

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

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ HASTALARININ TABURCULUK  
AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**CEMİLE ÇELEBİ**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. NEVİN KANAN**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2015**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Cemile Çelebi tarafından hazırlanan “Günübirlilik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

16 / 01 / 2015

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Neriman Akyolcu Bezmialem Vakıf Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr.Nevin Kanan ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



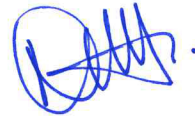
3.Doç.Dr.İkbal Çavdar İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Hatice Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik  
Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Nuray Akyüz İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

CEMİLE ÇELEBİ



## İTHAF

Sevgili Annem, Babam ve Kardeşim' e ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana yol gösteren, zaman ayıran, bilgi ve tecrübelerini aktaran, desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nevin KANAN' a ve hocam Sayın Prof. Dr. Neriman AKYOLCU' ya,

Cerrahi Hemşireliği A.D. hocalarım Sayın Doç. Dr. Deniz ÖZTEKİN' e, Sayın. Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ' a, Sayın Doç. Dr. İkbâl ÇAVDAR' a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray AKYÜZ' e,

Tezimin etik boyutları ve veri toplama aşamasındaki desteklerinden dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Raif ÖZDEN' e ve Dr. Alper DOYURAN' a, Selma DİKKAYA' ya,

Verilerimin istatistik değerlendirilmesi aşamasındaki emeği için Sayın Atilla Bozdoğan'a,

Eğitimimin başlangıcından sonuna kadar maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Göstermiş oldukları sabır ve anlayış için değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmam sırasındaki katkı ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Günübirlık Cerrahi .....	4
2.1.1. Günübirlık Cerrahinin Tarihçesi .....	4
2.1.2. Günübirlık Cerrahinin Yararları ve Olumsuz Yönleri .....	6
2.1.3. Günübirlık Cerrahinin Uygulandığı Durumlar .....	6
2.1.4. Günübirlık Cerrahi İçin Hasta Seçimi.....	8
2.2. Taburculuk Planlamasi Sürecinin Tanımı.....	9
2.2.1. Taburculuk Planlaması Sürecinin Aşamaları.....	9
2.2.1.1. Veri Toplama .....	9
2.2.1.2. Planlama.....	11
2.2.1.3. Uygulama .....	11
2.2.1.4. Değerlendirme.....	13
2.2.2. Taburculuk Planlaması Sürecinin Amacı ve Önemi .....	13
2.2.3. Taburculuk Eğitiminin Felsefesi .....	14
2.2.4. Etkin Taburculuk Eğitiminin Yararları .....	14
2.2.5. Taburculuk Eğitiminin Etkin Olabilmesi İçin Genel İlkeler.....	15
2.2.6.Taburculuk Eğitiminin Ülkemizdeki Durumu .....	16
2.2.7.Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması.....	17
2.2.8.Taburculuk Planlamasında Hemşirenin Rolü .....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Şekli .....	20

3.2. Araştırma Soruları.....	20
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	20
3.5. Verilerin Toplanması .....	20
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	21
3.5.1.1. Anket Formu .....	21
3.5.1.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ).....	21
3.5.2. Hasta Bilgi Formunun Uygulanması.....	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA .....	35
6. SONUÇ.....	39
KAYNAKLAR .....	41
EKLER.....	46
EK-1: ONAM FORMU .....	46
EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİTOPLAMA FORMU .....	47
EK-3: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ.....	48
EK-4: ETİK KURUL KARARI.....	52
EK-5: MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDEN ALINAN İZİN BELGESİ .....	55
EK-6: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİ ALAN EMİNE ÇATAL'DAN ALINAN İZİN BELGESİ .....	56
ÖZGEÇMİŞ .....	58

**TABLULAR LİSTESİ**

Tablo 1: Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı (N=232) .....	23
Tablo 2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (N=232) .....	24
Tablo 3: Hastaların yaş durumları ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki durumu (N=232).....	25
Tablo 4: Cinsiyet durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232) .....	26
Tablo 5: Medeni durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232).....	27
Tablo 6: Eğitim durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232).....	28
Tablo 7: Sosyal güvence varlığına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232) .....	29
Tablo 8: Hastaların çalışma durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232).....	30
Tablo 9: Tedavi alınan klinik tipine göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232) .....	32
Tablo 10: Cerrahi girişimin aciliyet durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232) .....	33
Tablo 11: Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232).....	34



## ÖZET

Çelebi, C. (2014). Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniklerine Ekim 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında yatan ve günübirlik cerrahi geçiren hastalar arasından tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 232 kişi dahil edildi.

Araştırmanın verileri, literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ile toplandı. Anketin uygulanması ortalama 20 dakika sürdü. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis Test, Bağımsız örneklem T testi, pearson correlation test, yüzdelik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Araştırmada, hastaların  $33,35 \pm 7,71$ ' inin tedavi ve komplikasyonlarla ilgili bilgi gereksinimi olduğu; yaşları arttıkça HÖGÖ ilaçlar alt boyutuna yönelik hasta öğrenim gereksinimlerinin de arttığı; kadın hastaların yaşam kalitesine yönelik hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu; evli, sosyal güvencesi olan, aktif bir işte çalışmayan jinekoloji kliniğinde tedavi olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu; hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hasta öğrenim gereksinimlerinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler : günübirlik cerrahi, taburculuk eğitimi, öğrenim gereksinimleri

## ABSTRACT

Çelebi, C. (2014). Determination of the information requirements in the discharge stage of day surgery patients'. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This study was performed in a descriptive way to determine the information needs of the discharge phase of day surgery patients.

In this research, 232 patients, who had an outpatient surgery and stayed in surgical clinics of Mustafa Kemal University Hospital between October 2012 and October 2013, were selected to stratified sampling.

The research findings have been gathered to a questionnaire that is developed in according with the literature information and scale of patient learnings needs. Kruskal-Wallis Test, independent samples T test, pearson correlation test, percentage calculations, average, standard deviation, minimum and maximum value have been used in the evaluation of findings. In the study, it is specified that  $33,35\pm 7,71$  of the patients need more information about the treatment and complication ;when they get older, the information requirements about the scale of patient learning needs for sub-dimension of medicine are increased. In addition; it is stated that it is necessary for women to give information about life quality, the patients who are married, have social security, not work actively and who are treated in the gynecology clinic also need to require more information. The more information patients learn, the less information requirements they have.

Key Words: day surgery, discharge education, learning needs

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Güvenilir olması ve sağlık giderlerini belirgin bir şekilde azaltmasından dolayı dünya çapında giderek yaygınlaşan günübirlik cerrahi, ameliyat öncesi uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve Yazıcı Sayın 2004; Çilingir ve Bayraktar2006; Yavuz ve ark. 2001). Günübirlik cerrahinin; hastaların hastanede kalma süresini kısaltması, hastaların ameliyat günü evlerine dönebilmesi, ameliyatın ertelenme riskinin az olması, çapraz enfeksiyon riskinin azalması, birey ve ailesinde daha az psikolojik stres yaratması, ayılma süresinin hızlı olması, ekonomik olması, kaynakların etkin şekilde kullanılması, daha az çalışana gerek duyulması ve hasta memnuniyetinin artması gibi olumlu yönleri bulunmaktadır (Karahan ve ark. 2010; Çilingir ve Bayraktar 2011; Gilmartin and Wright 2008). Bu özellikleri nedeniyle günümüzde tercih edilen bir yöntem olan günübirlik cerrahide tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucu nitel ve nicel açıdan belirgin ilerleme kaydedilmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki maliyetin düşürülmesi ve hastane enfeksiyonu gibi komplikasyonların önlenmek istenmesine bağlı olarak sağlık bakım sisteminin yapısı değişmekte, hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısaltılmakta olup hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır. Taburculuk planlamasını daha da önemli hale getiren bu durum, hasta ve ailesinin gerekli eğitimi almalarını ve bu eğitimin sistematik, sorun çözümleyici ve nitelikli bir şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık bakım sistemindeki gelişme ve değişimler, hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine, sağlığın yeniden kazanılmasına ve rehabilitasyona yönelik etkinliklerinde eğitici rolünü öne çıkarmaktadır (Çavuş 2008; Çilingir ve Bayraktar 2006; Pieper ve ark. 2006).

Yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk sonrasında günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yarı bağımlı durumda oldukları, hastalıklarının tedavi ve bakımı hakkında bilgi eksiklikleri olduğu, özellikle ilaç tedavisi, hareket kısıtlılığı, beslenme, egzersiz, alışkanlıklar, uyku, cinsel yaşam, ağrı kontrolü gibi konularda sorun yaşadıkları ya da yaşayacakları düşüncesine sahip oldukları belirtilmiş; bağılı olarak

bilgi almak istedikleri; evde bakımları için birine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Pieper ve ark.2006).

Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturan taburculuk eğitimi, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, gününbirlik cerrahi uygulamalarının yaygınlaşması ile daha da önem kazanmaya başlamıştır. Hastanın taburcu edildikten sonra sağlık bakım gereksinimlerini tanımlama ve bu gereksinimlere yönelik hazırlık yapmayı içeren taburculuk eğitimi, bakımın sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordine bir şekilde çalışmasını gerektiren dinamik bir süreçtir. Ekip çalışmasını gerektiren taburculuk eğitiminde anahtar kişi konumunda olan hemşire, hasta ve ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklara sahiptir (Çavuş 2008; Yıldırım 2007; Pieper ve ark. 2006, Goodman 1997).

Konuyla ilgili yapılan farklı çalışmalarda, taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetinin hemşireler tarafından yürütüldüğü hastalarda, yeniden hastaneye kabulün azaldığı ve taburculukla yeniden hastaneye yatış arasında geçen sürenin uzadığı, bireyin mental ve fonksiyonel sağlık durumunu geliştirerek yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu arttırdığı, tedavi süreci içinde etkin bir şekilde yer almasını sağladığı, taburculuk sonrasında sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiş; ayrıca eğitim alan hastaların hastane ortamından ev ortamına geçişinin kolaylaştığı, bakım ve tedavi maliyetlerinin azaldığı vurgulanmıştır (Tok 2006; Karahan ve ark. 2010; Pieper ve ark. 2006, Aydın 2000, Gültekin ve Özbayır 2007).

Hasta ve yakınlarının cerrahi süreç boyunca bilgilendirilmesinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde gelişebilecek sorunların önlenmesini sağlayarak bakımın kalitesini artıracığı, ev ortamında karşılaştıkları güçlükler dikkate alındığında, gününbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan hastalar için etkin olarak gerçekleştirilen eğitimin, taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi ve baş edilmesinde önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır (Karahan ve ark. 2010; Çilingir ve Bayraktar 2006). Birçok

Ülkede taburculukla ilgili hemşire koordinatörlerinin ve protokollerin bulunmasına karşın ülkemizde taburculuk eēitimi planlı bir Şekilde uygulanmamaktadır.

Bu bilgiler doērultusunda Őalıŗma, gnbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aŗamasında bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Günübirlilik Cerrahi

Günümüzde anestezi, analjezi teknikleri, yeni cerrahi teknikler ve girişim yöntemleri, asepsi, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımının gelişmesine neden olan teknolojik gelişmelerle birlikte cerrahi girişimler daha güvenli yapılabilmektedir (Mitchell 1997, Jarret and Staniszewski 2006, Çilingir ve Bayraktar 2006). Günübirlilik cerrahi, ameliyat öncesinde günübirlilik cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır (Çilingir 2006, Gül 2008).

