T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN CERRAHİ HASTALARININ ÖFKE VE ÖZ BAKIM GÜCÜ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice Merve ALPTEKİN

Referans no: 10132829

EDİRNE-2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN CERRAHİ HASTALARININ ÖFKE VE ÖZ BAKIM GÜCÜ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice Merve ALPTEKİN

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Hatice Merve ALPTEKİN tarafından tez başlığı "Organ Kaybı Deneyimleyen Cerrahi Hastalarının Öfke ve Öz Bakım Gücü Düzeylerinin Değerlendirilmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **20/07/2018** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK
ÜYE (Danışman)

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, mesleki gelişimime önemli katkıları olan Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerine, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Klinik hemşirelerine ve beni daima destekleyen aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
- **ORGAN KAYBI** 3
- **TİROİDEKTOMİ** 3
- **MASTEKTOMİ** 4
- **KOLESİSTEKTOMİ** 5
- **GASTREKTOMİ** 6
- **ORGAN KAYBI İLE SONUÇLANACAK AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM** 7
- **ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN HASTALARDA AMELİYAT SONRASI BAKIM** 11
- **ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN HASTALARIN EVDE BAKIMI** 16
- **ORGAN KAYBININ ETKİLERİ** 17
- **ÖFKE** 18
- **ORGAN KAYBINDA HEMŞİRENİN ROLÜ VE HEMŞİRELİK BAKIMI** 19
- **ÖZ BAKIM GÜCÜ** 19

GEREÇ VE YÖNTEMLER 21
BULGULAR 26
TARTIŞMA 45
SONUÇLAR 51
ÖZET 53
SUMMARY 55
KAYNAKLAR 57
ŞEKİLLER LİSTESİ 70
ÖZGEÇMİŞ 71
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

Ark. : Arkadaşları

EKG : Elektrokardiyografi

GİS : Gastrointestinal Sistem

NG : Nazogastrik

ROM : Range of Motion

IV : İntravenöz

Sl-Öfke : Sürekli Öfke

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye'de 2016 yılında cerrahi girişim uygulanan hasta sayısının 4.772.229 olduğu ve hastaneye müracaat eden her 100 kişiden 1,1'ine cerrahi işlem yapıldığı belirtilmektedir (1,2).

Kanserler, travmalar, deformiteler vb. nedenlerle uygulanan cerrahi girişimler bireylerin yaşam süresini uzatırken kalitesini de arttırmaktadır. Ancak cerrahi girişimler insan bedeni üzerinde anatomik ve fizyolojik değişimlere de neden olabilmektedirler. Fizyolojik değişimler cerrahi sürecin sonlanması ile geri dönüşümlü olabilirken anatomik değişimler ve onların oluşturduğu fizyolojik değişimler yaşam boyu devam etmektedir. Cerrahi girişimler sonrası organ kayıpları anatomik değişimlerin çoğunluğunu oluşturmaktadır (3,4).

Hipertiroidizm, nodüler guatr, graves hastalığı, tiroid kanseri, kronik tiroiditler nedeniyle uygulanan tiroidektomi, meme kanseri nedeniyle uygulanan mastektomi, safra yolları taş hastalığı kolesistit ve safra kesesi polipleri nedeniyle uygulanan kolesistektomi, mide kanseri nedeniyle uygulanan gastrektomi insan bedeninde organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimlere örneklerdir (5-7).

Organ kaybı, işlev kaybına uğrayan organ iyileşmeyecek kadar zarar gördüğünde ve hasta için hayati tehlikeye sebep olduğu durumlarda sorunu ortadan kaldırmak amacıyla zarar gören organı cerrahi müdahale ile vücuttan ayırma işlemidir (3,4,8,9).

Cerrahi girişim sonucu organ kaybı hastaları hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilemektedir (10). Örneğin; tiroidektomi deneyimleyen hastalarda sinir hasarı, kanama, hava yolu obstrüksiyonu riski varken, mastektomi erken dönem sorunları, lenf ödem gelişmesi ve birçok psikolojik sorun (anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyon) ile hastaları karşı karşıya getirebilmektedir. Hastalar açısından organ kaybı bir travmadır ve hastaların travmaya tepkisi değişebilmektedir (11-13).

Hastaların travma, kayıp ve yasa olan tepkilerini Kübler Ross (1997) inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme olarak 5 evrede işlemiştir (14).

Organ kaybı sonucu hastaların yaşadığı duygulardan ya da gösterdiği tepkilerden biri de öfkedir. Öfke, istenilmeyen sonuçların ortaya çıkması ve beklentilerin gerçekleşmemesi sonucunda oluşan insani bir tepkidir (15).

Cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakım uygulamalarında, hastaların iyileşme sürecinde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik sorunlarına bütüncül yaklaşım ile hastaya özgü bakım ve değerlendirmeyi önermekteyiz. Cerrahi hemşireleri, hastaların organ kaybına karşı tutumlarını ve endişelerini dikkate alarak etkin rol üstlenmeli ve öz bakım düzeylerini arttırmalıdırlar (16).

Hastanın fizyolojik ve psikolojik tepkilerinin cerrahi hemşireleri tarafından bilinmesi ve bakımın hasta gereksinimleri doğrultusunda planlanması iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir. Bu nedenle araştırma, organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ORGAN KAYBI

Organ kaybı, tümöral oluşumlar gibi çeşitli hastalıklar ya da travma nedeniyle işlev kaybına uğrayan organ iyileşmeyecek kadar hasar gördüğünde ve hastanın hayatını tehlikeye atacak duruma geldiğinde sorunu ortadan kaldırmak amacıyla hasarlı organın cerrahi müdahale ile vücuttan ayırma işlemi olarak tanımlanmaktadır (3,4,8,9).

Organ kaybı amacıyla cerrahi girişim uygulanan hastaların %5'i gastrektomiyi de kapsayan A grubu, %17'si mastektomi, kolesistektomi ve tiroidektomiyi kapsayan B grubu, %27'si tonsillektomi ve apendektomiyi kapsayan C grubu, %20'si sezaryen ve hemoirektomiyi kapsayan D grubu ve %31'i larenks biyopsisi ve normal doğumu kapsayan E grubu ameliyatlardan oluşmaktadır (1).

Türkiye'de sıklıkla uygulanan ve organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimler tiroidektomi, mastektomi, kolesistektomi ve gastrektomidir. Hastaları hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedirler (12).

TİROİDEKTOMİ

Tiroid hastalıkları özellikle iyot eksiği olan ülkelerde karşılaşılan endokrin sorunların başında gelmektedir. Hipertiroidizm, nodüler guatr, graves hastalığı, tiroid kanseri, kronik tiroiditler cerrahi girişim gerektiren tiroid bezi hastalıklarının başında gelmektedir (5,6). Tiroidektomi, tiroid bezinin cerrahi girişim uygulanarak bir bölümünün (subtotal) ya da tamamının (total) çıkarılması anlamına gelmektedir (5). Genel cerrahi kliniklerinde en sık kullanılan ve mortalitesi düşük olan ameliyatlar arasındadır (5,11,17). ABD 2014 yılında tiroidektomi uygulanan hasta sayısını 130.700 olarak bildirmiştir (18).

Cerrahi girişim sonrasında metabolik ve metabolik olmayan komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Hipoparatiroidi gibi metabolik komplikasyonlar veya sinir hasarı, kanama, hava yolu obstrüksiyonu, flep nekrozu gibi metabolik olmayan komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir. Sinir hasarında ses kısıklığı, aspirasyon, stridor ve dispne görülebilmektedir (11,19,20). Cerrahi girişim, kalıcı veya geçici ses değişikliği ile sonuçlanabilmektedir (21).

Tiroidektomi uygulanmış hastaların %50'sinde geçici hipokalsemi gözlenmiştir, kalıcı hipoparatiroidizm %2'den daha az vakada gözlenmiştir. Kalıcı hipoparatiroidi, hipokalseminin en sık sebebi olarak belirtilmektedir (11,19,20).

Cerrahi girişim sonrası 6 ay devam eden hipokalsemi, kalıcı hipokalsemi olarak tanımlanmaktadır. Hipokalsemi yaşam kalitesini etkileyen ve etkileri yaşam boyu süren bir komplikasyondur. Hipokalsemi nedeniyle kas krampları, epileptik nöbetler, çarpıntı, göğüste sıkışma, terlemede artış, titremeler, huzursuzluk, sıkıntı hissi, halsizlik, yorgunluk, moral bozukluğu, unutkanlık, ciltte kuruma, tırnaklarda kırılma, saç dökülmeleri, iştahsızlık, kilo kaybı görülmektedir. Belirtiler hastalarda depresyon olarak değerlendirilmesine sebep olabilir (19,20).

MASTEKTOMİ

Organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimlerden biri de mastektomidir ve meme kanserinin cerrahi tedavisinde kullanılmaktadır. Meme kanseri dünyada tüm kanser olgularının %18'ini, Türkiye'de ise %24,9'unu oluşturmaktadır (2). Dünyada görülme sıklığı 43/100.000, Türkiye'de 17-57/100.000 kişi arasındadır. Avrupa'da bu oran 66-67/100.000 olmaktadır. Türkiye'nin doğusunda 20/100.000, batısında 40-50/100.000 ve kadınlarda görülen kanserler içinde 34-73/100.000 oranı ile birinci sıradadır (22). Meme kanseri cerrahi girişim uygulanarak memenin bir kısmının ya da tamamının çıkarılması ile sonuçlanan bir hastalıktır (2). Türkiye'de hastaların yaklaşık olarak 1/3'üne mastektomi uygulanmaktadır (23,24). Avrupa Birliğine üye olan ülkelerde 2015 yılında yarım milyondan fazla mastektomi uygulanırken, ABD'de 2014 yılında mastektomi uygulanan hasta sayısı 103.500'dür (18,25).

Mastektomi ameliyatı deneyimleyen hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden pek çok sorunla karşı karşıya gelmektedir (26). Ameliyat kesisinin büyüklüğü, ağrı, seroma, fantom meme sendromu, yara iyileşmesi ile ilgili sorunlar, lenfödem olasılığı, enfeksiyon, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, duyu kaybı, benlik saygısında azalma, depresyon, sosyal izolasyon gibi sorunlarla karşılaştıkları bilinmektedir (26,27).

Yapılan araştırmalarda mastektomi ameliyatı sonrası hastaların %51'inde lenfödem,

%15'inden fazlasında ağrı ve %72-95'inde yorgunluk olduğu belirlenmiştir (26).

Bu sorunlardan biri de lenfödemdir. Aksiller diseksiyon girişimine radyoterapi tedavisinin eklenmesi, kol ödemi riskini %36 arttırmaktadır (28). Lenfödem, cerrahi girişim uygulanan memenin olduğu taraftaki kolda fonksiyonel yetersizliğe sebep olmaktadır. Bu yetersizlik kolun hareketlerini kısıtlarken, kolun hareketi sırasında da ağrıya neden olmaktadır (27). Lenfödemden etkilenen kolda gelişen güçsüzlük hastanın yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (29). Bir memenin kaybına ek olarak gelişen lenfödem, kötü görünüme neden olarak hastanın benlik saygısını azaltmaktadır (27). Lenfödeme bağlı gelişen kısıtlılıklar hastaların ailedeki rollerini yerine getirmede yetersizliğe neden olmaktadır.

Meme; kadınlığı, cinselliği ve annelik ile ilgili duyguları temsil etmektedir. Mastektomi sonrası memenin kaybı cinselliğin, kadınlığın, çekiciliğin ve anneliğin kaybı olarak düşünülmektedir (26,30). Bu nedenle meme kaybına uğrayan hastalar fiziksel olarak etkilenmenin yanı sıra psikolojik ve sosyal yönden de ağır bir kriz durumu yaşamaktadırlar (30,31).

Kriz durumunda verilen tepkiler hastanın yaşı, yaşadığı kültür, hastalığın evresine bakılmaksızın benzerlikler gösterirken meme kaybı yaşayan genç hastaların cerrahi girişim sonrası ilk aylarda daha çok cinsel yaşamlarında problem ile karşılaştıkları belirtilmektedir (31,32). Mastektomi sonrası en çok karşılaşılan tepkiler anksiyete, depresyon, beden algısı ve benlik saygısında azalma, kızgınlık, suçluluk, ölüm korkusu ve cinsellik ile ilgili problemlerdir (12,31).

Denizgil ve Sönmez (33) yaptıkları araştırmada meme kaybı deneyimleyen kadınların beden algıları ve cinsel yaşamlarına total mastektominin negatif etkisi olduğu, meme koruyucu cerrahi girişimde ise sonuçların daha iyi olduğunu gözlemlemişlerdir.

KOLESİSTEKTOMİ

Cerrahi girişimler arasında en sık uygulanan girişimlerden biri de kolesistektomidir. Bu girişimde safra kesesi cerrahi işlem uygulanarak çıkartılmaktadır (34). Türkiye'de sıkça uygulanan bu cerrahi girişim yılda yaklaşık olarak 40.000-60.000 hastaya uygulanmaktadır (35). Safra kesesi ve yollarında taş varlığı, kolesistit, safra kesesi polipleri önemli cerrahi girişim nedenleridir (7).

Kolesitektomi ameliyatı sonrası iyileşme çok hızlıdır ve çoğu hasta birkaç gün içerisinde normal yaşamına geri dönmektedir. Hastaların özel bir diyeti yoktur ve katı

gıdalarda dahil olmak üzere her yiyeceği yiyebilirler veya içilebilirler. Bazı hastalar ameliyat sonrası ilk gün anestezinin etkisiyle mide bulantısı veya kusma yaşayabilirler. Bulantısı olan hastaların küçük miktarlarda sıvı tüketmeleri önerilmektedir. Kolesistektomi sonrası sırt ve omuz ağrısı görülebilmekte (36), hastalarda anksiyete ve depresyon gelişebilmektedir (37). Ayrıca anestezi, ağrı kesici olarak kullanılan ilaçlar ve çevresel faktörler hastalarda konstipasyon gelişmesine neden olmaktadırlar. Bu nedenle kolesistektomi sonrası erken mobilizasyon çok önemlidir (37,38). Yapılan araştırmalarda kolesistektomi sonrası uzun dönemde alkalen reflü gastrit semptomlarına rastlanmıştır (36,39). Kolesistektomi sonrası hastaların anksiyetelerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin ve memnuniyet düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (40,41).

GASTREKTOMİ

Hastaların midesinin cerrahi işlem uygulanarak çıkartılmasına total gastrektomi denir. En önemli endikasyonu mide kanseridir. Dünyada erkeklerde mide kanseri görülme sıklığı 100.000 kişide 14,3 iken kadınlarda 6,5'tir. Türkiye'de mide kanseri tüm kanser olgularının erkeklerde %5,9'unu, kadınlarda %3,9'unu oluşturmaktadır (2). Gastrektomi mide kanseri tanısı koyulmuş hastaların yaklaşık %60'ına uygulanmaktadır (42). Özellikle Çin, Tayvan, Japonya ve Kore gibi Uzak Doğu ülkelerinde mide kanseri görülme sıklığı daha fazladır (43). Güney Kore'de uygulanan gastrektomi girişiminin yılda 1000'den fazla olduğu belirtilmektedir (44). Japonya'da 2013 yılında laparoskopik yöntem ile uygulanan total gastrektomi sayısı yaklaşık 1500'dür (43). Hastalar ameliyat sonrası birkaç yıl yaşam kalitelerini azaltan problemlerle karşılaşmaktadırlar. Ameliyat sonrası dönemde pek çok hastada yemek yeme problemi, kilo kaybı iştahsızlık, yorgunluk, tat almada değişiklik görülmektedir (45,46). Çok az veya çok fazla yemek kilo kaybı ya da mide bulantısı riski ile sonuçlanmaktadır. Gastrektomi uygulanan hastalar için yemek yeme olumlu bir sosyal olay olmaktan çıkıp bir zorunluluk haline gelmektedir (47). Oral alımın azalması kilo kaybı, malnütrisyon ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Mide kanseri olan hastalarda teşhiş sırasında malnütrisyon görülmese bile ilk 6 ay içerisinde vücut ağırlıklarının %5'i kadar kilo kaybı gelişmekte ve kilo kaybının etkisi kişiden kişiye değişmektedir (48).

Total gastrektomi sonrası hastalarda erken veya geç dumping sendromunun belirtileri, yara iyileşmelerinde gecikme ve C, D, K, B vitaminlerinde yetersizlik gelişmektedir (49). Ayrıca hastalar diyare ve konstipasyon gibi semptomlarla da karşı karşıya gelmektedirler. Sık ve ani diyare, karın ağrısı ve bağırsak kontrolünü kaybetme hissine sebep olur. Hastalar aynı

zamanda konstipasyon, gaz, mide guruldaması sesi gibi problemlerle karşılaşırlar ve bu sorunlar günlük yaşamlarını da etkilemektedir (45). Pek çok hastada herhangi bir kronik ağrı görülmezken ameliyat sonrası dönemde ameliyat bölgesi, sırtta ağrı ve cerrahi girişimin neden olduğu sinir hasarına bağlı uyuşukluk gelişebilmektedir (50). Anastamoz kaçakları ameliyat sonrası sağ kalım süresini yakından etkilemektedir. Ameliyattan sonra 3 ile 5. günlerde oral alıma geçilmeden önce anastamoz kaçakları kontrol edilmelidir (51).

Mide kanseri tanısı koyulmuş hastalar, cerrahi girişim sonrası çok yıpratıcı bir süreç olan kemoterapi ve radyoterapiye devam etmektedirler. Bu süreçte hastalar kendilerini güçsüz ve yorgun hissederler. Bazı hastalar intihar etmeyi bile düşünebilmektedirler (52).

