



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

KOLOREKTAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA TABURCULUK
SONRASI HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

DÜRDANE GÜL ÖZER

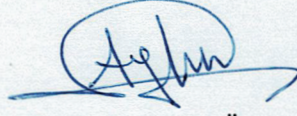
DANIŞMAN
PROF. DR. AYFER ÖZBAŞ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

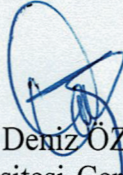
İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

Bu çalışma 10.01.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli
Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Selda RİZALAR
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

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 çalışmasıyla 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 olmadığını beyan ederim.

Dürdane Gül ÖZER



İTHAF

Başarılarımla her daim gururlanmalarını istediğim ve benim için çok değerli olan sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezim süresince değerli katkılarıyla, bilgi ve tecrübeleriyle bana destek olan kıymetli danışman hocam **Sayın Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a**,

Yüksek lisans eğitimim süresince bana desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı **Sayın Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN** başta olmak üzere Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim üyelerine,

Yüksek lisans eğitimim süresince yanımda olan ve bana her türlü desteği sağlayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi araştırma görevlilerine,

Yüksek lisans eğitimim sırasında ve tez sürecinde benimle tüm bilgi ve tecrübelerini paylaşan, her daim yanımda olan değerli arkadaşlarım Burcu DİŞLİ ve Belçim EDE'ye,

Eğitim-öğretim hayatımda başarılı olabilmem için gerekli tüm psikolojik destek, moral ve motivasyonu sağlayan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kolonun Anatomisi	3
2.2. Kolonun Fizyolojisi	4
2.3. Kolorektal Cerrahi	4
2.3.1. Kolorektal Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıklar ve Cerrahi Tedavileri	5
2.4. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	7
2.5. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı	9
2.6. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	11
2.7. Hasta Eğitimi	12
2.8. Taburculuk Planlaması Süreci	19
2.8.1. Taburculuk Sürecinin Aşamaları	21
2.8.1.1. Veri Toplama	21
2.8.1.2. Planlama	22
2.8.1.3. Uygulama	22
2.8.1.4. Değerlendirme.....	23
2.8.2. Taburculuk Sürecinin Amacı ve Önemi.....	23
2.8.3. Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	28
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	28
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	28
3.5. Örneklem Seçim Kriterleri	29
3.6. Araştırmada Dışlanma Kriterleri	29
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.8. Veri Toplama Araçları	30
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.8.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)	30
3.9. Verilerin Toplanması	32
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.11. Araştırmanın Etik Yönleri	33
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	75
FORMLAR	95
HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ	97
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	99
KURUM İZİNLERİ	101
TELİF HAKKI İZİNİ	105
ETİK KURUL İZİNİ	106
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	109
ÖZGEÇMİŞ	110

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyutları, madde sayıları ve puan aralığı	30
Tablo 3-2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirlik değerleri	31
Tablo 4-1: Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=131).....	35
Tablo 4-2: Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=131)	36
Tablo 4-3: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan dağılımı... 37	
Tablo 4-4: Hastaların yaş grupları ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131).....	39
Tablo 4-5: Hastaların cinsiyetine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131).....	41
Tablo 4-6: Hastaların öğrenim durumuna göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131).....	42
Tablo 4-7: Hastaların meslek gruplarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131).....	44
Tablo 4-8: Hastaların medeni durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131).....	46
Tablo 4-9: Hastaların yapılan ameliyat türüne göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 4-10: Hastaların ameliyat öncesi yatış süresine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)	50
Tablo 4-11: Hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)	51
Tablo 4-12: Hastaların daha önce hastaneye yatmış olma durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)	52
Tablo 4-13: Hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olma durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)	53
Tablo 4-14: Hastaların taburcu olup eve gitmeden önce hastanede kalınan süre içerisinde ilgili konular hakkında bilgi alma durumlarının dağılımı (N=131).....	54

Tablo 4-15: Hastaların taburcu olup eve gitmeden önce hastanede kalınan süre içerisinde ilgili konular hakkında bilgi aldıkları kişilerin dağılımı	56
Tablo 4-16: Hastaların “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi alma durumuna göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)	58



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

HÖGÖ	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
STFM	Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
ASBÜ	Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi
EKG	Elektrokardiyografi
HBP	Hızlandırılmış Bakım Protokolleri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
MBT	Mekanik Bağırsak Temizliği



ÖZET

Özer, D.G. (2019). Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir vakıf üniversitesine bağlı 4 hastanede kolorektal cerrahi girişim uygulanan ve eve taburcu edilmesi planlanan hastalar oluşturdu ve toplam 131 hasta araştırmanın örnekleme dahil edildi. Araştırmada veriler, 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği' (HÖGÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde; Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Test kullanıldı. Çalışmada hastaların yaş ortalamasının $52,29 \pm 13,49$, çoğunluğunun erkek (%53,4) ve evli (%90,8) olduğu, öğrenim durumlarının çoğunlukla lise (%43,5) ve meslek gruplarının serbest meslek (%28,3) olduğu, ameliyat öncesi yatış süresi ortalamasının $1,01 \pm 1,09$ gün, ameliyat sonrası yatış süresi ortalamasının $3,95 \pm 2,72$ gün olduğu saptandı. HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu, HÖGÖ'nin en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutlarının "Tedavi ve Komplikasyonlar" (4,30) ve "İlaçlar" (4,22) olduğu, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise "Duruma İlişkin Duygular" (3,49) olduğu belirlendi. 18-29 yaş grubundaki hastaların "İlaçlar" ve "Duruma İlişkin Duygular" alt boyutlarına yönelik öğrenim gereksinimlerinin 30-50 yaş grubu ve 51 yaş ve üzerindeki hastalara göre daha yüksek olduğu, hemoroidektomi yapılan hastaların "Cilt Bakımı" alt boyutuna yönelik öğrenim gereksinimlerinin sağ hemikolektomi yapılan hastalara göre daha yüksek olduğu, anal fistül ameliyatı yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerinin sol hemikolektomi yapılan hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi. Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; yaş ve ameliyat türü değişkenlerinin hastaların öğrenim gereksinimlerini etkilediği, genç yaş grubunda olan hastaların, sol hemikolektomi ve hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Kolorektal Cerrahi, Öğrenim Gereksinimi, Taburculuk, Hasta Eğitimi

ABSTRACT

Özer, D.G. (2019). Determination of Patient Learning Needs after Discharge in Patients Undergoing Colorectal Surgery. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Surgical Nursing. Postgraduate Thesis. İstanbul.

This is a descriptive study conducted to determine the needs and priorities of the patients who underwent colorectal surgery after discharge.

The population of the study was patients who had colorectal surgery at 4 private university hospitals in Istanbul and who were planned to be discharged. 131 patients who underwent colorectal surgery constituted the sample of this study. ‘Personal Information Form’ and “The Patient Learning Needs Scale” are used for data collection. Mann Whitney U and Kruskal Wallis Tests were used for the statistical analysis. Participants’ mean age was 52.29 ± 13.49 , the majority were male (53.4%), married (90.8%), the mainly high-school graduates (43.5%) and many of them were self-employed (28.3%). The mean preoperative hospitalization duration was 1.01 ± 1.09 days and the mean postoperative hospitalization duration was 3.95 ± 2.72 days. The total score means of the “Patient Learning Needs Scale” were generally high, the sub-scales which had the highest significance rate were the “Treatment and Complications” (4.30) and “Drugs” (4.22). The “Emotions Related to the Situation” (3.49) sub-scale had the lowest significance. The learning needs relation to “Drugs” and “Emotions Related to the Situation” were higher in the 18-29 age group compared to the 30-50 and over 51 age groups. Hemorrhoidectomy patients had higher learning needs for the “Skin Care” than those who had right hemicolectomy. Learning needs were lower in patients who underwent anal fistula surgery compared to those with left hemicolectomy. The results show that age and type of surgery affected the learning needs of the patients, the patients who in the younger age group, left hemicolectomy and hemorrhoidectomy patients had higher learning needs.

Key Words: Colorectal Cancer, Colorectal Surgery, Learning Need, Discharge, Patient Education

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her yıl 1 milyondan fazla kişiye kolorektal kanser tanısı konulmakta ve bunların %50'sinden fazlasında hastalık metastaz ile seyretmektedir (Aslan ve Arlı 2017). Kolorektal kanserler, tüm dünyada karşılaşılan en sık 3. kanser olup, ölüme neden olan kanser tipleri arasında ise 2. sırada yer almaktadır. Kolorektal kanserlerin 2018 yılında yaklaşık 9,6 milyon kişinin ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2018). Ülkemizde, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2017 yılı "Türkiye Kanser İstatistikleri" başlıklı yayımında hem erkeklerde hem de kadınlarda kolorektal kanserlerin 2014 verilerine göre üçüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

Kolorektal kanserlerin öncelikli tedavi yöntemi cerrahi olup, divertiküler hastalık, iltihabi bağırsak hastalığı (ülseratif kolit, crohn hastalığı), volvulus, rektal prolapsus, şiddetli kronik kabızlık, kolon polipleri, stoma açılması ve anorektal hastalıklar da kolorektal cerrahi ile tedavi edilmektedir (Gürler ve Yılmaz 2011; Buğra 2010).

Kolorektal cerrahi sonrası dönemde anastomoz kaçağı, bağırsak tıkanması, bağırsak boşaltımında değişiklik, karın içi abse, üriner boşaltımda değişiklik, cinsel disfonksiyon, stoma disfonksiyonu gibi hastaların yaşam kalitesini etkileyen çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir (Çavdar 2015). Bu durum hastaların taburculuk sonrası belirli konularda öğrenim gereksinimlerinin olabileceğini, bu gereksinimlerin belirlenerek gerekli konularda bilgilendirme yapılmasının önemli olduğunu ve böylece bakım faaliyetlerinin sürdürülebilir olacağını göstermektedir.

Hastaların hastaneden taburcu olma süreci, çoğunlukla beklenen bir durum olmasına rağmen bazen hastalar için stresli olabilmektedir (Türgay 2014). Bu kapsamda hastalar, korku ve endişelerini sağlık ekip üyeleri ile paylaşmaları ve hastalık ve tedavi süreçleri hakkında sağlık ekip üyelerine soru sorarak bilgi almaları konusunda teşvik edilmelidir (Akın 2012).

Taburculuk planı; bir hastanın tedavi ve bakım sürecinin yürütüldüğü sağlık kurumunun içinde ya da dışında, bir bakım aşamasından diğer bir bakım aşamasına geçişini kapsamaktadır. Bu süreç, geleneksel anlamda hastaneden eve taburcu olmayı ifade etmektedir (Türgay 2014).

Taburculuk eğitimi, hastaların hastaneye yatışı ile birlikte başlayan ve taburcu olduktan sonra bakımlarını en iyi şekilde devam ettirebilmeleri için planlanan bir süreçtir (Yalçın ve ark. 2015).

Taburculuk eğitimi, uygulanan cerrahi girişime özgü olacak şekilde planlanmalı ve bu kapsamda hastalara gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır (Fındık 2017).

Bu bilgilendirme konuları arasında; yara pansumanının değişimi, yara bakımı, kişisel hijyen ve banyo ile ilgili öneriler, ilaçların dozları, ne amaçla kullanılacağı, etkileri, yan etkileri, diyet değişiklikleri ve sınırlamaları, izin verilen veya yapılması sakıncalı olan aktiviteler, acil girişim gerektiren komplikasyonlar (kanama, ateş vs.), herhangi bir sorun oluştuğunda başvurulabilecek kurum ve kişilerin bilgisi gibi konular yer almaktadır (Akyolcu 2017; Korkmaz 2014). Ayrıca hastaların kendi bakımlarını gerçekleştiremeyeceği bir durum olduğunda yardımcı olabilecek yakınlarının varlığı da sorgulanmalı, yardımcı olabilecek bir yakını olmayan hastalara bu konuda rehberlik edilmeli ve yazılı bilgi kaynakları sunulmalıdır (Fındık 2017).

Taburculuk planı hastalar için geniş kapsamlı olmalı, devam edecek olan bakım sürecine ilişkin uygulamalar konusunda hastalar bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir (Akyolcu 2017). Sonuç olarak kolorektal cerrahi geçiren hastaların öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenerek, taburculuk için yapılacak hasta eğitiminde öncelikli olarak bu konuların yer alması; olası komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve taburculuk sonrası tedavi ve bakım sürecinin devamlılığının sağlanması için önemlidir. Literatür incelemesi yapıldığında, ülkemizde kolorektal cerrahi geçirmiş olan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlemlenmiştir (Yılmaz Şahin ve ark. 2015).

Bu doğrultuda yapılacak çalışmada kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolonun Anatomisi

Kalın bağırsak olarak da bilinen kolon, yaklaşık olarak 1,50 m uzunluğunda olup ileoçekal valvden anüse kadar uzanmaktadır (Dentlinger ve Ramdın 2015; Daniels ve Nicoll 2012). Kolon; çekum, apendiks, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon, rektum ve anüs olarak bölümlere ayrılmaktadır (Dentlinger ve Ramdın 2015). Bu bölümlere ek olarak çıkan ve transvers kolon arasında sağ (hepatik), transvers kolon ile inen kolon arasında da sol (splenik) fleksura adı verilen iki dirseklenme bulunmaktadır. Kolonun periton içinde ve retroperitoneal alanda dalak, karaciğer, mide, duodenum, ince bağırsaklar, böbrekler, ureterler, mesane gibi birçok organla komşuluğu bulunmaktadır (Sökmen ve Terzi 2011).

Kolonun başlangıç kısmı olan çekumun uzunluğu ortalama olarak 6 cm, genişliği ise 7,5-8,5 cm'dir. Lümeninin geniş olması ve ince bir duvara sahip olması gibi nedenlerle, intestinal obstrüksiyonlarda kolonun en sık perforasyon olan kısmı çekum olmaktadır (Buğra 2004). Bakterileri biriktiren ve inflamasyon oluşumuna sebep olabilen apendiks, ortalama olarak 6,5 cm boyunda, çekumla bağlantılı, kör sonlanan bir kesedir (Merrett ve ark. 1992; Dentlinger ve Ramdın 2015).

Çıkan kolon, çekumdan karaciğer sağ alt lobunun alt yüzüne kadar uzanmakta olup burada hepatik fleksurayı oluşturur. Ön ve yan yüzleri peritonla örtülü olan çıkan kolonun uzunluğu yaklaşık olarak 15-20 cm'dir (Buğra 2004).

Transvers kolon sağ ve sol kolon köşeleri arasında yer almaktadır. Diğer kolon kesimlerine göre daha uzun olan transvers kolonun uzunluğu ortalama olarak 40-50 cm'dir (Alev 2013). Splenik fleksuradan sol iliak fossaya kadar uzanan inen kolon, ortalama 25 cm uzunlukta olup, kolonun en kalın kas tabakasına sahip olan bölümüdür. İnen kolonun ön ve yan yüzü peritonla örtülüdür. Sigmoid kolon, pelvisin üst sınırı ile sakral promontoriuma kadar olan bölgede yerleşmiş olup uzunluğu 40 cm, çapı ise 2,5 cm'dir (Buğra 2004; Alev 2013).

Rektum ve anüs feçesin depolanması ve feçes kontrolünün sağlanmasından sorumludur (Daniels ve Nicoll 2012). Mukoza ile kaplı feçes birikim yeri olan rektumun uzunluğu 12 cm'dir. İnternal ve eksternal sfinkterli sindirim sisteminin son bölümü olan

anüs, spinal kord refleksi ya da diğer bir ismiyle defekasyon refleksiyle defekasyon kontrolünü sağlamaktadır (Dentlinger ve Ramdın 2015).

2.2. Kolonun Fizyolojisi

Emilim, salgılama ve depolama görevi olan kolonlar, sodyum ve klorun emilimi, potasyum, bikarbonat ve mukusun salgılanması ve sindirim artıkları sonucunda oluşan fekal materyalin ve bazı gazların depolanması işlevini yerine getirmektedir Tüm bunlar, K vitamininin bakteriyel üretimini sağlayan ortamın oluşturulması ve proteinlerin, karbohidratların sindirimi için gerekli olan olaylardır (Sökmen ve Terzi 2011; Guyton 1998).

Her gün %90'ı su olan yaklaşık 600-1000 ml ileum içeriği kolona geçmektedir. Normal dışkının %30'u katı maddeden, %70'i ise sudan meydana gelmekte olup, dışkı ile atılan su miktarı 180 ml'dir. Su emiliminin neredeyse tamamı çekum ve çıkan kolonda olmaktadır. Kolonda sodyum ve klorür gibi elektrolitlerin yanı sıra sakkaroz ve laktoz gibi şekerlerin de emilimi gerçekleşmektedir (Widmaier ve ark. 2014; Bozfakıoğlu ve Müslümanoğlu 1997; Menteş ve Irkörücü 2003).

Kolonda itici ve itici olmayan tip şeklinde iki farklı tipte hareket olmaktadır. Haustraların (enlemesine kas liflerinin oluşturduğu fonksiyonel ceplenmeler) itici olmayan hareketlerle sırayla kasılmasıyla kolon içeriğinin karışması, sıvı elektrolit emilimi ve değişimi için mukoza teması sağlanmış olmaktadır. İçerik distale doğru itici tip hareketlerle taşınmaktadır. Bu taşınma birden çok haustranın bir arada kasılması, kütleli itme ve peristaltik hareketler ile gerçekleşmektedir. Ağızdan alınan gıda normalde yaklaşık olarak 4,5 saatte çekuma gelmekte, 6 saat içinde çıkan kolonu doldurarak sağ fleksuraya ulaşmaktadır. Sol fleksuraya ise 12 saatte gelen gıdanın rektosigmoide ulaşması yaklaşık olarak 20 saat sürmektedir (Sökmen ve Terzi 2011).

2.3. Kolorektal Cerrahi

Son yıllarda gün geçtikçe artan görülme sıklığı ile kolorektal kanserler, tedavisinde kolorektal cerrahi girişimlerin uygulandığı önemli bir hastalık grubudur. Ayrıca inflamatuvar kolon hastalıkları, tıbbi tedavisinde başarının sağlanamadığı kolorektal hastalıklar, divertiküller, perforasyon, obstrüksiyon vb. durumlar cerrahi tedavi gerektiren durumlar arasında yer almaktadır (Vural 2015; Bokey ve ark. 1995). Günümüzde kolorektal cerrahi; hastanede uzun süreli kalış (açık cerrahi girişim için 8

gün, laparoskopik yani kapalı olarak yapılan cerrahi girişim için 5 gün), yüksek maliyet ve %20'ye ulaşan cerrahi alan enfeksiyonu gibi durumları da beraberinde getirmektedir (Kang ve ark. 2012; Thiele ve ark. 2015). Kolorektal cerrahide en sık karşılaşılan komplikasyon, fekal kontaminasyondur. Herhangi bir anastomoz kaçağı olmasa bile fekal kontaminasyon, ameliyat sonrası dönemde generalize ya da lokal peritonite sebep olabilmektedir. Fekal fistül, apse, kesi yeri enfeksiyonu ve ileus gibi durumlar kolorektal cerrahide ameliyat sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan diğer komplikasyonlardır (Lacy ve ark. 2002). Yapılan ameliyata göre hastalara ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde verilen uygun bir hemşirelik bakımı ile; cerrahi girişimin oluşturabileceği komplikasyonlar azaltılmakta, hastanede kalış süresi kısaltılmakta ve iyileşme süreci hızlandırılarak hastaların yaşam kalitesi yükseltilmektedir (Vural 2015).

2.3.1. Kolorektal Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıklar ve Cerrahi Tedavileri

Kolonun hastalıklı olan bölümünü çıkarmak için cerrahi girişimin gerekli olduğu en sık nedenler arasında kolit, divertikülit, obstrüksiyon ve malignite yer almaktadır (Phillips 2013).

Ülseratif Kolit

Ülseratif kolit, kolon mukozasına sınırlı olan, genellikle rektumu tutan ve %30-50 oranında proksimal kolona da yayılım gösterebilen, tekrarlayan inflamasyon ataklarıyla karakterize, kronik idiopatik bir hastalıktır (Osterman ve Lichtenstein 2016; Feagan ve Rishmond 2003). Genellikle tıbbi tedaviye yanıt alınmadığında veya toksik megakolon, toksik kolit, perforasyon, kanama, malignite oluşumu gibi komplikasyonlar oluştuğunda cerrahi tedavi yöntemi tercih edilmektedir (Sivalingam 2010). Cerrahi tedavisinde, acil cerrahi girişim gerektiren durumlar (perforasyon ve şiddetli rektal kanama vs.) var ise genel olarak rektumu bırakacak şekilde kolektomiyle birlikte ileostomi yapılması önerilmektedir. Elektif cerrahi uygulanacak ise genellikle tercih edilen tedavi yöntemi, total proktokolektomi ile birlikte ileal-j poş anastomoz yapılmasıdır (Solberg ve ark. 2009).

Divertiküler Hastalık

Divertikül, “bağırsağın kas tabakasındaki bir defekt nedeniyle oluşan kese şeklindeki çıkıntı” olarak tanımlanmaktadır (Çınar Pakyüz ve Demir Korkmaz 2017). Bakteriyal kolonizasyon gibi nedenlerle divertikülle birlikte enfeksiyon gelişimi

meydana gelirse bu durum da “Divertikülit” olarak tanımlanmaktadır. “Divertiküler hastalık” ifadesi genel olarak kolon divertikülleri için kullanılmaktadır. Kolon divertikülleri, kolonun bütün kısımlarında olabilseler de sıklıkla sigmoid kolon ve sol kolonda yer almaktadır (Erzurumlu 2008). Cerrahi tedavisinde, enflamasyonlu bağırsak kısmı kesilip çıkarılarak kalan bağırsak kısımlarının uç uca anastomozu sağlanmakta ya da anastomoz yapılmadan kalın bağırsağın uç kısımları karın duvarına ağızlaştırılmaktadır (Çınar Pakyüz ve Demir Korkmaz 2017).

İntestinal Obstrüksiyonlar

İntestinal obstrüksiyonlar; gastrointestinal içeriğin distale yani pilordan anüse kadar geçişinin mekanik veya başka nedenlerle engellenmesi, bu geçişin yavaşlaması veya tamamen durması şeklinde belirtilmektedir (Ekinci ve ark. 2000; Tunçbilek 2016). Cerrahi tedavisinde; enterotomi, intestinal bypass, rezeksiyon-anastomoz, adhezyonların açılması, ostomi açılması gibi yöntemler kullanılmaktadır (Tunçbilek 2016).

Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanserler önemli bir sağlık sorunu olup, genel olarak önlenabilir ve erken dönemde tanı konulduğunda tedavisi mümkün olabilen bir hastalıktır (Çavdar 2015). Yaş (50↑), genetik faktörler, kolorektal adenom, karsinom ya da inflamatuvar bağırsak hastalıklarının varlığı, ailede kolorektal kanser öyküsü, obezite, hareketsizlik, meyve ve sebzededen fakir, kırmızı et ve yağdan zengin bir diyet, sigaranın uzun süreli kullanımı ve aşırı alkol tüketimi kolorektal kanserlerin risk faktörleri arasında yer almaktadır (Çavdar 2015 ve Akın 2012). Kolorektal kanserlerin tedavisinde, kemoterapi ve radyoterapinin yanı sıra cerrahi tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Yapılan cerrahi girişimin türü, tümörün bulunduğu yer ve yayılım durumuna göre bazen geçici veya kalıcı kolostomi açılması gerekebilmektedir Cerrahi tedavide kolonun bir kısmı veya tamamı çıkarılabilmekte olup, genellikle ilgili bağırsak bölümü çıkarıldıktan sonra kalan uçları arasında anastomoz yapılmaktadır. Yapılacak olan cerrahi girişim, sorunun bulunduğu kolon bölümüne göre değişiklik göstermektedir (Akın 2012).

