



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÜNÜBİRLİK JİNEKOLOJİK TANI İŞLEMİ UYGULANAN  
HASTALARA YAPILAN EĞİTİMİN HASTA MEMNUNİYETİ  
VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

MELEK GENÇEL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

2019-İSTANBUL





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÜNÜBİRLİK JİNEKOLOJİK TANI İŞLEMİ UYGULANAN  
HASTALARA YAPILAN EĞİTİMİN HASTA MEMNUNİYETİ  
VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

MELEK GENÇEL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

2019-İSTANBUL

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program türü : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Melek GENÇEL  
Sınav Tarihi ve Saati : 20.09.2019 10:30  
Tez Başlığı : "Günübirlik Jinekolojik Tanı İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi"

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN (Yeditepe Üniversitesi)	
Üye	Prof. Dr. Hatice YILDIZ (Marmara Üniversitesi)	

## ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .....16.10.2019.....tarih ve .....72.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## I. BEYAN

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

Melek GENÇEL



## I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana rehberlik yapan, bu zorlu süreçte beni her daim eğitmeye devam eden, değerli bilgi ve görüşlerini aktarmaktan çekinmeyen, her daim daha iyisini yapmam için beni destekleyen çok değerli danışmanım ve hocam Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimi süresince emekleri için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine,

Veri toplama aşamasında destekleri için Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası olan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve jinekoloji servisinde görev yapan tüm hekim, ebe ve hemşire arkadaşlarıma,

Her daim yanımda olan, sevgisi ve sabrı ile beni destekleyen, yardımlarını esirgemeyen eşim Taner GENÇEL'e,

Her zaman arkamda olan beni destekleyen annem Ulviye ERİKOĞLU ve babam Arif ERİKOĞLU'ya, her zaman beni cesaretlendiren, destekleyen ikizim Merve ŞEN'e ve tüm ablalarıma,

Çalışmamızın veri tabanını sağlayan değerli katılımcılara,

**SONSUZ TEŞEKKÜR EDİYORUM...**

**Melek GENÇEL**

**İstanbul, 2019**

## II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. BEYAN.....	i
II. TEŞEKKÜR.....	ii
IV. KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
V. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ .....	viii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı.....	7
4.2. Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi.....	7
4.3. Günübirlik Cerrahinin Avantajları.....	10
4.4. Günübirlik Cerrahinin Dezavantajları.....	11
4.5. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Durumlar.....	12
4.6. Günübirlik Jinekolojik Cerrahi İşlemleri.....	14
4.7. Günübirlik Cerrahide Hasta Seçimi.....	18
4.8. Günübirlik Cerrahi ve Anksiyete.....	20
4.9. Günübirlik Cerrahide Taburculuk Eğitimi ve Hasta Memnuniyeti.....	22
4.10. Günübirlik Cerrahide Hemşirelik Bakımı.....	24
4.10.1. Günübirlik cerrahide perioperatif hasta hazırlığı ve hemşirelik bakımı.....	24
4.10.1.1. Günübirlik cerrahi hastasının psikolojik hazırlığı.....	25

4.10.1.2. Günübirlık cerrahi hastasının fiziksel hazırlığı.....	26
4.10.1.3. Günübirlık cerrahi hastasının yasal hazırlığı.....	27
4.10.1.4. Günübirlık cerrahi hastasının perioperatif eğitimi.....	27
4.10.2. Günübirlık cerrahide intraoperatif hemşirelik bakımı.....	28
4.10.3. Günübirlık cerrahide postoperatif hemşirelik bakımı.....	29
4.11. Çalışmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi.....	30
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
5.1. Araştırmanın Amacı.....	32
5.2. Araştırmanın Tipi .....	32
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	32
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	32
5.5. Randomizasyon ve Araştırma Grupları .....	33
5.6. Araştırmaya Dahil Edilme/Dahil Edilmeme/Dışlanma Kriterleri.....	34
5.6.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	34
5.6.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri.....	34
5.6.3. Araştırmadan dışlanma kriterleri .....	34
5.7. Araştırmanın Hipotezleri .....	35
5.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	35
5.9. Veri Toplama Araçları.....	35
5.9.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	36
5.9.2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ) .....	36
5.9.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) .....	38



5.9.4. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) .....	39
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
5.11. Günübirlik Jinekolojik İşlemlerde Hastanenin Rutin Uygulaması .....	40
5.12. Araştırmanın Uygulanma Aşamaları.....	41
5.13. Verilerin Değerlendirilmesi.....	45
5.14. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	46
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
6.1. Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
6.2. Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Başlıklarının Karşılaştırılması.....	55
6.3. Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>68</b>
7.1. Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	69
7.2. Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Başlıklarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması...75	
7.3. Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	78
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>88</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>101</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>121</b>

### III. KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ANA</b>	Amerikan Nurses Association
<b>AORN</b>	The Association of Perioperative Registered Nurses
<b>ART</b>	Assisted Reproductive Technology
<b>ASA</b>	Amerikan Anesteziolojistler Birliği
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>D&amp;C</b>	Dilatasyon ve Küretaj
<b>DAÖ</b>	Durumluk Anksiyete Ölçeği
<b>DSAÖ</b>	Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
<b>ECC</b>	Endoservikal Küretaj
<b>F/C</b>	Franksiyonel Küretaj
<b>FASA</b>	Federated Ambulatory Surgery Association
<b>FASC</b>	Freestanding Ambulatory Surgery Centers
<b>H/S</b>	Histereskopi
<b>HHBAÖ</b>	Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği
<b>HÖGÖ</b>	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus
<b>IAAS</b>	International Association for Ambulatory Surgery
<b>IBM</b>	International Business Machines
<b>IVF</b>	In Vitro Fertilizasyon

<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
<b>KKMM</b>	Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>LEEP</b>	Loop Electrosurgical Excision Procedure
<b>MIJID</b>	Minimal Invaziv Jinekoloji Derneği
<b>P/C</b>	Probe K¼retaj
<b>SAÖ</b>	S¼rekli Anksiyete Ölçeği
<b>SCJ</b>	Squamo-Columnar Junction
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>TDK</b>	T¼rk Dil Kurumu
<b>TNSA</b>	T¼rkiye Nuf¼s ve Sağlık Araştırması

## IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

**Şekil 1.** Araştırmanın Aşamaları ve Uygulanma Şeması

**Şekil 2.** Gruplara Göre Durumluk Anksiyete Puanları

**Şekil 3.** Gruplara Göre İşlem ncesi Sürekli Anksiyete Puanları

**Şekil4.** Gruplara Göre İşlem Sonrası Memnuniyet Puanları

**Tablo 1.** Gnbirlik Cerrahi Girişimler

**Tablo 2.** Araştırmanın Randomizasyon Grupları

**Tablo 3.** HÖGÖ ve Alt lekler Madde ve Puanları

**Tablo 4.** alışmadan Elde Edilen Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

**Tablo 5.** Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı zelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.** Gruplardaki Katılımcıların Tıbbi zelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 7.** Gruplardaki Katılımcıların Obstetrik zelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 8.** Gruplardaki Katılımcıların Jinekolojik zelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 9.** Gruplardaki Katılımcıların Jinekolojik Problem Yaşama Durumu Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 10.** Gruplardaki Katılımcıların Hastaneye Başvuru Şikayetlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 11.** Gruplardaki Katılımcıların Gnbirlik Jinekolojik İşlem Türlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması

**Tablo 12.** Deney Grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) Puan Dağılımları

**Tablo 13.** Deney Grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin 7 Alt Başlığı Puan Ortalamaları ile Bazı Parametrelerin Karşılaştırılması

**Tablo 14.** Gruplardaki Katılımcıların Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 15.** Gruplardaki Katılımcıların Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 16.** Gruplardaki Katılımcıların Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 17.** Deney Grubunda Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Bazı Parametrelere Göre Karşılaştırılması

**Tablo 18.** Kontrol Grubunda Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

## 1. ÖZET

### **Günubirlik Jinekolojik Tanı İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi**

**Öğrencini Adı:** Melek GENÇEL

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

**Anabilim Dalı:** Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu araştırma günubirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Randomize kontrollü deneysel olarak planlanan bu araştırma Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji servisinde yürütüldü. Araştırmanın örnekleme çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü günubirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan 80 kadın alındı (Deney:40; Kontrol:40). Verilerin toplanmasında, Tanımlayıcı bilgi formu, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Deney ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların neredeyse tamamının (%93,75) jinekolojik bir problem yaşadığı saptandı. Deney grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği puan ortalaması  $194,42 \pm 17,45$  olarak yüksek bulundu. Operasyon öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları deney grubunda  $50,3 \pm 9,45$  ve kontrol grubunda  $50,52 \pm 7,65$  olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,907>0,05$ ). Taburculuk öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları deney grubunda  $34,2 \pm 3,19$  ve kontrol grubunda  $41,6 \pm 3,76$  olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p=0,000<0,05$ ). Taburculuk öncesi Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği puan ortalamaları deney grubunda  $15,95 \pm 0,84$  ve kontrol grubunda  $20,20 \pm 4,40$  olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p=0,000<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Hastalara öğrenim gereksinimlerine yönelik verilen taburculuk eğitiminin, hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı ve hasta memnuniyet düzeyini artırdığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Günubirlik Cerrahi, Öğrenim Gereksinimleri, Hasta Memnuniyeti, Kaygı

## 2. SUMMARY

### **The Effect Of Training On Patient Satisfaction And Anxiety Level In Patients Undergoing Day Gynecological Diagnosis**

**Student's Name: Melek GENÇEL**

**Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU**

**Department: Marmara University Department of Obstetrics and Gynecology Nursing**

**Aim:** This study was conducted to determine the effect of discharge education structured according to the learning needs of patients undergoing gynecological diagnosis on patient satisfaction and anxiety level.

**Materials and Methods:** This randomized controlled experimental study was conducted in the gynecology department of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital. The sample of the study included 80 women who accepted to participate in the study and who underwent voluntary daily gynecological diagnostic procedures that met the inclusion criteria (Experiment: 40; Control: 40). Descriptive information form, Patient Learning Needs Scale, Patient Perception of Hospital Experience with Nursing, State-Trait Anxiety Scale were used to collect the data.

**Results:** There wasn't significant difference between the descriptive characteristics of the experimental and control groups ( $p>0,05$ ). Almost all of the patients (%93,75) had a gynecological problem. The mean score of Patient learning Needs Scale of the experimental group was  $194,42\pm 17,45$ . The mean pre-operative State Anxiety Scale score was  $50,3\pm 9,45$  in the experimental group and  $50,52\pm 7,65$  in the control group and there wasn't statistically significant difference between them ( $p=0,907>0,05$ ). The mean scores of State Anxiety Scale before discharge were found to be  $34,2\pm 3,19$  in the experimental group and  $41,6\pm 3,76$  in the control group and a statistically significant difference was found between them ( $p=0,000<0,05$ ). The mean scores of Patient Perception of Hospital Experience with Nursing before discharge were found to be  $15,95\pm 0,84$  in the experimental group and  $20,20\pm 4,40$  in the control group and a statistically significant difference was found between them ( $p=0,000<0,05$ ).

**Conclusion:** It was found that discharge education given to the learning needs of the patients decreased the anxiety levels and increased the patient satisfaction level.

**Key Words:** Day Surgery, Learning Needs, Patient Satisfaction, Anxiety

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günübirlik cerrahi, hastaların ameliyata alınması ve ameliyat oldukları aynı gün içerisinde taburcu oldukları girişimsel işlemler olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Çilingir ve Bayraktar, 2006; Sarıhasan ve ark., 2008; Çay, 2011; Bartık, 2015; Özşaker ve ark., 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'lerde gündeme gelen bu uygulama, 1980'lerde tüm cerrahi işlemlerin %16'sını, 1990'da %51'ini, 1993'de %53,8'ini oluştururken 2000'li yıllarda bu oran %70'lere yükselmiştir. Amerikan Ulusal Sağlık Servisi tüm elektif cerrahi girişimlerin %75'inin günübirlik olarak yapılacağı varsayımını ileri sürmektedir. Türkiye'de de geçmişten günümüze günübirlik cerrahi uygulamalarında önemli bir ölçüde artış olduğu gözlenmektedir (Karadağ, 1998; Takemura ve ark., 2002; Yellen ve Davis, 2002; Dolgun, 2003; Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Çilingir ve Bayraktar, 2006; Sarıhasan ve ark., 2008; Öğütlü, 2011; Alacadağ 2016).

Son yıllarda cerrahi teknik, anestezi, asepsi ve nitelikli bakım alanlarında gözlenen hızlı ilerlemeler, 1970'den itibaren yaygınlaşan evde bakım standartlarının geliştirilmesi, öz bakım girişimleri ve taburculuk eğitiminin desteklenmesi gibi faktörler günübirlik cerrahinin gelişimini etkileyen önemli faktörlerdir. Ameliyat sonrası dönemde bilincin kısa sürede geri dönmesi, mobilizasyonun daha erken yapılabilmesi, bağımlılık süresinin kısılması, yaşam kontrolünün kısa sürede elde edilmesi, iyileşmenin erken sağlanması, hastane maliyetinin daha düşük olması ve hastanede yatış süresinin kısa olması gibi nedenlerle günübirlik cerrahi uygulamaları günümüzde yaygınlaşmıştır (Karadağ, 1998; Yavuz ve Dramalı, 1998; Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Akçalı ve ark., 2009; Çilingir ve Bayraktar, 2006; Karahan ve ark., 2010; Bartık, 2015).



Günübirlik cerrahi hastalarının, ameliyat günü hastaneye gelmeden önce, hastaneye kabul ve ameliyat öncesi işlemler sırasında zaman baskısı yaşamaları ve kısa sürede tanıdık olmayan cerrahi çevreye oryante olmaya çalışılması gibi nedenlerle anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir (Cooke ve ark., 2005; Wetsh ve ark., 2009; Biçersoy 2015).

Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir. İster günübirlik ister hastanede yatarak olsun cerrahi girişimler, birey için endişe, gerginlik, kaygı, korku ve heyecan gibi duyguları beraberinde getirmektedir (Fındık ve Yıldızeli Topçu, 2012; Binici, 2015; Biçersoy, 2015)

Hasta ve yakınlarına cerrahi süreç süresince bilgi verilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde gelişebilecek sorunların önlenmesini sağlayarak bakımın kalitesini artıracığı, ev ortamında karşılaşılabilecekleri güçlükler dikkate alındığında, etkin olarak gerçekleştirilen eğitimin günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan hastalar için, taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi ve baş edilmesinde önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır (Özbayır ve ark., 2003; Karahan ve ark., 2010; Çilingir ve Bayraktar, 2006).

Hasta eğitiminin önemli bir bölümü olan taburculuk eğitimi, hasta bakım kalitesinin artırılması, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, günübirlik cerrahi uygulamalarının yaygınlaşması ile daha da önem kazanmaya başlamıştır. Taburculuk eğitimi, hastanın taburcu edildikten sonra sağlık bakım gereksinimlerini tanımlama ve bu gereksinimlere yönelik hazırlık yapmayı içeren, bakımın sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordine bir şekilde çalışmasını gerektiren bir süreçtir. Bu süreçte anahtar kişi konumunda olan hemşire, hasta ve ailesine verilecek taburculuk eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklara sahiptir (Çavuş, 2008; Yıldırım, 2007; Pieper ve ark., 2006; Çelebi, 2015).

Aynı zamanda eğitimin verilmesi hasta memnuniyetini de olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının temel görevlerinden biri hastaların isteklerine ve gereksinimlerine cevap verebilmek ve hastaların iyilik halini artırmaktır. Bu nedenle hasta memnuniyeti kaliteli sağlık bakımında önemlidir. Hasta memnuniyeti; hastanın geçmiş deneyimleri, yaşam tarzı, gelecekte beklenenleri, toplumun ve kişilerin değerleri gibi faktörlerden etkilenmektedir (Şal Sarıca, 2007; Aksakal ve Bilgili, 2008; Karahan ve ark., 2010).

Hemşirelik bakımında hasta memnuniyeti önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların beklentilerinin karşılanması hizmette kalitenin önemli bir ölçüsü ve hasta memnuniyetinin belirleyicisi olmaktadır. Hastaların tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör, hastaların hastanede kaldıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyettir (Yılmaz, 2001; Demirtaş, 2004; Şal Sarıca, 2007; Aksakal ve Bilgili, 2008; Meşe, 2018).

ABD ve İngiltere’de yapılan 221 araştırmanın meta-analizinde; hasta memnuniyetini hastalara gösterilen ilgi (%65), hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi (%50), profesyonel yeterlilik (%45) ve güven sağlama (%45) gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir (Hall ve Dorman, 1988; Aksakal ve Bilgili, 2008).

Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk sonrası eğitim ve bakım ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik çalışmalarda hastalarının en çok tedavi, komplikasyonlar, yaşam kalitesi, yaşam aktiviteleri, cilt bakımı, ilaçlar, durumuna ilişkin duygular olduğu saptanmış ve taburculuk sürecinin planlanması bireylerin bireysel özelliklerine göre ve her hastaya özgü olarak planlanması önerilmiştir (Gültürk, 2012; Ekici ve ark., 2013; Başaran Dursun ve Yılmaz, 2015).

Günübirlik cerrahi işlemler tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Jinekolojik ve obstetrik müdahaleler bu uygulamalar içerisinde büyük oranda yer almaktadır. ABD’de 1979 yılında dilatasyon ve küretaj (D&C) ve laporoskopik minör girişimler uygulanmaya başlanmıştır. ABD’de 1998 yılında günübirlik jinekolojik uygulamaları %9,7’lik bir oranla göz operasyonları ve gastroenteroloji müdahalelerinden sonra üçüncü sırada yer almıştır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Gültürk, 2012; Alacadağ, 2016).

Literatürde günübirlik cerrahi girişim öncesi hastaların kaygı ve memnuniyet düzeylerine yönelik olarak birçok kaynak olmakla birlikte ülkemizde bu konuya ilişkin olarak öğrenim gereksinimlerine yönelik verilen eğitimin hastaların kaygı ve memnuniyet düzeyine etkisini inceleyen çok sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi öğrenim gereksinimlerinin belirlenerek taburculuk eğitimi verilmesi; hastaların sürece ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesinde, kaygı düzeyinin azaltılmasında ve hasta memnuniyetinin artmasında olumlu yönde etkisi olacağı düşünülmektedir.

**Bu araştırmanın amacı,** günübirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemektir.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Günübirlilik Cerrahinin Tanımı**

Günümüzde analjezi teknikleri, anestezi, asepsi, teknolojik gelişmeler ile ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki gelişmeler, yeni cerrahi teknikler ve girişim yöntemleri ile cerrahi girişimler daha güvenli yapılabilmektedir. Ameliyat öncesi günübirlilik cerrahiye uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyat olmaları ve aynı gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler günübirlilik cerrahi olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Çilingir ve Bayraktar, 2006; Sarıhasan ve ark., 2008; Karahan ve ark., 2010; Bartık, 2015; Özşaker ve ark., 2019).

Antibiyotik kullanımındaki gelişmeler, öz bakım gereksinimlerinin desteklenmesi, kısa ve etkili anestezi ilaçlarının geliştirilmesi, ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusmanın önlenmesi, ağrı kontrolü, ameliyat sonrası dönemde hastaların yatırılarak izlenmesinin maliyetinin yüksek olması, ameliyat için sıra bekleyen hastaların sayısının giderek artması günübirlilik cerrahi uygulamalarının gelişmesinde büyük rol oynamıştır. Ayrıca minimal invaziv cerrahi ile lazer teknolojisinin sağladığı yeni cerrahi teknikler ile erken derlenme sağlanması da günübirlilik cerrahi uygulamalarının gelişmesini etkilemiştir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Gülme, 2008; Karahan ve ark., 2010; Çay, 2011; Öğütlü, 2011; Çelebi, 2015).

### **4.2. Günübirlilik Cerrahinin Tarihi**

Günübirlilik cerrahi ile ilgili gelişmeler 1980'li yılların başlarında ortaya çıkmıştır ancak papirüslerde milattan önce 3000'li yılların başlarına ait bu konseptte ait yazılara rastlanmıştır. Günübirlilik cerrahi, İncil'de, eski Hint ve Hindu literatüründe geçmektedir. Günübirlilik cerrahi, tıp ve hemşirelik tarihiyle iç içedir (Yönem, 2016).

1899-1908 yılları arasında İskoçya Glasgow Royd Çocuk Hastanesi'nde Dr. James Nicoll tarafından yarısını 3 yaşından küçük çocukların oluşturduğu 8988 günübirlilik çocuk cerrahisi uygulanmıştır. Yarık damak, tavşan dudak, fitik gibi ameliyatlara gerçekleştirilmiş ve hiçbir komplikasyon oluşmadığı görülmüştür.