Öz bakım gereksinimlerinin desteklenmesi, antibiyotik kullanımındaki gelişmeler, minimal invaziv cerrahi ve lazer teknolojisinin sağladığı yeni cerrahi teknikler, kısa etkili anestezi ilaçlarının gelişimi ile erken derlenme, ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve bulantı- kusmanın önlenmesi, ameliyat sonrası yatırarak izlemenin maliyetinin yüksek olması ve ameliyat sırası bekleyen hasta sayısının giderek artması günübirlilik cerrahi uygulamalarının gelişmesinde büyük rol oynamıştır (Aksoy ve Yazıcı Sayın 2004, Çilingir ve Bayraktar 2006, Gilmartin and Wright 2008, Gülme 2008, Öğütlü 2011).

Uygunluğuna karar verilen hastaların günübirlilik cerrahi ünitelerinde ameliyat edilmeleri, daha kompleks cerrahi girişim gerektiren hastalara daha fazla olanak sağlamaktadır (Gülme 2008). Gelecekte yeni ameliyathanelerin oluşturulmasında günübirlilik cerrahi ünitelerin ayrı tutulması ve düzenlenmesi kaçınılmazdır (Sarıhasan 2008).

#### 2.1.1. Günübirlilik Cerrahinin Tarihçesi

Günübirlilik cerrahi girişimlerin, uygulanma oranının gittikçe arttığı görülmektedir. Günübirlilik cerrahi ilk kez 1909'da İskoçya'da uygulanmış ve hiçbir komplikasyonun oluşmadığı görülmüş (Sarıhasan 2008); 1918 yılında ABD'nin Sioux şehrinde Dr. Ralph Waters tarafından ayaktan cerrahi girişimleri uygulamak amacıyla ilk kez bir klinik kurulmuş, ancak ameliyat için ayrılan yerin uygun olmaması ve

anestezinin ameliyat süresinden kısa olması gibi sorunlar yaşanmıştır (Türe 2006, Şal Sarıca 2007, Öğütlü 2011).

İngiltere’de 1955’te erken ayağa kalkmanın ve günübürlük cerrahinin önemi üzerinde durulmuş, 1960 sonrası pek çok hekim hastalarını hastaneye yatırmadan ameliyat girişiminde bulunmuş, 1962’de ABD’de California Üniversitesinde ilk günübürlük cerrahi ünitesi kurulmuştur (Jarret and Staniszewski 2006, Öğütlü 2011).

1996 yılında Kanada’ da Genel Cerrahlar Birliği’ nin yaptığı toplantıda Dr. Douglas; günübürlük cerrahinin geleneksel cerrahiye alternatif olduğunu vurgulamış, hastaların evlerine daha çabuk döndüğünü ve erken mobilizasyonun iyileşmeye yardımcı olduğunu belirtmiş, uzun süre yatakta kalmaya bağlı komplikasyonların azaldığını vurgulamıştır (Şal Sarıca, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm cerrahi girişimlerin 1980 yılında %16’sını, 1993 yılında ise %53,8’ ini günübürlük cerrahi girişimler oluşturmuştur. İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi’nin Günübürlük Cerrahi İş Merkezi Raporunda, yeni bin yılda tüm elektif cerrahi girişimlerin %50’sinin günübürlük cerrahi girişimlerden oluşacağı ve bazı düzenlemelerle bu oranın %80’e ulaşabileceği belirlenmiştir (Çilingir ve Bayraktar 2006). Amerikan Ulusal Sağlık Servisi ise tüm elektif girişimlerin %75’inin günübürlük cerrahi için uygun olduğu belirtmiştir (Sarıhasan 2008).

Günübürlük cerrahinin gelişmesiyle birlikte, kaliteli standartlar oluşturmak, bu alanda eğitim ve araştırmalar yapmak amacıyla dernekler kurulmuştur. Bunlardan ilki 1974’de ABD’de kurulan Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers (FASC), bugünkü adıyla Federated Ambulatory Surgery Association (FASA)’dır. 1995’de 12 ulusal dernek birleşerek International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) kurulmuştur (Jarret and Staniszewski 2006, Öğütlü 2011).

Gelişmiş birçok ülkede günübürlük cerrahi girişimlerin yaygın olarak uygulanmasına karşın, ülkemizde bu uygulamalar henüz yenidir (Gül ve ark, 2008). 1980’lerde sınırlı sayıda yapılan günübürlük cerrahi ameliyatlarının 1990’lardan sonra artmakta olduğu gözlemlenmektedir (Çilingir ve Bayraktar 2006, Türe 2006).

Türkiye’de ilk hastane merkezli günübirlik cerrahi ünitesi 1998 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde açılmıştır (Türe 2006, Şal Sarıca 2007, Öğütlü 2011).

### **2.1.2. Günübirlik Cerrahinin Yararları ve Olumsuz Yönleri**

Günümüzde tercih edilen bir cerrahi yöntem olan günübirlik cerrahinin yararları aşağıdaki gibidir:

- Hastanın hastanede kalış süresini kısaltır,
- Hastane infeksiyonu riskini azaltır,
- Hastanın yaşamı en az düzeyde kesintiye uğrar,
- Erken mobilizasyon sağlanır,
- Hastanın anksiyetesi daha azdır,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Küçük cerrahi girişimler için bekleme süresini kısaltır,
- Ameliyatın iptal edilme riskini azaltır, cerrahi sürecinin kesintiye uğramasını engeller,
- Kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasını sağlar,
- Maliyeti azaltır (Türe 2006, Şal Sarıca 2007, Sarıhasan 2008, Öğütlü 2011).

Günübirlik cerrahinin olumsuz yönleri de aşağıda olduğu gibi sıralanır:

- Hasta ameliyat öncesi eğitim alamayabilir,
- Hasta beklenen zamanda klinikten taburcu olamayabilir,
- Hastaya evinde ilk 24-48 saat süresince yardım edecek bir kişi olmayabilir,
- Acil durumda tıbbi desteğin sağlanamaması nedeniyle hastada sorunlar çıkması söz konusu olabilir (Türe 2006, Öğütlü 2011).

### **2.1.3. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Durumlar**

Yapılan çalışmalarda, günübirlik cerrahiye uygun 861 girişimin olduğu belirtilmektedir (Öğütlü 2011). Şekil 1’de bu girişimlerden bazıları gösterilmiştir.



**Ortopedik Cerrahi**

- Karpal tunnel sendromunun düzeltilmesi
- Hallus vagusa ilişkin cerrahi
- Trigger fingere ilişkin cerrahi
- Ayak parmağındaki turnak batmasının düzeltilmesi
- İnterfalangial bölgelerde yapışıklığın düzeltilmesi
- Artroskopik menisektomi
- İğne, kaplama, tel ve vidaların çıkarılması
- Kırık redüksiyonu
- Artroskopi
- Parmak amputasyonu
- Nöromanın çıkarılması
- Tenotomi
- Ganglionektomi
- Bursanın çıkarılması

**Pediyatrik Cerrahi**

- Sünnet
- Hidrosele ilişkin cerrahi
- Orşiopeksi
- İnguinal herniektomi
- Umblikal herni onarımı

**Genel Cerrahi**

- Herni onarımı (inguinal, femoral, umblikal, paraumblikal, epigastrik)
- Varikozvenlerin ligasyonu ya da çıkarılması
- Anal darlık ya da anal fissür onarımı
- Bening tümörler, sebace kistlerin çıkarılması
- Memedeki solid dokuların çıkarılması
- Papillom, ben gibi oluşumların çıkarılması
- Lipomun çıkarılması
- Eldeki sinir sıkışmasının düzeltilmesi
- Pilonidal sinüs onarımı

**Kulak Burun Boğaz Cerrahisi**

- Buruna ilişkin cerrahi (rinoplasti, septoplasti, septorinoplasti)
- Miringoplasti
- Timpanoplasti
- Kulağa tüp takılması
- Tonsillektomi
- Nazal polip eksizyonu
- Endoskopik sinüs cerrahisi
- Direkt larengoskopi ya da faringoskopi (biyopsi alınması, kist eksizyonu)
- Submukozanın çıkarılması
- Antral yıkama
- Nazal kırığın redüksiyonu
- Yabancı cisimlerin çıkarılması

**Jinekolojik Cerrahi**

- Dilatasyon ve küretaj
- Laparoskopi
- Kolposkopi
- Serviksin koter ya da lazer ile tedavisi
- Bartolin kistlerinin çıkarılması
- Gebeliğin sonlandırılması
- Laparoskopik kısırlaştırma
- Servikal polipektomi
- Vulva kistlerinin çıkarılması
- Vajinal histerektomi
- Histeroskopi
- Lazer konizasyon
- Lazer vaporizasyon

**Göz Cerrahisi**

- Katarakta ilişkin cerrahi
- Şaşılığın düzeltilmesi
- Şalazyona ilişkin cerrahi
- Excimer lazer

**Dental Cerrahi**

- Diş ile ilgili girişimler

**Üroloji**

- Sünnet
- Hidrosele ilişkin cerrahi
- Vazektomi
- Üretraldilatasyon
- Testiküler biyopsi
- Sistoskopi (stent yerleştirilmesi ya da çıkarılması, biyopsi alınması)
- Epididimal kistlerin çıkarılması
- Renal biyopsi
- Varikosele ilişkin cerrahi
- Penis yapışıklıklarının ayrılması

**Plastik Cerrahi**

- Büyük kulakların düzeltilmesi
- Buruna ilişkin cerrahi (rinoplasti, septoplasti, septorinoplasti)
- Endoskopik sinüs cerrahisi
- Damak yarığının düzeltilmesi
- Memelerin büyütülmesi
- Meme ucu ve areolanın yeniden şekillendirilmesi
- Karpal tunnel sendromunun düzeltilmesi
- Z- plastiler
- Blefaroplasti
- Dokuyu büyüten malzemelerin konulması
- Deri lezyonlarının çıkarılması
- Liposakşın
- Üretral meatomi ve dilatasyon

#### 2.1.4. Günübirlık Cerrahi İçin Hasta Seçimi

Günübirlık cerrahide, hasta seçimi ve değerlendirmesinin günübirlık cerrahi ünitesinin daha etkin kullanımını ve hasta güvenliğini sağlamadaki önemi üzerinde durulmakta ve bunun; hasta, girişimi gerçekleştirecek ekip ve kurum açısından çok önemli olduğu ifade edilmektedir (Aksoy ve Yazıcı Sayın 2004, Sarıhasan 2008). Günübirlık cerrahinin başarısı için temel faktörler; uygun hasta seçimi, hasta bilgilendirmesi, değerlendirmesi ve hazırlığıdır (Öğütlü 2011).

Hasta seçimi için ön kabul kriterleri;

- Hasta izin belgesi,
- Kısa ve orta süreli cerrahi,
- Özellikli cerrahi malzemenin gerekli olmaması,
- Ameliyat sonrası özel bakımın gerekli olmaması,
- Ameliyat sonrası ağrı kontrolü ihtiyacının az olması,
- Ameliyat sonrası kanama riskinin olmaması,
- Ev koşullarının iyi olması,
- Ameliyat sonrası hastanın yanında 24 saat bulunabilecek birinin olması
- Hastaların verilen öneri ve talimatları anlayabilecek olması
- Telefonla hastaneye ulaşabilme olanağının olması
- Gereksinim halinde yeterli sürede hastaneye dönebilecek olması

Günübirlık cerrahiye engel durumlar;

- Kontrol altına alınmamış diyabet
- Anginapektoris
- Kalp yetmezliği
- 2 yıl içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü
- Hipertansiyon
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Epilepsi atağı
- Anemi
- Gebelik
- Hepatit B, AIDS
- İlaç kullanımı
- Malign hipertermi öyküsü
- Mental bozukluklar olarak sayılabilir.