Kolon ve rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde kullanılan yöntemler; sağ hemikolektomi, sağ radikal hemikolektomi, sol hemikolektomi, transvers kolektomi, subtotal kolektomi, low anterior rezeksiyon, sfinkter koruyucu cerrahi (İntersfinkterik veya koloanal anastomoz, lokal eksizyon) ve sfinkterin korunamadığı cerrahi

(Abdominoperineal rezeksiyon ya da Miles ameliyatı) yöntemler sayılabilir (Çavdar 2015).

Hemoroid

Anüs derisinin ya da rektal mukozanın altındaki venlerin genişlemesi sonucu ortaya çıkan hemoroidler, iç ya da dış hemoroid şeklinde oluşabilmektedir (Kaptan 2012). Hemoroidal hastalıkta anorektal rahatsızlık, ağrı ve kanama varsa cerrahi girişime gereksinim duyulabilir (Senagore 2015). Cerrahi tedavisinde; skleroterapi, lazer, bant ligasyonu, hemoroidektomi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Hemoroidektomi, açık veya kapalı teknik kullanılarak hemoroidal venlerin eksize edilmesidir. Açık teknik kullanıldığında yara, granülasyon dokusu ile iyileşmeye bırakılırken, kapalı teknikte ise yara bölgesi dikilerek iyileşmesi sağlanmaktadır (Tunçbilek 2016).

Perianal Fistül

Perianal fistül, “anal kanal ve perine derisi arasında meydana gelen anormal bağlantı” şeklinde tanımlanmaktadır (Morris ve ark. 2000). Perianal fistüller anal hastalıklar içerisinde yaygın olarak görülmekte olup, kesin tedavisinde cerrahi girişimler uygulanmaktadır. Fistülotomi, fistülektomi gibi yöntemler perianal fistüllerin cerrahi tedavisinde kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (Zeren ve ark. 2011).

2.4. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem; cerrahi girişim uygulanmasına karar verildiği andan itibaren başlamakta ve hasta ameliyathaneye alınana kadar devam etmektedir (Yavuz 2017). Ameliyat öncesi hazırlık süreci ve bakımı, hastaların bu dönemde bireysel gereksinimleri doğrultusunda belirlenen fizyolojik ve psikolojik hazırlıklardan oluşmaktadır (Yavuz Van Giersbergen 2015).

Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı;

- Hastanın fizyolojik ve psikolojik bakımdan olabildiğince en iyi durumda ameliyata girmesini sağlamak,
- Cerrahi tedavi için olumsuz bir durum oluşturabilecek risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesini sağlamak,

- Komplikasyon gelişimini önlemek ve böylece hastanın en kısa zamanda topluma üretken bir şekilde dönmesine destek olmak şeklinde ifade edilmektedir (Çakırcalı 2000; Sabuncu ve Ay 2009).

Ameliyat öncesi dönemde; kolorektal cerrahi uygulanacak olan hastaların yapılacak cerrahi girişime tamamıyla hazır olması sağlanmalı ve gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Hasta ve ailesi yapılacak olan ameliyat, bu ameliyattan beklenen sonuçlar, ortalama olarak hastanede kalınacak süre ve taburculuk öncesi ulaşılmaması istenen kriterler konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir (Vural 2015). Ayrıca ameliyat sırasında veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar, varsa başka tedavi seçenekleri ile ilgili de hasta ve ailesine ayrıntılı bir açıklama yapılmalıdır (Alev 2013). Aasa ve arkadaşları tarafından (2013) yapılmış olan “Kolorektal Cerrahi Bakımında Hasta Katılımı İçin Preoperatif Bilginin Önemi” isimli bir çalışmada, Hızlandırılmış Bakım Protokolleri (HBP)’nde bulunan “Ameliyat öncesi bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık” maddesinin kişiye özgü olacak şekilde yapılandırılması ve bakım sürecinin tamamı boyunca hastaların izlenmesi gerektiği ifade edilmiştir (Aasa ve ark. 2013).

Hastalara ameliyat öncesi dönemde beklentilerinin neler olduğu sorulmalıdır. Ayrıca anormal olan durumlar varsa bu dönemde saptanmalı ve incelenmelidir. Hastada ameliyat öncesi dönemde ikincil bir hastalık mevcut ise bu durum ameliyat öncesinde kontrol altına alınmalıdır (Burch 2009).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın öyküsü alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı ve yaşam bulguları alınarak kaydedilmelidir (Yavuz 2017). Kolorektal cerrahi girişim öncesinde hastaların öyküleri alınırken beslenme durumlarına ve kilo kaybına özellikle dikkat edilmelidir (Smedley ve ark. 2004). Bu dönemde kan tetkikleri ile hastaların kan sayımı (eritrosit, lökosit, trombosit), hemoglobin, hematokrit, sedimentasyon değerleri, kan grubu, kan elektrolit düzeyleri ve kan şekeri düzeyi belirlenmelidir (Rasmussen ve ark. 1995; Cheatham ve ark. 1995). Ayrıca idrar yolu enfeksiyonu varlığına yönelik idrar tetkiki yapılmalıdır. Anal fissür, hemoroid gibi ameliyatlar için kapsamlı bir ameliyat öncesi hazırlık sürecine gereksinim duyulmamakla birlikte büyük cerrahi girişimler için tüm hazırlıklara ek olarak elektrokardiyografi (EKG), böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, akciğer radyografisi gibi tetkiklerin yapılması ve ayrıca kan pıhtılaşma faktörlerinin düzeyine bakılması gerekebilmektedir (Alev 2013).

Sigara kullanımı pulmoner fonksiyonu olumsuz etkilemekte ve yara yeri komplikasyonlarına neden olabilmektedir (Sorensen ve ark. 2003). Alkol kullanımı ise kardiyopulmoner fonksiyonu olumsuz etkilemekte ve kanama ve yara yeri iyileşmesi açısından risk oluşturmaktadır. Bu nedenle cerrahi girişimden 4-6 hafta önce sigara ve alkol kullanımı bırakılmalıdır (Gustafsson ve ark. 2013; Tonnesen ve Kehlet 1999).

Kolon cerrahisi öncesi bağırsak temizliğine ilişkin ERAS Protokolleri (2018) kapsamında; yayınlanan bir metaanaliz sonucuna göre kolon cerrahisi öncesinde bağırsak temizliğinin uygulanmasının özellikle yaşlı hastalarda sıvı elektrolit dengesizliğine neden olabileceği, anastomoz kaçaklarını önlemeye yönelik bir etkisinin olmadığı hatta bu riski arttırdığı ortaya konmuştur. Cochrane'de 2011 yılında yayınlanan bir sistematik derlemenin sonucuna göre mekanik bağırsak temizliği (MBT) yapılan ve yapılmayan gruplar arasında yara enfeksiyonu, anastomoz kaçağı ve mortalite hızı açısından bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi MBT yapılmadan laparoskopik kolektominin de güvenle yapılabileceği belirtilmiştir. Ameliyat sırasında kolonoskopinin yapılmasının gerekli olduğu küçük lezyonlu hastalarda MBT'ye gereksinim olmakta iken, ERAS Protokolü'ne göre pelvik ve rektum cerrahisinde MBT'nin rutin olarak yapılması önerilmemektedir (Dağistanlı ve ark. 2018).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların uygun bir biçimde aç kalmalarının sağlanması önemlidir (Demirdağ ve Karagöz 2015; Ng ve Neill 2006). Kolorektal cerrahisine ilişkin yayınlanan klavuzlarda genel anesteziden 2 saat öncesine kadar berrak sıvı, 6 saat öncesine kadar da katı gıda alımına devam edilebileceği belirtilmektedir (Carmichael ve ark. 2017; Gustafsson ve ark. 2013). Ayrıca açlık süresinin kısaltılmasının yanı sıra ameliyat öncesi dönemde karbonhidrat içeren sıvıların verilmesinin; ameliyat ve açlık nedeniyle ortaya çıkan insülin direncini azalttığı, azot kaybını önlediği, kas kütlelerini koruduğu, hastanın hastanede kalış süresini ve mortaliteyi azalttığı vurgulanmaktadır (Jiang ve ark. 2009; Saqr ve Chambers 2006).

2013 yılındaki bir kolorektal cerrahi klavuzunda; antibiyotik profilaksisine ilişkin olarak cerrahi girişimden 30-60 dakika önce antibiyotik verilmesi ve cilt hazırlığının da klorheksidin alkol kullanılarak yapılması önerilmektedir (Gustafsson ve ark. 2013).

2.5. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sırası dönem; hastanın ameliyathaneye alınması ile başlamakta olup, Anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ) /ayılma ünitesi veya yoğun bakım ünitesine

nakledilmesiyle sonlanmaktadır. Ameliyat sırası dönemde; fizyolojik izlem, hastanın ve ortamın güvenliğini sağlama ve psikolojik destek temelinde hemşirelik bakımı gerçekleştirilmektedir (Kanan 2017).

Ameliyat sırası bakımda ulaşılmak istenen hedefler şunlardır;

- Hastanın anksiyete düzeyinin düşük olması,
- Güvenlik konusunda beklenmeyen bir tehdit veya tehlikenin olmaması,
- Çevresel güvenliğin sürdürülmesi,
- Cerrahi pozisyona ilişkin bir yaralanmanın meydana gelmemesi,
- Komplikasyonların gelişmemesi,
- Ameliyathane deneyimi süresince hastanın saygınlığının korunması

(Kanan 2017).

Bu dönem kapsamında hemşire;

Hastaya ameliyat için gerekli olan pozisyonun verilmesini, uygun bir şekilde cilt hazırlığının yapılmasını, steril alanın sağlanması ve sürdürülmesini, ameliyat boyunca steril malzemelerin açılmasını, sıvı ve ilaçların steril alan içerisine verilmesini, dren, tüp ve kataterlerin takibini, cerrahi aletlerin, spanç vb. malzemelerin sayımlarının yapılmasını, verilen hemşirelik bakımının ve hasta yanıtlarının kayıt edilmesini sağlamaktadır (Bulut 2014).

2017 yılındaki bir kolorektal cerrahi klavuzunda;

Ameliyat sırası dönemde;

- Yüksek riskli hastalarda ve önemli düzeyde intravasküler kaybın yaşanabileceği bir kolorektal cerrahi girişim geçiren hastalarda amaca yönelik uygun sıvı replasmanının sağlanması,
- Ameliyat sonrası dönemde görülebilecek bulantı-kusmayı azaltmak için risk altındaki bütün hastalara antiemetik profilaksisi uygulanması
- Kolorektal cerrahide ameliyat sırasında nazogastrik tüplerin ve karın içi drenajların rutin kullanımından kaçınılması, nazogastrik tüplerin kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası ileus gelişen hastalarda tercih edilmesi,

- Torasik epidural analjezinin açık kolorektal cerrahi girişimlerde kullanılması ancak laparoskopik kolorektal cerrahi gibi girişimlerde rutin olarak kullanılmaması önerilmektedir (Carmichael ve ark. 2017).

Ayrıca kolorektal kanser cerrahisi sonrası enfeksiyon riskinin azaltılması ve bağırsak hareketlerinin daha kısa sürede başlaması için ameliyat sırasında ısıtıcı ve 36° üzerinde IV sıvılar kullanılarak hipoterminin önlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Gustafsson ve ark. 2013; Alfonsi ve ark. 2014).

2.6. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası dönem; ameliyatın bitmesi ile başlamakta olup, tıbbi bakım sürecinin sona ermesine veya hastanın normal fonksiyonlarına dönmesine kadar devam eden süreci kapsamaktadır (Akyolcu 2017).

Ameliyat sonrası döneme ilişkin hemşirelik bakımı kapsamında; solunum sistemi fonksiyonunun devamlılığının sağlanması, nörovasküler durumun değerlendirilmesi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, boşaltım işlevinin uygun biçimde sürdürülmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, yara iyileşmesinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, ağrı yönetimi, enfeksiyon kontrolü, hareket ve egzersizlerin erken dönemde başlatılması ve psikolojik destek ile hastanın yeni yaşamına uyumlandırılması aşamaları yer almaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009; Özkum İzveren ve Dal 2011; Akyolcu 2012).

Kolorektal cerrahide ameliyat sonrası döneme ilişkin bazı uygulamalar ile ilgili önerilere bakıldığında;

- Mobilizasyon, bağırsak hareketlerinin erken başlamasına destek olmakta ve emboli riskini azaltmaktadır. Ayrıca mobilizasyon erken dönemde ve giderek arttırılarak yapıldığında, hastaların hastanede kalış süresi azalmaktadır. Bu nedenle hastaların ameliyat oldukları gün 2 saat, diğer günlerde de ortalama 6 saat yatak dışında kalmaları önerilmektedir (Khan ve ark. 2009; Carmichael ve ark. 2017).
- Sıvı yüklenmesine neden olabileceği için ameliyat sonrası erken dönemde intravenöz sıvı uygulamasına devam edilmemeli, ancak klinik olarak gerekli görüldüğünde intravenöz sıvılar uygulanmalıdır. Ayrıca hastalar tolere edebilecekleri düzeyde berrak sıvı alımına teşvik edilmelidir (Carmichael ve ark. 2017).

- Üriner kataterler, vezikül bir fistül içermemesi halinde elektif kolonik veya üst rektal rezeksiyondan sonra 24 saat içinde çıkarılmalıdır. Midrektal/alt rektal rezeksiyonlarda ise üriner kataterler 48 saat sonra çıkarılmalıdır (Carmichael ve ark. 2017).
- İleus gelişimini önlemek için elektif kolorektal cerrahi girişimden hemen sonra hastalara düzenli bir diyet önerilmelidir (Carmichael ve ark. 2017). Ayrıca Topçu ve Öztekin'in 2016 yılındaki "Kolorektal Cerrahi Sonrası İyileşme ve Postoperatif İleusun Azaltılmasında Sakız Çiğnemenin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli çalışmasında sakız çiğnemenin hastalarda kolorektal cerrahi sonrası ileus gelişimini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Yıldızeli Topçu ve Öztekin 2016).

2.7. Hasta Eğitimi

Hemşirelerin başkalarının öğrenmesine yardım etme rolünün eski yıllara dayanan bir geçmişi bulunmaktadır. Nightingale'in felsefesi içinde önemli olan konulardan biri de hastalıkların eğitim yoluyla önlenmesidir. Sağlık ve hasta eğitimi konusunda ilk olarak yapıldığı kabul edilen çalışmalar, Nightingale ve onun ışığında ilerleyen hemşirelerin yaptığı sanitasyon, temizlik ve hasta bakımına yönelik eğitimler olmuştur (Babacan ve Alıcı 2008).

Hemşireliğin Florence Nightingale'den bu yana toplumun sağlığını hem geliştirme hem de sürdürme yükümlülüğünün olması ve günümüzde yaşanan bazı değişimler sağlık hizmetlerinde reformu beraberinde getirmiştir. Bu durum hemşirelerin temel rolleri arasında eğitici rolünün öne çıkmasına neden olmuş ve hemşirelerin yetkinliğe sahip bir eğitimci olmaları gerekliliği ortaya çıkmıştır (Hacıoğlu 2013).

Hemşireliğe ilişkin sorumlulukların ve hastaların gereksinimlerinin artması sonucu oluşan karmaşıklık, hasta eğitiminden en iyi düzeyde yararlanabilmek için uygun ve pratik çözümlerin üretilmesini gerektirmektedir. Bu kapsamda hemşirelerin hasta eğitiminde çok önemli bir rolü bulunmaktadır (Inott ve Kennedy 2011). Hasta eğitimi sürecinde önemli role sahip olan hemşirelerin, sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda bireyi bütün boyutları ve çevresi ile ele almaları nedeniyle bu kapsamda tek profesyonel grup oldukları söylenilebilir (Mauk 2014; Brewer ve ark. 2002). Ayrıca hasta eğitimi, hemşirelerin yasal sorumlulukları arasında da yer almaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011). Hemşirelerin yasal sorumlulukları arasında yer alan eğitim işlevi kapsamında, gerekli bilgileri hazırlamak ve

sunmak, eğitim programı oluşturmak ve değerlendirmek gibi birçok etkinlik yer almaktadır (Salvage 1995; Birol 2004). Genel olarak hastalarla en fazla etkileşimde olan ve en uzun zaman geçiren sağlık ekibi üyesi hemşireler olduğu için, hemşirelerin bakım verdikleri süreç boyunca hastaların bilgi almaya hazır oluşunu ve onların gereksinimlerini de değerlendirmeleri gerekmektedir (Mosleh ve ark. 2016).

Hasta eğitimi, yakın geçmişte daha çok hastalığın patofizyolojisi ve tedavisi üzerine odaklanmakta iken günümüzde ise hasta ve ailesinin hastalıklardan korunmaları, hastalık bakım sürecinde ve sağlığı geliştirme konusunda daha fazla sorumluluk alarak bakıma katılmaları üzerinde yoğunlaşmaktadır (Yıldırım 2010).

Hasta eğitimi kavramı ilk olarak 1950’li yıllardan başlanarak kullanıma girmiştir. Hasta eğitimi; “sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci” şeklinde tanımlanabilmektedir. Hasta eğitiminin diğer bir tanımı da Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (Society of Teachers of Family Medicine) (STFM) tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamayla hasta eğitimi; “sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek” şeklinde ifade edilmektedir (Orgun 2014).

Genel olarak bakıldığında hasta eğitiminde; sağlığı korumak ve geliştirmek için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumlarda değişiklik oluşturmak amacıyla hasta davranışlarının etkilenmesi söz konusu olmaktadır (Taylor ve ark. 2011).

Hasta eğitiminde; sağlıklı/hasta bireye sağlıklı yaşama dair bilgi, beceri, davranış, tutum ve alışkanlıkların kazandırılması, sağlıklı/hasta bireyin olası komplikasyonlardan ve diğer sağlık sorunlarından korunması ve böylece sağlığına kısa sürede ulaşması amaçlanmaktadır (Yıldırım 2010; Yalçın ve ark. 2015). Başka bir ifade ile hasta eğitimi, hastaların taburculuk sonrası bakımları konusunda maksimum düzeyde sorumluluk almalarını amaçlamaktadır (Phillips 1999).

Hasta eğitiminde bu amaçlara ulaşabilmek için hasta bakımının, hasta eğitimi süreci ile birleştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Hasta eğitimi, hasta ve ailesinin eğitim sürecine aktif biçimde katılımını ve hastalıkla optimum düzeyde yaşamayı öğrenmelerini sağlamaktadır. Bir problem çözme süreci de olan hasta eğitimi süreci ayrıca hemşirelik süreciyle bütünleşmektedir (Kaya 2009; Avşar ve Kaşıkçı 2011). Hasta eğitimi, hemşirelik bakımının önemli bir parçası olmakla birlikte bu eğitim sürecinin gerçekleştirilmesinde hemşirelik sürecinden faydalanılmaktadır (Yıldırım 2010).

Her hasta genel durumu, hastalığının ne olduğu, tedavi olasılığı gibi pek çok konu hakkında bilgilendirilmeye gereksinim duymakta ve bilgilendirilmek istemektedir. Hastaya yapılan her şey öncelikle hastanın kendisini ilgilendirdiğinden dolayı hastaların bilgilendirilmek istemesi doğal ve aynı zamanda bir hasta hakkıdır (Özcan 2006). Hastaların yasal olarak sağlık durumları ile ilgili bilgilendirilme hakkı, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (1998) 15. Maddesi'nde de açık bir şekilde belirtilmektedir. Bu maddede hastaya; "Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği" gibi hususlar hakkında bilgi verilmesinin gerekliliği açıklanmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

Geçmiş zamanlarda sağlık hizmetlerinde geleneksel yaklaşım ön planda iken, günümüzde ise sağlıklı/hasta birey merkezli yaklaşıma doğru bir geçiş olmaktadır. Hastaların hastanede kalma süresinin kısılması, tedavi yöntemlerinin karmaşık hale gelmesi gibi gelişmelerin yanı sıra bilgi kaynaklarının da çoğalmış olması hastaların eğitim gereksinimini arttırmıştır (Scruggs ve Schorfheide 1997; Auger ve Verbiest 2007).

Hasta eğitiminin, bireyin hastalığının sonuçlarına uyum göstermesi, yeni durumuyla ortaya çıkan sorunları çözmeyi öğrenmesi ve önerilen tedaviyi sürdürebilmesi konusunda önemli yararları bulunmaktadır (Yıldırım 2010). Başka bir ifade ile hasta eğitimi, hastanın bağımsızlığını ve kontrolünü arttırmakta ve gereken baş etme becerilerini kazanması konusunda hastayı hazırlamaktadır (Gorman ve Sultan 2014). Ayrıca uygun bir şekilde planlanarak verilen hasta eğitimi, hasta ve yakınlarının bakımı devam ettirmelerini sağlamak, olumlu sağlık davranışı kazanmalarına olanak tanımak ve yeniden hastaneye yatışı önlemek gibi konularda da önemli olmaktadır (Huber ve Blanco 2010; Yıldırım ve ark. 2017). Etkin bir şekilde uygulanan hasta eğitimi ile hastaların hastanede kalış süresi kısaltılabilmekte ve böylece sağlık bakım maliyetinde azalma sağlanabilmektedir (Şenyuva ve Taşocak 2007).

Hasta eğitiminin uygulanma süreci, uygun öğretim yöntemleri ve hemşirenin bireysel yaklaşımı kullanılarak gerçekleştirilmektedir (Şenyuva ve Taşocak 2007). Hemşirelerin hasta eğitimini istenen şekilde gerçekleştirebilmeleri ve eğitimin amacına

ulaşabilmesi için; hasta eğitimindeki rollerini içselleştirmeleri, bilgili ve istekli olmalarının yanı sıra hemşireler tarafından düzenli, sürekli ve planlı bakımın sağlandığı hasta sayısının da düşük olması gerekmektedir. Ayrıca hastaların sağlık durumunu iyileştirmek için hasta eğitiminin kapsamlı bir şekilde ve bilimsel bir temele dayandırılarak yapılması gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır (Avşar ve Kaşıkçı 2011).

Bu kapsamda hasta eğitiminde uyulması gereken bazı ilkeler bulunmaktadır.

Bu ilkeler;

- Eğitim için en uygun olan zaman belirlenmelidir.
- Eğitim sık aralıklarla yapılmalı ancak süresi kısa olmalıdır.
- Eğitim için imkan varsa görsel ya da işitsel araçlar, bilgilendirme broşürleri kullanılmalı, eğitim yaparak ya da yaptırılarak öğretilmelidir.
- Yapılan açıklamalar hasta ve yakınlarının anlayabileceği bir dilde olmalıdır.
- Hastaya soru sorması, soruları yanıtlaması konusunda yeterli süre verilmelidir.
- Hastaya cerrahın yaptığı açıklamalarla aynı doğrultuda bilgi verilmeli, hastayı şüpheye düşürecek herhangi bir açıklama yapılmamalıdır.
- Gereksinim duyulandan daha fazla bilgi verilmesi hastalarda anksiyeteye neden olabilmektedir. Bu nedenle öncelikle hastalarla görüşülüp, hangi konularda bilgiye gereksinim duydukları belirlendikten sonra gerekli açıklamalar yapılmalıdır (Erdil ve Özhan Elbaş 1999; Sabuncu ve Ay 2009).
- Hasta ve ailesinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak tanınmalıdır.
- Farklı kültürel özelliklere sahip olan hasta ve ailesinin/yakınlarının bireysel özellikleri, kültürel farklılıkları, değer ve inançları, okuma ve okuduğunu anlama yeterlilikleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Çocuk ve yaşlı hastalar gibi özelleşmiş gruplarda uygun yaklaşımın seçilmesi önemlidir. Yatağa bağımlı olan, anlama ve konuşma güçlüğü çeken bir hastada yetişkin eğitiminin/androgjik yaklaşımın yanı sıra ağırlıklı olarak pedagojik yaklaşımın da kullanılması gerekmektedir (Şenyuva ve Taşocak 2007).