Hastalar için geleceğin kontrolü, hem hayatları açısından hem de sağlıkları açısından, etraflarında olanları bilmeleri ile ilişkilidir. Ameliyatın kendileri için ne getirdiğini bilemeyen hastalar ameliyat sonrası kişisel kontrollerini kaybederler ve bu durum onların umutsuzluk duygularını arttırmaktadır. Hastalar küçük bir ağrıda, nüksetme korkusu ve anksiyete yaşarlar. Sağlıklı yaşamlarına geri dönemediklerinde depresyona kadar giden hayal kırıklığı yaşayabilirler. Örneğin bir toplantıda yemek sonrası tuvalete ulaşamama riski hastaları utandırmaktadır. Bu ve benzeri sorunlar hastaların kendilerini sosyal izolasyona almaları ile sonuçlanabilmektedir. Hastaların karşılaştıkları tüm bu etkiler ve hastalığın teşhisinin koyulmasından ameliyat sonrası sürece kadar fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyerek yaşam kalitelerini düşürür. Bu yüzden hastalar destekleyici bir bakıma ihtiyaç duyarlar (46,50).

ORGAN KAYBI İLE SONUÇLANACAK AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM

Ameliyat öncesi dönemde hastaların iyi değerlendirilmesi ve mevcut sorunların belirlenerek mümkün olduğunca azaltılması ameliyat sonrası bakım hedeflerinin gerçekleştirilmesinde önemlidir. Bu aşamada hastaların detaylı sağlık öyküleri alınmalıdır. Sağlık öyküsü, ameliyat geçmişlerini, mevcut olan diğer hastalıklarını, aile geçmişinde bilinen genetik geçişli hastalıkları ve acil durumlarda aranabilecek kişileri vb. içermelidir (53,54). Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar, daha önce ilaçlara karşı gelişmiş olan reaksiyonlar, alerjiler, ağrı öyküsü, dışkılama alışkanlıkları, sigara ve madde kullanımı ile ilgili bilgiler edinilmelidir (53). Bu dönemde hastaların yaşam bulgularının takibi yapılmalı ve hastanın fiziksel değerlendirmesine geçilmelidir (54).

Ameliyat öncesi dönemde ortaya çıkan kardiyovasküler sorunlar, ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşme sürecini etkilediği gibi cerrahi girişimin kendisi de kardiyovasküler

sistemi etkilemektedir. Hastalarda miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, hipertansiyon, ritim bozuklukları gibi sorunlar araştırılmalıdır (55).

Özelikle hipertiroidisi olan hastalarda hipertansiyon, çarpıntı, sistolik üfürümlere rastlanmaktadır (56). Kalp yetmezliği görülen hastaların %5-21'inde aynı zamanda demir eksikliği anemisi saptanmıştır (57). Gastrektomi ve kolesistektomi işlemi için hazırlanan hastalar iyi bir beslenme düzenine sahip olmayabilirler ve hastalarda anemi görülebilir (58).

Hastaların astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hemoptizi, öksürük öyküsü olup olmadığı, sigara kullanımı sorgulanmalıdır. Hastaların solunum hız ve derinliği değerlendirilmelidir. Özellikle hipertiroidizmde solunum hızı artar ve hafif eforda dispne görülebilir (56). Hastaların pulmoner sağlık öyküsü sorgulandıktan sonra akciğer röntgeni, fonksiyon testleri gibi gerekli testler yaptırılmalıdır (55). Ameliyat öncesi hastanın bilinç düzeyi, motor becerileri ve oryantasyonu belirlenmelidir (55). Özellikle hipertirodizmde hastalarda huzursuzluk, sinirlilik, tükenmişlik, bilinç bulanıklığı görülebilir (56).

Ameliyat sonrası sorunsuz iyileşmenin sağlanmasında böbrek fonksiyonlarının yeterli olması çok önemlidir. Hastaların idrar yapma sıklığı, noktüri, dizüri gibi sorunların varlığı sorgulanmalıdır. Ayrıca idrarın rengi, kokusu değerlendirilmelidir. Hastalara ameliyat öncesi dönemde böbrek fonksiyon testleri yapılmalıdır (55).

Hastaların egzersiz düzeni sorgulanmalıdır. Hastanın soy geçmişinde osteoporoz olup olmadığı önemlidir (59). Özellikle mastektomi planlanan genç hastalar ameliyat sonrası cerrahi menopoza gireceklerdir. Bu durumda östrojenin azalması osteoporoz riskini de arttıracaktır (60). Ayrıca hipertiroidisi olan hastalarda da osteoporoz, kas kaybı, zayıflığı ve yorgunluk görülebilmektedir (56).

Cerrahi girişim geçirecek hastalar için hem malnütrisyon hem obezite komplikasyonlar için önemli risk faktörleridir ve iyileşmeyi geciktirmektedirler (61). Gastrektomi ve kolesistektomi cerrahi işlemi yapılacak hastalar, iştah değişimleri, mide bulantısı, beslenme bozukluğu ve yorgunluk yaşamaktadırlar (49,62). Şahin ve ark. (63) gastrektomi ameliyatı için hazırlanan hastaların %26,2'sinde kilo kaybı, %45,3'ünde bulantı ve kusma belirlemişlerdir. Böyle durumlarda hastalar fiziksel olarak iyi oluncaya kadar ameliyat ertelenebilmektedir. Hastalar üç öğün düzenli yiyecekten ziyade küçük öğünleri daha iyi tolere etmektedirler (49). Diyet, vitamin, protein ve yağlar ile desteklenmelidir. Hastalar depresyona girdiklerinde veya iştahsız olduklarında yemek yemek için ikna etmek zor olabilmektedir. Hasta yakınlarının hastanın yemek yemesine yardımcı olması ve cesaretlendirmeleri önemlidir. Hastalarda enteral beslenme mümkün değil ise parenteral

beslenme tercih edilmelidir (49). Hipertirodizmde iştah artmasına rağmen hastalarda kilo kaybı ve diyare görülürken (56), kolesistektomi planlanan hastalar bulantı ve kusma yaşamaktadırlar. Yiyecek ve sıvı alımını durdurmak safra kesesinin daha fazla uyarılmasını dolayısı ile ağrı ve bulantıyı azaltmaktadır (62).

Özellikle gastrektomi ve mastektomi gibi kanser nedeni ile cerrahi girişim uygulanan hastalar, cerrahi girişim öncesinde tümör çapını küçültmek amacı ile radyoterapi ya da kemoterapi tedavisi görebilirler. Radyoterapi ve kemoterapi hastalarda immun sistemin baskılanması, enfeksiyona yatkınlık ve yara iyileşmesinin gecikmesi ile sonuçlanmaktadır (59).

Ameliyat öncesi dönemde ağrı değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi ağrı, hastaların ameliyata fiziksel ve psikolojik hazırlığını yetersiz kılmaktadır. Özellikle kolesistit tanısı koyulan hastalar sıklıkla ciddi düzeyde ağrı yaşamaktadırlar. Ayrıca mide kanseri hastalarında epigastrik ağrı şikayeti görülmektedir. Şahin ve ark. (63) yaptıkları araştırmada gastrektomi için hazırlanan hastaların %80,9'da epigastrik ağrı şikayetleri olduğunu belirlemişlerdir. Ağrının şiddeti artmadan önce direktif edilen ağrı kesiciler hastaya verilmelidir. Verilen ilaçların etkinliği ve yan etkileri gözlenmelidir (62).

Özellikle tiroidektomi cerrahi girişimi planlanan hastalar ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi için hazırlanmalıdır. Ameliyat öncesi antitiroid ilaçlar ve iyot verilerek tiroid bezinin vaskülarizasyonu ve kanama riski azaltılmaktadır. İyot su veya meyve suyuyla karıştırılarak yemeklerden sonra hastalara içirilmektedir. İyot toksisitesinde görülen yanakta şişme, aşırı salya, bulantı, kusma ve cilt reaksiyonları gibi belirtiler değerlendirilmelidir. Eğer toksisite oluşursa iyot uygulaması durdurulmalı ve rapor edilmelidir (64).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların anksiyete yaşamaları normal kabul edilmektedir (65). Anksiyete nedenleri; korku, özelliklede bir organını kaybetmek ve sakat kalmak korkusu, ağrı yaşamak, ölmek, ameliyat sonrası kendi yaşantılarını yönetemeyeceklerini düşünmeleri vb. olarak sayılabilir (54). Bu aşamada hastaların yeterli bilgilendirilmesi ve psikolojik destek sağlanması önemlidir (65).

Cerrahi girişim planlanan bütün hastalara kliniklerin yaklaşımlarına göre değişmekle birlikte yaşam bulgularının takibi, kan tetkikleri, idrar tetkiki, EKG, radyolojik incelemeler rutin olarak yapılmalıdır (59). Ayrıca endoskopi, biyopsi (sitolojik inceleme), ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi, mamografi vb. hasta tanısına özel tetkiklere başvurulmalıdır (58).

Özellikle gastrointestinal sistem ameliyatlarında aç kalma süresi ve lavmanla bağırsakların boşaltılması önemlidir. Ameliyat öncesi hastaların aç kalma süresine ilişkin güncel yaklaşım hastanın ameliyata girmesine 2 saat kalana kadar su içebileceği, 6 saat kalana kadar da katı gıdaları tüketebileceği yönündedir. Hastalar bu öneriler doğrultusunda ameliyata hazırlanmalıdır (66) (Kanıt Düzeyi: IA).

Lavman, perianal ve pelvik bölge ameliyatları ve gastrointestinal sistem ameliyatları dışında rutin olarak uygulanmamaktadır. Kurum politikası doğrultusunda gerekli ameliyatlarda bağırsak hazırlığı yapılması önerilmektedir (54) (Kanıt Düzeyi: Orta).

Cerrahi girişim öncesi cilt florasının ve tüylerin uzaklaştırılması, enfeksiyon kontrolunun sağlanması açısından önemlidir. Cerrahi girişimi etkilemiyorsa tüylerin uzaklaştırılmaması önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: Orta). Bunun için hastanın ameliyattan önceki gece antiseptikli sabun ile banyo yapması önerilmektedir (Kanıt IB, Kanıt Düzeyi: Orta). Ancak, örneğin tiroidektomiye hazırlanan erkek hastalarda olduğu gibi gerekli ise ameliyat bölgesindeki tüyler elektrikli traş makinesi ile uzaklaştırılmalıdır (59,64).

Bilgilendirilmiş izin 18 yaşını doldurmuş, bilinci yerinde, psikoaktif ilaç almamış, gönüllü hastalar tarafından imzalandığında geçerlidir (54). Hasta kendisine uygulanacak işlemi, bu işlemin faydalarını ve risklerini, tedavinin reddedilmesi durumunda karşılaşılacak sonuçları hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilme hakkına sahiptir. Bu nedenle hastanın kültürüne ve eğitim seviyesine uygun olarak verilen bilgileri hastanın anlaması ve onay vermesi ile yasal hazırlık süreci tamamlanmış olur (67).

Hastalık tanısı koyulduktan sonra hasta ve yakınları genellikle şok, inkar ve depresyon gibi tepkiler verebilmektedirler (49). Bazı hastalar kontrol duygusunu sürdürmek için ayrıntılı bilgi isterken bazıları da korku ve anksiyetelerini azaltmak için bilgi almaktan kaçınmaktadırlar (68). Bu süreçte hastalar hissettikleri korkunun ve sordukları soruların ciddiye alınmasını isterler ve hemşirelerin desteğine ihtiyaç duyarlar (69). Cerrahi girişim öncesi eğitim, hastanın hem ameliyat öncesi duygu durumunu hem de ameliyat sonrası dönemde öz bakım aktivitelerini olumlu etkilemektedir (5). Bu yüzden hastalar detaylı bilgilendirilmelidir (Tablo 1).

Tablo 1. Ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi

Ameliyat öncesi tanı testleri açıklanmalıdır.
Anestezistin hastayı değerlendireceği bilgisi verilmelidir.
Hastaya ameliyat öncesi cilt hazırlığı ve aç kalma süresi açıklanmalıdır (70).
Ağrının nasıl kontrol altına alınacağı anlatılmalıdır.
Ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme yara bakımını, komplikasyonları, dren bakımını, öksürme ve derin solunum egzersizlerini, ROM egzersizlerini içermelidir (68,71).
Ameliyat sonrası pozisyon değiştirmenin önemi anlatılmalıdır. Özellikle tioidektomi ameliyatı sonrası dikişlere baskıyı azaltmak için hastaya yatakta dönerken başını elleriyle nasıl desteklemesi gerektiği gösterilmelidir (71).
Ameliyat sonrası tedavileri hastaya açıklanmalıdır (49,71).
İyileşme süreci açıklanmalıdır (68).
Ameliyat öncesi hasta güvenliği önlemleri hakkında bilgi verilmelidir (71).
Mastektomi ameliyatı geçirecek hastalara ameliyat sonrası uygulanabilecek egzersizler (kol ve omuz egzersizleri) öğretilmelidir (72).

ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN HASTALARDA AMELİYAT SONRASI BAKIM

Organ kaybı ile sonuçlanan ameliyatlar, hastaları fiziksel ve psikolojik olarak etkilemektedir. Hastalar üzerindeki etkiler, ameliyathanede başlayıp iyileşme süreci boyunca devam etmekte hatta yaşam boyu sürmektedir. Organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişim sonrası hasta bakımında amaç; hastaların fiziksel ve psikolojik olarak en iyi durumda iyileşme sürecini tamamlamalarını sağlamaktır.

Ameliyat sonrası etkin solunumun sağlanması doku oksijenlenmesi ve yara iyileşmesi için çok önemlidir. Ancak cerrahi girişimler solunumun etkinliğini azaltıcı etkilere sahip olabilirler. Tiroidektomi boyun dokusunda kanama, hematom ve şişme ile solunumu zorlaştırabilmektedir. Larengeal sinir ödemi hastanın nefes alıp verirken hırıldama sesi çıkarmasına neden olabilir (64). Toprak ve ark. (73) yaptıkları araştırmada tiroidektomi cerrahi girişimi deneyimleyen hastaların %9,7'sinde geçici sinir yaralanmasına rastlarken hastaların %2,5'inde kalıcı sinir yaralanması tespit etmişlerdir. Hırıldama, ameliyat sırasında paratiroid bezlerinin hasarı veya alınmasının hipokalsemiye ve tetaniye neden olması ile ilgilidir (64). Ayrıca total tiroidektomi sonrası gelişen hipotiroidi solunum hızını azaltabilir (56). Kolesistektomide insizyon yeri diyaframa yakın olduğundan derin solunum hastaların

ağrı yaşamasına neden olmaktadır (58). Araştırmalarda laparoskopik kolesistektomide hastaların daha az ağrı yaşadığı ve solunum fonksiyonlarının daha çabuk iyileştiği tespit edilmiştir (74,75). Hastaların hayatını önemli bir biçimde etkileyen organ kayıplarından biri olan total gastrektomi, eğer göğüs boşluğundan girilirse ameliyat sonrası göğüs drenaj tüplerinin kullanımını gerektirir (49). Göğüs drenaj tüpleri ağrıya neden olurken solunumu da zorlaştırmaktadır. Şahin ve ark. (63) yaptıkları araştırmada gastrektomi hastalarının %5'inde solunum yolu enfeksiyonu tespit etmişlerdir. Ameliyat sonrası hastaların solunum hızı, derinliği, solunum sesleri, dispne, stridor, siyanoz ve göğüs duvarının simetrisi değerlendirilmelidir (76). Özellikle tiroidektomi sonrası hastanın başı 30-45 derece yastıkla desteklenerek solunum kolaylaştırılmalıdır. Hastalara derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır (71).

Ameliyat sonrası yara iyileşmesinin sağlanması ve yaşamsal organların fonksiyonlarını sürdürebilmeleri için yeterli kardiyak çıktıya gereksinim vardır. Ancak cerrahi girişimin neden olduğu kanama hipovolemiye neden olmaktadır. Ameliyat sonrası hipotiroidi kardiyovasküler sistemi etkilenmekte ve kalp sesleri derinden duyulurken, kalp hızı azalmaktadır (56,77). Hipokalsemi gelişen hastalarda kalp yetmezliği bulguları vardır (78). Gastrektomi geçiren hastalarda görülen anemi doku oksijenlenmesini azaltmaktadır (58). Kamer ve ark. (79) yaptıkları araştırmada mide cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde %4,2'sinde kalp yetmezliği tespit etmişlerdir. Hastaların yaşam bulguları tansiyon, nabız, solunum, vücut sıcaklığı ölçülmeli ve ameliyat öncesi değerler ile karşılaştırılmalıdır. Drenajlar renk, koku, miktar açısından değerlendirilmelidir (76).