## **2.2. Taburculuk Planlamasi Sürecinin Tanımı**

Taburculuk planlaması, son yıllarda hasta bakımının önemli aşamalarından biri olarak kabul edilmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) taburculuk planlamasını “evde bakımın sürdürülmesi için hasta ve hasta yakınlarını hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır. Taburculuk, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayarak, ilgili ekip üyeleri tarafından veriler toplanıp, hastanın gerçek ve olası sorunlarının belirlenmesini, belirlenen sorunları gidermeye yönelik planlanan eğitimi ve etkinliğini değerlendirmeyi içeren bir süreçtir (Çavuş 2008, Nargiz 2005).

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımının en önemli hedeflerinden biri komplikasyonları önlemek, uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak hastayı taburculuğa hazırlamaktır. Taburculuğa hazırlık sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması temelde hemşirenin sorumluluğundadır. Bu bağlamda hasta ve ailesinin ameliyata hazırlık, ameliyat sonrası bakım ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik konularda desteklenmeleri ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Pieper et al 2006, Goodman 1997).

### **2.2.1. Taburculuk Planlaması Sürecinin Aşamaları**

Taburculuk planlaması süreci; veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını kapsar.

#### **2.2.1.1. Veri Toplama**

Veri toplama, hasta ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve hastanın hastanede yattığı süre boyunca devam eder. Veriler; hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, sağlık ekibinin diğer üyeleri, tıbbi kayıtlar, laboratuvar test sonuçları vb. kaynaklardan, hasta ve ailesi ile yüz yüze görüşme, dinleme, gözlem, soru cevap şeklinde bilgi edinme ve fizik muayene gibi yöntemlerle toplanabilir (Biol 2004, Tulgar 2012).

Veri toplama aşamasında hastayla, hastanın sağlık durumuyla, hastanın bulunduğu çevreyle ve mali/destek hizmetlerle ilgili olarak aşağıda belirtilen bilgiler toplanır (Tulgar 2012, Taşocak 2007, Cimete 1998, Erkal İlhan 2007):

*Hastayla ilgili;*

- Hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, kilosu, mesleği, medeni durumu, eğitim durumu, zihinsel kapasitesi, iletişim yeteneği,
- Stresle baş etme şekli, sosyal yaşamı, boş vakitlerini değerlendirme şekli,
- Taburculuk aşamasındaki işlevsellik düzeyi ve bakım gereksinimleri, tedavisi ile ilgili uyguladığı diyeti,
- Kültürel uygulamaları,
- Kendi kendine evde bakım kapasitesi ve evde kimlerle yaşadığı, gerekli olduğunda hastaya bakım verecek kişilerin bulunma durumu ve özellikleri (hastayla birlikte mi oturuyor, eğitim düzeyi, evde bakım deneyimleri vs.),
- Aile yapısı, aile içi iletişim ve destek durumu,
- Hasta ve ailesinin sağlık problemlerine yönelik bilgi, inanç, tutum ve algılamaları, hastalıkla baş etmeye ilişkin bilgi ve beceri düzeyleri, taburculuğa yönelik duyguları gibi bilgiler elde edilir.

*Hastanın sağlık durumuyla ilgili;*

- Hastanın hastaneye başvuru nedeni ve mevcut hastalığı,
- Hastanın geçirdiği hastalıklar ve cerrahi girişimler,
- Hastanın daha önce kullandığı ilaçlar ve kronik hastalığının bulunma durumu,
- Daha önce hastaneye yatma deneyimi ve bunun hasta için anlamı,
- İşitme, görme, tekerlekli sandalye kullanma gibi sınırlılıkları,
- Hastanın tedavi planı öğrenilir.

*Çevreyle ilgili;*

- Evde hastanın fonksiyonlarını etkileyebilecek dar merdiven gibi yapısal engellerin bulunma durumunun, evin ısınmasının, aydınlanmasının, mobilyaların, tuvalet ve banyonun yeri gibi fiziksel özelliklerinin incelenmesi gerekir.

*Mali/destek hizmetlerle ilgili;*

- Hastanın mali durumunun yeni tedavi ve bakım uygulamaları için yeterliliği,
- Taburculuk sonrası yararlanacağı profesyonel, sosyal ya da mali destek sistemleri hakkındaki bilgi düzeyi,

- Yaşam biçiminde meydana gelen değişimlere uyum sağlamada destek alacağı aile bireylerinin bulunma durumu,

- Hasta yalnız yaşıyorsa ya da evi yoksa yardım alabileceği destek kuruluşları belirlenir (Tulgar 2012, Yıldırım 2007).

#### **2.2.1.2. Planlama**

Bu aşamada; taburculuk planlaması sürecinin yönetilmesinde sağlık ekibine yol göstermesi amacı ile yazılı bir taburculuk planı oluşturulur. Bu plan; verilecek hizmetin amaçlarının ve hasta bakımından beklenen sonuçların belirlenmesini; uygulama sırasında nelerin, hangi sıra ile, nasıl ve ne zaman yapılacağını; değerlendirmenin nasıl yapılacağını; ailenin sürece nasıl katılacağını; hastaya verilecek eğitimin içeriğinin, nasıl değerlendirileceğinin, eğitimde hangi yöntemlerin kullanılacağını belirlenmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının nasıl sağlanacağını kapsar (Aştı ve Karadağ 2011, Çavuş 2008, Birol 2004, Akdemir ve Birol 2004).

#### **2.2.1.3. Uygulama**

Uygulama aşaması; büyük ölçüde planlanan taburculuk eğitiminin verilmesini, planlama aşamasında belirlenen girişimlerinin planlandığı şekilde gerçekleştirilmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve hastaya bakım verecek kişi/kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanmasını içerir.

Taburculuk eğitimi, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin evde yaşayabilecekleri sorunların önlenmesine yönelik yapılan kapsamlı ve planlı bir eğitimidir. Hastalar evde yaşayabilecekleri sorunlara ve bu sorunların önlenmesine yönelik bilgilendirildiklerinde kendi bakımları konusunda daha yeterli duruma gelebilmekte, ameliyatın getirdiğı değişikliklere daha kolay uyum sağlayabilmekte, bakım maliyeti, hastanede kalış süresi, komplikasyon riski ve buna bağlı hastaneye tekrar yatışlar azalmaktadır. Bu nedenle hasta ve hastaya bakım verecek kişiler taburculuk sırasında evde bakıma yönelik gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Tulgar 2012, Taşocak 2007, Akdemir ve Birol 2004, Doering et all 2002).

Hemşirenin temel rolleri arasında yer alan hasta eğitime verilen önem, bazı gelişmiş ülkelerde ilgili sağlık kuruluşlarının hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin

eğitiminde dikkate almaları gereken standartların hazırlanmasına neden olmuştur. Bu standartlar sağlık hizmeti alan sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun eğitim yoluyla sağlıklarının güvence altına alınmasını ve hemşirelerin sağlık eğitimini sistematik ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirmesini destekleyen düzenlemelerdir. Taşocak (2007)'in belirttiğine göre; ABD'de JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) tarafından 1995 yılında sağlık kuruluşlarına yönelik olarak hazırlanan standartlar incelendiğinde “Sağlık kuruluşları taburcu olacak bireye/aileye bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli olan eğitimi verir” ifadesi taburculuk planlamasına verilen önemi ortaya koymaktadır. Aynı kuruluşun hasta ve aile eğitimine yönelik standartlarına göre sağlık kuruluşları aşağıda yer alan sorumlulukları üstlenir:

- Hasta ve ailesine, iyileştirmeye ve desteklenmesi gereken fonksiyonları geliştirmeye yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazandırır.
- Hasta ve ailesinin eğitim sürecinin her aşamasına katılmasını destekler.
- Eğitim programını, hastanın öğrenme gereksinimini, yetisini ve isteklerini dikkate alarak öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda düzenler.
- Hasta ve ailesini, ilaçların, yardımcı araç-gereçlerin etkin ve güvenli bir şekilde kullanılması hakkında eğitir.
- Hasta ve ailesine diyet, ilaç-besin etkileşimi hakkında danışmanlık yapar.
- Hasta ve ailesine taburcu olmadan önce, bakımın sürekliliğini sağlamak için, ilgili kuruluşlar hakkında gerekli bilgiyi, yazılı kaynakları vb. temin eder.

Taburculuk eğitimi, her hastaya özgü olmalı ve yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda yapılmalıdır. Eğitim öncesinde kapsamlı bir değerlendirme ile hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerinin, öğrenmeye olan güdülenme düzeylerinin, öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeylerinin belirlenmesi gerekir. Öğrenme ortamının ise, öğrenmeyi destekleyecek şekilde olması önemlidir. Hasta ve hastaya bakım verecek kişilere yönelik öğretim planı gerçekleştirilirken; öğrenme hedeflerinin ve eğitim önceliklerinin belirlenmesi, uygun zamanlama, konunun organizasyonu ve içeriğin basitten karmaşığa düzenlenmesi, etkin katılımın sağlanması, hastanın yapılacak olan uygulamalarda gerekli beceriyi kazanıncaya kadar denetlenmesi, yeni bilgilerin var olanlara temellenmesi, uygun yöntem ve tekniklerin seçilmesi, kullanılacak kaynakların/materyallerin belirlenmesi gerekir (Yıldırım 2007, Taşocak 2007, Akdemir ve Birol 2004).

Taburculuk eğitiminde düz anlatım, bire-bir ya da grup tartışması, soru cevap, bireysel görüşme, demonstrasyon, uygulama, rol oynama/yapma ve örnek olay/vaka çalışması gibi yöntem ve teknikler kullanılmaktadır. Sözel eğitimin hafızada yorgunluk oluşturabileceği, unutulabileceği göz önünde bulundurularak ve hastanın ilgisini artırmak, öğrenmeyi kolaylaştırmak için yazılı kaynaklar, somut/fiziksel objeler, afiş, şema, resim, slayt, televizyon, teyp, video, bilgisayar gibi yazılı, görsel ve işitsel materyallerle eğitime işlerlik kazandırılabilir. Broşür, el kitabı niteliğinde yazılı kaynakların verilmesi hasta ve ona bakım verecek kişi/kişilerin uygulamalar hakkında bilgi edinmesini kolaylaştırmakta ve unuttuklarını tekrar okuyarak hatırlamalarına fırsat vermektedir. Bu kaynakların rahatlıkla sıkılmadan okunabilmesi, güncel olması, bireyin eğitim düzeyine uygun olması, vurgulanmak istenen sözcüklerin belirgin olması gibi özelliklere sahip olmasına dikkat edilmelidir (Taşocak 2007, Akdemir ve Birol 2004, Öztekin 1998).

Eğitim planının uygulanmasının ardından değerlendirmenin yapılması gereklidir. Değerlendirme olmadan, öğretim-öğrenimin yeterliliği hakkında doğru karar vermek imkansızdır. Hasta eğitiminde değerlendirme; hastada gözlenen doğru ve istenen davranışların desteklenmesi; yanlış davranışların düzeltilmesi; hastanın öğrenme düzeyinin belirlenmesi; etkin öğretim strateji, yöntem ve tekniklerin seçilmesi için önemlidir (Doering et all 2002, Taşocak 2007, Aştı ve Karadağ 2011).

#### **2.2.1.4. Değerlendirme**

Taburculuk planlamasının son aşaması; hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir. Taburculuk planlamasının değerlendirilmesi; ev ziyareti, hastanın polikliniğe gelmesi, telefonla görüşme ya da bilgisayar ağı aracılığı ile sağlanabilmektedir (Yıldırım 2007, Ekici 2004).

#### **2.2.2. Taburculuk Planlaması Sürecinin Amacı ve Önemi**

Taburculuk eğitiminin temel amacı hasta ve ailenin gereksinimlerini belirleyerek, hastanın ev yaşamını organize edip yaşam kalitesini yükseltmek ve bu şekilde bakımın sürekliliği sağlanarak hastanın güvenli bir şekilde hastane ortamından ev ortamına geçişini kolaylaştırmaktadır.

