



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**TİROİDEKTOMİ AMELİYATI SONRASI
HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLARIN
BELİRLENMESİ**

SEMRA ATASAYAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AĞUSTOS 2016



**TİROİDEKTOMİ AMELİYATI SONRASI HASTALARIN YAŞADIKLARI
SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

Semra ATASAYAR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2016

Semra ATASAYAR tarafından hazırlanan “Tiroidektomi Ameliyatı Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan: Doç. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye: Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 11/08/2016

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Semra ATASAYAR

11.08.2016

TİROİDEKTOMİ AMELİYATI SONRASI HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Semra ATASAYAR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2016

ÖZET

Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, 22 Mayıs 2015 – 24 Haziran 2016 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniklerinde benign tiroid hastalık nedeniyle ilk kez tiroidektomi ameliyatı geçiren 60 hasta ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan ve iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu, ameliyat sonrası 1. gün hastalarla yüz yüze görüşülerek, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ise telefonla izlem yapılarak uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), ShaphiroWilk, Ki kare, Fisher Exact, Olabilirlik oranı, Freidman ve Cochran Q testleri kullanılmıştır. Araştırmada, ameliyat sonrası 1. günde hastaların tamamı ağrı ve çalışma-eğlenme, %98,3'ü yeme-içme, %96,7'si kişisel hijyen-giyim, %95,0'ı solunum, %93,3'ü hareket, %40,0'ı uyku ve %10,0'ı beden imajı ile ilgili sorunlar yaşamıştır. Hastaların izlemlere göre en çok yaşadıkları sorunlar ameliyat sonrası 1. haftada ağrı ve çalışma – eğlenme; 2. haftada çalışma – eğlenme ve iletişim; 3. haftada çalışma – eğlenme, beden imajı ve iletişim; 4. haftada ise hareket, çalışma – eğlenme ve beden imajı olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları tüm sorunların zaman içinde anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların ameliyat sonrası 1. gün ve 1. haftada sorun yaşama oranlarının fazla olduğu, ameliyat sonrası 2., 3. ve 4. haftalarda yaşanan sorunların oranlarının giderek azaldığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve erken taburculuk sonrası bu sorunları çözümleyebilmelerine ilişkin telefonla izlem yapılması ve danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1

Anahtar Kelimeler : Tiroidektomi, ameliyat sonrası dönem, sorunlar, telefonla izlem

Sayfa Adedi : 79

Danışman : Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

DETERMINATION OF THE PROBLEMS EXPERIENCED BY THE PATIENTS
AFTER THYROIDECTOMY

(M. Sc. Thesis)

Semra ATASAYAR

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

August 2016

ABSTRACT

The aim of this descriptive study was to determine problems experienced by patients after thyroidectomy. The study was carried out between May 22nd, 2015 and June 24th, 2016 in General Surgical Clinics of Gazi University Health Research and Practice Centre in Ankara. This study included 60 patients undergoing thyroidectomy for the first time for benign thyroid diseases. The data collection tool consists of two questionnaires was developed by the researcher based on a literary approach. Questionnaires were applicated to the patients on postoperative 1st day by face to face and tele-follow up visits on 1st, 2nd, 3rd and 4th weeks. Descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standart deviation) and Shaphiro Wilk, Chi Square, Fisher Exact, Likelihood Ratio, Freidman and Cochrane Q tests were used in evaluating the data. According to the results of the study, it was found that on the postoperative 1st day, patients experienced problems related pain (100,0%), work&fun (100,0%), nutrition (98,3%), individual hygiene&clothing (96,7%), breathing (95,0%), physical activity (93,3%), sleeping (40,0%) and body image (10,0%). In accordance with monitoring results of the study, patients mostly suffered from pain and work&fun on the first week; work&fun and communication on the second week; work&fun, body image and communication on the third week; and physical activity, work&fun and body image on the fourth week. Depending on the statistical analyses; all experienced problems on the postoperative first day, 1st, 2nd, 3rd, and 4th weeks were significantly ($p<0.05$) declined. According to the results the ratio of problems which experienced by patients on the postoperative 1st day and 1st week was higher than other follow-ups. On the contrary the ratio of problems which experienced by patients on 2nd, 3rd and 4th weeks were gradually reduced. With regard to findings of this study, we suggest tele-follow up and consultancy to the patients for resolving the problems experienced postoperatively and early after discharge.

Science Code : 1032.1

Key Words : Thyroidectomy, postoperative period, problems, tele-follow up

Page Number : 79

Advisor : Instructor Dr. Sevil GÜLER DEMİR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli yardımları ve katkılarıyla bana destek olan, hoşgörüsünü esirgemeyen ve kıymetli zamanını ayıran danışmanım Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR'e,

Çalışmanın uygulanmasında kullanılan veri toplama formunun hazırlığında uzman görüşlerinden faydalandığım Doç. Dr. Hülya BULUT, Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ ve Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK'e,

Çalışmanın gerçekleşmesine katkı sağlayan hastalara ve ailelerine,

Her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tiroid Bezinin Anatomisi.....	5
2.2. Tiroid Bezinin Fizyolojisi	7
2.2.1. Tiroid hormonlarının fizyolojik işlevleri	7
2.3. Tiroid Bezi Hastalıkları.....	9
2.3.1. Beningn tiroid hastalıkları.....	9
2.3.2. Tiroid kanserleri.....	10
2.4. Tiroid Hastalıklarında Uygulanan Cerrahi Yöntemler.....	11
2.4.1. Tiroidektomi endikasyonları	11
2.4.2. Tiroidektomi çeşitleri.....	11
2.4.3. Tiroidektomi yaklaşımı	13
2.4.4. Tiroidektomi komplikasyonları.....	14
2.5. Tiroid Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	17
2.5.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı.....	17
2.5.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	18
2.5.3. Tiroidektomi sonrası evde gelişebilecek sorunlar ve komplikasyonlara yaklaşım	21

	Sayfa
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Formları	24
3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	25
3.6. Araştırmanın Uygulanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	63
EK-1. Tanıtıcı özellikler formu.....	64
EK-2. Ameliyat sonrası hasta izlem formu.....	65
EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik Kararı.....	71
EK-4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	72
EK-5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	75
EK-6. Ek çizelgeler	76
ÖZGEÇMİŞ	78

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Tiroid hormonlarının fizyolojik işlevleri	8
Çizelge 2.2. Tiroidektomi endikasyonları.....	11
Çizelge 2.3. Tiroid ameliyatı öncesi hemşirelik bakımı	18
Çizelge 2.4. Tiroid ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı	19
Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri.....	29
Çizelge 4.2. Hastaların tiroidektomi ameliyatı ile ilgili özellikleri	31
Çizelge 4.3. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları sorunların dağılımı.....	33
Çizelge 4.4. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ağrı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	36
Çizelge 4.5. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların dağılımı	38
Çizelge 4.6. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda beden imajı ile ilgili yaşadıkları sorunların dağılımı	42
Çizelge 4.7. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda komplikasyon yaşama durumları.....	44

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Tiroid bezinin anatomisi	6
Şekil 2.2. Tiroidektomi sonrası evde sorun/komplikasyon yönetimi algoritması	22
Şekil 4.1. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda herhangi bir sorun yaşama durumları	32

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklama
%	Yüzde
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi

Kısaltmalar	Açıklama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BTH	Benign Tiroid Hastalıkları
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
MNG	Multinodüler Guatr
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T4	Tiroksin
T3	Triiyodotironin
TSH	Tiroid Stimüle Edici Hormon

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

Tiroid hastalıkları dünyada ve ülkemizde yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir [1,2]. Amerikan Tiroid Birliği (American Thyroid Association) 2015 yılında yayınladığı raporda, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 20 milyon kişinin tiroid hastalıklarının herhangi bir türüne sahip olduğunu bildirmektedir [3]. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 2012 yılında ülkemizde toplam nüfusun %3,4'ne tiroid hastalığı tanısı konulduğu, tiroid hastalığı görülme sıklığının kadınlarda %5,7, erkeklerde %0,9 olduğu bildirilmiştir [4]. Tiroid bezinin selim hastalıkları benign tiroid hastalıkları (BTH) olarak tanımlanmaktadır. BTH; hipertiroidizm, hipotiroidizm, toksik-nontoksik nodüler guatr, Graves hastalığı, Hashimoto hastalığı ve tiroiditlerden oluşmaktadır [2].

BTH'nin tedavisinde; medikal tedavi, radyoaktif iyot tedavisi ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır [2]. Tiroid bezinin büyüyerek çevre dokulara bası yapması, hipertiroidizm ve medikal tedavinin yetersiz olduğu durumlarda ilk seçenek cerrahi tedavidir. Ülkemizde tiroid cerrahisi, cerrahi girişimler arasında sıklıkla uygulanmaktadır [5]. Tiroid cerrahisi, lobektomi, subtotal tiroidektomi, total tiroidektomi ve totale yakın tiroidektomi gibi çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır [6]. Dünya çapında BTH için en yaygın uygulanan cerrahi yöntem total tiroidektomi olmakla birlikte, en doğru yöntemin hangisi olduğu halen tartışma konusudur [7].

Tiroidektomi ameliyatlarında ölüm oranı neredeyse sıfırdır, ancak ameliyat sonrası yaşamı etkileyebilecek önemli komplikasyonlar görülebilmektedir [7]. Bunlar kanama, seroma, enfeksiyon, keloid, hava embolisi, brakial pleksus yaralanması, organ yaralanmaları, vokal kord hasarları, larengeal ödem, hipokalsemi, hipotiroidizm ve hipoparatiroididir [5,8,9]. Hariadha, Sulaiman, Gillani ve Baig (2013) Malezya'da 30 hastanın verilerini retrospektif olarak incelemişler ve hastaların %50'sinde hipotiroidizm, %26.67'sinde hipokalsemi, %13.3'ünde ses kısıklığı, %6.67'sinde hematoma ve %3.33'ünde boğaz ağrısı geliştiğini saptamışlardır [10]. Ülkemizde Çağlayan ve Çelik (2012)'in BTH nedeniyle ameliyat edilen 242 hastayı retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında, hastaların %10.3'ünde geçici hipokalsemi, %7.0'nda geçici rekürren sinir felci, %1.2'sinde kalıcı hipokalsemi ve %0.9'unda da kalıcı rekürren sinir felci geliştiğini belirlemişlerdir [11].

Literatürde tiroidektomi ameliyatı sonrası gelişen komplikasyonlar ve komplikasyon gelişme nedenlerini belirleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır [8,12,13,14,15]. Ancak ameliyat sonrası hastaların günlük yaşamlarında karşılaştıkları beslenme, kişisel bakım (banyo, diş fırçalama, saç tarama gibi), giyinme, hareket, uyku, çalışma-eğlenme ve iletişim ile ilgili sorunlara yönelik kaynaklar sınırlı sayıdadır. Sabaretnam, Mishra, Chand, Agarwal, Agarwal, Verma ve Mishra (2012) tarafından benign guatr nedeniyle tiroidektomi yapılan hastalarda yutma fonksiyonunu değerlendirmek amacıyla yapılan prospektif vaka-kontrol çalışmasında, vaka grubu (n:124) ve kontrol grubundaki (n:100) hastaların %9,7'sinin ameliyat öncesi dönemde yutma sorunu yaşadığı, vaka grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde, ameliyat öncesi döneme göre daha fazla yutma sorunu yaşadıkları belirlenmiştir [16]. Tiroidektomi öncesi ve sonrası (ameliyattan sonra 1. hafta, 1. ay ve 3. ay) ses ve yutma sorunlarının incelendiği bir başka prospektif araştırmada (n:110) ise, ameliyat öncesi dönemde hastaların %60'nın (n:66), ameliyat sonrası 1. haftada %81,8'inin (n:90), 1. ayda %75,5'inin (n:83), 3.ayda ise %66,4'ünün (n:73) ses değişikliklerinden şikâyet ettiği saptanmıştır. Çalışmada, ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ve 3. aylarda ses ve yutma sorunu yaşayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) artış olduğu gözlenmiştir [9].

Literatürde de belirtildiği gibi; tiroidektomi ameliyatı sonrası dönemde yaşanan sorunlar hastanın yaşamını fiziksel, zihinsel, sosyal ve fonksiyonel yönden etkilemektedir. Hastalar taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerini etkileyen ağrı, solunum, beslenme, hareket, özbakım, çalışma-eğlenme, uyku ve iletişim sorunları ile ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlara bağlı sorunlar yaşamaktadır [17]. Günümüzde tiroidektomi hastalarının klinikte ortalama 1-2 gün yatmaları nedeniyle, taburculuk planlamasının olumsuz etkilendiği ve hasta eğitiminin etkili yapılamadığı/yapılmadığı gözlenmektedir. Hastaların etkili bir taburculuk eğitimi alamaması, evde günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yaşadıkları sorunları ve gelişen komplikasyonları belirleyememe ve çözümleyememelerine neden olmaktadır [18]. Yapılan çalışmalarda bu sorunların ve olumsuz etkilenmenin azaltılmasında, hastaların ve bakım verenlerin ameliyat öncesi dönemden itibaren evde gelişebilecek sorunlar ve alınması gereken önlemlerle ilgili bilgilendirilmelerinin ve hasta izleminin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır [17,18].

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde taburculuk sonrası hasta izlemlerinin telefonla yapılması giderek önem kazanmaktadır [19,20]. Özellikle cerrahi sonrası hızlı iyileşme

protokollerinde, hastaların hemşireler tarafından değerlendirilmesi, hastaların yaşadıkları sorunları iletmesi ve hemşire tarafından bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin sunulmasını kapsayan telefon görüşmelerinin yapılmasına karar verilmiştir [21]. Cusack ve Taylor (2010) telefonla izlem ile hastaların klinikte bekleme sürelerinin ve planlanan yüz yüze görüşme sayısının azaldığını belirtmektedir [22]. Telefonla yapılan izlemler bakım sürekliliğinin sağlanmasında kolay, ulaşılabilir ve maliyet etkin olması nedeniyle tercih edilmektedir [23]. Literatürde, tiroidektomi sonrası telefonla izlem ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Mishra, Kapoor ve Mishra (2009) tarafından yapılan bir araştırmada, tiroid (n:29) ve paratiroid cerrahisi (n:3) geçirmiş 32 hastanın ameliyat sonrası kontrolleri telefonla izlem yoluyla yapılmış ve hastaların telefonla izlem yönteminden memnuniyetleri ile yöntemin maliyet etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada, hastaların %69'unun telefonla izlem yönteminden son derece memnun oldukları, memnun olmayan hastanın bulunmadığı ve yöntemin önemli derecede finansal tasarruf sağladığı saptanmıştır [24]. Kolostomi açılan hastaların (n:130) taburculuk sonrası dönemde stoma bakım hemşiresi tarafından telefonla izlendiği randomize kontrollü çalışmada ise, telefonla danışmanlık alan hastalarda stomaya uyumun, öz yeterliliğin ve bakımdan memnuniyetin arttığı, stoma komplikasyonlarının da azaldığı saptanmıştır [25]. Taburculuk sonrası hastaların hemşireler tarafından telefonla izlenmesi, hastaların iyileşme süreçlerinin değerlendirilmesinde, bakımdaki eksikliklerin belirlenmesinde, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların saptanması ve çözümlenmesinde önemli yere sahiptir [18].

Tiroidektomi ameliyatı olan hastaların, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların azaltılmasına ve çözümlenmesine, gelişen komplikasyonların önlenmesine ve erken dönemde belirlenmesine yardımcı olacaktır. Ülkemizde, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde telefonla izlenerek yaşadıkları sorunların belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesini sağladığı için önemlidir. Bu bağlamda, bu araştırmanın hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

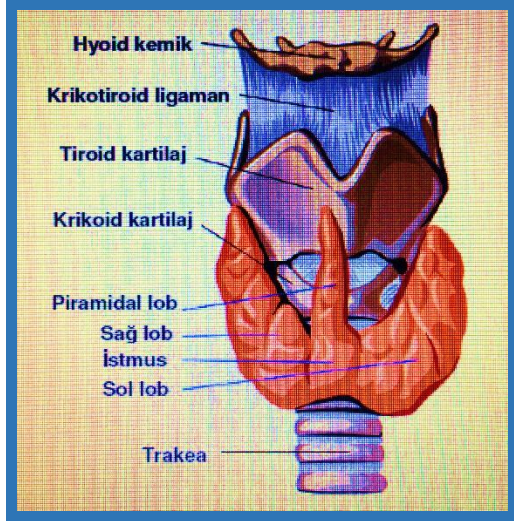
2. GENEL BİLGİLER

‘Tiroid’ terimi Yunanca *kalkan şekilli* anlamına gelen ‘thyreoides’ kelimesinden türemiştir. Tiroid büyümesine ilişkin ilk gözlemler milattan öncesine dayanmaktadır. Tiroid bezinin anatomik olarak tanımlaması ilk kez Rönesans devrinde yapılmakla birlikte, fonksiyonları uzun yıllar aydınlatılmamıştır. Modern çağlarda tiroid bezini anatomik olarak ilk kez Thomas Wharton 1656 yılında yazdığı kitabında tanımlamıştır [26]. Tiroid bezine ilk cerrahi girişimin milattan sonra 500’lü yıllarda gerçekleştirildiği bildirilmektedir [27]. Cerrahide kabul gören ilk tiroidektomi ameliyatı ise, Emil Theodor Kocher (1841–1917) tarafından 1876 yılında gerçekleştirilmiştir. Tiroid cerrahisi sonrası mortalite oranları 19. yüzyılın ortalarına kadar %40 oranında seyretmiştir. Genel anestezi, asepsi ve hemostazdaki gelişmelerle mortalite oranlarında da anlamlı derecede düşüş gözlenmiştir [26]. Tiroid cerrahisinin baş mimarları olarak bilinen Emil Theodor Kocher (1841-1917) ve Theodor Billroth (1829-1894) binlerce tiroid ameliyatını giderek artan başarı oranları ile gerçekleştirmişlerdir. Thomas Dunhill 1911’de 230 vakalık serisinde mortalite oranını %1.3’e düşürmüştür. Dunhill ayrıca bu vaka serisinde, bilateral tiroid hastalıklarında bir tarafa total lobektomi, diğer tarafa da lobun 2/3’ünün rezeksiyonu tekniğini tanımlamıştır [28]. Yirminci yüzyılın başlarından itibaren bilateral benign tiroid hastalıklarında subtotal tiroidektomi dünyada yaygın uygulanan prosedür haline gelmiştir. Bu dönemden sonra nüks tiroid patolojilerinin sayısının artması ve görüntüleme yöntemlerindeki ilerlemeler sayesinde, benign tiroid hastalıklarında total tiroidektomi ameliyatları gündeme gelmiştir [29]. Günümüzde ise; gelişen teknolojinin ışığında tiroidektomi, endoskopik cerrahi ve robotik cerrahiyi de içeren minimal invaziv cerrahi teknikleri kullanılarak yapılabilmektedir [30].