Ağrı, ameliyat sonrası beklenen bir bulgudur. Ağrının kontrol altına alınmaması katabolik hormonların salınımını arttırarak iyileşmeyi geciktirmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde analjezikler kullanılarak etkin ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Cerrahi girişimin tipine göre hastaların ağrı düzeyleri değişim göstermektedir (64,76). Mastektomi ameliyatı sonrasında hastalar yoğun ağrılı bir süreç yaşamaktadırlar (80). Turan ve ark. (81) meme cerrahisi geçiren hastaların %41,8'inin ciddi ağrı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Ağrı, yapılmış olan lenf nodu diseksiyonunun derecesine bağlıdır (80). Ayrıca hastalarda ağrı, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılıklara sebep olmaktadır (72). Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların sağ omzunda ve sırtında ağrı olabilmektedir (58). Hastalar gastrektomi gibi büyük batın ameliyatlarında insizyon bölgesinde ve pozisyon değişikliklerinde ağrı hissetmektedirler (58). İzveren ve Dal (37) yapmış oldukları araştırmada abdominal cerrahi girişim deneyimleyen hastaların %73'nde ağrı görüldüğünü belirtmişlerdir. Şiddetli ağrılar hastalarda

hipotansiyon ve taşikardiye sebep olmaktadır (76). Hastalarda sözlü veya sözsüz ağrı uyaranları değerlendirilmeli ve yeri, süresi, yoğunluğu kaydedilmelidir (71). Direktifi verilen analjezikler uygulanmalı, uygun pozisyon ile hastalar desteklenmelidir. Ayrıca gevşeme teknikleri, sıcak soğuk uygulamalar ve nonfarmakolojik teknikler ile hastalar desteklenmelidir (76). Tiroidektomi sonrası ağrının kontrol altında tutulması için pozisyon değişiklikleri sırasında boyun desteklenmeli ve hiperekstansiyon pozisyonundan kaçınılmalıdır.

Fonksiyonların değerlendirilmesi: Ağız yoluyla beslenme hastalarda iyileşmeyi ve iyi olma duygusunu desteklemektedir. Gastrointestinal sistem organları ya da GİS'e yakın organlara yapılan ameliyatlar ağız yoluyla beslenmeyi geciktirmektedir. Total gastrektomi sonrası rezervuar görevi yapacak mide olmadığından beslenme etkilenmektedir. Ameliyat sonrası intestinal peristaltizm oluştuğunda NG tüp çıkartılır ve hastalar az miktarda açık sıvılar ile beslenmeye başlanabilir (49). Hasta, sıvı gıdaları tolere edebildiğinde diyete bazı katı gıdalar da eklenir ve sıvı alımları arttırılır (49). Gastrektomi sonrası hastalarda dengeli bir diyet ve yeterli kalori alımı ile kilo kaybı önlenmeli veya en aza indirilmelidir (48). İzveren ve Dal (37) yapmış oldukları araştırmada abdominal cerrahi girişim deneyimleyen hastaların %35,8'inde bulantı, %19,4'ünde kusma belirlemişlerdir. Benzer şekilde kolosistektomi sonrası bulantı ve kusma da önemli bir bulgudur. Bulantı ve kusmanın önlenmesi beslenmeyi arttıracaktır. Ayrıca hastalara gaz yapan yiyeceklerin verilmemesi, ağız hijyenlerinin sürdürülmesi önemlidir. Takahashi ve ark. (13) yaptıkları araştırmada gastrektomi cerrahi girişimi deneyimleyen hastaların boşaltım alışkanlıklarında değişimler olduğunu tespit etmişlerdir. Bazı hastalarda diyare gözlenirken bazılarında konstipasyon gözlemlemişlerdir. Tiroidektomi ameliyatından sonra hastalar yumuşak bir diyet ile beslenebilmektedirler (64). Ancak hipotiroidizm görülen hastalarda ise iştah azalırken, konstipasyon, distansiyon, bulantı ve kusma görülebilir (56). Bu yüzden hastaların diyare olduğunda potasyumdan zengin gıdalar yemeleri, konstipe olduklarında lifli gıdalar ile beslenmeleri ve tükettikleri günlük su miktarının 1500-3000 ml olması gerektiğine vurgu yapılmalıdır (82). Ameliyat sonrası hastaların beslenmesini etkileyen diğer bir faktör de hastaların mastektomide olduğu gibi organ kaybına derin üzüntü yaşayarak tepki vermesidir. Bu durum hastalarda yeme isteğinin ve iştahın azalması ile sonuçlanmaktadır. Hastalarda yeterli beslenme dikkatle izlenmelidir (32).

Cerrahi girişim sürecinde hasta ve ailesinde oluşan taşikardi, kas gerginliği uyku bozukluğu, huzursuzluk ve iştah değişiklikleri gibi karmaşık psikolojik tepkiler girişim sonrasında da devam etmektedir (68,69). Gastrektomi, kolesistektomi, tiroidektomi gibi

cerrahi girişim sonrasında organ kaybı deneyimleyen hastalar fiziksel, psikolojik açıdan etkilenirken özellikle mastektomi deneyimleyen hastalar kozmetik açıdan da rehabilitasyon programlarına ihtiyaç duyabilmektedirler (64,82). Gastrektomi ve özellikle mastektomide yaşanılan kaygılar yaşam biçimi ve beden imajı değişiklikleri, devam edecek tedaviler, hastalıkların tekrarı, sosyoekonomik yetersizlikler ve ölüm korkusundan kaynaklanabilmektedir (48,83). Tiroidektomi hastaları boyunlarında kalacak yara izinden dolayı kozmetik kaygı duymaktadırlar (84). Yara izi renginin soluklaşıp normal bir boyun kırışıklığına benzeyeceği, bir eşarp veya yüksek yakalı giysiler giyilerek yara izinin kolayca gizlenebileceği hastaya anlatılmalıdır (64). Organ kaybı sonrası kabul edici bir tutum ile hastanın korku, öfke, kaygı ve depresyon duygularına yardımcı olunmalıdır. Hastaların duygularını ifade edebilmesi için güvenli bir ortam sağlanmalıdır. Hemşirelerin hastaları psikolojik olarak desteklemesi için her zaman kelimelere ihtiyaç olmayabilir. Hastaların elini tutmak onları emniyette hissettirecektir (69). Hastalara destek ve güç verecek kaynaklar konusunda yardımcı olunmalıdır. Örneğin ailesi, eşi, manevi veya dini uygulamaları önemli kaynaklar olabilir. Hastaların kişisel başa çıkma yöntemlerini öğrenmeleri, aileleri ve arkadaşları arasında iletişim kurmaları için teşvik edilmelidir (80). Hastaları desteklemek amacıyla ulusal kanser örgütlerine ve destek gruplarına ulaşmaları için uygun kaynaklara yönlendirmek çok önemlidir (68).

Organ kaybı deneyimleyen hastalar ameliyat sonrası dönemde önemli komplikasyonlar ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kanama, enfeksiyon, anostomoz kaçağı, lenfödem, tetani vb. organ kaybına özel komplikasyonlardır. Tiroidektomi sonrası kanamanın hematom oluşturma riskine karşın boyunda meydana gelebilecek şişlikler sıklıkla değerlendirilmelidir (71). Batman ve ark. (5) tiroidektomi sonrası komplikasyonları değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların %0,5'inde kanama olduğunu belirlemişlerdir. Bu yüzden hastalarda düzensiz solunum, boyun bölgesinde şişme, sık yutkunma, insizyon bölgesinde dolgunluk hissi, kanama ve trakeal kompresyon belirtileri 24 saat boyunca 2 saatte bir değerlendirilmelidir (64). Hastanın boynu ve sargıları düzenli olarak kontrol edilmeli, drenaj izlemi yapılmalıdır. Bandajların çok sıkı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Hastanın odasında oksijen ve trakeostomi seti hazır bulundurulmalıdır (64). Kolesistektomi ameliyatı sonrası yeterli safra olmadığından K vitamini emilimi yetersizdir ve pıhtılaşma bozuklukları ile kanama riskini oluşturur (58). Gastrektomi ameliyatından sonra kanama, yetersiz hemostaz ve gözden kaçmış dalak yaralanmasından kaynaklanabilmektedir (58). Ryu ve ark. (85) yaptıkları araştırmada gastrektomi ameliyatı deneyimleyen hastaların %9,8'inde

komplikasyon geliştiğini, 3 hastada erken dönemde kanama ve 1 hastada dalak yaralanması tespit etmişlerdir. Hastaların kanama belirti ve bulguları, drenaj miktarı ve özelliği, insizyon alanındaki pansumanların kanama yönünden kontrol edilmesi önemlidir (56). Mastektomi deneyimleyen hastaların en çok karşılaştıkları geç dönem komplikasyonu lenfödemdir. Mastektomi sonrası 1-5 yıl içinde lenfödem gelişme sıklığı %6-%70 arasındadır (86). Mastektomi sonrası etkilenen taraftaki kolun eski halini sürdürmesinde hemşirelerin önemli rolü vardır. Etkilenen kol, yastığın üzerine kaldırılmalı ve hastalar semi fowler pozisyonuna getirilmelidir. Parmakların bükülmesi ve uzatılması gibi egzersizler hastanede başlatılmalı ve aktivitenin kademeli olarak arttırılması için hastalar teşvik edilmelidir (80). Ameliyat sonrası kol ve omuz egzersizleri yaptırılmalıdır. Egzersizler kontraktürleri ve kasların kısalmasını önlemek, kas tonüsünü ve kan dolaşımını devam ettirmek için gereklidir. Egzersiz programı uygulanırken karşılaşılan zorluklar hayal kırıklığı ve depresyona sebep olabilir (87). Analjezik kullanımı, sıcak soğuk uygulamalar egzersizlerin başarısını arttırmaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra da ROM egzersizlerini de içeren aktif-pasif esneme egzersizlerine devam ederek etkilenen koldaki hareket kabiliyetini arttırabilecekleri bilgisi verilmelidir (88).

Mastektomi sonrası hastalara lenfödemi azaltma ve önleme yöntemleri öğretilmeli ayrıca etkilenen koldan kan basıncı ölçülemeyeceği ve enjeksiyon dahil olmak üzere uygulama yapılmaması gerektiği bilgisi verilmelidir (89). Etkilenen kolda enfeksiyon, yanık veya dolaşımı önleyecek komplikasyonlar için dikkatli olunmalıdır. Mastektomi ameliyatından etkilenen kolda travma oluşursa su ve sabun ile yıkanmalı ve gözlenmelidir. Antibiyotikli merhem bir bandaj veya steril pansuman uygulanabilir (68). Dokular arasında biriken volümün azaltılması için hastalara uyanık kaldıkları sürede ve uçak yolculuklarında kompresyon eldiveni takmaları önerilmelidir.

Tiroidektomi deneyimleyen hastaların en sık karşılaştıkları komplikasyon tetanidir. Polat ve ark. (90) yaptıkları araştırmada tiroidektomi deneyimleyen hastaların %6,21'inde hipokalsemi belirlemişlerdir. Hastaların vital bulguları, kalsiyum seviyesi, hipotiroidiye sekonder tetani belirtileri (konuşma ve ses kısıklığı) ve refleksleri değerlendirilmelidir (64). Nöromüsküler hassasiyet için seğirme, uyuşma, Chvostek ve Trousseau bulgusu, nöbet belirtileri değerlendirilmelidir (71). Tetaniyi tedavi etmek için IV kalsiyum uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası ödem nedeniyle 3 veya 4 gün ses kısıklığı beklenebilir (64). Ses kısıklığı görüldüğünde hastalar iletişim kurmakta zorlanabilir. Basit cümleler ile iletişim kurulmaya çalışılmalıdır. Alternatif iletişim yolları (yazarak iletişim kurma ya da işaret dili vb.)

geliştirilmelidir. Hastaların ihtiyaçları mümkün olduğunca öngörülmeli ve sessiz bir ortam oluşturulmalıdır (71).

Gastrektomi deneyimleyen hastaların en sık karşılaştıkları komplikasyon dumping sendromudur. Mine ve ark. (91) yaptıkları araştırmada gastrektomi deneyimleyen hastaların %67,6'sında erken dönem, %38,4'ünde ise geç dönem dumping sendromunu belirlemişlerdir. Erken dumping sendromu hasta yemek yedikten 30 dakika sonra ortaya çıkar ve belirtileri mide bulantısı, kusma, mide ağrısı ve hipotansiyondur. Geç dönem belirtiler ise 90 dakika ile 3 saat arasında görülmektedir. Hastada bilinç bulanıklığı, titreme, terleme, konsantrasyon zorluğu ve açlık hissi gibi hipogliseminin belirtileri görülmektedir (92). Dumping sendromunu önlemek için hastalar yüksek glisemik indeksli yiyeceklerden yememesi, yemeklerle birlikte sıvı tüketmemesi, proteinden zengin gıdalar ile beslenmesi konusunda bilgilendirilmelidir (93). Ayrıca hem erken hem de geç dönemde görülen dumping sendromunda hastalarda kilo kaybı gözlenir. Hastaların kiloları takip edilmelidir (91). Kamer ve ark. (79) mide cerrahisi deneyimleyen hastaların %9,1'inde anastomoz kaçağı olduğunu belirlemişlerdir. Total gastrektomi ameliyatından sonra hastaların ateşlerinin yükselmesi ve dispnelerinin artması anastomoz kaçağının belirtileridir ve belirtiler yönünden hasta yakından izlenmelidir (49). Özellikle gastrektomi ve kolesistektomi deneyimleyen hastalarda ameliyat öncesi mide bulantısı ve kusma nedeniyle yetersiz beslenme görülebilir. Malnütrisyon, yara iyileşmesinin gecikmesine ve enfeksiyon riskinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (61). Enfeksiyon gelişimi için diğer bir risk faktörü de gastrektomi ve mastektomi gibi kanser nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların önceden aldıkları tedavilerden dolayı immün sistemlerinin baskılanmasıdır (59). Shaikh ve ark. (94) mastektomi deneyimleyen hastaların %12,8'inde, Andreollo ve ark. (95) gastrektomi deneyimleyen hastaların %7,3'ünde yara yeri enfeksiyonu belirlemişlerdir. Organ kaybı deneyimleyen hastalarda enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden (ateş, insizyon alanında kızarıklık, şişlik, hassasiyet) hastalar bilgilendirilmeli ve gözetim altında tutulmalıdırlar (76).

ORGAN KAYBI DENEYİMLEYEN HASTALARIN EVDE BAKIMI

Cerrahi girişime özgü komplikasyon belirtilerine karşı hastalar bilgili olmalıdırlar. Hastalar beklenmeyen bulgular olarak kızarıklık, şişme, ciddi abdominal ağrı, bulantı, kusma, ateş, titreme, pürülan yara drenajı, yara kenarlarında açılma, ani kilo kaybı/alma, ısıyı tolere edememe, diyare, uykusuzluk, yorgunluk, kabızlık veya uyuşukluğu bilmelidirler (62,68,71).

Bu belirtiler ile karşılaştıklarında hastaların sağlık görevlilerine durumu bildirmeleri

gerektiği anlatılmalıdır (49,68). Hastaların ilaç tedavisi gözden geçirilmelidir (71).

Özellikle tiroidektomi deneyimleyen hastalar tiroid hormonunun periyodik olarak izlenmesi gerektiğini bilmelidirler. Çoğu hasta cerrahi operasyon sonrası hipotiroidi yaşamaktadır (64). Total tiroidektomi sonrasında hastaya yaşam boyu tiroid hormonu replasmanı yapılması ve kalsiyum için vitamin D bakımından da zengin gıdalarla dengeli beslenmesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Tiroid hormonu eksikliği belirtileri hastaya öğretilmeli ve geliştiğinde tıbbi bakım için başvurması istenmelidir. Mastektomi deneyimleyen hastalara meme rekonstrüksiyonu yapılmadan, meme görüntüsü veren ürünlerin mevcut olduğu bilgisi verilmelidir. Hastalara yumuşak göğüs protezleri veya protezli sütyenler önerilebilir. Hastalar meme protezi seçmek isterse mastektomi ameliyatından 4-8 hafta sonra bir uzman tarafından hastalara yardımcı olunmalıdır. Hemşirelerin görevi bu durumda hastaları yargılamadan hizmet sunmaktır. Memenin tamamının alınması kadının cinsel kimliğini, vücut imajını ve ilişkilerini etkilemektedir. Hastalar cinsellik ile ilgili kaygılarını anlatmaları için teşvik edilmelidir (68). Hastalara ve bakım vericilere yara bakımı, bandajlar, özel malzemeler öğretilmelidir (49).

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalar daha erken taburcu edilirler. Bu nedenle evde bakım bilgileri önemlidir (62). İnsizyonel kolesistektomi geçirdikten sonra hastalar genellikle 2 veya 3 günde taburcu edilmektedirler. Hastalara 4-6 hafta boyunca ağır kaldırmaktan kaçınmaları, yağdan fakir diyet ile beslenmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Gastrektomi ameliyatından sonra hastaların malnütrisyondan korunması için proteinden zengin gıdalar ile beslenmeleri konusunda hastalar bilgilendirilmelidirler. Ayrıca hastalara dışarıdan almaları gereken vitamin desteği anlatılmalıdır (49).

ORGAN KAYBININ ETKİLERİ

İnsan yaşamını tehdit eden bir hastalık tanısının koyulması, tedavinin belirlenmesi ve ameliyatı bekleme süreci hastalarda depresyon, öfke, anksiyete, kendi öz bakımını aktif yerine getirememe ve ölüm korkusu gibi emosyonel tepkilere sebep olmaktadır (96).

Hastaların travma, kayıp ve yas durumuna karşı tepkilerini Kübler Ross (1997) tarafından 5 evrede tanımlanmıştır.

1. Evre-İnkar: Kayba verilen tepkilerde ilk evre şoktur fakat fazla uzun sürmez. Hastalar içerisinde bulundukları durumu inkar ederler. Kayıp ve etkileri ile yüzleşmekten kaçınırlar, yok sayarlar (14,97).

2. Evre-Öfke: İnkar evresinden sonra gelen ikinci evre öfkedir. Hastaların psikolojik uyumu

henüz gerçekleşmemiştir. Kayıplarına karşı duydukları isyan duygusunu öfke olarak ifade ederler (14).