Bireyin ve ailenin bilgi eksikliği, onların sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bu nedenle holistik sağlık kavramı içinde hemşire; bireyin sağlığına yönelik bilgi ve becerilerini değerlendirmeli, gerekli bilgileri uygun bir şekilde ve düzeyde hazırlayarak vermeli ve eğitim programlarının sonuçlarını değerlendirmelidir. Yapılan bu eğitim hizmeti süreklilik göstermeli ve ayrıca ekip çalışması şeklinde yürütülmelidir (Salvage 1995; Birol 2000).

Hasta eğitiminde, her hastanın bir birey olarak ele alınması önemlidir. Her bir bireyin endişe, korku ve gereksinimleri doğrultusunda eğitimin planlanması yapılmalıdır (Akça Ay 2008).

Hasta eğitimi, neredeyse bütün hemşirelik girişimlerinde formal/planlanmış ya da informal /planlanmamış eğitim şeklinde yapılmaktadır. İnfomal eğitim, bilgilerin hastaya bir konuşma veya sohbet sırasında aktarılması şeklinde ifade edilebilmektedir. Formal eğitim ise informal eğitimin aksine planlı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Bireylerin bilişsel, duyuşsal ya da psikomotor gelişimini hedefleyen formal eğitim kapsamında, bilgilerin hatırlanması ve uygulanmasında hastanın başarısını ölçen bir değerlendirme yer almaktadır (Heidenthal ve ark. 2008).

Hasta eğitimi süreci şu aşamalardan oluşmaktadır:

- 1) Veri toplama
- 2) Tanılama
- 3) Planlama
- 4) Uygulama
- 5) Değerlendirme

Hasta eğitiminin ilk aşaması olan veri toplama bölümünde; öğrenme gereksinimleri, öğrenme yeteneği, öğrenme isteği ve öğrenme kaynakları gibi konular hakkında veri toplanılmakta ve bu verilerin değerlendirilmesi yapılmaktadır (Ertem 2007; Taşocak 2007). Bu süreçte hasta ve ailesinin öğrenim düzeyi, değer ve inanç sistemleri gibi öğretimi etkileyen faktörler konusunda da veri toplanması önemlidir. Veriler toplanırken; hastanın kendisi ya da yakınları, sağlık ekibi üyelerinin gözlemleri ve hasta kayıtları veri kaynağı olarak kullanılabilir (Ertem 2012).

Tanımlama aşamasında; hemşire, toplanılan veriler doğrultusunda sorunun ne olduğunu tanılamakta ve ayrıca hastaya özgü öğrenme gereksinimlerinin neler olduğunu belirlemektedir. Bu aşamadan sonra bir hasta eğitim planı oluşturulmaktadır. Bu planda; uygulama sürecinde nelerin, nasıl ve hangi sıra ile, ne zaman yapılacağı, nasıl değerlendirileceği vb. bilgiler yer almaktadır. Oluşturulan bu hasta eğitim planının uygulama aşamasında; hasta ve ailesinin öğrenmesini sağlamak ya da öğrenmeyi desteklemek amacıyla planlanmış olan tüm öğretim etkinlikleri uygulanmaktadır (Ertem 2007; Taşocak 2007). Son aşama olan değerlendirme bölümü ise hasta eğitim sürecinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Öğretme, öğrenme hedeflerinin gerçekleştirildiği ve öğrenmenin son ürün olduğu bir süreçtir. Bu doğrultuda geçerli bir değerlendirme yapabilmek için hem öğretme hem de öğrenme sürecinin bir arada dikkate alınması gerekmektedir. Bu kapsamda yapılacak değerlendirmenin amacı; hedefe yönelik öğrenmenin, öğretim ve amaçlarının ve öğretim programının değerlendirilmesidir (Phillips 1999).

Hasta eğitiminin değerlendirme aşamasında; hasta eğitim planının gerçekleştirilme durumu, hasta ve ailesi için hedeflenen davranış değişikliklerinin ne kadar gerçekleştiği ve tüm bu süreç değerlendirilmekte ve sorunlar, aksayan yönler analiz edilerek gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır (Ertem 2007; Taşocak 2007). Değerlendirme aşamasının amaçlarından bir diğeri de eğitimi gerçekleştiren kişinin performansını belirleyerek eksikliklerini tamamlamaktır. Değerlendirme yapmak için sıklıkla kullanılan yollar arasında gözlem ve görüşmenin yanı sıra çeşitli testler de yer almaktadır (Hacıoğlu 2016).

Hemşire, hasta eğitimi sürecinde; hedef grubunun kim/kimler olacağına, eğitim konusunun ne olacağına, hangi araç gereçleri kullanacağına, öğretim süresi ve yöntemlerine de karar vermektedir (Yıldırım 2010). Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde dikkate alınması gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Bunlar; eğitimin içeriği, eğitimin süresi, eğitimin yapılacağı ortam, var olan kaynaklar, hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri ve tercihleri gibi durumları içerir (Kelly ve Falvo 2002). Ayrıca eğitim için seçilen yöntemin amaca uygun olması da önemlidir. Her hastanın öğrenme tarzı farklı olduğu için hemşireler tarafından farklı eğitim yöntemlerinin kullanımı söz konusu olmaktadır. Düz anlatım, soru-cevap, bire-bir öğretim, grup öğretimi, gösteri (demonstrasyon), uygulama, örnek olay/vaka

çalışması, rol oynama/yapma, kendi kendine/öz yönelmeli öğrenim gibi yöntemler sıklıkla kullanılan öğretim yöntemleri arasındadır (Candan ve ark. 2002; Taşocak 2003; Özden 2003). Herhangi bir ya da iki yöntemin kullanılması yerine eğitimin konusu ve eğitimin verileceği kişilere uygun olan yöntemin seçilmesi uygun olmakla birlikte, gerekirse birkaç yöntemin birlikte kullanımı yararlı olabilmektedir (Candan ve ark. 2002; Taşocak 2003). Eğitimde yeterliliğe sahip olan bir hemşire, hasta ve ailesinin davranışlarını ve tepkilerini göz önünde bulundurarak eğitimde kullanmayı planladığı yöntemde değişiklik yapabilmektedir. Ancak, bu yeterliliğe erişebilmek için hemşirenin bilgiye olduğu kadar, zamana ve tecrübeye de gereksinimi bulunmaktadır (Kelly ve Falvo 2002).

Eğitimin sonuçlarının kalıcı bir hale gelmesi, eğitim için ayrılan sürenin daha aza indirgenmesi ve eğitimin daha ilgi çekici olabilmesi için eğitim araç gereçlerinin kullanımına gereksinim duyulmaktadır (Ertem 2012). Bu kapsamda eğitim için uygun yöntemin seçilmesinin yanı sıra kullanılacak olan araç gereçlerin de uygun olacak şekilde seçilmesi gerekmektedir (Candan ve ark. 2002). Eğitim için kullanılacak hasta eğitim materyallerinin seçimine yönelik dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Bunlar; hasta gruplarının okuma düzeyi, tıbbi terminolojinin hastaların düzeylerine göre ayarlanması, font boyutu ve stilinin okunmayı kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi ve parlak kağıt kullanımı gibi faktörleri içerir (Hill ve ark. 2006). Bunların yanı sıra hastalar için kültürel olarak kendi dillerine uygun bir şekilde çevirilerek hazırlanan yazılı eğitim materyallerinin sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Jett ve Ivnik 2010).

Yazılı eğitim araçları hasta eğitiminde sıklıkla kullanılan eğitim araçları arasında yer almaktadır. Yazılı araçların tek başına kullanımı yerine sözel ve yazılı araçların birlikte kullanılması daha yararlı olmaktadır (Candan ve ark. 2002). Hasta eğitimi sürecinde hastalar görsel-ışitsel materyalleri izlemek veya dinlemek ya da basılı olan yazılı materyalleri okumak istemektedir (Smith ve Zsohar 2013). Bu kapsamda hemşirelerin hastalara okumaları için kitapçık vb. yazılı eğitim materyallerini vermesi ve karşılaşılabilecekleri sorunlar konusunda açıklama yapmalarına gereksinim duyulmaktadır (Şimşek Yaban ve Karaöz 2007). Yazılı eğitim araçlarından olan basit şekiller ve çizimler de konuların anlaşılmasına destek olurken, maket ve modeller de sözel ve yazılı araçlara yardımcı olarak kullanılmaktadır (Candan ve ark. 2002).

Hasta eğitim araçlarının kullanımı ile verilecek olan bakımın etkinliği sağlanarak hastalara koşulların açıklanması da daha kolay olmaktadır. Ayrıca hasta eğitim araçları ile hastaların uyumlarının arttığı görülmektedir (Ivnik ve Jett 2008).

Hasta eğitimi sürecinde kullanılan dilin hasta ve ailesi tarafından kolayca ve doğru olarak anlaşılmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Eğitimde hasta ve ailesinin anlayabileceği, olabildiğince sade bir dil ve basit bir terminoloji kullanımı tercih edilmelidir (Christensen 2003; Şenyuva ve Taşocak 2007). Bu süreçte hastaların belirli bir tanı veya tedavi yöntemine duyduğu duygusal tepkiler de dikkate alınmalıdır. Ayrıca soruları netleştirmek veya karışıklığı azaltmak için daha fazla açıklama yapılması gerekebileceğinden hastanın verilen bilgiyi anlama durumu özellikle değerlendirilmelidir (Muma ve Lyons 2012).

Hasta eğitiminin zaman ve sabır gerektiren bir süreç olması nedeniyle bu süreç, planlı bir şekilde sürdürülmeli ve hemşireler kısa sürede sonuç alınamayan hasta eğitim faaliyetleri sonrasında endişelenmemelidir (Yıldırım 2010).

2.8. Taburculuk Planlaması Süreci

Günümüzde sağlık bakım sisteminin yapısının değişmesiyle birlikte, hastaların hastanede yatış süresi gün geçtikçe daha da azalmakta ve hasta ve ailesine özbakım konusunda daha fazla sorumluluk düşmektedir. Bu durum, hasta ve ailesinin gerekli olan konulara yönelik olarak kaliteli/nitelikli, sistematik ve sorun çözümleyici bir şekilde gerçekleştirilen bir eğitim almalarını zorunlu hale getirmektedir. Sağlık bakım sistemi ile ilgili olarak yaşanan tüm bu değişiklikler ve gelişmeler; sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, yeniden kazanılması ve rehabilitasyona yönelik faaliyetlerinde hemşirelerin eğitici rolünün ön plana çıkmasına sebep olmaktadır (Şenyuva ve Taşocak 2007). Hemşirelerin bu eğitici rollerini kullanmalarına en çok hastaların taburculuk sürecinde gerek duyulmaktadır (Ertem ve Akça Ay 2007).

Beklenen bakım sonuçlarına ulaşıldığında ve hasta veya hastanın bakım gereksinimlerini karşılayacak olan kişiler bakım verme konusunda gerekli bilgi ve becerilere sahip olduğunda taburculuk işlemi gerçekleştirilmektedir (Potter ve Perry 2006). Böylece evde geçirecekleri süreçte hastalar kendi sağlık süreci yönetimini başarılı bir şekilde sağlayabilmekte, hastalığın neden olduğu yetersizliklerle başa çıkabilmekte ve ileriki yaşam süreçlerini mutlu, üretken ve komplikasyonsuz olarak geçirebilmektedir (Maloney ve Weiss 2008).

Taburculuk planının temel unsurları “etkili iletişim, multidisipliner yaklaşım, hasta ve ailenin gereksinimlerinin erken dönemde tanınması” şeklinde belirtilmektedir (Meleis 2010; Bowles ve ark. 2003). Taburculuk planlamasına ilişkin şimdiye kadar yapılmış birçok tanım bulunmaktadır (Collier ve Harrington 2005). Taburculuk planlamasının tanımı Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) (ANA) tarafından “Hastayı kendi-kendine, aile üyeleri ya da organize bir sağlık bakım sağlayıcısı tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” şeklinde yapılmaktadır (Akça Ay ve Turan Ertem 2015).

Taburculuk süreci; hastanın hastaneye yatışı ile birlikte başlayan, hastanın taburculuk sonrası beklenen sağlık bakım gereksinimlerinin neler olduğunun tanımlandığı, belirlenen bu gereksinimler için hazırlıkların yapıldığı ve tüm bunların bütün sağlık bakım ekibi üyelerinin planlı ve koordine bir şekilde çalışmasıyla gerçekleştirildiği dinamik bir süreçtir (Pethybridge 2004).

Taburculuk süreci planlaması, “Hastanın hastaneden ayrılması ve bakımın evde devam edebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hasta ve ailenin hazırlanması” olarak da tanımlanmakta olup evde bakım sürecini de kapsamaktadır (Weiss ve ark. 2007; Driscoll 2000).

Taburculuk süreci kapsamında, hasta ve ailesine yönelik olarak yapılacak eğitimde sağlık ekibinin tüm üyelerinin görevi olmakla birlikte taburculuk planlamasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu doğrultuda hasta ve ailesine ameliyat sürecine hazırlık, ameliyat sonrası bakım ve taburculuk işlemi sonrasında evde bakıma yönelik gereksinim duyulacak konular hakkında bilgilendirme yapılması, hasta ve ailesinin desteklenmesi gerekmektedir (Pieper ve ark. 2006; Goodman 1997).

Taburculuk planlaması hastanın kliniğe kabul edilmesiyle başlamakta olup, kabul tanılmasından sonra hasta ve ailesinin özel bir taburculuk planlaması ve yönlendirmeye gereksinimi olup olmadığını belirlemek için hemşire topladığı verileri analiz etmelidir. Kabul tanılmasının sonunda taburculuk süreci için yüksek riskli olan hasta gruplarının da belirlenmesi gerekmektedir (Carpenito-Moyet 2009). Büyük cerrahi girişim geçirilmiş olması, sosyal izolasyon veya terminal dönemde bulunulması, iyileşme döneminin uzun sürecek olması, evde bakım sürecinin karmaşık olması, maddi olanakların yetersizliği ve uygun destek sistemlerinin yetersiz olması gibi durumlar taburculuk sonrası bakımın

sürdürülmesinde yetersizliğe neden olabileceğinden bu gibi durumlarda taburculuk sürecinin planlanması ayrı bir önem taşımaktadır (Dinç 1997; Potter ve Perry 1997).

2.8.1. Taburculuk Sürecinin Aşamaları

Bakımın ayrılmaz parçalarından biri de taburculuk planlamasıdır. Taburculuk planlaması, bakımda sürekliliğin sağlanması konusunda önemli bir yere sahiptir (Driscoll 2000; Lerret 2009).

Hemşirelik süreci kapsamında yer alan taburculuk planlaması süreci;

- Veri Toplama
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirme

aşamalarını içermektedir (Potter ve Perry 1997; Watts ve ark. 2005).

2.8.1.1. Veri Toplama

Veri toplama aşaması, taburculuk planlaması sürecinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Taburculuk sürecinin diğer bölümleri için bir temel oluşturan veri toplama süreci, hastaların hastaneye yatışı ile birlikte başlamakta ve sürekli olarak devam etmektedir (Biol 2011). Bu süreçte hasta eğitimi için gerekli olan bilgiler edinilmekte ve kullanılacak öğretim yöntemine karar verilmektedir (Bayat 2005).

Veri toplama sürecinde; hastanın demografik özellikleri, fonksiyonellik düzeyi, başka bir sağlık sorununun varlığı, hasta ve ailesinin bilgi gereksinimleri, bakım verecek kişilere ait özellikler, yüksek riskli gereksinimleri içeren fiziksel ve psiko-sosyal etkenler, ev ortamı ve finansal gereksinimler gibi durumlara yönelik verilerin toplanması gerekmektedir (Weiss ve ark. 2008). Ayrıca hastanın kendine bakabilme kapasitesi, daha önceki hastalık tecrübesine yönelik bilgi düzeyi, hasta ve ailesinin kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları, aile yapıları gibi konular hakkında da veri toplanması önemlidir (Yıldırım ve Bayraktar 2010; Yılmaz ve Özkan 2015).

Veri toplanırken bilgiler; hastaların kendisi veya hasta yakınlarından, hekimlerin raporlarından, diğer sağlık çalışanlarından, hastaların tahlil sonuçlarından ve hastane kayıtlarından elde edilmektedir (Ralph ve Taylor 2005; Biol 2011). Verilerin bu süreçte

objektif kriterlere uygun ve sistematik bir şekilde toplanması, doğru ve uygun kararların verilebilmesi açısından önemli olmaktadır (Carroll ve Dowling 2007).

2.8.1.2. Planlama

Taburculuk planlaması sürecinin uygun bir şekilde yönetilebilmesi için sağlık ekibi üyelerine yol gösterici olabilecek, yazılı bir taburculuk planının oluşturulmasına gereksinim duyulmaktadır (Aştı ve Karadağ 2011; Birol 2004; Akdemir ve Birol 2004). Bu doğrultuda oluşturulan plan; taburculuk eğitiminin uygulanması sırasında nelerin, ne zaman ve nasıl yapılacağını, hastaya verilecek eğitimde kullanılacak yöntemlerin hangilerinin olacağını belirlenmesini, ailenin eğitim sürecine nasıl katılacağını, eğitimin nasıl değerlendirileceğini ve hasta ve ailesinin taburculuk sonrasında gereksinim duyacakları kaynaklara/hizmetlere nasıl ulaşacaklarının belirlenmesini içermektedir (Katz 2003).

Taburculuk eğitiminin hastanın bireysel özelliklerine ve gereksinimlerine uygun olarak, planlı bir şekilde yapılması bu eğitimin amacına ulaşması konusunda en önemli etmenler arasında yer almaktadır (Demirkıran ve Uzun 2012).

2.8.1.3. Uygulama

Taburculuk sürecinin uygulama aşaması, planlama aşamasında belirlenen hedeflerin eylem haline dönüştürülmesi olarak ifade edilebilmektedir (Ralph ve Taylor 2005; Karimi 2011). Planlama aşamasında belirlenmiş olan acil, kısa ve uzun vadeli hedefler uygulama aşamasında dikkate alınmalı ve alınan geri bildirimler doğrultusunda hastanın öncelikleri değerlendirilmelidir (Karimi 2011).

Taburculuk eğitim sürecinin uygulama aşamasında;

- Hastanın genel sağlık durumu, hasta ve ailesinin beklentileri ve öğrenme gereksinimleri, eğitimin içeriği, eğitimin yapılacağı ortamın özellikleri, eğitim için ayrılması gereken zaman ve mevcut kaynaklar dikkate alınmalı ve eğitim süreci uygulanmalıdır (Bayat 2005; Şenyuva ve Taşocak 2007; Yalçın ve ark. 2015). Taburculuk eğitim süreci uygulanırken hasta ve ailesinin değer ve inançları, kültürel farklılıkları, eğitim durumları gibi faktörler de dikkate alınmalıdır (Şenyuva ve Taşocak 2007; Yalçın ve ark. 2015).
- Hasta ve yakınlarının eğitim sürecine aktif olarak katılabilmeleri için uygun bir ortam sağlanması önemlidir (Bayat 2005).

- Hasta ve yakınlarına anksiyetelerinin azalması için olumlu geri bildirim verilmelidir (İlçe ve ark. 2010).
- Dikkat dağınıklığı oluşturmaması açısından eğitim süresinin uzun olmamasına dikkat edilmelidir (Şenyuva ve Taşocak 2007).
- Yaşlı, çocuk veya konuşma zorluğu çeken hastalar gibi özel hasta grupları için uygun olan eğitim yöntemi belirlenmelidir (Şenyuva ve Taşocak 2007; İlçe ve ark. 2010).
- Hastalara taburculuk eğitimi verilmesi sırasında görsel ve yazılı eğitim materyalleri de kullanılmalıdır (Paul 2008). Günümüzde hastaların hastanede kalış süresi kısaldığından, anlayamayan ya da zamanla unutulabilecek bilgilerin tekrarlanma imkanı olmayabileceğinden eğitim sürecinde bu materyallerin kullanımı önemli olmaktadır (Aksoy ve Yazıcı Sayın 2004).
- Ayrıca hastaların beklentilerini karşılayacak şekilde yapılmış bir taburculuk eğitiminin hasta memnuniyetinin sağlanmasına katkıda bulunacağı unutulmamalıdır (Yalçın ve ark. 2015).

2.8.1.4. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, belirli ölçütlere göre taburculuk planlamasının etkinliği değerlendirilmektedir (Bull ve Roberts 2001). Taburculuk planlaması sürecinin etkinliği; hastanın hastanede kalış süresi, komplikasyonlar, morbidite, iyileşme zamanı ve hastaneye yeniden yatış oranı gibi farklı sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirilmektedir (Collier ve Harrington 2005; Lagoe ve ark. 2001; Westert ve ark. 2002). Beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı konusunda yapılan değerlendirme, hem taburculuk öncesi hem de taburculuk sonrası süreci kapsamalıdır (Bull ve Roberts 2001). Yalnızca hastanede uygulanan taburculuk planlama faaliyetleri yeterli olmayıp, kontroller sırasında görüşmelerin planlanması ve taburculuktan sonra yapılacak telefon görüşmeleri ve ev ziyaretlerinin planlanması gibi değerlendirmelerin belirli sıklıkta yapılması önem taşımaktadır (Miller ve ark. 2008).

2.8.2. Taburculuk Sürecinin Amacı ve Önemi

Hastanın ve ailesinin tüm gereksinimlerini saptayarak, hastanın ev yaşantısını düzenleyip onun yaşam kalitesini yükseltmek taburculuk eğitiminin temel amacıdır (Fadıloğlu 2006; Huber ve McClelland 2003). Taburculuk eğitimi ile hastalara tedavinin devamlılığı konusunda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak önemli bir hizmet

sunulmaktadır (Akbari ve Şenol Çelik 2015). Taburculuk eğitimi ile bakım sürekli bir hale gelebilmekte ve hastalar emniyetli bir şekilde hastane ortamından ev ortamına geçiş yapabilmektedir (Fadıloğlu 2006; Huber ve McClelland 2003). Hastaların evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hasta bakım kalitesinin artırılması konusunda taburculuk planının oldukça önemli olduğu görülmektedir (Miller ve ark. 2008; Naylor ve ark. 1999). Sistematik ve etkili bir taburculuk planı ile hastaların taburculuk gereksinimleri erken dönemde belirlenmekte ve bakımın sürekliliği sağlanmaktadır. Taburculuk gereksinimlerinin erken dönemde belirlenmesi, gereksiz yere hastanede yatışın ve daha sonra tekrar hastaneye başvuruların önlenmesi konusunda yardımcı olmaktadır (Carpenito-Moyet 2009).

Hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasında devam eden bir ilişkinin oluşmasını desteklemesi açısından da taburculuk planlamasının ayrı bir önemi bulunmaktadır. Bu ilişki ile sağlık ekibi üyeleri hastanın bütün öyküsünü bilebilmektedir. Böylece hasta yalnızca “bir hastalık olgusu” olarak değil, tüm yönleriyle bir birey olarak görülebilmekte ve sağlık ekibi üyeleri bütüncül yaklaşımın gereklerini yerine getirebilmektedir (Akça Ay ve Turan Ertem 2015).

2.8.3. Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması

Günümüzde teknolojik alanda yaşanan gelişmeler, hasta bakım sürecini ve sağlığın gelişimini hızlandırmaktadır. Böylece bir sağlık sorununa bağlı olarak hastaneye yatışı yapılan hastaların tıbbi veya cerrahi tedavi sonucunda hastanede kalma süreleri daha kısa olmaktadır (Lithner ve ark. 2012). Günümüz anlayışına göre genel olarak tercih edilen yaklaşım; hastaların bağımsız bir şekilde bakımlarını kendilerinin yapabilmelerini sağlamak ve hastaları erken dönemde taburcu etmektir (Fındık 2017).

Cerrahi hastasının taburculuk eğitimi, geçireceği cerrahi girişime özel olacak şekilde planlanmalıdır. Yapılacak işleme özgü herhangi bir bakım veya uygulama var ise bu uygulamaların nasıl yapılacağı hasta ve ailesine açıklanmalı ve uygun bir şekilde öğretilmelidir (Fındık 2017).

Cerrahi hastaları için yapılan taburculuk eğitiminin amacı;

- Hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde evde bakım gereksinimlerini karşılamaları konusunda destek olmak
- İyileşme sürecinin hızlanmasını sağlamak

- Hasta ve aile üyelerinin gerek duyulduğunda sağlık ekibi üyelerinden yardım almalarını kolaylaştırmak
- Olabildiğince en kısa sürede normal hayata geçişi sağlamaktır (Kanan 2002).

Uygulanacak cerrahi girişime göre taburculuk süreci değişkenlik göstermekte olup, cerrahi girişim uygulanmış olan bütün hastalara verilecek taburculuk eğitimi aşağıda yer alan konuları içermelidir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Aksoy ve ark. 2012):

- Hastalık

- Tedavi süreci, ilaçlar

- Ağrı kontrolünün sağlanması

- Solunum ve öksürük egzersizleri

- Beslenme ve boşaltım: Ameliyat sonrası dönemde hastaya verilen sıvılar bulantı ya da kusmaya neden olabildiğinden ve bu durum da beslenmeyi olumsuz etkileyebileceğinden taburculuk sonrası süreçte hastaların antiemetik kullanması gerekebilmektedir. Bu konuda hasta ve bakımını sağlayacak olan kişiler bilgilendirilmelidir (Akyüz ve Akyolcu 2017). Hastaların ameliyat öncesinde belirli bir süre aç kalmaları, ameliyat sonrası dönemde de bir süre normal beslenememeleri, kullandıkları ilaçlar ve hareketsizliğe bağlı olarak kabızlık sorunu yaşanabilmektedir (Aydın 2000; Erdoğan 2012). Kabızlığı önlemek için liften, proteinden ve vitaminden zengin besinlerin tüketilmesi ve bol sıvı alınmasının önemi açıklanmalıdır (Korkmaz 2011). Bunun yanı sıra kabızlık sorununa yönelik bazı ilaçların kullanılması veya tüketilen besinlere bağlı olarak ishal sorunu da ortaya çıkabilmektedir (Aydın 2000; Erdoğan 2012). İshal durumunda yeterli sıvı alımı ve yatak istirahatinin önemi açıklanmalıdır (Çınar Pakyüz ve Demir Korkmaz 2017).

-Yara bakımı: Hastaya ve bakımını sağlayacak olan kişilere yara bölgesinde gelişebilecek ve bildirilmesi gereken semptomların neler olduğu (enfeksiyon, kanama vb.), yara pansumanının nasıl yapılacağı, pansuman için kullanılacak malzemelerin özelliği, hangi sıklıkta pansumanın değiştirilmesi gerektiği gibi konular hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca yara iyileşmesini hızlandırmak için yaranın dış etkenlerden ne şekilde korunabileceği, nasıl beslenmesi gerektiği ve yapılması gereken hareketlerin neler olduğu da hastaya öğretilmelidir (Teke Gençtürk 2015).

-Aktivite ve Egzersizler: Egzersizin hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesi konusunda önemli düzeyde yararı bulunmaktadır (Kaya ve Turan 2014). Ameliyatın türüne göre ameliyat sonrası dönemde uygulanan egzersizler ile kasların güçlenmesi desteklenmekte ve böylece hastalar kendilerini daha iyi hissedebilmektedir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Aksoy ve ark. 2012). Hastalar genel olarak hareket esnasında ameliyat dikişlerinin ya da sargılarının açılmasından endişe ettikleri için hareket etmekten çekinmektedir. Bu endişeyi gidermek için hastalara gerekli açıklamalar yapılmalıdır (Teke Gençtürk 2015). Ayrıca hastalara egzersiz yaparken hangi belirti bulgular olduğunda egzersiz yapmayı durdurmaları gerektiği ve ne zaman dinlenmeleri gerektiği bilgisi de öğretilmelidir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Aksoy ve ark. 2012).

-Gelişebilecek komplikasyonlar: Ameliyat sonrası hangi komplikasyonların gelişebileceği, bu komplikasyonların belirtilerinin ne şekilde anlaşılacağı, komplikasyonların önlenmesi için neler yapılması gerektiği ve herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda sağlık çalışanlarına nasıl ulaşılacağı konuları hakkında hasta ve bakımını sağlayacak olan kişilere bilgi verilmelidir.

- Taburculuk sonrası süreçte kontrole gelme/tıbbi izlem sıklığı

- Acil bir durum olduğunda başvurulması gereken kişi ya da kuruluşlara nerelerden ve ne şekilde ulaşılacağı

- Taburculuk sonrası süreçte gereksinim duyulabilecek kurum ve kuruluşlar hakkında danışmanlık ve bilgilendirme

- Sağlığın geliştirilmesi (öz bakım/banyo yapma vs., uyku ve dinlenme gibi günlük yaşam aktiviteleri, cinsel aktivite, araba kullanımı, ağır yük kaldırma, günlük işler, sosyal aktiviteler, iş hayatına geri dönüş) (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Aksoy ve ark. 2012).

Bu konuların yanı sıra sürekli bakım gerektirebilecek bazı durumlarda (ostomi, parenteral beslenme, yanık, kırık vb. nedenlerle protez varlığı gibi) hasta ve ailesine özel bir eğitim verilmesine gereksinim duyulmaktadır (Huang ve Liang 2005; Erdil ve Özhan Elbaş 2001).

Hasta ve bakımını sağlayacak olan kişilere taburculuk eğitimi verilirken uygun bir ortam oluşturulmalıdır. Eğitim sürecinde eleştirici ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım tercih edilmeli, hasta ve ailesine rehberlik edilmeli, tıbbi terimler kullanılması gerekiyorsa bunların yanında eş anlamlısı da belirtilmeli, basit ve anlaşılır şekiller,

izimler, yardımcı olabilecek sözel ve yazılı gereçler kullanılmalı ve yapılan eğitim mutlaka değerlendirilmelidir (Arıcı Karazeybek ve zbayır 2005).

Taburculuk sonrası dönemde hastalarla telefon görüşmelerinin yapılması, verilen eğitimi anlayıp anlamadıklarını değerlendirme konusunda yardımcı olmaktadır. Böylece hastaların taburculuk sonrası dönemdeki endişelerinden haberdar olup bu endişeler giderilebilmektedir. Ayrıca bu şekilde cerrahi girişim sonrası iyileşme döneminde oluşabilecek bir sorunun erkenden farkedilmesi sağlanabilir (Brekke 2016).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla nicel ve tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri düzeyi nedir?
- Kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin öncelik sırası nelerdir?
- Kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Ekim 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında tamamlandı. Veriler 18 Ekim 2018-15 Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul'da bir vakıf üniversitesine bağlı 4 hastanenin cerrahi kliniğinde toplandı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir vakıf üniversitesine bağlı 4 hastanenin cerrahi kliniklerinde kolorektal cerrahi girişim uygulanan ve eve taburcu edilmesi planlanan hastalar oluşturdu. Son bir yıl içinde ilgili hastanelerde kolorektal cerrahi girişim uygulanan toplam 210 hasta çalışmanın evrenini oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilecek olan hastaların sayısını belirlemek için, evreni oluşturan birim sayısı bilindiğinde örnek hacmi hesaplama formülü kullanıldı.

Evreni oluşturan birim sayısı bilindiğinde örnek hacmi hesaplanırken aşağıda belirtilen formülden faydalanıldı.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot (p \cdot q)}{d^2 \cdot (N) + t^2 \cdot (p \cdot q)}$$

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenme oranı

q: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenmeme oranı (1-p), p ve q değerlerine ilişkin literatürde kabul görmüş bir bilgi yoksa $p=0,5$, $q=0,5$ alınarak hesaplamalara dahil edilir.

t: $\alpha= 0.05$ güven düzeyinde elde edilen tablo değeridir. 1,96 alınmıştır.

d= Örneklem hata payı (duyarlılık düzeyi)

210 birimden oluşan evrende 0,5 görülme sıklığı baz alınarak, %95 güven düzeyinde, ± 5 hata payı ile sonuç olarak 136 kişi ile görüşülmesi gerektiği sonucu elde edildi.

Araştırmanın örneklemini, kolorektal cerrahi girişim uygulanmış, eve taburcu edilmesi planlanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 131 hasta oluşturdu. (Toplanan verilerin tam olmaması nedeniyle 5 hasta araştırma sürecine dahil edilmedi).

3.5. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırma kapsamına,

- Kolorektal cerrahi girişim geçirmiş olan
- Araştırma hakkında bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden
- 18 yaş ve üzeri olan
- Okuryazar olan
- İletişime ve iş birliğine açık olan
- Bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek bir durumda olan
- Daha önce kolorektal ameliyat geçirmemiş olan
- Cerrahi girişim sonrası eve taburcu edilmesi planlanan hastalar alındı.

3.6. Araştırmada Dışlanma Kriterleri

- Stoma açılmış olan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, geçirmiş olduğu ameliyat, hastanede yatış süresi, hastaneye yatış ve ameliyat öyküsü, taburculuk hakkında bilgi alıp almama durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken, bağımlı değişkenlerini ise; hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden alacakları puan ortalamaları oluşturdu.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması sürecinde, veri toplama aracı olarak 'Kişisel Bilgi Formu' (EK 1) ve 'Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)' (EK 2) kullanıldı.

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu

Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda (Özel 2010; Çelebi 2015; Dağbaşı 2018) araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri, tedavi gördükleri klinikten taburcu olup eve gitmeden önce taburculuk ile ilgili konular hakkında bilgi alıp almama durumları, bilgi alınması durumunda bilgi alınan kişilerin kim olduğu gibi soruların yer aldığı kişisel bilgi formu kullanıldı.

3.8.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross & Shamian tarafından ilk olarak 1990 yılında geliştirilmiş olan ölçek, 2007 yılında Emine Çatal tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Bubela ve ark. 1990; Çatal 2008). HÖGÖ; toplamda 50 madde ve 7 alt boyuttan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşan, 5 dereceli (1-5 puan) likert tipte bir ölçektir (Çatal 2008).

Tablo 3-1: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyutları, madde sayıları ve puan aralığı

HÖGÖ ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek Max.-Min. Puan Aralığı
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45

Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

HÖGÖ ve alt boyutlarının madde sayısı, madde numaraları, ölçek ve alt boyutlarından alınabilecek max.-min. puan aralığına ilişkin bilgiler **Tablo 3-1’de** yer almaktadır (Çatal 2007). 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 yorumlanmaktadır. HÖGÖ'den alınan madde toplam puanı arttıkça bireylerin öğrenim gereksinimleri de artmaktadır (Çatal 2008).

Tablo 3-2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyutlarının Güvenirlik değerleri

Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
İlaçlar	0,906
Yaşam Aktiviteleri	0,828
Toplum ve İzlem	0,748
Duruma İlişkin Duygular	0,847
Tedavi ve Komplikasyonlar	0,781
Yaşam Kalitesi	0,785
Cilt Bakımı	0,686
HÖGÖ Toplam	0,926

Ölçeğin Emine Çatal tarafından Türkçe’ye uyarlanarak yapılan Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması’nda, toplam ölçek iç tutarlılık güvenirlik katsayısı; Cronbach Alfa (α)=0,95, ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik katsayısı; Cronbach Alfa (α)=0,69-0,88 bulunmuştur (Çatal 2007). Bu çalışmada ise toplam ölçek iç tutarlılık güvenirlik katsayısı;

Cronbach Alfa (α)=0,92, ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı; Cronbach Alfa (α)=0,68-0,90 bulundu. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışmamızda ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu saptandı (**Tablo 3-2**).

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, literatür bilgileri doğrultusunda (Özel 2010; Çelebi 2015; Dağbaşı 2018) araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’ (HÖGÖ) kullanılarak toplandı. Veri toplama sürecinde araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan, örneklem grubuna dahil hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Bu süreçte öncelikle araştırmacı tarafından kolorektal cerrahi geçirip taburculuğu planlanan hastalar belirlendi ve veri toplama öncesi bu hastalardan sözlü ve yazılı onam alındı. Onam alınmadan önce, araştırmanın kimler tarafından yapıldığı ve araştırmanın amacı gibi konular örneklem grubunda yer alan hastalara açıklandı. Araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu ve HÖGÖ, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla hasta odasında görüşülerek uygulandı. Araştırmaya katılan hastalarla görüşme süresinin ortalama olarak 20-30 dakika arasında değiştiği belirlendi.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 programı kullanıldı ve elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzdeler hesaplandı, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk’s testlerinden yararlandı. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan (nonparametric) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testlerinden yararlandı. Kruskal Wallis testinde anlamlı farkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlendi. HÖGÖ ve alt boyutlarının güvenilirliği için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alfa) hesaplandı. Yapılan istatistiksel analiz sonuçlarında %95 güven aralığında, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

3.11. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılmasının etik açıdan uygunluğu kapsamında, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmış olup (EK 6), etik kurul izni ile birlikte Medipol grubu bünyesinde yer alan Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Medipol Üniversitesi Sefaköy Hastanesi, Medipol Üniversitesi Esenler Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Özel Nisa Hastanesi'nden araştırmanın yapılabilmesi için kurum izinleri alındı (EK 4). Ayrıca veri toplama aracı olarak kullanılan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Dr. Öğr. Üyesi Emine Çatal'dan ölçek için kullanım izni alındı (EK 5). Etik ilkeler kapsamında, araştırma süresince veri toplanan hastalardan hem sözlü olarak hem de bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak yazılı onam alındı (EK 3). Araştırmaya katılımları öncesinde hastalara, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, istenildiğinde katılımcıların herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan ayrılabilceği, araştırmaya katılım için herhangi bir maddi karşılık beklenmeyeceği, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı ve toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı bilgisi verildi.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel hastanelerde yapılmış olması nedeniyle araştırma için gönüllü olan katılımcılara ulaşmanın güç olması, tedavi protokolü doğrultusunda taburcu edilmeleri sonucu hastaların bir kısmına ulaşılabilmesi, yapılan araştırma ile ilgili sonuçların yalnızca bu örneklem grubundaki hastalara genellenebilir olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın verilerinin istatistiki analizi sonucunda elde edilen bulgular, tablolar şeklinde sunulmaktadır.

Bulgular iki bölüm şeklinde verilmektedir;

Bölüm I: Hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular

Bölüm II: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden elde edilen bulgular



Bölüm I: Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; kolorektal cerrahi girişim geçirip taburculuğu planlanan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımına (**Tablo 4-1**) ve klinik özelliklerinin dağılımına (**Tablo 4-2**) ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-1: Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=131)

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort, Ss)	52,29±13,49	
Cinsiyet	Kadın	61 46,6
	Erkek	70 53,4
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	6 4,6
	İlköğretim	37 28,2
	Lise	57 43,5
	Üniversite	27 20,6
	Diğer	4 3,1
Meslek	Ev Hanımı	33 25,2
	Memur-İşçi	27 20,6
	Serbest meslek	37 28,3
	Emekli	21 16,0
	Diğer	13 9,9
Medeni Durum	Evli	119 90,8
	Bekar	12 9,2

Hastaların yaş ortalamasının 52,29±13,49 olduğu, %46,6'sının kadın (n=61), %53,4'ünün erkek (n=70) olduğu, %4,6'sının okuryazar (n=6), %28,2'sinin ilköğretim (n=37), %43,5'inin lise (n=57), %20,6'sının üniversite (n=27) ve %3,1'inin de (n=4) üniversite üzerinde bir öğrenim durumuna sahip olduğu, %25,2'sinin ev hanımı (n=33), %20,6'sının memur-işçi (n=27), %28,3'ünün serbest meslek (n=37), %16'sının emekli

(n=21) ve %9,9'unun da diğer mesleklerde çalıştığı (n=13), %90,8'inin evli (n=119) ve %9,2'sinin bekar (n=12) olduğu belirlendi (**Tablo 4-1**).

Tablo 4-2: Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=131)

Hastaların klinik özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat öncesi yatış süresi (Ort, Ss)	1,01±1,09	
Ameliyat sonrası yatış süresi (Ort, Ss)	3,95±2,72	
Yapılan ameliyat	Anal Fistül	14 10,7
	Hemoroidektomi	43 32,8
	Low Anterior Rezeksiyon	24 18,3
	Rektal Polipektomi	1 0,8
	Rektopeksi	2 1,5
	Sağ Hemikolektomi	29 22,1
	Segmenter Kolon Rezeksiyonu	4 3,1
	Sigmoidektomi	1 0,8
	Sol Hemikolektomi	13 9,9
	Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet
Hayır		36 27,5
Daha önce kolorektal dışında ameliyat geçirme durumu	Evet	79 60,3
	Hayır	52 39,7

Hastaların ameliyat öncesi yatış süresi ortalamasının 1,01±1,09 gün ve ameliyat sonrası yatış süresi ortalamasının 3,95±2,72 gün olduğu, %10,7'sinin anal fistül ameliyatı (n=14), %32,8'inin hemoroidektomi (n=43), %18,3'ünün low anterior rezeksiyon (n=24), %0,8'inin rektal polipektomi (n=1), %1,5'inin rektopeksi (n=2), %22,1'inin sağ hemikolektomi (n=29), %3,1'inin segmenter kolon rezeksiyonu (n=4), %0,8'inin sigmoidektomi (n=1), %9,9'unun sol hemikolektomi (n=13) girişimini geçirdiği,

%72,5'inin daha önce hastaneye yatmış olduğu (n=95) ve %60,3'ünün daha önce kolorektal dışında ameliyat geçirmiş olduğu (n=79) belirlendi (**Tablo 4-2**).

Bölüm II: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ve hastaların tanıtıcı özellikleri ve klinik özellikleri ile HÖGÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5, Tablo 4-6, Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11, Tablo 4-12, Tablo 4-13, Tablo 4-14, Tablo 4-15, Tablo 4-16).

Tablo 4-3: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan dağılımı

HÖGÖ	Ort.	Ss.	Min	Max	Önemlilik Düzeyi
İlaçlar	33,79	5,34	12	40	4,22
Yaşam Aktiviteleri	36,00	5,15	23	45	4,00
Toplum ve İzlem	22,56	4,16	11	30	3,76
Duruma İlişkin Duygular	17,46	4,37	9	25	3,49
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,73	3,79	27	45	4,30
Yaşam Kalitesi	33,21	4,05	22	40	4,15
Cilt Bakımı	19,76	2,76	10	25	3,95
Toplam Puan	201,50	20,37	144	250	4,03

Çalışmada, “İlaçlar” alt boyutu puan ortalaması $33,79 \pm 5,34$ (Min:12, Max:40), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyutu puan ortalaması $36,00 \pm 5,15$ (Min:23, Max:45), “Toplum ve İzlem” alt boyutu puan ortalaması $22,56 \pm 4,16$ (Min:11, Max:30), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutu puan ortalaması $17,46 \pm 4,37$ (Min:9, Max:25), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutu puan ortalaması $38,73 \pm 3,79$ (Min:27, Max:45), “Yaşam Kalitesi” alt boyutu puan ortalaması $33,21 \pm 4,05$ (Min:22, Max:40), “Cilt Bakımı” alt

boyutu puan ortalaması $19,76 \pm 2,76$ (Min:10, Max:25) ve toplam puan ortalaması $201,50 \pm 20,37$ (Min:144, Max:250) olarak bulundu (**Tablo 4-3**).

HÖGÖ alt boyutlarının önemlilik düzeylerine göre sıralamasına bakıldığında; **“Tedavi ve Komplikasyonlar”** (4,30), **“İlaçlar”** (4,22), **“Yaşam Kalitesi”** (4,15), **“Yaşam Aktiviteleri”** (4,00), **“Cilt Bakımı”** (3,95), **“Toplum ve İzlem”** (3,76), **“Duruma İlişkin Duygular”** (3,49) olduğu görüldü (**Tablo 4-3**).



Tablo 4-4: Hastaların yaş grupları ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Yaş Grubu	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^b Kikare	p	Fark
İlaçlar	18-29 Yaş	9	37,44	3,78	31	40	5,768	0,049*	1-2 1-3
	30-50 Yaş	43	33,09	5,62	16	40			
	51 Yaş ve üzeri	79	33,75	5,22	12	40			
Yaşam Aktiviteleri	18-29 Yaş	9	35,44	6,25	23	45	0,177	0,915	-
	30-50 Yaş	43	36,26	4,95	26	45			
	51 Yaş ve üzeri	79	35,92	5,18	23	45			
Toplum ve İzlem	18-29 Yaş	9	24,89	3,48	20	30	2,881	0,237	-
	30-50 Yaş	43	22,49	4,14	13	30			
	51 Yaş ve üzeri	79	22,33	4,21	11	30			
Duruma İlişkin Duygular	18-29 Yaş	9	20,78	3,31	16	25	7,082	0,029*	1-2 1-3
	30-50 Yaş	43	16,74	4,61	9	25			
	51 Yaş ve üzeri	79	17,47	4,20	9	25			
Tedavi ve Komplikasyonlar	18-29 Yaş	9	40,00	4,12	33	45	1,308	0,52	-
	30-50 Yaş	43	38,93	3,91	32	45			
	51 Yaş ve üzeri	79	38,47	3,70	27	45			
Yaşam Kalitesi	18-29 Yaş	9	35,89	2,57	33	40	5,08	0,079	-
	30-50 Yaş	43	33,05	4,28	23	40			
	51 Yaş ve üzeri	79	33,00	3,99	22	40			
Cilt Bakımı	18-29 Yaş	9	20,00	3,54	12	25	1,151	0,563	-
	30-50 Yaş	43	19,74	2,27	15	25			
	51 Yaş ve üzeri	79	19,73	2,94	10	25			
HÖGÖ Toplam	18-29 Yaş	9	214,44	14,40	200	245	5,169	0,075	-
	30-50 Yaş	43	200,30	20,20	167	249			
	51 Yaş ve üzeri	79	200,67	20,74	144	250			

^bKruskal-Wallis Test, *p<0,05

Hastaların yaş gruplarına göre, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (**Tablo 4-4**).

