

Yeniden Ameliyat Olma (Reoperasyon) ve Hemşirelik Bakımı

Reoperation and Nursing Care

AYDANUR AYDIN*
DİLEK ÇİLİNGİR*

Geliş Tarihi: 22.06.2016, Kabul Tarihi: 30.03.2017

ÖZ

Yeniden ameliyat olma (reoperasyon), ameliyata neden olan durumun tekrarlanması ya da komplikasyon nedeniyle hastanın yeniden ameliyata alınmasıdır. Ameliyat olan hastalar, ameliyat sonrası dönemde birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu dönemde yaşanan sorunlar, hastayı olumsuz etkilemekte ve bazı durumlarda hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, ikinci kez ameliyat olan hastaların mortalite ve gelişebilecek komplikasyon oranları da artmaktadır. Hastanın ikinci kez ameliyat olmasına karar verilmesi sağlık çalışanı yönünden oldukça güç bir durumdur. Bireysel etmenler göz önünde bulundurularak kar-zarar ilişkisinin gözden geçirilmesi karar vermede etkili olmaktadır. Yeniden ameliyat olma riski taşıyan hastaların bulunduğu kliniklerde çalışan cerrahi hemşiresinin, uygulanacak girişimleri erken tespit edilebilmesi için klinik deneyim kazanmış olması gerekmektedir. Bu nedenle, cerrahi hemşiresi hastanın ameliyat öncesi dönemde öyküsünü doğru sorgulamalı, bireysel etmenleri değerlendirmeli, etkili hemşirelik bakımı uygulayarak yaşanan sorunların azaltılmasında ve komplikasyon yönetiminde etkin olmalıdır. Ayrıca ikinci kez ameliyat olan bireyin ameliyat sonrası taburculuğunun planlanmasında, cerrahi hemşiresinin riskleri bilmesi ve önlem alınacak durumları bireye iletmesi kaliteli iyileşmenin gerçekleşmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Hasta bakımı; perioperatif hemşirelik; reoperasyon.

ABSTRACT

Reoperation refers to a patient re-undertaking an operation due to the reoccurrence of the condition or to correct the complications of a previous operation. Patients who have an operation may face many problems during the post-surgery period. Problems seen during this period may affect patients negatively and require reoperation in some cases. However, the rate of mortality and possible complications increases among those having an operation for the second time. It is a very difficult situation for the healthcare worker to make the decision for a second operation. In addition to individual factors, reviewing profit and loss balance may be influential upon this decision. It is necessary that surgical nurses working at clinics where patients with reoperation risk stay should have clinical experience so that they can determine the interventions early. Therefore, surgical nurses should thoroughly ask patients about history in pre-surgery period, assess individual factors, and be effective in reducing problems and in complication management by administering effective nursing care. This will contribute to the successful planning of post-operation discharge of the patients. Surgical nurses must know the risks and communicate which measures are to be taken in order to achieve a high-quality recovery.

Keywords: Patient care; perioperative nursing; reoperation.

* A Aydın, Araş. Gör.; D Çilingir, Doç. Dr.
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Aydanur Aydın, Araş. Gör.,
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üniversite Mah. Farabi Cad. No:88 61080, Trabzon
Tel.: 0 462 377 88 62 Faks: 0 462 230 04 75
e-posta: aydanuraydin_88@hotmail.com

Yeniden ameliyat olma (reoperasyon), ameliyata neden olan durumun yinelenmesi ya da komplikasyon nedeniyle hastanın yeniden ameliyata kabul edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar, ameliyatları ile ilişkili olarak çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlar insizyon bölgesine göre değişiklik göstermekle birlikte, yara yeri ya da üriner infeksiyonlar en sık karşılaşılanlarıdır. [1] Ameliyat sonrası dönemde yaşanan sorunlar, hastanın iyileşme süresini uzatmakta ve süreci olumsuz yönde etkilemektedir. Ameliyat sonrası gelişebilecek sorunlar değerlendirildiğinde, olumsuz koşulların iyileştirilmesi ve hastanın zarar görmesini engelleyen bazı durumlarda hastanın yeniden ameliyat edilme durumu ortaya çıkmaktadır. [2,3]