3. Evre- Pazarlık: Kaybı kabullenen ve öfke duygusunu baskılayan hastalar olayı ertelemek için pazarlık ederler.

4. Evre-Depresyon: Pazarlık evresini de geçen hasta kaybı ile yüzleşir ve bir çöküş yaşar.

5. Evre-Kabullenme: Hastanın yaşadığı son evredir. Hasta, kaybı kabullenmiş ve psikolojik uyum gerçekleşmiştir (14).

Hastalar hastalığa ve cerrahi girişime psikolojik olarak farklı tepkiler vermektedirler. Bazı hastalar durumu cesurca karşılarken bazı hastalar anksiyete, korku, öfke ve umutsuzluk duyguları hissedebilirler (98).

ÖFKE

Öfke, istenilmeyen olaylarla karşılaşılması ve beklentilerin gerçekleşmemesi sonucunda ortaya çıkan insani bir duygudur. Ayrıca engellenme, anksiyete, korku, hayal kırıklığı gibi duyguların herhangi birinden de kaynaklanıyor olabilir (15).

Öfke, durumluk ve sürekli olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Durumluk öfke; bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sürekli öfke; bireyin durumu ve ortamı bunaltıcı bularak engellendiğini hissetmesidir. Durumluk öfkenin sıklığının artması olarak da tanımlanmaktadır (99).

Öfkenin ifade edilme biçimi üçe ayrılır. Bunlar öfkeyi içe bastırma, öfkeyi dışa vurma ve öfkeyi kontrol etmedir. İçe bastırılan öfke; öfkeyi tetikleyen veya öfke duygusuyla ilgili durumları inkar etmektir. Dışa vurulan öfke; öfkesini bu şekilde ifade eden bireyin karşısındaki insanlara veya nesnelere fiziksel veya sözlü tacizde bulunmasıdır. Öfke kontrolü; öfke yönetiminde başarılı olabilmek için çaba göstermek ve diğer insanlara saldırgan olmayan kelimeler kullanarak cevap verilmesidir (100). Duman ve ark. (101) yaptıkları araştırmada kanser tanısı koyulmuş ve bunun sonucunda cerrahi girişim ile organ kaybı deneyimlemiş hastalarda öfke gözlemlemişlerdir. Ayrıca bu hastaların suçluluk ve öfke duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilip sonrasında bu duyguların kontrol altına alınması gerektiğini savunmuşlardır.

Öfke yönetiminin etkin yapılamadığı durumlarda bu sorun depresyon, yaşam kalitesinde azalma, kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi durumlarla sonlanabilir. Ayrıca kalp damar hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıklarının oluşmasını da tetiklemektedir (15,100). Bu süreçte hemşirelerin rolü önemlidir (69).

ORGAN KAYBINDA HEMŞİRENİN ROLÜ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik bakım verici, hastayı koruyucu, karar verici, rehabilite edici, rahatlatıcı ve eğitici rolleri içinde barındıran bir disiplindir (102).Hemşireler hastaları bütüncül olarak değerlendirmeli ve bakımda da bütüncül yaklaşımı benimsemelidirler (98).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik değerlendirmesini yapmak fiziksel değerlendirmesini yapmaktan daha zordur. Objektif bir psikolojik değerlendirme yapmak için hemşire ile hasta arasındaki iletişim önem taşımaktadır (103). Ampütasyon geçirmiş, kanser gibi bir hastalığın cerrahi tedavisini deneyimlemiş veya prognozu kötü olan, yalnız yaşayan rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalar ameliyat sonrası dönemde bazı psikolojik veya psikiyatrik değişiklikler yaşayabilirler. Ek olarak ameliyat öncesi dönemde var olan psikososyal problemler ameliyat sonrası daha da şiddetlenerek devam etmektedir (103). Psikolojik veya psikiyatrik değişiklikleri yaşayan hastalar kendi öz bakım gereksinimlerini gideremezler (104). Hastalar bu süreçte hemşirelerin bakım desteğine gereksinim duyarlar. Bu dönemde hemşirelerin hastaların elini tutması gibi küçük jestler bile çok önemlidir (69). Hemşireler, hastaların psikolojik sorunlarının ne zaman ortaya çıktığını ve şiddetini tespit edebilmek için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastaların davranışlarını, uyku alışkanlıklarını, iletişim özelliklerini ve kendini ifade ediş tarzlarını iyi gözlemlemelidirler (103,104). Bu süreçte hastaları dinlemek, iyi iletişim kurmak, hastalığı ve tedavisi ile ilgili soru sorması ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmek önemlidir (104,105)

Öfke yaşayan hastalarla iletişimde sevgi ve anlayış ifade eden göz teması kurmak, yeterince yüksek sesle ve hastaların anlayabileceği bir dilde konuşmak ve sabırlı olmak iletişimin olumlu sonuçlanmasında önemlidir (106). İletişim sürecinde beden dili, jest ve mimiklerin kullanımı, duyguların en iyi ifade şekli ve empati yapıldığının göstergesi olan dokunmanın da kullanılması yararlıdır (107). Hastaların öfke ve anksiyete duyguları ile baş etmesinde ve öz bakım yeterliliklerini kazanmalarında derin nefes egzersizleri, rahatlama tekniklerinin öğretimi ve müzik terapisinden yararlanılması önerilmektedir (103,105,108).

ÖZ BAKIM GÜCÜ

Bireylerin hayatlarının bazı dönemlerinde özellikle de hastalandıklarında ve cerrahi girişim geçirdiklerinde, kendi bakımları/öz bakımları konusunda tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaçları olabilmektedirler (109).

Öz bakım; Orem (110) tarafından bireyin sağlığı ve sağlığını korumak için gösterdiği çaba olarak tanımlanmıştır. Bireyin faaliyetlerini yerine getirebilme becerisi öz bakım gücü

olarak tanımlanmaktadır (109,111). Hasta öz bakım davranışlarını başarılı bir şekilde sonuca ulaştırdığında öz bakımının yeterli olduğu algısı oluşmaktadır (112). Öz bakım insan, çevre, kültür ile bağlantılı tedaviye ve uygulamaya yönelik pozitif bir yaklaşımdır. Yeterli öz bakım gücüne sahip olmak bireyin yaşam doyumunu arttırmaktadır (109). Hastaların kendi sağlık durumları için sorumluluk üstlenmeleri ve günlük faaliyetlerini (diyetini sürdürmesi, ilaçlarını zamanında alması ve stres yönetimini yapabilmesi) bağımsız olarak gerçekleştirebilmeleri önemlidir (109,111). Bireyin öz bakım gücüne sahip olması günlük yaşam gereksinimlerini kendisinin karşılayabilmesi ile gözlenebilir (113,114).

Bireyin öz bakım gücünü etkili bir şekilde kullanabilmesi için;

- Kendi sağlığına dikkat etme,
- Enerjisini doğru ve etkili kullanma,
- Öz bakımı ile ilgili kararları kendisinin alması ve uygulaması,
- Öz bakımını sürdürmede devamlılığı esas alma gibi özelliklere sahip olmalıdır (115).

Hastaların öz bakım yeterliliği eğitim, sosyoekonomik durum, kültür, yaş, sağlık durumu ve anksiyete gibi özelliklerden etkilenmektedir (113,114). Ayrıca Gün ve Kömürcü (16) yaptıkları araştırmada organ kaybı deneyimleyen hastaların benlik saygısı ve öz bakım güçlerinin ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Öz bakım gücü fizyolojik faktörlerden olduğu kadar psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir.

Hemşireler hastaların öz bakım güçlerini kazanabilmesi ve sürdürebilmeleri için ilaç yönetimi, sağlıklı ve düzenli beslenme, stres ve anksiyete ile başa çıkma yöntemlerini içeren bilgilendirme yapmalıdırlar (110).

Organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimler hastaları organa özgü olarak fizyolojik veya psikolojik olarak etkilemektedirler. Hastalar iyileşme sürecinde öfke yaşamakta ve öz bakım uygulamalarını yerine getirememekte ya da yetersiz kalmaktadırlar**.** Bu araştırma**,** organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

"Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerini değerlendirmek" amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan ve gastrektomi, mastektomi, kolesistektomi veya tiroidektomi ameliyatı planlanan hastalar oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve "Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki" isimli çalışmaya göre sürekli öfkeye ilişkin standart sapma değeri 3,05 alınarak, %95 güven aralığında %5 tolerans öngörülerek hesaplanmış her grup 14 kişiden oluşmak üzere örneklem 56 bulunmuştur (158). Hastaların katılım istekleri doğrultusunda her grup 15 kişiden oluşmak üzere 60 hastaya ulaşılmıştır. Örneklem seçiminde belirtilen kriterler dikkate alındı.

Araştırmaya;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- Gastrektomi, kolesistektomi, mastektomi veya tiroidektomi ameliyatı geçiren,

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Anlama ve algılama güçlüğü olmayan,
- Türkçe konuşabilen hastalar dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0: Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeyleri arasında ilişki vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanıldı.

Kişisel bilgi formu

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu) ve sağlık öyküsü (planlanan cerrahi girişim, geçirilmiş cerrahi girişim, taburculukta kimin refakat edeceği) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 9 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

Sürekli öfke (sl- öfke) ve öfke ifade tarz (öfke- tarz) ölçeği:

Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde öfke düzeylerini değerlendirmek amacı ile "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği" kullanıldı (Ek 2).

Spielberger ve ark tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek;

Sl-öfke ve Öfke-Tarz olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır. Sl-öfke ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini "genelde nasıl hissettiğini", Öfke-Tarz ölçeğinde ise "genelde ne sıklıkta sözü edilen şekilde davrandığını" belirtmesi istenmektedir. Ölçek toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Maddeler öfkenin yokluğundan değil, varlığından hareketle ölçüm yapmaktadır. Tepkilerin verilmesinde kullanılan ölçek aralıklarında puanlama şekli "hiç (1)", "biraz (2)", "oldukça (3)" ve "tümüyle (4)" şeklindedir. Ölçeğin ilk 10 sorusu sürekli öfke düzeyini ölçen maddeleri içermektedir. Diğer 24 madde öfke tarzı ile ilgilidir. Bu maddelerden 8 tanesi öfkeyi içe bastırma, 8 tanesi öfkeyi dışa vurma ve 8 tanesi de öfke

kontrolü ile ilgilidir. Öfkeyi içe bastırma, Öfke Tarz ölçeğinin 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 numaralı maddeler tarafından, öfkeyi dışa vurma ölçeğinin 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 numaralı maddeler tarafından ve öfkeyi kontrol etme ise ölçeğin 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 numaralı maddeleri tarafından ölçülmektedir. Her bir alt ölçeğin puanlaması için genel gruptan elde edilen puanların aritmetik ortalaması bulunmaktadır.

Sürekli öfke alt ölçeğinden alınacak en düşük puan 10 ve en yüksek puan 40'tır. Öfke tarz alt ölçeğinin her bir alt ölçeğinden (öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol) alınacak en düşük puan 8 ve en yüksek puan 32'dir. Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfkeyi dışa vurma alt ölçeğindeki yüksek olması öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve öfkeyi içe bastırma alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer (116) tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Sürekli öfke ölçeğinin alfa değerleri .67-.92, öfke kontrolünün .80-.90, öfke dışa vurumunun .69-.91 ve öfke içe bastırılmasının .58-.76 arasında bulmuştur.

Öz bakım gücü ölçeği:

Hastaların ameliyat sonrası dönemde öz bakım güçlerini değerlendirmek amacı ile "Öz Bakım Gücü Ölçeği" kullanıldı (Ek 3).

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve Nahçıvan (117) tarafından 1993 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılır. Türk toplumuna uyarlanan ölçek 5'li likert tipi olup 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade "Beni hiç tanımlamıyor" "Beni pek tanımlamıyor", "Fikrim yok", "Beni biraz tanımlıyor" ve "Beni çok tanımlıyor" şeklinde 5 seçenekten oluşmaktadır. Türkçeleştirilen ölçekte 3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31. maddeler olumsuz olarak diğer maddeler olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Ölçekteki olumlu ifadeler sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4; olumsuz ifadeler sırasıyla 4, 3, 2, 1, 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan 140'tır. Puan yüksekliği öz-bakım gücü yüksekliğini gösterir. Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar test güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.89'dur (117).

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Her hasta grubundan (mastektomi, gastrektomi, kolesistektomi, tiroidektomi) 15'er hasta alınarak çalışmaya 60 hasta dahil edildi.

Veriler, hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacının kendisi tarafından iki basamakta toplandı.

Birinci Basamak (1. Değerlendirme)

Hastaların servise kabul işlemleri yapıldıktan sonra hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 30 dakikada, ameliyat öncesi dönemde kişisel bilgi formu doldurulduu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri kullanılarak öfke düzeylerinin 1. değerlendirilmesi yapıldı.

İkinci Basamak (2. Değerlendirme)

Hastalar ameliyat sonrası taburculuk döneminde tekrar ziyaret edildi. Hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 40 dakikada, taburculuk döneminde hastalara Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri tekrar uygulanarak öfke düzeylerinin 2. değerlendirilmesi yapıldı ve Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandı. Veri toplama süresi boyunca her hasta ile 70 dakika yüz yüze görüşülmüştür.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 4) ve Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Merkez Müdürlüğünden (Ek 5) gerekli izinler alındı.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Özer'den (Ek 6) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Nahcivan'dan (Ek 7) izinleri alındı.

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplar arası değişkenler yönünden farkın anlamlılığı bağımsız örneklem t testi, ANOVA ve Paired Samples testleri ile araştırıldı. Sonuçlar için $p<0,05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında, organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar halinde sunuldu.

Tablo 2'de çalışmaya dahil edilen 60 hastanın bireysel özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 54,6±13,2 olduğu ve yaş aralığının 23-83 arasında değiştiği belirlendi. Hastaların %68,3'ünün (n:41) cinsiyetinin kadın, %31,7'sinin (n:19) ise erkek olduğu; %90'ının (n:54) medeni durumunun evli, %10'unun (n:6) bekar olduğu; %65'inin (n:39) eğitim durumunun okuryazar, %11,7'sinin (n:7) ilköğretim, %16,7'sinin (n:10) lise ve %6,7'sinin (n:4) üniversite mezunu olduğu belirlendi. Hastaların çalışma ve ekonomik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %75'inin (n:45) çalışmadığı, %25'inin (n:15) çalıştığı; % 16,7'sinin (n:10) gelirinin 1300 TL'nin altında, %65'inin (n:39) 1300-2000 TL arasında (asgari ücret) olduğu ve %18,3'ünün (n:11) ise 2000 TL'nin üzerinde olduğu belirlendi (Tablo 2).

Çalışmaya dahil edilen hastaların %25'ine (n:15) gastrektomi, %25'ine (n:15) mastektomi, %25'ine (n:15) tiroidektomi ve %25'ine (n:15) ise kolesistektomi cerrahi işlemi uygulanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların bireysel özellikleri (N:60)

Özellikler	Ort±Ss (n:60)	
Yaş	54,6±13,2 (23-83)	
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	41	68,3
Erkek	19	31,7
Medeni Durum		
Bekar	6	10,0
Evli	54	90,0
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	39	65,0
İlköğretim	7	11,7
Lise	10	16,7
Üniversite	4	6,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	15	25,0
Çalışmıyor	45	75,0
Ekonomik Durum		
<1300 TL	10	16,7
1300-2000 TL	39	65,0
>2000 TL	11	18,3
Planlanan Cerrahi		
Gastrektomi	15	25,0
Mastektomi	15	25,0
Tiroidektomi	15	25,0
Kolesistektomi	15	25,0

Tablo 3'te hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların ameliyat öncesi sürekli öfke ölçek puan ortalamaları 22,2±5,67, ameliyat sonrası dönemde ise 22,7±6,61'dir. Hastaların öfke tarzları incelendiğinde, ameliyat öncesi öfke kontrol puan ortalamaları 23,2±4,51, ameliyat sonrası dönemde ise 23,3±4,70'tir. Hastaların ameliyat öncesi öfke dışa puan ortalamaları 15,1±4,68, ameliyat sonrası dönemde ise 16,4±4,91'dir. Hastaların ameliyat öncesi öfke içe puan ortalamaları 17,2±3,57, ameliyat sonrası dönemde ise 17,4±4,12'dir. Hastaların Öz Bakım Ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması 99,6±29,8'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların ölçek puan ortalamaları

		Ameliyat Öncesi (n:60)	Ameliyat Sonrası (n:60)
Ölçekler		**Ort±Ss**	**Ort±Ss**
Sl-Öfke		22,2±5,67	22,7±6,61
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	23,2±4,51	23,3±4,70
	Öfke-Dışa	15,1±4,68	16,4±4,91
	Öfke-İçe	17,2±3,57	17,4±4,12
Öz Bakım Gücü Ölçeği			99,6±29,8

*:p<0,05; Paired Samples Test

Tablo 4'te ameliyat öncesi sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların ameliyat öncesi sürekli öfke ölçek puanı ile öfke-kontrol alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü (r:-0,694, p:0,000), öfke-dışa ve öfke-içe alt ölçekleri arasında ise pozitif yönlü (r:0,659, p:0,000 ve r:0,286, p:0,027) bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Ameliyat öncesi sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki

		Sl-Öfke
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	r:-0,694**
		p:0,000
	Öfke-Dışa	r:0,659**
		p:0,000
	Öfke-İçe	r:0,286*
		p:0,027

*:p<0,05;**:p<0,01;Pearson Korelasyon

Tablo 5'te ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası sürekli öfke ölçek puanı ile öfke-kontrol alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü (r:-0,824, p:0,000), öfke-dışa ve öfke-içe alt ölçekleri arasında ise pozitif yönlü (r:0,746, p:0,000 ve r:0,587, p:0,000) bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki

		Sl-Öfke
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	r:-0,824**
		p:0,000
	Öfke-Dışa	r:0,746**
		p:0,000
	Öfke-İçe	r:0,587**
		p:0,000

**:p<0,01;Pearson Korelasyon

Tablo 6'da ameliyat sonrası sürekli öfke, öfke tarzı ve öz-bakım gücü ilişkisi incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası sürekli öfke ölçek puanı ile öz-bakım gücü ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü (r:-0,744, p:0,000) bir ilişki varlığı belirlendi. Ayrıca öfke-kontrol alt ölçeği puanı ile öz-bakım gücü ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü (r:0,795, p:0,000); öfke-dışa ve öfke-içe alt ölçekleri arasında ise negatif yönlü (r:-0,684, p:0,000 ve r:-0,486, p:0,000) bir ilişki varlığı belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Ameliyat sonrası sürekli öfke, öfke tarzı ve öz-bakım gücü ilişkisi

		Öz-Bakım Gücü Ölçeği
Sl-Öfke		r:-0,744**
		p:0,000
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	r:0,795**
		p:0,000
	Öfke-Dışa	r:-0,684**
		p:0,000
	Öfke-İçe	r:-0,486**
		p:0,000

*:p<0,05;**:p<0,01;Pearson Korelasyon

Tablo 7'de cinsiyetin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; kadın ve erkek hastalarda ameliyat öncesi t:0,800, p:0,427 ve ameliyat sonrası t:0,896, p:0,374 sürekli öfke düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Öfke tarzları incelendiğinde; ameliyat öncesi öfke-kontrol t:0,332, p:0,741, öfke-dışa t:0,774, p:0,442, öfke-içe t:1,640, p:0,106 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Ameliyat sonrası incelendiğinde; öfke-kontrol t:1,367, p:0,177, öfke-dışa t:1,533, p:0,131, öfke-içe t:0,682, p:0,498 öfke tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyetin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi

			Ameliyat Öncesi (n:60)		Ameliyat Sonrası (n:60)	
Ölçekler		**Cinsiyet**	**Ort±Ss**	**İstatistik**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Sl-Öfke		Kadın	22,6±5,29	t:0,800	22,2±5,98	t:0,896
		Erkek	21,4±6,47	p:0,427	23,8±7,86	p:0,374
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	Kadın	23,3±4,22	t:0,332	23,9±4,62	t:1,367
		Erkek	22,9±5,19	p:0,741	22,1±4,76	p:0,177
	Öfke-Dışa	Kadın	14,7±4,32	t:0,774	15,8±4,39	t:1,533
		Erkek	15,7±5,43	p:0,442	17,8±5,75	p:0,131
	Öfke-İçe	Kadın	17,7±3,69	t:1,640	17,7±4,01	t:0,682
		Erkek	16,1±3,11	p:0,106	16,9±4,42	p:0,498

p>0,05;Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 8'de medeni durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; bekar ve evli hastalarda ameliyat öncesi t:0,551, p:0,584 ve ameliyat sonrası t:0,956, p:0,343 sürekli öfke düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Öfke tarzları incelendiğinde; ameliyat öncesi öfke-kontrol t:0,133, p:0,895, öfke-dışa t:0,055, p:0,957, öfke-içe t:0,335, p:0,739 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Ameliyat sonrası incelendiğinde; öfke-kontrol t:0,933, p:0,354, öfke-dışa t:0,096, p:0,924, öfke-içe t:0,321, p:0,749 öfke tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi

			Ameliyat Öncesi (n:60)		Ameliyat Sonrası n:60)	
Ölçekler		**Medeni Durum**	**Ort±Ss**	**İstatistik**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Sl-Öfke		Bekar	23,5±3,56	t:0,551	25,1±6,55	t:0,956
		Evli	22,1±5,86	p:0,584	22,4±6,62	p:0,343
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	Bekar	23,0±3,41	t:0,133	21,6±5,47	t:0,933
		Evli	23,2±4,64	p:0,895	23,5±4,62	p:0,354
	Öfke-Dışa	Bekar	15,0±3,46	t:0,055	16,6±4,41	t:0,096
		Evli	15,1±4,82	p:0,957	16,4±5,00	p:0,924
	Öfke-İçe	Bekar	17,6±3,20	t:0,335	18,0±2,61	t:0,321
		Evli	17,1±3,63	p:0,739	17,4±4,27	p:0,749

p>0,05;Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 9'da eğitim durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; eğitim durumlarına göre hastaların ameliyat öncesi F:0,898, p:0,448 ve ameliyat sonrası F:0,882, p:0,456 sürekli öfke düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Öfke tarzları incelendiğinde; ameliyat öncesi öfke-kontrol F:1,065, p:0,371, öfke-dışa F:1,862, p:0,147 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenirken öfke-içe F:3,209, p:0,030 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlendi. Ameliyat sonrası incelendiğinde; öfke-kontrol F:0,544, p:0,654, öfke-dışa F:0,912, p:0,441, öfke-içe F:2,411, p:0,076 öfke tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 9).

Tablo 9. Eğitim durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi

			Ameliyat Öncesi(n:60)		Ameliyat Sonrası (n:60)	
Ölçekler		**Eğitim Durumu**	**Ort±Ss**	**İstatistik**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Sl-Öfke		Okur-Yazar	22,3±6,04	F:0,898 p:0,448	23,6±6,71	F:0,882 p:0,456
		İlköğretim	19,4±5,06		21,7±6,82	
		Lise	23,3±3,37		21,5±6,96	
		Üniversite	24,5±7,42		18,7±3,40	
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	Okur-Yazar	23,8±4,73	F:1,065 p:0,371	23,1±4,92	F:0,544 p:0,654
		İlköğretim	23,0±3,46		22,8±2,27	
		Lise	22,1±3,41		23,4±5,60	
		Üniversite	20,2±5,97		26,2±3,30	
	Öfke-Dışa	Okur-Yazar	14,7±4,65	F:1,862 p:0,147	16,5±5,27	F:0,912 p:0,441
		İlköğretim	12,5±3,64		16,2±3,64	
		Lise	17,1±3,93		17,8±4,32	
		Üniversite	17,7±6,70		13,0±4,24	
	Öfke-İçe	Okur-Yazar	17,4±3,23	**F:3,209 p:0,030***	18,3±3,94	F:2,411 p:0,076
		İlköğretim	13,5±2,64		14,1±3,98	
		Lise	18,1±4,04		17,0±4,47	
		Üniversite	18,5±4,36		16,2±2,75	

*: p<0,05;ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 10'da çalışma durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; çalışan ve çalışmayan hastalarda ameliyat öncesi t:0,816, p:0,420 ve ameliyat sonrası t:0,889, p:0,378 sürekli öfke düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Öfke tarzları incelendiğinde; ameliyat öncesi öfke-kontrol t:1,093, p:0,279, öfke-dışa t:1,183, p:0,242, öfke-içe t:1,786, p:0,079 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Ameliyat sonrası incelendiğinde; öfke-kontrol t:0,791, p:0,432, öfke-dışa t:0,558, p:0,579, öfke-içe t:0,090, p:0,929 öfke tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışma durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi

			Ameliyat Öncesi(n:60)		Ameliyat Sonrası(n:60)	
Ölçekler		**Çalışma Durumu**	**Ort±Ss**	**İstatistik**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Sl-Öfke		Çalışıyor	23,1±4,05	t:0,816	21,4±7,32	t:0,889
		Çalışmıyor	22,0±6,13	p:0,420	23,1±6,39	p:0,378
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	Çalışıyor	22,1±4,29	t:1,093	24,2±5,20	t:0,791
		Çalışmıyor	23,6±4,56	p:0,279	23,0±4,55	p:0,432
	Öfke-Dışa	Çalışıyor	16,3±3,90	t:1,183	15,8±5,45	t:0,558
		Çalışmıyor	14,6±4,88	p:0,242	16,6±4,77	p:0,579
	Öfke-İçe	Çalışıyor	18,6±3,64	t:1,786	17,4±4,10	t:0,090
		Çalışmıyor	16,7±3,46	p:0,079	17,5±4,18	p:0,929

p>0,05;Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 11'de ekonomik durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; ekonomik durumuna göre hastaların ameliyat öncesi F:0,270, p:0,765 sürekli öfke düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ameliyat sonrası F:4,505, p:0,015 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlendi. Öfke tarzları incelendiğinde; ameliyat öncesi öfke-kontrol F:0,454, p:0,637, öfke-dışa F:0,768, p:0,469, öfke-içe F:0,688, p:0,507 istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Ameliyat sonrası incelendiğinde; öfke-kontrol F:2,778, p:0,071, öfke-dışa F:1,733, p:0,186, öfke-içe F:1,110, p:0,337 öfke tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11. Ekonomik durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi

			Ameliyat Öncesi(n:60)		Ameliyat Sonrası (n:60)	
Ölçekler		**Ekonomik Durum**	**Ort±Ss**	**İstatistik**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
SL-Öfke		<1300 TL	21,3±6,11	F:0,270 p:0,765	19,8±5,83	**F:4,505 p:0,015***
		1300-2000 TL	22,6±5,57		24,4±6,59	
		>2000 TL	21,8±6,01		19,0±5,20	
Öfke-Tarz	Öfke-Kontrol	<1300 TL	23,8±3,26	F:0,454 p:0,637	25,6±4,67	F:2,778 p:0,071
		1300-2000 TL	23,4±4,83		22,3±4,72	
		>2000 TL	22,0±4,44		24,9±3,78	
	Öfke-Dışa	<1300 TL	14,1±3,14	F:0,768 p:0,469	14,4±5,46	F:1,733 p:0,186
		1300-2000 TL	14,9±5,18		17,3±4,75	
		>2000 TL	16,5±3,86		15,4±4,63	
	Öfke-İçe	<1300 TL	18,2±4,13	F:0,688 p:0,507	18,0±4,19	F:1,110 p:0,337
		1300-2000 TL	16,8±3,58		17,8±4,44	
		>2000 TL	17,6±3,04		15,8±2,44	

*: p<0,05;ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 12'de cerrahi işlem tipinin hastaların sürekli öfke düzeylerine etkisi incelendiğinde; tiroidektomi cerrahi girişimi uygulanan hastaların ameliyat öncesi sürekli öfke düzeyleri F:4,027, p:0,012 istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ameliyat sonrası; gastrektomi cerrahi girişimi uygulanan hastaların sürekli öfke düzeyleri F:14,56, p:0,000 istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Cerrahi işlem tipinin hastaların sürekli öfke düzeylerine etkisi

		Ameliyat Öncesi (n:60)		**Ameliyat Sonrası(n:60)**	
Ölçekler	**Cerrahi İşlem**	**Ort±Ss**	**Anlamlılık**	**Ort±Ss**	**Anlamlılık**
Sl-Öfke	Gastrektomi	19,2±4,43	**F:4,027 p:0,012***	27,6±5,83	**F:14,56 p:0,000***
	Mastektomi	20,7±5,16		26,4±6,44	
	Tiroidektomi	25,0±5,98		18,6±4,12	
	Kolesistektomi	24,0±5,42		18,1±3,34	

Tablo 13'te cerrahi işlem tipinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke düzeyine etkisi incelendiğinde; gastrektomi ve mastektomi uygulanan hastaların sürekli öfke ölçeğinden aldığı puan ortalaması ameliyat sonrası istatistiksel olarak anlamlı oranda artmıştır (t: 9,068, p:0,000 ve t: 8,035, p:0,000) (Tablo 13).

Ameliyat sonrası tiroidektomi ve kolesistektomi uygulanan hastaların sürekli öfke ölçeğinden aldığı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı oranda azalmıştır (t:7,296, p:0,000 ve t: 6,223, p:0,000) (Tablo 13).

Tablo 13. Cerrahi işlem tipinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke düzeyine etkisi

		Ameliyat Öncesi (n:60)	**Ameliyat Sonrası (n:60)**	
Ölçekler	**Cerrahi İşlem**	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Sl-Öfke	Gastrektomi	19,2±4,43	27,6±5,83	**t:9,068 p:0,000***
	Mastektomi	20,7±5,16	26,4±6,44	**t:8,035 p:0,000***
	Tiroidektomi	25,0±5,98	18,6±4,12	**t:7,296 p:0,000***
	Kolesistektomi	24,0±5,42	18,1±3,34	**t:6,223 p:0,000***

Tablo 14'te cerrahi işlem tipinin öfke tarzlarına etkisi incelendiğinde; gastrektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların ameliyat öncesi öfke-kontrol F:8,151, p:0,000 ve tiroidektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların öfke-dışa F:4,838, p:0,005 istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulundu. Öfke-içe alt grubunda istatistiksel olarak bir anlamlılık belirlenmedi (F:0,619, p:0,605) (Tablo 14).

Ameliyat sonrası dönemde, kolesistektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların öfke-kontrol F:27,71, p:0,000, mastektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların öfke-dışa F:12,65, p:0,000 ve mastektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların öfke-içe F:7,250, p:0,000 istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Cerrahi işlem tipinin öfke tarzlarına etkisi

			Ameliyat Öncesi (n:60)		**Ameliyat Sonrası(n:60)**	
Öfke-Tarz	**Ölçekler**	**Cerrahi İşlem**	**Ort±Ss**	**Anlamlılık**	**Ort±Ss**	**Anlamlılık**
	Öfke-Kontrol	Gastrektomi	26,5±2,85		19,8±3,91	
		Mastektomi	24,6±3,09	**F:8,151**	19,6±2,77	**F:27,71**
		Tiroidektomi	20,6±3,98	**p:0,000***	26,9±2,15	**p:0,000***
		Kolesistektomi	21,1±5,11		27,0±3,14	
	Öfke-Dışa	Gastrektomi	13,0±4,17		19,2±5,61	
		Mastektomi	13,0±2,98	**F:4,838**	19,8±3,32	**F:12,65**
		Tiroidektomi	17,4±4,40	**p:0,005***	12,7±2,94	**p:0,000***
		Kolesistektomi	17,0±5,25		14,1±3,07	
	Öfke-İçe	Gastrektomi	16,2±3,26		18,9±4,06	
		Mastektomi	17,8±2,70	F:0,619	20,1±2,72	**F:7,250**
		Tiroidektomi	17,6±4,60	p:0,605	16,2±4,21	**p:0,000***
		Kolesistektomi	17,1±3,60		14,6±3,15	

Tablo 15'te hastaların bireysel özelliklerinin öz-bakım gücüne etkisi incelendiğinde; yaş durumu ve öz-bakım gücü arasında negatif yönlü bir ilişki r:-0,370, p:0,004 olduğu, kadın hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek t:2,428, p:0,018 olduğu belirlendi. Üniversite mezunu hastaların diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre F:3,567, p:0,020 ve kolesistektomi cerrahi işlemi uygulanan hastaların diğer ameliyat tiplerine göre F:70,34, p:0,000 öz bakım gücü puan ortalamalarının istatiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15).

Hastaların medeni durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden aldığı puan ortalamasının istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği belirlendi (t:0,173, p:0,863). Hastaların çalışma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden aldığı puan ortalamasının istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği belirlendi (t:1,747, p:0,086). Hastaların ekonomik durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden aldığı puan ortalamasının istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği belirlendi (t:3,063, p:0,054) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların bireysel özelliklerinin öz-bakım gücüne etkisi

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ			
Özellikler	**n**	**Ort±Ss**	**İstatistik**
Yaş	60	54,6±13,2	**r:-0,370[a] p:0,004***
Cinsiyet			**t:2,428[b] p:0,018***
Kadın	41	105±27,7	
Erkek	19	86,4±30,8	
Medeni Durum			t:0,173[b] p:0,863
Bekar	6	101±35,7	
Evli	54	99,4±29,5	
Eğitim Durumu			**F:3,567[c] p:0,020***
Okur-Yazar	39	94,0±28,4	
İlköğretim	7	97,0±31,0	
Lise	10	106±28,8	
Üniversite	4	140±7,77	
Çalışma Durumu			t:1,747[b] p:0,086
Çalışıyor	15	111±31,9	
Çalışmıyor	45	95,8±28,5	
Ekonomik Durum			t:3,063[c] p:0,054
<1300 TL	10	104±33,6	
1300-2000 TL	39	93,5±28,2	
>2000 TL	11	117±26,9	
Planlanan Cerrahi			**F:70,34[c] p:0,000**
Gastrektomi	15	68,5±16,1	
Mastektomi	15	78,5±17,2	
Tiroidektomi	15	125±10,5	
Kolesistektomi	15	126±11,0	

*:p<0,05;a: Pearson Korelasyon;b:Bağımsız Örneklem t Testi;c:ANOVA(Varyans) Analizi

TARTIŞMA

Bu araştırma Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında, organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamalarının 50'nin üzerinde, %68,3'ünün kadın, %90'ının evli, %65'inin okur yazar olduğu, %75'inin çalışmadığı, %65'inin aylık gelirinin 1300-2000 tl arasında olduğu belirlendi.