Taburculuk planlaması süreci ile;

- Hastanede yatış süresini azaltmak
- Planlanmayan yatış tekrarını azaltmak
- Hasta ve ailesine evde devam edilecek bakım ve işlemleri öğretmek
- Hastanın evde bakım sırasında yaşayacağı korku ve endişeleri gidermek
- Evde hasta ve ailesi tarafından devam ettirilecek bakım ve tedavinin eksiksiz sürdürülmesini sağlamak
- Hastanın hastalığı üzerindeki denetimini arttırmak
- Taburculuk işlemlerinde kalite ve verimi arttırmak
- Normal yaşama en kısa sürede geçişin sağlanması amaçlanmaktadır (Ertem ve Ay 2007; Çavuş 2008; Öztürk 2011).

### **2.2.3. Taburculuk Eğitiminin Felsefesi**

1. Hasta merkezli bir süreçtir. Hastanın değerleri, istekleri ve gereksinimleri planlamanın temelini oluşturur.
2. Taburculuk öncesi hastanın temel gereksinimleri saptanmalıdır.
3. Taburculuk eğitimi disiplinler arası bir süreçtir ve sürdürülmesi tüm ekibin ortak ve açık, yazılı ve yazılı olmayan iletişimine bağlıdır.
4. Uygun bakımın verilebilmesi, ekibin sürekli olarak eğitilmesine ve bireysel gelişimine bağlıdır.
5. Taburculuk eğitiminde hastanın tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi gereklidir. Hasta ve aileye mali konular, kullanılan hizmetlerin süresi, tedavi kararı, riskleri ve yararları, yasal konular hakkında görüşünü belirtmesinin önemi vurgulanmalıdır.
6. Taburculuk eğitimi hastanın olduğu her ortamda uygulanması gereken bir aşamadır.(Çavuş 2008, Fadıloğlu 2006)

### **2.2.4. Etkin Taburculuk Eğitiminin Yararları**

Taburculuk eğitimi etkin bir şekilde yapıldığında hastalar, bakım verenler, sağlık çalışanları ve kurum açısından birçok yarar sağlar (Şekil 2).



<b>Hastanın;</b>	<b>Bakım verenin;</b>	<b>Sağlık çalışanını;</b>
<p>Hastanede kalış süresi kısalır.</p> <p>Tekrar hastaneye yatışı önlenir.</p> <p>Fonksiyonel ve mental durumu iyileşir.</p> <p>Kendi sağlık durumunu algılaması artar.</p> <p>Tedaviye uyumu artar.</p> <p>Kendine güveni gelişir.</p> <p>Çevresel uyumu artar.</p> <p>Evdeki bakımına hazır hisseder.</p> <p>Yaşam kalitesi artar.</p> <p>Otonomisi artar.</p> <p>Bakım sürecinde ekibin bir parçası olduğunu hisseder.</p> <p>Semptomları tanıyabilir.</p> <p>Morbidite azalır.</p> <p>Bakım hizmetinden memnuniyeti artar.</p>	<p>Bakım yükü azalır.</p> <p>Bilgi düzeyi artar.</p> <p>Bakım hizmetinden memnuniyeti artar.</p> <p>Bakıma katılımı artar ve söz sahibi olur.</p> <p>Görüşleri dikkate alınır.</p> <p>Taburculuk eğitimi boyunca değer verildiğini hisseder.</p> <p>Hastasında gelişebilecek komplikasyon belirtilerini tanır.</p> <p>Kiminle iletişim kurulacağını ve problem olduğunda ne yapması gerektiğini bilir.</p> <p>Maliyet azalır.</p> <p>Hastanın gereksinimlerini karşılamada doğru kararlar almasını sağlar.</p>	<p>Ekip içi iletişimi güçlenir.</p> <p>Ekip üyeleri rol ve sorumluluklarının farkındadır.</p> <p>Hastaya güncel bilgi aktarılır.</p> <p>Klinik protokol rehberlerinin oluşması sağlanır.</p> <p>Zaman yönetimi becerisi gelişir.</p> <p>Hastanın değerlendirmesini periyodik olarak yapar.</p> <p>Hasta ve aileyle iyi bir iletişim kurar.</p> <p>Tıbbi kayıtlara önem verir.</p> <p>Bakım planı hazırlar ve uygular.</p> <p>Hastanın günlük aktivitelerini değerlendirir.</p> <p>İş yükü azalır.</p>

**Şekil 2.** (Çavuş 2008)

### 2.2.5. Taburculuk Eğitiminin Etkin Olabilmesi İçin Genel İlkeler

- Taburculuk eğitimi, mümkünse hastanın hastaneye girişinde başlayıp, taburculuğuna kadar devam etmelidir.
- Tüm hastalara klinik hemşireleri tarafından hastanın kabulünden sonra ilk 8 saat içinde ya da en geç kabulden sonraki sabaha kadar hasta ve hasta yakınları ile

iletişim kurularak geliştirilen geçici taburculuk eğitimi ile tahmini taburculuk tarihi belirlenmelidir. Ekip üyelerinin birbirleriyle iletişimi doğru taburculuk tarihini belirlemede etkilidir.

- Hastanede kalınan süre içerisinde hastanın taburculuğuna kadar bu plan her gün değerlendirilmelidir.
- Ekip içinde herkesin rolleri ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- Ekip üyeleri tarafından hastaya verilen eğitim kolay ve anlaşılır olmalıdır.
- Başarılı uygulama için işbirliğiyle ve planlı çalışmak gerekir.
- Zamanlamanın doğru yapılması önemlidir. Zamansız taburcu olmak tekrar hastaneye yatışlara sebep olabilir.
- Ekip üyeleri, tekrar hastaneye yatma riski olan hastalarla taburculuk sırasında ve sonrasında iletişimi sürdürmelidir.
- Etkin ve güvenli taburculuk hafta içi 07.00-15.00 arasında yapılmalıdır.
- Tüm hastalar kendi dillerinde, kendi eğitim düzeyine uygun taburculuk eğitimi almalıdır.
- Her taburculuk planı mutlaka yazılı hale getirilmelidir. Etkili taburculuk eğitimi sağlık bakımı sürecindeki tüm hastalar için standart ve tutarlı olmalıdır (Akdemir ve Birol 2004, Taşocak 2007).

### **2.2.6.Taburculuk Eğitiminin Ülkemizdeki Durumu**

Ülkemizde taburculuk eğitimi hala planlı ve yasal olarak yapılmamaktadır. 25.04.2007 tarihli 564 sayılı yeni hemşirelik yasasında hemşirenin taburculuk sürecindeki görev tanılamaları henüz yer almamıştır. Taburculuk eğitimi ile ilgili Sağlık Bakanlığı, Türk Hemşireler Derneği ya da hastanelerin yayınladığı protokoller bulunmamaktadır.

Hastanelerde gerek hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek, gerekse mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı gözlenmektedir. Ülkemizde taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının sonuçları ise hasta ve ailesine yansımaktadır. Hastalar, evdeki tedavi ve bakımları sırasında çözümleyemedikleri sorunlarla karşılaştıkça, tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymaktadır. Bu durum hastada

hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmekte, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (Çavuş 2008).

### **2.2.7.Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması**

Perioperatif dönemdeki hasta için taburculuk planlaması, hastanın bütün gereksinimlerini karşılayacak gerekli planlamaların en iyi şekilde ve etkili yapılabilmesi için hastaneye yatışta ya da öncesinde başlar. Hastanın taburculuk ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli planlamaların erken dönemde yapılması, anestezinin etkisi geçtikten kısa bir süre sonra taburcu olan gününbirlik cerrahi hastaları için özellikle önemlidir (Yıldırım 2007, Ekici 2004).

Taburculuk süreci, cerrahi girişime göre değişiklik göstermekle birlikte cerrahi girişim uygulanan tüm hastalara aşağıdaki konularda taburculuk eğitimi verilmelidir (Tulgar 2012).

- Hastalık
- İlaçlar ve tedaviler
- Ağrı kontrolü
- Solunum ve öksürük egzersizleri
- Beslenme, banyo yapma, boşaltım, uyku ve dinlenme, çalışma yaşamına dönüş, günlük yaşam aktiviteleri
- Yara bakımı: yaranın bakımının nasıl olması gerektiği anlatılmalı, taburculuk sonrasında hastanın ve hastaya bakım verecek kişilerin kendilerinin yapabilecekleri bilgi ve beceriyi gerektiren pansuman işleminin uygulanma biçimi, hasta ve hastaya bakım verecek kişilere hastanede kaldıkları süre içerisinde uygulamalı olarak öğretilmelidir.
- Aktivite ve egzersizler: Ameliyatın türüne göre ameliyat sonrası yapılan egzersizler; kasların güçlenmesine yardım ederek hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Ayrıca egzersizlerin, enerji düzeyini ve günlük performansını koruma, kilo ve stres üzerinde de olumlu etkileri vardır. Egzersizlerin durdurulmasını gerektiren belirti ve bulguların neler olduğu, dinlenmenin ne zaman olacağı hastalara öğretilmelidir.

- Gelişebilecek komplikasyonlar: Hasta ve hastaya bakım verecek kişiler, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların neler olduğu, komplikasyon belirtilerinin nasıl tanınacağı ve komplikasyonların önlenmesi için yapılması gerekenler, komplikasyon geliştiğinde sağlık çalışanına nasıl ulaşacağına yönelik olarak bilgilendirilmelidirler.
- Taburcu olduktan sonraki tıbbi izlem/kontrole gelme sıklığı
- Acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılabileceği
- Taburculuk sonrası için gereksinim duyulabilecek ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık
- Sağlığın geliştirilmesi

Cerrahi hastalarının; geçirdikleri cerrahi girişim sonucunda geçici ya da kalıcı rol değişimi, mali sorun yaşamaları, işe dönmede güçlük yaşama gibi nedenlerle taburculuk öncesinde anksiyete, öfke ya da endişe yaşadıkları ve bazı durumlarda cerrahi girişimlerin sonuçlarının hastanın beklentilerini karşılayamadığı bilinmektedir. Bu tür sorunlar yaşayan hastalarda duygusal desteğin sağlanması için ayrıca danışmanlık gerekebilmektedir (Tulgar 2012, Aydın 2000).

Yapılan çalışmalarda gününbirlik cerrahi sonrası hastalara bilgi gereksinimlerini karşılayabilen bir taburculuk eğitimi yapılmadığı saptanmıştır. Gününbirlik cerrahi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesinin, taburculuk eğitiminin oluşturulması ve taburculuk sonrası bakımın planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür (Nargiz 2005).

### **2.2.8.Taburculuk Planlamasında Hemşirenin Rolü**

Taburculuk eğitimi, bakımın sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordinasyonlu bir şekilde birlikte çalışmasını gerektiren dinamik bir süreçtir (Çavuş 2008). Taburculuk süreci, hizmet alan bireyin de kararlara katılarak içinde yer aldığı bir sağlık ekibi tarafından disiplinlerarası yaklaşımla yapılmalıdır.

Taburculuk sürecinde anahtar kişi konumunda olan hemşire; hastaya/hasta ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun

sağlanmasında önemli sorumluluklar üstlenir. Bu alanda hizmet veren hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini kullanarak, sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir (Tok 2006, Nargiz 2005, Ulusan 2008).

Ekip içinde herbir üyenin rolleri ve sorumlulukları belirlenmeli, ekip üyeleri tarafından hastaya yapılan eğitim kolay ve anlaşılır olmalıdır. Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından izleyen kişi olan hemşirenin, disiplinlerarası işbirliğinin sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Nargiz 2005). Hemşire hastanın gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek; hastanın ve ailesinin gereksinim duyduğu danışmanlığı yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun başetme yöntemi kullanmalarını sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır (Pieper et all 2006).