Nicoll'un bu başarısı ve felsefesi, özellikle çocukların mümkün olduğu kadar kısa sürede evlerine geri dönmesi konusundaki ısrarı, dünya çapında kabul görmüştür (Lemos ve ark., 2009; Çay, 2011; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015; Alacadağ, 2016).

1918'de ABD'nin Sioux Şehrinde Dr. Ralp Waters tarafından ayaktan cerrahi girişimlerin uygulanması için ilk kez bir klinik kurulmuştur. Anestezinin ameliyat süresinden kısa olması ve ameliyat için ayrılan yerin uygun olmaması gibi sorunlar yaşanmıştır (Türe, 2006; Şal Sarıca, 2007; Öğütlü, 2011; Karakul, 2014; Çelebi, 2015).

Günübirlik cerrahi 1940'lı yıllarda sistoskopi, abse drenajı, anorektal girişimler, tonsillektomi, yara bakımı, ağrı tedavisi, kırık redüksiyonu ve küçük fitik onarımları gibi cerrahi girişimler hekim muayenehanelerinde sık bir şekilde uygulanmıştır (Türe, 2006; Güven, 2009; Biçersoy, 2015).

1955'te İngiltere'de günübirlik cerrahinin ve erken ayağa kalkmanın önemi üzerinde durulmuş, 1960 sonrası pek çok hekim hastalarını hastaneye yatırmadan ameliyat girişiminde bulunmuş, 1962'de ABD'de California Üniversitesinde ilk günübirlik cerrahi ünitesi kurulmuştur. Daha sonra 1966, 1968 ve 1969'da ABD'de günübirlik cerrahi üniteleri kurulmuştur. 1970 ve 1980'lerde ABD, Kanada, İngiltere ve Avustralya'da günübirlik cerrahi ünitelerinin sayıları giderek artmıştır (Jarrett ve Staniszewski, 2006; Lemos ve ark., 2006; Öğütlü, 2011; Yöner, 2016).

1968 yılında ABD'de Rhode Island'da bilinen ilk özel günübirlik cerrahi merkezi açılmış fakat ekonomik sorunlar nedeniyle kısa sürede kapatılmıştır. 1970 yılında Arizona'nın Phoenix eyaletinde Dr. Wallace Reed ve John Ford tarafından kurulan özel merkez (Phoenix Surgicenter) ise günümüzde halen çalışmalarına devam etmektedir. Günübirlik Cerrahi Birliği Federasyonu'nun yaptığı araştırmada ABD'de 1996 yılına kadar 3000'in üzerinde özel merkezin açıldığı ve bu merkezlerde yaklaşık 3,97 milyon günübirlik cerrahi girişimin yapıldığı belirlenmiştir (Türe, 2006; Defazio-Quinn, 1997; Tekamura ve ark., 2002; Çay, 2011; Biçersoy, 2015).

1974'de ABD'de kurulan Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers (FASC), bugünkü adıyla bilinen Federated Ambulatory Surgery Association (FASA), g n birlik cerrahinin gelişmesiyle birlikte, kaliteli standartlar oluşturmak, bu alanda eğitim ve araştırmalar yapmak amacıyla istekli grupların bir araya gelerek kurduğu ilk dernektir. 1995'de merkezi Belçika'da 12 dernek birleşmiş ve International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) kurulmuştur. IAAS günümüzde 24 ulusal kuruluş, 1 uluslararası kuruluşun  ye olarak yer aldığı bu alanda kongreler düzenleyen, yayın organları bulunan ve uluslararası sağlık örgütleriyle birlikte faaliyet gösteren bir kuruluştur. Türkiye'nin bu derneğe  yeliği bulunmamaktadır (Lemos ve ark., 2006; Y nem, 2016; Gültürk, 2012; Karakul, 2014).

Kanada'da 1996 yılında Genel Cerrahlar Birliği'nin yaptığı toplantıda ilk kez g n birlik cerrahinin önemi gündeme getirilmiştir. Dr. Douglas; g n birlik cerrahinin geleneksel cerrahiye bir alternatif olduğunu vurgulanmış, erken mobilizasyonun iyileşmeye yardımcı olduğu ve hastaların evlerine daha çabuk döndüğünü belirtilmiştir. Böylece uzun süre yatakta kalmanın yarattığı komplikasyonların azaldığı vurgulanmıştır. (Takemura ve ark., 2002; şal Sarıca, 2007; Gilmartin ve Wright, 2007; Çelebi, 2015; Y nem, 2016).

G n birlik cerrahi girişimlerin uygulanma oranı gittikçe artmıştır. ABD'de tüm cerrahi girişimlerin 1980 yılında %16'sını, 1993 yılında ise %53,8' ini g n birlik cerrahi girişimler oluşturmuştur. İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi'nin (National Health Service) G n birlik Cerrahi İş Merkezi Raporunda, yeni bin yılda tüm elektif cerrahi girişimlerin %50'sinin g n birlik cerrahi girişimlerden oluşacağı ve bazı düzenlemelerle bu oranın %80'e ulaşabileceği belirlenmiştir. Amerikan Ulusal Sağlık Servisi g n birlik cerrahi için tüm elektif girişimlerin %75'inin uygun olduğunu belirtmiştir (Takemura, 2002; Yellen ve Davis, 2002; Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; ilingir ve Bayraktar, 2006; Sarıhasan ve ark., 2008;  ğ tl , 2011; Çelebi, 2015; Alacadağ 2016).

Türkiye’de günübirlilik cerrahi uygulaması ile ilgili kesin veriler bulunmamakla birlikte, 1980’lerde başladığı, 1990 yılı sonrasında günübirlilik cerrahi merkezlerinin sayısında belirgin bir artış görülmektedir. 1998’de İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde ilk hastane merkezli günübirlilik cerrahi ünitesi açılmıştır. İkinci olarak 2001 yılında Adnan Menderes Üniversitesi’nde cerrahi girişimlere başlanmıştır. Ülkemizde minimal invaziv jinekolojik girişimlerin yaygınlaşmasını sağlamak için Minimal Invaziv Jinekoloji Derneği (MIJID- <http://www.mijid.org/>) kurulmuştur. MIJID’in alt grupları; Robotik cerrahi, endoskopi ve Assisted Reproductive Technology (ART), histeroskopi, laparoskopi, endometriozis, onkolji ve ürojinekoloji şeklinde sıralanmaktadır (Türe, 2006; Güven, 2009; Gültürk, 2012; Biçersoy, 2015; Yöner, 2016)

Türk Cerrahi Derneği tarafından 2009 yılında hazırlanan bir iş gücü raporunda; günübirlilik cerrahinin paha etkinliğini ve genel cerrahide verimliliği artırmak için pek çok olanak sunduğundan bahsedilmiş ve cerrahların bu konuda eğitilmesi, hastanelerde gerekli altyapının kurulması, ayakta cerrahi ve hasta güvenliğinin geliştirilmesine odaklanılması tavsiye edilmiştir (Terzi ve ark., 2009; Yöner, 2016).

#### **4.3. Günübirlilik Cerrahinin Avantajları**

Günübirlilik cerrahinin hastane ve sağlık sistemi açısından, hasta ve ailesi açısından, klinisyenler açısından birçok avantajı vardır (Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Karahan ve ark., 2010; Darwin, 2015).

Bu avantajlar;

- Ameliyatın ertelenme ve iptal edilme riskini azaltır, böylece cerrahi sürecinin kesintiye uğramasını engeller.
- Hastaların hastanede yatış süreleri daha kısadır.
- Bekleme süresini küçük cerrahi girişimler için kısaltır.
- Zamanında tedaviye ve hasta tercihinin olanak tanır.
- Anesteziye ayılma süresi kısadır, erken mobilizasyonu sağlar ve hastaların ameliyat günü evlerine dönebilmesi sağlar.

- Ameliyat sonrasında iyileşme periyodu daha kısadır.
- Hastane enfeksiyonu ve çapraz enfeksiyon riskini azaltır.
- Hastanın yaşam düzenini ve beslenme düzenini çok az değiştirir ve hastalar günlük yaşantısına erken döner.
- Hasta ve ailesinde daha az psikolojik stres yaratır.
- Hastalar daha az kaygı duyar.
- Hasta memnuniyeti daha fazladır.
- Kaynakların daha verimli ve etkili kullanılmasını sağlar. .
- Maliyeti azaltır. Günübirlük cerrahi ile İngiltere’de yıllık cerrahi maliyetleri açısından %40, ABD’de ise %15-30 oranında tasarruf sağlandığı bildirilmiştir.
- İş gücü kaybını azaltır ve daha az personele ihtiyaç duyulur.
- Daha kompleks ve acil cerrahi girişim ihtiyacı olan hastalar için gerek personel gerekse ameliyat odası ayrılması yönünden daha fazla olanak sağlanır.
- Acil vakalar ya da yatarak tedavi görmesi gereken hastalar için daha fazla boş yatak sağlanır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Türe, 2006; Şal Sarıca, 2007; Sarıhasan ve ark., 2008; Güven, 2009; Karahan ve ark., 2010; Karakul, 2014; Çelebi, 2015; Alacadağ, 2016; Özşaker ve ark., 2019).

#### **4.4. Günübirlük Cerrahinin Dezavantajları**

- Hasta ile hemşire-sağlık ekibi ilişkisi çok kısa süre içinde gerçekleşir ve hastalar yeterli bilgi alamayabilir.
- Zaman baskısının olması hasta için ameliyat sürecine uygun hazırlığın verilmesini engelleyebilir.



- Hastaların kısa sürede taburcu olmaları nedeniyle ameliyat sonrası erken dönemde en az 24-48 saat evde bakım almaları gerekir ve bu bakımı verecek kişilere ihtiyaç duyulur. Bu kişilere yeterli bilgilendirme yapılmaması bakımın sürdürülmesini engelleyebilmektedir.
- Ameliyat sonrası evde oluşabilecek halsizlik, bulantı-kusma, baş dönmesi ve ağrının kontrolünde yetersizlik olabilir. Bu gibi nedenler ile hastalar tekrar hastaneye başvuruda bulunabilir.
- Günübirlik cerrahi sonrası oluşan gaz çıkaramama, bulantı ve kusma, midede şişkinlik ve iştah değişiklikleri gibi şikayetler hastaların aynı gün taburculuğunun ertelenmesine neden olabilmektedir.
- Hastanın akut ağrının yetersiz tedavisi, hastanede kalış süresinin uzamasına, taburcu olduktan sonra yeniden hastaneye başvurmalara, kronik ağrı gelişmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilmektedir.
- Günübirlik cerrahi uygulanacak hastanın hastaneye yakın mesafe de oturmaması, acil bir durum olduğunda uygun desteğin sağlanamamasına ve hastada probleme neden olabilir.

Bu dezavantajları önlemek için günübirlik cerrahi için yapılan ön değerlendirmede, iyi hasta seçimi ve bakımı yapılarak bu problemler azaltılmaktadır (Aksoy ve Sayın, 2004; Pearson ve ark., 2004; Watson ve ark., 2004; Kakande ve ark., 2005; Özer ve ark., 2006; Türe, 2006; Bellani, 2008; Wetsh ve ark., 2009; Karahan ve ark., 2010; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015; Çelebi, 2015 Alacadağ, 2016).

#### **4.5. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Durumlar**

Günübirlik cerrahi girişimler, tanı ve tedavi amacıyla birçok alanda yaygın olarak uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, günübirlik cerrahiye uygun 861 girişimin olduğu belirtilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Ögütü, 2011; Alacadağ, 2016). Tablo 1’de bu uygulamaların bazıları gösterilmiştir.

**Tablo 1. Günübirlik Cerrahi Girişimler**

<b>Genel Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Herni onarımı (inguinal, femoral, umbilikal, paraumbilikal, epigastrik)</li><li>- Anal darlık ya da anal fissür onarımı</li><li>- Varikoz venlerin ligasyonu ya da çıkarılması</li><li>- Bening tümörler, sebace kistlerin çıkarılması</li><li>- Lipomun çıkarılması</li><li>- Papillom, ben gibi oluşumların çıkarılması</li><li>- Memedeki solid dokuların çıkarılması</li><li>- Pilonidal sinüs onarımı</li><li>- Eldeki sinir sıkışmasının düzeltilmesi</li></ul>	<b>Üroloji</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sünnet</li><li>- Vazektomi</li><li>- Hidrosele ilişkin cerrahi</li><li>- Testiküler biyopsi</li><li>- Üretral dilatasyon</li><li>- Renal biyopsi</li><li>- Varikosele ilişkin cerrahi</li><li>- Epididimal kistlerin çıkarılması</li><li>- Penis yapışıklıklarının ayrılması</li><li>- Sistoskopi (stent yerleştirilmesi ya da çıkarılması, biyopsi alınması vb.)</li></ul>
<b>Ortopedik Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hallus vagusa ilişkin cerrahi</li><li>- Trigger fingere ilişkin cerrahi</li><li>- Karpal-Tunnel Sendromunun düzeltilmesi</li><li>- Artroskopik menisektomi</li><li>- Dupuytren kontraktürüne ilişkin cerrahi</li><li>- Ayak parmağındaki tırnak batmasının düzeltilmesi</li><li>- Ganglionektomi</li><li>- Artroskopi</li><li>- İnterfalangial bölgelerde yapışıklığın düzeltilmesi</li><li>- Bursanın çıkarılması</li><li>- Nöromanın çıkarılması</li><li>- İğne, kaplama, tel ve vidaların çıkarılması</li><li>- Parmak amputasyonu</li><li>- Kırık reduksiyonu ve Tenotomi</li></ul>	<b>Jinekolojik Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kolposkopi</li><li>- Dilatasyon ve küretaj</li><li>- Laparoskopik</li><li>- Gebeliğin sonlandırılması</li><li>- Laparoskopik kısırlaştırma</li><li>- Serviksin koter ya da lazer ile tedavisi</li><li>- Vulva kistlerinin çıkarılması</li><li>- Lazer konizasyon</li><li>- Servikal polipektomi</li><li>- Vaginal histerektomi</li><li>- Histeroskopi</li><li>- Bartolin kistlerinin çıkarılması</li></ul> <b>Dental Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diş ile ilgili girişimler</li></ul>
<b>Göz Cerrahisi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Şaşılığın düzeltilmesi</li><li>- Katarakta ilişkin cerrahi</li><li>- Excimer lazer</li><li>- Şalazyona ilişkin cerrahi</li></ul>	<b>Pediyatrik Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sünnet</li><li>- Orşiopeksi</li><li>- Umbilikal herni onarımı</li><li>- İnguinal herniektomi</li><li>- Hidrosele ilişkin cerrahi</li></ul>
<b>Kulak- Burun- Boğaz Cerrahisi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)</li><li>- Kulağa tüp takılması</li><li>- Tonsillektomi</li><li>- Timpanoplasti</li><li>- Miringoplasti</li><li>- Endoskopik sinüs cerrahisi</li><li>- Nazal polip eksizyonu</li><li>- Nazal kırığın reduksiyonu</li><li>- Direkt larengoskopi yada faringoskopi (biyopsi alınması, kist eksizyonu vb.)</li><li>- Antral yıkama</li><li>- Yabancı cisimlerin çıkarılması</li><li>- Submukozanın çıkarılması</li></ul>	<b>Plastik Cerrahi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)</li><li>- Büyük kulakların düzeltilmesi</li><li>- Damak yarığının düzeltilmesi</li><li>- Memelerin büyütülmesi</li><li>- Meme ucu ve areolanın yeniden şekillendirilmesi</li><li>- Endoskopik sinüs cerrahisi</li><li>- Karpal-Tunnel Sendromunun düzeltilmesi</li><li>- Dokuyu büyüten malzemelerin konulması</li><li>- Deri lezyonlarının çıkarılması</li><li>- Z-plastiler</li><li>- Üretral meatotomi ve dilatasyon</li><li>- Blefaroplasti</li><li>- Liposakşın</li></ul>

**Kaynak:** Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;1 69-81.

#### 4.6. Günübirlilik Jinekolojik Cerrahi İşlemleri

Günübirlilik cerrahinin gelişmesiyle uygulanan cerrahi müdahale çeşitliliği de artmıştır. Günübirlilik cerrahide genellikle uygulanan jinekolojik işlemlerden bazıları şunlardır; Kolposkopi, histeroskopi, laparoskopi, dilatasyon-küretaj (D&C), laparoskopik tüp ligasyonu, serviksin koter ya da lazer ile tedavisi, vulva kistlerinin çıkarılması, lazer konizasyon, servikal polipektomi ve bartolin kistlerinin çıkarılması (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Gültürk, 2012).

**Kolposkopi**, Hans Hinselman tarafından 1925 yılında icat edilen kolposkop aleti ile anormal görüntülerin tespitine ya da normal alanların izlenmesine olanak sağlayan spesifik solüsyonların uygulanmasını takiben; serviks, alt genital sistem ve anogenital alan epitelinin 6-40 kez büyütülmüş görüntülerinin incelenmesidir. Modern kolposkoplarda kan damarlarının daha detaylı görülmesini sağlayan yeşil filtre ve fiberoptik aydınlatma gücü vardır (Grce ve ark., 2001; Taşkın, 2016; Han, 2018; Kılınçlı, 2019).

Testin amacı transformasyon zonunun, varsa lezyonların, morfolojik olarak farklı bölgelerin, iyot tutulumu olan bölgelerin, kan damarlarının, asetik asit pozitif olan alanların incelenmesidir. Genellikle gözlenen bir servikal lezyonda veya pap smear test sonucunun anormal çıktığı durumlarda uygulanır. Kolposkopinin kesin bir kontrendikasyonu yoktur. Aktif menstruasyonu olan hastalarda kolposkopi yapılmaması tercih edilir ancak kanama az düzeyde ise yapılabilir. Eğer hastanın menstruasyon sonrası tekrar gelmeyeceği şüphesi varsa bu durumlarda da kolposkopi yapılmalıdır. Gebe kadınlarda da uygulanabilir. Enfeksiyon, kanama ve doku inflamasyonu nedeniyle frajil olan doku kolposkopi görüntüsünü bozar ve etkinliği azaltır. Bu nedenle akut servisit veya ciddi vajiniti olan hastalar işlem öncesinde tedavi edilmelidir. Hastalar işlemden önceki son 24 saatte hiçbir intravajinal ürünü kullanmamalıdır. Kolposkopi muayenesinde biyopsi de alınabilir (Mayeaux ve Thomas Cox, 2014; Taşkın, 2016; Han, 2018; Kılınçlı, 2019).

Hasta, litotomi pozisyonuna alınır. Kolposkopun ışığıyla önce çıplak göz, sonra kolposkopun düşük büyütmesi kullanılarak vulva dikkatle incelenir (inflamasyon, ülser, kondilom v.s.). Spekulum yerleştirildikten sonra serviks ve vajen; akıntı, ülser ve HPV (Hıman Papilloma Virus) enfeksiyonu açısından küçük büyütmeyle incelenir. Serviks görüntüledikten sonra gerekli görülürse tekrar pap smear alınır (Nazeer ve Shafi, 2001; Taşkın 2016; Han 2018; Kılınçlı, 2019).

Serviksin incelenmesine en küçük büyütmeyle başlanıp giderek artan büyütmelemlerle devam edilir. Vajenin üst kısmı ve serviks incelenirken serum fizyolojikle ıslatılmış pamukla mukus fazlalığı alınır. İlk olarak servikste ki renk değişiklikleri incelenir. Beyaz epitel görülürse buna lökoplaki denir. Daha sonra yeşil filtre ile damar patolojileri araştırılmalıdır. %3-5'lik asetik asit solüsyonu servikse uygulanır ve 60-90 sn kadar beklenir. Bu sırada anormal epitelyum "asetobeyaz epitelyum" denen gri beyaz bir görünüm alır. Normal ve anormal alanların keskin sınırları asetobeyaz etki 30-40 sn içinde kaybolur bu nedenle birkaç kez asit uygulanması gerekebilir (Nazeer ve Shafi, 2001; Mayeaux ve Thomas Cox, 2014; Taşkın, 2016; Han, 2018; Kılınçlı, 2019).

Asetobeyaz lezyon görülür ise iç ve dış sınırları kontrol edilmelidir. Yeşil filtre ile tekrar serviks muayene edilir. Yeşil filtre asetobeyaz epitelin sınırları kuvvetlendirir ve anormal kan damarlarının belirlenmesini sağlar. Daha sonra serviks ve üst vajinaya lugol solüsyonu (%1 iyot, %3 potasyum iyodür karışımı=schiller solüsyonu) uygulanır. Schiller solüsyonu glikojenden zengin dokuları koyu renge boyar ve anormal hücrelerde glikojen içeriği az olduğu için bu alanlar açık renkli olarak gösterilir. Kolumnar epitel ve skuamöz metaplastik epitelin bileşkesi olan skuamo-kolumnar bileşke (SCJ= Squamo-Columnar Junction) bütünüyle görüldüğünde, muayene yeterli demektir. (Nazeer ve Shafi, 2001; Mayeaux ve Thomas Cox, 2014; Taşkın, 2016; Han, 2018; Kılınçlı, 2019).