Organ kaybı ile sonuçlanan tiroidektomi, gastrektomi, mastektomi, kolesistektomi hastalarından 60 (her gruba %25 olacak şekilde) hasta araştırmaya dahil edildi (Tablo 2). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sürekli öfke düzeyinin (sırasıyla ort+ss: 22,2±5,67, 22,7±6,61) (Tablo 3) ortalamanın üstünde, öfke tarzları değerlendirildiğinde; ameliyat öncesi öfke kontrol, öfke dışa vurum ve öfkeyi içe bastırma düzeylerinin (sırasıyla ort±ss:23,2±4,51, 15,1±4,68, 17,2±3,57) ve ameliyat sonrası öfke kontrol, öfke dışa vurum ve öfkenin içe bastırma düzeylerinin (sırasıyla ort±ss:23,3±4,70, 16,4±4,91, 17,4±4,12) ortalamanın üstünde olduğu belirlendi. Sütcü (118) meme kanseri tanısı koyulmuş ve ameliyat planlanan hastalarda strese karşı verilen tepkilerde hastaların sürekli öfke, öfkenin dışa vurumu ve öfkenin içe bastırılmasının ilişkili olduğunu, stres arttıkça öfkenin de arttığını belirlemiştir. Cerrahi girişim sonucu organ kaybı deneyimleyen hastalarda doğrudan öfke düzeyi değerlendiren araştırma bulunmamasına rağmen öfke düzeyine katkı sağlayacağı kabul edilen anksiyete araştırmaları vardır. Jawaid ve ark. (119) cerrahi girişim planlanan hastaların büyük çoğunluğunun anksiyete yaşadıklarını belirlemiştir. Akinsulore ve ark. (120) cerrahi girişim deneyimleyen hastaların ameliyat öncesi anksiyetesini daha yüksek bulurken hastaların %15,7'sinin ameliyat sonrası dönemde de anksiyetelerinin devam ettiğini belirlemiştir.

Araştırmalar ve ilgili literatür bilgisi organ kaybı deneyimleyen hastaların öncelikle anksiyete ve dolayısı ile öfke yaşadıklarını göstermektedir.

Cerrahi girişim deneyimleyen hastaların anksiyetelerinin azalması, konforlarının ve memnuniyetlerinin artması için öz bakım güçlerini geri kazanmaları gerektiği belirtilmektedir (121). Organ kaybı deneyimleyen hastaların öz bakım gücü değerlendirildiğinde (ort±ss:99,6±29,8) üst değere yakın bulundu ve yüksek değerlendirildi (Tablo 3). Organ kaybı deneyimleyen hastalarla yapılan araştırmalarda, Gün ve Kömürcü (16) histerektomili hastalarda (ort±ss:80,3±11,7) ve Fındık (122) ampütasyonlu hastalarda (ort±ss:80,9±14,3) öz bakım gücü düzeyini ortalama değerde belirlemişlerdir. Benzer şekilde cerrahi girişim geçiren hastalarda, Direk ve Çelik (123) kalp damar cerrahisi deneyimleyen hastaların öz bakım güçlerini (ort±ss:108±17,0) ortalamanın üstünde belirlemişlerdir. Irmak (124) lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların öz bakım güçlerini (ort±ss:98,9±14,2) üst değere yakın bulmuştur. Araştırmalar cerrahi girişim geçiren hastalarda öz bakım gücünün ortalamanın üstünde olduğunu gösterdi. Cerrahi girişim hastalar ve sağlık personeli tarafından önemli bir uygulama olarak kabul edilmekte ve iyileşme sürecine önem gösterilmektedir. Bu düşünceyle hastaların öz bakım gücü bu dönemde sağlık personeli ve hasta yakınları tarafından desteklenmektedir. Bu durumun puan ortalamasının yükselmesine etki ettiği düşünüldü.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, benzer şekilde, öfke içe (bastırma) ve dışa vurumu (kolay ifade etme) artarken öfke kontrollerinin azaldığı (Tablo 4, Tablo 5) belirlendi.

İlgili literatürde; öfke, anksiyete ve depresyon arasında bir bağ olduğu belirtilmektedir. Anksiyete-öfke ve öfke-depresyonun birbirini tetiklemekte olduğu ve biri arttığında diğerinin de arttığı kabul edilmektedir (125,126). Şahin ve ark. (127) yaptıkları araştırmada hastalar tarafından öfkenin anksiyete veya depresyon belirtileri ile ifade edilebileceğini vurgulamışlardır. Yapılan araştırmalar da ameliyat sonrası dönemde hastaların yaklaşık olarak yarısında depresyon görüldüğü belirlenmiştir (128,129). Nigussie ve ark. (130) ameliyat öncesi dönemde hastaların %70,3'ünün anksiyetelerini yüksek bulmuşlardır. Yılmaz ve Aydın (131) yaptıkları araştırmada cerrahi girişim deneyimleyen hastalar hem ameliyat öncesi ve hem de ameliyat sonrası dönemde anksiyete yaşadıkları için anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. Araştırmaların sonuçları hastaların hem ameliyat öncesi hem ameliyat sonrası dönemde anksiyete yaşadıklarını ve dolayısıyla hastaların öfke düzeylerinin arttığını göstererek araştırma bulgumuzu desteklemiştir.

Hastaların ameliyat sonrası sürekli öfke, öfkeyi dışa kolay ifade etme ve öfkeyi içe bastırma arttıkça öz bakım gücünün azaldığı, öfke kontrol arttıkça öz bakım gücü düzeyinin arttığı belirlendi (Tablo 6). Karaveli ve ark. (132) kolorektal kanserli hastalar ile yaptıkları araştırmada hastaların kendilerini bağımlı hissettikleri ve öz bakımlarını yardımsız sürdüremedikleri zaman öfke hissettiklerini belirlemişlerdir. Yapılan diğer bir araştırmada örneklem grubu farklı olsa da, sürekli öfke, öfkeyi dışa kolay ifade etme ve öfkeyi içe bastırma arttıkça öz bakım gücünün azaldığı, öfke kontrolü arttıkça öz bakım gücünün de arttığı belirlenmiştir (133). Ayrıca Almonacid ve ark. (134) larenjektomili hastalar üzerinde yaptığı araştırmada anksiyete ve öz bakımın ilişkili olduğunu, hastaların %97,5'inin ameliyat sonrası 7. güne kadar öz bakımlarının düşük olduğunu ve yardıma ihtiyaçları olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmaların sonuçları sürekli öfkenin, öfkeyi içe bastırma veya dışa ifade etmenin öz bakım gücünü azalttığını, öfkenin kontrol altına alınmasının ise arttırdığını gösterdi. Bulgular; organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeyleri arasında ilişki olduğunu gösterdi. H_1 hipotezini doğrulamıştır.

Bireysel değişkenlerden cinsiyetin (Tablo 7), medeni durumun (Tablo 8) ve çalışma durumunun (Tablo 10) hastaların öfke ve öfke tarzlarına etki etmediği belirlendi ($p>0,05$). Üniversite mezunu hastaların ameliyat öncesi öfkeyi içe bastırma (F:3,209, p:0,030) (Tablo 9) ve asgari ücret alanların sürekli öfke düzeyi (F:4,505, p:0,015) (Tablo 11) yüksek bulundu. Organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişim geçiren hastalarda bireysel değişkenlerin öfke düzeyine etkisi araştırılmamıştır. Genel olarak cerrahi girişim geçiren hastalarda; Erkek (135) erkek hastaların öfke dışa vurumu ve evli hastaların sürekli öfke düzeyini yüksek ancak ekonomik durum ve öfke arasında anlamlılık belirlemezken, Savaşan (133) cinsiyetin öfke tarzlarına etki etmediğini, okuma yazma bilmeyenlerin sürekli öfke ve öfkenin içe bastırılmasını yüksek ve ekonomik durum kötüleştikçe öfkenin de arttığını, Güleç ve ark. (136) medeni durumun öfke düzeyine etki etmediğini belirlemişlerdir. Sonuçlar hastaların bireysel değişkenlerinin öfke ve öfke tarzlarına etkisinin tartışmalı olduğunu gösterdi.

Cerrahi işlem tipinin sürekli öfke düzeyine etkisi incelendiğinde (Tablo 12); ameliyat öncesi dönemde tiroidektomi hastalarında, ameliyat sonrası dönemde gastrektomi hastalarında sürekli öfke düzeyi yüksek belirlendi (sırasıyla ort±ss:25,0±5,98, 27,60±5,83). Cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi, Hocaoğlu (11) tiroidektomi hastalarında depresyon düzeyini yüksek, Peron ve ark. (36) kolesistektomi planlanmış hastaların %65'inin anksiyete yaşadığını belirlemişlerdir. Uyar ve ark. (137) kalp ameliyatı planlanan hastaların sürekli öfke düzeyini

yüksek belirlemişlerdir. Vural (138) kronik otitis medialı hastalar üzerinde yaptığı araştırmada hastaların ameliyat öncesi dönemde öfke ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Araştırmalarda cerrahi girişimlerde anksiyete, depresyon ve öfke düzeyi yüksek belirlenmiştir. Dolayısı ile öfke düzeyinin de yüksek olduğunu kabul edebiliriz. İlgili literatürde mide kanseri hastalarının diğer kanser hastalarına göre anksiyete ve depresyonlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (139,140). Cerrahi girişim geçiren hastalar olmasa da, Şahin (141) kanser hastalarının sürekli öfke düzeyini yüksek bulmuştur. Depresyon ve anksiyetenin öfke düzeyini arttırdığı kabul edilmektedir (125).

Ameliyat öncesi ve sonrası cerrahi girişim tipine göre öfke düzeyi karşılaştırıldığında (Tablo 13); ameliyat sonrası hastaların sürekli öfke düzeyinin gastrektomi ve mastektomi de arttığı (sırasıyla t:9,068, p:0,000, t:8,035, p:0,000), tiroidektomi ve kolesistektomi de azaldığı (sırasıyla t:7,296, p:0,000, t:6,223, p:0,000) belirlendi.

Ameliyat öncesi hastaların anksiyete yaşaması ve dolayısı ile öfke duymaları kabul edilebilir bir durumdur. Ameliyat sonrası öfke ve ortaya çıkmasını kolaylaştıran anksiyete ve depresyon cerrahi girişimin etkilerinden kaynaklanmaktadır (118,126). Khan ve ark. (142) yaptıkları araştırmada mastektominin beden bütünlüğünün kaybına yol açarak hastalarda orta şiddette depresyon ve anksiyeteye neden olduğunu belirlemişlerdir. Koçan ve Gürsoy (143) araştırmasında hastalar mastektomi sonrası aynaya bakmak istemediklerini ve üzgün hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kim ve Choi (144) gastrik kanserli hastalarda radikal gastrektomi sonrası kilo kaybı, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların genel sağlık durumlarında önemli değişimler olduğunu belirlemişlerdir. Karayağız ve ark. (145) cerrahi girişim deneyimleyen kanser hastalarının %81'inde anksiyete gözlemlendiğini, Park ve ark. (146) akciğer kanseri hastalarının ameliyat sonrası anksiyete ve depresyonlarının ameliyat öncesine göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Organ kaybı deneyimleyen hastalarda ve diğer büyük cerrahi girişim geçiren hastalarda anksiyetenin dolayısı ile öfke düzeyinin arttığı görülmektedir. İnsan bedeni üzerine fizyolojik ve psikolojik etkileri mastektomi ve gastrektomiye oranla daha az olan tiroidektomi ve kolesistektomide ameliyat sonrası öfke düzeyinin azalması ameliyat öncesi endişelerin azalması ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde Shen ve ark. (147) kolesistektomi deneyimleyen hastaların ameliyat öncesinde belirlenen depresyon düzeyinin ameliyat sonrası önemli ölçüde azaldığını belirlemişlerdir.

Cerrahi işlem tipinin öfke tarzlarına etkisi değerlendirildiğinde, ameliyat öncesi gastrektomi hastalarının öfke kontrolü (ort±ss:26,5±2,85), tiroidektomi hastalarının öfkenin

dışa kolay ifadesi (ort±ss:17,4±4,40) yüksek bulundu (Tablo14). Öfkeyi içe bastırma alt grubunda istatistiksel olarak bir anlamlılık belirlenmedi. Uyar ve ark. (137) kalp ameliyatı planlanan hastalarda öfkenin dışa kolay ifade edilmesinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Anksiyetedeki artışın öfke kontrolünü azalttığı belirtilmektedir (148). Gastrektomide öfke kontrolü yüksek olsa da öfke kontrolü en az ve öfkenin dışa ifade edilmesi en yüksek olan grupta tiroidektomi hastalarıdır. Hipertiroidi organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişim nedenlerinden biridir. Tiroid hormonunun yükselmesi hastalarda kızgınlık, öfke, sinirlilik gibi davranışlara neden olmakta ve hastalarda duygu durum değişiklikleri gözlenmektedir (11). Bu konuda yapılan araştırma olmadığından cerrahi girişime spesifik olmasa da ameliyat öncesi hastaların öfke kontrolü ve dışa ifade etmesi tiroidektomi hastalarında değişmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde, kolesistektomi hastalarının öfke kontrolü, mastektomi hastalarının öfkenin dışa kolay ifadesi ve öfkenin içe bastırılması yüksek bulundu (sırasıyla ort±ss:27,0±3,14, 19,8±3,32, 20,1±2,72), (Tablo 14).

Kolesistektomi insan yaşamını tehdit etmeyen iyileşme süreci kısa ve nispeten kolay geçen bir uygulamadır (36). Hastaların bu süreçte öfkelerini iyi kontrol etmeleri beklenen bir durumdur. Ameliyat sonrası öfke kontrolünü en az sağlayan hasta grubunun mastektomi hastaları olduğu belirlendi. Beden imajının kaynaklı öfke kontrolünün yetersiz olması iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Nakatani ve ark. (149) mastektomi deneyimleyen hastaların hayatlarındaki negatif değişim sonrasında öfkelerini bastıramadıklarını ifade etmişlerdir. Acil ve Çavdar (150) modifiye radikal mastektomi deneyimleyen hastaların fonksiyonel sağlık durumlarının ve semptom yaşama durumlarının fazla olduğunu belirlemişlerdir. Mastektomi ağrı, korku, anksiyete, güçsüzlük, kadınlığın kaybı, gelecek ve ölüm korkusu, implant ile ilgili endişe vb. birçok sıkıntı verici duruma neden olmaktadır (26,151). Meme kanseri deneyimleyen hastalarda depresyon, anksiyete ve korku yaşamın normal bir parçası olarak belirtilmektedir (29). Mastektomi hastalarında öfke kontrolünün sağlanamaması literatüre uygun bir bulgudur.

Araştırmada organ kaybı deneyimleyen hastaların öz bakım gücü değerlendirildiğinde; yaşın artışıyla öz bakım gücünün düştüğü (r:-0,370, p:0,004), kadın (t:2,428, p:0,018), üniversite mezunu (F:3,567, p:0,020) ve kolesistektomi hastalarının (F:70,34, p:0,000) öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15).

Öz bakım gücünü inceleyen araştırmalarda, Altıparmak ve ark. (152) akciğer kanserli eğitim durumları yüksek ve kadın hastaların öz bakım gücünü yüksek belirlemişlerdir. Üstündağ ve Zengin (153) boyun cerrahisi geçirmiş hastaların eğitim durumu arttıkça öz

bakım güçlerinin de arttığını belirlemişlerdir. Bakoğlu (115) hipertansiyonlu, eğitim durumları yüksek hastaların öz bakım gücünü yüksek belirlerken yaşlı hastaların öz bakım güçlerini düşük belirlemiştir. Sonuçlar yüksek eğitim durumunun, kadın cinsiyetin ve yaşın öz bakım gücünü etkilediğini gösterdi.

Organ kaybı ile sonuçlanan cerrahi işlem tipinin öz bakım gücüne etkisi değerlendirildiğinde kolesistektomi cerrahi girişimi deneyimleyen hastaların daha yüksek öz bakım gücüne sahip (ort±ss:126±11,0, F:70,34, p:0,000) olduğu belirlendi (Tablo 15). Cerrahi girişimin insan bedeni üzerine etkisinin az olması hastaların kendi öz bakımlarını sürdürmeleri ve mevcut sorunlarla baş etmede yeterli olmaları ile sonuçlanmaktadır (75,154). Kolesistektomi sonrası hastalar daha az ağrı, enfeksiyon, aç kalma süresi, hastanede kalım ve daha hızlı iyileşme yaşamaktadırlar (36). Açık kolesistektomide %4 laparoskopik kolesistektomi de ise sadece hastaların %1,1'inde enfeksiyon görülmektedir (155). Sorunsuz ve hızlı iyileşme süreci hastaların öz bakım gücünü olumlu etkilemektedir.

Ancak insan bedeni üzerine etkileri fazla olan cerrahi girişimlerde (gastrektomi, mastektomi) öz bakım gücü bu araştırmada olduğu gibi düşüktür.

Gün ve Kömürcü (16) histerektomi deneyimleyen hastalarda ameliyat sonrası 2. günde, Fındık (122) ampütasyon deneyimleyen hastalarda eğitim sonrası ve Nart (154) kalp ameliyatı deneyimleyen hastalarda ameliyat sonrası dönemde öz bakım gücünü yüksek bulmuşlardır. Kanserli hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda da benzer şekilde araştırmamıza dahil edilen gastrektomi ve mastektomi cerrahi girişimi deneyimleyen hastalardan daha yüksek öz bakım gücü belirlemişlerdir (156,157).

Sonuçlar organ kaybı deneyimleyen hastalarda öz bakım gücünün hastanın içinde bulunduğu durumdan etkilendiğini düşündürdü.

SONUÇLAR

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerinin değerlendirildiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların (n:60) yaş ortalamaları 54,6±13,2, %68,3'ü (n:41) kadın, %90'ı (n:54) evli, %65'inin (n:39) eğitim durumu okuryazar, %75'inin (n:45) çalışmadığı, %65'inin (n:39) gelir durumu 1300-2000 TL arasında olduğu belirlendi.

Sl-öfke düzeyi, ameliyat öncesi (ort±ss:22,2±5,67) ve ameliyat sonrası (ort±ss:22,7±6,61) ortalamanın üstünde belirlendi.