Yaş gruplarına göre, “İlaçlar” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). 18-29 yaş grubunda bulunan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=37,44±3,78), 30-50 yaş (Ort.=33,09±5,62) ve 51 yaş ve üzeri (Ort.=33,75±5,22) grubunda bulunan hastalara ait ortalama puanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Yaş gruplarına göre, “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). 18-29 yaş grubunda bulunan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,78±3,31), 30-50 yaş (Ort.=16,74±4,61) ve 51 yaş ve üzeri (Ort.=17,47±4,20) grubunda bulunan hastalara ait ortalama puanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4-5: Hastaların cinsiyetine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Cinsiyet	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	Kadın	61	34,21	4,58	17	40	-0,572	0,567
	Erkek	70	33,41	5,93	12	40		
Yaşam Aktiviteleri	Kadın	61	35,31	5,00	23	45	-1,152	0,249
	Erkek	70	36,60	5,23	23	45		
Toplum ve İzlem	Kadın	61	22,30	3,73	11	30	-0,311	0,756
	Erkek	70	22,79	4,51	14	30		
Duruma İlişkin Duygular	Kadın	61	17,05	3,81	9	24	-0,665	0,506
	Erkek	70	17,81	4,80	9	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Kadın	61	38,46	3,69	27	45	-0,664	0,507
	Erkek	70	38,96	3,89	30	45		
Yaşam Kalitesi	Kadın	61	32,66	3,79	23	40	-1,36	0,174
	Erkek	70	33,70	4,23	22	40		
Cilt Bakımı	Kadın	61	19,84	2,48	10	25	-0,248	0,804
	Erkek	70	19,69	3,00	12	25		
HÖGÖ Toplam	Kadın	61	199,82	18,49	155	249	-0,478	0,633
	Erkek	70	202,96	21,91	144	250		

^aMann-Whitney U Test

Hastaların cinsiyetine göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Hastaların öğrenim durumuna göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

Öğrenim Durumu	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^b Kikare	p	
İlaçlar	Okur-yazar	6	32,17	6,31	23	40	1,039	0,904
	İlköğretim	37	33,54	6,59	12	40		
	Lise	57	33,56	5,15	17	40		
	Üniversite	27	34,78	3,87	27	40		
	Diğer	4	35,00	2,00	32	36		
Yaşam Aktiviteleri	Okur-yazar	6	35,67	6,25	27	45	0,077	0,999
	İlköğretim	37	36,03	4,97	26	45		
	Lise	57	36,05	5,19	23	45		
	Üniversite	27	35,85	5,33	23	45		
	Diğer	4	36,50	6,03	30	43		
Toplum ve İzlem	Okur-yazar	6	21,50	6,06	14	30	2,225	0,694
	İlköğretim	37	22,54	4,15	11	30		
	Lise	57	23,04	4,00	14	30		
	Üniversite	27	22,22	3,97	15	30		
	Diğer	4	19,75	5,32	13	26		
Duruma İlişkin Duygular	Okur-yazar	6	17,83	4,62	12	25	0,378	0,984
	İlköğretim	37	17,51	3,91	9	23		
	Lise	57	17,58	4,61	9	25		
	Üniversite	27	17,19	4,72	9	25		
	Diğer	4	16,50	3,87	13	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Okur-yazar	6	36,83	4,58	30	44	4,822	0,306
	İlköğretim	37	39,43	3,79	27	45		
	Lise	57	38,39	3,86	32	45		
	Üniversite	27	39,11	3,54	33	45		
	Diğer	4	37,25	2,87	34	41		

Yaşam Kalitesi	Okur-yazar	6	31,67	5,96	22	40	0,905	0,924
	İlköğretim	37	32,81	3,90	23	39		
	Lise	57	33,49	4,18	24	40		
	Üniversite	27	33,52	3,64	25	40		
	Diğer	4	33,25	4,50	28	39		
Cilt Bakımı	Okur-yazar	6	19,17	2,14	15	21	2,48	0,648
	İlköğretim	37	19,49	3,15	10	25		
	Lise	57	19,96	2,93	12	25		
	Üniversite	27	19,67	2,09	16	25		
	Diğer	4	20,75	,96	20	22		
HÖGÖ Toplam	Okur-yazar	6	194,83	32,26	144	244	0,503	0,973
	İlköğretim	37	201,35	19,40	155	242		
	Lise	57	202,07	20,40	167	250		
	Üniversite	27	202,33	19,56	169	245		
	Diğer	4	199,00	23,34	173	229		

^bKruskal-Wallis Test

Hastaların öğrenim durumuna göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (**Tablo 4-6**).

Tablo 4-7: Hastaların meslek gruplarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Meslek	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^b Kikare	p
İlaçlar	Ev Hanımı	33	34,27	3,06	30	40	2,379	0,666
	Memur-İşçi	27	34,89	4,79	17	40		
	Serbest meslek	37	32,84	7,14	12	40		
	Emekli	21	34,05	4,95	25	40		
	Diğer	13	32,54	5,68	16	39		
Yaşam Aktiviteleri	Ev Hanımı	33	35,21	4,45	26	45	1,575	0,813
	Memur-İşçi	27	35,70	5,67	23	45		
	Serbest meslek	37	36,41	6,11	23	45		
	Emekli	21	36,90	4,43	27	45		
	Diğer	13	36,00	3,98	32	45		
Toplum ve İzlem	Ev Hanımı	33	21,91	3,49	11	26	5,718	0,221
	Memur-İşçi	27	22,33	4,75	13	30		
	Serbest meslek	37	23,86	4,59	14	30		
	Emekli	21	22,43	4,11	15	30		
	Diğer	13	21,15	2,44	17	24		
Duruma İlişkin Duygular	Ev Hanımı	33	16,97	3,56	10	23	2,56	0,634
	Memur-İşçi	27	17,48	4,65	9	25		
	Serbest meslek	37	18,38	5,27	9	25		
	Emekli	21	16,86	4,10	9	25		
	Diğer	13	17,00	3,24	12	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Ev Hanımı	33	38,45	3,82	27	45	0,552	0,968
	Memur-İşçi	27	38,59	3,59	33	45		
	Serbest meslek	37	38,68	4,31	30	45		

	Emekli	21	39,24	3,27	33	45		
	Diğer	13	39,00	3,81	33	45		
	Ev Hanımı	33	32,52	3,12	25	39		
	Memur-İşçi	27	33,63	4,49	24	40		
Yaşam Kalitesi	Serbest meslek	37	33,65	4,73	22	40	3,227	0,521
	Emekli	21	33,05	4,42	26	40		
	Diğer	13	33,15	2,48	30	38		
	Ev Hanımı	33	19,39	2,49	10	25		
	Memur-İşçi	27	20,04	2,16	16	25		
Cilt Bakımı	Serbest meslek	37	20,62	2,97	12	25	5,21	0,238
	Emekli	21	18,86	3,04	12	24		
	Diğer	13	19,08	3,07	12	25		
	Ev Hanımı	33	198,73	16,67	155	242		
	Memur-İşçi	27	202,67	22,45	167	249		
HÖGÖ Toplam	Serbest meslek	37	204,43	24,41	144	250	1,149	0,868
	Emekli	21	201,38	20,16	175	244		
	Diğer	13	197,92	11,61	178	214		

^bKruskal-Wallis Test

Hastaların meslek gruplarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Hastaların medeni durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Medeni Durum	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	Evli	119	33,93	4,99	12	40	-0,236	0,813
	Bekar	12	32,33	8,18	16	40		
Yaşam Aktiviteleri	Evli	119	35,97	5,27	23	45	-0,068	0,946
	Bekar	12	36,33	3,87	31	45		
Toplum ve İzlem	Evli	119	22,42	4,23	11	30	-1,038	0,299
	Bekar	12	23,92	3,15	20	30		
Duruma İlişkin Duygular	Evli	119	17,29	4,35	9	25	-1,503	0,133
	Bekar	12	19,17	4,34	10	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Evli	119	38,62	3,76	27	45	-0,919	0,358
	Bekar	12	39,75	4,09	33	45		
Yaşam Kalitesi	Evli	119	33,13	4,05	22	40	-1,081	0,28
	Bekar	12	34,08	4,14	24	40		
Cilt Bakımı	Evli	119	19,74	2,71	10	25	-0,169	0,866
	Bekar	12	19,92	3,37	12	25		
HÖGÖ Toplam	Evli	119	201,09	20,57	144	250	-0,898	0,369
	Bekar	12	205,50	18,67	170	245		

^aMann-Whitney U Test

Hastaların medeni durumlarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Hastaların yapılan ameliyat türüne göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

	Yapılan Ameliyat	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^b Kikare	p	Fark
İlaçlar	Anal Fistül	14	32,86	6,01	17	40	3,691	0,449	-
	Hemoroidektomi	43	33,77	5,44	17	40			
	Low Anterior Rezeksiyon	24	34,96	6,10	12	40			
	Sağ Hemikolektomi	29	33,03	4,70	23	39			
	Sol Hemikolektomi	13	35,46	2,47	30	40			
Yaşam Aktiviteleri	Anal Fistül	14	33,21	5,73	26	45	9,253	0,05*	1-5
	Hemoroidektomi	43	35,84	5,88	23	45			
	Low Anterior Rezeksiyon	24	35,54	5,00	26	45			
	Sağ Hemikolektomi	29	36,62	4,20	27	45			
	Sol Hemikolektomi	13	39,08	4,11	32	45			
Toplum ve İzlem	Anal Fistül	14	21,57	5,21	14	30	7,489	0,112	-
	Hemoroidektomi	43	24,02	3,49	17	30			
	Low Anterior Rezeksiyon	24	21,79	4,31	13	30			
	Sağ Hemikolektomi	29	21,48	4,12	11	28			
	Sol Hemikolektomi	13	23,62	4,01	18	30			
Duruma İlişkin Duygular	Anal Fistül	14	14,36	6,01	9	25	14,222	0,007*	1-2 1-5
	Hemoroidektomi	43	19,07	4,14	10	25			
	Low Anterior Rezeksiyon	24	16,54	4,03	9	25			
	Sağ Hemikolektomi	29	17,00	3,85	10	25			
	Sol Hemikolektomi	13	19,15	3,18	14	24			
Tedavi ve Komplikasyonlar	Anal Fistül	14	38,86	3,96	34	45	2,255	0,689	-
	Hemoroidektomi	43	38,40	4,32	32	45			
	Low Anterior Rezeksiyon	24	39,04	3,52	33	45			
	Sağ Hemikolektomi	29	38,24	3,83	27	45			

	Sol Hemikolektomi	13	39,62	2,72	34	45			
	Anal Fistül	14	31,21	5,07	24	40			
	Hemoroidektomi	43	33,44	3,71	23	40			
Yaşam Kalitesi	Low Anterior Rezeksiyon	24	32,71	4,63	25	40	6,73	0,151	-
	Sağ Hemikolektomi	29	33,24	4,18	22	39			
	Sol Hemikolektomi	13	35,23	2,83	31	40			
	Anal Fistül	14	20,07	2,43	17	25			
	Hemoroidektomi	43	20,84	2,26	17	25			
Cilt Bakımı	Low Anterior Rezeksiyon	24	19,58	2,87	12	25	14,556	0,006*	2-4
	Sağ Hemikolektomi	29	18,41	2,71	10	24			
	Sol Hemikolektomi	13	19,92	3,15	12	25			
	Anal Fistül	14	192,14	24,89	167	250			
	Hemoroidektomi	43	205,37	18,64	178	250			
HÖGÖ Toplam	Low Anterior Rezeksiyon	24	200,17	21,73	173	244	9,511	0,005*	1-5
	Sağ Hemikolektomi	29	198,03	21,01	144	237			
	Sol Hemikolektomi	13	212,08	17,19	188	249			

^bKruskal-Wallis Test, *p<0,05

Yapılan ameliyat türleri incelendiğinde rektal polipektomi, rektopeksi, segmenter kolon rezeksiyonu ve sigmoidektomi ameliyatlarına ilişkin yeterli veri bulunmaması nedeniyle bu ameliyat türleri karşılaştırma testlerine dahil edilmedi.

Hastaların yapılan ameliyat türüne göre, “İlaçlar”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05) (**Tablo 4-9**).

Yapılan ameliyat türüne göre, “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0,05). Anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=33,21±5,73), sol hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=39,08±4,11) anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Yapılan ameliyat türüne göre, “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,01$). Anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=14,36±6,01), hemoroidektomi (Ort.=19,07±4,14) ve sol hemikolektomi ameliyatı (Ort.=19,15±3,18) yapılan hastalara ait ortalama puandan anlamlı derecede düşük olduğu görüldü.

Yapılan ameliyat türüne göre, “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,01$). Hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,84±2,26), sağ hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=18,41±2,71) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Yapılan ameliyat türüne göre, “HÖGÖ” toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,01$). Anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=192,14±24,89), sol hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=212,08±17,19) anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4-10: Hastaların ameliyat öncesi yatış süresine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Ameliyat öncesi yatış süresi	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	0-1 gün	115	33,82	5,22	12	40	-0,279	0,28
	2 gün ve üzeri	16	33,56	6,32	16	40		
Yaşam Aktiviteleri	0-1 gün	115	36,02	5,19	23	45	-0,085	0,932
	2 gün ve üzeri	16	35,88	4,94	26	45		
Toplum ve İzlem	0-1 gün	115	22,63	4,16	11	30	-0,399	0,69
	2 gün ve üzeri	16	22,06	4,27	14	30		
Duruma İlişkin Duygular	0-1 gün	115	17,46	4,48	9	25	-0,169	0,865
	2 gün ve üzeri	16	17,44	3,58	12	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	0-1 gün	115	38,80	3,85	27	45	-0,523	0,601
	2 gün ve üzeri	16	38,19	3,39	30	44		
Yaşam Kalitesi	0-1 gün	115	33,19	3,99	23	40	-0,568	0,57
	2 gün ve üzeri	16	33,38	4,63	22	40		
Cilt Bakımı	0-1 gün	115	19,78	2,88	10	25	-0,018	0,986
	2 gün ve üzeri	16	19,56	1,75	15	21		
HÖGÖ Toplam	0-1 gün	115	201,70	20,39	155	250	-0,109	0,903
	2 gün ve üzeri	16	200,06	20,87	144	244		

^aMann-Whitney U Test

Hastaların ameliyat öncesi yatış süresine göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

	Ameliyat sonrası yatış süresi	n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	0-1 gün	49	33,84	5,26	17	40	-0,217	0,828
	2 gün ve üzeri	82	33,76	5,42	12	40		
Yaşam Aktiviteleri	0-1 gün	49	35,35	6,00	23	45	-0,085	0,278
	2 gün ve üzeri	82	36,39	4,55	26	45		
Toplum ve İzlem	0-1 gün	49	23,31	4,07	14	30	-1,443	0,149
	2 gün ve üzeri	82	22,11	4,17	11	30		
Duruma İlişkin Duygular	0-1 gün	49	17,76	4,90	9	25	-0,733	0,463
	2 gün ve üzeri	82	17,28	4,04	9	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	0-1 gün	49	38,39	4,07	32	45	-1,239	0,215
	2 gün ve üzeri	82	38,93	3,62	27	45		
Yaşam Kalitesi	0-1 gün	49	33,04	3,89	23	40	-0,659	0,51
	2 gün ve üzeri	82	33,32	4,17	22	40		
Cilt Bakımı	0-1 gün	49	20,65	2,31	17	25	-2,462	0,014*
	2 gün ve üzeri	82	19,22	2,88	10	25		
HÖGÖ Toplam	0-1 gün	49	202,33	20,39	169	250	-0,131	0,896
	2 gün ve üzeri	82	201,00	20,47	144	249		

^aMann-Whitney U Test, *p<0,05

Hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05) (**Tablo 4-11**).

Ameliyat sonrası yatış süresine göre, “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Ameliyat sonrası yatış süresi 0-1 gün olan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,65±2,31), ameliyat sonrası yatış süresi 2 gün ve üzeri olan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=19,22±2,88) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4-12: Hastaların daha önce hastaneye yatmış olma durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

Daha önce hastaneye yatmış olma durumu		n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	Evet	95	33,48	5,61	12	40	-0,764	0,445
	Hayır	36	34,58	4,51	23	40		
Yaşam Aktiviteleri	Evet	95	36,18	4,90	23	45	-0,829	0,407
	Hayır	36	35,53	5,79	23	45		
Toplum ve İzlem	Evet	95	22,46	4,14	11	30	-0,249	0,804
	Hayır	36	22,81	4,27	15	30		
Duruma İlişkin Duygular	Evet	95	17,35	4,22	9	25	-0,596	0,551
	Hayır	36	17,75	4,79	9	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Evet	95	38,68	3,70	27	45	-0,096	0,924
	Hayır	36	38,83	4,08	30	45		
Yaşam Kalitesi	Evet	95	33,05	3,85	23	40	-0,606	0,545
	Hayır	36	33,64	4,57	22	40		
Cilt Bakımı	Evet	95	19,68	2,87	10	25	-0,176	0,861
	Hayır	36	19,94	2,47	15	25		
HÖGÖ Toplam	Evet	95	200,89	19,09	155	250	-0,359	0,72
	Hayır	36	203,08	23,66	144	250		

^aMann-Whitney U Test

Hastaların daha önce hastaneye yatmış olma durumlarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Tablo 4-13: Hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olma durumlarına göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu		n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	Evet	79	34,19	4,98	12	40	-0,773	0,44
	Hayır	52	33,17	5,83	16	40		
Yaşam Aktiviteleri	Evet	79	35,80	5,00	23	45	-0,347	0,728
	Hayır	52	36,31	5,39	26	45		
Toplum ve İzlem	Evet	79	22,10	3,90	11	30	-1,588	0,112
	Hayır	52	23,25	4,48	14	30		
Duruma İlişkin Duygular	Evet	79	17,24	3,80	9	25	-0,877	0,381
	Hayır	52	17,79	5,13	9	25		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Evet	79	38,63	3,63	27	45	-0,215	0,83
	Hayır	52	38,87	4,05	30	45		
Yaşam Kalitesi	Evet	79	33,22	3,70	23	40	-0,13	0,897
	Hayır	52	33,21	4,58	22	40		
Cilt Bakımı	Evet	79	19,68	2,58	12	25	-0,452	0,652
	Hayır	52	19,87	3,04	10	25		
HÖGÖ Toplam	Evet	79	200,86	17,82	155	250	-0,179	0,858
	Hayır	52	202,46	23,89	144	250		

^aMann-Whitney U Test

Hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olma durumlarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Hastaların taburcu olup eve gitmeden önce hastanede kalınan süre içerisinde ilgili konular hakkında bilgi alma durumlarının dağılımı (N=131)

Konular	Bilgi Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık süreci	Evet	131	100,0
	Hayır	0	,0
Tedavi ve amacı	Evet	130	99,2
	Hayır	1	,8
İlaçlar ve kullanımı	Evet	115	87,8
	Hayır	16	12,2
Taburculuk sonrası kontrole gitme durumu	Evet	88	67,2
	Hayır	43	32,8
Evde yapılması gereken aktiviteler (oturma banyosu, egzersiz vs.)	Evet	56	42,7
	Hayır	75	57,3
Evde yapılması sakıncalı olan aktiviteler (ağır kaldırma, ağır makine kullanımı vs.)	Evet	56	42,7
	Hayır	75	57,3
Evdeki fiziki çevre düzenlemesi ve evde nelere dikkat edilmesi gerektiği	Evet	35	26,7
	Hayır	96	73,3
Evde beslenme konusunda nelere dikkat edilmesi gerektiği	Evet	64	48,9
	Hayır	67	51,1
Bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği	Evet	96	73,3
	Hayır	35	26,7
Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu	Evet	91	69,5
	Hayır	40	30,5

Hastaların %100'ünün "Hastalık Süreci" konusunda bilgi aldığı (n=131), %99,2'sinin "Tedavi ve amacı" konusunda bilgi aldığı (n=130), %87,8'inin "İlaçlar ve kullanımı" konusunda bilgi aldığı (n=115), %67,2'sinin "Taburculuk sonrası kontrole gitme durumu" konusunda bilgi aldığı (n=88), %42,7'sinin "Evde yapılması gereken

aktiviteler (oturma banyosu, egzersiz vs.)” konusunda bilgi aldığı (n=56), %42,7’sinin “Evde yapılması sakıncalı olan aktiviteler (ağır kaldırma, ağır makine kullanımı vs.)” konusunda bilgi aldığı (n=56), %26,7’sinin “Evdeki fiziki çevre düzenlemesi ve evde nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda bilgi aldığı (n=35), %48,9’unun “Evde beslenme konusunda nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda bilgi aldığı (n=64), %73,3’ünün “Bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda bilgi aldığı (n=96), %69,5’inin “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi aldığı (n=91) belirlendi (**Tablo 4-14**).



Tablo 4-15: Hastaların taburcu olup eve gitmeden önce hastanede kalınan süre içerisinde ilgili konular hakkında bilgi aldıkları kişilerin dağılımı

	Bilgi Alınan Kişi	Sayı (n)	Yüzde (%)
*Hastalık süreci	Hekim	130	99,2
	Hemşire	36	27,5
	Diğer	0	,0
*Tedavi ve amacı	Hekim	128	97,7
	Hemşire	38	29,0
	Diğer	0	,0
*İlaçlar ve kullanımı	Hekim	101	77,1
	Hemşire	58	44,3
	Diğer	0	,0
*Taburculuk sonrası kontrole gitme durumu	Hekim	83	63,4
	Hemşire	36	27,5
	Diğer	3	2,3
*Evde yapılması gereken aktiviteler (oturma banyosu, egzersiz vs.)	Hekim	45	34,4
	Hemşire	26	19,8
	Diğer	0	,0
*Evde yapılması sakıncalı olan aktiviteler (ağır kaldırma, ağır makine kullanımı vs.)	Hekim	41	31,3
	Hemşire	25	19,1
	Diğer	0	,0
*Evdeki fiziki çevre düzenlemesi ve evde nelere dikkat edilmesi gerektiği	Hekim	20	15,3
	Hemşire	20	15,3
	Diğer	0	,0
*Evde beslenme konusunda nelere dikkat edilmesi gerektiği	Hekim	51	38,9
	Hemşire	31	23,7
	Diğer	3	2,3
*Bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği	Hekim	71	54,2
	Hemşire	64	48,9

	Diğer	0	,0
	Hekim	59	45,0
*Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu	Hemşire	68	51,9
	Diğer	0	,0

**Bu soruda katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebildikleri için yüzde toplamları %100 olmayacaktır.*

“Hastalık Süreci” konusunda hastaların %99,2’sinin hekimden, %27,5’inin de hemşireden bilgi aldığı, “Tedavi ve Amacı” konusunda hastaların %97,7’sinin hekimden, %29’unun da hemşireden bilgi aldığı, “İlaçlar ve Kullanımı” konusunda hastaların %77,1’inin hekimden, %44,3’ünün de hemşireden bilgi aldığı, “Taburculuk sonrası kontrole gitme durumu” konusunda hastaların %63,4’ünün hekimden, %27,5’inin hemşireden ve %2,3’ünün de diğer kişilerden bilgi aldığı, “Evde yapılması gereken aktiviteler (oturma banyosu, egzersiz vs.)” konusunda hastaların %34,4’ünün hekimden, %19,8’inin de hemşireden bilgi aldığı, “Evde yapılması sakıncalı olan aktiviteler (ağır kaldırma, ağır makine kullanımı vs.)” konusunda hastaların %31,3’ünün hekimden, %19,1’inin de hemşireden bilgi aldığı, “Evdeki fiziki çevre düzenlemesi ve evde nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda hastaların %15,3’ünün hekimden, %15,3’ünün de hemşireden bilgi aldığı, “Evde beslenme konusunda nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda hastaların %38,9’unun hekimden, %23,7’sinin hemşireden ve %2,3’ünün de diğer kişilerden bilgi aldığı, “Bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda hastaların %54,2’sinin hekimden, %48,9’unun da hemşireden bilgi aldığı, “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda hastaların %45’inin hekimden, %51,9’unun da hemşireden bilgi aldığı belirlendi (**Tablo 4-15**).