2.1. Tiroid Bezinin Anatomisi

Tiroid bezi, açık kahverengi, sert ve yetişkin bireylerde ortalama 20 gram ağırlığındadır. Kadınlarda daha ağır olup, menstruasyon ve gebelik döneminde büyüme göstermektedir. Tiroid bezi, trakeanın önünde uzanan ve trakeayı kısmen çevreleyen iki lateral lob ve bunları ortada birleştiren isthmustan oluşmaktadır. İnsanların yaklaşık %80’inde lateral loblara ek olarak, genellikle orta hattın biraz solunda isthmustan yukarıya uzanan ve tiroglossal kanalın kalıntısı olan piramidal lob bulunmaktadır. İsthmus, krikoid kıkırdağın

ön ve alt kısmında lokalize olup, genellikle 1. ile 4. trakeal halkayı örtmektedir. Lateral loblar ortalama 4 cm uzunluğunda ve 2 cm enindedir (Şekil 2.1) [31].



Şekil 2.1. Tiroid bezinin anatomisi [32]

Tiroid bezinin loblarda kalınlığı 20-40 mm, isthmusta ise 2-6 mm'dir. Loblar lateralde karotis kılıfına ve sternokleidomastoid kasa, önde sternohyoid ve sternotiroid kaslara komşudur. Tiroid bezi, Berry ligamenti aracılığı ile krikoid kıkırdak ve üst trakeal halkalara sıkıca yapışıktır, arkada özefagus ve trakea tarafından sınırlandırılmıştır [31].

Tiroid, iyi kanlanan bir bezdir. Bezin kanlanması ikisi superior, ikisi inferior olmak üzere dört ana arter tarafından sağlanmaktadır [33]. Tiroidin venöz dönüşü ise inferior ve superior tiroid venleri ile tiroid media ile sağlanmaktadır [34].

Lenfatik kapiller bir ağ tüm tiroid foliküllerini sarar ve yüzeysel lenf pleksusuna açılır. Kapiller lenfatikler tiroidi terk ettikten sonra derin anterior ve lateral boyun lenf düğümlerine drene olur [33].

Tiroid bezini otonom sinir sisteminin sempatik ve parasempatik dalları inerve eder. Üst ve orta servikal sempatik ganglionlardan gelen sempatik lifler damarları izleyerek tiroid bezine girer ve bezin hormon salgılamasına etki etmektedir. Parasempatik lifler ise, vagus sinirinden köken alırlar ve laringeal sinirin dalları yoluyla tiroide ulaşırlar [31]. Tiroid bezinin inervasyonu ayrıca, rekürren laringeal sinir ve superior laringeal sinir ile de gerçekleşmektedir. Rekürren laringeal sinir, larinks kaslarının inervasyonu

sağlamaktadır ve sinir hasar gördüğünde, hasarın olduğu tarafta vokal kord paralizisi gelişmektedir. Superior laringeal sinir ise krikotiroid kası inerve etmektedir ve sinirin hasara uğraması, fonasyonda zorluğa neden olmaktadır [35].

2.2. Tiroid Bezinin Fizyolojisi

Tiroid bezi, tiroksin (T_4), triiyodotironin (T_3) ve kalsitonin hormonlarını salgılamaktadır. Tiroid hormonlarının salınımı başlıca, ön hipofiz bezi tarafından salgılanan tiroid stimüle edici hormon (TSH) tarafından negatif feedback etkisi ile kontrol edilmektedir [34]. Tiroid hormonlarının sentezi için iyot gereklidir. Normal tiroid işlevlerinin sürdürülebilmesi için gereken günlük minimum iyot alımı yetişkinlerde 150 mg'dır [36]. İyot, sindirim kanalından hızla emilerek kısa süre içinde tüm ekstrasellüler alana dağılmak üzere kan akımına karışmış olur. Plazmadaki iyodun yaklaşık beşte biri tiroid bezi hücreleri tarafından alınırken, kalanı böbrekler yoluyla atılır [37].

Tiroid hormonlarının oluşumu iyodun hızlı oksidasyonu, iyodun tiroglobulin içinde tirozin artıklarına bağlanması, iyodotirozinlerin (monoiyodotirozin ve diiyodotirozin) ikili olarak birleşmesi ile gerçekleşir. T_4 ve T_3 tiroglobuline bağlı olarak tiroid folliküllerinin içindeki kolloidde depolanır. Aktif tiroid hormonları plazmada, tiroid hormonu bağlayan globulin, prealbumin ve albumin gibi taşıyıcı plazma proteinlerine bağlı olarak taşınır [36,37]. Dolaşımda T_4 T_3 'den 10-20 kat daha fazla bulunmasına rağmen T_3 daha etkilidir. Plazmada T_3 taşıyıcı proteinlere T_4 kadar güçlü bağlı değildir, bu nedenle proteinlerden ayrılarak dokulara daha kolay girer, aktivitesi yüksek ancak kısa süreli etkilidir. T_4 ise düşük aktivite gösterir ve daha uzun etkilidir [34,36,37].

Kalsitonin tiroid bezi, paratiroidler ve timustan salgılanan bir hormondur. Plazma kalsiyum konsantrasyonu yükseldiği zaman salgılanarak kalsiyumun plazmadan kemiklere geçişini hızlandırmaktadır [38].

2.2.1. Tiroid hormonlarının fizyolojik işlevleri

Tiroid bezinden salgılanan T_3 ve T_4 hormonlarının başlıca fonksiyonları hücrel metabolik aktiviteyi kontrol etmektir. Vücut metabolizmasını sabit durumda tutabilmek için T_3 , T_4 'e göre daha yeterli ve hızlıdır. Bu iki hormon oksijen tüketimine yardımcı olan

spesifik enzimlerin düzeyini artırarak metabolik süreci hızlandırır. Tiroid hormonları hücrel metabolizma üzerindeki etkileri nedeniyle vücuttaki organların bir kısmını etkilemektedir [38]. Tiroid bezinden salınan diğer bir hormon olan kalsitonin ise kalsiyumun plazmadaki düzeyini korumaya yönelik aktivite gösterir [39].

Çizelge 2.1. Tiroid hormonlarının fizyolojik işlevleri

Tiroid hormonlarının fizyolojik işlevleri	
<u>Kalorijenik etki</u>	Aktif dokuların tümünde oksijen tüketimi artar. Vücut dokularının büyük kısmının metabolik aktivitesi artar. Bazal metabolizma hızı artar. Vücudun tüm vitaminlere olan gereksinimi artar.
<u>Kalp damar sistemi üzerine etkileri</u>	Kan akımı ve kalp debisi artar. Nabız basıncı ve kalp hızı yükselir, dolaşım zamanı kısalır. Kalbin kasılma gücü artar.
<u>Sinir sistemi üzerine etkileri</u>	Beyin gelişim hızı artar. Reflekslerin tepki zamanı üzerine etki eder.
<u>İskelet kası üzerine etkileri</u>	Tiroid hormon miktarında az artış kasların cevabını güçlendirir. Hormon miktarı çok yükselirse kaslarda güçsüzlük ve kramplar gelişir.
<u>Karbonhidrat metabolizması üzerine etkileri</u>	Sindirim kanalından karbonhidratların emilim hızı artar. Glikozun hücreler tarafından tutulumu artar. Dokularda glikoz yıkımı artar. Karaciğerde glikojen miktarı artar.
<u>Yağ metabolizması üzerine etkileri</u>	Lipitlerin mobilizasyonu ile yağ dokuları azalır. Dolaşımdaki serbest yağ asidi düzeyi artar. Dolaşımdaki kolesterol, fosfolipit ve trigliserit düzeyleri azalır.
<u>Protein metabolizması üzerine etkileri</u>	Protein sentezine katkı sağlar ve hızlandırır. Protein yıkımına etki eder.
<u>Büyüme ve gelişme üzerine etkileri</u>	Büyüme ve iskelet gelişimi için önemlidir. Kıkırdak, kemik, kıl ve deri yapımına katkı sağlar, yapımı hızlandırır. Beynin büyüme ve gelişmesine katkı sağlar [36,37,40]

2.3. Tiroid Bezi Hastalıkları

2.3.1. Beningn tiroid hastalıkları

BTH; toksik-nontoksik nodüler guatr, Graves hastalığı ve tiroiditlerden oluşmaktadır [2].

Non-toksik nodüler guatr

Tiroid nodülleri en sık görülen tiroid hastalığıdır. Normal boyutlarda ya da büyümüş tiroidde tek bir nodül varsa *soliter nodüler guatr*, birden çok nodül varsa *multinodüler guatr* (MNG) denir [32]. Guatr, endemik ya da nonendemik olarak da sınıflandırılır. Endemik guatr; iyot eksikliği olan bölgelerde nüfusun %6-10’undan fazlasında guatr ortaya çıkmasına denir. İyot kaynakları yeterli olan bölgelerde insanlara yiyecek ve ilaçlarla fazla miktarda iyot verilmesi tiroid hormon sentezinin azalmasına neden olur. Fazla iyot tüketimine bağlı tiroid hormon sentezinin azalmasıyla gelişen guatr da ‘nonendemik guatr’ ismini alır [26]. MNG’de; hava yolu tıkanıklığı, 2,5 cm’den büyük nodüller, kötü kozmetik görünüm ve malignite şüphesi varsa cerrahi tedavi önerilmektedir [32].

Toksik nodüler guatr

Toksik nodüler guatr, diğer adıyla “Plummer hastalığı”, bir veya daha fazla tiroid nodülünün tiroid stimüle edici hormondan (TSH) bağımsız olarak fazla miktarda iyot tutması aşırı miktarda tiroid hormonu salgılamasıdır. Bu hastalarda aşırı miktarda tiroid hormonu salgılanmasına bağlı olarak hipertiroidizm gelişir [32,34].

Graves hastalığı

Graves hastalığı, tiroid bezinin patolojik olarak büyümesidir, tirotoksikozun en sık görülen nedenidir. Otoimmün nedenlerle gelişebilir [39]. Graves hastalığında, guatr genelde diffüz, büyük ve düzgündür. Hastalarda guatr, hipertiroidi ve egzoftalmus bulguları tek başına veya birlikte görülebilir [41].

Tiroiditler

Tiroidit, tiroid bezinin inflamatuvar patolojilerine verilen ortak bir isimdir. Tiroiditler, otoimmün nedenler, viral durumlar, akut bakteriyel veya fungal enfeksiyonlar gibi çeşitli nedenleri olabilir [39]. Hastalığın başlangıç hızına, semptom ve bulguların şiddeti ve süresine göre akut, subakut ve kronik tiroiditler olarak adlandırılır [42].

2.3.2. Tiroid kanserleri

Tiroid nodüllerine toplumda %4-10 oranında rastlanırken tiroidin malign tümörlerine çok daha nadir rastlanmaktadır. Tiroid kanseri diğer kanser türlerine göre daha az önlenilmekte, tüm kanserler içinde yaklaşık %1 oranında görülmektedir [34,43]. Tiroid kanserlerinin insidansı cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Tiroid kanseri kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 4 kat daha fazla görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2013 yılına ait verilerde tiroid kanseri, kadınlarda görülen ilk on kanser türü arasında ikinci sırada yer almaktadır [44]. Tanı tekniklerindeki gelişmelerle birlikte, tüm dünyada tiroid kanseri insidansında son 30 yılda bir artış olduğu gözlenmiştir, ancak toplumdaki insidansının tanı konulandan çok daha fazla olduğu düşünülmektedir [45]. Buna ek olarak literatürde, tiroid kanseri insidansında artış gözlenmesine rağmen, mortalite oranlarının çok düşük olduğu, mortalitenin erken tanı ve tedavideki gelişmelerle birlikte azaldığı bildirilmiştir [46].

Tiroid kanserleri; diferansiye tiroid kanserleri, medüller tiroid kanseri ve diğer malign tümörler olarak üç ana grupta sınıflandırılmaktadır. Diferansiye tiroid kanserleri, tiroid kanserlerinin %90'ını oluşturmaktadır ve papiller, foliküler ve hurthle hücreli olmak üzere üç gruba ayrılmıştır [39,46]. Son yıllarda diferansiye tiroid kanserlerinin insidansının artmasına rağmen, hastalığın prognozu iyi seyretmekte ve medikal ve cerrahi tedavi sonrası %90'ın üzerinde sağkalım olduğu görülmektedir [47]. Medüller tiroid kanseri tiroidin daha nadir görülen malign neoplazmidir. Medüller tiroid kanserin klinik seyrinde ağrısız ve yıllarca değişiklik göstermeden kalabildiği bilinmektedir, aynı zamanda yüksek mortalite ile ilişkili olarak agresif seyrettiği de görülmüştür [48].

2.4. Tiroid Hastalıklarında Uygulanan Cerrahi Yöntemler

Tiroid hastalıklarında uygulanacak cerrahi yöntem tiroid bezinin hastalığına ve anatomisine bağlı olarak belirlenmektedir. Tiroid hastalıklarının cerrahi tedavisinde doğru cerrahi yöntemin seçilmesi ile hastalığın ortadan kalktığı ve postoperatif komplikasyonların azaldığı görülmektedir [29]. Tiroid bezinin kısmen veya tamamen çıkarılması işlemi tiroidektomi anlamına gelmektedir [41].

2.4.1. Tiroidektomi endikasyonları

Tiroid cerrahisi uygulanan durumlar Çizelge 2.2’de verilmiştir.

Çizelge 2.2. Tiroidektomi endikasyonları

Tiroidektomi endikasyonları	
Hipertiroidizm	Toksik soliter nodüler guatr Toksik multinodüler guatr Basedow-Graves hastalığı
Non-toksik nodüler guatr	Soliter nodüler guatr MNG
Tiroiditler	
Tiroid kanseri şüphesi ve tiroid kanseri [41]	

2.4.2. Tiroidektomi çeşitleri

Tiroid cerrahisinde total tiroidektomi, subtotal tiroidektomi, totale yakın tiroidektomi, total lobektomi, subtotal lobektomi ve nodül eksizyonu uygulanan tekniklerdir [41].

Nodül eksizyonu

Tiroid bezinde bulunan nodülün, etrafında bulunan az miktarda tiroid dokusu ile birlikte çıkarılması işlemidir. İlk ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklar ve bozulmuş anatomi nedeniyle ikinci ameliyatlarda komplikasyon oranlarında artış görülmesine bağlı olarak günümüzde tercih edilmeyen bir yöntemdir [49].

Subtotal lobektomi

Tiroid bezinin sadece bir lobunun %50'sinden fazlasının ve isthmusun çıkarılması işlemidir. Tiroidin bir lobunda 1–2 gr'dan fazla tiroid dokusu bırakılarak uygulanan bir yöntemdir [50].

Totale yakın lobektomi

Bir lobda sadece arka kapsülle birlikte 1 gr'dan az doku bırakılması işlemidir. Rekürren laringeal sinirin trakeaya girdiği bölgede siniri ve paratiroidlerin beslenmesini korumak için total lobektomiye alternatif olarak uygulanan bir yöntemdir [41].

Total lobektomi

Tiroid loblarından birinin, gerçek kapsülü ile birlikte çıkarılması işlemidir. Bazı durumlarda buna ek olarak istmus ve piramidal lob da çıkarılabilir (hemitiroidektomi). Çoğunlukla toksik veya non-toksik soliter adenomlu guatrlarda, foliküler veya hurtle hücreli adenomlarda tercih edilen bir yöntemdir [33].

Subtotal tiroidektomi

Tiroid bezinin her iki lobunun yarısından fazlasının, istmusla ve varsa piramidal lob ile beraber çıkarılması işlemidir. Rekürren laringeal sinir ve paratiroid bezlerinin yaralanma ihtimalini ortadan kaldırmak için tercih edilen bir yöntemdir [50]. Bu yöntemle, tiroid bezinin arka kapsülüyle beraber bir miktar tiroid dokusu geride bırakılarak, hastalarda hipotiroidi ve sinir yaralanması önlenmiş olur [26].

Totale yakın tiroidektomi

Tiroid bezinin bir lobunun tamamen ve diğer lobunun da 1 gr'dan az doku bırakılarak istmusla beraber çıkarılması işlemidir. Üst paratiroid bezlerinin ve rekürren laringeal sinirin travmaya uğrama ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda total tiroidektomiye alternatif olarak uygulanmaktadır [50].

Total tiroidektomi

Tiroid dokusunun tamamının, isthmusta dâhil olmak üzere çıkarılması işlemidir. Günümüzde total tiroidektomi uygulaması, tiroid kanserinin yanı sıra benign tiroid hastalıklarının tedavisinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Total tiroidektomi ile semptomlar ve nüks riski ortadan kaldırıldığı gibi rastlantısal tiroid kanseri için de yeterli tedavi sağlanmış olur [26,32,50]. Total tiroidektomi uygulanan hasta yaşamı boyunca tiroid hormon preparatları kullanmak durumundadır [51].