Ameliyat sonrası dönemde hastanın bireysel durumuna ya da hastalığına, ameliyatına ve anestezi türüne ilişkin birçok nedenle yeniden ameliyat gerçekleştirilmektedir. Konuya ilişkin yürütülen çalışmalar incelendiğinde, ilk kez ameliyat olduktan sonra komplikasyon gelişen hastalarda, genellikle iki aydan 20 yıla kadar değişen zamanlarda yeniden ameliyata gereksinim duyulmaktadır. Yeniden ameliyat olma süresi ortalaması ameliyatın türüne göre değişebilmektedir. Literatürde sıklıkla beyin cerrahisi, kalp-damar cerrahisi, ortopedik cerrahi, tiroid ve paratiroid cerrahisi sonrası ameliyat yinelenmesinin gerçekleştirildiği görülmektedir (Tablo 1). [4-21] Bununla birlikte, bireylerin yeniden ameliyat edilmesi, ameliyat sonrası yeni sorunların oluşmasına, mortalite ve komplikasyon gelişme olasılığının artmasına neden olmaktadır.

Ameliyat Yinelenmesinin Sıklıkla Gerçekleştirildiği Klinikler

Beyin Cerrahisi

Beyin cerrahisinde ameliyat yinelenmesini gerektirecek olguları yakalamak ve belirlemek güç olduğundan yeniden ameliyat olma oranı da düşük olarak görülmektedir. Bu nedenle, ameliyat yinelenmesi için ilk ameliyatında risk altında değerlendirilen bireyler daha dikkatli gözlemlenmelidir. Bu riskler, yaş, kronik hastalığı olma durumu, obezite, fiziksel aktivite kısıtlılığı, kanser varlığı ve ailedeki genetik yatkınlıkları içermektedir. [22] Tümöre bağlı beyin cerrahisi geçirecek hasta grubuna ait riskler, tümörün anatomik olarak pozisyonu, tümörün boyutu, uzun ameliyat zamanı, erken ameliyat sonrası komplikasyonlar, kemoterapi ve radyoterapi şeklindedir. [23] Epstein'in bir çalışmasında, beyin cerrahisi geçiren 50 yaş sonrası hastaların %85'inin yeniden ameliyat için risk altında olduğu belirtilmektedir. [24] Hastaların risk durumlarını değerlendirerek oluşabilecek durumların göz önünde bulundurulması ve öncelikli davranılması yeniden ameliyatı önleyebilecektir. [25,26]

Kalp-Damar Cerrahisi

Kalbe ilişkin cerrahi geçiren hastaların %2-6'sının ikinci kez ameliyat edildiği bildirilmektedir. Aynı zamanda, kalp cerrahisinde yeniden ameliyatın en önemli nedeninin greftin tipi olduğu ve ameliyatta internal torasik arterin greft olarak kullanılmasının yeniden ameliyat olma olasılığını azalttığı

Tablo 1. Hastaların Yeniden Ameliyat Olma Süreleri ile İlgili Çalışmalar

YAZAR/YAZARLAR	AMELİYATIN YAPILDIĞI İLGİLİ KLİNİK	YENİDEN AMELİYAT OLMA SÜRESİ ORTALAMASI
Yasunaga (2015) ^[10]	Beyin Cerrahisi	2 gün- 2 yıl
Aizawa et al. (2015) ^[20]		20 yıl
Radcliff et al. (2013) ^[9]		1- 4 yıl
Babu et al. (2012) ^[11]		2- 5 yıl
Martin et al. (2007) ^[16]		11 yıl
North et al. (2007) ^[18]		1- 3 yıl
Sabik et al. (2013) ^[5]	Kalp-Damar Cerrahisi	6 ay- 20 yıl
Demirtürk ve ark. (2012) ^[8]		4-18 yıl
Cebotari et al. (2011) ^[12]		1- 5 yıl
Zierer et al. (2007) ^[19]		22 yıl
Sabik (2005) ^[6]		<1 yıl
Soyal ve arkadaşları (2004) ^[4]		2 ay- 11 yıl
Gottschalk et al. (2014) ^[21]	Ortopedik Cerrahi	2 yıl
Palm et al. (2007) ^[15]		6 ay
SooHoo et al. (2007) ^[17]		10 yıl
Şamil (2012) ^[7]	Tiroid ve Paratroid Cerrahisi	<1 yıl
Çiğmez ve arkadaşları (2011) ^[13]		3 ay- 20 yıl
Al-Saif et al. (2010) ^[14]		4-116 ay