Taburculuk sürecinde hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin tüm üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk süreci hemşirenin sorumluluğundadır. Bu konu ile ilgili varolan durumun saptanması konunun tekrar ele alınarak aksaklıkların giderilmesine, hasta bakımına olumlu yönde katkıda bulunabilir ve hemşirelerin bu konuda daha etkin çalışmalarını sağlayabilir (Coşkun ve ark. 2001, Ulusan 2008).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma; gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. Araştırma Soruları**

Gününbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgileri ne düzeydedir?

Gününbirlik cerrahi hastalarında taburculuk eğitim planı hazırlanırken neler dikkate alınmalıdır?

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde Ekim 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini; Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniklerine bir yıl içinde yatan ve gününbirlik cerrahi geçiren 4200 hasta (ortopedi 480, jinekoloji 480, genel cerrahi 480, plastik cerrahi 720, üroloji 600, kbb 720, göz 720) oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniklerine (ortopedi 27, jinekoloji 26, genel cerrahi 26, plastik cerrahi 40, üroloji 33, kbb 40, göz 40) yatan, gününbirlik cerrahi geçiren, araştırmaya katılmaya istekli hastalar arasından, evreni bilinen örneklem yöntemi ve tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 232 hasta oluşturdu (tabakalı örneklem ağırlığı 0,055).

#### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Mustafa Kemal Üniversitesi etik kurulundan onay (Ek-4) ve Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesinden çalışma izni (Ek-5) alındıktan sonra toplandı.

### 3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, literatür bilgileri dikkate alınarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu (Ek-2) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-3) kullanıldı.

#### 3.5.1.1. Anket Formu

Anket formu; gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hastaların bireysel özelliklerine ilişkin 12 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, mesleği, yattığı klinik, geçirdiği cerrahi girişim, girişimin tipi, önceki cerrahi deneyimi) içermektedir.

#### 3.5.1.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

Ölçek Bubela ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenirliği Çatal ve Dicle (2007) tarafından yapılmıştır. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, toplam 50 madde ve 7 alt başlıktan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir.

### 3.5.2. Hasta Bilgi Formunun Uygulaması

Veri toplama formu, Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniklerine gününbirlik cerrahi için yatış yapan hastalara verilerek yanıtlamaları istendi, okuma yazma bilmeyen hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Araştırmacı tarafından her gün klinik sorumlu hemşireleriyle görüşülerek gününbirlik cerrahi geçirmiş hastaların listesi öğrenildi ve hastaların tüm taburculuk işlemleri bitirilip diğer sağlık çalışanlarıyla görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında

veri toplama formu uygulandı. Veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan yazılı izin alındı. Veri toplama formunun uygulaması ortalama 20 dakika sürdü.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen verilerin analizi uygun istatistiksel yöntemlerle yapıldı ve araştırma sonuçları SPSS 11.5 istatistik programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis Test, Bağımsız örneklem T testi, pearson correlation test, yüzdelik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanıldı.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği' nin Türkiyedeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Emine Çatal' dan ölçeği kullanma izni alındı (Ek-6). Sonrasında Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (Ek-4), Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi' nden de çalışma izin (Ek-3) alındı. Araştırmada veri toplama aşamasında hastalara anket formu uygulanmadan önce gönüllülük ilkesi gereği yazılı izinler alındı. Araştırmanın amacı açıklanarak istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verildi. Hastalardan elde edilen bireysel bilgilerin, araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da verilmeyeceği açıklandı.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verileri, sadece Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniklerinde, günübirlik cerrahi hastası olarak yatışı yapılan hastalar ile sınırlıdır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan günübirlik cerrahi hastalarından ölçek yoluyla toplanan verilerin istatistik analizleri sonucunda elde edilen bulguları tablolar halinde verildi.

**Tablo 1:** Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı (N=232)

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>Aralık</b>
<b>Yaş</b>	232	100,0	41,18	18,46	18-88
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	101	43,5			
Erkek	131	56,5			
<b>Medeni durum</b>					
Bekar	79	34,1			
Evli	153	65,9			
<b>Eğitim</b>					
Okur-yazar değil	31	13,4			
İlköğretim	110	47,4			
Ortaöğretim	43	18,5			
Lisans	48	20,7			
<b>Sosyal güvence</b>					
SGK	208	89,7			
Ücretli	24	10,3			
<b>Çalışma durumu</b>					
Aktif çalışan	144	62,1			
Aktif çalışmıyor	88	37,9			
<b>Klinik</b>					
Genel cerrahi	26	11,2			
Göz	40	17,2			
Jinekoloji	26	11,2			
KBB	40	17,2			
Ortopedi	27	11,6			
Plastik cerrahi	40	17,2			
Üroloji	33	14,2			
<b>Cerrahi girişim</b>					
Acil	11	4,7			
Elektif	221	95,3			
<b>Ameliyat deneyimi</b>					
Evet	127	54,7			
Hayır	105	45,3			

Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; ortalama yaş  $41,18 \pm 18,46$ 'dir. Hastaların %56,5'inin (n=131) erkek, %65,9'unun (n=153) evli, %47,4'ü (n=110) ilköğretim, %18,5'i (n=43) ortaöğretim, %20,7'si

(n=48) lisans mezunu, %13,4'ünün (n=31) ise eğitimsiz olduğu ve %62,1'inin (n=144) aktif olarak bir işte çalıştığı saptandı. Hastaların %89,7'sinin (n=208) sosyal güvencesinin olduğu, %95,3'ünün (n=221) elektif nedenlerle hastanede işlem gördüğü ve %54,7'sinin (n=127) daha önce bir ameliyat deneyimi olduğu mevcut verilerden saptandı (Tablo 1).

**Tablo 2:** Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (N=232)

<b>HÖGÖ</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
İlaçlar	28,47	8,24	8	40
Yaşam Aktiviteleri	31,79	8,68	9	45
Toplum ve İzlem	17,82	5,94	6	30
Duruma İlişkin Duygular	15,42	5,26	5	25
Tedavi ve Komplikasyonlar	33,35	7,71	9	45
Yaşam Kalitesi	30,58	7,97	8	40
Cilt Bakımı	18,39	4,52	5	25
<b>Toplam Puan</b>	<b>175,82</b>	<b>42,49</b>	<b>50</b>	<b>250</b>

Tablo 2'de görüldüğü gibi hastaların HÖGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; hastaların 33,35±7,71' inin tedavi ve komplikasyonlar, 31,79±8,68' inin yaşam aktiviteleri, 30,58±7,97' inin yaşam kalitesi ve 28,47±8,24' ünün ilaçlar ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu saptandı.

**Tablo 3:** Hastaların yaş durumları ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki durumu (N=232)

HÖGÖ	Korelasyon	Yaş
İlaçlar	r	0,195
	p	<b>0,003*</b>
Yaşam Aktiviteleri	r	0,020
	p	0,762
Toplum ve İzlem	r	0,050
	p	0,445
Duruma İlişkin Duygular	r	0,089
	p	0,179
Tedavi ve Komplikasyonlar	r	0,122
	p	0,063
Yaşam Kalitesi	r	0,111
	p	0,091
Cilt Bakımı	r	0,080
	p	0,223
Toplam Puan	r	0,112
	p	0,090

\*= $p < 0,05$ ; Pearson Correlation

Tablo 3'teki veriler incelendiğinde; hastaların yaşları ile HÖGÖ “ilaçlar” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı ( $r=0,195$ ;  $p=0,003$ ). Mevcut bulgudan hastaların yaşı arttıkça HÖGÖ “ilaçlar” alt boyutuna yönelik hasta öğrenim gereksinimlerinin de arttığı saptandı ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 4:** Cinsiyet durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

<b>HÖGÖ</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
İlaçlar	Kadın	101	29,00	8,16	0,853	0,394
	Erkek	131	28,07	8,30		
Yaşam Aktiviteleri	Kadın	101	32,36	8,81	0,874	0,383
	Erkek	131	31,35	8,59		
Toplum ve İzlem	Kadın	101	18,36	6,02	1,212	0,227
	Erkek	131	17,40	5,87		
Duruma İlişkin Duygular	Kadın	101	16,13	4,83	1,816	0,071
	Erkek	131	14,87	5,52		
Tedavi ve						
Komplikasyonlar	Kadın	101	34,24	7,51	1,538	0,126
	Erkek	131	32,67	7,83		
Yaşam Kalitesi	Kadın	101	31,79	7,29	<b>2,089</b>	<b>0,038*</b>
	Erkek	131	29,64	8,36		
Cilt Bakımı	Kadın	101	19,01	4,36	1,850	0,066
	Erkek	131	17,91	4,59		
Toplam Puan	Kadın	101	180,88	40,38	1,599	0,111
	Erkek	131	171,92	43,80		

\*= $p < 0,05$ ; Bağımsız örneklem t testi

Tablo 4'teki verilere bakıldığında kadın hastaların HÖGÖ "yaşam kalitesi" alt boyutundan aldığı puan ortalamasının ( $31,79 \pm 7,29$ ), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından ( $29,64 \pm 8,36$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; kadın hastaların yaşam kalitesine yönelik hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptandı ( $p=0,038$ ).

**Tablo 5:** Medeni durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Medeni durum	n	Ort	Ss	t	p
İlaçlar	Bekar	79	26,09	8,98	<b>3,233</b>	<b>0,001*</b>
	Evli	153	29,71	7,57		
Yaşam Aktiviteleri	Bekar	79	30,63	9,33	1,461	0,146
	Evli	153	32,39	8,30		
Toplum ve İzlem	Bekar	79	16,91	6,08	1,679	0,094
	Evli	153	18,29	5,83		
Duruma İlişkin Duygular	Bekar	79	14,13	5,83	<b>2,566</b>	<b>0,011**</b>
	Evli	153	16,08	4,82		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Bekar	79	31,42	9,16	<b>2,524</b>	<b>0,013**</b>
	Evli	153	34,35	6,66		
Yaşam Kalitesi	Bekar	79	28,14	8,65	<b>3,247</b>	<b>0,001*</b>
	Evli	153	31,84	7,31		
Cilt Bakımı	Bekar	79	17,23	5,00	<b>2,687</b>	<b>0,008*</b>
	Evli	153	18,99	4,14		
Toplam Puan	Bekar	79	164,54	47,77	<b>2,755</b>	<b>0,007*</b>
	Evli	153	181,64	38,37		

\*= $p<0,01$ ; \*\*= $p<0,05$ ; Bağımsız örneklem t testi

Tablo 5'teki verilere bakıldığında evli olan hastaların HÖGÖ "ilaçlar" (29,71±7,57), "duruma ilişkin duygular" (16,08±4,82), "tedavi ve komplikasyonlar" (34,35±6,66), "yaşam kalitesi" (31,84±7,31), "cilt bakımı" (18,99±4,14) alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamalarının (181,64±38,37); bekar hastaların aldığı puan ortalamalarından (26,09±8,98; 14,13±5,83; 31,42±9,16; 28,14±8,65; 17,23±5,00; 164,54±47,77) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; evli hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 6:** Eğitim durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Eğitim düzeyi	n	Ort	Ss	K/W	P
İlaçlar	Okur-yazar değil	31	32,45	6,06	<b>13,688</b>	<b>0,001*</b>
	İlköğretim	110	28,95	7,95		
	Lise	43	27,30	8,26		
	Lisans	48	25,88	9,14		
Yaşam Aktiviteleri	Okur-yazar değil	31	34,06	7,46	2,569	0,463
	İlköğretim	110	31,71	8,51		
	Lise	43	31,58	8,53		
	Lisans	48	30,69	9,87		
Toplum ve İzlem	Okur-yazar değil	31	19,45	5,39	3,908	0,272
	İlköğretim	110	17,39	5,80		
	Lise	43	18,33	6,01		
	Lisans	48	17,29	6,47		
Duruma İlişkin Duygular	Okur-yazar değil	31	16,81	4,68	4,771	0,189
	İlköğretim	110	15,67	4,80		
	Lise	43	15,19	5,44		
	Lisans	48	14,15	6,24		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Okur-yazar değil	31	35,97	5,53	4,055	0,256
	İlköğretim	110	33,25	7,40		
	Lise	43	32,86	7,80		
	Lisans	48	32,33	9,26		
Yaşam Kalitesi	Okur-yazar değil	31	33,81	6,16	<b>10,867</b>	<b>0,012**</b>
	İlköğretim	110	31,22	7,32		
	Lise	43	29,12	8,81		
	Lisans	48	28,33	8,93		
Cilt Bakımı	Okur-yazar değil	31	20,03	3,49	6,336	0,096
	İlköğretim	110	18,61	4,22		
	Lise	43	17,91	4,28		
	Lisans	48	17,25	5,61		
Toplam Puan	Okur-yazar değil	31	192,58	31,03	<b>7,987</b>	<b>0,046**</b>
	İlköğretim	110	176,80	39,87		
	Lise	43	172,28	44,00		
	Lisans	48	165,92	50,42		