2.4.3. Tiroidektomi yaklaşımı

Kocher'in açık tiroidektomiye ilk kez uyguladığı tarihten beri (1876) açık cerrahi ile tiroid bezinin çıkarılması, dünya çapında kabul gören ve en yaygın uygulanan yöntem olarak bilinmektedir. Açık cerrahi, düşük mortalite ve morbitide oranları ile yüzyılı aşan bir süredir tiroid cerrahisinde standart prosedür olarak uygulanmaktadır [52].

Teknolojik gelişmeler ile yirminci yüzyılın sonlarında tiroid cerrahisinde yenilikler gündeme gelmeye başlamıştır. Özellikle, daha iyi kozmetik sonuç elde etmek amacıyla tiroid cerrahisinde minimal invaziv yöntemler kullanılmaya başlanmıştır [53]. Tiroid cerrahisinde son on yılda minimal invaziv cerrahi, mini insizyonlu cerrahi, video-endoskopik cerrahiye ek olarak, boyunda skar oluşturmeyen robotik transaksiller yöntem de uygulanabilmektedir [54] .

Tiroid cerrahisi yaygın olarak genel anestezi altında yapılmaktadır, genel anestezi verilmesi uygun olmayan hastalarda nadiren de olsa lokal anestezi tercih edilebilmektedir [55]. Tiroidektomi yapılması planlanan hastaların ameliyat sırasında ötiroidi olması ve genel anestezi için gerekli tüm hazırlıkların yapılmış olması gerekir [56]. Anestezi verilmesinden sonra skapulalar arasına, omuzlar geriye düşecek kadar kaldıran bir yastık yerleştirilir. Başın sağa sola hareketini engellemek için başın arkasına kafa çevresine uygun bir köpük simit konulur. Ameliyat sonrası boyun ağrısını engellemek için baş desteklenir. Her iki kolun yanlarda olması gerekir. Hastanın sırtı 15-20 derece yükseltilir. Topuklarda basınç yarası oluşumunu engellemek için aşıl tendonu yastıkla desteklenir [50]. Robotik transaksiller tiroidektomide, hasta açık cerrahi yöntemde olduğu gibi sırtüstü yatırılır, omuzların altı desteklenir ve çalışılacak taraftaki kol ekstansiyona getirilir [57].

2.4.4. Tiroidektomi komplikasyonları

Tiroidektomi ameliyatı sonrası komplikasyon görülme oranı çok düşük olmakla birlikte, ameliyat sonrası yaşam kalitesini etkileyebilecek düzeydedir [7]. Tiroidektomi sonrası görülebilecek başlıca komplikasyonlar boğaz ağrısı, hipokalsemi, kanama, enfeksiyon, seroma, komşu organ yaralanmaları, hipotiroidi ve hipertiroidi, miksödem koması, tiroid krizi, trakeomalazi, vokal kord polipleri ve psikosomatik ses sorunudur.

Boğaz ağrısı

Ameliyat sonrası birinci günde neredeyse tüm hastalarda boğaz ağrısı görülmekte, hatta yutma gücünü geliştirebilmektedir. Bunun nedeni endotrakeal tüpün travmatik irritasyonudur [58,59]. Yapılan bir çalışmada, ameliyat sonraki ilk birkaç günde boğaz ağrısı görülme oranının literatürle benzer olarak %34 bulunduğu bildirilmiştir [59]. Boğaz ağrısı, ameliyattan bir hafta sonra azalmakta ya da geçmektedir [50].

Hipokalsemi

Tiroidektomi sonrası hipokalsemi görülme nedenleri arasında paratiroid bezlerinin travması ve kan dolaşımının bozulması sayılabilir. Hipokalsemi, ameliyat sonrası kalsiyum tedavisi verildiği durumlarda bile ilk 24-36 saat içinde ortaya çıkabilmektedir [50]. Ameliyat sonrası en geç bir yıl içinde kalsiyum tedavisi kesildiğinde semptomlar görülmüyorsa geçici hipokalsemi, semptomlar devam ediyorsa kalıcı hipokalsemi olarak adlandırılır. Yapılan çalışmalarda hipokalsemi görülme oranlarının %1 ile %20 arasında farklılık gösterdiği bildirilmiştir [13].

Kanama

Tiroidektomi sonrası kanamaların çok büyük kısmı ilk 24 saatte ortaya çıksa da, geç dönemde de kanama görülebilmektedir. Erken dönemde meydana gelen kanamaların hayatı tehdit eder nitelikte olduğu belirtilmektedir [60]. Literatürde tiroidektomi sonrası kanama görülme oranlarının %0,1 - 6,5 arasında çeşitlilik gösterdiği bildirilmektedir [60,61,62]. Tirotoksikozda ve ameliyat öncesi antitiroid ilaç kullanan hastalarda kanama oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [50].

Enfeksiyon

Enfeksiyon, ameliyat bölgesinin temiz olması ve bu bölgede damarlanmanın fazla olması nedeniyle nadir görülen bir komplikasyondur [50]. Yapılan çalışmalarda tiroidektomi sonrası gelişen enfeksiyon oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir [13,63]. Yüzeyel yumuşak dokuların enfeksiyonu en sık karşılaşılan enfeksiyondur. Bu durumda insizyonun drene edilmesi gerekmektedir [50].

Seroma

Küçük insizyon fleplerin keskin diseksiyonla ayrılması seromaya neden olabilmektedir. Seroma, cilt altı serum birikmesidir. Serumun dışarı atılabilmesi için günlük aspirasyonlar gerekmektedir [50]. Özellikle tiroid bezinin çok büyük olduğu durumlarda ameliyat bölgesinde seroma görülebilmektedir [64].

Komşu organ yaralanmaları

Ameliyat sırasında komşu organ ve yapı yaralanmaları oluşabilir, erken dönemde fark edilmeleri tedavi açısından önemlidir [50].

- Plevra açılması – pnömotoraks: Ender görülen bir komplikasyondur. Tiroid bezinin çok büyüdüğü veya sternumun arka tarafına uzandığı durumlarda görülebilmektedir [26].
- Trakea ve özefagus: Tiroidit veya karsinomlarda, tiroidin gerçek kapsülü, trakea ve özefagus birbirine yapışık olabilir, bunları birbirinden ayırmak için yapılan keskin diseksiyonlar perforasyona neden olabilmektedir [50].
- Hava embolisi: Venlerin traksiyon sırasında kopması ile hava embolisi oluşabilmektedir [26].
- Rekürren laringeal sinir yaralanması: Sinir yaralanmaları geçici veya kalıcı olabilmektedir. Rekürren sinirin tek taraflı yaralanması, larinks kaslarının paralizisi ile sonuçlanmaktadır. Kasların paralizisi sonucu vokal kord işlev görememekte, çoğunlukla ses kısıklığı oluşmaktadır [13]. Her iki rekürren sinir yaralandığında addüktör ve abdüktör kaslar paralize olmaktadır. Vokal kord paralizilerinde temel neden rekürren sinirin travmatize olmasıdır [64]. Literatürde total tiroidektomi sonrası geçici ve kalıcı rekürren sinir hasarı oranının %2-3 olabileceği bildirilmektedir [65].

- Superior laringeal sinir yaralanması: Superior laringeal sinirin internal dalının yaralandığı durumlarda larinksin üst yarısında duyu bozukluğu oluşmaktadır [26]. Superior laringeal sinirin eksternal dalı tek taraflı yaralandığında krikotiroid kası fonksiyon kaybedeceği için yaralanan tarafta ekspiryumda bombeleşme, inspiryumda retraksiyon görülmektedir. Zedelenen tarafta vokal kord gerginliği kaybolur, bilateral zedelenmede kaba, monoton ses ve konuşurken çabuk yorulma görülmektedir [66].
- Brakial pleksus yaralanması: Tiroidektomi ameliyatı sırasında hastaya verilen pozisyon bu sinirin gerilmesine neden olmaktadır. Tiroidektomi ameliyatı sırasında brakial pleksus yaralanmalarının önlenmesi için hastanın skapulaları arasına konulan yastığın yüksekliği iyi ayarlanmalıdır [50]. Kolda meydana gelen parestezi ve paraliziler genellikle üç ay içinde kaybolmaktadır ve kola yaptırılacak pasif egzersizler yararlı olabilmektedir [26].
- Servikal sempatik sinir yaralanması: Sempatik ganglionların lenf nodu ile karıştırılıp eksize edilmesi sonucu ortaya çıkan komplikasyon, nadiren görülmektedir. Servikal sempatik sinir zedelenmesi pupil konstrüksiyonu, pitoz, enoftalmus ve retinal damarların dilatasyonu ile karakterize Horner sendromuna yol açmaktadır [50].
- Deri duyu sinirlerinin yaralanması: Tiroidektomi ameliyatından sonra boyun derisi duyu sinirlerinin kesilmesine bağlı olarak boyun ön kısmında uyuşukluk oluşabilmektedir. Bu durumun normal olduğu ve 3-6 ay içinde kaybolacağı hakkında hastaya bilgi verilmelidir [26].

Hipotiroidi ve hipertiroidi

Hipotiroidi, tiroid ameliyatlarından sonra miksödem tablosu olarak görülmektedir. Ancak tiroid hormon preparatlarının varlığıyla bu komplikasyon artık pek görülmemektedir [39]. Cerrahi sonrası hipertiroidizm ise yetersiz ameliyat ve geride bırakılan dokunun fazla olmasına bağlı gelişmektedir [32].

Miksödem koması

Tiroid cerrahisi sırasında tiroid dokusu bırakılsa da, tiroid replasmanı yapılmazsa miksödem koması ortaya çıkabilmektedir [50]. Hipotiroidi belirtileri letarji, artmış uyku gereksinimi, yorgunluk ve soğuğa duyarlılık olarak sayılabilmektedir [39].

Tiroid krizi

Tedavi edilmemiş ya da yetersiz hazırlanmış hipertiroidi hastalarında nadiren de olsa cerrahi sonrası ortaya çıkabilmektedir [32]. Tirotoksikoz belirti ve bulguları olarak hipertermi, terleme, taşikardi, bulantı, kusma, konjestif kalp yetmezliği, karın ağrısı, ishal, sarılık, tremor, iritabilite, ajitasyon, delirium ve koma görülebilmektedir [39].

Trakeomalazi

Büyük bir tiroid bezinin basısıyla trakea halkalarında yumuşama olabilmektedir. Dikkat edilmezse trakea ekstubasyon sırasında travmaya uğrayabilmektedir [32].

Vokal kord polipleri

Vokal kordların ucuna yerleşen polibe bağlı olarak ameliyattan 4-6 hafta sonra seste oktav değişikliği olarak tanımlanan bir kabalaşma görülebilmektedir. Komplikasyonun gelişmesini önlemek için tiroidektomi sırasında hastanın başına vokal kordları travmatize etmeyecek uygunlukta pozisyon vermek gerekmektedir [50].

Psikosomatik ses sorunu

Ameliyat sonrası bir neden olmaksızın hasta ses kısıklığı yaşadığını ifade etmektedir. Hastanın ameliyat öncesi ses kalitesini hatırlayamaması ve ameliyat sonrası sesini doğru yorumlayamamasına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir [26].

2.5. Tiroid Ameliyatı Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

2.5.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı

Ameliyat öncesi bakımın amacı; hastanın aksiyetesini azaltmak ve güvenliğini sağlamaktır. Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için ameliyat kararının verilmesiyle birlikte hasta eğitimi başlamalıdır. Böylelikle ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişme olasılığı en aza indirilmiş olur [67,68].

Çizelge 2.3. Tiroid ameliyatı öncesi hemşirelik bakımı

Tiroid Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı
Hastaya ameliyat öncesi yapılacak olan fiziksel, psikolojik ve yasal hazırlık hakkında bilgi verilmeli,
Derin solunum ve öksürük egzersizleri veya spirometre kullanımı öğretilmeli ve uygulatılmalı,
Ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyonun önemi açıklanmalı,
Yapılacak ameliyatın şekli, insizyon yeri ve dren hakkında bilgi verilmeli,
Öksürürken, otururken, dönerken, ayağa kalkarken ya da pozisyon değiştirirken boynunu eliyle desteklemesi konusunda hastaya bilgi verilmeli,
Hareket ederken dirseklerini kaldırıp ellerini boynunun arkasına koyarak destek sağlaması gerektiği, böylelikle boyun kaslarında zorlanma ve gerginliğin önleneceği açıklanmalı,
Hastanın ötiroidi durumda olup olmadığı kontrol edilmeli,
Tirotoksikoz belirti bulguları (hipertermi, terleme, taşikardi, bulantı, kusma, konjestif kalp yetmezliği, karın ağrısı, ishal, sarılık, tremor, irritabilite, ajitasyon, delirium ve koma) takip edilmeli ve kontrol altına alınmalıdır [51,56,67,68,69,70].

2.5.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Tiroid ameliyatı sonrası hastalar ağrı ve fiziksel sorunların yanı sıra, günlük yaşam aktivitelerini de etkileyen sorunlar yaşamaktadır [17]. Son yıllarda sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte, tiroidektomi hastalarının ameliyat sonrası yatış süresinin kısaldığı, hastaların da sıklıkla ameliyat sonrası birinci günde taburcu edildiği gözlenmektedir. Bu durum, cerrahi hemşiresinin tiroidektomi hastalarını ameliyat sonrası erken dönemde dikkatli izlem yapmasını gerektirmektedir [9]. Ameliyat sonrası bakımın temel amacı homeostazisi sağlamaktır. Bu nedenle, dengenin yeniden sağlanması, ağrının kontrol altına alınması, solunumun sürdürülmesi, bulantının önlenmesi, beslenmenin sağlanması, mobilizasyonun sağlanması, uykunun sürdürülmesi ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ameliyat sonrası bakımda önemlidir [52,6].

Tiroid ameliyatı sonrası gelişebilecek sorunlar ve görülebilecek olası komplikasyonlar ile bunlara yönelik hemşirelik girişimleri Çizelge 2.4.'te yer almaktadır.

Çizelge 2.4. Tiroid ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı

Tiroid ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı		
	Etiyoloji	Girişimler
<u>Akut ağrı</u>	Cerrahi girişim	- Tedavi protokolünde önerilen analjezikler uygulanmalı, - Hasta yardıma ihtiyaç duyduğu günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmeli, - Hastaya ağrıyla başetmede non-farmakolojik yöntemler önerilmeli (müzik dinleme, uygun pozisyon vb), - Hastaya uygun pozisyon verilmeli (semi-fowler, baş-boyun yastıkla desteklenir), - Ağrı yeri, şiddeti, sıklığı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler belirlenmeli, - Her vital bulgu ölçümünde ağrı değerlendirilmeli,
<u>Solunum yolu obstrüksiyonu</u>	Laringeal sinirle cerrahi alanın yapışık olması, trakeanın bası altında kalması, glottis ödemi, sekresyon artışı	- Vital bulgular stabilleşinceye kadar sık takip edilmeli, - Solunum sayısı, niteliği değerlendirilmeli, - Hasta dispne, siyanoz ve hırıltılı solunum belirti ve bulguları yönünden değerlendirilmeli, - Sekresyon atılımının kolaylaştırılması için soğuk buhar uygulanmalı, - Dikişlerin gerilmemesi için boyunun fleksiyonu ve hiperekstansiyonu önlenmeli, baş ve boyun yastıkla desteklenmeli, - Boyun bölgesi şişlik ve sertlik yönünden takip edilmeli, - Saat başı derin solunum egzersizi yapılması teşvik edilmeli, - Hastada solunum sorunu varsa, narkotik analjezikler verilmemeli, - Trakeostomi seti, endotrakeal tüp ve larengoskop kolay ulaşılabilir bir yerde hazır bulundurulmalı,
<u>Kanama</u>	Cerrahi girişim	- Boyun bölgesinde basınç hissi varlığı değerlendirilmeli, - Erken kanama belirtileri hasta ve ailesine öğretilmeli, - Pansumanların sıkı ve gevşek oluşu kontrol edilmeli, - Yaşam bulguları stabil oluncaya kadar sık takip edilmeli, - Hasta hipotansiyon, taşikardi, takipne, soluk ve nemli cilt açısından değerlendirilmeli, - Hastanın hemovack dreni ve pansuman yeri, boyunun arkası ve omuzlar kanama yönünden değerlendirilmeli, - Hasta yutkunma ve nefes almada zorluk gibi belirtiler yönünden izlenmeli,
<u>Yara bölgesinde gerginlik</u>	Cerrahi girişim	- Hastaya semi-fowler pozisyon verilmeli, - Baş ve boyun kum torbaları ya da yastıkla desteklenmeli, - Boyunun hiperfleksiyonu ve hiperekstansiyonu önlenmeli, - Hastaya hızlı baş hareketlerinden korunması gerektiği açıklanmalı, - Öksürürken, dönerken, ayağa kalkarken ya da pozisyon değiştirirken boynunu eliyle desteklemesi gerektiği açıklanmalı, - Boyunda kontraktür gelişmesini önlemek için anestezinin etkisi geçince hastaya boynunu sağa sola hareket ettirmesi gerektiği açıklanmalı,