Tablo 4-16: Hastaların “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi alma durumuna göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=131)

Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu		n	Ort.	Ss.	Min	Max	^a Z	p
İlaçlar	Evet	91	33,60	5,10	17	40	-1,097	0,273
	Hayır	40	34,20	5,90	12	40		
Yaşam Aktiviteleri	Evet	91	35,58	5,49	23	45	-1,584	0,113
	Hayır	40	36,95	4,16	26	45		
Toplum ve İzlem	Evet	91	22,76	4,20	13	30	-0,733	0,463
	Hayır	40	22,10	4,09	11	30		
Duruma İlişkin Duygular	Evet	91	17,85	4,49	9	25	-1,516	0,129
	Hayır	40	16,58	4,00	9	24		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Evet	91	38,58	3,98	30	45	-1,083	0,279
	Hayır	40	39,05	3,34	27	45		
Yaşam Kalitesi	Evet	91	32,96	4,18	22	40	-0,908	0,364
	Hayır	40	33,80	3,74	26	40		
Cilt Bakımı	Evet	91	20,12	2,44	12	25	-2,074	0,042*
	Hayır	40	18,93	3,27	10	25		
HÖGÖ Toplam	Evet	91	201,45	20,61	144	250	-0,17	0,865
	Hayır	40	201,60	20,09	155	249		

^aMann-Whitney U Test, *p<0,05

Hastaların anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu konusunda bilgi alma durumlarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p>0,05) (Tablo 4-16).

Hastaların “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi alma durumlarına göre, “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Bilgi

aldıklarını belirten hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,12±2,44), bilgi almadıklarını belirten hastalara ait ortalama puandan (Ort.=18,93±3,27) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.



5. TARTIŞMA

Günümüzde hastaların hastanede yatış süreleri kısaldığı için taburculuk eğitimi için ayrılan zaman da daha az olmaktadır. Bu durum planlanmış süreçler çerçevesinde yapılacak bir taburculuk eğitimi gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (Lithner ve ark. 2012). Taburculuk eğitiminin hastanın bireysel özelliklerine ve gereksinimlerine uygun bir şekilde planlı olarak yapılmasının, eğitim kapsamında istenen amaca ulaşılabilmesi konusunda en önemli unsurlardan biri olduğu belirtilmektedir (Demirkıran ve Uzun 2012).

Bu bölümde; kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda 2 bölüm şeklinde tartışıldı.

Bölüm I: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tartışma

Bölüm II: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

BÖLÜM I

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tartışma

Sağlık hizmeti sürecinde, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanması konusunda sağlık ekibi üyelerine birçok sorumluluk düşmekte ve bu sorumlulukları yerine getirmeleri beklenmektedir. Bu nedenle sağlık ekibi üyelerinin hastaların sosyodemografik özelliklerini dikkate alarak taburculuk eğitimini planlamaları ayrı bir önem taşımaktadır (Yalçın ve ark. 2015).

Kolorektal kanserler önemli bir sağlık sorunu olup, görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir (Çavdar 2015; Murphy ve Hawks 2009; LeMone ve ark. 2015). Kolorektal kanserlerde hastalığa yakalanma yaşının genel olarak 50-75 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (Büyükdoğan 2009).

Yılmaz Şahin ve arkadaşlarının (2015) kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 61,3, Karaveli ve arkadaşlarının (2014) kolorektal kanser ameliyatı geçiren

hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 52.12 ± 17.97 , Çakır'ın (2019) cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 62.09 ± 11.25 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının $52,29 \pm 13,49$ olduğu saptandı (Tablo 4-1). Bu sonuca göre yaş grubu açısından çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiği söylenilebilir.

Kolorektal kanserler hem erkeklerde hem de kadınlarda 3.sırada yer almaktadır. Görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 22,8, kadınlarda ise yüz binde 13,8 olarak belirtilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

Aylaz'ın (2011) kolorektal cerrahi geçiren hasta eşlerine ilişkin çalışmasında örneklem kapsamındaki hastaların çoğunluğunun erkek (%54,4), %45,6'sının ise kadın olduğu, Çöğürlü'nün (2015) kolorektal cerrahi girişim sonrasında görülen komplikasyonlara ilişkin çalışmasında çoğunluğunun erkek (57,7), %42,3'ünün ise kadın olduğu, Motamedian'ın (2017) kolorektal kanser hastalarının tanı almadan önceki beslenme alışkanlıklarının incelenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmasında çoğunluğunun erkek (%71,4), %28,6'sının ise kadın olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastaların çoğunluğunun erkek (%53,4), %46,6'sının ise kadın olduğu saptandı (Tablo 4-1). Sonucun diğer çalışmalarla birlikte literatüre paralellik gösterdiği ifade edilebilir.

Başaran Dursun ve Yılmaz'ın (2015) hastaların öğrenim gereksinimlerine yönelik yapmış olduğu çalışmasında hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı (%39,6) olduğu, Tan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%62,4) olduğu, Çetinkaya ve Duru Aşiret'in (2017) dahili ve cerrahi kliniklerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı (%88,4) olduğu, Yılmaz ve Özkan'ın (2015) çalışmasında hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%84,7) olduğu bulunmuştur. Çalışmada hastaların çoğunluğunun öğrenim durumunun lise (%43,5) olduğu saptandı (Tablo 4-1). Diğer çalışmalara göre bu çalışma kapsamında yer alan hasta grubunun eğitim düzeyinin biraz daha yüksek olduğu söylenebilir.

Özel'in (2010) cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmasında hastaların çoğunun ev hanımı (%45,0) olduğu, İlk'in (2010) iç hastalıkları kliniğinde yatan ve kronik hastalığı

olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunun emekli (%42,50) olduğu, Başaran Dursun ve Yılmaz'ın (2015) batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerine yönelik yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunun emekli/ev hanımı (%52,8) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastaların meslek gruplarının genel olarak serbest meslek (%28,3) olduğu saptandı (Tablo 4-1). Çalışmalarda örnekleme alınan hasta gruplarının farklı olduğu düşünüldüğünde meslek grupları arasındaki farklılıkların olağan ve beklenen bir durum olduğu söylenilebilir.

Hasta öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda hastaların medeni durumu incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir (Soyer ve ark. 2018; Çetinkaya ve Duru Aşiret 2017; Sarıtaş ve ark. 2018; Tan ve ark. 2013). Çalışmada hastaların çoğunluğunun evli (%90,8), 9,2'sinin ise bekar olduğu saptandı (Tablo 4-1). Hastaların medeni durumuna yönelik olarak bu sonucun diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Hastaların hastanede kalma sürelerine yönelik literatür incelendiğinde; Bozkurt Karabacak'ın (2019) yapmış olduğu çalışmada hastaların hastanede kalma süresinin 6 ile 10 gün arasında değişmekte olup, ortalama $6,15 \pm 2,00$ gün olduğu belirlenmiştir. Tan ve ark.'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada hastaların %30.6'sının hastanede yatış süresinin 22 günden fazla olduğu, Soyer ve ark.'nın (2018) yapmış oldukları çalışmada ise hastaların hastanede kalma süresinin ortalama 11.2 ± 10.3 gün olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastaların ameliyat öncesi yatış süresi ortalamasının $1,01 \pm 1,09$ gün ve ameliyat sonrası yatış süresi ortalamasının $3,95 \pm 2,72$ gün olduğu saptandı (Tablo 4-2). Diğer çalışmalara göre bu çalışmada hastaların hastanede yatış sürelerinin daha kısa olduğu görülmekte olup, bu durumun enfeksiyon riskini azaltma ve hastaların iyileşme sürecini hızlandırmaya yönelik olumlu yönde etki yapabileceği düşünülmektedir.

Hastaların daha önce hastaneye yatma durumları incelendiğinde; Soyer ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada hastaların %53.0'nun, Demir'in (2018) yapmış olduğu çalışmada hastaların %61.7'sinin, Tan ve ark.'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada hastaların %71.7'sinin daha önceden hastaneye yatmış olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların çoğunluğunun (%72,5) daha önce hastaneye yatmış olduğu belirlenmiş olup (Tablo 4-2), bu sonuç diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Yılmaz Şahin ve arkadaşlarının (2015) kolon ve rektum kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%66,7) daha önce en az bir defa ameliyat geçirmiş olduğu belirlenmiştir. Pamuksuz'un (2017) ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (%57,6) daha önce cerrahi girişim geçirmiş olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların çoğunluğunun (%60,3) daha önce ameliyat geçirmiş olduğu belirlendi (Tablo 4-2). Hastaların daha önce ameliyat geçirme durumlarına göre çalışmaların benzerlik gösterdiği görülmektedir.

BÖLÜM II

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

Taburculuk eğitiminin amacına uygun şekilde yapılabilmesi konusunda öncelikle hastaların gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Hastaların bilgi gereksinimlerinin ve önceliklerinin neler olduğunun saptanması, bilgi gereksinimlerini etkileyen faktörlerin doğru bir şekilde belirlenmesi uygun bir taburculuk eğitiminin planlanması ve bu eğitimin devamlı olarak etkin bir şekilde değerlendirilmesi konusunda olanak sağlamaktadır (Pieper ve ark. 2006; Suhonen ve Leino-Kilpi 2006; Tan ve ark. 2013).

Dağbaşı'nın (2018) artroskopik diz ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalaması $190,37 \pm 30,43$, Çatal'ın (2007) HÖGÖ'ne ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalaması $190,81 \pm 17,05$, Tan ve arkadaşlarının (2013) dahiliye kliniklerinde yatan hastalarla yapmış olduğu çalışmada HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalaması $204,26 \pm 23,85$ olarak saptanmıştır. Çalışmada elde edilen HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalaması sonucu ($201,50 \pm 20,37$) (Tablo 4-3) benzer olup, HÖGÖ'nden en yüksek 250 puan alınabildiği göz önünde bulundurulduğunda hastaların HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu ifade edilebilir. HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalaması sonuçlarının farklı olduğu çalışmalar incelendiğinde; Jacobs'un (2000) cerrahi hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamasının $106,2 \pm 48,6$, Demir'in (2018) genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarla yapmış olduğu çalışmada HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamasının $151,38 \pm 30,22$ olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları arasında görülen farklılıkların, çalışmaların yapıldığı

kurumlar arasında hasta eğitim politikalarının değişiklik göstermesi ve çalışılan örneklem gruplarının özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda bakılan önemlilik düzeyi, madde toplam puan ortalamasının madde sayısına bölünmesiyle ortaya çıkan sonucu ifade etmektedir. Akyol'un (2019) periferik arter ameliyatı olan hastaların öğrenme gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmasında önemlilik düzeyi 3,88, Göksel'in (2019) koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmasında önemlilik düzeyi 3,97, Özel (2010)'in cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmasında önemlilik düzeyi 3,98, Tan ve arkadaşlarının (2013) dahiliye kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada önemlilik düzeyi 4,08 olarak saptanmış olup çalışmada önemlilik düzeyi 4,03 olarak bulundu (Tablo 4-3). HÖGÖ'nin likert tipi yapılanmasına göre bu değer (4,03) "çok önemli" ve "son derece önemli" kategorileri arasında bulunmaktadır. Çalışmada hastaların bilgi gereksinimlerinin olduğu ve bu konuda bilgi verilmesini önemli buldukları sonucuna varıldı.

HÖGÖ alt boyutlarının önemlilik düzeyleri incelendiğinde; Çatal'ın (2007) HÖGÖ'ne ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun "ilaçlar" alt boyutu (3.99) olduğu ve bunu sırasıyla "Tedavi ve Komplikasyonlar" (3.94), "Yaşam Aktiviteleri" (3.87), "Yaşam Kalitesi" (3.83), "Cilt Bakımı" (3,81) ve "Toplum ve İzlem" (3.57) alt boyutlarının izlediği, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise "Duruma İlişkin Duygular" (3.46) alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Tan ve arkadaşlarının (2013) dahiliye kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun "İlaçlar" (4.12) ve "Yaşam Kalitesi" (4.12) alt boyutları olduğu ve bunu "Tedavi ve Komplikasyonlar" (4.11) ve "Yaşam Aktiviteleri" (4.11), "Toplum ve İzlem" (4.00) ve "Duruma İlişkin Duygular" (4.00) alt boyutlarının izlediği, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise "Cilt Bakımı" (3.80) alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Dağbaşı'nın (2018) artroskopik diz ameliyatı geçiren hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun "Tedavi ve Komplikasyonlar" alt boyutu (4.10) olduğu ve bunu sırasıyla "Cilt Bakımı" (3.93), "Yaşam Kalitesi" (3.85), "İlaçlar" (3.83), "Yaşam Aktiviteleri" (3,82) ve "Toplum ve

İzlem” (3.72) alt boyutlarının izlediği, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise “Duruma İlişkin Duygular” (3.09) alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Henderson ve Chien’in (2004) cerrahi girişim geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada, hastaların cerrahi girişim sonrası en fazla bilgi gereksinimlerinin ameliyat sonrası dönem komplikasyonlar ve ilaçlara yönelik olduğunu belirttikleri görülmüştür. Yılmaz Şahin ve arkadaşlarının (2015) kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, hastaların öncelikli olarak bilgi gereksiniminin olduğu alanın “Tedavi ve Komplikasyonlar” olduğu saptanmıştır.

Çalışmada; en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutun “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutu (4,30) olduğu ve bunu sırasıyla “İlaçlar” (4,22) ve “Yaşam Kalitesi” (4,15), “Yaşam Aktiviteleri” (4,00), “Cilt Bakımı” (3,95) ve “Toplum ve İzlem” (3,76) alt boyutlarının izlediği, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutun ise “Duruma İlişkin Duygular” (3,49) alt boyutu olduğu saptandı (Tablo 4-3). Çalışmanın sonuçları yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup, hastaların genel olarak daha çok tıbbi bilgileri ve komplikasyonları önemsedikleri ve taburculuk sonrası dönemde kendi bakımlarını karşılayabilmeleri konusunda gerekli olan bilgilerin önemini yeterince fark etmedikleri söylenilebilir.

Hastaların kolorektal kanser cerrahisi deneyiminden sonra ağrı yönetiminde güçlük, iştahsızlık, bağırsak boşaltımına yönelik sorunlar (ishal, kabızlık gibi), ostomi açılmasına yönelik korku gibi ameliyat sonrası komplikasyonlara ilişkin sorunlar yaşadıkları bilgisi literatürde yer almaktadır (Pan ve ark. 2011; Galloway ve Graydon 1996; Harrison ve ark. 2011; John ve ark. 2011). Çalışmada hastaların “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutuna ilişkin bilgi gereksinimlerinin fazla olmasının, literatür bilgilerini destekler nitelikte olduğu görüldü.

Çalışma ve yapılan diğer çalışmaların sonuçları incelendiğinde; hastaların yattığı klinikler (dahili veya cerrahi klinikler) ve geçirmiş olduğu cerrahi girişime göre bilgi gereksinimleri ya da önceliklerinde farklılıklar olabileceği görülmektedir. Ayrıca çalışmada hastaların tedavi ve komplikasyonlar ile ilaçlara yönelik bilgi gereksinimlerinin fazla olduğu sonucunun elde edilmesi, hastaların tedavi sürecine uyumlandırılmasında bilgilendirmenin önemli olduğu düşünüldüğünde beklenen ve doğal bir sonuç şeklinde yorumlanabilir.

Tüm bireylerin gereksinimleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle taburculuk eğitimleri planlanırken, hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik olabilecek farklılıkların dikkate alınması önemli olmaktadır (Güçlü ve Kurşun 2017).

Kanan'ın (2015) günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada hastaların HÖGÖ "İlaçlar" alt boyutuna yönelik öğrenim gereksinimlerinin yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; bilgi gereksinimi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı çalışmaların da olduğu görülmektedir (Yaman 2008; Özel 2010). Suhonen ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmada ise genç hasta gruplarının bilgi gereksinimlerinin diğer yaş gruplarındaki hastalardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların yaş gruplarına göre, "İlaçlar" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4-4). Bu sonuca göre yaş grubu daha küçük olan hastaların (18-29 yaş) "İlaçlar" alt boyutuna yönelik bilgi gereksinimlerinin, yaş grubu daha büyük olan hastalara (30-50 yaş ve 51 yaş ve üzeri) göre daha fazla olduğu saptandı. Çalışma bulgusunun Suhonen ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. İlaçlar ve kullanımına yönelik olarak hastaların büyük çoğunluğunun (%87,8) bilgi aldığı düşünüldüğünde, yapılan bilgilendirmenin genç yaş grubundaki hastaların beklentilerini karşılamadığı ve genç hastaların yaşlı hastalara göre algılarının daha güçlü olması, daha az ilaç kullanmaları ve eğitim düzeylerinin iyi olması gibi nedenlere bağlı olarak böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülebilir.

Dağbaşı'nın (2018) artroskopik diz ameliyatı geçiren hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada hastaların yaşları arttıkça "Duruma İlişkin Duygular" alt boyutundan aldıkları puanların da arttığı, aralarında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır. Özel'in (2010) cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, öğrenim gereksinimleri ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da yaş ortalaması arttıkça "Duruma İlişkin Duygular" alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir. İlk'in (2010) iç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim gereksinimlerinin

belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada ise “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanının yaşa göre anlamlılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada yaş gruplarına göre, “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-4). Yaş grubu daha küçük olan hastaların (18-29 yaş) “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamalarının, yaş grubu daha büyük olan hastalara göre (30-50 yaş ve 51 yaş ve üzeri) daha yüksek olduğu saptandı. 18-29 yaş döneminin ergenliğin son dönemleri ve genç erişkinliğin başlangıç dönemini kapsıyor olması, bu yaş dönemindeki bireylerin hastalıklarla karşılaşma olasılığının daha az olması, toplum içinde aktif bir role sahip olmaları ve bu yaş dönemindeki bireylerin hastalıklarla karşılaştıklarında duygusal çatışma ve yetersizlik durumunu daha çok hissedebileceklerinden dolayı böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülebilir.

Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda desteğe gereksinimi olan veya bu konuda bağımlı olan hastalar, ev ve iş yaşantılarında rutin olarak yaptıkları fiziksel hareketlerin (merdiven çıkmak, işe gitmek vs.) sağlık durumlarını nasıl etkileyecekleri konusunda endişe yaşayabilmektedir (Pamuksuz 2017).

Pamuksuz’un (2017) ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisini incelediği çalışmasında, yapılan ameliyatın türüne göre en düşük bağımsızlık düzeyine sahip olan amputasyonlu hastaların öğrenim gereksinimlerinin en fazla olduğu alanın yaşam aktiviteleri olduğu saptanmıştır. Çalışmayla benzer olarak Pantera ve arkadaşları (2014) tarafından amputasyon geçiren hastalarla yapılan çalışmada, hastaların en çok öz bakım gereksinimlerini karşılayacak yaşam aktiviteleri konularında eğitim almak istedikleri belirlenmiştir.

Çalışmada yapılan ameliyat türüne göre, “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=33,21±5,73), sol hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=39,08±4,11) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-9). Anal fistül ameliyatı gibi küçük bir ameliyat geçiren hastaların sol hemikolektomi gibi büyük bir ameliyat geçiren hastalara göre yaşam aktivitelerine yönelik öğrenim gereksinimlerinin daha az olması, geçirdikleri büyük ameliyatlara bağlı

olarak bağımsızlıkları azalan hastaların yaşam aktivitelerine yönelik daha fazla bilgi arayışına girmeleri ve böylece öğrenme gereksinimlerinin ortaya çıkması ile açıklanabilir.

Yapılan cerrahi girişim türünün bireylerde stres oluşturma özelliğine göre, cerrahi hastalarının bilgiye gereksinim duyduğu konuların önceliği değişmektedir (Çatal 2007).

Taşdemir ve arkadaşlarının (2010), nöroşirürji hastalarının öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyi açısından ameliyat sınıfları ile yapılan karşılaştırma sonucunda küçük ve orta sınıf ameliyat geçirmiş olanlar arasında fark bulunmamış olup, büyük ve orta sınıf ameliyat ile büyük ve küçük sınıf ameliyatlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özel'in (2010) çalışmasında yapılan ameliyat türüne göre hastaların öğrenim gereksinimleri değerlendirildiğinde; kolon, mide, batında kitle, karaciğer, pancreas ve meme gibi büyük sınıf ameliyat geçirmiş olan hastaların "Duruma İlişkin Duygular" puanının diğer sınıf ameliyat geçiren hastaların puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada yapılan ameliyat türüne göre, "Duruma İlişkin Duygular" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=14,36±6,01), hemoroidektomi (Ort.=19,07±4,14) ve sol hemikolektomi ameliyatı (Ort.=19,15±3,18) yapılan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4-9). Anal fistül ameliyatı gibi küçük bir ameliyat geçiren hastaların sol hemikolektomi gibi büyük bir ameliyat geçiren hastalara göre "Duruma İlişkin Duygular" alt boyut puanının düşük yani bu konuda öğrenim gereksinimlerinin az olmasının olağan ve beklenen bir durum olduğu söylenilebilir. Anal fistül ameliyatı yapılan hastaların "Duruma İlişkin Duygular" alt boyut puanının hemoroidektomili hastalara göre düşük olması, hemoroidektominin ameliyat sonrası dönem şikayetlerinin hastalar için rahatsız edici olabilmesi ve hemoroidektomi ameliyatı sonrası oturma banyosu vb. uygulamaların olması ile ilişkilendirilebilir.

Ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesi genel olarak 6-8 hafta sürmekte olup, bu nedenle hastaların taburculuk sonrası süreçte cilt bakımına yönelik bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Hastalara ameliyat sonrası dönemde ameliyat yeri bakımını nasıl yapacakları, bu konuda nereden ve kimden yardım alabileceklerine ilişkin gerekli açıklamalar yapılmalı, bu konudaki soruları yanıtlanmalıdır (Bozkurt Karabacak 2019).

Erdoğan'ın (2012) açık kalp ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının

dağılımı incelendiğinde; kapak ameliyatı yapılan bireylerin “cilt bakımı” alt boyutunda diğer gruplara göre öğrenim gereksinimlerine ilişkin bir anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Henderson ve Zernike'nin (2001) taburculuk bilgilerinin abdominal veya kolorektal cerrahi girişim geçiren hastalar üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, taburcu edilmeden önce hastaların %73'ünün yara bakımı konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %91'inin bu bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir. Bozkurt Karabacak'ın (2019) çalışmasında hastaların “Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?” sorusunun yanıtına duydukları gereksinimin hastaların en önemli öğrenim gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada yapılan ameliyat türüne göre, “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,84±2,26), sağ hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=18,41±2,71) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4-9). Hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastaların “Cilt Bakımı” alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerinin sağ hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara göre daha yüksek olmasının, hemoroidektomi yapılan hastaların ameliyatının rektumda cilde yakın olması ve hastaları daha fazla rahatsız etmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Kolorektal cerrahide ameliyat sonrası dönemde karın içi apse, fistül, yara yeri enfeksiyonu, üriner ve bağırsak boşaltımında değişiklik gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Çavdar 2015; Lacy ve ark. 2002).