belirtilmektedir.^[4,5] Açık kalp ameliyatlarının büyük ameliyatlar arasında yer alması, çok fazla teknik donanım içermesi, teknik sorunların ve bireyi bekleyen olası risk etmenlerinin fazla olmasına karşın, bireyin ameliyat sonrası erken dönemde bu ameliyatı yeniden deneyimlemesi komplikasyon görülme oranını da artırmaktadır. Uzun süre kalp akciğer makinesinde kalma, kanama riski ve pulmoner hipertansiyon gibi etmenler komplikasyona neden olmaktadır.^[6]

Ortopedik Cerrahi

Yeniden ameliyat olma, hastanın mobilizasyon süresi ile ilişkilendirilmektedir. Hastaya yerleştirilen implant, mobilizasyon zamanının ve hastanın fizyolojik özelliklerinin ameliyat sonrası sonucu etkilediği belirtilmektedir.^[1,15] Gottschalk ve arkadaşlarının^[21] yürüttüğü çalışmada, mobilizasyonun doğru zamanda yapılmamasına bağlı olarak en sık görülen komplikasyonun derin ven trombozu (%2.9) olduğu saptanmıştır. Sağlık ekibinin ameliyat sonrası planlı mobilizasyonu sağlaması, ortopedi ameliyatı olan hastalarda yeniden ameliyat olmayı önleyebilecek durumlar arasında gösterilmektedir.^[21,24]

Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi

Cerrahi girişim ve adjuvan tedavilere karşın ilk cerrahi girişimin yetersizliği ya da hastalığın seyri ile ilgili olarak yinelemeli girişimlerin gerekli olabileceği vurgulanmaktadır. İlk ameliyattan sonra gelişen inflamasyon, skar dokusu, kanama ve ödem erken dönemde yinelenen ameliyata ilişkin anatomik yapıların seçilmesini ve diseksiyonu güçleştirebilmektedir. Ayrıca, boyun bölgesine daha önce uygulanan bir ameliyatın varlığı da, yeniden uygulanan cerrahi girişimlerde yapışıklığa neden olabileceğinden hastalarda komplikasyon riskini yükseltmektedir.^[7,8]

Yeniden Ameliyat Olacak Hastada Risk Faktörleri

Kısa süre önce ameliyat olan bireyin yeniden ameliyat geçirmesinin birçok olumsuz koşul oluşturduğu söylenebilir. Ancak bazı durumlarda önlenemez sorunların oluşumuna karşın olası risk faktörlerinde hassas davranılması sonucu etkileyebilir. Bu risk faktörleri, hastanın yaşı, kronik hastalığı olma durumu, obezite, fiziksel aktivite kısıtlılığı, kanser varlığı, tümör hücrelerinin boyutu, konumu, cerrahi deneyim ve ailedeki genetik yatkınlıklar olarak belirtilebilir.^[6,22,25,26] Bu riskleri değerlendirerek bakımını planlayan ve ameliyatı sonrası hastanın iyileşme sürecinde hassas davranan hemşirenin komplikasyon oranını azaltması olasıdır. Alınabilecek cerrahi önlemler, kardiyak atımda, periferik dolaşımda azalma ve arteriyel kan basıncında artma gibi kardiyovasküler, vital kapasite, kan oksijenasyonunda azalma ve akciğer elastikiyetinde yetersizlik gibi respiratuar, renal kan akımı, artık ürünlerin atılması, gece sık idrar yapma gibi üriner, duyumsama eksikliği, yanıt zamanında yavaşlama, çevreye uyum gibi nörolojik, osteoporoz ya da artrite bağlı deformite

oranında artışa gibi kas iskelet sistemine ilişkin sorunların belirlenmesi cerrahi girişim nedeniyle oluşabilecek fizyolojik sorunların önlenmesine uygun önlemler alınması için olanak sağlar.^[27]

Hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri sorunların yönetimi ve bakımın planlanması cerrahi hemşiresinin sorumluluğundadır.^[28] Bu bağlamda, cerrahi hemşiresinin ameliyat yinelemesi yönünden risk grubu olarak değerlendireceği hastaların bakımında, daha ayrıntılı ve dikkatli davranarak uygulamalarını yürütmesi önem taşımaktadır. Cerrahi hemşirenin bu tutumu, hastanın yeniden ameliyat olmasına engel olabilecek etkili sonuçlar oluşturacaktır.^[29,30]

Yeniden Ameliyat Olan Hastada Hemşirelik Bakımı

Cerrahi hemşiresi hastayı en üst düzeyde iyilik haline ulaştıran ve bu durumu sürdürmekten sorumlu olan sağlık ekibi üyesidir. Cerrahide hemşirelik girişimleri ameliyat hazırlığı, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hasta bakımı, komplikasyonların önlenmesi, taburculuk sonrası evde bakıma yönelik hasta ve aile üyelerinin bilgilendirilmesini içermektedir. Bu dönemde cerrahi hemşiresi bakım, koordinasyon ve iş birlikçi rolleri kapsamında bireye özgü planladığı bakımı uygulamaktadır. Bu bağlamda, hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşayacağı sorunların azaltılması, kapsamlı planlanan ve uygulanan hemşirelik bakımı ile olası olmaktadır.^[30,31]

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık yaş, beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesi, infeksiyon, sistem fonksiyonları, sigara kullanımı ve kullanılan ilaçların sorgulanmasını kapsamaktadır. Bu dönemde hasta ölüm korkusu, ağrı, beden imajı değişimi ve bilgi eksikliğine bağlı kaygı sorunu ve yeniden ameliyata hazırlanma durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Yeterli psikolojik hazırlığın yapılması hastanın bu sorunlarla baş etmesine, ameliyat stresine uyum göstererek anksiyetesinin azalmasına, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin hızlanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olacaktır.^[32] Ameliyat öncesi hastalara derin solunum, öksürme, dönme egzersizleri ve eklem hareketleri öğretilmelidir. Egzersizlerin uygun zamanda yapılmasının solunum ve dolaşım sorunlarını önleyeceği açıklanmalıdır.^[33] Egzersizlerin sürekli ve doğru yapılması iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir. Yürütülmüş çalışmalarda egzersiz hareketlerini doğru zamanda yürütülmemesi yeniden ameliyat olma riskleri arasında değerlendirilmektedir.^[15]

Cerrahi uygulanacak hastaların %60-80 oranında değişen düzeylerde ameliyat öncesi kaygı, korku ve anksiyete yaşadığı belirtilmektedir.^[33] Yeniden ameliyat olma, hastanın aynı korku ile ikinci kez yüzleşmesine, ameliyat stresini yeniden yaşamasına, anksiyetenin artmasına ve psikolojik travmalara neden olabilmektedir. Bu korku ile baş edebilmenin ilk

ameliyata oranla daha zor olacağı, hastada daha çok stres yaratacağı ve iyileşme döneminde yaşayabileceği fiziksel sorunların yanında psikolojik sorunlara da neden olabileceği unutulmamalıdır. Anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası giderilmesinin cerrahi hemşiresinin bakım hedeflerinden biri olduğu belirtilmektedir. Hemşire, bu sorunla karşılaşabilen hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik öyküsünü detaylı sorgulamalı, bireysel etmenleri değerlendirmeli, hastanın var olabilecek psikolojik sorunlarını önceden belirlemeli ve hemşirelik bakımı ile yaşanabilecek sorunların azaltılmasına katkı sağlamalıdır.^[34]