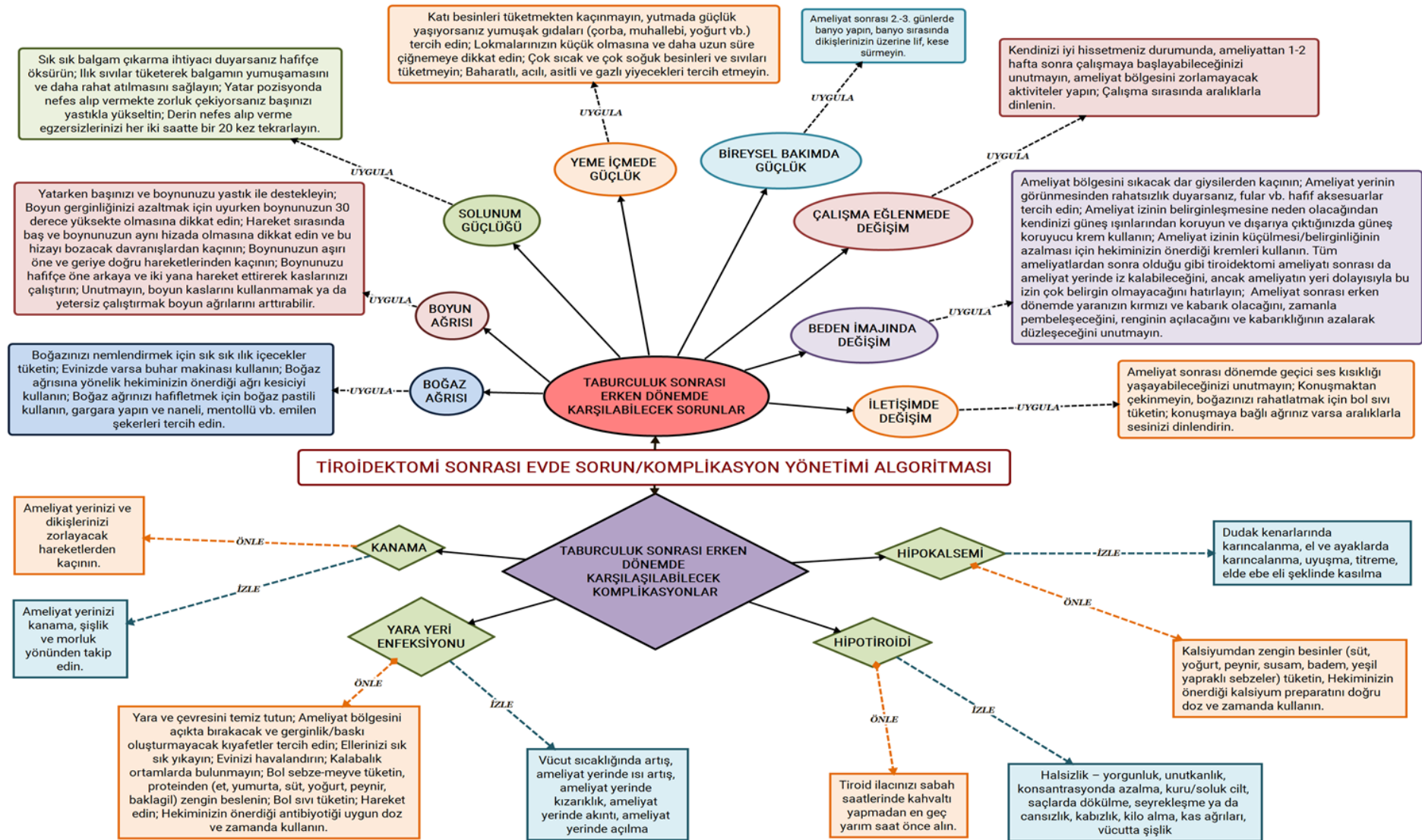
Çizelge 2.4. (Devam) Tiroid ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı

Tiroid ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı		
	Etiyoloji	Girişimler
<u>Yutma güçlüğü</u>	Tiroid bezinin özefagus ile komşu olması	- Hastaya ameliyat sonrası 1-2 gün yutma güçlüğü yaşayabileceğinin normal olduğu açıklanmalı, - Hastanın yutma güçlüğü varlığı değerlendirilmeli, - Oral alıma önce sıvı gıdalarla başlanmalı, hastanın tolere durumuna göre katı besinlere geçilmesi gerektiği açıklanmalı,
<u>Ses kısıklığı</u>	Rekürren laringeal sinir ile anatomik komşuluk	- Anestezinin etkisi geçtikten sonra 30-60 dakika arayla hasta ile konuşularak sesin durumu değerlendirilmeli, - Hastaya oluşan ses kısıklığının geçici olduğu ve bir kaç gün ses tellerini yormamak için az konuşması gerektiği açıklanmalı,
<u>Tetani</u>	Paratiroid bezlerin anatomik olarak tiroid bezine yapışık olması	- Hipokalseminin erken belirti ve bulguları gözlenmeli (el ve ayak parmaklarında uyuşma karıncalanma, yüzde özellikle dudaklarda karıncalanma), - Kan kalsiyum düzeyi değerlendirilmeli, - Chvostek ve Trasseau bulgularının varlığı değerlendirilmeli, - Hastada damar yolu açıklığı sağlanmalı ve kalsiyum glukonat ampulleri hazır bulundurulmalı,
<u>Enfeksiyon</u>	Cerrahi girişim öncesi stres mekanizmasının aktive olmasıyla immün yanıtta azalma, hastanede bulunma, intravenöz girişimler	- İnsizyon bölgesi, intravenöz katater girişi enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, şişlik, akıntı, ödem, koku ve ısı artışı) yönünden izlenmeli, - Dren girişi lokal enfeksiyon belirti bulguları açısından izlenmeli, - Drenaj miktarı ve özellikleri takip edilmeli, - Hastanın laboratuvar bulguları ve vital bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirilmeli, - İnvaziv girişimler sırasında aseptisyeye dikkat edilmeli, - Oda sık sık havalandırılmalı, ziyaretçiler sınırlandırılmalı,
<u>Hipotiroidi</u>	Tiroid bezinin çıkarılması	- Tiroid hormonu içeren ilaç kullanımı ve yan etkileri hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli, - Hipotiroidi belirti bulguları hakkında hasta ve yakınlarına (letarji, artmış uyku gereksinimi, yorgunluk ve soğuğa duyarlılık) bilgi verilmeli,
<u>Tiroid krizi</u>	Hipertiroidi hastalarının ameliyata yetersiz hazırlığı	- Hasta, yüksek ateş, ajitasyon ve taşikardi gibi tiroid krizi bulguları yönünden değerlendirilmeli, - Hekimin önerdiği antitiroid ilaçlar verilmeli, - Hastanın yüksek ateşi varsa; ateş takibi yapılmalı, giysileri hafifletilmeli, ılık duş yapması sağlanmalı veya ılık kompres uygulanmalı, oda havalandırılmalı ve hekimin önerdiği antipiretik ilaç verilmelidir [51,56,67,68,69,70].

2.5.3. Tiroidektomi sonrası evde gelişebilecek sorunlar ve komplikasyonlara yaklaşım

Cerrahi tekniklerin gelişmesiyle, tiroidektomi ameliyatı sonrası hastalar erken dönemde taburcu edilmektedir. Erken dönemde taburcu edilen hastalar günlük yaşamlarını etkileyebilecek önemli sorunlar / komplikasyonlar yaşayabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar/ komplikasyonlar hastaları fiziksel, zihinsel, sosyal ve fonksiyonel yönden etkilemektedir [9,17]. Narayanan ve diğerleri yaptıkları çalışmada (2016) tiroid ameliyatı sonrası erken taburcu edilen hastalara ortaya çıkabilecek sorun / komplikasyonlar hakkında eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir [15]. Yapılan çalışmalar evde yaşanabilecek sorun / komplikasyonların belirlenmesinde telefonla izlemin önemli rol oynadığını göstermektedir [18,21,71]. Ayrıca telefonla izlem, ameliyat sonrası hastanın iyileşmesini değerlendirme, yaşanan sorunlara ve komplikasyonlara hızlı müdahale etme imkânı sağlamaktadır [18,2]. Şekil 2.2.'de tiroidektomi sonrası hastalarda gelişebilecek sorunlara ve komplikasyonlara yönelik çözüm önerilerinin yer aldığı algoritma yer almaktadır.

Sonuç olarak, tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların karşılaştıkları, günlük yaşamlarını etkileyen sorunlar ve komplikasyonlar telefonla izlem yapılarak belirlenebilir, bu sorun ve komplikasyonlara yönelik çözüm önerileri sunulurken, hastaların daha kısa sürede günlük yaşamlarına dönüş yapmaları sağlanabilir.



Şekil 2.2. Tiroidektomi sonrası evde sorun/komplikasyon yönetimi algoritması [72]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Genel Cerrahi Kliniklerinde yapılmıştır. GÜSAUM, 1979 yılında kurulmuş olup, 1028 (aktif 960) yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. GÜSAUM’nde hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik ve Hasta Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmekte olup, toplam 764 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00 – 16:00 ve 16:00 – 08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Hastanede, 6. ve 7. katlarda olmak üzere iki Genel Cerrahi Kliniği bulunmaktadır. Genel Cerrahi Klinikleri, 6. katta 23, 7. katta 52 olmak üzere toplam 75 yatak kapasitelidir. Kliniklerde, 6. katta 8, 7. katta 16 olmak üzere toplam 24 hemşire çalışmaktadır. Hastanede hizmet içi eğitimler düzenli olarak yapılmaktadır. Kliniklerde hastalara hemşireler tarafından planlı bir taburculuk eğitimi verilmemektedir. Hastalar çoğunlukla taburcu olurken hekimler tarafından kullanılacak ilaçlar, drenin boşaltılması, drenin alınması ve kontrol tarihi ile ilgili konularda sözel olarak bilgilendirilmektedir. Hastanede hasta ve hasta yakınlarına taburcu olurken eğitim broşürü verilmemekte ve hastalar taburculuk sonrası evlerinde izlenmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mayıs 2015 – Mayıs 2016 tarihleri arasında GÜSAUM Genel Cerrahi Servislerinde BTH nedeniyle tiroidektomi ameliyatı yapılan hastalar oluşturmuştur. GÜSAUM Genel Cerrahi Servislerinde ayda ortalama 18 tiroidektomi ameliyatı yapılmaktadır. BTH nedeniyle ilk kez tiroidektomi ameliyatı olacak bir aylık ortalama hasta sayısına ulaşılamamıştır.

Araştırmaya, algılama güçlüğü ve zihinsel engeli olmayan, Türkçe anlayıp konuşabilen, BTH nedeniyle ilk kez tiroidektomi ameliyatı olan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük hastalar alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Mayıs 2015 – Mayıs 2016 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniklerinde tiroidektomi ameliyatı olan ve araştırma kriterlerine uygun hastalar oluşturmuştur. Literatürde tiroidektomi ameliyatı sonrası günlük yaşamda sorun yaşayan hasta grubuyla ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan çalışmalarda tiroidektomi ameliyatı sonrası görülen komplikasyonlara yer verilmiştir. Bu komplikasyonlardan birkaçının (ses kısıklığı %2,9-6,67; hipoparatiroidi %2,9-26,67) tiroidektomi ameliyatı sonrası görülme oranlarının belirtilen aralıklarda olduğu bildirilmiştir [10,11]. Tiroidektomi ameliyatı sonrası günlük yaşamda hastaların sıklıkla sorun yaşadıkları bilinmektedir. Hastaların en az bir sorunu %90 oranında yaşadıkları olasılığı göz önünde bulundurularak, 0,40 duyarlılıkta, %95 güvenirlilikte, %90 teorik power ile toplam 68 hasta ile çalışılması hedeflenmiştir. Araştırma 1 yıl içinde 60 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışma sonunda 1. izlemdeki sorun yaşanma oranı %100 iken 2. izlemde bu oran %62'ye düşmüştür. Bu fark için geriye dönük olarak güç analizi yapıldığında gerçekleşen güç %89,63 bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmadaki veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan Hasta Tanıtım Formu ve Ameliyat Sonrası Hasta İzlem Formu kullanılarak toplanmıştır.

- *Hasta Tanıtım Formu:* Bu formda, tiroidektomi ameliyatı olan hastaların sosyodemografik özellikleri, ameliyat tipi, var olan kronik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve daha önce geçirdiği ameliyatlar ile ilgili ameliyat öncesi sorun yaşama durumuna ilişkin 19 adet soru yer almaktadır (EK-1).

- *Ameliyat Sonrası Hasta İzlem Formu:* Bu form, ameliyat sonrası dönemde hastalarda gelişen sorunların değerlendirilmesi ile ilgilidir. Formda, ameliyata bağlı olarak hastaların günlük yaşamında gelişebilecek ağrı, solunum, yeme ve içme, kişisel hijyen ve giyim, hareket, çalışma ve eğlence, uyku, beden imajı, iletişim ve diğer sorunlar ile bunların belirti ve bulguları yer almaktadır. Formda diğer sorunlar olarak tiroidektomi sonrası hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar (kanama, enfeksiyon, hipokalsemi, hipotiroidi ve

tirotoksikozis) yer almaktadır. Bu sorunları diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapılması gereken ortak sorunlar olduğundan, araştırmacı hastalarda bu sorunların belirti ve bulgularını gözlediğinde, hekim tarafından kesin tıbbi tanı konulup konulmadığını da değerlendirmiştir (EK-2).

3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 22 Mayıs - 2 Temmuz 2015 tarihleri arasında GÜSAUM Genel Cerrahi Kliniklerinde tiroidektomi ameliyatı olan altı hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadığından, ön uygulama yapılan altı hasta araştırma kapsamına dâhil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, araştırmanın yapılabilmesi için GÜSAUM Başhekimliği'nden yazılı izin almıştır (EK-3). Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (sayı: 25901600/279, tarih: 11.05.2015) alındıktan sonra, 22 Mayıs 2015 – 24 Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır (EK-4). Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından iki aşamada toplanmıştır. Uygulamanın ilk aşamasında, araştırmacı genel cerrahi kliniklerinde BTH nedeniyle ilk kez tiroidektomi ameliyatı olan ve örneklem kriterlerine uyan hastalarla ameliyat sonrası 1. günde yüz yüze görüşerek anket formunun ilk bölümünü doldurmuştur. Hastalara çalışmanın amacı ve uygulanması ile ilgili bilgiler verilerek aydınlanmış onam formu imzalatılmıştır (EK-5). İkinci aşamada ise, hastalar ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda araştırmacı tarafından telefonla aranarak yaşadıkları sorunlar değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası 1. günde hastalarla yüz yüze yapılan ilk görüşme ortalama 30 dakika, ameliyat sonrası 1. ve 2. haftalarda hastalarla yapılan telefon görüşmesi ortalama 15 dakika sürmüştür. Ameliyat sonrası 3. ve 4. haftalarda hastaların yaşadıkları sorunların azalmasına bağlı olarak, telefon görüşme süresi de azalmış ve görüşmeler ortalama 8 dakika sürmüştür. Araştırmacı, izlemler sırasında hastaların ilaç kullanımı ve kontrollerle ilgili sorularını cevaplamış, araştırma sonuçlarının etkilenmemesi için gerekli durumlarda hastaları sağlık ekibine yönlendirmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formlarından elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak sayısallaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, tiroidektomi sonrası hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorun yaşama durumları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, beden kitle indeksi, kronik hastalık bulunma durumu, sigara kullanma ve daha önce ameliyat olma durumu bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda sorun yaşama durumlarının değerlendirilmesinde; hastaların yapılan izlem döneminde Ameliyat Sonrası Hasta İzlem Formunda yer alan başlıklardan en az birini yaşaması, ameliyatına bağlı sorun yaşadığı olarak kabul edilmiştir.

Hastaların ağrı, solunum, yeme ve içme, kişisel hijyen ve giyim, hareket, çalışma ve eğlence, uyku, beden imajı, iletişim ve diğer sorunlarının (komplikasyonlar) değerlendirilmesinde; hastalarda Ameliyat Sonrası Hasta İzlem Formunda yer alan ilgili sorunun belirti ve bulgularından en az birinin bulunması, o sorunu yaşadığı olarak kabul edilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk test ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan sayısal verilerin beş farklı zamandaki (izlemdeki) karşılaştırılması Freidman testi, Ki kare, Fisher Exact, Olabilirlik oranı, kategorik verilerin beş farklı zamandaki (izlemdeki) ölçümlerinin karşılaştırılmasında ise Cochran Q testi ve tüm alt gruplar çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce GÜSAUM Başhekimliği'nden yazılı izin, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (sayı: 25901600/279, tarih: 11.05.2015) alınmıştır (EK-3 ve EK-4). Araştırmanın

uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-5). Araştırmacı, telefon izlemleri için uygun zaman dilimini, hastalarla yüz yüze yaptığı ilk görüşmede hastalarla birlikte belirlemiştir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	N	%
*Yaş		
50<	32	53,3
50≥	28	46,7
Cinsiyet		
Kadın	50	83,3
Erkek	10	16,7
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	6	10,0
Okuryazar	7	11,7
İlkokul	20	33,3
Ortaokul	12	20,0
Lise	8	13,3
Yükseköğrenim	7	11,7
Medeni Durum		
Evli	51	85,0
Bekâr	9	15,0
Gelir Düzeyi		
Geliri giderden az	7	11,7
Geliri gidere denk	52	86,7
Geliri giderden fazla	1	1,7
Sosyal Güvencesi		
Var	60	100,0
Yok	-	-
Çalışma Durumu		
Evet	13	21,7
Hayır	47	78,3
Meslek		
Memur	7	11,7
İşçi	6	10,0
Emekli	4	6,7
Ev hanımı	42	70,0
Öğrenci	1	1,7
**Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	-	-
Normal	10	16,7
Kilolu	24	40,0
Şişman	26	43,3
Sigara İçme Durumu		
Evet	3	5,0
Hayır	57	95,0
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	-	-
Hayır	60	100,0

Çizelge 4.1. (Devam) Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	N	%
Kronik Hastalık Bulunma Durumu		
Var	20	33,3
Yok	40	66,7
Kronik Hastalıklar; (n:20)		
Hipertansiyon	15	75,0
Diyabet (tip II)	4	20,0
Astım	1	5,0
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	20	33,3
Hayır	40	66,7
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet	18	30,0
Hayır	42	70,0

*Yaş ortalaması $48,3 \pm 11,4$, min:20 – max:76

** BKİ Sınıflaması: Zayıf = BKİ<18,5; Normal= 18,5-24,9; Kilolu= 25-29,9; Şişman= BKİ>30

Çizelge 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların yarısının (%53,3) 50 yaş altında, çoğunluğunun (%83,3) kadın ve evli (%85,0) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık yarısı ortaokul ve üzeri seviyede eğitim düzeyinde, çoğunluğu çalışmamakta (%78,3) ve geliri giderine denktir (%86,7). Hastaların çoğunluğunun (%83,3) beden kitle indeksi normalin üzerinde olup, üçte birinin daha önceden ameliyat deneyimi (%30,0) ve kronik hastalığı (%33,3) bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan hastaların %75'inde hipertansiyon bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%95,0) sigara içmemekte ve tamamı (%100,0) alkol kullanmamaktadır.