Gürsoy'un (2001) ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve neden olabilecek etmenlerin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada, yapılan ameliyat türünün hastaların kaygısını etkilediği belirlenmiştir. Kayhan'ın (2003) cerrahi hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilişkisini incelediği çalışmasında, tiroidektomi ameliyatı yapılan hastalarda görülen komplikasyonların diğer ameliyatların yapıldığı hastalara göre daha fazla olduğu ve bu hastaların anksiyete düzeylerinin herni ve kolesistektomi gibi ameliyatların yapıldığı hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmada yapılan ameliyat türüne göre, “HÖGÖ” toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; anal fistül ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=192,14±24,89), sol hemikolektomi ameliyatı yapılan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=212,08±17,19) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4-9. Anal fistül gibi küçük bir ameliyat geçiren hastaların taburculuk

sonrası öğrenim gereksinimlerinin sol hemikolektomi gibi büyük bir ameliyat geçiren hastalara göre daha az olması, büyük ameliyatlarda komplikasyon gelişme riskinin daha fazla olması ve buna bağlı olarak daha fazla kaygı duyulması ile açıklanabilir.

Hastanın hastaneye kabul edilmesi ile birlikte başlayan taburculuk süreci, tedavisi bittikten sonra hastaneden ayrılması ile sona ermektedir. Taburcu olmadan önce hastalar, evde bakım gereksinimlerini karşılayacak düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Coşkun ve Akbayrak 2001).

Orgun ve Şen'in (2012) çalışmasında, hastaların hastanede kalış süresi uzadıkça cilt bakımına daha fazla önem verdikleri belirlenmiştir. Özel'in (2010) çalışmasında, hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre öğrenim gereksinimleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmada ameliyat sonrası yatış süresine göre, "Cilt Bakımı" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; ameliyat sonrası yatış süresi 0-1 gün olan hastalara ait ortalama puanın (Ort.=20,65±2,31), ameliyat sonrası yatış süresi 2 gün ve üzeri olan hastalara ait ortalama puandan (Ort.=19,22±2,88) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-11). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, ameliyat sonrası yatış süresi daha kısa (0-1 gün) olan hastaların "Cilt Bakımı" alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerinin ameliyat sonrası yatış süresi daha uzun (2 gün ve üzeri) olan hastalara göre yüksek olduğu belirlendi. Günümüzde hastaların hastanede kalış süresinin kısaldığı ve bu nedenle taburculuk eğitimine ayrılan zamanın daha kısıtlı olduğu düşünüldüğünde, ameliyat sonrası yatış süresi daha kısa olan hastaların cilt bakımına yönelik bilgilendirilmeye gereksinim duymasının beklenen ve olağan bir durum olduğu söylenilebilir.

Sağlık ekibi üyeleri içerisinde hastalarla daha fazla zaman geçiren ve etkileşimi daha çok olan hemşirelere, ekip içi koordinasyonun sağlanması, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanması konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir (Ercan 2006).

Özel'in (2010) çalışmasında, hastaların bilgileri çoğunlukla hekimlerden aldıkları ve taburculuk eğitiminde hemşirelerin etkin bir rol almadığı belirlenmiştir. Akyol'un (2019) çalışmasında, eğitim alan bireylerin çoğunlukla hekimler tarafından bilgilendirildiği ve hemşirelerin taburculuk eğitiminde aktif bir rol almadığı belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların tamamının (%100) hastalık sürecine yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%99,2) hekimden aldıkları, tedavi ve amacına yönelik hastaların çoğunun (%99,2) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%97,7) hekimden aldıkları, ilaçlar ve kullanımına yönelik hastaların çoğunun (%87,8) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%77,1) hekimden aldıkları, taburculuk sonrası kontrole gitme konusunda hastaların çoğunun (%67,2) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%63,4) hekimden aldıkları, bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda hastaların çoğunun (%73,3) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%54,2) hekimden aldıkları, anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu konusunda hastaların çoğunun (%69,5) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%69,5) hemşireden aldığı belirlendi (Tablo 4-14) (Tablo 4-15). Bu çalışma bulgusu, diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar, hastaların taburculuğa ilişkin sınırlı bilgilerini çoğunlukla hekimlerden aldığı ve hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin taburculuk eğitimi sürecinde yeterince yer almadığı yönündedir. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici alanlarında en önemli rollerinden birinin eğitim olduğu düşünüldüğünde, sonuçların bu şekilde olması hemşirelerin bu rollerini yeterli düzeyde ve etkili bir şekilde yerine getiremediğini düşündürmektedir.

Rektum ve anüse yönelik yapılan cerrahi girişimler sonrasında, perineal yara veya insizyonun yapıldığı bölge kapalı olabilmekte, tercihe göre ikincil iyileşmeye bırakılmaktadır. Hemşire insizyonun yapıldığı bölgeyi sabun ve suyla temizlemek için pansuman değişim aralıklarını belirlemeli ve bu konuda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir (Çavdar 2015).

Bu çalışmada “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi aldıklarını belirten hastaların “Cilt Bakımı” ortalama puanı, bilgi almadıklarını belirten hastalardan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-16). Anal bölge temizliği ile ilgili bilgi alan hastaların cilt bakımına yönelik öğrenim gereksinimlerinin fazla olduğu belirlendi. Bu sonuca göre, “Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu” konusunda bilgi aldıklarını belirten hastaların yapılan bilgilendirmenin içeriğini yeterli bulmadıkları ya da verilen bilgilerin hastaların beklentilerini karşılamadığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada;

- Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının $52,29 \pm 13,49$, çoğunluğunun erkek (%53,4) ve evli (%90,8) olduğu, öğrenim durumlarının genel olarak lise (%43,5) ve meslek gruplarının da genel olarak serbest meslek (28,3) olduğu,
- Ameliyat öncesi yatış süresi ortalamasının $1,01 \pm 1,09$ gün ve ameliyat sonrası yatış süresi ortalamasının $3,95 \pm 2,72$ gün olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun daha önce hastaneye yatmış (%72,5) ve daha önce ameliyat geçirmiş olduğu (%60,3),
- Hastaların geçirmiş olduğu ameliyatlardan genel olarak hemoroidektomi (%32,8) ve sağ hemikolektomi (%22,1) olduğu,
- HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu, HÖGÖ'nin en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutlarının **“Tedavi ve Komplikasyonlar”** (4,30) ve **“İlaçlar”** (4,22) olduğu, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise **“Duruma İlişkin Duygular”** (3,49) olduğu belirlendi.
- Yaş ve ameliyat türü değişkenlerinin hastaların öğrenim gereksinimlerini etkilediği, genç yaş grubunda olan hastaların, sol hemikolektomi ve hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlendi.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p > 0,05$), 18-29 yaş grubunda bulunan hastaların “İlaçlar” ve “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamalarının 30-50 yaş ve 51 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların cinsiyeti, öğrenim durumları, medeni durumları ve meslek gruplarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt

Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

- Çalışma kapsamına alınan hastaların yapılan ameliyat türüne göre, “İlaçlar”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p>0,05$), ameliyat türüne göre, “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puan ortalamaları ($p<0,05$), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puan ortalamaları ($p<0,01$), “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları ($p<0,01$) ve “HÖGÖ” toplam puan ortalamaları ($p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi yatış süreleri, daha önce hastaneye yatmış olma ve daha önce ameliyat geçirmiş olma durumlarına göre, “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).
- Çalışmada hastaların tamamının (%100) hastalık sürecine yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%99,2) hekimden aldıkları, tedavi ve amacına yönelik hastaların çoğunun (%99,2) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%97,7) hekimden aldıkları, ilaçlar ve kullanımına yönelik hastaların çoğunun (%87,8) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%77,1) hekimden aldıkları, taburculuk sonrası kontrole gitme konusunda hastaların çoğunun (%67,2) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%63,4) hekimden aldıkları, bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda hastaların çoğunun (%73,3) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%54,2) hekimden aldıkları, anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu konusunda hastaların çoğunun (%69,5) bilgi aldığı ve bu bilgiyi çoğunlukla (%69,5) hemşireden aldığı belirlendi.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelere eğitici rollerini tam olarak benimsetecek şekilde hizmet içi eğitim programlarına ağırlık verilmesi,
- Hasta eğitiminin bir parçası olan taburculuk eğitimi planlanırken, hastaların öğrenmeye gereksinim duydukları ve öncelikli buldukları konuların belirlenmesi,

- Taburculuk eğitimlerinin hastaların bireysel özellikleri ve gereksinimleri dikkate alınarak, her bir hastaya özgü olacak şekilde planlanması ve uygulanması,
- Araştırma kapsamında öncelikli olarak belirlenen konuların kolorektal cerrahi geçirmiş olan hastaların taburculuk planlama sürecine dahil edilmesi,
- Hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmaların daha farklı cerrahi grubu hastaları ile, daha geniş bir örneklemede yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aasa, A., Hovback, M. ve Bertero, C.M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, **22**, 1604-1612.
- Akbari, M. ve Şenol Çelik, S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **20**: 442–449. Erişim 06.11.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525341/>
- Akça Ay, F. (2008). *Temel Hemşirelik*. İstanbul : Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
- Akça Ay, F. ve Turan Ertem, Ü. (2015). Hasta kabulü ve taburculuk. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 201-202.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (2. Basım). İstanbul: Sistem Ofset Yayıncılık.
- Akın, S. (2012). Kolorektal kanserler ve bakım. İçinde Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 180-181.
- Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2012). *Cerrahi Hemşireliği*. (1. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- Aksoy, G. ve Yazıcı Sayın, Y. (2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **8**, 39-46.
- Akyol, B. (2019). Periferik arter ameliyatı olan hastaların öğrenme gereksinimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Akyolcu, N. (2017). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (2. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 363-364.
- Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (1. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 257-300.

Akyüz, N. ve Akyolcu, N. (2017). Günübirlik cerrahi ve hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds). *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 400-401.

Alev, İ. (2013). *Kolon Rektum Anal Kanalın Cerrahi Hastalıkları*. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

Alfonsi, P., Slim, K., Chauvin, M., Mariani, P, Faucheron, J.L. ve Fletcher, D. (2014). French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *Journal of Visceral Surgery*, **151**, 65-79.

Arıcı Karazeybek, E. ve Özbayır, T. (2005). Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **21**: 1-11. Erişim 13.11.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/836104>

Aslan, F.E. ve Arlı, Ş.K. (2017). Gastrointestinal sistem cerrahisinde bakım. İçinde F.E. Aslan (Ed.), *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte* (2nd ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 486-496.

Atabek Aştı, T. ve Karadağ, A. (2011). *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Adana: Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.

Auger, S. ve Verbiest, S. (2007). Lay health educators' roles in improving patient education. *North Carolina Medical Journal*, **68**: 333-335. Erişim 13.09.2019, <http://classic.ncmedicaljournal.com/wp-content/uploads/NCMJ/sep-oct-07/auger.pdf>

Avşar, G. ve Kaşıkçı, M. (2011). Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, **17**: 67-71. Erişim 11.09.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-172X.2010.01908.x>

Aydın, Ç.F. (2000). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Aylaz, G. (2011). Kolorektal cerrahi sonrası hasta eşlerinin yaşam kalitesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Babacan, E. ve Alıcı, S.U. (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **5**: 29-30. Erişim 13.09.2019, https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_5_2_29_36.pdf
- Başaran Dursun, H. ve Yılmaz, E. (2015). Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2**, 65-70.
- Bayat, M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14**: 66-72. Erişim 06.11.2019, <http://sagens.erciyes.edu.tr/dergi/hemsire/meral.pdf>
- Biol, L. (2000). *Hemşirelik Süreci*. (4. Basım). İzmir: Bozyaka Matbaacılık.
- Biol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*. (6. Basım). İzmir: Etki Matbaacılık.
- Biol, L. (2011). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Bokey, E.L., Chapuis, P.H., Fung, C., Hughes, W.J., Koorey, S.G., Brewer, D. ve ark. (1995). Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer. *Diseases of the Colon and Rectum*, **38**, 480-486.
- Bowles, K.H., Foust, J.B. ve Naylor, M.D. (2003). Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, **16**: 134- 143. Erişim 31.10.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S089718970300048X-main.pdf>
- Bozfakıoğlu, Y. ve Müslümanoğlu, M. (1997). Kolon hastalıkları. İçinde Ü. Değerli, Y. Bozfakıoğlu (Eds), *Cerrahi Gastroenteroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 142-168.
- Bozkurt Karabacak, E. (2019). Total diz protezi uygulanan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Brekke, A., Elfenbein, M.D., Madkhali, T., Schaefer, S.C., Shumway, C., Chen, H. ve ark. (2016). When patients call their surgeon's office: an opportunity to improve the quality of surgical care and prevent readmissions. *The American Journal of Surgery*, **211**: 599-604. Erişim 10.11.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S0002961015300180-main.pdf>
- Brewer, L., Phillips, B.R. ve Boss, B.J. (2002). Cardiac and cardiovascular rehabilitation. İçinde S.P. Hoeman (Ed.), *Rehabilitation Nursing. Process, Application&Outcomes*. London: Mosby; 723-746.

Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle, L., Pringle, D. ve ark. (1990). The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. *Journal Advanced Nursing*, **15**, 1181-1187.

Buğra, D. (2004). Kolon, rektum, anal bölge anatomisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*, **9**, 1-9.

Buğra, D. (2010). Laparoskopik kolon cerrahisi. İçinde A. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim, C. Terzi (Eds), *Kolon ve Rektum Kanserleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 253-254.

Bull, M.J. ve Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, **35**, 571-581.

Bulut, H. (2014). Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. İçinde T. Atabek Aştı, A. Karadağ (Eds), *Hemşirelik Esasları 2: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 716-717.

Burch, J. (2009). What does enhanced recovery mean for the community nurse?. *British Journal of Community Nursing*, **14**, 492-494.

Büyükdoğan, M. (2009). Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi*, **25**: 171-180. Erişim 10.12.2019,

<https://www.selcukmedj.org/uploads/publications/SUTD-69.pdf>

Büyükıılmaz, F. ve Şendir, M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**, 74-81.

Candan, Y., Kaymakçı, Ş. ve Özşaker, E. (2002). Cerrahide Hasta Eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Carmichael, J.C., Keller, D.S., Baldini, G., Bordeianou, L., Weiss, E., Lee, L. ve ark. (2017). Clinical practice guidelines for enhanced recovery after colon and rectal surgery from the American society of colon and rectal surgeons and society of American gastrointestinal and endoscopic surgeons. *Diseases of the Colon & Rectum*, **60**: 761-784. Erişim 01.12.2019,

https://www.fascrs.org/sites/default/files/downloads/publication/clinical_practice_guidelines_for_enhanced_recovery.3.pdf

Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Carroll, A. ve Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, **16**, 882-886.

Cheatham, M.L., Chapman, W.C., Key, S.P. ve Sawyers, J.L. (1995). A meta-analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective laparotomy. *Annals of Surgery*, **221**: 469-478. Erişim 30.11.2019,

<https://pdfs.semanticscholar.org/50cb/b9b61d793809ee07c79af67b59ea25e26bc7.pdf>

Christensen, L.B. (2003). Care of the surgical patient. İçinde L.B. Christensen, O.E. Kockrow (Eds), *Adult Health Nursing*. USA: Mosby An Affiliate of Elsevier; 168-173.

Collier, E.J. ve Harrington, C. (2005). Discharge planning, nursing home placement, and the internet. *Nursing Outlook*, **53**: 95-103. Erişim 31.10.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S0029655405000217-main.pdf>

Coşkun, H. ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5**, 63-68.

akır, H. (2019). Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.

Çakırcalı, E. (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir: Güven Nobel Tıp Kitabevleri.

atal, E. (2007). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

atal, E. ve Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **1**, 19-32.

Çavdar, İ. (2015). Kolon, rektum ve anal kanserler. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 711-712.

Çelebi, C. (2015). Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çetinkaya, F. ve Duru Aşiret, G. (2017). Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **10**, 93-99.

Çınar Pakyüz, S. ve Demir Korkmaz, F. (2017). Bağırsak ve rektum hastalıkları. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Eds), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 681-687.

Çöğürlü, O. (2015). Kolorektal cerrahi girişimlerde ameliyat sonrası komplikasyonların clavien-dindo sınıflandırılması ile değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Dağbaşı, Ö. (2018). Artroskopik diz ameliyatı sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dağıstanlı, S., Kalaycı, M.U. ve Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, **10**, 9-20.

Daniels, R. ve Nicoll, L.H. (2012). *Contemporary Medical Surgical Nursing*. (2nd ed.). Delmar, Washington: Cengage Learning International Offices.

Demir, E. (2018). Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Demirdağ, H. ve Karaöz, S. (2015). Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **23**, 1-10.

Demirkıran, G. ve Uzun, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **28**: 1-12. Erişim 07.11.2019,

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825446>

Dentlinger, N. ve Ramdın, V. (2015). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*. (S. Çelik ve Ö.U. Yeşilbalkan, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Dinç, L. (1997). Hastanın kabulü ve taburculuğu. İçinde M. Atalay (Ed.), *Hemşirelik Esasları El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 25-28.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, **31**: 1165-1173. Erişim 31.10.2019,

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x>

Dünya Sağlık Örgütü (2018). Situation Reports. Erişim 10.12.2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Ekinci, H., Kurt, N., Bildik, N., Çevik, A., Altıntaş, M., Dalkılıç, G. ve ark. (2000). Mekanik intestinal obstrüksiyonlar. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **11**: 823-824. Erişim 06.12.2019, https://www.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH-41736-CASE_REPORT-EKINCI.pdf

Ercan, E. (2006). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Erdil, F. ve Özhan Elbaş, N. (1999). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (3. Basım). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

Erdil, F. ve Özhan Elbaş, N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (4. Basım) Ankara: Tasarım- Ofset Ltd. Şti.

Erdoğan, M. (2012). Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ertem, Ü. ve Akça Ay, F. (2007). Hasta kabulü ve taburculuk. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (1. Basım). İstanbul: Medikal Yayıncılık; 133-135.

- Ertem, Ü.T. (2007). Eğitim ve öğrenme. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (1. Basım). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 102–106.
- Ertem, Ü.T. (2012). Eğitim ve öğrenme. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. (4. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 144-146.
- Erzurumlu, K. (2008). *Genel Cerrahiye Giriş*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fadıloğlu, Ç. (2006). Kanser hastasının evde bakımı. İçinde M. Uyar, R. Uslu ve Y. Kuzeyli (Eds), *Kanser ve Palyatif Bakım*. İzmir: Meta Basım; 371-402.
- Feagan, B. ve Rishmond, S.Y. (2003). Epidemiology of inflammatory bowel diseases. İçinde G.R. Lichenstein (Ed.), *The Clinician's Guide to Inflammatory Bowel Disease*. USA: Slack; 1-6.
- Fındık, Ü.Y. (2017). Cerrahi süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. İçinde F.E. Aslan (Ed.), *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 446-447.
- Galloway, S.C. ve Graydon, J.E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, **19**, 112-117.
- Goodman, H. (1997). Patients perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, **25**, 1241- 1251.
- Gorman, L.M. ve Sultan, D.F. (2014). *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. (F. Öz ve M. Demiralp, Çev.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Göksel, T.Ö. (2019). Koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimleri. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- Gustafsson, U.O., Scott, M.J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N. ve ark. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, **37**: 259-284. Erişim 01.12.2019, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00268-012-1772-0.pdf>
- Guyton, A.C. (1998). *Tıbbi Fizyoloji*. (H.A. Çavuşoğlu, Çev.). İstanbul: Nobel Yayınevi.

- Güçlü, A. ve Kurşun, Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **20**, 107-113.
- Gürler, H. ve Yılmaz, M. (2011). Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri”. *Fırat Tıp Dergisi*, **16**, 141-146.
- Gürsoy, A.A. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **1**, 23-29.
- Hacıoğlu, N. (2013). *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*. (2. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hacıoğlu, N. (2016). Sağlık eğitimi. İçinde B. Erci (Ed.), *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri; 204-218.
- Harrison, J., Young, J., Auld, S., Masya, L., Solomon, M. ve Butow, P. (2011). Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit. *Colorectal Disease*, **13**, 1400-1406.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1 Ağustos 1998). Erişim 14.10.2019, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- Heidenthal, P., Braaten, N., Desmond, M. ve Shah, S.A. (2008). Patient and health care education. İçinde P. Kelly (Ed.), *Nursing Leadership & Management*. New York: Thomson Delmar Learning; 409-433.
- Henderson, A. ve Chien, W.T. (2004). Information needs of Hong Kong chinese patients undergoing surgery, *Journal of Clinical Nursing*, **13**, 960-966.
- Henderson, A. ve Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, **35**, 435-441.
- Hill, L. H., Macdermod, S. ve Lesuer, K. (2006). The suitability of patient education materials for poor and underserved populations in a large metropolitan area. *Adult Education Research Conference*, 160-164.
- Huang, T.T. ve Liang, S.H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 1193-1201.

Huber, C. ve Blanco, M. (2010). Cleaning up the discharge process. A number of components - and personnel - are crucial to success. *The American Journal of Nursing*, **110**, 66-69.

Huber, D.L. ve McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing*, **19**: 204–210. Erişim 28.10.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S8755722303000711-main.pdf>

Inott, T. ve Kennedy, B.B. (2011). Assessing learning styles: practical tips for patient education. *Nursing Clinics of North America*, **46**, 313-314.

Ivnik, M. ve Jett, M.Y. (2008). Creating written patient education materials. *CHEST*, **133**, 1038 –1040.

İlçe, A., Totur, B. ve Özbayır, T. (2010). Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences*, **27**, 178-84.

İlk, A. (2010). İç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, **13**, 12-18.

Jett, M.Y. ve Ivnik, M.A. (2010). Translating patient education materials. *CHEST*, **137**, 488-490.

Jiang, K., Cheng, L., Wang, J.J., Li, J.S., ve Nie, J. (2009). Fast track clinical path way implications in esophago gastrectomy. *World Journal of Gastroenterology*, **15**, 496-501.

John, S., George, S., Primrose, J. ve Fozard, J. (2011). Symptoms and signs in patients with colorectal cancer. *Colorectal Disease*, **13**, 17-25.

Kanan, N. (2017). Ameliyat sırası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (2. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 301-334.

Kanan, N. (2002). Cerrahi Hastasında Erken Taburculuk. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

- Kanan, N. (2015). Günübirlilik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kang, C.Y., Chaudhry, O.O., Halabi, W.J., Nguyen, V., Carmichael J.C., Stamos, M.J. ve ark. (2012). Outcomes of laparoscopic colorectal surgery: data from the Nationwide inpatient sample 2009. *American Journal of Surgery*, **204**, 952-957.
- Kaptan, G. (2012). *Teoriden Uygulamaya İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*. (1.Basım). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Karaveli, S., Özbayır, T. ve Karacabay, K. (2014). Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17**, 90-96.
- Karimi, H. (2011). Applying nursing process education in workshop framework. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, **29**: 561-566. Erişim 07.11.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S1877042811027376-main.pdf>
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, **42**, 297-303.
- Kaya, H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, **1**: 19-23. Erişim 11.09.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/hemsirelikbil1-1-3.pdf>
- Kaya, N. ve Turan, N. (2014). Hareket ve egzersiz. İçinde T. Atabek Aştı ve A. Karadağ (Eds), *Hemşirelik Esasları 1: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 340-341.
- Kayhan, C. (2003). Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Kelly, R.B. ve Falvo, D. (2002). Patient education. İçinde R. Rakel (Ed.), *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Khan, S., Gatt, M., Horgan, A., Anderson, I. ve MacFie, J. (2009). Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. *Association of Surgeons of Great Britain and Ireland*, 1-24.