**Histereskopi**, intrauterin kavitenin histeroskop adı verilen bir endoskopta gözlenmesi işlemidir. İlk olarak 1869 yılında Pantaleoni tarafından tanımlanmıştır. Anormal premenopozal veya postmenopozal kanamalar, endometriyal poliplerin veya submüköz miyomların tedavisi, tespit edilemeyen yabancı cisimlerin çıkarılması, histerosalpingografide uterin patoloji saptanan olguların tanı ve

tedavisinde, intrauterin adezyonların tanı ve tedavisi, konjenital uterin anomalilerin tanı ve tedavisi, hormonal tedaviye cevapsız disfonksiyonel uterin kanamalı hastalarda endometriyal rezeksiyon ve ablasyon, tubal tıkanıklık tanı ve tedavisinde, rekürren abortuslu olgularda endoservikal kanal ve uterin kavitenin incelenmesi, histeroskopik tubal ligasyon, infertil ve IVF (In Vitro Fertilizasyon) tedavisi öncesinde uterus kavitesinin değerlendirilmesi gibi amaçlarla histeroskopi yapılır (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Gültürk, 2012; Taşkın, 2016).

Periservikal anestezi yapıldıktan sonra histeroskop ile servikal kanaldan uterus içine girilir. Gebelikte, pelvik enfeksiyonda ve servikal malignenside kullanılmaz. intraoperatif ve postoperatif kanama, uterus perforasyonu, aşırı sıvı yüklenmesi, gaz embolisi ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir (Schorge ve ark., 2010; Gültürk, 2012; Taşkın, 2016).

**Laporoskopi**, ışık sistemli bir teleskop olan laporoskop ile umblikusun yakınından açılan küçük bir insizyon ile abdomene girilerek, abdominal ve pelvik organların incelenmesi işlemidir. Laporoskopi kolay ve güvenilir bir işlemdir ve işlem sonrası iyileşme hızlıdır (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

Laporoskopi; pelvik ağrı, pelvik kitle, infertilite, ektopik gebelik, şüphesi ve endometriozis gibi durumlarda teşhis amacı ile kullanılır. Tubal ligasyon ve over kistlerinde lazer uygulanması gibi durumlarda da tedavi amacıyla kullanılmaktadır (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

Kısa süreli lokal veya genel anestezi kullanılarak yapılır. Umblikusun altına küçük bir insizyon açılarak insuflasyon cihazı yerleştirilip abdomen içine karbondioksit veya nitrous oxide gazı verilir. Böylece abdomenin gerilmesi ve organların birbirinden ayrılması sağlanır. Daha sonra endoskop yerleştirilerek tüm pelvik kavite kontrol edilir. İşlem sonrası gaz mümkün olduğu kadar boşaltılır ve insizyon sutur veya klipe kapatılır. Damar yaralanmaları, hematoma, barsak yaralanmaları, üriner sistem yaralanmaları, insizyonel herni, gaz embolisi, omuz ağrısı ve pnömotoraks gibi komplikasyonlar görülebilir (Fortner ve ark., 2008; Çepni ve Şal, 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

**Dilatasyon ve Küretaj (D&C)**, serviksin dilatasyonu ve endometriumun küretajı işlemidir. Günübirlik cerrahide en sık uygulanan jinekolojik müdahaledir. Tanı amacıyla; uterin malignansi, infertilite ve disfonksiyonel uterin kanamaları değerlendirmek için yapılmaktadır. Tedavi amaçlı ise isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması, inkomplet abortus, ağır kanama tedavileri, dismenorenin tedavisi ve polip eksizyonu için yapılmaktadır (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

Genel anestezi gerektiren bir işlemdir ancak spinal, epidural ve lokal anestezi ile de yapılabilir. Vajene spekulum takılarak serviks açığa çıkarılır. Hareketli bir sonda/historometri ile uterusun uzunluğu ve açısı değerlendirilir, metal dilatotörler ile serviks dilate edilir ve öncelikle endoservikal kanal olmak üzere tüm endometrium kürete edilir. Tüm materyal analiz için patoloji laboratuvarına gönderilir (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

**Kriyo Cerrahi**, anormal hücre ve dokuların, nitrous oxide veya karbon dioksit gibi buharlaşan bir gaz ile lokal dondurulma işlemidir. Donma, doku hasarına ve nekroza neden olur. Bu ölü doku soyularak dökülür ve ardından dokuda rejenerasyon görülür. En etkin olarak kullanılan teknik probun kenarından itibaren 5 mm'lik dondurma alanı sağlanmasıdır. Bu işlem için gerekli zaman gazın basıncına bağlıdır. Basınç arttıkça buz topu daha hızlı oluşmaktadır. Kriyocerrahi servisit, kronik servikal erozyon, servikal polip, kandidoma akuminata, benign lokoplakia ve servikal displazi gibi jinekolojik rahatsızlıklarda kullanılmaktadır (Fortner ve ark., 2008; Taşkın, 2016).

**Laser Cerrahi**, korbondioksit laser ışını ile, normal dokuyu bozmaksızın küçük lezyonları yok etmede kullanılır. Kriyocerrahiden farklı olarak serviks epiteli ikinci günde yenilenmeye başlar, 3 hafta içinde reepitelizasyon, 6'ncı haftada tam iyileşme tamamlanır (Fortner ve ark., 2008; Taşkın, 2016).

Laser cerrahi, servikal intraepitelyal neoplaziden başka kronik servisit, kandidoma, kist, hemanjiyom, polip, endometriozis, herpes enfeksiyonu, vajinal intraepitelyal neoplazi, vulvada benign benler, distrofi ve vulvar intraepitelyal neoplazilerin tedavisinde de kullanılır (Fortner ve ark., 2008; Taşkın, 2016).

**Servikal konizasyon,** kolposkopide endoservikal kanala ilerleyen bir lezyon saptandığında, dairesel doku biopsisi ile sguamokolumnar kavşak ve servikal kanalın alt kısmının koni şeklinde kesilip çıkarılması işlemidir (Taşkın, 2016; Tekin, 2017)..

Genel anestezi veya lokal anestezi ile yapılabilir. Serviks üst dudaktan, insizyon hattının gerisinden tenekulum ile tutularak çekilir ve sabitlenir. Uterin arterin inen dalını içine alacak şekilde serviks lateral kısımlarına ( saat 3 ve 9 hizalarından) 2-0 geç absorbe olan materyaller kullanılarak konulan figürafе sütürler ile serviks kanlanması azaltılır. Sütürler bağlanmadan gergin olarak tutulur. Serviks üzerinden insizyona, 11 nolu bistüri ile saat 1 hizasından başlanır ve lezyonu içine alacak şekilde dairesel bir insizyon yapılır. Parça bir bütün halinde çıkartılır. Konizasyon bölgesinde meydana gelen kanamalar çeşitli hemostaz materyalleri, elektrokoagulasyon ya da turnike sütürleri ile durdurulmalıdır (Taşkın, 2016; Tekin, 2017).

Çıkan doku patolojiye gönderilir. Tedavi amacıyla da patoloji insitu evresinde ise ve kadın doğurganlığını sürdürmek istiyorsa, konizasyon ile anormal dokular çıkarılarak tedavi edilir. Servikal konizasyondan sonra hasta ağrı, kanama ve enfeksiyon yönünden gözlemlenmelidir. Kanamayı kontrol etmek amacıyla vajinal tampon kullanılabilir (Fortner ve ark., 2008; Schorge ve ark., 2010; Taşkın, 2016).

#### **4.7. Günübirlık Cerrahide Hasta Seçimi**

Günübirlık cerrahi uygulamalarında ilk adım hastanın günübirlık cerrahi için uygunluğunun değerlendirilmesidir. Günübirlık cerrahinin başarılı olabilmesi için hasta seçimi büyük önem taşır. Günübirlık cerrahinin başarısı için temel faktörler; uygun hasta seçimi, hasta bilgilendirmesi, değerlendirmesi ve hazırlığıdır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Sarıhasan ve ark., 2008; Öğütlü, 2011; Çay, 2011).

Günübirlık cerrahi için uygunluğu doğrulanan hastalar ön kabule ilişkin aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmektedir;

- Bilgilendirilmiş yazılı izin alınması,
- Evde bakım koşullarının yeterli olması,

- Girişimin özel bir hemşirelik bakımı gerektirmemesi,
- Yapılacak işlemin taburculuk sonrası parenteral analjezik uygulamasını gerektirecek kadar ağrı oluşumuna neden olmaması,
- Ameliyat sonrası kanama ve dren olasılığı olmaması,
- Uygulanacak girişimin 60 dakikayı aşmaması,
- Evde bakımın sürekliliğini sağlayıcı destek sistemlerinin varlığının doğrulanmasıdır (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Çay, 2011; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015).

Günübirlik cerrahi için tüm elektif cerrahi girişim hastalarının aday olabilecekleri ileri sürülse de, günübirlik cerrahiye engel durumlar da vardır. Bunlar;

- Yalnızca diyet yoluyla kontrol altına alınamayan diyabet,
- Angina pectoris, pacemaker gerektiren kalp yetmezliği, iki yıl önce geçirilen Myokard İnfarktüsü,
- Hipertansiyon varlığı (60 yaşın altında 160/100 mmHg, 60 yaşın üzerinde 180/100 mmHg),
- Kronik, kontrol edilemeyen, akut olarak alevlenen solunum sistemi hastalığı (Astma),
- Özellikle boyun, çene ve ellerde aktivite sınırlamasına neden olan ciddi artrit,
- Son yıllarda ya da öncesi anestezi deneyimini izleyen epilepsi atağı,
- Kan hastalığı (orak hücreli anemi),
- Jinekolog ve anestezistin onay vermediği gebelik durumu,
- Bulaşıcı bir enfeksiyon varlığı (Hepatit B, HIV),
- Girişim sonrası idrar retansiyonu olasılığı,
- Steroidler, kan şekeri düzenleyicileri (özellikle hipoglisemik ajanların), kalp glikozitleri, antikoagülanlar, kontraseptifler ve alkolün kullanımı,
- Malign hipertermi ya da allerji öyküsü,



- Fizyolojik/psikolojik nedenle oluşan mental durum bozuklukları sayılmaktadır (Kakende ve ark., 2005; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Çay, 2011; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015; Alacadağ, 2016).

Amerikan Anesteziyolojistler Birliği (ASA), anestezi ve günöbirlik cerrahi için uygunluğu ve ameliyat öncesi sağlık durumunu değerlendirmek için sınıflandırma sistemi kullanmaktadır. Bu sınıflamaya göre hastalar;

- **Class I:** Sağlıklı hasta (cerrahi girişim gerektiren durum dışında hastalığı olmayan bireyler),
- **Class II:** Ameliyat olmasına neden olan duruma yada herhangi bir hastalığa bağlı olarak orta dereceli sistemik hastalığı olan hastalar,
- **Class III:** Ciddi sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- **Class IV:** Yaşamı tehdit edici, sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- **Class V:** 24 saatten daha fazla yaşaması mümkün olmayan, ölmek üzere olan hastalar olarak sıralanmaktadır.

ASA sınıflandırmasına göre, günöbirlik cerrahi işlemleri için Class I ve II olan hastalar uygundur. Class III. sınıf hastalarında da fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen hastaların aday olarak düşünölebileceği bildirilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Çay, 2011; Gültürk, 2012; Biçersoy, 2015; Alacadağ, 2016).

#### **4.8. Günöbirlik Cerrahi ve Anksiyete**

Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “kaygı”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı”ya da “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Bireyler bu durumu “kötü bir şey olacaktıymış hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku” şeklinde ifade etmektedir (Binici, 2015; Biçersoy, 2015; Alacadağ, 2016).

Spielberger ve arkadaşları 2 tip anksiyete tanımlamıştır.

**Durumluk Anksiyete:** Bireylerin içinde buldukları stresli durumlardan dolayı hissettikleri subjektif korkudur. Otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarı sonucu fiziksel değişmeler, bireyin huzursuzluk ve gerilim duygularının göstergesidir. Stresli zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme görülürken, stres ortadan kalktığı zaman düşme görülür (Öner ve Le Compte, 1985; Türe, 2006; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015).

**Sürekli Anksiyete:** Bireylerin kaygı yaşantılarına olan yatkınlıklarıdır. Kişilerin içinde buldukları durumları genellikle stresli olarak algılamaları ve stres olarak yorumlama eğilimleri olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin nötr olan durumları tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılamaları sonucu oluşan mutsuzluk ve hoşnutsuzluktur (Öner ve Le Compte, 1985; Türe, 2006; Karakul, 2014; Biçersoy, 2015).

Anksiyetenin fizyolojik ve psikolojik belirtileri vardır. Fizyolojik olarak; nabızda artma, kan basıncında yükselme, uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik, terleme, ağız kuruluğu, baş dönmesi, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, diyare, aritmi, solunum sisteminde tıkanma ya da boğulma hissi, mide spazmları vb. görülmektedir. Psikolojik olarak ise; kontrol kaybı, kendine güvenmeme, gergin ya da heyecanlı olma, uykusuzluk, rahatlayamama, sabırsız olma, girişimsizlik, sinirlilik, yerinde duramama, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkat eksikliği vb. görülmektedir (Türkçapar, 2004; Türe, 2006; Güven, 2009; Karakul, 2014; Binici 2015; Alacadağ, 2016).

Ameliyat öncesi anksiyeteyi etkileyen çeşitli risk etkenleri bulunmaktadır. Bu etkenler; psikiyatrik bozukluklar, depresyon, kanser öyküsü, benlik algısı, sürekli kaygı düzeyi, sigara içme öyküsü, ağrı, öngörülen cerrahinin derecesi, eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve ASA sınıflandırmasına göre III. Sınıf olan hastaları içermektedir (Caumo ve ark., 2001; Alacadağ, 2016).

Cerrahi işlemler büyük ya da küçük, planlı ya da acil veya günübirlik olsun hastanın stres duymasına neden olmaktadır. Bu nedenle günübirlik cerrahi hastaları da diğer cerrahi hastaları gibi anksiyete duymaktadırlar. Cerrahi girişime ihtiyaç

duyulduğunun hastaya söylenmesi ile anksiyete başlar ve hastaneye yatış olduğunda artar. Anksiyete hastanın hastalığa uyumunu, yaşam kalitesini, bakımını, düzelme ve iyilik halini, tedavi süresini ve masraflarını, hastalığın gidişini ve ek hastalıklar ile karşılaşılmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Mitchell yapmış olduğu bir çalışmada, günübirlik cerrahi hastalarının %85'inin cerrahi işlem uygulanacağı gün anksiyete yaşadıklarını gözlemlemiştir (Mitchell, 2010; Fındık ve Topçu, 2012; Biçersoy, 2015; Alacadağ, 2016).

Ameliyat öncesi dönemde anksiyete görülme sıklığı %11-80 arasında değişmekte olup kadınlar, gençler, eğitim düzeyi düşük olanlar, yalnız yaşayan bireyler, daha önce anestezi veya cerrahi deneyimi olmayan hastalar ya da olumsuz deneyim yaşayan hastalarda daha fazla görülmektedir. Berth ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi eğitim gereksinimleri fazla olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların bilgilendirilmesi, ameliyat için hazırlanması, baş etme stratejilerinin kullanımı ve sosyal destek sağlanması gibi durumlar anksiyeteyi azaltmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde kapsamlı olarak verilen eğitim hastaların ameliyatları ile kolay bir şekilde başa çıkabilmelerine olanak tanımakta, memnuniyeti artırmakta, yatış süresini kısaltmakta, ameliyat sonrası komplikasyonları en aza indirmekte ve anksiyeteyi azaltarak psikolojik olarak iyi olma durumunu artırmaktadır (Karancı ve Dirik, 2003; Berth ve ark., 2007; Rosen ve ark., 2008; Fındık ve Topçu, 2012; Alacadağ, 2016).

#### **4.9. Günübirlik Cerrahide Taburculuk Eğitimi ve Hasta Memnuniyeti**

Günübirlik cerrahide taburculuk eğitimi, hastanın ameliyat sonrası durumu stabil hale geldiğinde ve hasta hastaneden çıkmadan önce başlatılmalıdır ve sürdürülmelidir (Karadağ, 1998; Öğütlü, 2011; Gültürk, 2012).

Amerikan Nurses Association (ANA) taburculuk eğitimini “Hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır (Çavuş, 2008; Gültürk, 2012).

Hastaların taburcu olurken bilgilendirilmelerinin temel amaçları, hastaların kısa süre içerisinde iyileşmelerini sağlamak, ameliyatın ve anestezinin

komplasyonlarını en aza indirmek, hastaların evde yaşayabilecekleri sorunları önlemek, kaygı ve stresi azaltmaktır. Yapılan bilgilendirmelerin hem hastayı hem de aileyi kapsayacak nitelikte olması gerekmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Öğütlü, 2011; Gültürk, 2012; Alacadağ, 2016).

Her hastanenin kendine özgü bilgilendirme planı olmalıdır ve bu plan kapsamında hastalara ve yakınlarına;

- Ameliyat sonrası evde ilk 24 saat içinde izlemeleri gereken durumlar (ağrı, ameliyat bölgesinde kanama/ akıntı, bulantı- kusma vb.),
- Anestetik ilaçların olası yan etkileri, komplasyonların belirti ve bulguları, komplasyon gelişince yapılması gerekenler,
- Kontrol tarihi ve acil durumlarda aranması gereken telefon numaraları,
- Yemek yeme zamanı, kullanacağı ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma ve işe başlama zamanı hakkında bilgi verilir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Öğütlü, 2011; Gültürk, 2012; Alacadağ, 2016).

Taburculuk eğitiminde hastaların sözel bilgileri hatırlamaları zor olacağından, hastalara yazılı eğitim materyali verilmesi gerektiği ve eğitim sırasında hasta yakınlarının da yanlarında bulunması gerektiği vurgulanmaktadır (Karadağ, 1998; Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Gültürk, 2012).

Yapılan çalışmalara bakıldığında, hastalara yeterli ve planlı olarak bilgi verilmesinin anksiyete, stres ve ameliyat sonrası komplasyonları azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve işe dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Öğütlü, 2011; Gültürk, 2012; Alacadağ, 2016).

Hasta hemşire birlikteliği hasta memnuniyetinin temelini oluşturmaktadır. Günün 24 saati hasta ile birlikte olan, hastaların tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadıkları sorunlarla en yakından ilgilenen sağlık personeli hemşirelerdir. Bu nedenle hastaların kabulünden taburculuğuna kadar ki sürede hasta

memnuniyetini artırmada hemşirelerin sorumluluğu büyüktür (Aksakal ve Bilgili, 2008).

#### **4.10. Günübirlik Cerrahide Hemşirelik Bakımı**

Günübirlik cerrahi ekibi; klinik sorumlu hekimi, uzman cerrah, asistanlar, anestezi hekimi, fizyoterapist, günübirlik cerrahi hemşiresi ve diğer teknik personelden oluşmaktadır. Hemşireler, hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde en uzun zaman geçirdikleri ve en fazla iletişim kurdukları bir meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelerin ekip ile hasta arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanabilmesi için önemli roller üstlenmeleri gerekmektedir. Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri ortalama 1-6 saat gibi kısa bir süre olduğundan iyi bir planlama yapılmalıdır (Leske, 2002; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Gilmartin, 2007; Sadler ve ark., 1992; Lemos ve ark., 2009; Biçersoy, 2015).

Günübirlik cerrahide hemşirelik bakımı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olarak üç gruba ayrılmaktadır.

##### **4.10.1. Günübirlik cerrahide perioperatif hasta hazırlığı ve hemşirelik bakımı**

Günübirlik cerrahide ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, Amerikan Ameliyathane Hemşireleri (The Association of Perioperative Registered Nurses, AORN) standartlarına ve Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) tarafından yayınlanan hasta güvenliği uygulamalarına uygun olarak oluşturulmaktadır (Sadler ve ark., 1992; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Yıldız, 2011; Biçersoy, 2015).

Cerrahi işleme karar verilmesi ile ameliyat öncesi dönem başlar ve hasta ameliyathaneye alınmaya kadar devam eder. Ameliyat öncesi dönem tüm sağlık çalışanlarının bireyin ameliyata hazırlanmasına katıldığı, aralarında birçok ilişki ve düşünce alışverişinin olduğu, bireyin bilgilendirildiği, sorularının yanıtlandığı ve ameliyat için hazırlandığı çok önemli bir süreçtir. Günübirlik cerrahinin başarısındaki en önemli faktör sağlık çalışanlarının, hastanın ve ailelerin hazırlanmasıdır. (Yavuz, 1999; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Plauntz, 2007; Gültürk 2012).

Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım, hastanın günübürlük cerrahi kliniğe yatırılması ile başlar ve psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olmak üzere dört yönden ele alınır (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Plauntz, 2007).