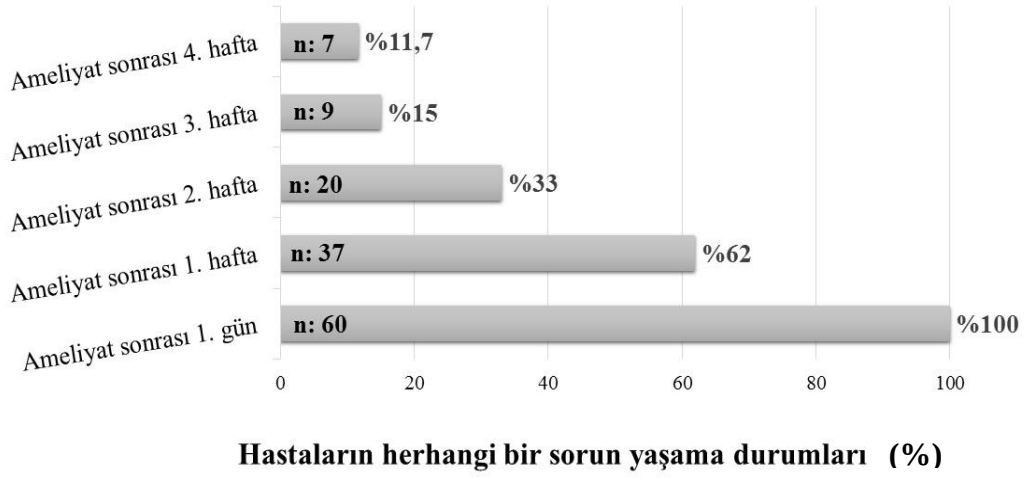
Çizelge 4.2. Hastaların tiroidektomi ameliyatı ile ilgili özellikleri

Ameliyat İle İlgili Özellikler	N	%
Ameliyat Nedeni		
Nontoksik soliter nodül	13	21,7
Toksik multinodüler guatr	10	16,7
Toksik olmayan guatr	34	56,7
Tiroidit	3	5,0
Ameliyat Tipi		
İki taraflı total tiroidektomi	57	95,0
Tek taraflı total tiroidektomi	1	1,7
İki taraflı subtotal tiroidektomi	1	1,7
Tek taraflı subtotal tiroidektomi	1	1,7
Anestezi Tipi		
Genel anestezi	60	100,0
Ameliyat Sırasında Komplikasyon Gelişme Durumu		
Hayır	60	100,0
Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişme Durumu		
Evet*	3	5,0
Hayır	57	95,0

* İki hastada hipokalsemi, bir hastada hipokalsemi ve hipotiroidi gelişmiştir.

Çizelge 4.2.'de araştırmaya katılan hastaların tiroidektomi ameliyatı ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%56,7) ameliyat olma nedeni toksik olmayan guatrdir. Hastaların büyük çoğunluğuna (%95,0) iki taraflı total tiroidektomi ameliyatı yapılmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastaların tamamı genel anestezi altında ameliyat olmuş ve ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu incelendiğinde; hastalardan sadece %5'inde komplikasyon geliştiği belirlenmiştir.

İzlemler



Şekil 4.1. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda herhangi bir sorun yaşama durumları

Şekil 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda herhangi bir sorun yaşama durumları yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda herhangi bir sorun yaşama oranları incelendiğinde, ilk iki izlemde sorun yaşama oranlarının yüksek olduğu ve zaman içinde azaldığı belirlenmiştir. Cochran Q testi ile yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların zaman içinde daha az sorun yaşaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Cochran Q= 144,206, p=0,001).

Çizelge 4.3. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları sorunların dağılımı

Sorunlar	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz* Cochran Q / p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ağrı	60 (100,0)	17 (28,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	192,2 / 0,001
Solunum ile ilgili sorunlar	57 (95,0)	8 (13,3)	3 (5,0)	-	-	196,5 / 0,001
Yeme-içme ile ilgili sorunlar	59 (98,3)	11 (18,3)	2 (3,3)	-	-	199,2 / 0,001
Kişisel hijyen-giyim ile ilgili sorunlar	58 (96,7)	5 (8,3)	-	-	-	214,5 / 0,001
Hareket ile ilgili sorunlar	56 (93,3)	6 (10,0)	3 (5,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	192,8 / 0,001
Çalışma-eğlenme ile ilgili sorunlar	60 (100,0)	31 (51,7)	18 (30,0)	7 (11,7)	2 (3,3)	151,6 / 0,001
Uyku ile ilgili sorunlar	24 (40,0)	2 (3,3)	-	-	-	89,0 / 0,001
Beden imajı ile ilgili sorunlar	6 (10,0)	4 (6,7)	3 (5,0)	3 (5,0)	2 (3,3)	10,2 / 0,001
İletişim ile ilgili sorunlar	50 (83,3)	13 (21,7)	6 (10,0)	3 (5,0)	1 (1,7)	149,9 / 0,001

* Cochran Q testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.3.'te araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları sorunların dağılımı yer almaktadır.

Çizelgede, hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları tüm sorunların zaman içinde azaldığı, bunun da istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge incelendiğinde; hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde ağrı ve çalışma-eğlenme, büyük çoğunluğunun da yeme-içme, kişisel hijyen-giyim, solunum ve hareket ile ilgili sorunlar yaşadığı (sırasıyla; %98,3, %96,7, %95,0 ve %93,3) belirlenmiştir. Hastaların bu dönemde en az yaşadıkları sorunların beden imajı (%10,0) ve uyku (%40,0) ile ilgili olduğu görülmektedir.

Hastaların izlemlere göre en çok yaşadıkları sorunlar değerlendirildiğinde, ameliyat sonrası 1. haftada ağrı (%28,3) ve çalışma – eğlenme (%51,7); 2. haftada çalışma – eğlenme (%30,0) ve iletişim (%10,0); 3. haftada çalışma – eğlenme (%11,7), beden imajı (%5,0) ve iletişim (%5,0); 4. haftada ise hareket (%3,3), çalışma – eğlenme (%3,3) ve beden imajı (%3,3) olduğu belirlenmiştir.

Tabloda yer almamakla birlikte; çalışmada ağrı sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; ameliyat sonrası 1. gün ile karşılaştırıldığında, ağrı sorununun ameliyat sonrası 1. ve 2. haftalarda anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 3. haftadan sonra ise izlemler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hastaların solunum, kişisel hijyen-giyim, hareket ve uyku sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; bu sorunların ameliyat sonrası 1. günde daha yoğun olduğu, ameliyat sonrası 1. güne göre 1., 2., 3. ve 4. haftalarda anlamlı bir azalma olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Hastaların yeme-içme sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; ameliyat sonrası 1. gün ile karşılaştırıldığında yeme-içme sorununun özellikle ameliyat sonrası 1. haftada anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 2. haftadan sonra ise izlemler arasında bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hastaların çalışma-eğlenme sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; ameliyat sonrası 1. gün ile karşılaştırıldığında, bu sorunun özellikle ameliyat sonrası 1., 2. ve 3. haftalarda anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 4. haftada ise anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hastaların iletişim sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; iletişim sorununun özellikle ameliyat sonrası 1. gün ve 1. haftada anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 2. haftadan sonra ise izlemler arasında bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hastaların beden imajı sorunu yaşama durumlarının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede ise; 2.,3. ve 4. haftalarda beden imajı ile ilgili yaşanan sorunlarda ameliyat sonrası 1. günde kine oranla anlamlı bir azalma ($p<0,05$) olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ağrı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Ağrıya İlişkin Özellikler	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Cochran Q / p
Ağrının Yeri						
Ameliyat bölgesinde ağrı	48 (80,0)	17 (28,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	151,6 / 0,001
Diğer bölgede ağrı yaşama (baş, boyun, omuz, sırt)	26 (43,3)	-	-	-	-	1040,0 / 0,001
Ağrının Şiddeti						
1-5 arası olanlar	39 (65,0)	15 (25,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	X ² =199,6** p= 0,001
6-10 arası olanlar	21 (35,0)	2 (3,3)	-	-	-	

* Cochran Q testi kullanılmıştır.

** Freidman testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.4'te araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ağrı ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Çizelgeye bakıldığında, ameliyat sonrası 1. günde hastaların %80,0'inde ameliyat bölgesinde ve %43,3'ünde baş, boyun, omuz ve sırt bölgesinde (diğer bölgeler) ağrı olduğu görülmektedir. Çalışmada, ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda hastaların diğer bölgelerde ağrı sorunu yaşamadığı, her iki bölgedeki ağrının zamanla anlamlı azalma ($p<0,05$) gösterdiği dikkati çekmektedir. Hastaların ameliyat bölgesindeki ağrının zaman içindeki değişimi ile ilgili yapılan istatistiksel değerlendirmede; ameliyat sonrası 1. gün ile karşılaştırıldığında, ağrının özellikle ameliyat sonrası 1. ve 2. haftalarda anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 3. haftadan sonraki izlemler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ağrı şiddeti ortalamaları sırasıyla $5\pm1,7$; $0,7\pm1,7$; $0,2\pm0,8$; $0,02\pm0,1$; $0,02\pm0,1$ olarak belirlenmiştir. Hastaların üçte biri (%35,0) ameliyat sonrası 1. günde ağrı şiddetini 6 ve üzeri (min:2; max:8) olarak değerlendirmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, ağrı şiddetinin zamanla anlamlı bir değişim gösterdiği ($p<0,05$), ameliyat sonrası 1. gün ile karşılaştırıldığında, ağrı şiddetinin ameliyat sonrası 1. haftada anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 2. haftadan sonra ise izlemler arasında bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların dağılımı

Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Sorunlar	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Cochran Q / p
SOLUNUM						
Nefes alıp verirken zorlanma	15 (25,0)	2 (3,3)	-	-	-	53,5 / 0,001
Boğazda baskı hissetme	35 (58,3)	5 (8,3)	1 (1,7)	-	-	122,0 / 0,001
Boğazın ön tarafında ağrı	57 (95,0)	7 (11,7)	2 (3,3)	-	-	208,7 / 0,001
Boğazı sık sık temizleme ihtiyacı hissetme	33 (55,0)	6 (10,0)	-	-	-	112,4 / 0,001
Boyunda/ameliyat yerinde doluluk hissetme	36 (60,0)	2 (3,3)	-	-	-	136,6 / 0,001
Kısa kısa nefes alma	4 (6,7)	-	-	-	-	160,0 / 0,001
YEME ve İÇME						
Yutma güçlüğü	36 (60,0)	8 (13,3)	2 (3,3)	-	-	117,6 / 0,001
Yutma sırasında boğazda rahatsızlık	57 (95,0)	7 (11,7)	2 (3,3)	-	-	200,9 / 0,001
Boğazda şişlik/doluluk hissi	37 (61,7)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	-	138,7 / 0,001
Sıvı besinleri yutarken zorlanma	43 (71,7)	-	-	-	-	1720,0 / 0,001
Katı besinleri yutarken zorlanma	59 (98,3)	4 (6,7)	2 (3,3)	-	-	213,7 / 0,001
Bulantı-kusma	33 (55,0)	-	-	-	-	1320,0 / 0,001

Çizelge 4.5. (Devam) Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların dağılımı

Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Sorunlar	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Cochran Q / p
KİŞİSEL HİJYEN ve GİYİM						
Kendi kendine banyo yaparken zorlanma	58 (96,7)	5 (8,3)	-	-	-	214,5 / 0,001
Banyo yaparken yardım alma	53 (88,3)	5 (8,3)	-	-	-	191,26 / 0,001
Giyinirken yardım alma	50 (88,3)	3 (5,0)	-	-	-	185,4 / 0,001
Saç tararken zorlanma	10 (16,7)	1 (1,7)	-	-	-	36,6 / 0,001
Diş fırçalararken zorlanma	8 (13,3)	1 (1,7)	-	-	-	28,7 / 0,001
HAREKET						
Başın hareketi sırasında zorlanma	50 (83,3)	5 (8,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	178,6 / 0,001
Başın hareketi sırasında ağrı	48 (80,0)	4 (6,7)	1 (1,7)	-	-	175,9 / 0,001
Omuzların hareketi sırasında zorlanma	6 (10,0)	-	-	-	-	240,0 / 0,001
Omuzların hareketi sırasında ağrı	6 (10,0)	-	-	-	-	240,0 / 0,001
Yorgunluk hissetme	34 (56,7)	3 (5,0)	2 (3,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	122,6 / 0,001

Çizelge 4.5. (Devam) Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların dağılımı

Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Sorunlar	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Cochran Q / p
ÇALIŞMA ve EĞLENME						
Ameliyat nedeniyle çalışamama	60 (100,0)	27 (45,0)	17 (28,3)	7 (11,7)	2 (3,3)	153,4 / 0,001
Günlük işlerde zorlanma	60 (100,0)	23 (38,3)	13 (21,7)	4 (6,7)	-	165,3 / 0,001
İş yaşamında zorlanma**	13 (100,0)	4 (30,8)	3 (23,1)	2 (15,4)	-	36,1 / 0,001
Aktivitelerde yavaşlama/ azalma	59 (98,3)	24 (40,0)	14 (23,3)	4 (6,7)	1 (1,7)	158,6 / 0,001
Hobilerde kısıtlama	59 (98,3)	26 (43,3)	15 (25,0)	3 (5,0)	-	160,9 / 0,001
UYKU						
Uyku süresinde kısalma	24 (40,0)	2 (3,3)	-	-	-	92,9 / 0,001
Uykuya dalamama	5 (8,3)	-	-	-	-	200,0 / 0,001
İLETİŞİM						
Ses kısıklığı	27 (45,0)	7 (11,7)	3 (5,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	77,4 / 0,001
Konuşurken boğazda ağrı hissetme	48 (80,0)	6 (10,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	-	169,8 / 0,001
Ses volümünde azalma	12 (20,0)	5 (8,3)	3 (5,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	27,6 / 0,001
Yüksek sesle konuşurken zorlanma	43 (71,7)	10 (16,7)	6 (10,0)	3 (5,0)	1 (1,7)	125,1 / 0,001

* Cochran Q testi kullanılmıştır.

** İş yaşamında zorlanma durumunu değerlendirirken sadece çalışan bireyler için (n:13) istatistiksel analiz yapılmıştır.

Çizelge 4.5.'te araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların dağılımı yer almaktadır.

Çizelge incelendiğinde; ameliyat sonrası 1. günde hastaların büyük çoğunluğunun solunumla ilgili nefes alıp verirken boğazın ön tarafında ağrı (%95,0); yeme-içme ile ilgili katı besinleri yutarken zorlanma (%98,3) ve yutma sırasında boğazda rahatsızlık (%95,0); kişisel hijyen ve giyimle ilgili kendi kendine banyo yaparken zorlanma (%96,7) yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmada, hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde ameliyat nedeniyle çalışamama, günlük işlerde zorlanma ve iş yaşamında zorlanma; tamamına yakınının da aktivitelerde yavaşlama/azalma (%98,3) ve hobilerde kısıtlama (%98,3) sorunları yaşadıkları saptanmıştır.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların zaman içindeki değişimi incelendiğinde; tüm sorunlarda zaman içinde anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.6. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda beden imajı ile ilgili yaşadıkları sorunların dağılımı

Beden İmajı İle İlgili Sorunlar	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Cochran Q / p
Ameliyat bölgesini gizleme isteği	5 (8,3)	3 (5,0)	2 (3,3)	2 (3,3)	2 (3,3)	9,7 / 0,001
Ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik	6 (10,0)	4 (6,7)	3 (5,0)	3 (5,0)	2 (3,3)	10,2 / 0,001

* Cochran Q testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.6'da araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda beden imajı ile ilgili yaşadıkları sorunların dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, ameliyat sonrası 1. günde hastaların %10'unda ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik ve %8,3'ünde ameliyat bölgesini gizleme isteği olduğu görülmektedir.

Hastaların ameliyat bölgesini gizleme isteği ve ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik yapma ihtiyacının zaman içindeki değişimi incelendiğinde; bu sorunlarda 2., 3. ve 4. haftalarda ameliyat sonrası 1. güne oranla anlamlı bir azalma ($p<0,05$) olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.7. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda komplikasyon yaşama durumları

Komplikasyon	Ameliyat Sonrası 1. Gün	Ameliyat Sonrası 1. Hafta	Ameliyat Sonrası 2. Hafta	Ameliyat Sonrası 3. Hafta	Ameliyat Sonrası 4. Hafta	İstatistiksel Analiz* Cochran Q / p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kanama	-	-	-	-	-	**
Enfeksiyon	-	-	-	-	-	**
Hipokalsemi	3 (5,0)	3 (5,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	-	8,5 / 0,075
Hipotiroidi	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	-	40,0 / 0,406
Tirotoksikozis	-	-	-	-	-	**

* Cochran Q testi kullanılmıştır.

* **Tablo gözlerindeki beklenen frekansın az olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Çizelge 4.7’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda ameliyata bağlı komplikasyon yaşama durumları yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; tüm izlemlerde hastaların tamamında kanama, enfeksiyon ve tirotoksikozis görülmediği, hipokalsemi gelişme oranının izlemlerde %5,0’dan %1,7’ye kadar değişiklik gösterdiği, hipotiroidinin de %1,7 oranında geliştiği saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Tiroidektomi tüm dünyada yaygın olarak uygulanan ve mortalitesi oldukça düşük olan bir cerrahi müdahaledir [7,73]. Tiroid bezinin hareketli bir bölge olan boyunda yer alması ve önemli sinir, damar ve organlarla anatomik komşuluklarının bulunması, hastaların tiroidektomi ameliyatı sonrası günlük yaşamlarını etkileyen sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle bu araştırma, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada, tiroidektomi yapılan bireylerin (n=60) ameliyat sonrası dönemde (30 gün) yaşadıkları sorunlar incelenmiştir.