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Özellikle cerrahi hemşiresinin hastaya uygulanacak girişimleri erken belirleyebilmesi için, yeniden ameliyat olma riski taşıyan hastaların bulunduğu ortamlarda klinik deneyim kazanmış olması gerekir. Yeniden ameliyat olması karar aşamasında olan hastanın odasında, diğer hasta odalarından farklı olarak endotrakeal tüp, arter kateteri, monitör bulundurulmalı ve sağlık ekibi üyelerinin hastaya müdahale sırasında steril kıyafetlerle bulunması sağlanmalıdır.^[35] Yeniden ameliyat olma gereksiniminin önlenmesi için, ilk ameliyat hasta için yeterli koşulları sağlayacak standartta olmalı, ameliyat sonrası düzenli izlenmeli, gerekli tedavi ve bakım uygulanmalıdır.^[30,31] Ayrıca bireyin ameliyat sonrası taburculuğunun planlanmasında, cerrahi hemşiresinin riskleri bilmesi ve alınacak önlemler konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmesi gerekir.^[35-37]

İkinci kez ameliyat olan hastaların genel olarak bir önceki ameliyata göre, kalp sorunları, hipertansiyon ve deri problemlerinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Hastaların kendini kötü hissettiği, enfeksiyona yatkın olduğu, kan kaybının ve ağrısının ilk ameliyata göre daha fazla olduğu belirtilmektedir.^[17] Radcliff ve arkadaşlarının^[9] yürüttüğü çalışmada, hastaların deri sorunlarının (%35) arttığı ve bir yıldan daha uzun süre devam eden komplikasyon belirtilerinin (%56) görülebildiği saptanmıştır.

Sigara, hipertansiyon ve obezite gibi bireysel özelliklerin varlığı, reoperasyon durumunda mortaliteyi artıran durumlar arasında gösterilmektedir.^[25] Risk oluşturabilecek bu bireysel özelliklerin belirlenmesi, yeniden ameliyat olacak bireyin planlı hizmet almasına ve mortalitenin önlenmesine katkı sağlayabilir. Laparoskopik ameliyatlardan sonra yinelenen ameliyatlarda hastaların %89'unun ameliyat sonrası memnuniyet oranının yüksek olduğu belirtilmektedir.^[29] Yeniden ameliyat sonrası planlanan kaliteli ve uygun bakım hastanın memnuniyet düzeyinin ve konforunun artmasına katkı verecektir.^[25,30]

Son yıllarda artan teknolojik olanakların varlığı, morbidite ve mortalite oranının azalmasında önemli bir etmenddir. İkinci kez ameliyat olan hastalarda kan kaybı ve kan kullanımının sınırlandırılması yinelemeli ameliyat riskinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Hemşirenin kanama belirtilerini takip etmesi, dikkatli ve titiz davranması sorun yaşanmasını önleyecektir.

Hastanın ağrısında ani bir artış olması reoperasyon gerektiren belirtilerden biridir.^[37] Cerrahi insizyon bölgesinin varlığı, pozisyon, yara yerinde sıvı ya da kan birikimi gibi durumlar hastanın ağrı duymasına neden olmaktadır. Hemşire tarafından ağrının yerinin, şiddetinin ve ne zaman başladığının tanımlanması ağrı ile baş etmede önemli rol oynamaktadır. Uyarıların bilinmesi ve etkili tedavi seçimi için hekim ile iş birliği yapılması ağrı ile baş etmede uygulanacak analjezinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Hastanın duyduğu ağrının var olabilecek ya da sorun oluşturabilecek şekilde tanımlayabilmesi için ameliyat öncesi dönemde ağrının şiddetinin ve yerinin nasıl olacağına hastaya öğretilmesi gerekmektedir. Bu konuda eğitim alan hasta, reoperasyon gerektirecek derecede bir ağrı duyup duymadığını tanımlayabilir. Hemşirenin ameliyat öncesi dönemde ağrıya ilişkin önlem alması, verdiği eğitime hastanın uyumunu sağlaması ve kayıt tutması ameliyat sonrası dönemde reoperasyon gerektiren durumları belirlemeye katkı sağlayabilir.^[38]