#### **4.10.1.1. Günübürlük cerrahi hastasının psikolojik hazırlığı**

Hasta olmak ve hastanede yatmak bireylerin yaşamını etkilemekte ve kaygılarını artırmaktadır. Ameliyat olmanın bireylerde anksiyete ve korkuya neden olduğu belirtilmektedir. Be nedenler ile günübürlük cerrahi öncesi hazırlıkda psikolojik hazırlık anksiyetenin yönetimi için önemli bir aşamadır. Pinto ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bireylerin biyolojik gereksinimleri kadar psikolojik gereksinimlerinin de (şüphe, korku, endişe, anksiyete, preoperatif bakım ile ilgili bilgi eksikliği) olduğunu saptamıştır (James, 2000; Mitchell, 2000; Uzun, 2000; Özbayır ve ark., 2003; Pinto ve ark., 2005; Gilmartin ve Wright, 2007; Gültürk, 2012).

Her çeşit cerrahi operasyonda hastalar stres yaşar ve bu strese bağlı stres hormonlarının salgılanması, kan basıncının yükselmesi, baş ağrısı gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Yaşanan stres immun sistemi zayıflatmakta, ağrı ve enfeksiyona olan direnci düşürmektedir. Günübürlük cerrahi ameliyatı öncesi hastaların psikolojik olarak iyi hazırlanmaması, postoperatif döneme uyumların iyi olmaması, komplikasyon gelişmesi ve hastaların iyileşme sürelerinin uzaması ile sonuçlanabilmektedir. Günübürlük cerrahi sürecinde hemşire etkin bir eğitim ile anksiyetenin yönetiminde önemli bir roll oynamaktadır. Hazırlık döneminde verilen bilgi ile bireylerin stresle başa çıkmada daha başarılı olduğunu göstermektedir (Karadağ, 1998; Mitchell, 2000; Mitchell, 2006; Tappen ve ark., 2001).

Gilmartin yaptığı bir literatür taramasında preoperatif dönemde psikolojik hazırlıkta eksik bilgi vermenin anksiyetenin artması ile sonuçlandığını belirtilmiştir. Preoperatif dönemde bekleme odasında öykü anlatma, müzik dinletme, hastaların bir şeyler ile ilgilenmesinin preoperatif anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Gilmartin ve Wright, 2007; Gültürk, 2012).

Hemşirelerin empatik yaklaşımlarının preoperatif hazırlıklara ışık tutacağı ve ön yargıların giderilmesinde etkin olabileceği vurgulanmaktadır. Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlıkları kendilerine duygusal bir destek sağlar, ameliyat sonrası dönemde ağrı ve kaygı düzeyini azaltır, kullanılan analjezik sayısını ve dozunu azaltır, hastanede kalış süresinin daha kısa olmasını sağlar ve normal yaşamına daha kısa sürede dönmesini sağlar (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Gültürk, 2012).

#### **4.10.1.2. Günübürlük cerrahi hastasının fiziksel hazırlığı**

İyi bir fizyolojik değerlendirme ile ameliyat öncesi dönemde hastanın sağlık durumu belirlenebilir. Fizyolojik değerlendirme; tıbbi durumun değerlendirilmesi, yaş, beden ağırlığı, fizik muayene ve laboratuvar tetkik sonuçlarını kapsamaktadır (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Aygin, 2012).

Tıbbi durumu değerlendirmede Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists, ASA) tarafından önerilen hasta sınıflama kriterleri kullanılmaktadır. ASA sınıflandırmasına göre, günübürlük cerrahi işlemleri için Class I ve II olan hastalar uygundur ancak Class III. sınıf hastalarında da fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen hastaların aday olarak düşünülebileceği bildirilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Aygin, 2012).

Yaş, günübürlük cerrahide önemli bir parametredir. İleri yaşlarda sağlık sorunlarının ortaya çıkması günübürlük cerrahi uygulamalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Günübürlük cerrahide, Royal College of Physicians üst yaş sınırını 65-70 yaş olarak önermektedir. Günübürlük cerrahinin alt yaş sınırı 1 olarak kabul edilmekte ancak kriterlerin uygunluğu sağlandığı durumlarda daha küçüklere de günübürlük cerrahi uygulanmaktadır (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Biçersoy, 2015).

Diğer bir parametre de beden ağırlığıdır. Tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi günübürlük cerrahide de obezite önemli bir sorun oluşturmaktadır. Obezite, anestezi cerrahi işlem ve bakım uygulamalarında zorluklara yol açarak, girişim süresinin uzamasına ve iyileşmenin gecikmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda komplikasyonlara da neden olabileceği için obez hastalar günübürlük cerrahi için uygun görülmemektedir. Literatürde beden ağırlığının üst sınırı 80 kg olmasına

karşın cerrahi işlemin türü de kilo sınırlamasında etkin bir faktördür. Kilo değerlendirmesi yapılırken boy uzunluğunun da değerlendirilmesi gereklidir. Beden kitle indeksinin 30-33 arasında olması ve masif obezite (BKİ'nin %40'dan fazla olması) durumları değerlendirilmelidir (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Biçersoy, 2015).

Fizik muayene de hasta değerlendirmesinde ki önemli parametrelerden biridir. Günübirlık cerrahi hastasının tüm sistemlerine ilişkin değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Özellikle de solunum, kardiyo vasküler, nörolojik, kas iskelet, gastro intestinal ve genitoüriner sistemler önemle değerlendirilmelidir (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Biçersoy, 2015).

Bir diğer parametre laboratuvar tetkik sonuçlarıdır. Tetkik sonuçları ekip ve kurum adına etik/yasal sorunları elimine ederek tedavi veya bakımdaki güvenilirlik düzeyini artırır. Laboratuvar testlerinin günübirlık cerrahi ameliyatından bir hafta önce istenmesi, bir bozukluk olması halinde hastanın tedavi edilmesine zaman kazandırmaktadır. Rutin testlerde; elektrolitler, hemoglobin, han şekeri, üre, akciğer filmi, Elektrokardiyogram (EKG), bulaşıcı hastalıklara bakılması önerilmektedir (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004).

#### **4.10.1.3. Günübirlık cerrahi hastasının yasal hazırlığı**

Günübirlık cerrahi geçirecek bütün hastalardan imzalı ameliyat onamı alınmalıdır. Yazılı ameliyat onamı hem hasta hem de sağlık çalışanları için yasal bir güvencedir. Ameliyat onamı alınmadan önce hastaya ameliyat hakkında yeterli açıklama yapılmalıdır. 18 yaşından küçük hastalarda ameliyat onamları ailelerinden alınmalıdır. Ameliyat onamı hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir (Gültürk, 2012; Ertem ve ark., 2013; Biçersoy, 2015).

#### **4.10.1.4. Günübirlık cerrahi hastasının perioperatif eğitimi**

Günübirlık cerrahi hastalarının bilgi gereksinimlerinin giderilebilmesi için preoperatif dönemde eğitime ihtiyaçları vardır. Ameliyat öncesi eğitim, hemşirelerin en önemli görevlerinden biridir. Eğitimde her hasta bir birey olarak ele alınmalıdır.



Eğitim her hastaya özgü bireylerin endişeleri, korkuları ve gereksinimleri doğrultusunda planlanmalıdır (David ve ark., 1995; Karadağ, 1998; Uzun, 2000).

Ameliyat öncesi eğitim; ameliyat öncesi ve sonrasında hastalara neler yapılacağı ve hastaların nerede bulunacağına ilişkin bilgileri kapsmalıdır. Ameliyat günü nereye, nasıl ve kiminle geleceği hastalarla konuşulmalıdır. Hastalara yanında bakımından sorumlu bir yetişkin bulundurmaları önerilmelidir. Hastaların yanlarında değerli eşya ve takı bulundurmaması gerektiği söylenmelidir. Ameliyattan 6 saat öncesine kadar oral yolla bir şey almaması söylenmelidir (Karadağ, 1998; Uzun, 2000; Gültürk, 2012).

Hastalar tüm yapılacakları akıllarında tutmakta güçlük çekebilir. Bu nedenle verilen eğitimlerin yazılı olarak verilmesi hastaların rahatlamalarını sağlayacaktır. Mitchell'in yaptığı bir araştırmada hastaların uzun ve detaylı bilgi kitapçığı aldıklarında kısa ve basit bilgi kitapçığı alan hastalara göre stresle daha etkili baş ettikleri bulunmuştur (Karadağ, 1998; Uzun, 2000; Mitchell, 2006; Gültürk, 2012).

Ameliyat öncesi ve sonrası hastalara yapılan işlemler sırasında ve sonrasında neler hissedecekleri açıklanmalıdır. İşlemin ve anestezinin türüne göre işlem sonrası huzursuzluk, bulantı kusma, işleme bağlı ağrı, boğazda kuruluk hissi, baş dönmesi, sersemlik vb. hissedeabileceği açıklanmalıdır. Jinekoloji hastalarına işlemin türüne göre kanamasının olup olmayacağı açıklanmalıdır (Karadağ, 1998; Uzun 2000; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Gültürk 2012).

Ameliyat öncesi hazırlıkta, hastalara ameliyat sonrası yaşanabilecek sorunlar ve baş etme yolları anlatılmalıdır. Jinekoloji hastalarına özellikle kanama takibi, enfeksiyon belirtileri, hijyen uygulamaları gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır (Karadağ, 1998; Uzun 2000; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004).

#### **4.10.2. Günübirlik cerrahide intraoperatif hemşirelik bakımı**

İntraoperatif bakım, hastaların cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınması ile başlamaktadır ve ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesi ile sona ermektedir. Ameliyattan önce hastaların kimlik ve dosya kontrolleri yapılmalı eksiklikler var ise giderilmelidir. Uygulama yapılacak taraf işaretilmeli,

hastaların ameliyathane birimine güvenli bir şekilde transferi yapılmalıdır. Hastalara işlem için uygun pozisyon verilmeli, gerekli anestezi uygulanmalı, monitoriazasyon yapılmalı ve girişimler uygun bir şekilde kayıt altına alınmalıdır. Ameliyat sonrası hastaların güvenli bir şekilde bakım verileceği bölümlere transferi sağlanmalıdır (Karadağ, 1998; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004; Biçersoy, 2015).

#### **4.10.3. Günübirlik cerrahide postoperatif hemşirelik bakımı**

Hastanın ameliyathaneden çıkması ile başlayan ve taburculuğuna kadar devam eden süre ameliyat sonrası dönemdir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların kendi sağlıklarını yönetebilmeleri ve bakımları ile ilgili konularda karar alabilmeleri için hastaların bilgilendirilmesi çok önemlidir. (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Özel, 2010; Gültürk, 2012).

Hastalar ameliyat sonrası anestezinin etkisi geçinceye kadar ve yaşam bulguları düzenli oluncaya kadar bir iki saat ayılma ünitesinde kalmaktadır. Daha sonra hastalar ayılma ünitesinden kliniğe alınır. Kliniğe alınan hastalara ameliyat sonrası bakımda hemşireler şu işlemleri yapmalıdır;

- Kimlik tespiti yapılması
- Mahremiyetin sağlanması
- Yaşam bulgularının takip edilmesi
- Hekim orderlarının uygulanması ve kaydedilmesi
- Solunum ve dolaşım fonksiyonlarının sürdürülmesi ve izlenmesi
- Vajinal kanamanın takip edilmesi
- Mobilizasyonun sağlanması
- Emosyonel ve fiziksel destek verilmesi
- Evde bakım için hasta ve ailesine yazılı materyal verilmesi (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Şal Sarıca, 2007; Gültürk, 2012; Biçersoy, 2015).

Günübirlik cerrahi hastalarının taburcu olabilmeleri için gerekli olan kriterler şunlardır;

- Yaşam bulgularının en az 30-60 dk stabil olması
- Hava yolu açıklığının olması ve oksijen saturasyonunun %94 ve üzerinde olması
- Hastanın rahat mobilize olabilmesi
- Hastanın uyanık ve oryante olması
- Dolaşımın yeterli olması ve ekstremitelerde duyuların geri dönmüş olması
- Hastanın oral sıvı alımını tolere edebilmesi
- İdrar ve gaz çıkışının olması
- Hastanın ağrısının kontrol altına alınmış olması
- Ameliyat yerinden akıntı ve kanama olmaması
- Taburculuk sonrası evde ilk 24-48 saat süre içinde bakabilecek bir yakınının olmasıdır (Mc Millan, 2005; Çilingir ve Bayraktar, 2006; Çay, 2011; Gültürk, 2012).

Yapılan değerlendirme ile uygun görülen hastalar gün içerisinde taburcu edilir ancak bu durumlardan biri söz konusu değil ise hastalar taburcu edilmez ve ilgili kliniğe yatırılarak izlenir. Taburcu olmasına karar verilen hastalara ve ailelerine, hemşire ve hekimler tarafından evde dikkat etmeleri gereken konular hakkında gerekli bilgiler verilir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Öğütlü, 2011; Alacadağ, 2016).

#### **4.11. Çalışmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi**

Günübirlik cerrahide hastaların hastanede kalış süreleri 1-6 saat gibi kısa bir süredir. Bu nedenle postoperatif bakımın en iyi koşullarda ve nitelikli biçimde yapılması için iyi bir planlama yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda hasta-hemşire ilişkisinde çok kısa bir sürede gerçekleştiği için hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra başlatılması ve taburculuğa kadar sürdürülmesi gerekmektedir (Aksoy ve Yazıcı Sayın 2004, Türe 2006; Çay, 2011).

Günöbirlik cerrahi hastalarının hastanede geçirdikleri sürenin az olması, ameliyat günü servise kabul edilmeleri, preop hazırlıkların evde kendileri tarafından yapılması gibi nedenlerle hasta ve hasta yakınlarının ameliyat öncesinde ve sonrasında uygun bakım ve eğitim almalarında eksiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu durum hastaların evde bakım aktivitelerini gerçekleştirirken çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. (Karadağ, 1998; Çay, 2011).

Hasta ve hasta bakımına katkı verecek bireylerin eğitiminde gereksinimlerin belirlenmesi ile başarı arasında olumlu ilişki olduğu ele alınmakta ve hasta ile hemşire arasındaki iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Etkin bir eğitim için hastaların öncelikleri, geçmiş deneyimleri, gelişimsel yapısı, çevre koşulları ve kültürel yapısı göz önüne alınarak öğretim yöntemlerinin kullanılmasının uygun olacağı belirtilmektedir. Aynı zamanda eğitim ile hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı, ameliyat sonrası kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve taburculuğun daha erken olmasını sağladığı bilinmektedir (Uzun, 2000; Aksoy ve Sayın Yazıcı, 2004; Çay, 2011).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde danışmanlık, eğitim, yan etkilerin kontrolü ve hastanın sorunları ile baş etmelerinde bakım sorumluluğunu üstlenen hemşirelerin hastaların yaşam kalitelerini arttırmada etkili oldukları vurgulanmaktadır. Taburculuk sürecinde hasta ve hasta yakınlarının eğitiminde tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğu olmakla birlikte taburculuk süreci hemşirenin sorumluluğundadır. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk sürecinde yeterince bilgilendirilmediği ve verilen bilgilerinde içeriğinin yeterli olmadığı sonucu elde edilmiştir. Bu nedenle ülkemizde hasta eğitimine gereken önemin verilmediği söylenebilir (Gürsoy 2001, Özel, 2010).

Bu çalışma ile tamamen hemşirenin sorumluluğunda olan taburculuk eğitiminin önemi vurgulanmak istenmiştir. Taburculuk eğitiminin hastanın anksiyetesini azaltacağı ve hastaların memnuniyet düzeyini artıracacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın hemşirelerin hizmet kalitesini arttırması ve mesleki donanımı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, günübürlük jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Jinekoloji Servisinde 10 Mayıs 2019 ve 12 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1899 yılında kurulmuş olup 1000 yatak kapasitesine sahiptir. Çalışmanın yapıldığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekoloji Servisi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin ek hizmet binası olan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunmaktadır. Jinekoloji Servisi 18 yataklı olup, klinik şefi, eğitim şefi, 18 Uzman doktor, 16 Asistan doktor ve 26 Ebe/Hemşire görev almaktadır. Jinekoloji servisinde gündüz vardiyasında 4 hemşire/ebe, gece vardiyasında 2 hemşire/ebe görev almaktadır.

Araştırma için bu hastanenin tercih edilme nedenleri; araştırmacının bu hastanede çalışıyor olması sebebiyle uygulama kolaylığının düşünülmesi ve günübürlük jinekolojik uygulama sayısının yüksek olmasıdır.

### **5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekoloji Servisinde 10

Mayıs 2019 ve 12 Haziran 2019 tarihleri arasında g n birlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan bütün kadınlar oluşturmuştur.

Çalışmanın  rnekleme; çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü g n birlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan kadınlar alınmıştır. Örnekleme büyüklüğü; Deneysel olarak tasarlanan çalışma için daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak yapılan Power analizi (G\*Power 3.1.9.2) sonucunda; durumluk kaygı puanına göre yapılan değerlendirmede Power:0,80,  $\beta$ :0,20 ve  $\alpha$ :0,05 için tespit edilen örnekleme sayısı her bir grup için **minimum 38** olmak üzere **toplam 76** olarak saptanmıştır.

Çalışmaya 47 deney grubu ve 45 kontrol grubu olmak üzere toplam 92 katılımcı ile başlanmıştır. Çalışmamızda deney grubundan 7 kişi (3 kişinin veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçmesi, 2 kişinin hipertansiyon ve 2 kişinin hiperglisemi nedeni ile ameliyatının iptal edilmesi) ve kontrol grubundan 5 kişi (1 kişinin veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçmesi, 1 kişinin hipertansiyon, 2 kişinin hiperglisemi ve 1 kişinin son 1 hafta içerisinde antikoagülan ilaç kullanmış olması nedenleri ile ameliyatlarının iptal edilmesi) olmak üzere toplamda 12 katılımcı çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Sonuçta; deney grubu 40 kişi ve kontrol grubu 40 kişi olmak üzere 80 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Deney ve kontrol grubuna seçilme olasılığını eşitlemek ve biası önlemek için randomizasyon basit rastgele sayılar tablosu ile yapılmıştır.

### **5.5. Randomizasyon ve Araştırma Grupları**

Grupların randomizasyonu [www.random.org](http://www.random.org) sitesinden yararlanılarak basit-rastgele olarak yapılmıştır. Buna göre oluşturulan araştırma grupları aşağıdaki gibidir:

**Tablo 2. Araştırmanın Randomizasyon Grupları**

<b>ARAŞTIRMA GRUPLARI</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DENEY GRUBU:</b> (Öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış taburculuk eğitimi verilen grup )</li></ul>	44, 51, 5, 37, 55, 12, 23, 17, 2, 52, 53, 8, 54, 4, 7, 69, 45, 33, 10, 49, 47, 73, 14, 80, 65, 74, 63, 46, 29, 11, 42, 38, 27, 50, 59, 70, 3, 15, 28, 41
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>KONTROL GRUBU:</b> (Hastanenin rutin taburculuk eğitimi verilen grup)</li></ul>	20, 22, 26, 39, 21, 40, 19, 58, 43, 31, 60, 66, 36, 16, 56, 68, 78, 35, 9, 62, 64, 61, 67, 32, 79, 13, 25, 57, 6, 77, 1, 75, 48, 18, 24, 72, 71, 30, 34, 76

## **5.6. Araştırmaya Dahil Edilme / Dahil Edilmeme / Dışlanma Kriterleri**

### **5.6.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- 18 yaş üstü olma,
- Türkçe anlıyor ve konuşuyor olma,
- Günübirlilik jinekolojik cerrahi işlemlerinden (Endoservikal Küretaj (ECC), Franksiyonel Küretaj (F/C), Histereskopi (H/S) vb. ) birinin uygulanmış olması,
- Günübirlilik işlemin genel anestezi altında yapılmış olması,
- Bilincinin açık ve sorulara cevap verebilecek durumda olması,
- Yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmiş olma,
- Daha önceden kanser tanısı almamış olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

### 5.6.2. Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri

- 18 yaşından küçük olma,
- Türkçe anlayamıyor ve konuşamıyor olma,
- Günübirlik jinekolojik cerrahi işlemler dışında farklı bir cerrahi operasyon geçirme,
- Günübirlik işlemin genel anestezi altında yapılmamış olması,
- Bilincinin kapalı ya da sorulara cevap veremeyecek durumda olması,
- Yapılacak işlem hakkında bilgisi olmaması,
- Daha önce kanser tanısı almış olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

### 5.6.3. Araştırmadan dışlanma ölçütleri

- Yanlış ya da eksik form doldurma
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçme
- Planlanan cerrahi işlemin herhangi bir nedenden (hipertansiyon, hiperglisemi vb.) dolayı iptal edilmesi.

### 5.7. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>0</sub>:** Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun anksiyetesi kontrol grubu ile aynı olacaktır.

**H<sub>1</sub>:** Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun anksiyetesi kontrol grubundan daha düşük olacaktır.

**H<sub>0</sub>:** Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun memnuniyeti kontrol grubu ile aynı olacaktır.

**H<sub>1</sub>:** Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun memnuniyeti kontrol grubundan daha yüksek olacaktır.