Literatürle benzer bulgular elde edilen çalışmamızda yaş ortalaması $48,3 \pm 11,4$ olup, hastaların çoğunluğu evli ve kadındır [9,58]. Hastaların yaklaşık yarısı ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindedir. Hastaların çoğunluğu ev hanımı ve gelirleri giderlerine denktir (Bkz. Çizelge 4.1.). Araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlası toksik olmayan guatr nedeniyle tiroidektomi ameliyatı olmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunu total tiroidektomi ameliyatı geçirenler oluşturmuştur. Çalışmaya katılan hastaların çok azında ameliyat sonrası komplikasyon görülmüştür (Bkz. Çizelge 4.2.).

Tiroidektomi ameliyatı sonrası kanama, enfeksiyon, hava yolu obstrüksiyonu, brakial pleksus yaralanması, organ yaralanmaları, vokal kord hasarları, hipokalsemi, hipotiroidizm ve hipoparatiroidi gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir [5,8,9]. Tiroidektomi ameliyatı sonrası gelişen bu komplikasyonların görülme oranları düşük olmakla birlikte, hastaların yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkileri yaşam boyu devam etmektedir [8,12,13,14,15,74]. Literatürle benzer olarak bizim çalışmamızda da, hastaların çok azında ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği görülmüştür (Bkz. Çizelge 4.2.).

Cerrahi girişimler, hastaların beklenmedik ve olumsuz bir yaşam deneyimi edinmelerine neden olmaktadır. Cerrahi girişim geçiren tüm hastalarda olduğu gibi tiroidektomi geçiren hastalarda da ameliyat sonrası fiziksel, zihinsel, sosyal ve fonksiyonel yönden çeşitli sorunlar görülebilmektedir [17]. Araştırmada, tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde sorun yaşadığı, sorunların ameliyat sonrası 1. gün ve 1. haftada daha yoğun olduğu, yaşanan sorunlarda da zaman içinde anlamlı azalma ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir (Bkz. Şekil 4.1. ve Çizelge 4.3.). Literatürde tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşamlarını etkileyen tüm sorunları inceleyen bir

çalışmaya ulaşılamamakla birlikte; farklı cerrahi girişimler ile ilgili yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunların zaman içinde anlamlı azalma gösterdiği belirlenmiştir [75,76,77].

Günümüzde, tiroid ameliyatları sonrası komplikasyon görülme oranlarının çok düşük olmasına bağlı olarak ameliyat sonrası hastanede yatış süresi kısaltmakta ve hastaların erken dönemde taburculukları yapılmaktadır. Hastaların hastanede yatış sürelerinin kısa olması nedeniyle tiroidektomi ameliyatı sonrası yaşanabilecek sorunlara yönelik yeterli taburculuk eğitimi verilememektedir. Literatür incelendiğinde tiroidektomi ameliyatı sonrası sorun belirleme çalışmalarının çoğunlukla hastaların tiroidektomi sonrası yaşadıkları boğaz ağrısı, yutma ve ses değişiklikleri ile ilgili olduğu görülmektedir [9,16,17,78]. Bizim çalışmamızda ise tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşamlarını etkileyen ağrı, beslenme, kişisel hijyen-giyim, hareket, uyku, çalışma-eğlenme, beden imajı ve iletişim ile ilgili yaşadıkları sorunlar detaylı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızda hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde ağrı ve çalışma-eğlenme, büyük çoğunluğunun da yeme-içme, kişisel hijyen-giyim, solunum, hareket ve iletişim ile ilgili sorunlar yaşadığı, en az yaşadıkları sorunların da uyku ve beden imajı ile ilgili olduğu belirlenmiştir. İlerleyen haftalardaki telefonla yapılan izlemlerde ise hastaların daha çok çalışma-eğlenme, beden imajı ve iletişim ile ilgili sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3.). Çalışmadaki bu sonucun, tiroidektomi ameliyatının hastanın hayati fonksiyonlarını çok etkilememesine ve ameliyat sonrası hızlı bir iyileşme sürecinin yaşanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Dal, Bulut ve Demir (2012), hastaların cerrahi girişim sonrası ilk bir ay evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, genel cerrahi kliniğinde ameliyat olan hastaların bu süreçte en çok yaşadıkları ilk üç sorunun sırasıyla ağrı (%44,9), yara enfeksiyonu (%35,4) ve beslenme (%32,7) ile ilgili olduğunu saptamıştır [79]. Hastaların gününbirlik cerrahi işlem sonrası evde yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği bir çalışmada ise, hastaların taburculuk sonrası 24. saatte en fazla ağrı (%73,6) ve yorgunluk (%60,4) sorunlarını ilettikleri görülmüştür [75]. Çilingir ve Bayraktar (2009), hastaların burun ameliyatı sonrası ilk üç gün içinde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların en çok ağrı (%96,3) ile ilgili sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir [80]. Literatürde tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşamlarını etkileyen tüm sorunları belirleyen çalışmalara ulaşılamamakla birlikte; farklı cerrahi hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda

da bizim çalışmamızda olduğu gibi hastaların benzer sorunları yaşadıkları ve bu sorunların zamanla anlamlı bir azalma gösterdiği belirlenmiştir [75,76,78,81].

Tiroidektomi sonrası hastaların ağrı hissetmelerinin başlıca nedenleri insizyon yeri, entübasyon sonrası larinks ve farinksin travmatize olması ve ameliyat sırasında boynun hiperekstansiyona getirilmesidir [58]. Araştırmamızda, hastaların ameliyat sonrası en çok yaşadıkları sorunun ameliyat yerinde ağrı olduğu, ağrı sorununun özellikle ameliyat sonrası 1. ve 2. haftalarda anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur. Literatürden farklı olarak, ameliyat sonrası 1. günde çalışmaya katılan hastaların yarıya yakınında (%43,3) ameliyat yerinde ağrıya ek olarak diğer bölgelerde (baş, boyun, omuz, sırt) de ağrı sorunu olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4.). Ameliyat sonrası 1. günde diğer bölgelerde hissedilen ağrının ameliyat pozisyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin giderek azaldığı görülmektedir [76,80].

Araştırmamızda ameliyat sonrası 1. günde hastaların büyük çoğunluğunun solunumla ilgili nefes alıp verirken boğazın ön tarafında ağrı; yeme-içme ile ilgili katı besinleri yutarken zorlanma ve yutma sırasında boğazda rahatsızlık; kişisel hijyen ve giyimle ilgili kendi kendine banyo yaparken zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.5.). Hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların zaman içindeki değişimi incelendiğinde; hastaların ameliyat sonrası 1. gün ve 1. haftada daha yoğun sorun yaşadıkları, tüm sorunlarda zaman içinde anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir. Tiroidektomi ameliyatının günümüzde mini insizyonlu cerrahi olarak uygulanması ve ameliyat bölgesinin daha az travmaya uğraması bu azalmanın nedeni olarak düşünülmektedir.

Genel anestezi ile yapılan tüm cerrahi işlemler sonrası hastalar entübasyona bağlı olarak boğaz ağrısı yaşamaktadır [58,82]. Ancak tiroidektomi ameliyatı olan hastalar, buna ek olarak ameliyat bölgesinin larinks, farinks ve trakea ile yakın komşuluğu nedeniyle daha yoğun boğaz ağrısı yaşamaktadır. Kadri, Khanzada, Samad ve Memon (2009) tiroidektomi sonrası hastaların yaşadığı boğaz ağrısı sıklığının belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunda boğaz ağrısı olduğunu belirlemişlerdir [58]. Çalışmamızda, ameliyat sonrası 1. günde hastaların tamamına yakınında boğaz ağrısı nedeniyle yutma güçlüğü de görülmektedir. Sabaretnam ve diğerleri (2012) çalışmalarında bizim çalışmamızla benzer şekilde tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrasında yutma ile ilgili sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir [16]. Ameliyat bölgesinin farinksle olan yakın komşuluğu, hastaların

ameliyat sonrası yutma ile ilgili sorunları yoğun olarak yaşamalarının nedeni olarak tahmin edilmektedir.

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi tiroidektomi sonrası da hastalar günlük işlerini yürütememe, iş yaşamında ameliyat öncesi performanslarını gösterememe gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu çalışmada da, hastaların tamamının ameliyat sonrası 1. günde ameliyat nedeniyle çalışamama, günlük işlerde zorlanma ve iş yaşamında zorlanma; tamamına yakınının da aktivitelerde yavaşlama/azalma ve hobilerde kısıtlama sorunlarını yaşadıkları ve bu sorunlarda zaman içinde anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.5.). Çalışmamızdaki bu sonuçların, ameliyat bölgesinin boyunda bulunması ve özellikle baş hareketlerinin kısıtlılığı nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Farklı cerrahi girişimler geçiren hastalarla yapılan iki izlem çalışmasında da, ameliyat sonrası erken dönemde hastaların kişisel hijyenlerini karşılamada güçlük çektikleri ve hastaların ameliyat sonrası dönemde yemek yaparken, ulaşımında, çalışırken ve alışverişte güçlük yaşadıkları, bu sorunların zaman içinde anlamlı azalma gösterdiği belirlenmiştir [76,77].

Uyku, fiziksel ve ruhsal olarak bedenin dinlenmesini sağlar, iyileşmeyi kolaylaştırır ancak uyku düzeni hastaneye yatma ve hastane ortamından etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada cerrahi sonrası hastanede yatan hastaların uyku düzeninin en fazla ağrı, odanın havasız olması, vücuda takılı tıbbi cihazların olması, odanın kalabalık olması ve çevredeki gürültü tarafından etkilendiği saptanmıştır [83]. Araştırmamızda, ameliyat sonrası 1. günde hastaların yarısından fazlasının uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3.). Literatürde cerrahi geçiren hastalarla yapılan izlem çalışmalarında bizim çalışmamızla benzer olarak hastaların yaşadığı uyku sorunun ortalama 1. hafta sonunda anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir [80,83].

Araştırmamızda, hastaların beden imajı ile ilgili sorunları en az yaşadıkları ve tüm izlemlerde beden imajı ile ilgili yaşanan sorunların devam ettiği belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3.). Beden imajı ile ilgili sorunlar arasında hastaların daha çok ameliyat bölgesini gizleme isteği ve ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik yapma ihtiyacı duyduğu ve bu sorunlarda anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir. Kadınların beden imajlarıyla daha çok ilgilendikleri bilinen bir gerçektir. Araştırma örnekleminin çoğunluğunu kadınlar oluşturmasına karşın, çalışmamızda en az yaşanan sorunun beden imajı ile ilgili olduğu saptanmıştır. Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalarla ilgili gözlemlerimiz, örneklemimizin çoğunluğunu oluşturan ev hanımlarının eşarp kullandıkları ve ameliyat sonrası ilk ay evde olmaları nedeniyle beden imajı ile ilgili sorunları daha az yaşadıkları

yönündedir. Grover, Sadler ve Mihai (2013) yaptıkları çalışmada hastaların gerçek kaygılarının tiroidektomi ameliyatı sonrası oluşan skar dokusunun olmadığını bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada; hastalar, ameliyatın boyun bölgesi yerine aksiller bölgeden yapılmasına olanak sağlayan transaxiller yaklaşımla yapılması ile ilgili sunulan teklifle ilgilenmediklerini saptamışlardır [73]. Hastaların ameliyat sonrası boğazda oluşan skar dokusunu beden imajını bozan bir durum olarak görmemesi, öncelikli olarak sağlık sorunlarının çözülmesini istemeleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Ses bozuklukları, tiroidektomi ameliyatı sonrası gelişen bilindik ve korkulan sorunlardır. Tiroidektomi ameliyatı sırasında laringeal sinirin hasar görmesi, strep kasların fiksasyonu, laringeal venöz drenajdaki değişiklikler ve entübasyon, hastaların ameliyat sonrası iletişim ile ilgili sorun yaşamalarına neden olmaktadır [84,85]. Araştırmamızda, ameliyat sonrası izlemlerde iletişim sorunları arasında hastaların en çok yüksek sesle konuşurken zorlandıkları ve bu durumun zaman içinde anlamlı azalma gösterdiği belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.5.). Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak, tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların çoğunluğunun (%87) yüksek sesle konuşurken ses değişiklikleri yaşadıkları belirlenmiştir [85]. Yapılan başka bir çalışmada ise ameliyat sonrası hastaların yaşadıkları geçici ses değişikliklerinin 1 ay içinde normale döneceği bildirilmiştir [86].

Son yıllarda teknolojik gelişmelerin sağlık alanına yansması ile hemşirelik uygulamalarında bakımın kalitesini artırmak ve sürekliliği sağlamak amacıyla önemli gelişmelerden biri de telefon kullanımıdır. Telefon ile hemşire, hastaya danışmanlık hizmeti sunabilmekte, hasta izlemlerini yapabilmekte ve aciliyetleri değerlendirerek hızlı ve etkili çözümler sağlayabilmektedir [21,22,23]. Literatürde cerrahi hastalarıyla yapılan ameliyat sonrası izlem çalışmalarının sonuçları incelendiğinde; cerrahi geçiren hastaların, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesinin, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların azaltılması ve çözülmesi, gelişen komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde belirlenmesinde yardımcı olduğu görülmektedir [79,80]. Yapılan çalışmalar hastaların belirlenen bu sorunlara yönelik ameliyat öncesi dönemden itibaren bilgilendirilmelerinin ve hasta izleminin yapılması gerektiğini vurgulamaktadır [17,18]. Mishra ve diğerleri (2009) tarafından yapılan bir araştırmada, tiroid (n:29) ve paratiroid cerrahisi (n:3) geçiren 32 hastanın ameliyat sonrası kontrolleri telefonla izlem yoluyla yapılmış ve hastaların %69'unun telefonla izlem yönteminden son derece memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır [24]. Bizim

çalışmamızda da hastalar, telefonla izlem yoluyla ameliyat sonrası dönemde takip edilmekten memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Gelişen cerrahi teknikler, anestezi ve analjezi ile günümüzde çoğu cerrahi girişimlerden sonra hastaların hastanede kalma süreleri kısalmıştır. Hastaların cerrahi girişim sonrası hastanede kalma sürelerinin kısa olması etkili ve yeterli taburculuk eğitimi alamamaları ve evde karşılaştıkları sorunlarla baş etmekte zorlanmalarına neden olmaktadır [23,80]. Bakımın sürekliliğinin sağlanması ve sorun gelişiminin önlenmesi amacıyla cerrahi geçiren ve taburcu olan hastalara etkili taburculuk eğitimi sunmak, danışmanlık vermek ve izlemi yapmak için telefon kullanımının etkili olacağı ve yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, araştırmamızda, tiroidektomi ameliyatı olan hastalarla yüz yüze görüşerek ve telefonla izleyerek ameliyat sonrası ilk ayda yaşadıkları sorunlar belirlenmiş ve bu sorunların zaman içinde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları sorunlar göz önünde bulundurularak, belirlenen sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin hastaların taburculuk eğitimine ve ameliyat sonrası izlemlerine dâhil edilmesi uygun olacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Araştırmaya katılan hastaların %53,3'ü 50 yaş altında, %83,3'ü kadın ve %85'i evlidir. Hastaların %45,0'ı ortaokul ve üzeri seviyede eğitim düzeyinde, %78,3'ü çalışmamaktadır. Yine hastaların %83,3'ünün beden kitle indeksi normalin üzerindedir, %30,0'unun daha önceden ameliyat deneyimi ve %33,3'ünün kronik hastalığı bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 4.1.).

6.1.2. Araştırmaya katılan hastaların %56,7'sinin ameliyat olma nedeni toksik olmayan guatrdir. Hastaların %95'ine iki taraflı total tiroidektomi ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası hastanede hastaların %5'nde komplikasyon gelişmiştir (Bkz. Çizelge 4.2.).

6.1.3. Hastaların ameliyat sonrası 1. gün ve 1. haftada sorun yaşama oranları yüksek olup, sorunların zaman içinde azaldığı belirlenmiştir. Hastaların zaman içinde daha az sorun yaşaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Şekil 4.1.).

6.1.4. Ameliyat sonrası 1. günde hastaların %100'ü ağrı ve çalışma-eğlenme, %98,3'ü yeme-içme, %96,7'si kişisel hijyen-giyim, %95,0'ı solunum, %93,3'ü hareket, %40'ı uyku ve %10'u beden imajı ile ilgili sorunlar yaşamıştır. Hastaların izlemlere göre en çok yaşadıkları sorunlar, ameliyat sonrası 1. haftada ağrı (%28,3) ve çalışma – eğlenme (%51,7); 2.haftada çalışma – eğlenme (%30,0) ve iletişim (%10,0); 3.haftada çalışma – eğlenme (%11,7), beden imajı (%5,0) ve iletişim (%5,0); 4.haftada ise hareket (%3,3), çalışma – eğlenme (%3,3) ve beden imajıdır (%3,3).

Hastaların ameliyat sonrası 1. gün, 1., 2., 3. ve 4. haftalarda yaşadıkları tüm sorunların zaman içinde azaldığı, bunun da istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3.).

6.1.5. Ameliyat sonrası 1. günde hastaların %80,0'inde ameliyat bölgesinde ve %43,3'ünde baş, boyun, omuz ve sırt bölgesinde (diğer bölgeler) ağrı olduğu görülmektedir. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede ağrı ve ağrı şiddeti düzeyinin özellikle ameliyat sonrası 1. gün, 1. ve 2. haftalarda anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), 3. haftadan sonraki izlemler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.4.).