Hemoraji ve şok tablosu reoperasyon ile kontrol altına alınabilen durumlar arasında gösterilmektedir. Pulmoner ödeme neden olabilecek ve tehlike yaratabilecek bu durumun önlenmesi için yapılacak girişimler arasında reoperasyon kaçınılmazdır. Hemşirenin yapacağı sıkı takiple daha erken müdahale edilmesi reoperasyonu önleyebilir. Bu bağlamda hemşirenin anestezi etkisinin henüz sonlanmadığı erken dönemde klinik deneyimlerinden yararlanarak hastanın ağrı belirtilerini ve takibindeki değişiklikleri hassasiyetle izlemesi önemli rol oynamaktadır.^[38,39]

Cerrahi hemşiresi hastanın ilk ameliyatından sonra gelişebilecek ikinci ameliyat süresini izlemelidir. Hastanın ilk ameliyatından sonra geçen süre ve ameliyat sonrası gelişen komplikasyon türü hemşirenin bakımı planlamasında ve uygulamasında etkili olacaktır. Yeniden ameliyat olma sürelerine göre hastada beklenen komplikasyonlar değişebilmektedir.^[25] Hemşirenin hem ilk ameliyatından sonra geçen süreyi hem de o süreye bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlara ait belirti ve bulguları gözlemleyerek önceden belirlemesi bakımın etkinliğini artırmaya katkı sağlayacaktır.^[25,39]

Sonuç

Yakın zamanda ameliyat deneyimleyen hastaların ikinci kez ameliyat olması gelişebilecek komplikasyon oranlarının artmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesi alınan kapsamlı hasta öyküsü, ameliyatın yinelenmesi durumunda gelişebilecek sorunların önlenmesi ve yönetiminde etkili olabilmektedir. Ayrıca hemşire tarafından kapsamlı ve planlı bakım uygulanması, ameliyatın yinelenmesi ve gelişebilecek sorunları azaltmaktadır. Hemşirenin, ameliyat öncesi dönemde aldığı hasta öyküsü ile bireysel, planlı bakım hizmeti sunmasının hastanın iyilik düzeyini artıracığı söylenebilir. Ayrıca hastanın ikinci operasyon için risklerinin belirlenmesi önlem alınmasına olanak sağlamanın yanında doğru girişimlerin planlanmasına ve yinelemeli ameliyatın önlenmesine olanak sağlayabilir.

