01/
Konu : Nursevim AYDINGÜLÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/02/2019 tarihli, 22881 sayılı ve "Nursevim AYDINGÜLÜ" konulu yazı,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nursevim AYDINGÜLÜ'nün "Hastaların Postoperatif Erken Dönem Konfor Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Hastaneniz Ortopedi, Üroloji, KBB, Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2, Beyin Cerrahi ve Plastik Cerrahi Anabilim Dallarında yapma isteği Başhekimliğimizce uygun görülmüştür; gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Tamer Cevat İNAL
Başhekim

Mevcut Elektronik İmzalar

TAMER CEVAT İNAL (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim) 13/02/2019 16:47

Adres:Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam /
Adana
Telefon:0 (322) 338 60 60 Faks0 (322) 338 69 00
e-Posta:hastane@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr

Bilgi için: Gülşen AKÖZLÜER
Unvanı: İşçi
Tel No: 3277 - 3818

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Adana'nın Seyhan ilçesinde doğdu. İlköğrenimine mahallesinde bulunan Hadırlı İlköğretim Okulu'nda başladı ve orta öğrenimine İsmet İnönü İlkokulu'nda devam etti. Lise eğitimini Toki Şehit Ozan Onur İlgen Anadolu Lisesinde tamamladı. 2016 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik lisans programından mezun oldu ve 2017 yılı bahar yarıyılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programına başladı. 2018 yılından beri Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.