6.1.6. Ameliyat sonrası 1. günde hastaların %98,3'ünün solunumla ilgili nefes alıp verirken boğazın ön tarafında ağrı; %96,7'sinin yeme-içme ile ilgili katı besinleri yutarken zorlanma ve %95'inin yutma sırasında boğazda rahatsızlık; %96,7'sinin kişisel hijyen ve giyimle ilgili kendi kendine banyo yaparken zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir. Yine hastaların %100,0'ının ameliyat sonrası 1. günde ameliyat nedeniyle çalışamama, günlük işlerde zorlanma ve iş yaşamında zorlanma; %98,3'ünün aktivitelerde yavaşlama/azalma ve %98,3'ünün de hobilerde kısıtlama sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunların zaman içindeki değişimi incelendiğinde; tüm sorunlarda zaman içinde anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$)(Bkz. Çizelge 4.5.).

6.1.7. Ameliyat sonrası 1. günde hastaların %10'unda ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik ve %8,3'nde ameliyat bölgesini gizleme isteği olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu sorunlarda 2.,3. ve 4. haftalarda ameliyat sonrası 1. güne oranla anlamlı bir azalma ($p<0,05$) olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.6.).

6.1.8. Yapılan tüm izlemlerde hastaların tamamında kanama, enfeksiyon ve tirotoksikozis görülmediği, hipokalseminin %1,7-5,0 ve hipotiroidinin de %1,7 oranında geliştiği saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.7.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve erken taburculuk sonrası bu sorunları çözümleyebilmelerine ilişkin telefonla izlem yapılması ve danışmanlık hizmeti verilmesi,

6.2.2. Tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları sorunların belirlendiği daha geniş örneklemli ve çok merkezli benzer çalışmaların yapılması,

6.2.3. Tiroidektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları bu sorunların hasta eğitimlerinde kapsamlı olarak ele alınması, yaşanabilecek sorunlar ve çözümleri ile ilgili eğitim materyallerinin geliştirilerek hasta eğitiminde kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Müller, P.E., Jakoby, R., Heinert, G., and Fritz, S. (2001). Surgery for recurrent goitre: its complications and their risk factors. *European Journal of Surgery*, 167, 816-21.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2013). *Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu*. (5. Baskı). Ankara: Miki Matbaacılık, 5.
3. İnternet: Prevalence and Impact of Thyroid Disease.
URL:<http://www.thyroid.org/media-main/about>
<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.thyroid.org%2Fmedia-main%2Fabout-hypothyroidism%2F&date=2016-07-22>, Son Erişim Tarihi: 22.07.2016.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). Türkiye istatistik yılı, 2013. Ankara. 111.
5. Süslü, N. (2005). *Benign Tiroid Hastalıklarında Uygulanan Cerrahi Yöntemin Postoperatif Morbiditeye Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
6. Ala, S. (2007). *Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 14-16.
7. Barczynski, M., FEBS-ES, A.K., Malgorzata, S., Cichon, S., Richter, P., and Wojciech, N. (2011). Total thyroidectomy for benign thyroid disease. *Annals of Surgery*, 254, 724-730.
8. Toprak, D., Doğanay, M., ve Kama N.A. (2004). Tiroid operasyonlarından sonra görülen komplikasyonlar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, (5)2, 1-6.
9. Lombardi, C.P., Raffaelli, M., De Crea, C., D'Alatri, L., Maccora, D., Marchese, M.R., Paludetti, G., and Bellantone, R. (2009). Long-term outcome of functional post-thyroidectomy voice and swallowing symptoms. *Surgery*, 146, 1174-81.
10. Hariadha, E., Sulaiman, S.A.S., Gillani S.W., and Baig M.A.I. (2013). A preliminary study on post surgical complications after thyroidectomy in Pulau Pinang, Malaysia. *International Journal of Pharmacy & Life Sciences*, 4(6), 2717-2721.
11. Çağlayan, K., Çelik, A. (2010). Benign tiroid hastalığında ameliyat yöntemleri ve komplikasyonların incelenmesi: Tiroidektomi ve komplikasyonları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(3), 141-145.
12. Sözen, S., Emir, S., Alıcı, A., Aysu, F., Yıldız, F., Aziret, M., Kısakürek, M. ve Çakmak, A. (2010). Total tiroidektomi sonrası komplikasyonlar ve cerrah faktörü. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(1), 13-17.
13. Christou, N., Mathonnet, M. (2013). Complications after total thyroidectomy. *Journal of Visceral Surgery*, 150, 249-256.

14. Stathopoulos, P., Gangidi, S., Kotrotsos, G., Cunliff, D. (2015). Graves' disease: a review of surgical indications, management, and complications in a cohort of 59 patients.
15. Narayanan, S., Arumugam, D., Mennona, S., Wang, M., Davidov, T., Trooskin, S.Z. (2016). An evaluation of postoperative complications and cost after short-stay thyroid operations. *Annals of Surgical Oncology*, 23, 1440–1445.
16. Sabaretnam, M., Mishra, A., Chand, G., Agarwal G., Agarwal, A., Verma, A.K., and Mishra, S.K. (2012). Assessment of swallowing function impairment in patients with benign goiters and impact of thyroidectomy: a case control study. *World Journal of Surgery*, 36, 1293–1299.
17. Mishra, A., Sabaretnam, M., Chand, G., Agarwal G., Agarwal, A., Verma, A.K., and Mishra, S.K. (2013). Quality of life (QOL) in patients with benign thyroid goiters (pre- and post-thyroidectomy): a prospective study. *World Journal of Surgery*, 37, 2322–2329.
18. Miller, A., Barton, K., and Hassn, A. (2012). Nurse-led telephone follow-up after day case surgery. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(5), 7-8.
19. Bostrom, J., Caldwell, J., McGuire, K., Everson, D. (1996). Telephone follow-up after discharge from the hospital: does it make a difference? *Applied Nursing Research*, 9(2), 47-52.
20. Szöts, K., Konradsen, H., Solgaard, S., Ostergaard, B. (2014). Telephone follow-up by nurse following total knee arthroplasty – protocol for a randomized clinical trial. *BMC Nursing*, 13, 14.
21. Burch, J., Taylor, C. (2012). Patients' need for nursing telephone follow-up after enhanced recovery. *Gastrointestinal Nursing*, 10(4), 51-58.
22. Cusack, M., Taylor, C. (2010). A literature review of the potential telephone follow-up in colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2394-405.
23. Hintistan, S., Çilingir, D. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 30-35.
24. Mishra, A., Kapoor, L., and Mishra, S.K. (2009). Post-operative care through tele-follow up visits in patients undergoing thyroidectomy and parathyroidectomy in a resource-constrained environment. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(2), 73-76.
25. Zhang, J., Wong, You, F.K.Y., Zheng M., Li, Q., Zhang, B., Huang, M., Ye, X., Liang, M., and Liu, J. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nursing™*, 36(6), 419-428.
26. Lal, G., Clark, O.H. (2010). Thyroid, parathyroid and adrenal. In F.C. Brunnicardi, D.K. Andersen, T.R. Billiar, D.L. Dunn, J.G. Hunter, J.B. Matthews, R.E. Pollock (Eds), *Schwartz's principles of surgery*. Ninth Edition. New York. McGraw-Hill, 2587-2645.

27. Lydiatt, D.D., Bucher, G.S. (2011). Historical vignettes of the thyroid gland. *Clinical Anatomy*, 24(1), 9.
28. Vellar, I.D. (1999). Thomas peel dunhill: pioneer thyroid surgeon. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 69, 375-387.
29. Delbridge, L. (2003). Total thyroidectomy: the evolution of surgical technique. *ANZ Journal of Surgery*, 73, 761-768.
30. Tucker, N., Mitchem, J., Gillanders, W. (2013). Minimally invasive surgical techniques in the management of differentiated thyroid cancer. *Otorinolaringologia*, 63(2), 53-61.
31. Kaynaroglu, Z.V. (2013). Tiroid fizyolojisi ve fonksiyon testleri. İ. Sayek. (Editör). *Temel cerrahi cilt 2*. Dördüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 1871.
32. Williams, P.L. (1995). *Thyroid Gland*. In: *Gray's anatomy*. New York, NY, Churchill Livingstone; 1891-96.
33. İşgör, A. (2000). *Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi*. İstanbul. Avrupa Kitapçılık, 515-540.
34. Olgun, N., Aslan, F.E. (2011). Endokrin hastalıkları. A. Karadakovan, F.E. Aslan. (Editör). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Genişletilmiş İkinci Baskı. Adana. Nobel Kitabevi, 857-896.
35. Yorgancılar, E., Topçu, İ. (2010). Tiroid cerrahisinde nervus laringeus recurrens. *KBB-Forum*, 9(2), 35-39.
36. Guyton, A.C. *Tıbbi fizyoloji*. (çev. Z.D.Balkancı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 76, 931-938.
37. Barrett, K.E., Barman, S.M., Boitano, S., Brooks, H.L. *Ganong'un tıbbi fizyolojisi*. (çev. İ. Şemin). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 20, 301-313.
38. Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Geliştirilmiş İkinci Baskı. Ankara. Sistem Ofset, 671-706.
39. Olgun, N. (2016). Endokrin sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. T. Bedük. (Editör). İç hastalıkları hemşireliği akıl notları. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 219-238.
40. Aktümsek, A. (2015). *Anatomi ve fizyoloji insan biyolojisi*. (Dokuzuncu Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., 158-159.
41. Güllüoğlu, B.M. (2013). Hipertiroidi ve cerrahi. İ. Sayek. (Editör). *Temel cerrahi cilt 2*. Dördüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 1889-1890.
42. Cantürk, N.Z. (2013). Tiroiditler. İ. Sayek. (Editör). *Temel cerrahi cilt 2*. Dördüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 1882.

43. Adaş, G., Adaş, M., Özülker, F., Akçakaya, A. (2012). Tiroid kanserleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(1), 26-34.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (2016). Türkiye kanser istatistikleri. Ankara. 24.
45. Pellegriti, G., Frasca, F., Regalbuto, C., Squatrito, S., Vigneri, R. (2013). Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2013, 1-10.
46. Altun, H., Hamaloğlu, E. (2013). Diferansiye tiroid kanserleri. İ. Sayek. (Editör). Temel cerrahi cilt 2. Dördüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 1897.
47. Lang, B.H., Lo, C.Y., Chan, W.F., Lam, K.Y., Wan, K.Y. (2007). Staging systems for papillary thyroid carcinoma: a review and comparison. *Annals of Surgery*, 245(3), 366-78.
48. Roy, M., Chen, H., Sippel, R.S. (2013). Current understanding and management of medullary thyroid cancer. *The Oncologist*, 18, 1093-1100.
49. Teksöz, S., Özcan, M., Sargan, A., Bukey, Y., Özgültekin, R., Özyeğin, A. (2013). Reoperations and morbidity in thyroid surgery. *Nobel Medicus*, 9(2), 38-42.
50. Altaca, G., Onat, D. (2013). Tiroidektomi ve komplikasyonları. İ. Sayek. (Editör). Temel cerrahi cilt 2. Dördüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 1924-1934.
51. Karadağ, M. (2016). Endokrin sistemin cerrahi hastalıklarında hemşirelik bakımı. N.Ö. Elbaş. (Editör). Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri, 158-162.
52. Lee, S., Lee, C., Lee, S.C., Park, S., Kim, H.Y., Son, H., Kang, S., Jeong, J., Nam, K., Chung, W.Y., Park, C.S., Cho, A. (2014). Surgical completeness of robotic thyroidectomy: a prospective comparison with conventional open thyroidectomy in papillary thyroid carcinoma patients. *Surgical Endoscopy*, 28, 1068-1075.
53. Miccoli, P., Berti, P., Bendinelli, C., Conte, M., Fasolini, F., Martino, E. (2000). Minimally invasive videoassisted surgery of the thyroid: a preliminary report. *Langenbecks Archives of Surgery*, 385(4), 261-4.
54. Düren, M., Giray, S. (2010). Transaksiller robotik tiroidektomi: cerrahi teknik ve ilk iki olgunun bildirimi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(2), 103-105.
55. Türkmen, Ü.A., Kara, D., Köksal, Ç. (2012). Tiroid bezi hastalıklarında anestezi yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28, 48-55.
56. Erdil, F., Elbaş, N.Ö. (2012). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*. (Altıncı Baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., 715-745.
57. Karabulut, K., Berber, E. (2012). Robotik endokrin cerrahi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(1), 1-5.

58. Kadri, I.A., Khanzada, T.W., Samad, Memon, W. (2009). Post-thyroidectomy sore throat: a common problem. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25(3), 408-412.7
59. Gustavsson, L., Vikman, I., Nystrom, C., Engstrom, A. (2014). Sore throat in women after intubation with 6.5 or 7.0 mm endotracheal tube: a quantitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 318-324.
60. Mayir, B., Doğan, U., Koç, Ü., Merter, A.A., Oruç, M.T. (2013). Tiroidektomi sonrası geç dönemde ortaya çıkan hayatı tehdit edici kanama. *Endokrinolojide Diyalog*, 10(4), 142-144.
61. Calo, P.G., Pisano, G., Piga, G., Medas, F., Tatti, A., Donati, M., Nicolosi, A. (2010). Postoperative hematomas after thyroid surgery. Incidence and risks factors in our experience. *Annali Italiani di Chirurgia*, 81(5), 343-7.
62. Calo, P.G., Erdas, E., Medas, F., Pisano, G., Barbarossa, M., Pomata, M., Nicolosi, A. (2013). Late bleeding after total thyroidectomy: report of two cases occurring 13 days after operation. *Clinical Medicine Insights: Case Reports*, 6, 165-170.
63. Elfenbein, D.M., Schneider, D.F., Chen, H., Sippel, R.S. (2014). Surgical site infection after thyroidectomy: a rare but significant complication. *Journal of Surgical Research*, 190, 170-6.
64. Tutar, H., Bakkal, F.K., Aydil, U., Ceylan, A., Kızıl, Y., Yılmaz, M., Köybaşıoğlu, A. (2013). Tiroid cerrahisi deneyimlerimiz. *Gazi Medical Journal*, 24, 120-122.
65. Ulusoy, S., Daşgın, E., Babaoğlu, A., Bıkmaz, F., Sunal, H., Selvioğlu, R., Yılmaz, H.B. (2013). Tiroid cerrahisi yapılan geniş bir hasta serisinin değerlendirilmesi: 462 olgunun analizi. *Journal of Medical Updates*, 3(1), 19-24.
66. Mutlu, A.T., Berkiten, G., Kumral, T.L., Uyar, Y. (2012). Tiroid cerrahisinin laringeal komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28, 10-19.
67. Furtado, L. (2011) Thyroidectomy: post-operative care and common complications. *Nursing Standard*, 25(34), 43-52.
68. Karayurt, Ö., Edeer, A.D. (2016). Tiroid cerrahisinde bakım. F.E. Aslan. (Editör). Cerrahi bakım: vaka analizleri ile birlikte. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi, 629-649.
69. Chan, Y. et al. (2002). Patient education informed consent in head and neck surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, 128, 1269-1274.
70. Detlinger, N., Ramdın, V. Dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği. (çev. Ş. Özcan, D. Yıldırım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. (Eserin orijinali 2014'te yayımlandı), 13, 420.
71. Turner, B., Wells, P. (2012). Evaluating the efficacy of a telephone follow-up clinic. *Cancer Nursing Practice*, 11(1), 32-35.
72. Atasayar, S., Demir, S.G. (2016). Tiroidektomi sonrası evde sorun/komplikasyon yönetimi algoritması. 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Poster bildirisi, kongre cd'si.

73. Grover, G., Sadler, G.P., Mihai, R. (2013). Morbidity after thyroid surgery: patient perspective. *Laryngoscope*, 123, 2319-2323.
74. Hoccoğlu, Ç. (2010). Tiroid cerrahisi komplikasyonları ve psikiyatri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(1), 40-42.
75. Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N., Tepe, A. (2010). Gününbirlik cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 38-48.
76. Demir, S.G., Erdil, F. (2013). Effectiveness of home monitoring according to the model of living in hip replacement surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1226-1241.
77. Bilik, Ö. (2006). Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İzmir: 2006.
78. Temiz, Z., Öztürk, D., Uğraş, G.A., Öztekin, S.D., Şengül, E. (2016). Determination of patient learning needs after thyroidectomy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(3), 1479-1483.
79. Dal, Ü., Bulut, H., Demir, S.G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
80. Çilingir, D., Bayraktar, N. (2009). Burun ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk üç gün içinde evde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların çözülmesine yönelik uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1, 71-80.
81. Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advance Nursing*, 31, 1165-1173.
82. Bulut, H., Erden, S., Demir, S.G., Çakar, B., Erdoğan, Z., Demir, N., Ay, A., Aydın, E. (2016). The effect of cold vapor applied for sore throat in the early postoperative period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(4), 291-297.
83. Özkaya, B.Ö., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A., Alış, H. (2013). Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9, 121-125.
84. Kuhn, M.A., Bloom, G., Myssiorek, D. (2012). Patient perspectives on dysphonia after thyroidectomy for thyroid cancer. *Journal of Voice*, 27(1), 111-114.
85. Sinagra, D.L., Montesinos, M.R., Tacchi, V.A., Moreno, J.C., Falco, J.E., Mezzadri, N.A., Debonis, D.L., Curutchet, H.P. (2004). Voice changes after thyroidectomy without recurrent laryngeal nerve injury. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(4), 556-560.
86. Maeda, T., Saito, M., Otsuki, N., Morimoto, K., Takahashi, M., Iwaki, S., Inoue, H., Tomoda, C., Miyauchi, A., Nibu, K. (2013). Voice quality after surgical treatment for thyroid cancer. *Thyroid Surgery*, 23(7), 847-853.