\*= $p<0,01$ ; \*\*= $p<0,05$ ; Kruskal-Wallis Test

Hastaların eğitim düzeylerine göre HÖGÖ “ilaçlar”, “yaşam kalitesi” alt boyutları ve toplam ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu; hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hasta öğrenim gereksinimlerinin azaldığı saptandı ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 7:** Sosyal güvence varlığına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Sosyal		n	Ort	Ss	t	p
	güvence						
İlaçlar	SGK		208	28,95	8,11	<b>2,606</b>	<b>0,010**</b>
	Ücretli		24	24,38	8,41		
Yaşam Aktiviteleri	SGK		208	32,25	8,63	<b>2,406</b>	<b>0,017**</b>
	Ücretli		24	27,79	8,30		
Toplum ve İzlem	SGK		208	18,01	5,89	1,480	0,140
	Ücretli		24	16,13	6,22		
Duruma İlişkin Duygular	SGK		208	15,66	5,14	<b>2,108</b>	<b>0,036**</b>
	Ücretli		24	13,29	5,92		
Tedavi ve							
Komplikasyonlar	SGK		208	33,80	7,44	<b>2,646</b>	<b>0,009*</b>
	Ücretli		24	29,46	9,06		
Yaşam Kalitesi	SGK		208	31,02	7,76	<b>2,541</b>	<b>0,012**</b>
	Ücretli		24	26,71	8,87		
Cilt Bakımı	SGK		208	18,64	4,39	<b>2,524</b>	<b>0,012**</b>
	Ücretli		24	16,21	5,12		
Toplam Puan	SGK		208	178,34	41,27	<b>2,698</b>	<b>0,007*</b>
	Ücretli		24	153,96	47,39		

\*= $p<0,01$ ; \*\*= $p<0,05$ ; Bağımsız örneklem t testi

Tablo 7’deki veriler incelendiğinde SGK’ya bağlı hastaların HÖGÖ “ilaçlar” ( $28,95\pm 8,11$ ), “yaşam aktiviteleri” ( $32,25\pm 8,63$ ), “duruma ilişkin duygular” ( $15,66\pm 5,14$ ), “tedavi ve komplikasyonlar” ( $33,80\pm 7,44$ ), “yaşam kalitesi” ( $31,02\pm 7,76$ ), “cilt bakımı” ( $18,64\pm 4,39$ ) alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamaları ( $178,34\pm 41,27$ ); sosyal güvencesi olmayan ücretli tedavi gören hastaların aldığı puan ortalamalarından ( $24,38\pm 8,41$ ;  $27,79\pm 8,30$ ;  $13,29\pm 5,92$ ;  $29,46\pm 9,06$ ;  $26,71\pm 8,87$ ;  $16,21\pm 5,12$ ;  $153,96\pm 47,39$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; sosyal güvencesi SGK olan hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptandı ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 8:** Hastaların çalışma durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Çalışma		n	Ort	Ss	t	p
		durumu					
İlaçlar		Aktif çalışan	144	27,30	8,80	<b>2,995</b>	<b>0,003*</b>
		Aktif çalışmayan	88	30,40	6,85		
Yaşam Aktiviteleri		Aktif çalışan	144	30,94	9,18	1,905	0,058
		Aktif çalışmayan	88	33,17	7,66		
Toplum ve İzlem		Aktif çalışan	144	17,19	6,07	<b>2,087</b>	<b>0,038**</b>
		Aktif çalışmayan	88	18,85	5,59		
Duruma İlişkin Duygular		Aktif çalışan	144	14,67	5,52	<b>2,956</b>	<b>0,003*</b>
		Aktif çalışmayan	88	16,65	4,57		
Tedavi ve Komplikasyonlar		Aktif çalışan	144	32,44	8,35	<b>2,496</b>	<b>0,013**</b>
		Aktif çalışmayan	88	34,85	6,31		
Yaşam Kalitesi		Aktif çalışan	144	29,41	8,71	<b>3,143</b>	<b>0,002*</b>
		Aktif çalışmayan	88	32,49	6,17		
Cilt Bakımı		Aktif çalışan	144	17,77	4,82	<b>2,856</b>	<b>0,005*</b>
		Aktif çalışmayan	88	19,40	3,79		
Toplam Puan		Aktif çalışan	144	169,72	45,93	<b>3,048</b>	<b>0,003*</b>
		Aktif çalışmayan	88	185,81	34,11		

\*=p<0,01;\*\*=p<0,05;Bağımsız örneklem t testi

Tablo 8’deki verilere bakıldığında; aktif olarak bir işte çalışmayan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” (30,40±6,85), “toplum ve izlem” (18,85±5,59), “duruma ilişkin duygular” (16,65±4,57), “tedavi ve komplikasyonlar” (34,85±6,31), “yaşam kalitesi”



(32,49±6,17), “cilt bakımı” (19,40±3,79) alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamaları (185,81±34,11); aktif olarak çalışan hastaların aldığı puan ortalamalarından (27,30±8,80; 17,19±6,07; 14,67±5,52; 32,44±8,35; 29,41±8,71; 17,77±4,82; 169,72±45,93) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; aktif olarak bir işte çalışmayan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 9:** Tedavi alınan klinik tipine göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Klinik	n	Ort	Ss	K/W	P
İlaçlar	Genel Cerrahi	26	28,77	6,38	<b>14,395</b>	<b>0,026*</b>
	Göz	40	30,13	7,27		
	Jinekoloji	26	32,00	6,63		
	KBB	40	26,25	8,82		
	Ortopedi	27	29,15	6,27		
	Plastik Cerrahi	40	25,08	10,07		
	Üroloji	33	29,73	8,55		
Yaşam Aktiviteleri	Genel Cerrahi	26	34,23	6,77	<b>15,471</b>	<b>0,017*</b>
	Göz	40	31,73	7,16		
	Jinekoloji	26	34,23	9,48		
	KBB	40	29,58	8,81		
	Ortopedi	27	33,19	7,64		
	Plastik Cerrahi	40	27,95	10,27		
	Üroloji	33	34,21	7,94		
Toplum ve İzlem	Genel Cerrahi	26	17,46	4,93	<b>14,394</b>	<b>0,026*</b>
	Göz	40	19,05	6,09		
	Jinekoloji	26	20,88	6,46		
	KBB	40	16,45	5,27		
	Ortopedi	27	18,52	5,44		
	Plastik Cerrahi	40	15,53	6,11		
	Üroloji	33	18,06	5,93		
Duruma İlişkin Duygular	Genel Cerrahi	26	15,69	4,21	<b>16,727</b>	<b>0,010*</b>
	Göz	40	15,98	4,95		
	Jinekoloji	26	17,65	4,66		
	KBB	40	14,55	5,82		
	Ortopedi	27	16,85	4,36		
	Plastik Cerrahi	40	12,78	5,70		
	Üroloji	33	15,85	5,15		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Genel Cerrahi	26	33,15	5,18	<b>13,096</b>	<b>0,042*</b>
	Göz	40	34,33	5,98		
	Jinekoloji	26	36,85	7,04		
	KBB	40	31,83	7,99		
	Ortopedi	27	34,52	6,92		
	Plastik Cerrahi	40	30,00	10,34		
	Üroloji	33	34,55	6,95		
Yaşam Kalitesi	Genel Cerrahi	26	31,81	5,52	<b>13,661</b>	<b>0,034*</b>
	Göz	40	31,13	6,72		
	Jinekoloji	26	33,77	6,70		
	KBB	40	28,85	8,52		
	Ortopedi	27	31,74	6,11		
	Plastik Cerrahi	40	26,85	10,50		
	Üroloji	33	32,09	7,54		
Cilt Bakımı	Genel Cerrahi	26	18,50	4,28	<b>16,556</b>	<b>0,011*</b>
	Göz	40	18,40	3,67		
	Jinekoloji	26	20,42	3,25		
	KBB	40	17,58	4,87		
	Ortopedi	27	20,41	3,44		
	Plastik Cerrahi	40	16,63	5,48		
	Üroloji	33	18,15	4,65		
Toplam Puan	Genel Cerrahi	26	179,62	28,83	<b>16,576</b>	<b>0,011*</b>
	Göz	40	180,73	35,97		
	Jinekoloji	26	195,81	37,54		
	KBB	40	165,08	45,61		
	Ortopedi	27	184,37	32,05		
	Plastik Cerrahi	40	154,80	52,83		
	Üroloji	33	182,64	41,98		

\*= $p<0,05$ ;Kruskal-Wallis Test

Hastaların tedavi aldıkları kliniğin türüne göre HÖGÖ bütün alt boyutları ve toplam ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Mevcut veriler ışığında jinekoloji kliniğinde tedavi olan hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 10:** Cerrahi girişimin aciliyet durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Cerrahi		n	Ort	Ss	t	P
		girişim					
İlaçlar		Acil	11	27,64	4,74	0,345	0,731
		Elektif	221	28,52	8,38		
Yaşam Aktiviteleri		Acil	11	35,09	7,30	1,294	0,197
		Elektif	221	31,62	8,73		
Toplum ve İzlem		Acil	11	18,55	4,78	0,415	0,679
		Elektif	221	17,78	6,00		
Duruma İlişkin Duygular		Acil	11	14,64	5,78	0,504	0,615
		Elektif	221	15,46	5,24		
Tedavi	ve						
Komplikasyonlar		Acil	11	34,00	5,69	0,284	0,776
		Elektif	221	33,32	7,81		
Yaşam Kalitesi		Acil	11	31,73	6,00	0,489	0,625
		Elektif	221	30,52	8,06		
Cilt Bakımı		Acil	11	18,73	4,41	0,255	0,799
		Elektif	221	18,37	4,53		
Toplam Puan		Acil	11	180,36	32,94	0,363	0,717
		Elektif	221	175,59	42,96		

$p>0,05$ ; Bağımsız örneklem t testi

HÖGÖ ile hastaların cerrahi işlem aciliyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık bulunamadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11:** Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (N=232)

HÖGÖ	Ameliyat		n	Ort	Ss	t	p
		deneyimi					
İlaçlar	Var		127	28,50	7,89	0,060	0,952
	Yok		105	28,44	8,68		
Yaşam Aktiviteleri	Var		127	31,89	8,59	0,194	0,846
	Yok		105	31,67	8,83		
Toplum ve İzlem	Var		127	17,80	5,85	0,045	0,965
	Yok		105	17,84	6,07		
Duruma İlişkin Duygular	Var		127	15,20	5,24	0,704	0,482
	Yok		105	15,69	5,29		
Tedavi	ve						
Komplikasyonlar	Var		127	33,75	7,27	0,856	0,393
	Yok		105	32,88	8,23		
Yaşam Kalitesi	Var		127	30,81	7,62	0,490	0,625
	Yok		105	30,30	8,40		
Cilt Bakımı	Var		127	18,30	4,30	0,328	0,743
	Yok		105	18,50	4,78		
Toplam Puan	Var		127	176,25	40,91	0,170	0,865
	Yok		105	175,30	44,52		

p>0,05;Bağımsız örneklem t testi

HÖGÖ ile daha önce ameliyat olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık bulunamadı (p>0,05).