Korkmaz, F.D. (2014). Gastrointestinal stomalar. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Eds), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 701-702.

Korkmaz, S. (2011). Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan yaşlı hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Lacy, A.M., García-Valdecasas, J.C., Delgado, S., Castells, A., Taurá, P., Pique, J.M. ve ark. (2002). Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet*, **359**: 2224–29. Erişim 05.12.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S0140673602092905-main.pdf>

Lago, R.J., Noetscher, C.M. ve Murphy, M.P. (2001). Hospital readmission: predicting risk. *Journal of Nursing Care Quality*, **15**, 69-83.

LeMone, P., Burke, K., Bauldoff, G. ve Gubrud, P. (2015). *Medical Surgical Nursing*. (6th ed.). Boston: Pearson Education.

Lerret, S.M. (2009). Discharge readiness: an integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, **14**: 245-55. Erişim 04.11.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-6155.2009.00205.x>

Lithner, M., Johansson, J., Andersson, E., Jakobsson, U., Palmquist, I. ve Klefsgard, R. (2012). Perceived information after surgery for colorectal cancer-an explorative study. *Colorectal Disease*, **14**:1340-1350. Erişim 10.11.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1463-1318.2012.02982.x>

Maloney, L.R. ve Weiss, M. (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, **17**: 200-219. Erişim 24.10.2019, <https://pdfs.semanticscholar.org/6d62/41201e2bea91c7ab9e4b96f5adceaa24a0fc.pdf>

Mauk, K.L. (2014). *Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım*. (H. Çiçek ve L. Özdemir, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory; Middle Range and Situation-Specific Theories In Nursing Research and Practice*. New York: Springer & Publishing Company.

Menteş, B. ve Irkörüçü, O. (2003). Kolon fizyolojisi. İçinde K. Alemdaroğlu, T. Akçal,

D. Buğra (Eds), *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği; 31-38.

Merrett, N.D., Lubowski, D.Z. ve King, D.W. (1992). Torsion of the vermiform appendix: a case report and review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, **62**, 981-983.

Miller, J.F., Piacentine, L.B. ve Weiss, M. (2008). Coping difficulties after hospitalization. *Clinical Nursing Research*, **17**: 278-296. Erişim 31.10.2019, <https://pdfs.semanticscholar.org/f76a/ad43636d2f41ecc12d1651d0ef09cdaf7a2c.pdf>

Morris, J., Spencer, J.A. ve Ambrose, N.S. (2000). MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. *Radiographics*, **20**: 623-635. Erişim 07.12.2019, <https://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/radiographics.20.3.g00mc15623>

Mosleh, S. M., Eshah, N. F. ve Darawad, M. (2016). Percutaneous coronary intervention and heart surgery learning needs of patients in Jordan. *International Nursing Review*, **63**: 562-571. Erişim 19.10.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12318>

Motamedian, B. (2017). Kolorektal kanser hastalarının tanı almadan önceki beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Muma, R.D. ve Lyons, B.A. (2012). *Patient Education A Practical Approach*. (2nd ed.). Burlington, USA: Jones & Bartlett Learning.

Murphy, D.P. ve Hawks, J.H. (2009). Management of clients with intestinal disorders. İçinde S.M. Black, J.H. Hawks (Eds). *Medical Surgical Nursing*. USA: Saunders; 678-726.

Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D., Pauly, M.V. ve ark. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*, **281**: 613-620. Erişim 31.10.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/joc80991.pdf>

Ng, W.Q. ve Neill, J. (2006). Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 696-709.

Orgun, F. (2014). Sağlık eğitimi ve sağlığın iyileştirilmesi. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Eds), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 50-57.

Orgun, F. ve Şen, G. (2012). Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, **2**, 52-64.

Osterman, M.T. ve Lichtenstein, G.R. (2016). Ulcerative colitis. İçinde M. Feldman, L.S. Friedman, L.J. Brandt (Eds), *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. (10th ed.). Philadelphia: Elsevier, Saunders; 2023-2061.

Özcan, A. (2006). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. (2. Basım). Ankara: Sistem Ofset Yayıncılık.

Özden, M. (2003). *Sağlık Eğitimi Ders Kitabı*. (2. Basım). Ankara: Pozitif Tasarım Yayıncılık.

Özel, S. (2010). Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özkum İzveren, A. ve Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46. Erişim 14.12.2019, http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_122.pdf

Pamuksuz, H. (2017). Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Pan, L.H., Tsai, Y.F., Chen, M.L., Tang, R. ve Chang, C.J. (2011). Symptom distress and selfcare strategies of colorectal cancer patients with diarrhea up to 3 months after surgery. *Cancer Nursing*, **34**, E1-9. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181e3ca21.

Pantera, E., Pourtier Piotte, C., Bensoussan, L. ve Coudeyre, E. (2014). Patient education after amputation: systematic review and experts' opinions. *Annals of Physical Rehabilitation Medicine*, **57**, 143-58.

Paul, S. (2008). Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence? *Critical Care Nurse*, **28**: 66-81. Erişim 07.11.2019, <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/2/66.short>

Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal Of Interprofessional Care*, **18**: 29-41. Erişim 24.10.2019, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820410001639334?needAccess=true>

Phillips, L.D. (1999). Patient education. *Journal of Intravenous Nursing*, **22**: 19-30. Erişim 10.09.2019, [file:///C:/Users/ASUS/Desktop/Patient_Education.4%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Desktop/Patient_Education.4%20(1).pdf)

Phillips, N. (2013). Berry & Kohn's Operating Room Technique. (12th ed.). St. Louis, ABD: Elsevier Mosby.

Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D. ve ark. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Wound Ostomy Continence Nurses Journal*, **33**: 281-291. Erişim 28.10.2019, file:///C:/Users/ASUS/Desktop/Discharge_Information_Needs_of_Patients_After.9.pdf

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2006). *Clinical Nursing Skills & Techniques*. Missouri: Mosby, Inc.

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (1997). *Fundamentals Nursing Concepts, Process, and Practice*. (4th ed.). USA: Mosby Year Book.

Ralph, S.S. ve Taylor, C.M. (2005). *Nursing Diagnosis Reference Manual*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rasmussen, I.B., Berggren, U., Arvidsson, D., Ljungdahl, M. ve Haglund, U. (1995). Effects of pneumoperitoneum on splanchnic hemodynamics: an experimental study in pigs. *The European Journal of Surgery*, **161**, 819-826.

Sabuncu, N. ve Akça Ay, F. (2009). *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011). Erişim 10.09.2019,

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.

Salvage, J. (1995). *Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem*. (S. Ülker, Çev.). Ankara: Aydoğdu Ofset.

Saqr, L. ve Chambers, W.A. (2006). Preventing excessive preoperative fasting: National guideline or local protocol?. *Anaesthesia*, **61**, 1-3.

Sarıtaş, S., Erci, B. ve Boyraz, A. (2018). Koroner arter bypass grefti yapılan hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing*, **4**, 142-147.

Scruggs, B ve Schorfheide, A.M. (1997). Patient education: anticipating the future. *Clinical Nurse Specialist*, **11**, 233-234.

Senagore, A. (2015). *Kolon ve Rektum Cerrahisi: Anorektal Ameliyatlar*. (H.T. Yanar, Çev.). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Sivalingam, P. (2010). *Topics In Colorectal Surgery*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.

Smedley, F., Bowling, T., James, M., Stokes, E., Goodger, C., O'Connor, O. ve ark. (2004). Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care. *British Journal of Surgery*, **91**, 983-990.

Smith, J. A. ve Zsohar, H. (2013). Patient-education tips for new nurses. *Nursing*, **43**, 1-3.

Solberg, I.C., Lygren, I., Jahnsen, J., Aadland, E., Hoie, O., Cvancarova, M. ve ark. (2009). Clinical course during the first 10 years of ulcerative colitis: results from a population-based inception cohort (IBSEN Study). *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, **44**, 431-440.

Sorensen, L.T., Karlsmark, T. ve Gottrup, F. (2003). Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial. *Ann Surgery*, **238**, 1-5.

Soyer, Ö., Candan Dönmez, Y. ve Yavuz Van Giersbergen, M. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **11**, 200-208.

Sökmen, S. ve Terzi, C. (2011). Kolon hastalıkları. İçinde Ü. Değerli, Y. Erbil (Eds), *Cerrahi Gastroenteroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 133-135.

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

Suhonen, R., Neonen, H., Laukka, A. ve Valimaki, M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 1167-1176.

Şenyuva, E. ve Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15**: 100-106. Erişim 30.09.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95237>

Şimşek Yaban, Z. ve Karaöz, S. (2007). Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**: 47-53. Erişim 19.10.2019, <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1529.pdf>

Tan, M., Özdelikara, A. ve Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **21**: 1-8. Erişim 09.12.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95047>

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

Taşocak, G. (2003). *Hasta Eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.

Taşocak, G. (2007). *Hasta Eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.

Taylor, C.R., Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P. ve Lebon, M. (2011). *Study Guide for Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Teke Gençtürk, N. (2015). Yara bakımı ve uygulamaları. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. (6. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 360-361.

Thiele, R.H., Rea, K.M., Turrentine, F.E., Friel, C.M., Hassinger, T.E., McMurry, T.L. ve ark. (2015). Standardization of care: impact of an enhanced recovery protocol on

length of stay, complications, and direct costs after colorectal surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, **220**, 430-443.

Tonnesen, H. ve Kehlet, H. (1999). Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *British Journal of Surgery*, **86**: 869-874. Erişim 01.12.2019, <http://recovalaska.org/wp-content/uploads/2016/06/Preoperative-alcoholism-.pdf>

Tunçbilek, Z. (2016). Sindirim sisteminin cerrahi hastalıklarında hemşirelik bakımı. İçinde N. Özhan Elbaş (Ed.), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 209-210.

Türgay, A.S. (2014). Hasta kabul-nakil ve taburculuk süreci. İçinde T.A. Aştı, A. Karadağ (Eds), *Hemşirelik Esasları 1*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 400-401.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri, Erişim Tarihi 09.12.2019, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf

Vural, F. (2015). Kolorektal cerrahide hızlandırılmış iyileşme protokolleri. İçinde M.

Watts, R.J., Pierson, J. ve Gardner, H. (2005). How do critical care nurses define the discharge planning process?. *Intensive and Critical Care Nursing*, **21**, 39-46.

Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J, Gresser, S. ve ark. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, **21**: 31-42. Erişim 31.10.2019,

<file:///C:/Users/ASUS/Desktop/Perceived Readiness for Hospital Discharge in.8.pdf>

Weiss, M., Johnson, N.L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C. ve Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, **23**: 282-294. Erişim 06.11.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S0882596307003740-main.pdf>

Westert, G.P., Lagoe, R.J., Keskimaki, I., Leyland, A. ve Murphy, M. (2002). An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy*, **61**: 269 -278. Erişim 06.11.2019, <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/1-s2.0-S0168851001002366-main.pdf>

Wıdmaier, E., Raff, H. ve Strang, K.T. (2014). *Vander İnsan Fizyolojisi Vücut Fonksiyon Mekanizmaları*. (T. Özgüven, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevleri.

Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A. ve Doğan, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12**: 204-209. Erişim 07.11.2019,

https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_12_3_204_209.pdf.

Yaman, Y. (2008) Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yavuz, M. (2017). Ameliyat öncesi bakım. İçinde A. Karadakovan, F.Eti Aslan (Eds), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 225-226.

Yavuz Van Giersbergen, F. Öğce, D. Çakır Umar, Y. Candan Dönmez (Eds), *9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 36-39.

Yavuz Van Giersbergen, M. (2015). Ameliyat öncesi hemşirelik yönetimi. İçinde M. Yavuz Van Giersbergen, Ş. Kaymakçı (Eds), *Ameliyathane Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 274-275.

Yıldırım, B. (2010). *Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Uygulamalı Yaklaşım*. İzmir: Aydın Tuna Matbaacılık.

Yıldırım, M. ve Bayraktar, N. (2010). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, **2**:73-81. Erişim 06.11.2019, [file:///C:/Users/ASUS/Desktop/hemsirelikbil2-2-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Desktop/hemsirelikbil2-2-1%20(1).pdf)

Yıldırım, N., Çiftçi, B. ve Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, **14**: 217-230. Erişim 14.09.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/429965>

Yıldızeli Topçu, S. ve Öztekin, S.D. (2016). Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **23**, 21-25.

Yılmaz, E. ve Özkan, S. (2015). Cerrahi hastaların öğrenim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **18**:107- 115. Erişim 06.11.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29683>

Yılmaz Şahin, S., İyigün, E. ve Açık, C. (2015). Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **14**: 401-405. Erişim 14.10.2019, <https://pdfs.semanticscholar.org/4b1e/11d5506a22f36f7e9f16c869c10e51baef7a.pdf>

Zeren, S., Sobutay, E., Ağca, B., Durmuş, A. ve Sarı, K. (2011). Perianal fistüllerde cerrahi tedavi deneyimlerimiz: retrospektif çalışma. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **27**: 76-78. Erişim 07.12.2019, http://journalagent.com/eamr/pdfs/OTD_27_2_76_78.pdf

FORMLAR

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 1

Sayın katılımcı, bu anket sizlerin taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinizi belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Çalışmanın verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için soruların her birini kendi düşünceleriniz doğrultusunda, içtenlikle yanıtlamanız beklenmektedir. Sorularınızın cevapları kesinlikle gizli kalacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3) Öğrenim durumunuz

a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Diğer

4) Mesleğiniz?

a) Ev hanımı b) Memur-işçi c) Serbest meslek d) Emekli e) Diğer

5) Medeni durumunuz a) Evli b) Bekâr

6) Yapılan ameliyat?.....

7) Yatış süresi? a) Ameliyat öncesi.....gün b) Ameliyat sonrası.....gün

8) Daha önce hastaneye yatma durumu? a) Evet b) Hayır

9) Daha önce ameliyat geçirme durumu? a) Evet b) Hayır

10) Taburcu olup eve gitmeden önce, hastanede kaldığınız süre içerisinde aşağıda yer alan konular hakkında bilgi alıp almama durumunuzu ve bilgi aldıysanız kimden aldığınızı lütfen işaretleyiniz.

KONULAR	BİLGİ ALMA DURUMU		BİLGİ ALINAN KİŞİ		
	EVET	HAYIR	HEKİM	HEMŞİRE	DİĞER
Hastalık süreci					
Tedavi ve amacı					
İlaçlar ve kullanımı					
Taburculuk sonrası kontrole gitme durumu					

Evde yapılması gereken aktiviteler (oturma banyosu, egzersiz vs.)					
Evde yapılması sakıncalı olan aktiviteler (ağır kaldırma, ağır makine kullanımı vs.)					
Evdeki fiziki çevre düzenlemesi ve evde nelere dikkat edilmesi gerektiği					
Evde beslenme konusunda nelere dikkat edilmesi gerektiği					
Bağırsak boşaltımı ile ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği					
Anal bölge (makat) temizliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin ne olduğu					

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

EK 2

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ					
<p>Taburculuğunuz sonrası eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konulara yönelik, aşağıda yer alan maddelerden her birinin sizin için ne kadar önemli olduğunu lütfen belirtiniz. Sizden soruları kendi düşünceleriniz doğrultusunda, içtenlikle yanıtlamanız beklenmektedir.</p> <p>Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.</p>					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?					
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?					
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?					
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?					
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?					
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?					
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?					
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?					
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?					
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?					
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?					
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?					
13. Hastalığımmın belirtileri neler olabilir?					
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?					
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?					
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?					
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?					
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?					
19. Tedavimi kim takip edecek?					
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?					
21. Hastalığımmın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?					
22. Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?					
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?					

MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?					
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?					
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?					
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?					
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?					
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?					
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?					
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?					
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?					
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?					
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?					
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?					
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?					
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?					
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?					
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?					
40. Stresle nasıl baş edebilirim?					
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?					
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?					
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?					
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?					
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?					
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?					
47. Tedavimin amaçları nelerdir?					
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?					
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?					
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?					

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

EK 3

Araştırmanın Adı: “Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi”

Sorumlu Araştırmacılar: Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Arş.Gör. Dürdane Gül ÖZER

Sayın Gönüllü;

Sizi “Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda taburculuk sonrası hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Araştırmaya Medipol Sağlık Grubu’na bağlı hastanelerde (Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Sefaköy Medipol Hastanesi, Medipol Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Esenler Hastanesi ve Özel Nisa Hastanesi) kolorektal cerrahi girişim geçirmiş ve cerrahi girişim sonrası eve taburcu edilmesi planlanmış olan hastaların katılması planlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı; kolorektal cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllülük esas olduğundan istediğiniz sürece herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma verilerinin toplanma sürecinin ortalama olarak 6 ay sürmesi beklenmektedir. Sizden araştırma verilerinin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu’ndaki soruları ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nde yer alan ifadelerin her birini kendi düşünceleriniz doğrultusunda, içtenlikle yanıtlamanız beklenmektedir. Bu durum, araştırma sonucunun niteliği açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya kolorektal cerrahi geçirmiş olan hastalar dahil edilecek olup, kişisel bilgilerinize saygı gösterilecek ve yanıtlarınız, çalışma kapsamında yer alan kişi veya kurumlar haricinde kesinlikle gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir maddi karşılık beklenmeyecek ve aynı şekilde size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya dair herhangi bir sorunuz olduğunda, araştırmacıya ulaşabileceğiniz iletişim bilgileri aşağıda yer almaktadır. Çalışma sürecine katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, esenlikler dilerim...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yazılı olarak belirtilen ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırma süreci ile ilgili olarak yazılı bir şekilde tarafıma yapılmış olan tüm açıklamaların anlaşılabilir ve açık olduğu düşüncesindeyim. Yukarıda yer alan ilgili açıklamaları okudum ve ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar verebilmem için bana yeterli süre tanındı. Bu çalışmadan istediğim zaman ayrılabileceğimi ve çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağını biliyorum. Bu koşullar altında, hakkında gerekli açıklamaları yapılmış olan araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Tarih:
Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
İmza:
Tel No:

Sorumlu Araştırmacı İletişim Bilgileri:

Adı-Soyadı: Arş.Gör. Dürdane Gül ÖZER

Görevi: İstanbul Medipol Üniversitesi, S.B.F. Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi

Adresi: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19 34810 Beykoz/İstanbul

İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Güney Yerleşkesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

2. Kat Araştırma Görevlileri Odası Tel: 444 85 44

dgozer@medipol.edu.tr

KURUM İZİNLERİ

EK 4

MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

“Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” isimli, ekte etik kurul izni ve veri toplama formu iletilen yüksek lisans tez çalışmamı kurumunuzda gerçekleştirmek istiyorum.

Bu hususta gereğini izinlerinize arz ederim.

Saygılarımla,

16.10.2018

Arş. Gör. Dürdane Gül ÖZER

İstanbul Medipol Üniversitesi

S.B.F. Hemşirelik Bölümü

Gül

İstanbul Medipol Üniversitesi

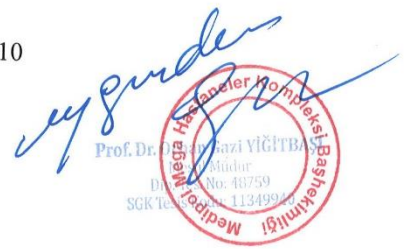
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810

Tel: 444 85 44

dgozer@medipol.edu.tr

*Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün
başvurularını çalışmaları yapılırken
sıkıca bulunmaktadır*

Merve KARANCI
Medipol Üniversitesi Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yard.



MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ESENLER SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

“Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” isimli, ekte etik kurul izni ve veri toplama formu iletilen yüksek lisans tez çalışmamı kurumunuzda gerçekleştirmek istiyorum.

Bu hususta gereğini izinlerinize arz ederim.

Saygılarımla,

18.10.2018

Arş. Gör. Dürdane Gül ÖZER

İstanbul Medipol Üniversitesi

S.B.F. Hemşirelik Bölümü



İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810

Tel: 444 85 44

dgozer@medipol.edu.tr

*Bu çalışmanın yapılmasında
Hemşirelik Hizmetleri'ne
bütçe sakınca yoktur.*

T.C
İstanbul Medipol Üniversitesi
Esenler Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
Meral ÇAKMAK



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ DİREKTÖR YARDIMCISI
YRD.DÇ.NECDAT ÖZÇELİK
KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
TESCİL NO:37826 Kurum Kodu:11349923



MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SEFAKÖY HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

“Kolonorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” isimli, ekte etik kurul izni ve veri toplama formu iletilen yüksek lisans tez çalışmamı kurumunuzda gerçekleştirmek istiyorum.

Bu hususta gereğini izinlerinize arz ederim.

Saygılarımla,

18.10.2018

Arş. Gör. Dürdane Gül ÖZER

İstanbul Medipol Üniversitesi

S.B.F. Hemşirelik Bölümü



İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810

Tel: 444 85 44

dgozer@medipol.edu.tr

T.C.
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sefaköy Hastanesi
F. BEÇENE
Bölge Hekimliği Müdür Yardımcısı

Bu çalışmanın yapılmasında
hemşirelik hizmetleri açısından
herhangi bir sakınca yoktur.

T.C.
İstanbul Medipol Üniversitesi Sefaköy Hastanesi
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet GÜNDÜZ
Medikal Direktör Yardımcısı



ÖZEL NİSA HASTANESİ

Çobançeşme Mah. Okul Sok. No.: 2-4
Yenibosna - Bahçelievler - İSTANBUL
Tel: 0212 454 44 00 Faks: 0212 452 33 36
www.nisahastanesi.com

ÖZEL NİSA HASTANESİ

Sayı : 1053
Konu : Etik Kurul Kararı.

18/10/2018

Sayın Arş. Gör. Dürdane Gül ÖZER
İstanbul Medipol Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından onaylanmış olan "Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi".. isimli tez çalışmanızı hastanemizde yapmanız, sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.



TELİF HAKKI İZNI

EK 5



Sayın **Dürdane Gül ÖZER**,

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 güvenilirliğini 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 göndermeniz; 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.

Dr. Öğr.Üyesi Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Dr. Öğr.Üyesi Aklime DİCLE

Özel İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi

Sağlık Bilimleri 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
hemsirelik@deu.edu.tr

ETİK KURUL İZİNİ

EK 6



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

E-İmzalıdır

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.44665
Konu : Etik Kurulu Kararı

10/10/2018

Sayın Dürdane Gül ÖZER

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 10.10.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 313D577CXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dürdane Gül ÖZER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 552		Tarih: 05/10/2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			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"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	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. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KOLOREKTAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA TABURCULUK SONRASI HASTA ÖĞRENİM GEREKŞİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 16	% 11	% 6	% 11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 2
2	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	sanerc.ku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	% 1
6	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1
7	cdn.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dürdane Gül	Soyadı	ÖZER
Doğ.Yeri	Seyhan	Doğ.Tar.	26.03.1994
Uyruğu	T.C	TC Kim No	45682330618
Email	dgozer@medipol.edu.tr	Tel	05068152126

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi	2019
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2016
Lise	Karaisalı Sağlık Meslek Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araş. Gör.	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017-Halen
2.	Servis Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	70

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78,73		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
Microsoft Excel	İyi
Microsoft PowerPoint	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Spor yapmak, gezmek, fotoğraf çekmek