EKLER

EK-1. Tanıtıcı özellikler formu

Anket No:

1. İletişim Bilgileri:

Adı Soyadı:

Ev Tel:

Cep Tel:

2. Yaşı:

3. Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

4. Boyu:

Kilosu:

5. Hastaneye Yatış Tarihi:

Ameliyat Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

6. Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar değil☐ Okuryazar☐ İlkokul☐ Ortaokul☐ Lise☐ Yükseköğretim7. Medeni Durumu: ☐ Evli☐ Bekâr8. Gelir Düzeyi: ☐ Geliri giderden az☐ Geliri gidere denk☐ Geliri giderden fazla9. Sosyal Güvencesi: ☐ Var☐ Yok10. Çalışma Durumu: ☐ Evet; Mesleğiniz:.....☐ Hayır11. Kronik Hastalığı Bulunma Durumu: ☐ Evet; ☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet; () Tip I, () Tip II☐ Kalp-Damar Hastalıkları ☐ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı☐ Astım☐ Romatoid Artrit☐ Diğer (Açıklayınız).....☐ Hayır12. Daha Önce Ameliyat Olma Durumu: ☐ Evet (Açıklayınız).....☐ Hayır

13. İlaç Kullanma Durumu:

☐ Evet (Açıklayınız).....☐ Hayır

14. Hastaneye Yatmadan Önceki Dönemde;

a) Sigara içme durumu: ☐ Evet; Süresi: Miktarı: sayı/gün☐ Hayırb) Alkol alma durumu: ☐ Evet; Süresi:Sıklığı: ... Miktarı: ... bardak veya kadeh/gün☐ Hayır

15. Ameliyat Nedeni:

16. Yapılan Ameliyat:

17. Anestezi Şekli:

18. Ameliyat Sırasında Komplikasyon Gelişme Durumu:

☐ Evet (Açıklayınız).....☐ Hayır

19. Ameliyat Sonrasında Hastanede Komplikasyon Gelişme Durumu:

☐ Evet (Açıklayınız).....☐ Hayır

EK-2. Ameliyat sonrası hasta izlem formu

1. AĞRI		Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Ameliyat bölgesinde ağrı										
	♣ Diğer (baş, boyun, sırt, omuz vb.)										
	♣ Ağrı şiddeti (0-10 arası)										
	♣ Ağrıyı arttıran durumlar										

2. SOLUNUM	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Nefes alıp verirken zorlanma										
	♣ Boğazda baskı hissetme										
	♣ Boğazın ön tarafında ağrı										
	♣ Boğazı sık sık temizleme ihtiyacı hissetme										
	♣ Boyunda/ameliyat yerinde doluluk hissetme										
	♣ Kısa kısa nefes alma										
	♣ Diğer.....										

EK-2. (Devam) Ameliyat sonrası hasta izlem formu

3. YEME VE İÇME	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Yutma güçlüğü										
	♣ Yutma sırasında boğazda rahatsızlık										
	♣ Boğazda şişlik/doluluk hissi										
	♣ Sıvı besinleri yutarken zorlanma										
	♣ Katı besinleri yutarken zorlanma										
	♣ Bulantı-kusma										
	♣ Diğer.....										

4. KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Kendi kendine banyo yaparken zorlanma										
	♣ Banyo yaparken yardım alma										
	♣ Kendi kendine giyinebilme										
	♣ Giyinirken yardım alma										
	♣ Saç tararken zorlanma										
	♣ Diş fırçalarken zorlanma										
	♣ Diğer.....										

EK-2. (Devam) Ameliyat sonrası hasta izlem formu

5. HAREKET	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Başın hareketi sırasında zorlanma										
	♣ Başın hareketi sırasında ağrı										
	♣ Omuzların hareketi sırasında zorlanma										
	♣ Omuzların hareketi sırasında ağrı										
	♣ Yorgunluk hissetme										
	♣ Diğer.....										

6. ÇALIŞMA VE EĞLENME	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Ameliyat nedeniyle çalışamama										
	♣ Günlük işlerde zorlanma										
	♣ İş yaşamında zorlanma										
	♣ Aktivitelerde yavaşlama/ azalma										
	♣ Hobilerde kısıtlama										
	♣ Diğer.....										

EK-2. (Devam) Ameliyat sonrası hasta izlem formu

7. UYKU	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Uyku süresinde kısalma										
	♣ Uykuya dalamama										
	♣ Diğer.....										

8. BEDEN İMAJI	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Ameliyat bölgesini gizleme isteği										
	♣ Ameliyat sonrası kıyafet seçiminde değişiklik										
	♣ Diğer.....										

9. İLETİŞİM	SORUNLAR	Ameliyat Sonrası İlk 24 saat		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	♣ Ses kısıklığı										
	♣ Konuşurken boğazda ağrı hissetme										
	♣ Ses volümünde azalma										
	♣ Yüksek sesle konuşurken zorlanma										
	♣ Diğer.....										

EK-2. (Devam) Ameliyat sonrası hasta izlem formu

10. Diğer Sorunlar		Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	KANAMA; - Yara yerinde solukluk/morluk - Yara yerinde kanama										
	ENFEKSİYON; - Vücut sıcaklığında artma - Yara yerinde sıcaklık artışı - Yara yerinde şişlik - Yara yerinde kızarıklık - Yara yerinde akıntı - Yara yerinde açılma										

EK-2. (Devam) Ameliyat sonrası hasta izlem formu

		Ameliyat Sonrası 1. Gün		Ameliyat Sonrası 1. Hafta		Ameliyat Sonrası 2. Hafta		Ameliyat Sonrası 3. Hafta		Ameliyat Sonrası 4. Hafta	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
10. Diğer Sorunlar (Devamı)	HİPOKALSEMİ; - Dudak kenarlarında karıncalanma - El ve ayaklarda karıncalanma - El ve ayaklarda uyuşma - El ve ayaklarda titreme, - Elde ebe eli şeklinde kasılma										
	HİPOTİROİDİ; - Halsizlik – yorgunluk - Unutkanlık - Konsantrasyonda azalma - Kuru/soluk cilt - Saçlarda dökülme, seyrekleşme ya da cansızlık - Kabızlık - Kilo alma - Kas ağrıları - Miksödem / vücutta yaygın ödem										
	TİROTOKSİKOZİS; - Halsizlik - çabuk yorulma, - Sinirlilik, - Çarpıntı/taşikardi - Nefes darlığı - Terleme - Titreme - İdrar miktarında artma										
	Diğer; 										

EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik Kararı

ak Tarih ve Sayısı: 14/03/2015-32018



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124-100-
Konu : Uygulama İzni Hk. (Semra ATASAYAR)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03/03/2015 tarihli ve 14574941-100- 26257 sayılı yazı,

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı 128536125 numaralı yüksek lisans öğrencisi Semra ATASAYAR' ın Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR danışmanlığında yürüteceği "Tiroidektomi Ameliyatı Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Genel Cerrahi Kliniklerinde (6. ve 7. Kat) yapma talebi ilgili Anabilim Dalı tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Kadriye ALTOK
Başhekim

EK :

Yazı Örneği (1 Sayfa)

EK-4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600/273
Konu: Toplantı Kararları

11/05/2015

Sayın Öğr. Gör. Dr. Serpil Gök Demir
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Nisan 2015 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A. Sevgi EKGÜ BAKKALOĞLU
Dekan Yardımcısı

EK-1 Etik Kurul kararı

EK-4. (Devam) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

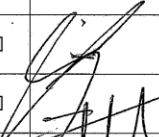
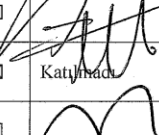
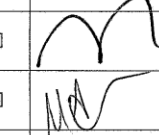
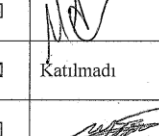
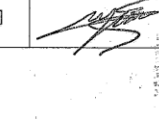
GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara			
	TELEFON	0312 202 69 58			
	FAKS	0312 202 46 73			
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tiroidektomi Ameliyatı Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğr. Gör. Dr. Sevil Güler DEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI/UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket Çalışmaları - Yüksek Lisans Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.03.2015	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	30.03.2015	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐			
	DİĞER	☐			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 170	Toplantı tarihi: 13.04.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Canar ULUOĞLU							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Canar ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ BAŞKAN YARD.	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK-4. (Devam) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etiği A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları AD.	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Değerli Katılımcı;

“Tiroidektomi Ameliyatı Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni tiroidektomi ameliyatı geçirmiş olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın amacı, tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesidir. Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Genel Cerrahi Servislerinde (6.kat ve 7.kat) yapılacaktır. Çalışmamızda size anket yöntemi uygulanacaktır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada araştırmacı hastalar ile ameliyat sonrası ilk 24 saatte yüz yüze görüşme yaparak yaşadıkları sorunlar değerlendirilecektir. İkinci aşamada ise hastalar ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda araştırmacı tarafından telefonla aranarak yaşadıkları sorunlar değerlendirilecektir. Araştırmacı tarafından size yöneltililecek anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 19 soruluk tanıtıcı özelliklere ilişkin sorular, ikinci bölümde ise 10 ana başlıktan oluşan, tiroidektomi geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerle ilişkin sorular yer almaktadır. Çalışmamızda yer almayı kabul eden bütün hastalara aynı sorular sorulacaktır. Çalışmada bulunma süreniz ameliyat tarihinden itibaren 4 haftadır. Çalışma süresince size herhangi bir deneysel girişimde bulunulmayacaktır. Sizlerle görüşerek alacağım veriler kimliğiniz gizli tutularak yalnız bu araştırma için kullanılacak olup, amacın dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu formu imzalayınız.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Tiroidektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesi amaçlanarak yapılan araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim).*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Arş. Gör. Semra ATASAYAR

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

EK-6. Ek çizelgeler

Ek Çizelge 6.1.Ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda hastaların tanıtıcı özelliklerine göre herhangi bir sorun gelişme durumu*

Özellikler		Ameliyat Sonrası 1. Hafta				Ameliyat Sonrası 2. Hafta				Ameliyat Sonrası 3. Hafta				Ameliyat Sonrası 4. Hafta			
		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	50<	19	31,7	13	21,7	12	20,0	20	33,3	8	13,3	24	40,0	5	8,3	27	45,0
	50≥	18	30,0	10	16,7	8	13,3	20	33,3	1	1,7	27	45,0	2	3,3	26	43,3
İstatistiksel Analiz		$X^2=0,152$ $p=0,696^{**}$				$X^2=0,536$ $p=0,464^{**}$				$p=0,029^{****}$				$LR=1,080$ $p=0,299^{****}$			
Cinsiyet	Kadın	30	50,0	20	33,3	15	25,0	35	58,3	7	11,7	43	71,7	6	10,0	44	73,3
	Erkek	7	11,7	3	5,0	5	8,3	5	8,3	2	3,3	8	13,3	1	1,7	9	15,0
İstatistiksel Analiz		$LR=0,362$ $p=0,547^{***}$				$LR=1,432$ $p=0,231^{***}$				$LR=0,221$ $p=0,639^{***}$				$LR=0,034$ $p=0,855^{***}$			
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı (okuryazar değil, okuryazar, ilkokul)	18	30,0	15	25,0	7	11,7	26	43,3	3	5,0	30	50,0	3	5,0	30	50,0
	Ortaokul ve üzeri (ortaokul, lise, yükseköğrenim)	19	31,7	8	13,3	13	21,7	14	23,3	6	10,0	21	35,0	4	6,7	23	38,3
İstatistiksel Analiz		$X^2=1,573$ $p=0,210^{**}$				$X^2=4,848$ $p=0,028^{**}$				$p=0,146^{****}$				$LR=0,470$ $p=0,493^{***}$			
Medeni Durum	Evli	31	51,7	20	33,3	18	30,0	33	55,0	7	11,7	44	73,3	6	10,0	45	75,0
	Bekar	6	10,0	3	5,0	2	3,3	7	11,7	2	3,3	7	11,7	1	1,7	8	13,3
İstatistiksel Analiz		$LR=0,114$ $p=0,736^{***}$				$LR=0,624$ $p=0,430^{***}$				$LR=0,396$ $p=0,529^{***}$				$LR=0,003$ $p=0,955^{***}$			
Çalışma Durumu	Evet	10	16,7	3	5,0	6	10,0	7	11,7	4	6,7	9	15,0	3	5,0	10	16,7
	Hayır	27	45,0	20	33,3	14	23,3	33	55,0	5	8,3	42	70,0	4	6,7	43	71,7
İstatistiksel Analiz		$LR=1,726$ $p=0,189^{***}$				$LR=1,168$ $p=0,276^{***}$				$LR=2,822$ $p=0,093^{***}$				$LR=1,822$ $p=0,177^{***}$			
Beden Kitle İndeksi	Normal ve altı	6	10,0	4	6,7	5	8,3	5	8,3	2	3,3	8	13,3	1	1,7	9	15,0
	Normalin üstü	31	51,7	19	31,7	15	25,0	35	58,3	7	11,7	73	71,7	6	10,0	44	73,3
İstatistiksel Analiz		$LR=0,014$ $p=0,906^{***}$				$LR=1,432$ $p=0,231^{***}$				$LR=0,221$ $p=0,639^{***}$				$LR=0,034$ $p=0,855^{***}$			
Kronik Hastalık Bulunma Durumu	Var	10	16,7	8	13,3	4	6,7	14	23,3	1	1,7	17	28,3	2	3,3	16	26,7
	Yok	27	45,0	15	25,0	16	26,7	26	43,3	8	13,3	34	56,7	5	8,3	37	61,7
İstatistiksel Analiz		$X^2=0,406$ $p=0,524^{**}$				$X^2=1,429$ $p=0,232^{**}$				$LR=2,100$ $p=0,147^{***}$				$LR=0,008$ $p=0,930^{***}$			
Sigara İçme Durumu	Evet	2	3,3	1	1,7	1	1,7	2	3,3	1	1,7	2	3,3	1	1,7	2	3,3
	Hayır	35	58,3	22	36,7	19	31,7	38	63,3	8	13,3	49	81,7	6	10,0	51	85,0
İstatistiksel Analiz		$LR=0,034$ $p=0,854^{***}$				$LR=0,000$ $p=1,000^{***}$				$LR=0,668$ $p=0,414^{***}$				$LR=1,048$ $p=0,306^{***}$			
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	10	16,7	8	13,3	6	10,0	12	20,0	3	5,0	15	25,0	2	3,3	16	26,7
	Hayır	27	45,0	15	25,0	14	23,3	28	46,7	6	10,0	36	60,0	5	8,3	37	61,7
İstatistiksel Analiz		$X^2=0,406$ $p=0,524^{**}$				$X^2=0,000$ $p=1,000^{**}$				$LR=0,055$ $p=0,814^{***}$				$LR=0,008$ $p=0,930^{***}$			

* Ameliyat sonrası 1. günde tüm hastalar sorun yaşadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

** Ki kare testi kullanılmıştır. *** Olabilirlik oranı testi (Likelihood Ratio testi) kullanılmıştır. **** Fisher's exact test kullanılmıştır.

Ek Çizelge 6.2. Ameliyat sonrası 1., 2., 3. ve 4. haftalarda hastaların ameliyat ile ilgili özelliklerine göre herhangi bir sorun yaşama durumu*

		Ameliyat Sonrası 1. Hafta				Ameliyat Sonrası 2. Hafta				Ameliyat Sonrası 3. Hafta				Ameliyat Sonrası 4. Hafta			
		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ameliyat Nedeni	Nodül	7	11,7	6	10,0	5	8,3	8	13,3	1	1,7	12	20,0	-	-	13	21,7
	Toksik Mng	6	10,0	4	6,7	3	5,0	7	11,7	2	3,3	8	13,3	1	1,7	9	16,7
	Toksik Olmayan Guatr	22	36,7	12	20,0	12	20,0	22	36,7	6	10,0	28	46,7	6	10,0	28	56,7
	Tiroidit	2	3,3	1	1,7	-	-	3	5,0	-	-	3	5,0	-	-	3	5,0
<i>İstatistiksel Analiz</i>		<i>LR=0,508 p=0,917**</i>				<i>LR=2,692 p=0,442**</i>				<i>LR=1,978 p=0,577**</i>				<i>LR=5,038 p=0,169**</i>			
Ameliyat Tipi	Total Tiroidektomi	36	60,0	21	35,0	19	31,7	38	63,3	9	15,0	48	80,0	7	11,7	50	83,3
	Subtotal Tiroidektomi	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7
	İki taraflı total tiroidektomi	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7
	Tek taraflı subtotal tiroidektomi	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7
<i>İstatistiksel Analiz</i>		<i>LR=4,856 p=0,183**</i>				<i>LR=3,819 p=0,282**</i>				<i>LR=1,003 p=0,801**</i>				<i>LR=0,765 p=0,858**</i>			
Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişme Durumu	Evet	3	5,0	-	-	3	5,0	-	-	3	5,0	-	-	2	3,3	1	1,7
	Hayır	34	56,7	23	38,3	17	28,3	40	66,7	6	10,0	51	85,0	5	8,3	52	86,7
<i>İstatistiksel Analiz</i>		<i>LR=2,998 p=0,083**</i>				<i>LR=6,913 p=0,009**</i>				<i>p=0,002***</i>				<i>p=0,034***</i>			

* Ameliyat sonrası 1. günde tüm hastalar sorun yaşadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

**Olabilirlik oranı testi kullanılmıştır.

*** Fisher's exact test kullanılmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ATASAYAR, Semra
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 09.11.1986 Kırıkkale
 Medeni hali : Bekâr
 Telefon : 0 (312) 216 26 56
 Faks : 0 (312) 216 26 36
 e-mail : smratsyr@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Cumhuriyet Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2010-2013	Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Kliniği	Klinik Hemşiresi
2013-2014	Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi
2014-Halen	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Atasayar, S., Demir, S.G. Total tiroidektomi sonrası erken dönemde telefonla izlem: olgu sunumu. 6. Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı, 19-22 Mart 2015, Bursa. (Poster Bildiri)

2. Atasayar, S., Demir, S.G. Tiroidektomi sonrası yaşanan sorunlar ve çözümlerine yönelik bir algoritma çalışması. 20. Ulusal Cerrahi Kongresi, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 13-17 Nisan 2016, Antalya. (Poster Bildiri)
3. Atasayar, S., Demir, S.G. Tiroidektomi sonrası ilk 24 saatte karşılaşılan sorunlara yaklaşım: bir olgu serisi. 20. Ulusal Cerrahi Kongresi, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 13-17 Nisan 2016, Antalya. (Poster Bildiri)



GAZİ GELECEKTİR..