## 5. TARTIŞMA

Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturan taburculuk eğitimi, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, gününbirlik cerrahi uygulamalarının yaygınlaşması ile daha da önem kazanmaya başlamıştır. Bu bağlamda; çalışma, gününbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

Bu bölümde örneklem grubunu oluşturan hastaların, "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" puan ortalamaları ve hastaların bireysel özellikleri ile "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" nin alt boyutları arasındaki ilişkiden elde edilen bulgular, literatür ve benzer çalışma bulgularının ışığı altında tartışıldı.

Çatal (2008)'in daha önce yapmış olduğu çalışmada HÖGÖ'ye ait toplam puan ortalaması  $190.81 \pm 17.05$ , Tan ve arkadaşları (2013)'nin çalışmasında ise HÖGÖ puan ortalaması  $204.26 \pm 23.85$  olarak saptanmıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların HÖGÖ puan ortalaması  $175.82 \pm 42.49$  olarak saptandı. HÖGÖ'nden alınabilecek en yüksek puanın 250 olduğu dikkate alındığında hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 2).

HÖGÖ alt boyutları önemlilik düzeyleri incelendiğinde; en yüksek önemlilik düzeyinin Çatal ve Dicle' nin (2007) çalışmasının sonucunda ilaçlar (3,99) alt boyutuna ait olduğu; MacKinaw ve ark. (1997)' nin çalışma sonucunda ilaçlar ile tedavi ve komplikasyonlara ait olduğu; Jacobs' un (2000) çalışmasında ise yaşam aktiviteleri ile tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarında olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgularda en yüksek önemlilik düzeyinin sırasıyla tedavi ve komplikasyonlar (33,35), yaşam aktiviteleri (31,79), yaşam kalitesi (30,58) ve ilaçlar (28,47) alt boyutlarına ait olduğu; bunu cilt bakımı, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular alt boyutlarının izlediği belirlendi (Tablo 2). Hastaların ilaçlar ile tedavi ve komplikasyonlara ilişkin bilgi gereksinimlerinin fazla olduğunu gösteren çalışma bulgusu, hastanın tedaviye uyumunda bilgilendirmenin önemli olduğu gerçeği dikkate alındığında, doğal bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Hastaların yaş değişkeni ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Subonen ve ark. (2005)'nin çalışmasında genç yaş gruplarının, diğer yaş gruplarından daha çok bilgi gereksiniminde oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada, hastaların yaşları ile ilaçlar alt boyutu arasında anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki olduğu, mevcut bulgudan hastaların yaşı arttıkça HÖGÖ ilaçlar alt boyutuna yönelik öğrenim gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 3). Subonen ve arkadaşlarının çalışma bulgusunu desteklemeyen bu çalışma bulgusu, yaş ilerledikçe hastalıklarla ve hastaneyle karşılaşma durumunun daha sık görülmesi hasta öğrenim gereksinimlerinin de paralel olarak arttığını düşündürmektedir.

Jickling and Graydon'ın (1997); koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada, bilgi gereksinimi ve önceliklerinin benzer olduğunu saptamıştır. En fazla bilgi gereksinimi olan alt boyutlarının sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğunu belirtmişlerdir. Daha önce yapılan bir çalışma sonucunda da kadın hastaların puan ortalamalarının erkek hastalara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tan ve ark 2013). Bu çalışmada cinsiyet ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; kadın hastaların tüm alt boyut ve HÖGÖ toplam puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4). Kadın hastaların toplum ve aile içerisindeki üstlendiği rol ve sorumlulukları gereği cerrahi sonrası evde bakım konusunda da bireysel sorumluluğunun fazla olduğu, bağlı olarak öğrenim gereksinimlerinin de fazla olduğu söylenebilir.

Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durumun öğrenim gereksinimi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Taşdemir ve ark. 2010). Tan ve arkadaşları (2013)'nin çalışmasında ise bekar hastaların ilaçlar, toplum ve izlem ile yaşam kalitesi alt boyutlarına ait puan ortalamalarının, evli hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada medeni durum ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli hastaların tüm alt boyutlara ait puan ortalamalarının, bekar hastalardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Eğitim durumu ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Tan ve arkadaşları (2013)'nin yaptığı çalışmada, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip

olan hastaların ilaçlar ve yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının diğer eğitim düzeyi gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise Tan ve arkadaşlarının çalışma bulgusuna zıt olarak; okur yazar olmayan hastaların, ilaçlar, yaşam kalitesi alt boyutları ve ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu; dolayısıyla daha fazla eğitime gereksinim duydukları belirlendi (Tablo 6). Günümüzde bilişim teknolojisindeki gelişmelerle bilgiye ulaşmanın kolaylaştığı ve bu olanaktan da eğitim düzeyi yüksek olanların daha etkin yararlandığı düşünüldüğünde, sonuç olağan bir durum olarak değerlendirilebilir.

Daha önce yapılan çalışmalarda sosyal güvence durumu ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin veriye ulaşılamadı. Ancak bu çalışmada sosyal güvence durumu ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; SGK' lı hastaların toplum ve izlem alt boyutu dışındaki tüm alt boyut puan ortalamalarının, ücretli tedavi gören hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu, bağlı olarak daha fazla bilgiye gereksinim duydukları belirlendi ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 7). Sonuç, örnekleme oluşturan grubun sadece %20'sinin lisans eğitiminin olduğuna ilişkin çalışma bulgusu (Tablo 1), hastaların sosyal statülerinin, eğitim düzeyi ile büyük ölçüde paralellik gösterdiği dikkate alındığında, doğal bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hastaların çalışma durumları ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaşam aktiviteleri dışında tüm alt boyut puan ortalamalarının aktif olarak bir işte çalışmayan hastalarda, çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu; bağlı olarak daha fazla bilgiye gereksinim duydukları belirlendi ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 8). Bir işte çalışma ile eğitim düzeyinin kısmen bağlantılı olduğu dikkate alındığında, doğal bir durum olarak yorumlanabilecek sonuç, bir önceki (Tablo 7) çalışma bulgularını da destekleyici özellik göstermektedir.

Hastaların tedavi aldıkları klinikler ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; jinekoloji hastalarının tüm alt boyut puan ortalamaları ve HÖGÖ toplam puan ortalamasının, diğer kliniklerde tedavi olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu; bağlı olarak daha fazla bilgiye gereksinim duydukları belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Jinekoloji kliniğinde tedavi olan hastaların kadın olduğu; tablo 4' te

de belirlendiği gibi benzer bir şekilde HÖGÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu gösteren sonuç, olağan bir durum olarak yorumlanabilir.

Cerrahi girişimin aciliyet durumu ile HÖGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; cerrahinin acil ya da elektif uygulanması ile hasta öğrenim gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Aynı şekilde hastaların daha önce ameliyat olma durumları ile HÖGÖ puan ortalamaları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).



## 6. SONUÇ

Hastaların öğrenim gereksinimlerini saptamak amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

- Hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; ortalama yaş  $41,18 \pm 18,46$ 'dir. Hastaların %56,5'inin (n=131) erkek, %65,9'unun (n=153) evli, %47,4'ü (n=110) ilköğretim, %18,5'i (n=43) ortaöğretim, %20,7'si (n=48) lisans mezunu, %13,4'ünün (n=31) ise eğitimsiz olduğu ve %62,1'inin (n=144) aktif olarak bir işte çalıştığı saptandı. Hastaların %89,7'sinin (n=208) sosyal güvencesinin olduğu, %95,3'ünün (n=221) elektif nedenlerle hastanede işlem gördüğü ve %54,7'sinin (n=127) daha önce bir ameliyat deneyimi olduğu mevcut verilerden saptanırken, olguların tedavi gördüğü kliniklerin dağılımının %17,2 gibi eşit oranlarda göz, kulak-burun-boğaz, plastik cerrahi kliniklerinde olduğu,
- HÖGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; hastaların 33,35'inin tedavi ve komplikasyonlar, 31,79'unun yaşam aktiviteleri, 30,58'inin yaşam kalitesi ve 28,47'sinin ilaçlar ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu,
- Kadın hastaların HÖGÖ "yaşam kalitesi" alt boyutundan aldığı puan ortalamasının ( $31,79 \pm 7,29$ ), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından ( $29,64 \pm 8,36$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; tüm alt boyutlarda kadınların daha yüksek puan aldığı, kadın hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu,
- Evli olan hastaların HÖGÖ "ilaçlar", "duruma ilişkin duygular", "tedavi ve komplikasyonlar", "yaşam kalitesi", "cilt bakımı" alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamalarının ( $29,71 \pm 7,57$ ;  $16,08 \pm 4,82$ ;  $34,35 \pm 6,66$ ;  $31,84 \pm 7,31$ ;  $18,99 \pm 4,14$ ;  $181,64 \pm 38,37$ ); bekar hastaların aldığı puan ortalamalarından ( $26,09 \pm 8,98$ ;  $14,13 \pm 5,83$ ;  $31,42 \pm 9,16$ ;  $28,14 \pm 8,65$ ;  $17,23 \pm 5,00$ ;  $164,54 \pm 47,77$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; evli hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu,
- Hastaların eğitim düzeylerine göre HÖGÖ "ilaçlar", "yaşam kalitesi" alt boyutları ve toplam ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu, okur yazar olmayan hastaların tüm alt boyutlarda ve ölçek toplamında en yüksek puanı aldığı,

- SGK'ya bağlı hastaların HÖGÖ “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamaları (28,95±8,11; 32,25±8,63; 15,66±5,14; 33,80±7,44; 31,02±7,76; 18,64±4,39; 178,34±41,27); sosyal güvencesi olmayan ücretli tedavi gören hastaların aldığı puan ortalamalarından (24,38±8,41; 27,79±8,30; 13,29±5,92; 29,46±9,06; 26,71±8,87; 16,21±5,12; 153,96±47,39) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- Aktif olarak bir işte çalışmayan hastaların HÖGÖ “ilaçlar”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puan ortalamaları (30,40±6,85; 18,85±5,59; 16,65±4,57; 34,85±6,31; 32,49±6,17; 19,40±3,79; 185,81±34,11); aktif olarak çalışan hastaların aldığı puan ortalamalarından (27,30 ±8,80; 17,19±6,07; 14,67±5,52; 32,44±8,35; 29,41±8,71; 17,77±4,82; 169,72±45,93) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- Hastaların tedavi aldıkları kliniğin türüne göre jinekoloji kliniğinde tedavi alan hastaların tüm alt boyutlarda ölçek toplamında en yüksek puanı aldığı,
- Hastaların HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu, HÖGÖ'nin alt boyutları incelendiğinde ise hastaların en yüksek önemlilik düzeyinin tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam aktiviteleri alt boyutlarına, en düşük önemlilik düzeyinin ise duruma ilişkin duygular alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. HÖGÖ toplam puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, tedavi oldukları klinik, aktif çalışma durumları değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta eğitimi planlanırken, hastaların hangi konuda bilgilendirilmeleri gerektiğinin belirlenmesi,
- Hastaların bilgilendirilmesinde bireysel özellikleri ve gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı (2. Baskı). Vehbi Koç Vakfı SANERC, Sistem Ofset, İstanbul,78-80.
- Aksoy, G., Yazıcı Sayın. (2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2): 39-46.
- Aştı, T. A.,Karadağ, A. (2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Adana Nobel Kitabevi.
- Aydın Ç. F. (2000). Koroner arter by-pass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Birol, L. (2004). Hemşirelik süreci (6. Baskı). Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.
- Cimete, G. (1998). Çocuk hastalar için evde bakıma yönelik taburculuk planlaması, 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Programı Özet Kitabı, İstanbul, 24-26 Eylül. İstanbul.
- Coşkun H., Akbayrak N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, S(2):63-68.
- Çatal E., Dicle A. (2007). Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A. D. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1): 19-32.
- Çavuş, D. (2008). Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