Ameliyat öncesi öfke kontrol, öfke dışa ifadesi ve öfke içe bastırılmasının düzeyleri (sırasıyla ort±ss:23,2±4,51, 15,1±4,68, 17,2±3,57) ve ameliyat sonrası öfke kontrol, öfke dışa ifadesi ve öfke içe bastırılmasının düzeyleri (sırasıyla ort±ss:23,3±4,70, 16,4±4,91, 17,4±4,12) ortalamanın üstünde olduğu belirlendi.

Organ kaybı deneyimleyen hastaların öz bakım gücü (ort±ss: 99,6±29,8) üst değere yakın bulundu.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, öfke içe bastırma ve dışa ifade etme artarken öfke kontrollerinin azaldığı belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların sürekli öfke düzeyi, öfke dışa ifade etme ve içe bastırma azaldıkça ve öfke kontrolü arttıkça öz bakım gücünün arttığı belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzları üzerinde etkisinin olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Asgari ücret alanların (1300-2000 TL) sürekli öfke düzeyi yüksek bulundu ($p<0,05$).

Ameliyat öncesi tiroidektomi, ameliyat sonrası gastrektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Ameliyat sonrası gastrektomi ve mastektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin arttığı, tiroidektomi ve kolesistektomi hastalarında azaldığı belirlendi ($p<0,01$).

Ameliyat sonrası kolesistektomi hastalarının öfke kontrollerinin, mastektomi hastalarının öfke içe bastırma ve dışa ifade etmelerinin arttığı belirlendi ($p<0,01$).

Hastaların yaşları arttıkça öz-bakım güçlerinin azaldığı, eğitim düzeyleri arttıkça öz-bakım güçlerinin arttığı belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların medeni, çalışma ve ekonomik durumlarının öz-bakım gücünü etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Kolesistektomi hastalarının öz bakım gücünün tiroidektoimi, mastektomi ve gastrektomi hastalarından daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

ÖNERİLER

Organ kaybı deneyimleyen hastalarda;

- Ameliyat öncesi ve sonrası sürekli öfke düzeyinin azaltılması,
- Ameliyat öncesi ve sonrası öfke kontrolünün arttırılması, öfke içe bastırma ve dışa ifadesinin azaltılması,
- Asgari ücretli hastaların sürekli öfke düzeyinin azaltılması,
- Ameliyat öncesi tiroidektomi, ameliyat sonrası gastrektomi ve mastektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin azaltılması,
- Mastektomi hastalarının öfkenin içe bastırılması ve dışa ifadesinin azaltılması,

Yaşlı, gastrektomi, mastektomi ve tiroidektomi hastalarının öz bakım gücünün arttırılması için hemşirelik bakım girişimlerinin planlanması ve uygulanmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz bakım gücü düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Araştırma, Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Genel Cerrahi Kliniğinde mastektomi, gastrektomi, kolesistektomi, tiroidektomi deneyimleyen 60 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, Sürekli Öfke ve Öfke Tarz (SÖÖTÖ) ölçekleri ameliyat öncesi ve taburculuk döneminde ve Öz Bakım Gücü ölçeği taburculuk döneminde kullanıldı. Verilerin analizinde %95 güven aralığı, anlamlılık sınırı ise $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

Hastaların (n:60) yaş ortalamaları 54,6±13,2, %68,3'ü (n:41) kadın, %90'ı (n:54) evli, %65'inin (n:39) okuryazar, %75'inin (n:45) çalışmadığı, %65'inin (n:39) gelir durumu 1300-2000 tl arasında olduğu bulundu.

Organ kaybı deneyimleyen hastaların ameliyat sonrası Sl-öfke düzeyi (ort±ss:22,7±6,61), öfke kontrol, öfke dışa vurum ve öfke içe vurum düzeylerinin (sırasıyla ort±ss:23,3±4,70, 16,4±4,91, 17,4±4,12) ve öz bakım gücünün (ort±ss:99,6±29,8) ortalamanın üstünde olduğu belirlendi. Hastaların sürekli öfke, öfke dışa ve içe vurum düzeyi azaldıkça ve öfke kontrolü arttıkça öz bakım gücünün arttığı belirlendi ($p<0,01$). Ameliyat öncesi tiroidektomi, ameliyat sonrası gastrektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin daha yüksek ($p<0,01$), ameliyat sonrası gastrektomi ve mastektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin artığı, tiroidektomi ve kolesistektomi hastalarında azaldığı belirlendi ($p<0,01$). Ameliyat sonrası kolesitektomi hastalarının öfke kontrollerinin, mastektomi hastalarının öfke içe ve dışa vurumlarının arttığı ($p<0,01$), kolesistektomi hastalarının öz bakım gücünün

yüksek olduğu belirlendi (p>0,05).

Sonuçlar organ kaybının öfke düzeyini ve öz bakım gücünü etkilediğini gösterdi. Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının sürekli öfkelerinin azalması ve öz bakım güçlerinin arttırılması için hemşirelik bakım uygulamalarının planlanmasını ve uygulanmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: organ kaybı, öfke, öz bakım gücü

EVALUATING THE ANGER AND SELF-CARE ABILITY LEVELS OF SURGICAL PATIENTS EXPERIENCING ORGAN LOSS

SUMMARY

This descriptive study was conducted to evaluate the anger and self-care ability levels of surgical patients experiencing organ loss.

The study was carried out over the period December 2016 - April 2017 at a university's Health Studies and Applications Center with 60 patients who had experienced the procedures of mastectomy, gastrectomy, cholecystectomy and thyroidectomy at the General Surgical Clinic. Data were collected with a personal information form, the Trait Anger and Anger Expression Scales were implemented in the preoperative and discharge stages, while the The Exercise of Self Care Agency Scale was used in the discharge period. The data analysis displayed a 95% confidence interval and significance was accepted as $p<0.05$.

The mean age of the patients (n:60) was 54.6±13.2 years; 68.3% (n:41) were woman, 90% (n:54) were married, 65% (n:39) were literate, 75% (n:45) were unemployed, and 65% (n:39) were in the household income bracket of TRY 1300-2000.

It was observed that the postoperative trait anger level of the patients experiencing organ loss (mean±sd:22.7±6.61), their anger control, anger-out and anger-in levels (respectively, mean±sd:23.3±4.70, 16.4±4.91, 17.4±4.12), and their self-care ability levels (mean±sd:99.6±29.8) were higher than the mean. It was seen that as the patients' trait anger, anger-out and anger-in levels diminished and their anger control levels increased, their self-care abilities increased ($p<0.01$). It was determined that trait anger levels were higher in

patients undergoing thyroidectomy preoperatively and postoperatively in patients undergoing gastrectomy ($p<0.01$) and that trait anger levels rose postoperatively in patients undergoing gastrectomy and mastectomy and diminished in patients who had undergone thyroidectomy and cholecystectomy ($p<0.01$). Postoperatively, an increase was seen in anger control levels of patients undergoing cholecystectomy and a rise in anger-in and anger-out levels of patients undergoing mastectomy ($p<0.01$), while cholecystectomy patients had higher self-care ability levels ($p>0.05$).

The results showed that organ loss impacted anger and self-care ability levels. We suggest that nurses plan and implement their nursing practices with the aim of reducing the trait anger of patients experiencing organ loss and increasing their self-care abilities.

Keywords: organ loss, anger, self-care ability

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (T.C.). Kamu hastaneleri istatistik yıllığı 2014. Ankara;2015. http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/bc10470bf9534a39b5b444691850a837.pdferişim tarihi:20.01.2017

2. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık istatistikleri yıllığı 2016. Ankara;2017. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0 erişim tarihi:20.01.2017

3. Aksoy G. Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği I 'de. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2012. s.1-38.

4. Yavuz M. Kas iskelet sistemi hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.1241-1313.

5. Batman AK, İbiş C, İrfan ME. Tiroidektomi sonrası görülen komplikasyonlar. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2007;38:56-61.

6. Yetim İ, Kardeş K, Karaca S, Saçın A. Tiroid cerrahisi klinik tecrübemiz. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2011;2(3):43-5.

7. Emre Ş, Topuzlu GT, Şenyüz OF. Laparoskopik kolesistektomi. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2016;30(Ek sayı 3):197-202.

8. Öğce F. İskelet sistemi hastalıkları: bacak amputasyonları. Aslan FE (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte'de. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.871-909.

9. Özsoy İ, Okyayuz ÜH. Amputasyon geçirmiş kişilerin baş etme becerileri: olgu sunumu. Klinik Psikiyatri 2016;19:45-51

10. Özer N. Cerrahi ve cerrahi hemşireliğinin tarihçesi cerrahinin sınıflandırılması cerrahi gerektiren durumlar ve hasta üzerindeki etkileri. Aslan, F.E. (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Kitabı'nda 1. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016. s:32-33.

11. Hocaoğlu Ç. Tiroid cerrahisi komplikasyonları ve psikiyatri Olgu sunumu. Göztepe Tıp Dergisi 2010;25(1):40-42.

12. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1303-5134.

13. Takahashi M, Terashima M, Kawahira H, Nagai E, Uenosono Y, Kinami S et al. Quality of life after total *vs* distal gastrectomy with roux-en-y reconstruction: use of the postgastrectomy syndrome assessment Scale-45. World J Gastroenterol. Mar 21 2017;23(11):2068-2076.

14. Oğul M, Erden G. Amputasyonun psikososyal boyutu. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2005;7(1).

15. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi 2003;11(2):19-27.

16. Gün Ç, Kömürcü N. The relationship between self-esteem and self-care agency in hysterectomy patients, Journal of Research in Nursing and Midwifery 2013;7(2):89-95.

17. Veyseller B, Aksoy F, Demirhan H, Yıldırım YS, Ertaş B, Açıkalın RM ve ark. Selim tiroid hastalıklarında total tiroidektomi. Kulak Burun Boğaz Ihtisas Dergisi 2009;19(6):299-303.

18. Agency for Healthcare Research and Quality, 2017 https://www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb223-Ambulatory-Inpatient-Surgeries-2014.pdf erişim tarihi: 02.01.2018

19. Akçakaya A, Koç B, Ferhatoğlu F. Tiroid anatomisi ve cerrahi yaklaşım. Okmeydanı Tıp Dergisi 2012; 28(Ek sayı 1),1-9.

20. Oran E, Yetkin G, Mihmanlı M, Celayir F, Aygün N, Çoruh B ve ark. Tiroidektomi sırasında paratiroid ototransplantasyonu yapılan hastalarda hipokalsemi riski. Ulus Cerrahi Dergisi 2016;32:6-10.

21. Cirocch R, Trastulli S, Randolph J, Guarino S, Di Rocco G, Arezzo A et. al. (2015). Total or near-total thyroidectomy versus subtotal thyroidectomy for multinodular non-toxic goitre in adults (Review) Erişim tarihi: 30.12.2017 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010370.pub2/pdf/abstract

22.https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa , erişim tarihi: 21.03.2018

23. Yeter K, Savcı A, Sayıner FD. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Derleme. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5(2):65-68.

24. Sertöz ÖÖ, Mete HE, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(4):264-275.

25. Eurostat, 2017 :http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Cancer_statistics erişim tarihi: 12.06.2018

26. Karamanoğlu AY, Özer FG. Mastektomili hastalarda evde bakım. Derleme. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(1):3-8.

27. Demir SG. Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi. Derleme. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(2):62-69.

28. Özçınar B, Güler SA, Özmen V, Güllüoğlu BM, Kocaman N, Özkan M ve ark. Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. Derleme. Meme Sağlığı Dergisi 2010;6(1):9-16.

29. Gürsoy AA, Erdil F, Bayraktar N. Evaluation of the effeciency of a home care program developed for mastectomy patients. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;1-15.

30. Uçar T, Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(3).

31. Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006;2(3):108-114.

32. Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. Derleme. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(2):77-83.

33. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. Yeni Symposium / 2015;53(3).

34. Erdil F, Elbaş NÖ, Gastrointestinal sistemin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve bu hastalıkların tedavi ve bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'de. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2012. s.501.

35. Kalender S. Kolesistektomi sonrası hastalarda alkalen reflü gastrit gelişimi ve tedavisinde ursodeoksikolik asitin etkinliği. (Uzmanlık tezi). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi Kliniği;2005.

36. Peron A, Schlıemann A, Almeıda FA. Understandıng the reasons for the refusal of cholecystectomy ın patıents wıth cholelıthıasıs: how to help them ın theır decısıon? ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(2):114-119.

37. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;36-46.

38. Ucuzal M, Aldanmaz N. Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(2):17-22.

39. Bayra G, Ödemiş B, Çiçek B, Yüksel O, Parlak E, Zengin İN ve ark. Kolesistektominin alkalen reflü gastrit, antral mukoza histolojisi ve Helikobakter pylori kolonizasyonu üzerine etkisi. Akademik Gastroenteroloji dergisi 2005;4(1):13-17.

40. Celep B, Çetinkünar S, Bilgin Ç, Tokgöz S, Atlı MY. Safra kesesi polibi olan hastalarda kolesistektominin hayat kalitesine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7(4).

41. Sedlak B, Lorenc Z, Zaniewski M, Krawczyk W, Majewski E, Kowalska M et al. Quality of life and level of anxiety in patients after gallbladder surgery, Journal of Surgery. 2016;12(1).

42. Çayci HM, Erdoğdu UE, Çantay H, Orman S, Akar M, Demirci H. Mide kanseri deneyimlerimiz: Tanı ve tedavide geç mi kalıyoruz? akademik gastroenteroloji dergisi 2017;16(1):06-11.

43. Kodera Y. The current state of stomach cancer surgery in the World. Japanese Journal of Clinical Oncology 2016;46(11):1062-71.

44. Kodera Y. Ekstremity in surgeon wolume: Korea may be the place to go if you want to be a decent gastric surgeon. Gastric Cancer 2016;19(2):323-5.

45. Malmström M, Ivarsson B, Johansson J, Klefsgard R. Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer: A focus group study. International Journal of Nursing Studies 2013;50:44-52.

46. Malmström M, Klefsgård R, Johansson J, Ivarsson B, Patients' experiences of supportive care from a long-term perspective after oesophageal cancer surgery e A focus group study. European Journal of Oncology Nursing 2013;17:856-862

47. Sagawa M, Katsube T, Murayama M, Yamaguchi K, Konno S, et al. Risk factors affecting excessive weight loss at one year after gastrectomy in patients with early gastric cancer. J Gastric Disord Ther 2016;2(5).

48. Kim H, Suh EE, Lee H, Yang H. The Effects of patient participation-based dietary ıntervention on nutritional and functional status for patients with gastrectomy: a randomized controlled trial. Cancer Nursing 2014;37(2).

49. North PC. Nursing Management Upper gastrointestinal problems. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM (Eds.). Medical Surgical Nursing. St.Louis,Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p.952-954.

50. Ha S, Kim K, Kim J. The influence of symptoms on quality of life among patients who have undergone oesophageal cancer surgery. European Journal of Oncology Nursing 2016;24:13-19.

51. Sierzega M, Kolodziejczyk P, Kulig J. Impact of anastomotic leakage on long-term survival after total gastrectomy for carcinoma of the stomach. British Journal of Surgery 2010; 97:1035-1042.

52. Zhang XK, Procter NG, Xu Q, Chen XY, Lou FL. Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. International Nursing Review 2017;64:413-420.

53. Ayşan E, Kaygusuz A, Kaleli E. Preoperatif hazırlık preoperatif genel değerlendirme. İstanbul Tıp Dergisi 1998;1:33-40.

54. Yılmaz E. Cerrahi Süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan, F.E. (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Kitabı'nda 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016. s:321-334.

55. Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği 1 Kitabı'nda, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2012. s:257-294.

56. Karayurt Ö, Edeer AD. Tiroid cerrahisinde bakım. Aslan, F.E. (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Kitabı'nda 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016.s:630-642.

57. Berk İG, Deniz A. Kalp yetmezliği ve anemiye güncel yaklaşım. İç Hastalıkları Dergisi 2014;21:63-67.

58. Erdil F, Elbaş NÖ. Gastrointestinal sistem cerrahisinde tanı ve hemşirenin sorumlulukları. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 'de, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2012. s:447-456.

59. Gıersbergen, MY. Ameliyat öncesi hemşirelik yönetimi. Gıersbergen, MY. Kaymakçı, Ş. (Editörler). Ameliyathane Hemşireliği Kitabı'nda, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2015. s:276-282.

60. Smoot B, Wampler M, Topp KS. Breast cancer treatments and complications: ımplications for rehabilitation. Rehabilitation Oncology 2009;27(3).

61. Dumlu EG, Bozkurt B, Tokaç M, Kıyak G, Özkardeş AB, Yalçın S ve ark. Cerrahi hastalarda malnütrisyon ve beslenme desteği. Ankara Medical Journal 2013;13(1).

62.Croghan A. Nursing management liver. pancreas and biliary tract problems, Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM (Eds.). Medical Surgical Nursing. St.Louis,Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p.1040.

63. Şahin M, Tanrıkulu Y, Erel S, Bayraktar K, Akkuş MA. Mide kanserlerinde gastrektomi deneyimlerimiz. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi 2010;2(1):20-26.

64. Kelly KA. Nursing management endocrine problems. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM (Eds.). Medical Surgical Nursing. St.Louis,Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p.1203-1204.

65. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,2010;13:2.

66. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 2011:25(1):11-15.

67. Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2013;21(2):378-391.

68. Hamolsky D. Nursing management breast disorders. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM (Eds.). Medical Surgical Nursing. St.Louis,Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p.1253-1255.

69. Remmers H, Holtgrawe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. European Journal of Oncology Nursing 2010;14:11–16.

70. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(2).