## 5.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Kadınların yaşadığı anksiyete düzeyi, kadınların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi

**Bağımsız Değişkenler:** Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, gebelik sayısı, uygulanacak tanı yönteminin şekli

## 5.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki formlar aracılığıyla toplanmıştır.

- Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1)
- Durumluk Anksiyete Ölçeği (DAÖ) (EK-2)
- Sürekli Anksiyete Ölçeği (SAÖ) (EK-3)
- Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-4)
- Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) (EK-5)

### 5.9.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu, katılımcılarla ilk görüşmede uygulanan bölümdür. Bu bölüm bireyin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, yerleşim yeri, çalışma durumu, sosyal güvencesi gibi tanımlayıcı bilgilerini ve obstetrik-jinekolojik öyküsünü içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

### 5.9.2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (DAÖ-SAÖ) (EK-2/EK-3)

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Öner ve Lecompte tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Türkçe Geçerlilik ve güvenilirliği 1974-1977 yıllarında yapılmıştır. Ölçek durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, her biri 20'şer soru olmak üzere 40 sorudan oluşmaktadır. Her iki ölçekte de doğrudan ve tersine döndürülmüş ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine döndürülmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk anksiyete ölçeğinde, bireyin belirli koşullar altında ve belirli bir anda kendisini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplaması gereken 20 soru vardır (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk anksiyete ölçeği bireyin içinde bulunduğu durumda yaşadığı duygu ya da davranışları şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamen gibi şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırması gerekir. Durumluk anksiyete ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddelerdir. Geri kalan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler ifadeyi doğrudan ölçmektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Sürekli anksiyete ölçeği; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini ölçen sorulardan oluşur. Ölçekteki seçenekler (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Hemen her zaman şeklindedir. Sürekli anksiyete ölçeğinde 7 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 dur. Geri kalan 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 numaralı sorular ise doğrudan ifadeleri ölçer (Öner ve Le Compte 1998).

Doğrudan ifadelerde; 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu, 1 değerindeki cevaplar ise anksiyetenin düşük olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindeki cevaplar düşük anksiyeteyi gösterir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e; 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür (Öner ve Le Compte 1998).

Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılır. Elle puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir, Durumluluk Anksiyete Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Anksiyete Ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen puan bireyin anksiyete puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Öner'in belirttiğine göre, Spielberg'in durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinde;

0-19 puan: Anksiyete yok

20-39 puan: Hafif anksiyete

40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete

60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete

80 puan: Şiddetli anksiyete (Panik) olarak değerlendirilmektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Bu araştırmada, durumluk-sürekli anksiyete ölçeğinin güvenilirliği durumluk kaygı için Cronbach's Alpha=0,904 olarak, sürekli kaygı için Cronbach's Alpha=0,824 olarak bulunmuştur.

### **5.9.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-4)**

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”, hastaların taburculukta bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross&Shamian tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenilirliği Emine Çatal ve Aklime Dicle (2007) tarafından yapılmıştır (Bubela ve ark., 1990; Çatal ve Dicle 2008).

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, toplam 50 madde ve 7 alt ölçekten (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşmakta olup çalışmamızın Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) değerleri tablo 3 de verilmiştir (Tablo 3). Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan artıçça hastaların öğrenim gereksinimleri ihtiyaçları artmaktadır (Çatal ve Dicle 2008).

**Tablo 3. HÖGÖ ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları**

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alnabilecek Minimum ve Maksimum Değerler	Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) Değerleri	Çalışmamızın Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) Değerleri
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40	0,88	0,88
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45	0,84	0,90
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30	0,85	0,93
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25	0,79	0,91
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45	0,83	0,90
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40	0,85	0,89
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25	0,69	0,94
Toplam	50		50-250	0,95	0,94

**Kaynak:** Çatal E. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir. (Danışman: A Dicle).

#### **5.9.4. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) (EK-5)**

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği, Dozier ve ark. (2001) tarafından 2001 yılında Amerika’da geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gülay İpek Çoban ve Mağfired Kaşıkçı (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, Dozier ve ark. (2001) tarafından;

- Beklenen ihtiyaçların derecesini yansıtan,
- Hasta memnuniyetini ölçen,
- Kısa bir bakımın ardından güvenilir ölçüm yapan,
- Sosyo-demografik, kişisel ve diğer faktörlerden minimum düzeyde etkilenen bir ölçek olacak şekilde düzenlenmiştir (Dozier ve ark., 2001; İpek Çoban ve Kaşıkçı, 2008).

Likert tipi ölçekte hemşirelik bakımının kalitesi ile ilgili 15 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 15 ifadeden “katılıyorum=1”, “biraz katılıyorum=2”, “kararsızım=3”, “ katılmıyorum=4” ve “kesinlikle katılmıyorum= 5” seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Böylece ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Puan yükseldikçe memnuniyet düzeyi azalmaktadır (İpek Çoban ve Kaşıkçı, 2008).

Bu araştırmada Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,872 olarak bulunmuştur.

#### **5.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan 18.03.2019 tarihli ve 95 onay sayısı ile gerekli izin alınmıştır (Ek-6). Araştırmanın yapılacağı İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 10.05.2019 tarihli 16867222-604.01.01 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek-7).

Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği kitaptan alınmıştır. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin sahiplerinden ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek-8 ve Ek-9).

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Her vakaya, Gönüllü Bilgilendirme Formu (Ek-10) ve Katılımcı Beyanı (Ek-11) okutulup, anlatılarak Gönüllü Onay Formuna (Ek-12) imzası alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınları çalışmaya alırken gönüllülük ilkesine uyulup, veriler araştırmacı tarafından kişilerle bire bir görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcılara kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisini verildi ve doldurulan formlar araştırmacının evinde dosyalandıktan sonra çalışma tamamlandığında yok edileceği hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Klinik çalışanlarına iş yükü yüklenmemiştir.

### **5.11. Günübirlik Jinekolojik İşlemlerde Hastanenin Rutin Uygulaması**

Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik Binasının 2. katında bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne herhangi bir sorunla ya da rutin kontrol amacı ile başvuran kadınların muayene sonucu ya da muayene ile tanı konulamama sonucu, tanı konulmak üzere yapılması gereken işlemler, abortus ya da abortus sonrası içerde parça kalması sonucu yapılması gereken işlemler, günübirlik jinekolojik cerrahi hastalarını oluşturmaktadır.

Hastalar, poliklinik sonrası yatan hasta binası 2. Katta bulunan Kadın Doğum Servislerinden (Obstetri Servisi, Jinekoloji Servisi, Jinekolojik-Onkoloji Servisi) jinekoloji servisine yönlendirilmektedir. Jinekoloji servisine gelen hastalara kat hekimi tarafından günübirlik cerrahi işlemi hakkında bilgilendirme yapılarak ameliyat günü verilmektedir. Kat hekimi tarafından verilen ameliyat gününden bir önceki gün hasta evrak hazırlıkları, tetkikler, anestezi onamı vb. işlemler için hastaneye gelmektedir.

Tüm işlemleri tamamlanan hasta ameliyat günü sabahı jinekoloji servisine gelerek öncelikle hekim tarafından yatışı yapılmaktadır. Hekim tarafından yatışı yapılan hasta hemşire bankosuna yönlendirilmektedir. Hemşire bankosuna gelen hastanın hemşiresi belirlenerek, hemşiresi tarafından tek kişilik hasta odasına alınmaktadır. Odasına alınan hastaya hemşiresi öncelikle kendini tanıtarak, hasta ve yakınlarının uyması gereken kuralları, ziyaret saatleri ve kuralları, telefon kullanımı, hasta yatağı kullanımı, hemşire çağrı sistemlerinin kullanımı, tuvalet banyo kullanımı, hekim vizitleri ve saatleri, acil durum planı, el hijyeni, enfeksiyonların önlenmesi, hasta düşme riski eğitimi, sigara kullanılıyorsa sigarayı bırakma tavsiye eğitimleri hakkında bilgilendirme yapılmaktadır.

Hemşire tarafından hastanın yatış dosyaları hazırlanarak hastaya ameliyat öncesi ve sonrası ile ilgili bilgiler verilmektedir. Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı yapılmaktadır. Hasta ameliyat saatinde -1. katta bulunan ameliyathaneye hemşire ve personel eşliğinde teslim edilmektedir. Ameliyat sonrası uyandırma odasına alınan hastanın durumu stabil olduğunda uyandırma servisi tarafından kliniğe transferi yapılmaktadır.

Hemşiresi ve hekimi tarafından gerekli bilgilendirmeler yapılan hasta en az 2 saat klinikde gözlem altında tutulmaktadır. Operasyon sonrası 2. saat sonunda yapılan değerlendirmede, hastanın durumunda taburculuğuna engel bir durumu yok ise hekim tarafından çıkış evrakları hazırlanmaktadır.

Taburculuğu hazır olan hastaya hemşiresi tarafından taburcu olacağı bilgisi verilerek enfeksiyon belirtileri, reçete edilen ilaçların kullanımı, yan etkileri komplikasyonları vb. konuları içeren Hastanenin Rutin Taburculuk Eğitimi (Ek-13) verilmektedir. Hasta tanı işlemi sonucunu alması için 3 hafta sonra kliniğe çağırılmaktadır.

## **5.12. Araştırmanın Uygulanma Aşamaları**

Çalışma İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisine 10 Mayıs 2019 –12 Haziran 2019 tarihleri arasında, gününbirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yapılmıştır.

Araştırmacı, öncelikle hastalara kendini tanıttı ve öğrenci kimliğini göstererek çalışma hakkında bilgilendirme yaparak Gönüllü Bilgilendirme Formu (Ek-10) ve Katılımcı Beyanı (Ek-11) okutulup Gönüllü Onay Formu (Ek-12) imzalatılmıştır. Daha sonra hastalara randomizasyona göre grup (deney/kontrol) ataması yapılmıştır.

## **Deney Grubu'nda Araştırmanın Uygulanması**

### **1.Aşama**

Deney Grubuna ataması yapılan kadınlara öncelikle Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1) uygulanmıştır. Hastalara daha sonra Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek-2/Ek-3) uygulanmıştır. Hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Ek-4) uygulanmıştır. Sorusu olan hastaların soruları cevaplanmıştır. Bu aşama karşılıklı görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür. Daha sonra hastanın ameliyathaneye transferi sağlanmıştır.

## **2.Aşama**

Uyandırma odasından teslim alınan hastalar jinekoloji kliniğindeki tek kişilik odalarına alınmıştır. Hastanın Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nde belirttiği konulara yönelik olarak bireye özgü yapılandırılmış taburculuk eğitimi hazırlanmıştır. Hazırlanan taburculuk eğitimi postop 2. saaten sonra (bilinci açıksa, oryanteyse, iletişim kurabilecek durumdaysa, vitalleri stabilse ve oral alımdan sonra) hastalara verilmiştir. Bu eğitimin içeriği Ek-14'de belirtilmiştir. Yapılan taburculuk eğitimi düz anlatım ve soru-cevap tekniği yöntemleriyle araştırmacı tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 30-40 dakika sürmüştür. Eğitim sonunda hastadan geri bildirim alınmış, soruları varsa cevaplanmış ve eğitim sonlandırılmıştır.

## **3. Aşama**

Taburculuk öncesi hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (Ek- 5) ve kaygı düzeyindeki değişiklikleri belirlemek için tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek-2) uygulanmıştır. Hastaların soruları varsa cevaplanmıştır. Bu aşama karşılıklı görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

## **Kontrol Grubu'nda Araştırmanın Uygulanması**

### **1. Aşama**

Kontrol Grubuna ataması yapılan kadınlara öncelikle Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1) uygulanmıştır. Hastalara daha sonra Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek-2/Ek-3) uygulanmıştır. Sorusu olan hastaların soruları cevaplanmıştır. Bu aşama karşılıklı görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 10-20 dakika sürmüştür. Daha sonra hastanın ameliyathaneye transferi sağlanmıştır.

### **2.Aşama**

Uyandırma odasından teslim alınan hastalar jinekoloji kliniğindeki tek kişilik odalarına alınmıştır. Hastalara postop 2. saaten sonra (bilinci açıksa, oryanteyse, iletişim kurabilecek durumdaysa, vitalleri stabilse ve oral alımdan sonra) hemşiresi tarafından Hastanenin Rutin Taburculuk Eğitimi (Ek-13) verilmiştir. Yapılan

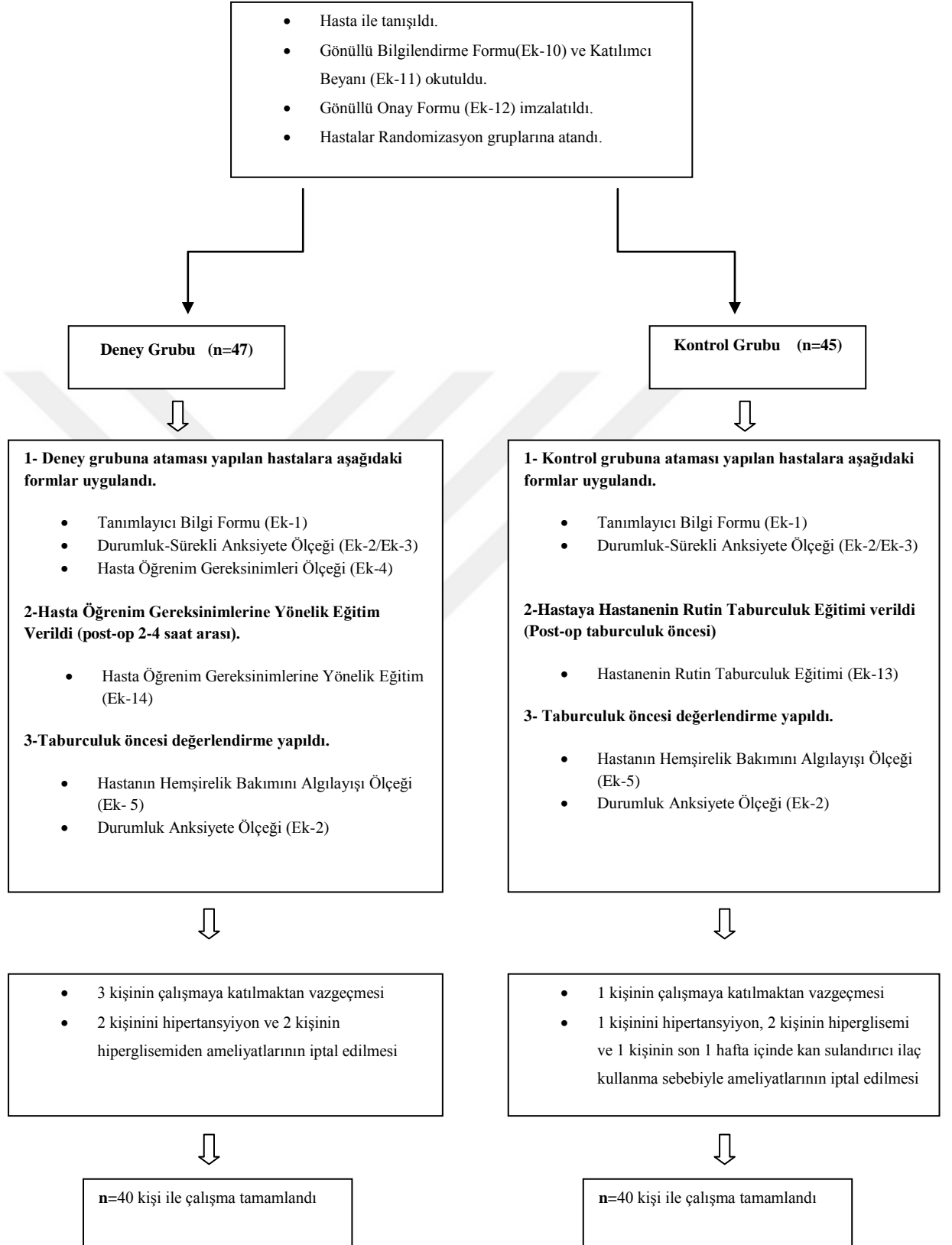


taburculuk eğitimi düz anlatım ve soru-cevap tekniği yöntemleriyle hastanın hemşiresi tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüő. Eğitim sonunda hastadan geri bildirim alınmış, soruları varsa cevaplanmış ve eğitim sonlandırılmış.

### **3. Aşama**

Taburculuk öncesi hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (Ek- 5) ve kaygı düzeyindeki değişiklikleri belirlemek için tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek-2) uygulanmıştır. Hastaların soruları varsa cevaplanmıştır. Bu aşama karşılıklı görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından yapılmış olup yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

## Şekil 1. Araştırmanın Aşamaları ve Uygulanma Şeması



### 5.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak ortalama, standart sapma, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirilmiştir. Analiz yöntemleri tablo 4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler**

İncelenen Özellikler	İstatistiksel Analiz Yöntemleri
Deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin, obstetrik özelliklerinin, jinekolojik özelliklerinin, jinekolojik problem yaşama durumlarının, başvuru şikayetlerinin, yapılacak günübürlük jinekolojik işlem türlerinin dağılımlarının karşılaştırılmasında	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma</li><li>➤ Bağımsız Gruplarda T-Testi</li><li>➤ Ki-Kare Testi</li></ul>
Deney Grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Dağılımlarının İncelenmesi ve HÖGÖ alt başlıklarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma</li><li>➤ Bağımsız Gruplarda T-Testi</li><li>➤ Tek Yönlü Anova Testi</li></ul>
Deney ve kontrol grubunun durumluk anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Bağımsız Gruplarda T-Testi</li><li>➤ Eşleşmiş Gruplarda T-Testi</li></ul>
Deney ve kontrol grubunun sürekli anksiyete puan ortalamaları ve memnuniyet puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Bağımsız Gruplarda T-Testi</li></ul>
Deney ve kontrol grubunda durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamalarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Bağımsız Gruplarda T-Testi</li><li>➤ Tek Yönlü Anova Testi</li></ul>

#### **5.14. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

Araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Jinekoloji Servisinde gүнübirlilik jinekolojik işlem olacak ve örneklem kriterlerine uyan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar genellenemez. Araştırmaya, Endoservikal Küretaj (ECC), Franksiyonel Küretaj (F/C), Probe küretaj (P/C), Histereskopi (H/S), Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP), Soğuk Konizasyon işlemlerinden herhangi birini olan hastaların alınması araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

Araştırmacı araştırma yapılan jinekoloji kliniğinin bir hemşiresi olması nedeni ile diğer hastaların bakım ve tedavisi görevi de olduğu için vaka toplamada güçlük yaşamış, vaka kayıplarının olmasına neden olmuştur. Gүнübirlilik hastaların hastanede kalış sürelerinin kısa olması da araştırmacının vaka toplamasını olumsuz yönde etkilemiştir.

## 6. BULGULAR

Günübirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisinin incelendiği araştırılmamızda elde edilen bulgular 3 bölümde incelenmiştir.

- Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması
- Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

### 6.1. Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 5. Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Yaş	n=80	Min-Max	X ± SD	İstatistiksel Analiz			
Deney	40	28-70	45,55 ± 9,92	t=-1,522			
Kontrol	40	34-72	48,90 ± 9,75	p=0,132			
<b>Toplam</b>	80	28-72	47,22 ± 9,92				
	<b>Deney</b>		<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>			
<b>Yaş</b>	<b>n=40</b>	<b>%</b>	<b>n=40</b>	<b>%</b>	<b>n=80</b>	<b>%</b>	
45 ve altı	20	50,0	20	50,0	40	50,0	X <sup>2</sup> =0,000
45 ve üzeri	20	50,0	20	50,0	40	50,0	p=0,588
<b>Eğitim Durumu</b>							
İlkokul ve altı	25	62,5	23	57,5	48	60,0	X <sup>2</sup> =1,617
İlköğretim	4	10,0	8	20,0	12	15,0	p=0,446
Lise ve üzeri	11	27,5	9	22,5	20	25,0	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	38	2,0	35	87,5	73	91,25	X <sup>2</sup> =1,409
Diğer*	95	5,0	5	12,5	7	8,75	p=0,216
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	10	25,0	11	27,5	21	26,25	X <sup>2</sup> =0,065
Çalışmıyor	30	75,0	29	72,5	59	73,25	p=0,500

*Bağımsız Gruplarda T-Testi, Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

*\*Diğer: Bekar, Boşanmış*

Tablo 5’de gruplardaki katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları incelendiğinde deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $45,55 \pm 9,92$  olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise  $48,90 \pm 9,75$  olduğu saptanmış olup yaş ortalamasında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Deney grubundaki hastaların %50’sinin ( $n=20$ ) 45 yaş altında olduğu, kontrol grubundaki hastaların %50’sinin ( $n=20$ ) 45 yaş altında olduğu belirlenmiş olup deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubundaki hastaların eğitim durumu incelendiğinde %62,5’inin ( $n=25$ ) ilkökul ve altı olduğu, kontrol grubundaki hastaların eğitim durumu incelendiğinde %57,5’inin ( $n=23$ ) ilkökul ve altı olduğu saptanmış olup deney ve kontrol grubu arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubundaki hastaların %95’inin ( $n=38$ ) evli olduğu, kontrol grubundaki hastaların %87,5’inin ( $n=35$ ) evli olduğu saptanmış olup, iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubundaki hastaların %75’inin ( $n=30$ ) çalışmadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5’inin çalışmadığı saptanmış olup, deney ve kontrol grubu arasında çalışma durumlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6. Gruplardaki Katılımcıların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Deney n=40		Kontrol n=40		Toplam n=80		İstatistiksel Analiz
		%		%		%	
<b>Kronik Hastalıklar</b>							
Var	19	47,5	21	52,5	40	50,0	$X^2=0,200$
Yok	21	52,5	19	47,5	40	50,0	$p=0,412$
<b>Sürekli Kullandığı İlaç</b>							
Var	16	40,0	21	52,5	37	46,25	$X^2=1,257$
Yok	24	60,0	19	47,5	43	53,75	$p=0,185$
<b>Ameliyat Olma Durumu</b>							
Evet	31	77,5	30	75,0	61	76,25	$X^2=0,069$
Hayır	9	22,5	10	25,0	19	23,75	$p=0,500$
<b>Jinekolojik Ameliyat Olma Durumu</b>							
Evet	15	37,5	15	37,5	30	37,5	$X^2=0,000$
Hayır	25	62,5	25	62,5	50	62,5	$p=0,591$

*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

Deney grubundaki hastaların %47,5'inin (n=19) kronik bir hastalığı olduğu ve %40'inin (n=16) sürekli kullandığı bir ilaç olduğu; kontrol grubundaki hastaların %52,5'inin (n=21) kronik bir hastalığı olduğu ve %52,5'inin (n=21) sürekli kullandığı bir ilaç olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar ve sürekli kullandığı ilaç durumları ile gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubundaki hastaların %77,5'i (n=31) daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiği, kontrol grubundaki hastaların ise %75'i daha önce bir ameliyat geçirmiş olup, deney ve kontrol grupları arasında daha önce ameliyat olma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubundaki hastaların %37,5'i (n=15) ve kontrol grubundaki hastaların da %37,5'i (n=15) daha önce jinekolojik bir ameliyat geçirmiş olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında daha önce jinekolojik ameliyatı olma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 7. Gruplardaki Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Deney n=40		Kontrol n=40		Toplam n=80		X ± SD	İstatistiksel Analiz
	%	%	%	%	%	%		
<b>Gravida</b>								
0-2	13	32,5	16	40,0	29	36,25	3,22 ± 1,59	X <sup>2</sup> =0,487
3 ve üzeri	27	67,5	24	60,0	51	63,75		p=0,321
<b>Para</b>								
0-2	21	52,5	24	60,0	45	56,25	2,37 ± 1,0	X <sup>2</sup> =0,457
3 ve üzeri	19	47,5	16	40,0	35	43,75		p=0,326
<b>Abortus</b>								
0 (yok)	25	62,5	27	67,5	52	65,0	0,45 ± 0,58	X <sup>2</sup> =0,220
1-2	15	37,5	13	32,5	28	35,0		p=0,407
<b>Kürtaj</b>								
0 (yok)	26	65,0	32	80,0	58	72,5	0,45 ± 0,82	X <sup>2</sup> =2,257
1-3	14	35,0	8	20,0	22	27,5		p=0,105
<b>Yaşayan Çocuk</b>								
0-1	7	17,5	7	17,5	14	17,5		X <sup>2</sup> =0,545
2	15	37,5	18	45,0	33	41,25	2,30 ± 0,95	p=0,761
3 ve üzeri	18	45,0	15	37,5	33	41,25		

*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

Tablo 7’de hastaların obstetrik özelliklerinin dağılımlarına bakıldığında; deney grubunun %62,5’inin (n=27), kontrol grubunun ise %60’ının (n=24) 3 ve üzeri kez gebe kaldığı saptanmış olup, iki grubun gravidaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun %52,5’inin (n=21), kontrol grubunun ise %60’ının (n=24) 0-2 arasında canlı doğum yaptığı saptanmış olup, iki grup arasında canlı doğum yapma açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun %62,5’inin (n=25), kontrol grubunun ise %67,5’inin (n=27) hiç düşük yapmadığı saptanmış olup, iki grubun abortusları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun %65’inin (n=26), kontrol grubunun ise %80’inin (n=32) hiç kürtaj yaptırmadığı saptanmış olup, iki grup arasında kürtaj olma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun %45’inin (n=18) 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu, kontrol grubunun ise %45’inin (n=18) 2 yaşayan çocuğu olduğu saptanmış olup iki grup arasında yaşayan çocuk bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 8. Gruplardaki Katılımcıların Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Menopoza Girme Yaşı	n=29		Min-Max		X ± SD		İstatistiksel Analiz
Deney	10		42-54		48,8 ± 3,11		t=0,183
Kontrol	19		34-55		48,47 ± 5,12		p=0,856
<b>Toplam</b>	<b>29</b>		<b>34-55</b>		<b>48,58 ± 4,47</b>		
	<b>Deney</b>		<b>Kontrol</b>		<b>Toplam</b>		
	<b>n=40</b>	<b>%</b>	<b>n=40</b>	<b>%</b>	<b>n=80</b>	<b>%</b>	
<b>Menopoza girme</b>							
Evet	10	25,0	19	47,5	29	36,25	X <sup>2</sup> =4,381
Hayır	30	75,0	21	52,5	51	63,75	p=0,031
<b>Smear Testi Yaptırma</b>							
Evet	37	92,5	36	90,0	73	91,25	X <sup>2</sup> =0,157
Hayır	3	7,5	4	10,0	7	8,75	p=0,500
<b>Smear Testi Sonucu</b>							
Negatif	34	91,9	36	100,0	70	95,9	X <sup>2</sup> =3,044
ASCUS*	2	5,4	-	0,0	2	2,75	p=0,218
LSIL**	1	2,7	-	0,0	1	1,35	
<b>Smear Yaptırma Sıklığı</b>							
1 kez	21	56,8	29	80,6	50	68,5	X <sup>2</sup> =5,405
2 kez	11	29,7	6	16,7	17	23,3	p=0,067
3 ve üzeri	5	13,5	1	2,7	6	8,2	
<b>KKMM*** yapma</b>							
Evet	9	22,5	7	17,5	16	20,0	X <sup>2</sup> =0,313
Hayır	31	77,5	33	82,5	64	80,0	p=0,390
<b>KKMM yapılma sıklığı</b>							
Her ay düzenli	3	33,3	1	14,3	4	25,0	X <sup>2</sup> =0,762
Düzensiz (ara-sıra)	6	66,7	6	85,7	12	75,0	p=0,392

*Bağımsız Gruplarda T-Testi ve Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

*\*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*

*\*\*Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions*

*\*\*\* Kendi Kendine Meme Muayenesi*

Tablo 8’de hastaların jinekolojik özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; deney grubunun %25’inin (n=10), kontrol grubunun ise %47,5’unun (n=19) menopoza girdiği saptanmış olup; kontrol grubundan daha fazla sayıda hastanın menopoza girdiği gözlemlendi ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Deney grubunda menopoza girenlerin yaş ortalamasının 48,8±3,11 olduğu, kontrol

grubunda ise  $48,47 \pm 5,12$  olduğu saptanmış olup, iki grup arasında menopoza girenlerin yaş ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubunun %92,5'inin ( $n=37$ ), kontrol grubunun ise %90'ının ( $n=36$ ) smear testi yaptırdığı saptanmış olup iki grup arasında smear testi yaptırma açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Smear testi yaptıranların test sonuçları incelendiğinde; deney grubunun %91,9'unun ( $n=34$ ), kontrol grubunun ise %100'ünün ( $n=36$ ) smear test sonucunun negatif çıktığı saptanmış olup iki grubun smear testleri sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Smear testi yaptıran hastaların smear testi yaptırma sıklıkları incelendiğinde; deney grubunun %56,8'inin ( $n=21$ ), kontrol grubunun ise %80,6'sının ( $n=29$ ) 1 kez smear testi yaptırdıkları saptanmış olup, iki grup arasında smear tesyi yaptırma sıklıkları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Deney grubunun %77,5'inin ( $n=31$ ), kontrol grubunun ise %82,5'inin ( $n=33$ ) Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapmadığı saptanmış olup iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). KKMM yapanların yapma sıklıkları incelendiğinde; deney grubunun %66,7'sinin ( $n=6$ ), kontrol grubunun ise %85,7'sinin ( $n=6$ ) düzensiz (ara-sıra) KKMM yaptığı saptanmış olup; iki grup arasında KKMM yapma sıklıkları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 9. Gruplardaki Katılımcıların Jinekolojik Problem Yaşama Durumu Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Deney		Kontrol		Toplam		İstatistiksel Analiz
	n=40	%	n=40	%	n=80	%	
<b>Jinekolojik Problem Yaşama</b>							
Yaşayan	39	97,5	36	90,0	75	93,75	X <sup>2</sup> =1,920 p=0,179
Yaşamayan	1	2,5	4	10,0	5	6,25	
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	
<b>Yaşanan Jinekolojik Problemler</b>							
	<b>Deney</b>		<b>Kontrol</b>		<b>Toplam</b>		
	<b>*n</b>	<b>%</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>	
Dizüri	34	87,2	34	94,4	68	90,66	X <sup>2</sup> =1,168 p=0,250
Disparoni	8	20,5	4	11,1	12	16,0	X <sup>2</sup> =1,231 p=0,214
Üriner İnkontinans	1	2,6	6	16,7	7	9,33	X <sup>2</sup> =4,400 p=0,042
Düzensiz Kanamalar	20	51,3	21	58,3	41	54,66	X <sup>2</sup> =0,376 p=0,352
Akıntı Problemleri	36	92,3	34	94,4	70	93,33	X <sup>2</sup> =0,137 p=0,539
Myom/Kist	4	10,3	5	13,9	9	12,0	X <sup>2</sup> =0,234 p=0,448

\*Hastalar birden fazla jinekolojik problem yaşadığından "n" katlanmıştır.  
Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 9'da hastaların jinekolojik problem yaşama durumlarının dağılımları incelendiğinde; deney grubunun %97,5'inin (n=39), kontrol grubunun ise %90'nının (n=36) jinekolojik bir problem yaşadığı saptanmış olup; iki grup arasında jinekolojik problem yaşama açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunun % 87,2'sini (n=34), kontrol grubunun ise %94,4'ünün (n=34) dizüri problemi yaşadığı saptanmıştır ve iki grup arasında dizüri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunun % 20,5'inin (n=8), kontrol grubunun ise %11,1'inin (n=4) disparoni problemi yaşadığı saptanmıştır ve iki grup arasında disparoni açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunun % 2,6'sının (n=1), kontrol grubunun ise %16,7'sinin (n=6) üriner inkontinans problemi yaşadığı saptanmıştır ve kontrol grubunda üriner inkontinans problemi yaşayan oranı daha yüksek olduğu gözlenmiş olup, iki grup arasında üriner inkontinans açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).

Deney grubunun %51,3'ünün (n=20), kontrol grubunun ise %58,3'ünün (n=21) düzensiz kanama problemi yaşadığı saptanmıştır ve iki grup arasında düzensiz kanama açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunun %92,3'ünün (n=36) kontrol grubunun ise %94,4'ünün (n=34) akıntı problemi yaşadığı saptanmıştır ve iki grup arasında akıntı problemi yaşama açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunun %10,3'ünün (n=4), kontrol grubunun ise %13,9'unun (n=5) Myom/Kist problemi olduğu saptanmıştır ve iki grup arasında Myom/Kist problemi olma açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 10. Gruplardaki Katılımcıların Hastaneye Başvuru Şikayetlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Deney n=40		Kontrol n=40		Toplam n=80		İstatistiksel Analiz
		%		%		%	
<b>Başvuru Şikayetleri</b>							
Kanama	26	65,0	26	65,0	52	65,0	
Kasık Ağrısı	3	7,5	1	2,5	4	5,0	X <sup>2</sup> =2,853
Kontrol sırası fark edilme	10	25,0	9	22,5	19	23,75	p=0,415
Başka hastalık sırası fark edilme	1	2,5	4	10,0	5	6,25	
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	
	<b>Deney</b>		<b>Kontrol</b>		<b>Toplam</b>		
<b>Kanama ile başvurma türleri</b>	<b>n=26</b>	<b>%</b>	<b>n=26</b>	<b>%</b>	<b>n=52</b>	<b>%</b>	
Ağır Menstruel Kanama	5	19,3	7	27,0	12	23,1	
Düzensiz Menstruel Kanama	2	7,7	1	3,7	3	5,7	X <sup>2</sup> =1,467
Düzensiz ve Ağır Menstruel Kanama	10	38,4	7	27,0	17	32,7	p=0,833
Post menopozal kanama	9	34,6	11	42,3	20	38,5	
<b>Toplam</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	

*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

Tablo 10'da hastaların hastaneye başvuru şikayetlerinin dağılımları incelendiğinde; deney grubunun %65'inin (n=26) kanama, %7,5'inin (n=3) kasık

ağrısı, %25'inin (n=10) kontrol sırası fark edilme, %2,5'inin (n=1) başka hastalık sırası fark edilme ile hastaneye başvurdukları saptanmıştır. Kontrol grubunun ise %65'inin (n=26) kanama, %2,5'inin (n=1) kasık ağrısı, %22,5'inin (n=9) kontrol sırası fark edilme, %10'nunun başka hastalık sırası fark edilme ile hastaneye başvurdukları saptanmıştır. Hastaneye başvuru şikayetleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubunda kanama şikayeti ile hastaneye başvuran hastaların, %38,4'ü (n=10) düzensiz ve ağır menstruel kanama, %34,6'sı (n=9) postmenopozal kanama şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Kontrol grubunun ise %42,3'ü (n=11) postmenopozal kanama, %27'si (n=7) ağır menstruel kanama ve %27'si (n=7) düzensiz ve ağır menstruel kanama şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Kanama ile başvuru türleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 11. Gruplardaki Katılımcıların Günübirlik Jinekolojik İşlem Türlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Günübirlik Jinekolojik İşlem Türleri	Deney		Kontrol		Toplam		İstatistiksel Analiz
	n=40	%	n=40	%	n=80	%	
Endoservikal Küretaj (EEC)	5	12,5	9	22,5	14	17,5	
Fraksiyonel Küretaj (F/C)	28	70,0	29	72,5	57	71,25	X <sup>2</sup> =3,938
Histereskopi (H/S)	7	17,5	2	5,0	9	11,25	p=0,140
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	

*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.*

Tablo 11'de hastalara yapılacak günübirlik jinekolojik işlem türlerinin dağılımları incelendiğinde; deney grubunun %70'i (n=28) fraksiyonel küretaj, %17,5'i (n=7) histereskopi ve %12,5'i (n=5) endoservikal küretaj işlemlerini oldukları saptanmıştır. Kontrol grubunun ise %72,5'i (n=29) fraksiyonel küretaj, %22,5'i (n=9) endoservikal küretaj ve %5'i (n=2) histereskopi işlemlerini oldukları saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda yapılacak günübirlik jinekolojik işlem türleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

## 6.2. Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Deney Grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği(HÖGÖ) Puan Dağılımları

Öğrenim Gereksinimleri Alt Ölçekleri	Alınabilecek Min-Max Değerler	Alınan Min-Max Değerler	X ± SD	*Önemlilik Düzeyi
İlaçlar	8-40	24-35	30,0 ± 2,42	3,75
Yaşam Aktiviteleri	9-45	25-43	34,5 ± 3,55	3,83
Toplum ve İzlem	6-30	13-28	21,05 ± 3,15	3,50
Duruma İlişkin Duygular	5-25	8-20	16,37 ± 2,73	3,24
Tedavi ve Komplikasyonlar	9-45	28-44	37,1 ± 2,73	4,12
Yaşam Kalitesi	8-40	22-38	32,32 ± 3,04	4,04
Cilt Bakımı	5-25	10-24	18,67 ± 2,99	3,73
<b>Toplam</b>	50-250	142-229	194,42 ± 17,45	3,88

\***Önemlilik Düzeyi:** Alt Ölçek Puan Ortalamalarının, Alt Ölçek Toplam Madde Sayısına Bölünmesi ile Elde Edilen Değerdir.

Tablo 12’de deney grubunun HÖGÖ puan dağılımları incelendiğinde; Hastaların “ilaçlar” ortalaması 30,0±2,42 (Min=24; Max=35), “yaşam aktiviteleri” ortalaması 34,5±3,55 (Min=25; Max=43), “toplum ve izlem” ortalaması 21,05±3,15 (Min=13; Max=28), “duruma ilişkin duygular” ortalaması 16,37±2,73 (Min=8; Max=20), “tedavi ve komplikasyonlar” ortalaması 37,10±2,73 (Min=28; Max=44), “yaşam kalitesi” ortalaması 32,32±3,04 (Min=22; Max=38), “cilt bakımı” ortalaması 18,67±2,99 (Min=10; Max=24) ve “hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği toplam” puan ortalaması 194,42±17,45 (Min=142; Max=229) olarak saptanmıştır.

Deney grubu hastalarının öğrenim gereksinimleri ölçeği puanlarına göre en fazla öğrenim gereksinimleri olan alanlar incelendiğinde sırası ile; tedavi ve komplikasyonlar (37,1±2,73), yaşam kalitesi (32,32±3,04), yaşam aktiviteleri (34,5±3,55), ilaçlar (30,0±2,42), cilt bakımı (18,67±2,99), toplum ve izlem (21,05±3,15) ve duruma ilişkin duygular (16,37±2,73) olduğu görülmüştür.

**Tablo 13. Deney Grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin 7 Alt Ölçeği Puan Ortalamaları ile Bazı Parametrelerin Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n=40	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Toplamı
<b>Yaş</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
45 Yaş Ve Altı	20	30,50 ± 2,72	34,95 ± 3,70	21,50 ± 3,31	16,30 ± 2,81	37,80 ± 3,22	32,90 ± 2,91	18,65 ± 3,39	197,10 ± 19,05
45 Yaş Üzeri	20	29,50 ± 2,03	34,05 ± 3,44	20,60 ± 2,99	16,45 ± 2,72	36,40 ± 1,98	31,75 ± 3,12	18,70 ± 2,61	191,75 ± 15,71
t=		1,314	0,796	0,900	-0,171	1,655	1,202	-0,052	0,969
p=		0,197	0,431	0,374	0,865	0,106	0,237	0,959	0,339
<b>Eğitim Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
İlkokul Ve Altı	25	30,08 ± 2,76	34,68 ± 4,02	20,72 ± 3,32	16,28 ± 2,83	36,88 ± 3,21	32,04 ± 3,72	18,72 ± 3,19	193,88 ± 20,29
İlköğretim	4	29,00 ± 0,00	34,75 ± 2,50	21,75 ± 2,21	17,50 ± 2,64	36,50 ± 0,57	32,75 ± 0,95	19,25 ± 1,70	195,75 ± 5,43
Lise Ve Üzeri	11	30,18 ± 2,04	34,00 ± 2,86	21,54 ± 3,17	16,18 ± 2,67	37,81 ± 1,83	32,81 ± 1,40	18,36 ± 3,04	195,18 ± 13,73
F=		0,371	0,144	0,359	0,369	0,544	0,283	0,130	0,032
p =		0,692	0,867	0,701	0,694	0,585	0,755	0,878	0,968
<b>Çalışma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Çalışıyor	10	31,40 ± 2,11	35,00 ± 3,71	20,10 ± 3,24	15,70 ± 2,75	38,70 ± 2,40	32,70 ± 3,46	18,80 ± 2,74	197,00 ± 16,12
Çalışmıyor	30	29,53 ± 2,37	34,33 ± 3,55	21,36 ± 3,11	16,60 ± 2,73	36,56 ± 2,66	32,20 ± 2,94	18,63 ± 3,11	193,56 ± 18,05
t=		2,207	0,508	-1,103	-0,900	2,245	0,446	0,151	0,534
p=		0,033	0,614	0,277	0,374	0,031	0,658	0,881	0,597
<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Evet	31	30,48 ± 2,15	34,74 ± 3,40	21,35 ± 2,95	16,64 ± 2,28	37,67 ± 2,34	32,80 ± 2,37	19,03 ± 2,53	197,12 ± 13,96
Hayır	9	28,33 ± 2,69	33,66 ± 4,15	20,00 ± 3,77	15,44 ± 3,94	35,11 ± 3,18	30,66 ± 4,47	17,44 ± 4,15	185,11 ± 25,04
t=		2,490	0,794	1,139	1,165	2,666	1,921	1,420	1,876
p=		0,017	0,432	0,262	0,251	0,011	0,200	0,164	0,068
<b>Günübirlik İşlem Türleri</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
F/C	28	30,03 ± 2,44	34,71 ± 3,00	21,32 ± 3,07	16,35 ± 2,43	37,21 ± 2,80	32,39 ± 2,45	18,67 ± 2,61	195,07 ± 15,82
ECC	5	29,80 ± 3,70	35,00 ± 5,74	20,80 ± 4,54	16,60 ± 4,92	36,60 ± 2,79	31,60 ± 5,41	19,00 ± 5,14	193,80 ± 30,77
H/S	7	30,00 ± 1,52	33,28 ± 4,19	20,14 ± 2,60	16,28 ± 2,36	37,00 ± 2,76	32,57 ± 3,59	18,428 ± 3,10	192,28 ± 14,60
F=		0,019	0,494	0,396	0,020	0,108	0,165	0,051	0,071
p=		0,981	0,614	0,676	0,980	0,898	0,849	0,951	0,931

Bağımsız Gruplarda T-Testi ve Tek Yönlü Anova Testi kullanılmıştır.