Yeniden ameliyat olma önlenemeyecek bir durum olduğundan, sağlık ekibinin hastanın risk durumlarını değerlendirmesi ve gerekli önlemleri alması durumunda hastaya uygulanacak etkili bakım ile gelişebilecek komplikasyonlar azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. İzveren Ö. A, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011; 18(2):36-46. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hunhemsire/article/view/5000052861/5000050177>
2. Ünal M, Demirsoy E, Arbatlı H, Tansal S, Yağan N, Tükenmez F, Şener D, Sönmez B. Koroner bypass reoperasyonları: (104 olgunun değerlendirilmesi). Ana Kar Der. 2002; 2(2):98-105. https://www.researchgate.net/publication/11246436_Coronary_bypass_reoperations_Evaluation_of_104_cases
3. Akar A. Tam düzeltme ameliyatı yapılmış fallot tetralojili hastaların orta dönem sonuçlarının araştırılması ve reoperasyonu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi. İzmir: 2015.
4. Soyral T, Özeren M, Kar M, et al. Koroner arter bypass reoperasyon adaylarında mortalite ve morbiditenin EuroSCORE ile retrospektif analizi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 2004; 12(4):241-245. http://tgkdc.dergisi.org/pdf/pdf_TGKDC_844.pdf
5. Sabik JF, Raza S, Blackstone EH, Houghtaling PL, Lytle BW. Value of internal thoracic artery grafting to the left anterior descending coronary artery at coronary reoperation. J Am Coll Cardiol. 2013; 61(3):302-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.09.045>
6. Sabik JF, Raza S, Blackstone EH, Houghtaling PL, Lytle BW. Is reoperation still a risk factor in coronary artery bypass surgery? Ann Thorac Surg. 2005; 80(5):1719-1727. <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2005.04.033>
7. Şamil Şİ. Tiroid ve paratiroid reoperasyonlarında intraoperatif lokalizasyon yöntemlerinin etkin rezeksiyon üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2012.
8. Demirtürk OS, Tünel HA, Coşkun İ, Alemardoğlu U, Gülcan Ö. Kardiyak Reoperasyonlar erken dönem mortaliteyi artırır mı? Koşuyolu Kalp Dergisi. 2012; 15(1): 12-16. doi:10.5578/kkd.3383
9. Radcliff K, Curry P, Hilibrand A, Kepler C, Lurie J, Zhao W, Albert TJ, Weinstein J. Risk for adjacent segment and same segment reoperation after surgery for lumbar stenosis: A subgroup analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). Spine. 2013; 38(7):531-539. doi:10.1097/BRS.0b013e31827c99f0
10. Yasunaga H. Effect of Japanese herbal kampo medicine gorenisan on reoperation rates after burr-hole surgery for chronic subdural hematoma: Analysis of a National inpatient database. Evid Based Complement Alternat Med. 2015; 1-6. doi:10.1155/2015/817616
11. Babu R, Hazzard MA, Huang KT, et al. Outcomes of percutaneous and paddle lead implantation for spinal cord stimulation: a comparative analysis of complications, reoperation rates, and health-care costs. Neuromodulation. 2013; 16(5):418-427. doi:10.1111/ner.12065
12. Cebotari S, Tudorache I, Ciubotaru A, et al. Use of fresh decellularized allografts for pulmonary valve replacement may reduce the reoperation rate in children and young adults. Circulation. 2011; 124(11):115-123. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.012161
13. Çiğteç B, Yetkin G, Kabul GE, Akgün İ, Özşahin H, Uludağ M. Reoperatif tiroid cerrahisinde intraoperatif sinir monitörizasyonu: İlk sonuçlarımız. Endokrinolojide Diyalog. 2011; 8(4):147-151. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41831286/Reoperatif_tiroid_cerrahisinde_intraoperatif_sinir_monitörizasyonu.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507485382&Signature=YzqvT7wb%2BqHAb27GjdHwrjixOml%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReoperatif_tiroid_cerrahisinde_intraoperatif.pdf
14. Al-Saif O, Farrar WB, Bloomston M, Porter K, Ringel MD, Kloos RT. Long-term efficacy of lymph node reoperation for persistent papillary thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2010; 95(5):2187-2194. doi:10.1210/jc.2010-0063
15. Palm H, Jacobsen S, Sonne-Holm S, Gebuhr P. Integrity of the lateral femoral wall in intertrochanteric hip fractures: An important predictor of a reoperation. J Bone Joint Surg Am. 2007; 89(3):470-475. doi:10.2106/JBJS.F.00679
16. Martin BI, Mirza SK, Comstock BA, Gray DT, Kreuter W, Deyo RA. Reoperation rates following lumbar spine surgery and the influence of spinal fusion procedures. Spine. 2007; 32(3):382-387. doi:10.1097/01.brs.0000254104.55716.46