- Çilingir, D., Bayraktar, N. (2006).Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı (Day surgery process and nursing care). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,69–81.
- Çilingir, D., Bayraktar, N. (2011). Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients. Türkiye Klinikleri MedSci; 31(1): 164-174.
- Doering, L. V., McGuire, A. W., Rourke, D. (2002). Recovering from cardiac surgery: What patients want you to know, American Journal of Critical Care, 11 (4), 333-341.
- Ekici, B. (2004). Hastanın taburcu edilmesi ve çocuğun taburculuğuna yönelik bakım standardı oluşturma, Hemşirelik Forumu, 7 (1), 12-16.
- Erkal İlhan S. (2007). Perioperatif bakım. İçinde: Akbayrak N., Erkal İlhan S., Ançel G., Albayrak S., Editörler . Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayıncılık, S.632-646.
- Ertem, Ü., Ay, F., Özcan, N., Ören, B., Işık, R., Sarvan, S. (2008). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Ed. Ay, F. (2. Baskı). Medikal Yayıncılık. İstanbul.
- Fadıloğlu, Ç. (2006). Taburculuğun Planlanması, Ed: Uyar, M., Uslu, R., Kuzeyli, Y. Kanser ve palyatif bakım. Meta Basım, İzmir.
- Gilmartin, J., Wright, K. (2008). Day surgery: patients felt abandoned during the preoperative wait. Journal of Clinical Nursing, 17: 2418-2425.
- Goodman H. (1997). Patients perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. J. Adv. Nurs., 25(6): 1241-1251.
- Gül, R., Göksu, S., Mızrak, A., Koruk, S., Öner, Ü. (2008). Günübirlik cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. Gaziantep Tıp Dergisi, 14:23-27.
- Gülme, S. (2008). Günübirlik çocuk cerrahisi olgularında oral midazolam ile premedikasyon. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Gültekin G.. Özbayır T. (2007). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi- Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Ritm Matbaa, Antalya, 309-317.

- Jacobs V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Appl. Nurs. Res.*, 13(1): 12-18.
- Jarrett, PEM., Staniszewski, A. (2006). The development of ambulatory surgery and future challenges. In *Day Surgery Development and Practice*. Eds: Lemos, P., Philip, B., 13th ed, Classica Artes Graficas, Portugal, 21-34.
- Jickling J.L, Graydon J.E. (1997). The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: a pilot study. *Heart & Lung*, 1997; 26: 350-357.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N., Tepe, A. (2010). Günübirlük cerrahi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 38-46.
- MacKinaw, R. M. P., Morrow, S. R, Whiteley, M. H, Wilson, P. R. (1997). The health education needs of veteran patients. *Journal American Dietetic Association*, 158: 57.
- Nargiz, S. (2005). Perkütan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Öğütü, Ö. (2011). Asker hastanelerindeki günübirlük genel cerrahi uygulamalarında ameliyat öncesi hasta hazırlık kriterlerinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ameliyathane Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Öztekin, D. (1998). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda greftli bacak komplikasyonlarının önlenmesinde hemşirenin rolü. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Programı Özet Kitabı, 24-26 Eylül, İstanbul.
- Öztürk, Y. (2011). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sisteminin (OHEBİS) kullanılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği, İstanbul.
- Pieper , B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Pelleschi, M.T., Burns, J., Bednarski, D., Garretson, B. (2006). Discharge

information needs of patients after surgery. *Wound Ostomy Continence Nurses Journal*, 33: 281-291.

Sarıhasan, B., Kelsaka E., Taş, N. (2008). Günübirlık anestezi uygulaması. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 25(3): 111–115.

Subonen R., Kilpi H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1): 5-15.

Suhonen, R., Nononen, H., Laukka, A., Valimaki, M. (2005). Patient's informational needs and informational received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10): 1167.

Şal Sarıca, E. (2007). Günübirlık cerrahi kararını etkileyen değişkenler, hastaların yöntem hakkındaki bilgi ve memnuniyet düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tan, M., Özdelikara, A., Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 21 (1): 1-8.

Taşdemir, N., Güloğlu, S., Turan, Y., Çataltepe, T., Özbayır, T. (2010). Learning needs of neurosurgery patients. *Journal of Neurological Sciences*, 27(4): 414-420.

Taşocak, G. (2007). Hasta eğitimi. İstanbul Üniversitesi yayın no:4377, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu yayın no: 9, İstanbul.

Tok, A. (2006). Koroner anjioplasti ve intrakoronerstent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Tulgar, G. İ. (2012). Cerrahi birimlerde taburculuk sürecinde hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Türe, A. (2006). Çocuklara yönelik günübirlık cerrahi girişimlerde anneleri bilgilendirmenin anksiyete düzeylerine etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Yavuz, L., Eroğlu, F., Uçar, A., Ceylan, B.C., Özsoy, M. (2001). Günöbirlik cerrahi ve spinal anestezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Faköltesi Dergisi 8(4), 6-9.

Yıldırım M. (2007). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

## **EKLER**

### **EK-1: ONAM FORMU**

Sayın katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde yüksek lisans öğrencisi olan Cemile Çelebi tarafından günöbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı size bir form verecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Araştırmadan elde edilen bu bilgiler sağlık ekibinin günöbirlik cerrahi uygulanan hastaları bilgilendirmeleri konusunda katkıda bulunacaktır. Sizlerden toplanan veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki hemşirelerin, öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir.

Bu formda günöbirlik cerrahi uygulanan hastaları tanımlayıcı sorular ve taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerine ilişkin bir ölçek bulunmaktadır. Çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Araştırmadan çıkmanız durumunda tedavinizde hiçbir aksama olmayacaktır. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı imzası

Araştırmacı imzası



**EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİTOPLAMA FORMU**

ANKET NO

1. AdıSoyadı:

2. Yaş:

3. Cinsiyet:

Kadın Erkek

4. Medeni Hali:

Bekar Evli

5. Eğitim Durumu:

Okur- yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6. Sosyal Güvencesi:

Emekli Sandığı Bağkur SGK Yeşilkart Ücretli

7. Mesleği:

8. YattığıKlinik:

9. Geçirdiği cerrahi girişim:

10. Girişimin Tipi:

Acil Elektif

11. Daha önce başka bir ameliyat oldunuz mu?

Evet Hayır

12. Cevabınız evet ise ne ameliyatı?

**EK-3: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ****Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)**

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.

<b>MADDELER</b>	<b>Önemli değil</b>	<b>Biraz önemli</b>	<b>Ne az ne çok önemli</b>	<b>Çok önemli</b>	<b>Son derece önemli</b>
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5

9. Ailem hastalığımla başedebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duşalabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımın nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığımanın nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5

25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla başetmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5

39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl başedebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

**EK-4: ETİK KURUL KARARI**

T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dekanlığı


BÜRO : Etik Kurul Sekreterliği  
SAYI : B.30.2.MKÜ.0.01.01.00-050.51  
KONU : Etik Kurul Kararları

08/10/2012

Sayın: Prof. Dr. Nevrin KAMAN  
Hemşire Anabilim Dalı

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04/10/2012 tarihinde aldığı 02...  
nolu karar ve 2012/39... karar numaralı Etik Kurul Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. Selim TURHANOĞLU  
Etik Kurul Başkanı



Etik Kurul Sek : E.S.BORAZAN

## MÜHÜR TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2012/39			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Nevin KANAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MÜHÜR T.A.S. Tıp Fakültesi T.Ü.F.N.H.F. Cerr. Hk. A.B.D. <b>Enver Sedat BORAZAN</b> Etik Kurul Sekreteri			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Arştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	COK MERKEZLI	<input type="checkbox"/>	
			ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
			ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	



*[Handwritten signature]*

## MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARASTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARASTIRMA PROTOKOLÜ	27/09/2012			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUŞ FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARASTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARASTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BELGELERİ	Karar No: 02	Tarih: 04/10/2012					
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amac, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.						

## MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARASTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	PROF.DR.SELİM TURHANOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Selim TURHANOĞLU	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Cumali GÖKÇE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mehmet AYDIN	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zafer YÖNDEN	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Süleyman OKTAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av.Süleyman TENEKECİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yusuf COSKUN	Esnaf	Serbest Çalışan	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

ASLI GİBİDİR  
Enver Selim TURHAN  
Etik Kurul Sekreteri



## EK-5: MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDEN ALINAN İZİN BELGESİ



T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

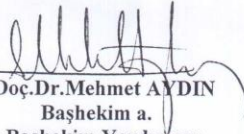
Sayı : B.30.2.MKÜ.0.H1.00.00-774.01.06 - 3165  
Konu : Çalışma 16/05/2012

Sayın;  
Cemile ÇELEBİ  
Hemşire

İlgi : 15.05.2012 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile belirtilen sarf malzemeleri tarafımızdan karşılanmak üzere "Günöbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi" isimli çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

  
Doç.Dr.Mehmet AYDIN  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

**EK-6: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'NİN  
TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİ ALAN EMİNE  
ÇATAL'DAN ALINAN İZİN BELGESİ**

Sayın Emine Çatal,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde yüksek lisans yapıyorum. Tez konum "Günöbirlik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi". Literatür taramam sırasında 2007 yılında hazırlamış olduğunuz tezinizi inceledim ve güvenilirlik-geçerliğini aldığımız "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği"nin çalışmamda bana yararlı olacağını düşünüyorum. Veri toplama aşamasında ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Bunun için izninizi rica ediyorum. Cevabınızı bana iletirseniz çok sevinirim. İlginize teşekkür ederim.

Cemile ÇELEBİ

İstanbul Üniversitesi

İstanbul

[ccelebi@windowslive.com](mailto:ccelebi@windowslive.com)

16.05.2012

**EK-6: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİ ALAN EMİNE ÇATAL'DAN ALINAN İZİN  
BELGESİ**



Sayın Cemile ÇELEBİ,

Türkçe'ye uyarladığımız “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

**Öğr. Gör. Emine ÇATAL**

Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

**Yard. Doç. Aklime DİCLE**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu  
ADRES: DEÜ Hastane Kampüsü İçi Mithatpaşa Cad. No:1606 35340 İnciraltı-İZMİR

TEL: +90. 232.412.47.51 FAX: +90.232.412.47.98

E-mail: [saglikbil@deu.edu.tr](mailto:saglikbil@deu.edu.tr)  
[hemsirelik@deu.edu.tr](mailto:hemsirelik@deu.edu.tr)

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	CEMİLE	<b>Soyadı</b>	ÇELEBİ
<b>Doğ. Yeri</b>	MUĞLA	<b>Doğ. Tar.</b>	01.04.1986
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	13646778912
<b>Email</b>	<a href="mailto:ccelebi@windowslive.com">ccelebi@windowslive.com</a>	<b>Tel</b>	05547276385

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi	2009
<b>Lise</b>	Muğla Anadolu Lisesi	2004

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Süpervizör	Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi	2011-...
2.	Sorumlu hemşire	Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği	2011-2011
3.	Hemşire	Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği	2009-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLİZCE	İyi	Orta	İyi		75

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	88,250		

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Tiyatro