Tablo 13’de deney grubunun HÖGÖ’nin 7 alt ölçeği puan ortalamaları ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş, eğitim durumu ve yapılan günübirlik işlem türleri ile HÖGÖ’nin 7 alt ölçeği incelendiğinde, tüm alt ölçekler ve HÖGÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre; HÖGÖ’nin 7 alt ölçeği incelendiğinde, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi, cilt bakımı olmak üzere 5 alt ölçek ve HÖGÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki çalışan hastaların ilaçlar ile ilgili öğrenim gereksinimlerinin, çalışmayan hastaların ilaçlar ile ilgili öğrenim gereksinimlerinden yüksek olduğu bulunmuş olup, ilaçlar alt ölçeği ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Deney grubundaki çalışan hastaların tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili öğrenim gereksinimlerinin, çalışmayan hastaların tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili öğrenim gereksinimlerinden yüksek olduğu bulunmuş olup, tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Daha önce ameliyat olma durumuna göre; daha önce ameliyat olan hastalar ile olmayan hastalar arasında, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi, cilt bakımı olmak üzere 5 alt ölçek ve HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki ilaçlar ile ilgili öğrenim gereksinimleri puan ortalaması; daha önce ameliyat olan hastalarda, daha önce ameliyat olmayan hastalara göre yüksek olduğu bulunmuş olup, ilaçlar alt ölçeği ile daha önce ameliyat olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Deney grubundaki tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili öğrenim gereksinimleri puan ortalaması; daha önce ameliyat olan hastalarda, daha önce ameliyat olmayan hastalara göre yüksek olduğu bulunmuş olup, tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği ile daha önce ameliyat olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



### 6.3. Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 14. Gruplardaki Katılımcıların Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

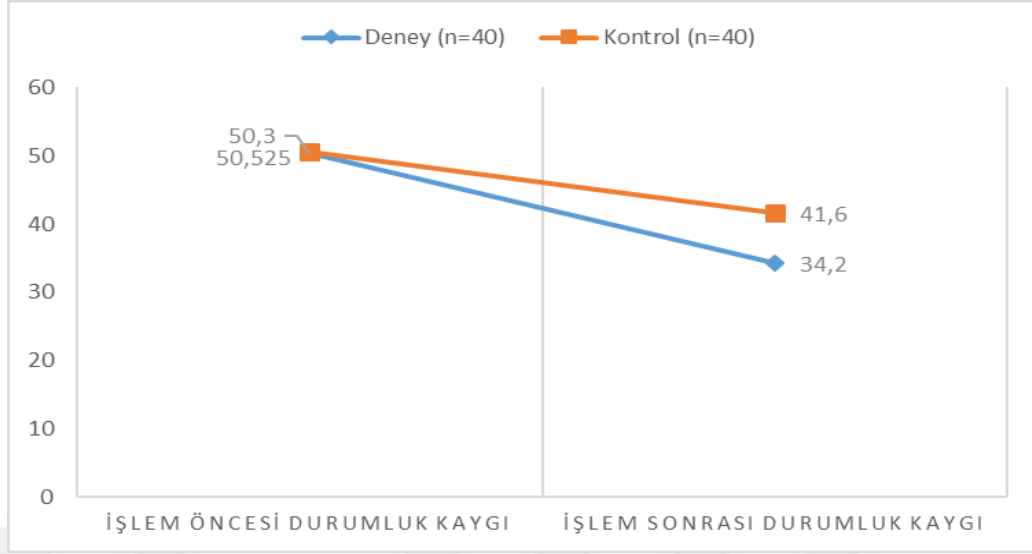
Gruplar	Deney (n=40) X ± SD	Kontrol (n=40) X ± SD	İstatistiksel Analiz
• Durumluk Anksiyete Ölçek Puanı (Operasyon Öncesi)	50,30 ± 9,45	50,52 ± 7,65	t= -0,117 p=0,907
• Durumluk Anksiyete Ölçek Puanı (Taburculuk Öncesi)	34,20 ± 3,19	41,60 ± 3,76	t= -9,473 p= 0,000

*Bağımsız Gruplarda T-Testi kullanılmıştır.*

Tablo 14’de gruplardaki katılımcıların durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; Deney grubundaki hastaların operasyon öncesi durumluk anksiyete puanlarının ortalamaları  $50,3 \pm 9,45$  ve kontrol grubundaki hastaların ise  $50,52 \pm 7,65$  olarak bulunmuştur. Operasyon öncesi durumluk anksiyete puanları deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastaların taburculuk öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; Deney grubundaki hastaların taburculuk öncesi durumluk anksiyete puanlarının ortalaması  $34,2 \pm 3,19$  ve kontrol grubundaki hastaların ise  $41,6 \pm 3,76$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ki hastaların taburculuk öncesi durumluk anksiyete puanları ortalamaları deney grubundaki hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve iki grubun taburculuk öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Şekil 1. Gruplara Göre Durumluk Anksiyete Puanları**



**İşlem Öncesi:** Gününbirlik jinekolojik operasyon öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları  
**İşlem Sonrası:** Gününbirlik jinekolojik operasyon sonrası, taburculuktan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları

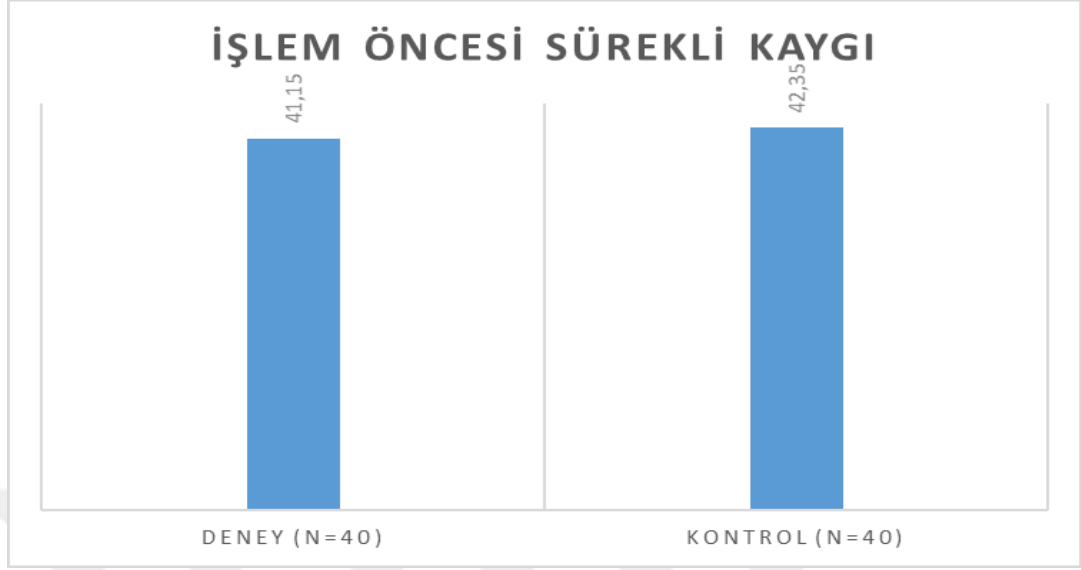
**Tablo 15. Gruplardaki Katılımcıların Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Gruplar	Deney (n=40) X ± SD	Kontrol (n=40) X ± SD	İstatistiksel Analiz
Sürekli Anksiyete Ölçek Puanı (Operasyon Öncesi)	41,15 ± 6,41	42,35 ± 6,40	t= -0,837 P= 0,405

*Bağımsız Gruplarda T-Testi kullanılmıştır.*

Tablo 15’de gruplardaki katılımcıların sürekli anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; Deney grubundaki hastaların operasyon öncesi sürekli anksiyete puanlarının ortalamaları  $41,15 \pm 6,41$  ve kontrol grubundaki hastaların ise  $42,350 \pm 6,407$  olarak bulunmuştur. Operasyon öncesi sürekli anksiyete puanları deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Şekil 2. Gruplara Göre İşlem Öncesi Sürekli Anksiyete Puanları



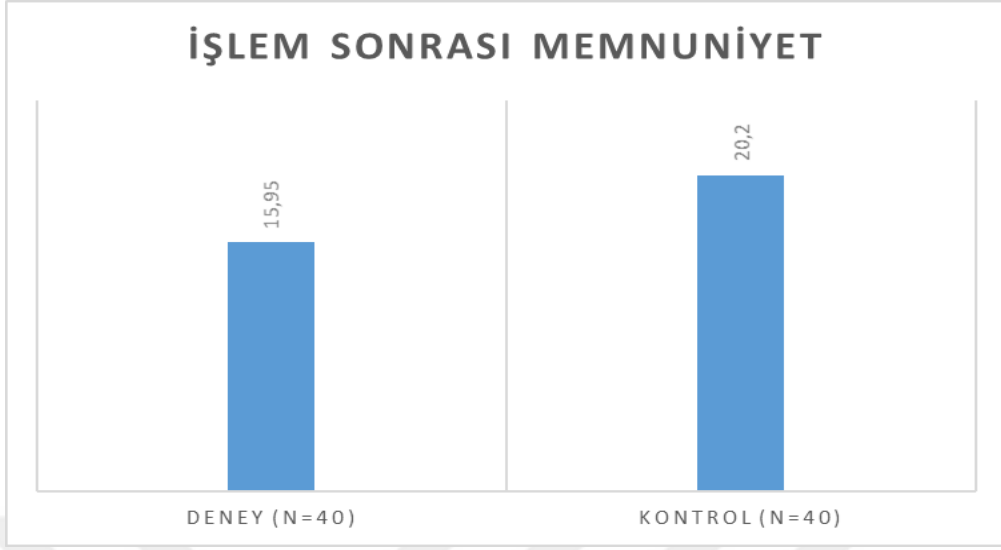
Tablo 16. Gruplardaki Katılımcıların Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Deney (n=40) X ± SD	Kontrol (n=40) X ± SD	İstatistiksel Analiz
• Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçek Puanı (Taburculuk Öncesi)	15,95 ± 0,84	20,20 ± 4,40	t= -5,994 p= 0,000

Bağımsız Gruplarda T-Testi kullanılmıştır.

Tablo 16’da gruplardaki katılımcıların memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; Deney grubundaki katılımcıların taburculuk öncesi HHBAÖ puanları ortalamaları 15,95±0,84 ve kontrol grubundaki hastaların ise 20,20±4,40 olarak deney grubundan yüksek bulunmuştur. Puan artıçça memnun olma oranı azaldığından deney grubunun taburculuk öncesi memnun olma durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Taburculuk öncesi hastaların memnuniyet puanları deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05).

Şekil 2. Gruplara Göre İşlem Sonrası Memnuniyet Puanları



**Tablo 17. Deney Grubunda Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Bazı Parametrelere Göre Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n=40	Operasyon Öncesi Durumluk Anksiyete	Taburculuk Öncesi Durumluk Anksiyete	Operasyon Öncesi Sürekli Anksiyete	Taburculuk Öncesi Memnuniyet
<b>Yaş</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
45 Yaş Ve Altı	20	48,00 ± 8,85	34,40 ± 2,47	39,15 ± 7,56	15,65 ± 0,74
45 Yaş Üzeri	20	52,60 ± 9,70	34,00 ± 3,83	43,15 ± 4,33	16,25 ± 0,85
t=		-1,566	0,391	-2,051	-2,373
p=		0,126	0,698	0,049	0,023
<b>Eğitim Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
İlkokul Ve Altı	25	53,32 ± 7,89	34,80 ± 3,00	42,68 ± 5,92	16,00 ± 0,91
İlköğretim	4	49,00 ± 8,40	33,50 ± 0,57	39,25 ± 3,09	16,00 ± 0,81
Lise Ve Üzeri	11	43,90 ± 10,47	33,09 ± 3,96	38,36 ± 7,59	15,81 ± 0,75
F=		4,513	1,212	2,025	0,176
p=		0,018	0,309	0,146	0,839
<b>Çalışma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Çalışıyor	10	47,00 ± 12,92	33,40 ± 4,45	40,00 ± 8,31	15,60 ± 0,84
Çalışmıyor	30	51,40 ± 7,96	34,46 ± 2,70	41,53 ± 5,77	16,06 ± 0,82
t=		-1,285	-0,912	-0,650	-1,537
p=		0,332	0,368	0,520	0,133
<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Evet	31	50,32 ± 9,96	34,19 ± 3,34	41,58 ± 6,45	15,96 ± 0,83
Hayır	9	50,22 ± 7,96	34,22 ± 2,81	39,66 ± 6,42	15,88 ± 0,92
t=		0,028	-0,023	0,784	0,243
p=		0,978	0,981	0,438	0,809
<b>Kronik Hastalık</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Hayır	21	50,00 ± 10,12	34,09 ± 3,47	39,09 ± 6,26	15,95 ± 0,92
Evet	19	50,63 ± 8,92	34,31 ± 2,94	43,42 ± 5,92	15,94 ± 0,78
t=		-0,208	-0,215	-2,236	0,018
p=		0,836	0,831	0,031	0,985

*Bağımsız Gruplarda T-Testi ve Tek Yönlü Anova Testi kullanılmıştır.*

Tablo 17’de deney grubunun durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamalarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması verilmiştir.

Yaşa göre: Deney grubundaki 45 yaş altı ve 45 yaş üzeri hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete ve taburculuk öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki 45 yaş ve altı hastalarda operasyon öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması, 45 yaş ve

üzeri hastalardakinden daha düşük bulunmuş olup aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yine 45 yaş ve altı hastalarda taburculuk öncesi memnuniyet puan ortalaması, 45 yaş ve üzeri hastalardakinden düşük bulunmuş olup aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Eğitim durumuna göre: Deney grubundaki ilkokul ve altı, ilköğretim, lise ve üzeri eğitim durumu olan hastalar arasında, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve taburculuk öncesi memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki hastaların eğitim durumu yükseldikçe operasyon öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları düşmekte olup aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Çalışma durumuna göre: Deney grubundaki çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Daha önce ameliyat olma durumuna göre: Deney grubundaki daha önce herhangi bir ameliyat geçiren hastalar ile geçirmeyen hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalıklara göre: Deney grubundaki kronik bir hastalığı olan hastalar ile olmayan hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki kronik hastalığı olan hastaların, kronik hastalığı olmayan hastalara göre; operasyon öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 18. Kontrol Grubunda Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n=40	Operasyon Öncesi	Taburculuk Öncesi	Operasyon Öncesi	Taburculuk
		Durumluk Anksiyete	Durumluk Anksiyete	Sürekli Anksiyete	Öncesi Memnuniyet
<b>Yaş</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
45 Yaş Ve Altı	20	50,50 ± 7,46	40,65 ± 3,48	40,10 ± 5,36	19,90 ± 4,47
45 Yaş Üzeri	20	50,55 ± 8,04	42,55 ± 3,88	44,60 ± 6,70	20,50 ± 4,43
t=		-0,020	-1,628	-2,346	-0,426
p=		0,984	0,112	0,024	0,672
<b>Eğitim Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
İlkokul Ve Altı	23	50,82 ± 8,56	41,87 ± 3,93	43,30 ± 6,83	20,13 ± 5,13
İlköğretim	8	51,87 ± 4,25	39,87 ± 2,35	40,87 ± 3,83	21,87 ± 3,90
Lise Ve Üzeri	9	48,55 ± 7,86	42,44 ± 4,21	41,22 ± 7,25	18,88 ± 1,96
F=		0,427	1,131	0,594	0,979
p=		0,656	0,334	0,557	0,385
<b>Çalışma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Çalışıyor	11	49,00 ± 7,51	41,45 ± 3,23	41,18 ± 5,26	20,18 ± 4,42
Çalışmıyor	29	51,10 ± 7,76	41,65 ± 4,00	42,79 ± 6,82	20,20 ± 4,47
t=		-0,772	-0,148	-0,706	-0,016
p=		0,445	0,883	0,485	0,987
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Hayır	19	49,84 ± 7,21	41,26 ± 2,88	40,47 ± 4,89	20,10 ± 4,30
Evet	21	51,143 ± 8,16	41,90 ± 4,47	44,04 ± 7,22	20,28 ± 4,59
t=		-0,531	-0,533	-1,813	-0,128
p=		0,598	0,597	0,073	0,899
<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Evet	30	50,83 ± 8,30	42,20 ± 4,04	43,16 ± 6,98	19,60 ± 3,91
Hayır	10	49,60 ± 5,54	39,80 ± 1,98	39,90 ± 3,44	22,00 ± 5,45
t=		0,436	1,793	1,414	-1,517
p=		0,665	0,081	0,060	0,138

*Bağımsız Gruplarda T-Testi ve Tek Yönlü Anova Testi kullanılmıştır.*

Tablo 18’de kontrol grubunun durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamalarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması verilmiştir.

Yaşa göre; Kontrol grubundaki 45 yaş altı ve 45 yaş üzeri hastalar için, operasyon öncesi durumluk anksiyete ve taburculuk öncesi durumluk anksiyete ve taburculuk öncesi memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki 45 yaş ve altı hastalarda operasyon öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması, 45 yaş ve üzeri hastalardakinden daha düşük bulunmuş olup aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Eğitim durumuna göre: Kontrol grubundaki ilkokul ve altı, ilköğretim, lise ve üzeri eğitim durumu olan hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve taburculuk öncesi memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre: Kontrol grubundaki çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalıklara göre: Kontrol grubundaki kronik bir hastalığı olan hastalar ile olmayan hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Daha önce ameliyat olma durumuna göre: Kontrol grubundaki daha önce herhangi bir ameliyat geçiren hastalar ile geçirmeyen hastalar arasında, operasyon öncesi durumluk anksiyete, taburculuk öncesi durumluk anksiyete, operasyon öncesi sürekli anksiyete ve memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günübirlik cerrahi uygulamalarında istenen başarının elde edilebilmesi için ameliyat öncesi ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının etkili olarak ele alınması, iyi bir bakım ve eğitimin verilmesiyle mümkündür. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında birçok bakım gereksinimlerini kendileri ve aileleri ile yerine getirdikleri için bu gereksinimlerinin karşılanmasında hasta ve hasta yakınlarının eğitimi günübirlik cerrahi uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Ancak günübirlik cerrahi işlem geçirecek hastalar, yatan hastalar ile karşılaştırıldığında; servise ameliyat günü kabul edilmeleri, hastanede geçirdikleri sürenin az olması, ameliyat öncesi hazırlıkların evde kendileri tarafından yapılıyor olması gibi nedenler ile ameliyat öncesi ve sonrası uygun bakım ve eğitimi almalarında eksiklikler olduğu bilinmektedir (Özbayır ve ark., 2003; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004).

Bu araştırma, günübirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır ve araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ve araştırma hipotezleri dikkate alınarak 3 bölümde tartışılmıştır.

- Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması
- Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması
- Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması

## 7.1. Gruplardaki Katılımcıların Tanımlayıcı, Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgular ile deney ve kontrol gruplarının yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu gibi demografik özellikler bakımından benzer olduğu ve grupların homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Dağ ve arkadaşlarının jinekolojik operasyon geçiren hastaların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada hastaların yaş ortalamasını  $47,29\pm 1,46$  (min:20-max:95) yıl olarak bulmuşlardır (Dağ ve ark., 2014). Soyer ve arkadaşlarının ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yapmış oldukları çalışmada katılımcıların yaş ortalamasını  $46,8\pm 13,0$  (min:18-max:88) yıl olarak bulmuşlardır (Soyer ve ark., 2018). Bilge ve arkadaşları jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkilerini araştırdıkları araştırmalarında hastaların yaş ortalamasını  $47,70\pm 10,12$  (Min:29-Max:62) yıl olarak bulmuşlardır (Bilge ve ark.,2016). Bizim araştırmamızda da deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının  $45,55\pm 9,92$  (min:28-max:70) yıl olduğu, kontrol grubundaki kadınların  $48,90 \pm 9,75$  (min:34-max:72) yıl olduğu ve genel yaş ortalamasının ise  $47,22 \pm 9,92$  (min:28- max:72) yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Çalışmamızdan elde edilen yaş ortalamasının benzer çalışmalar ile yakın olduğu görülmektedir.