71. Furtado L. Thyroidectomy: post-operative care and common complications. Nursing Standard 2011;25(34):43-52.

72. Karayurt Ö, Ursavaş FE, Çömez S. Endokrin cerrahisi: meme cerrahisinde bakım. Aslan, F.E. (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Kitabı'nda 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016.s:607-611.

73. Toprak D, Doğanay M, Kama NA. Tiroid operasyonlarından sonra görülen komplikasyonlar. Kocatepe Tıp Dergisi 2004;5(2).

74. Siddiqui ARO, Siddiqua A, Yasmeen N, Taranikanti M, Panda S. Comparıson of post operatıve pulmonary functıon between open surgerıes and laparoscopıes. Int J Med Res Health Sci. 2015;4(4):817-819.

75. Bablekos GD, Michaelides SA, Analitis A, Charalabopoulos KA. Effects of laparoscopic cholecystectomy on lung function: A systematic review. World J Gastroenterol 2014;20(46):17603-17617.

76. Fındık ÜY. Cerrahi süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Aslan, F.E. (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Kitabı'nda 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016.s:436-446.

77. Rodondi N, Elzen WP, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. JAMA 2010;304(12).

78. Ulaş T, Paksoy F, Eren MA, Apucu HG, Tursun İ, Çakır A ve ark. Hipokalsemi kalp yetmezliği: olgu sunumu. Gaziantep Tıp Derg 2011;17(1):40-41.

79. Kamer E, Ünalp HR, Atahan K, Peşkersoy M, Tarcan E, Önal MA. Mide tümör perforasyonlarında cerrahi tedavi sonuçları ve prognostik faktörler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15(6):571-578.

80. Dönmez AA, Özdemir L. Lenfödemde Cilt bakımı ve koruyucu yaklaşımlar. Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;54–64.

81. Turan M, Karaman Y, Tekgül ZT, Karaman S, Uyar M, Gönüllü M. Incidence and risk factors of chronic postoperative pain after breast surgery. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2016;26(3):207-214

82. Şendir M. Mide kanserinde beslenme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2).

83. Lim CC, Devi KM, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. Int J Evid Based Healthc 2011;9:215–235

84. Koo DH, Kim DM, Choi JY, Lee KE, Cho SH, Youn Y. In-depth survey of scarring and

distress in patients undergoing bilateral axillo-breast approach robotic thyroidectomy or conventional open thyroidectomy, Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2015;25(5).

85. Ryu KW, Kim Y, Lee JH, Nam B, Kook M, Choi IJ et al. Surgical complications and the risk factors of laparoscopy- assisted distal gastrectomy in early gastric cancer. Annals of Surgical Oncology 2008;15(6):1625–1631.

86.Civelek GM. Meme kanseri ile ilişkili lenfödemin el kas gücü, el fonksiyonları ve elde duyu kaybına etkisi. Çukurova Med J 2016;41(2):208-216.

87. Lee TS, Kilbreath SL, Sullivan G, Refshauge KM, Beith JM. Patient perceptions of arm care and exercise advice after breast cancer surgery. Oncology Nursing Forum Vol.2010;37(1).

88. Cinar N ¸ Seckin Ü ¸ Keskin D, Bodur H, Bozkurt B, Cengiz O. The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. Cancer Nursing Issue: 2008;31(2):160-165.

89. Gürsoy AA. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005,9(2).

90. Polat Y, Sarıcık B, Berçin S, Koca YS, Polat HT. Tiroidektomi olgularımızın retrospektif analizi. Bozok Tıp Derg 2015;5(3):33-6.

91. Mine S, Sano T, Tsutsumi K, Murakami Y, Ehara K, Saka M et al. Large-scale ınvestigation into dumping syndrome after gastrectomy for gastric cancer. American College of Surgeons 2010;211(5).

92. Chaves YS, Destefanı AC. Pathophysıology, dıagnosıs and treatmentof dumpıng syndrome and ıts relatıon to barıatrıc surgery. ABCD Arq Bras Cir Dig 2016;29(Supl.1):116.

93. Karadayı A, Türker PF. Dumping sendromunda nutrisyon. güncel gastroentoroloji 2016;20(3).

94. Shaıkh BF, Memon AA, Kumar M, Memon Z, Soomro E. Complıcatıons of modıfıed radıcal mastectomy ın carcınoma breast patıents. Quarterly Medical Channel MC 2014;20(1):43-46 .

95. Andreollo NA, Lopes LR, Neto JC. Postoperatıve complıcatıons after total gastrectomy ın the gastrıc cancer. analysıs of 300 patıents. ABCD Arq Bras Cir Dig 2011;24(2):126-130.

96. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:1.

97. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5(2).

98. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11:1.

99. Arslan C. Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. KUYEB 2010;10(1):7-43.

100. Han A, Won J, Kim O, Lee SE. Anger expression types and ınterpersonal problems in nurses. Asian Nursing Research 2015;9:146-151.

101. Duman NS, Gökten ES, Efe A. Kanser tanısı sonrası uzun süreli izlem, psikiyatrik sorunlar ve psikoterapötik yaklaşım: olgu sunumu. Acta oncologıca turcıca, Kabul Tarihi: 13/04/2015 Doi: 10.5505/aot.2015.44227

102. Öz F. Hemşirelik. Öz F (Editör). Sağlık Alanında Temel Kavramlar' da. İstanbul: Mattek Matbaacılık; 2010 s.43.

103.Küçükkaya PG. Estetik cerrahide ameliyat öncesi psikososyal değerlendirmede hemşirenin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(2):94-99.

104. Akyolcu N. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği 1' de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012 s.363.

105. Womble DM. Psychiatric disorders. Womble DM (Edit). Introductory Mental Health Nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2011 p.134.

106. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü, Sağlık ve Toplum 2011;21(1).

107. Özcan A. İletişimin modu. Özcan A (Editör). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim 'de. İstanbul: Sistem Ofset Baskı; 2006 s.45.

108. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:37-45.

109. Bag˘ E, Mollaoğlu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysisjep_1214 605..610. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010;16:605–610.

110. Çelik A, Yıldırım Y. Orem öz bakım eksikliği hemşirelik kuramı'na göre vazovagal senkop'u olan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(14):182-186.

111. Gurkan A, Gulseven B, Eren A. Yoga after coronary artery bypass graft surgery: its effect on anxiety and self-care agency. HealthMED 2013;7(1):211-216.

112. Tsay S. Healstead MSelf-care self-efficacy,depression,and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. International Journal of Nursing Studies 2002;39:245–251.

113. Altay B, Avcı İA. Huzurevinde yasayan yaslılarda öz bakım gücü ve yasam doyumu arasındaki ilişki, Dicle Tıp Derg 2009;36(4):275-282.

114. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;2:19-30.

115. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;4(1).

116. Özer AK. Sürekli öfke (sl-öfke) ve öfke ifade tarzı (öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9(31):26-35.

117. Nahcivan NÖ. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması: öz-bakım gücü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1994;7(33):109-118.

118. Sütcü GG. Tanı- ameliyat süreci yakın zamanlı olan meme kanseri hastalarının öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi.(yüksek lisans tezi)., Ankara: 2010.

119. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences 2007;12(2):145-148.

120. Akinsulore A, Owojuyigbe MA, Faponle AF, Fatoye FO. Assessment of preoperatıve and postoperatıve anxıety among electıve major surgery patıents ın a tertıary hospıtal ın nıgerıa, Middle East journal of anaesthesiology 2015;23(2):235-240.

121. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(2):129-133.

122. Fındık ÜY. Ampütasyon uygulanan hastalarda eğitimin "hastalığı değerlendirme" ve "öz-bakım gücü" kazanma yetisine etkisi.(doktora tezi).İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.

123. Direk F, Çelik SŞ. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2012;20(3):530-535.

124. Irmak B. Lomber disk herni nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi.(yüksek lisans tezi). Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

125. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009;21(2):45-53.

126. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Personality and Individual Differences 2005;39:1249-1260.

127. Şahin NH, Batıgün AD, Koç V. Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):17-25.

128. Ghoneim MM, Ohara MW. Depression and postoperative complications: an overview. BMC Surgery 2016;16:5.

129. Nickinson RSJ, Board TN, Kay PR. Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009;1356-1294.

130. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital. South Western Ethiopia. BMC Surg 2014;14:67.

131. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2013;8(23).

132. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(2).

133. Savaşan A. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz-bakım gücü ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2009;1(1):13-17.

134. Almonacid CIF, Ramos AJ, Borrego MAR. Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:2707.

135. Erkek N, Özgür G, Gümüş AB. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006,10(2).

136. Güleç H, Sayar K, Topbaş M, Karkucak M, Ak İ. Fibromiyalji Sendromu Olan Kad›nlarda Aleksitimi ve Öfke. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(3):191-198.

137. Uyar Sİ, Akpınar MB, Şahin V, Abacılar AF, Uç H, Varol R et al. Preoperative education may attenuate anger scores of patients after cardiac surgery. turk gogus kalp damar 2014;22(3):547-552.

138. Vural H. Kronik otitis medialı hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası psikiyatrik değerlendirme.(uzmanlık tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği; 2014.

139. Karakaya B. Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi.(uzmanlık tezi).Konya: Selçuk Tıp Fakültesi; 2014.

140. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian J Intern Med 2014;5(3):167-170

141. Şahin ZA. Kemoterapi tedavisi alan hastalara verilen semptom kontrolü eğitiminin öfke ve stresle baş etme düzeylerine etkisi.(yüksek lisans tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

142. Khan S, Khan NA, Rehman AU, Khan I, Samo KA, Memon AS. Levels of depression and anxiety post-mastectomy in breast cancer patients at a public sector hospital in karachi, Asian Pac J Cancer Prev 2016;17 (3): 1337-1340.

143. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. J Breast Health 2016;12:145-50.

144. Kim JH, Choi JY. Postoperative changes in body weight, anxiety, depression, and quality of life after radical gastrectomy among patients with gastric cance. Asian Oncol Nurs. 2014;14(3):139-145.

145. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmazer TT, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi, 2011.

146. Park S, Kanga CY, Hwanga Y, Seongb YW, Leea HJ, Park IK et al. Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2016;49:16–21.

147. Shen TC, Lai HC, Huang YJ, Lin CL, Sung FC, Kao CH. The risk of depression in patients with cholelithiasis before and after cholecystectomy. Medicine 2015;94(10).

148. Koçer E, Koçer A, Canan F. Anger management and factors that ınfluence anger in physicians. Balkan Med J 2011;28:62-68.

149. Nakatani Y, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Yamamoto K, Watanabe M et al. Predictors of psychological distress in breast cancer patients after surgery. Kitasato Med J 2013;43:49-56.

150. Acil H, Çavdar İ. Comparison of quality of life of turkish breast cancer patients receiving breast conserving surgery or modified radical mastectomy. Asian Pac J Cancer Prev, 2014;15(13):5377-5381.

151. Okanli A, Ekinci M. The comparison of marital adjustment, emotional control level and life satisfaction of the patients with breast cancer and their husbands after and before mastectomy. New Symposium Journal 2008;46:9-14.

152. Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ST, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yasam kalitesi ilişkisi, Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2011;50(2):95-102.

153. Üstündağ H, Zengin N. Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11:1.

155. Boni L, Benevento A, Rovera F, Dionigi G, Di Giuseppe M, Bertoglio C et al. Infective complications in laparoscopic surgery, Surg Infect (Larchmt) 2006;7 (Suppl 2):109-11.

154. Nart A. Açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz – bakım gücünün değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi).İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

156. Yücel SD. Akciğer kanserili hastalarda öz-bakım gücü ve benlik saygısı ile aralarındaki ilişkinin belirlenmesi.(yüksek lisans tezi).Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

157. Güner Sİ, Kaymakçı S. The examination of the relationship between health promotion life-style profile and self-care agency of women who underwent mastectomy surgery. Eastern Journal of Medicine 2014;19:71-78.

158. Bayrı F, Kelleci M. Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki. Turkiye Klinikleri J Nurs 2009;1(2):65-70.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1. Ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi..... 11
Tablo 2. Hastaların bireysel özellikleri..... 27
Tablo 3. Hastaların ölçek puan ortalamaları..... 28
Tablo 4. Ameliyat öncesi sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki..... 28
Tablo 5. Ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı arasındaki ilişki..... 29
Tablo 6. Ameliyat sonrası sürekli öfke, öfke tarzı ve öz-bakım gücü ilişkisi 29
Tablo 7. Cinsiyetin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi 31
Tablo 8. Medeni durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi..... 33
Tablo 9. Eğitim durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi..... 35
Tablo 10. Çalışma durumunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi..... 37
Tablo 11. Ekonomik durumun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke ve öfke tarzı ölçek puan ortalamalarına etkisi..... 39
Tablo 12. Cerrahi işlem tipinin hastaların sürekli öfke düzeylerine etkisi. 40
Tablo 13. Cerrahi işlem tipinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sürekli öfke düzeyine etkisi 40
Tablo 14. Cerrahi işlem tipinin öfke tarzlarına etkisi 42
Tablo 15. Hastaların bireysel özelliklerinin öz-bakım gücüne etkisi 44

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında İstanbul'da doğan Hatice Merve ALPTEKİN ilk ve ortaöğrenimini İstanbul'da tamamlamasının ardından 2010-2014 yılları arasında Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır 2014-2016 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında araştırma görevlisi olarak çalışmıştır. 2017 yılında Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına İhtisaslaştırılmış Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında araştırma görevlisi olarak atanmıştır ve halen bu görevdedir.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Ek 2: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Ek 3: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Ek 4: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Etik İzin Formu

Ek 5: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek 6: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni

Ek 7: Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırmanın, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz-bakım gücü düzeylerinin değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bilimsel amaçla yapılan bu araştırmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Araştırma size herhangi bir mali yük getirmemektedir. Doğru ve samimi yanıtlarınız doğrultusunda araştırmamız geçerli ve güvenilir olacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

1. Yaşınız? …….

2. Cinsiyetiniz? Kadın ( ) Erkek ( )

3. Medeni Durumunuz? Bekar ( ) Evli ( )

4. Eğitim durumunuz?

Okur-yazar ( ) Ortaöğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

5. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( )

6. Gelir durumunuz nedir?

1300 TL'den az ( ) 1300-2000 TL( ) 2000 TL' den fazla ( )

7. Geçirmiş olduğunuz bir cerrahi girişim öykünüz var mı?

Yok ( ) Var (……)

8.Hangi cerrahi girişim planlandı/ oldunuz?

Gastrektomi ( ) Mastektomi ( ) Tiroidektomi ( ) Kolesistektomi ( )

9. Taburcu olduğunuz zaman size kim refakat edecek?

Anne- Baba ( ) Çocuklar ( ) Akraba ( ) Diğer(…….)

Ek 2: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç			Tümüyle
1. Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissetiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3: Öz Bakım Gücü Ölçeği

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	**Beni pek tanımlamıyor**	**Fikrim yok**	**Beni biraz tanımlıyor**	**Beni çok tanımlıyor**
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )

9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )

24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

Ek 4: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Etik İzin Formu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/233	
	PROTOKOL ADI	Organ Kaybı Deneyimleyen Cerrahi Hastalarının Öfke ve Öz-Bakım Gücü Düzeylerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 17/10**	**Tarih:02.11.2016**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen, Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Merve ALPTEKİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet UZEL
Dekan
Dekan Yrd.

Ek 5: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 79056779-600 -E.64756 28/09/2016
Konu : Tez çalışması hk.

Sayın Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İlgi : 27/09/2016 tarihli ve 0 sayılı yazı,

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Merve ALPTEKİN'in "Organ Kaybı Deneyimleyen Cerrahi Hastalarının Öfke ve Öz-Bakım Gücü Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Kurumumuz Genel Cerrahi Kliniğinde yürütme isteği Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü V.

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon:(0284) 235 27 31 Faks(0284) 235 27 30
E-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tuh.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Neriman ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 6: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni

Sn Alptekin
Sözü edilen ölçekleri araştırmanızda kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar
Prof Dr Kadir Özer

Samsung Mobile tarafından gönderildi.

-------- Orjinal mesaj --------
Kimden: merve ALPTEKİN <ImervealptekinI@hotmail.com>
Tarih:15/08/2016 14:29 (GMT+02:00)
Alıcı: ozer.akadir@gmail.com, kadirozer.bvt@gmail.com
Cc:
Konu:

Sayın Kadir Hocam

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD' da araştırma görevlisiyim. Sizlerin 1994 yılında geçerlik güvenilirliğini yaptığınız 'Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğini' izninizle,

Doç.Dr.Ümmü Yıldız Fındık danışmanlığında yürütmekte olduğum 'Bir Organı Çıkarılan Cerrahi Hastalarının Öfke ve Öz Bakım Düzeylerinin Değerlendirilmesi' isimli yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin kullanım bilgilerini de ulaştırabilirseniz çok sevinirim.

Ek 7: Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Alptekin,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

Prof. Dr. Nursen Nahcivan

15 Ağustos 2016 14:22 tarihinde merve ALPTEKiN <ImervealptekinI@hotmail.com> yazdı:

> Sayın Nursen Hocam
>
> Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD' da araştırma görevlisiyim. Sizlerin 1993 yılında geçerlik güvenilirliğini yaptığınız 'Öz Bakım Gücü Ölçeğini' izninizle,
>
> Doç.Dr.Ümmü Yıldız Fındık danışmanlığında yürütmekte olduğum 'Bir Organı Çıkarılan Cerrahi Hastalarının Öfke ve Öz Bakım Düzeylerinin Değerlendirilmesi' isimli yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin kullanım bilgilerini de ulaştırabilirseniz çok sevinirim.