17. SooHoo NF, Zingmond DS, Ko CY. Comparison of reoperation rates following ankle arthrodesis and total ankle arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2007; 89(10):2143-2149. doi:10.2106/JBJS.F.01611
18. North RB, Kidd D, Shipley J, Taylor RS. Spinal cord stimulation versus reoperation for failed back surgery syndrome: A cost effectiveness and cost utility analysis based on a randomized, controlled trial. Neurosurgery. 2007; 61(2):361-369. doi:10.1227/01.NEU.0000255522.42579.EA
19. Zierer A, Voeller RK, Hill KE, Kouchoukos NT, Damiano RJ, Moon MR. Aortic enlargement and late reoperation after repair of acute type a aortic dissection. Ann Thorac Surg. 2007; 84(2):479-487. doi:10.1016/j.athoracsur.2007.03.084
20. Aizawa T, Ozawa H, Kusakabe T, et al. Reoperation rates after fenestration for lumbar spinal canal stenosis: a 20-year period survival function method analysis. Eur Spine J. 2015; 24(2):381-387. doi:1007/s00586-014-3479-4
21. Gottschalk MB, Johnson JB, Sadlack CK, Mitchell PM. Decreased infection rates following total joint arthroplasty in a large county run teaching hospital: A single surgeon's experience and possible solution. J Arthroplasty. 2014; 29(8):1610-1616. doi:10.1016/j.arth.2014.03.012
22. Erdil F, Elbaş NÖ eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2012: 306-328.
23. Karhade AV, Vasudeva VS, Dasenbrock HH, et al. Thirty-day readmission and reoperation after surgery for spinal tumors: A national surgical quality improvement program analysis. Neurosurg Focus. 2016; 41(2):1-13. doi:10.3171/2016.5.FOCUS16168
24. Epstein NE. A Review of interspinous fusion devices: High complication, reoperation rates, and costs with poor outcomes. Surg Neurol Int. 2012; 3:7. doi:10.4103/2152-7806.92172
25. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. N Engl J Med. 2008; 358(8):794-810. doi:10.1056/NEJMoa0707136
26. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis four-year results of the spine patient outcomes research trial. Spine. 2010; 35(14):1329-1338. doi:10.1097/BRS.0b013e3181e0f04d
27. Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N., Ed. Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012: 257-278.
28. Hospital-to-Home Discharge Guide 2014. www.nextstepincare.org (Erişim tarihi: 21.05.2016).
29. Itzhak S, Aharon I, Israel H, Marcel T, Amos P. Long-term follow-up after coronary artery bypass grafting reoperation. Chest; 1999; 115(6):1593-1597. doi:10.1378/chest.115.6.1593
30. Pieper B, Sieggren M, Freeland B, et al. Discharge information needs of patients after surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006; 33(3):281-289. doi:10.1097/00152192-200605000-00009
31. Dressler DK. Management of patient with coronary vascular disorders. In: Hinkle J, Cheever K. eds. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 13th ed. Wisconsin: Lisa McAllister; 2013. p. 775-779.
32. Yavuz M. Cerrahi bakım. In: Karadakovan A, Eti Aslan F. eds. Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım. Adana: Akademisyen Yayınevi; 2010. s.293-373.
33. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth. 2010; 104(3):369-374. doi:10.1093/bja/aeq002
34. Özdemir A, Yılmaz K, İnanır İ. Cerrahi sonrası hemşirelik bakım hedefleri. 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. 2011; 5-8 Mayıs.
35. Fiser SM, Tribble CG, Kern JA, Long SM, Kaza AK, Kron IL. Cardiac Reoperation in the Intensive Care Unit. Ann Thorac Surg. 2001; 71(6):1888-1892. doi:10.1016/S0003-4975(01)02595-4
36. Özyazıcıoğlu A, Tiryakioğlu O, An H, et al. Repeat valve surgery: An analysis of 182 patients. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 2012; 20(3):497-502. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2012.096
37. Smeltzer S. C., Bare B. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 10th ed. Philadelphia: E.A. Davis Company; 2007. s.1969-1998.
38. Boosz A, Haeberle L, Renner SP, et al. Comparison of reoperation rates, perioperative outcomes in women with endometrial cancer when the standard of care shifts from open surgery to laparoscopy. Arch Gynecol Obstet. 2014; 290(6):1215-1220. doi:10.1007/s00404-014-3347-9
39. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N. Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul, 2011. s.153-161.