Dağ ve arkadaşları jinekolojik operasyon geçiren hastalar üzerine yaptıkları çalışmada hastaların %42,9'unun eğitim düzeyinin ilköğretim olduğunu bulmuşlardır (Dağ ve ark., 2014). Bilge ve arkadaşları jinekoloji hastaları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada hastaların %55'inin eğitim durumunun ilköğretim ve altı olduğunu bulmuşlardır (Bilge ve ark., 2016). Soyer ve arkadaşları ameliyat olacak hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmada hastaların %49'unun eğitim durumunun ortaokul ve altı olduğunu bulmuşlardır (Soyer ark., 2018). Alay ve arkadaşları jinekoloji polikliniğine başvuran hastalar ile ilgili yapmış oldukları araştırmalarında, hastaların %66,1'inin eğitim düzeyinin ortaokul ve altı olduğunu saptamışlardır (Alay ve ark., 2018). Bizim çalışmamızda da deney grubunun %62,5'inin, kontrol grubunun %57,5'inin ve tüm hastaların %60'ının eğitim düzeyinin ilkokul ve altı

olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Yapılan çalışmalardaki hastaların eğitim düzeyi bizim çalışmamızdakiler ile benzer bulunmuştur.

Ozan ve arkadaşları kadın hastalar ile yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %80,1'inin medeni durumunun evli olduğunu bulmuşlardır (Ozan ve ark., 2011). Dağ ve arkadaşları jinekolojik operasyon geçiren hastalar üzerine yaptıkları çalışmada hastaların %85,7'sinin evli olduğunu bulmuşlardır (Dağ ve ark., 2014). Güner ve arkadaşlarının kadın hastalar ile ilgili yapmış oldukları araştırmada hastaların %94,5'inin evli olduklarını saptamışlardır (Güner ve ark., 2007). Fındık ve Yıldızeli Topçu'nun ameliyat olacak hastalarla yapmış oldukları çalışmada hastaların %89'unun medeni durumunun evli olduğunu saptamışlardır (Fındık ve Yıldızeli Topçu, 2012). Bizim çalışmamızdaki hastalarında %91,25'inin medeni durumunun evli olduğu bulunmuş olup yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 5).

Akyüz ve arkadaşları kadın hastalar ile yapmış oldukları araştırmalarında hastaların %76,22'sinin çalışmadığını saptamışlardır (Akyüz ve ark.,2006). Bilge ve arkadaşları jinekoloji hastaları üzerine yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların %80'inin çalışmadığını saptamışlardır (Bilge ve ark., 2016). Ozan ve arkadaşları kadın hastalar ile yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %89,3'ünün çalışmadığını saptamışlardır (Ozan ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda da hastaların %73,25'inin çalışmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar ile çalışmamızdaki hastaların çalışma durumu benzer bulunmuştur.

Bilge ve arkadaşlarının jinekoloji hastaları ile yapmış oldukları araştırmada hastaların %50'sinin herhangi bir kronik hastalığı olduğunu saptamışlardır (Bilge ve ark., 2016). Yöner'in günübirlik cerrahi hastaları ile ilgili yapmış olduğu çalışmada hastaların %52,7'sinin herhangi bir kronik hastalığı olduğunu saptamıştır (Yöner, 2016). Gürkaş jinekoloji hastaları ile ilgili yapmış olduğu bir araştırmada, hastaların %48,7'sinin herhangi bir kronik hastalığının olduğunu ve hastaların %48,7'sinin sürekli kullanmakta olduğu bir ilacı olduğunu saptamıştır (Gürkaş, 2009). Çalışmamızdaki katılımcıların da %50'sinin (n=40) herhangi bir kronik hastalığı olduğu ve %46,25'inin (n=37) sürekli kullandığı bir ilaç olduğu saptanmıştır (Tablo 6) Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Akkaş Gürsoy'un ameliyat olacak hastalar ile ilgili yapmış olduğu araştırmada, hastaların %50'sinin daha önce herhangi bir ameliyat olduğu saptamıştır (Akkaş Gürsoy, 2001). Özşaker ve arkadaşları günübirlilik cerrahi hastaları ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların %43,9'unun daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiğini saptamışlardır (Özşaker ve ark., 2019). Vermişli ve arkadaşlarının cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında, hastaların % 69,4'ünün daha önce ameliyat olduğunu saptamışlardır (Vermişli ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda da hastaların %76,25'inin (n=61) daha önce herhangi bir ameliyat geçirmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Çalışma sonuçlarımızın yapılan çalışmalar ile benzer olduğu bulunmuştur.

Gürkaş'ın jinekolojik hastaları ile ilgili yapmış olduğu araştırmada, hastaların %35,9'unun daha önce jinekolojik bir ameliyat geçirdiğini saptamıştır (Gürkaş, 2009). Bizim çalışmamızdaki hastaların da %37,5'i (n=30) daha önce jinekolojik bir ameliyat geçirmiş olup yapılan çalışma ile sonucumuz benzer bulunmuştur (Tablo 6).

Bilge ve arkadaşları jinekoloji hastaları ile yapmış oldukları araştırmada, hastaların gebelik sayısı ortalamasını  $2,90 \pm 1,77$ , canlı doğum sayısı ortalamasını  $2,05 \pm 0,99$ , düşük sayısı ortalamasını  $0,60 \pm 0,59$  ve kürtaj sayısı ortalamasını  $0,25 \pm 0,55$  olarak bulmuşlardır (Bilge ve ark., 2016). Türkiye'de nüfus konusunda en önemli saha çalışması olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde 15-49 yaş grubundaki tüm kadınların canlı doğum sayıları incelendiğinde; %34,6'sının 0, %14,4'ünün 1, %25,8'inin 2 kez canlı doğum yaptığı belirlenmiştir. Tüm kadınların ortalama yaşayan çocuk sayıları 1,60 olarak bulunmuştur ([http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf), Erişim tarihi; 15.08.2019). Bahıtlı'nın jinekoloji hastaları ile ilgili yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların gebelik sayısı ortalaması  $3,12 \pm 2,01$ , canlı doğum sayısı  $2,21 \pm 1,27$  ve yaşayan çocuk sayısı  $2,08 \pm 1,13$  olarak bulunmuştur (Bahıtlı, 2016). Bizim çalışmamızdaki katılımcıların %63,75'inin 3 ve üzeri kez gebe kaldıkları ( $\bar{x}: 3,22 \pm 1,59$ ) bulunmuştur. %56, 25'inin 0-2 arasında canlı doğum yaptıkları ( $\bar{x}: 2,37 \pm 1,01$ ) bulunmuştur. %65'inin hiç düşük yapmadığı ( $\bar{x}: 0,40 \pm 0,58$ ), %72,5'inin hiç kürtaj olmadığı ( $\bar{x}: 0,45 \pm 0,82$ ) ve %41,25'inin 2, %41,25'inin ise 3 ve

üzeri yaşayan çocuklarının olduğu ( $\bar{x}$ :2,30±0,95) tespit edilmiştir (Tablo 7). Yapılan çalışmaların sonuçları çalışmamız ile benzer bulunmuştur.

Türkiye’de menopoza girenlerin yaş ortalamasının 47 civarlarında olduğu bilinmektedir (Ertüngealp, 2003). Baygal’ın kadınlar üzerine yaptığı bir çalışmada, kadınların %39,2’sinin menopoza girdiği ve menopoza girenlerin yaş ortalamasının da 47,37±4,30 olduğunu bulmuştur (Baygal, 2018). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %36,25’inin menopoza girdiği ve menopoza girenlerin yaş ortalamasının 48,58±4,47 olduğunu saptamıştır (Tablo 8) Bu sonuç çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. TNSA 2013 verilerine göre 30-49 yaş arasındaki tüm kadınların menopoza girme durumu %8,4 olarak belirlenmiştir ([http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf), Erişim tarihi; 15.08.2019). Çalışmamızdaki kadınların da %36,25’inin menopoza girdiği bulunmuştur (Tablo 8) TNSA 2013 verilerine göre menopoza girenlerin oranının çalışmamızdakinden daha düşük olmasının nedeni, TNSA’nın 49 yaşa kadar ki kadınları araştırmaya dahil etmesine karşın çalışmamızdaki kadınların %50’sinin 45 yaş üzeri olduğu ve 72 yaşa kadar olduğu düşünülmektedir.

Akyüz ve arkadaşlarının hastaların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapmış oldukları çalışmada, hastaların %51,32’sinin (n=136) daha önce pap smear testi yaptırdığını bulmuşlardır. Pap smear testi yaptıranların %58,9’unun 1 kere, 30,15’inin 2 kere ve 11,76’sının 3 kere pap smear testi yaptırdıklarını saptamışlardır (Akyüz ve ark., 2006). Bizim çalışmamızdaki hastaların %91,25’inin pap smear testi yaptırdığı ve smear testi yaptıranların %68,5’inin 1 kere, %23,3’ünün 2 kere, %8,2’sinin ise 3 ve üzeri kez smear yaptırdığı bulunmuştur (Tablo 7). Bizim çalışmamızdaki smear testi yaptırma sonucunun daha yüksek olmasının nedeni, katılımcıların polikliniğe herhangi bir şikayet ile başvurdukları ve poliklinikte rutin olarak pap smear örneğinin alınıyor olması olduğu düşünülmektedir. Smear testi yaptıranların yaptırma sıklıkları karşılaştırıldığında katılımcıların en fazla 1 kere smear testi yaptırdıkları görülmektedir.

Güner ve arkadaşlarının kadınların KKMM ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik yapmış oldukları çalışmada, hastaların %52,1'inin (n=114) KKMM yapmadığını saptamışlardır (Güner ve ark., 2007). Bizim çalışmamızdaki kadınlarda ise KKMM yapmama durumu %80 olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Bu farklılığın, Güner ve arkadaşlarının çalışmasındaki hastaların büyük çoğunluğunun (%44,7) 25-34 yaşları arasında, bizim çalışmamızdaki hastaların ise %50'sinin (n=40) 45 yaş ve üzerinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Güner ve ark., 2007) (Tablo 5).

Göçgeldi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kadınların %66,5'inin hayatı boyunca en az bir kez KKMM yaptığını ve %28,9'unun her ay düzenli olarak KKMM yaptıklarını saptamışlardır (Göçgeldi ve ark., 2008). Aydemir'in KKMM ile ilgili yapmış olduğu bir araştırmada, kadınların %66,2'sinin KKMM yaptığını ve KKMM yapanların ise %24,5'inin düzenli yaptığını saptamıştır (Aydemir, 1990). Bizim çalışmamızdaki hastaların sadece %20'sinin (n=16) KKMM yaptığı ve yapanlarında %25'in (n=4) her ay düzenli KKMM yaptıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki kadınların KKMM yapma oranının düşük olmasının nedeni yaş ortalamasının  $47,22 \pm 9,92$  benzer çalışmalardan yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. KKMM yapanların uygulama sıklıkları incelendiğinde, benzer çalışmalarda da düzenli yapma oranının düşük olduğu bulunmuştur.

Ege ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında, kadınların %25,3'ünün idrar yaparken yanma ve ağrı problemi yaşadıklarını belirlemişlerdir (Ege ve ark., 2010). Bizim çalışmamızdaki hastaların 90,66'sinin idrar yaparken yanma ve ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 9). Bizim çalışmamızda idrar yaparken yanma ve ağrı probleminin yüksek olma nedeninin, yaş ortalamasının yüksek olması ( $47,22 \pm 9,92$ ) ve Ege ve arkadaşlarının o anki problemleri bizim ise daha önce yaşayıp yaşamadığını sormamızdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ege ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında, kadınların %13,7'sinin (n=25) üriner inkontinans problemi yaşadıklarını bulmuşlardır (Ege ve ark., 2010). Alay ve arkadaşlarının jinekoloji hastaları ile yapmış oldukları araştırmalarında hastaların %7,7'sinin üriner semptom problemi yaşadıklarını saptamışlardır Alay ve ark., 2018). Bizim çalışmamızda da jinekolojik problem yaşayan kadınların

%9,33'ünün üriner inkontinans problemi yaşadığı saptanmıştır (Tablo 9). Yapılan çalışmalar ile çalışma sonucumuz benzer bulunmuştur.

Yaşar ve arkadaşları disparoninin en sık görülen jinekolojik seksüel disfonksiyonlardan biri olduğunu ve kadınların üçte ikisinin hayatlarının bir döneminde disparoni problemini yaşadıklarını belirtmişlerdir (Yaşar ve ark., 2010). Bizim çalışmamızdaki kadınların da %16'sının (n=12) daha önce disparoni problemi yaşamış olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Şatıroğlu ve arkadaşları kadınların vajinal akıntı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik yapmış oldukları bir araştırmada, kadınların neredeyse tamamının vajinal akıntı ile ilgili bir problem yaşadığını ifade ettiklerini saptamışlardır (Şatıroğlu ve ark., 2012). Şahin Orak ve Canuygur'un jinekoloji kliniğinde yatan hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların %90,8'inin vajinal akıntı problemi olduğunu saptamışlardır (Şahin Orak ve Canuygur, 2014). Bizim çalışmamızdaki hastaların da %93,33'ün (n=70) akıntı problemleri yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 9). Çalışma sonucumuz benzer çalışmaların sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Yıldız ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmada, hastaların %61,4'ünün anormal uterin kanama şikayeti ile jinekoloji polikliniğine başvurdukları saptanmıştır (Yıldız ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda da hastaların %65'inin kanama şikayeti ile jinekoloji polikliniğe başvurduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Desteli ve arkadaşları yapmış oldukları bir araştırmada; anormal uterin kanama şikayeti olan hastaların, %48,7'sinin menometroraji, %27,2'sinin postmenopozal kanama, %18,1'inin menoraji ve %5,7'sinin metroraji şikayetleri ile başvuruda bulduklarını saptamışlardır (Desteli ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da kanama şikayeti ile başvuruda bulunan hastaların %32,7'sinin düzensiz ve ağır menstruel kanama (menometroraji), %38,5'inin postmenopozal kanama, %23,1'inin ağır menstruel kanama (menoraji) ve %5,7'sinin düzensiz menstruel kanama (metroraji) şikayetleri ile başvuruda buldukları saptanmıştır (Tablo 10). Bu sonuçlar Desteli ve arkadaşlarının çalışması ile benzer bulunmuştur.

## **7.2. Deney Grubunun HÖGÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Parametreler ile HÖGÖ Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği kullanılarak deney grubunun öğrenim gereksinimleri belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça bireylerin öğrenim gereksinimleri de artmaktadır. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek toplam puan 250, en düşük ise 50'dir.

Taşdemir ve arkadaşlarının beyin cerrahisi hastalarında yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $198,75 \pm 30,6$  olarak bulmuşlardır (Taşdemir ve ark., 2010). Orgun ve Şen cerrahi hastalarında yapmış oldukları çalışmalarında, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $201,73 \pm 25,16$  olarak bulmuşlardır (Orgun ve Şen, 2012). Başaran Dursun ve Yılmaz batın cerrahisi hastalarında yapmış oldukları araştırmalarında, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $207,52 \pm 24,14$  olarak bulmuşlardır (Başaran Dursun ve Yılmaz, 2015). Soyer ve arkadaşları ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmalarında, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $205,0 \pm 26,7$  olarak bulmuşlardır (Soyer ve ark., 2018). Tan ve arkadaşları dahiliye hastalarında yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $204,26 \pm 23,85$  olarak saptamışlardır (Tan ve ark., 2013). Çetinkaya ve Duru Aşiret dahiliye ve cerrahi kliniklerindeki hastalarda yapmış oldukları çalışmalarında, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $186,67 \pm 29,22$  olarak bulmuşlardır (Çetinkaya ve Duru Aşiret, 2017). Demirkıran ve Uzun koroner by-pass ameliyatı geçiren hastalarda yapmış oldukları araştırmada HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $183,48 \pm 23,26$  olarak bulmuşlardır (Demirkıran ve Uzun, 2012). Dağ ve arkadaşları jinekolojik operasyon geçiren kadınlarda yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ toplam puan ortalamasını  $203,65 \pm 37,10$  olarak bulmuşlardır (Dağ ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması  $194,42 \pm 17,45$  olarak bulunmuştur (Tablo 12). Yapılan çalışma sonuçlarına göre; gününbirlik jinekolojik tanı işlemi geçiren hastaların da yapılan diğer çalışmalardaki hasta gruplarına benzer şekilde öğrenim gereksinimlerinin ortalamasının üzerinde yüksek olduğunu görülmektedir. Bu sonuç, gününbirlik cerrahi



işlem uygulanan hastaların eğitim konusunda ihtiyaçlarının olduğunu ve bu ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Başaran Dursun ve Yılmaz yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; ilaçlar (35.13±3.98), tedavi ve komplikasyonlar (38.36±4.77), yaşam kalitesi (33,41±4,48), yaşam aktiviteleri (37,34±4,89), cilt bakımı (20,50±2,84), toplum ve izlem (23.75±3.57) ve duruma ilişkin duygular (19.02±3.46) alt ölçeklerinden aldıklarını saptamışlardır (Başaran Dursun ve Yılmaz, 2015). Soyer ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; ilaçlar (33,9±4,8), tedavi ve komplikasyonlar (37,3±5,5), yaşam kalitesi (33,5±4,1), yaşam aktiviteleri (36,7±5,2), cilt bakımı (20,0±3,3), toplum ve izlem (23,8±3,9) ve duruma ilişkin duygular (19,4±3,7) alt ölçeklerinden aldıklarını saptamışlardır (Soyer ve ark., 2018). Vermişli ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar (37,1±5,9), ilaçlar (32,5±6,0), yaşam kalitesi (31,2±5,9), yaşam aktiviteleri (34,7±7,1), toplum ve izlem (21,5±4,7), cilt bakımı (17,7±4,7) ve duruma ilişkin duygular (16,7±5,4) alt ölçeklerinden aldıklarını saptamışlardır (Vermişli ve ark., 2016). Tan ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmada; HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; yaşam kalitesi (33,06±4,39), ilaçlar (33,04±4,49), yaşam aktiviteleri (36,91±4,29), tedavi ve komplikasyonlar (37,02±4,11), toplum ve izlem (23,64±3,62), duruma ilişkin duygular (19,75±3,06) ve cilt bakımı (19,08±3,03) alt ölçeklerinden aldıklarını saptamışlardır (Tan ve ark., 2013). Dağ ve arkadaşları jinekoloji hastalarında yapmış oldukları araştırmada, HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar (38,24±6,11), ilaçlar (33,51±5,98), yaşam kalitesi (32,12±6,65), yaşam aktiviteleri (36,52±6,91), cilt bakımı (19,81 ±4,35), toplum ve izlem (23,27±5,09) ve duruma ilişkin duygular (19,38±4,70) alt ölçeklerinden aldıklarını saptamışlardır (Dağ ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda, HÖGÖ alt ölçeklerinden hastaların en yüksek puanları sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar (37,1±2,73), yaşam kalitesi (32,32±3,04), yaşam aktiviteleri (34,5±3,55), ilaçlar (30,0±2,42), cilt bakımı (18,67±2,99), toplum ve izlem (21,05±3,15) ve duruma ilişkin duygular (16,37±2,73) alt ölçeklerinden aldıkları

saptanmıştır (Tablo 12). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların en fazla öğrenim gereksinimlerinin olduğu alt ölçeklerin, bizim çalışmamız ile benzer olduğu görülmektedir.

Dağ ve arkadaşları jinekoloji hastalarında yapmış oldukları araştırmada, hastaların HÖGÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puanların bazı değişkenlere göre dağılımlarını incelediklerinde; hastaların eğitim durumları arasında, ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi, cilt bakımı ve HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Eğitim durumu ile tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunun puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır. İlköğretim ve üniversite mezunu olanların tedavi ve komplikasyonlar alt başlık puan ortalamasının okuryazar ve lise mezunu olanlardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Dağ ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda HÖGÖ toplam puan ortalaması ve 7 alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 13). Bu farkın hastaların yaş ortalamalarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Dağ ve arkadaşları jinekoloji hastalarında yapmış oldukları araştırmada; hastaların HÖGÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puanların bazı değişkenlere göre dağılımlarını incelediklerinde, daha önce ameliyat olan hastalar ile olmayan hastalar arasında, ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi, cilt bakımı ve HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Daha önce ameliyat olan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği puan ortalamasını, daha önce ameliyat olmayan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği puan ortalamasından daha yüksek olduğunu saptamışlar ve aralarında anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır ( $p=0,039<0,05$ ) (Dağ ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda da daha önce ameliyat olan hastalar ile olmayan hastalar arasında; yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi, cilt bakımı olmak üzere 5 alt ölçek ve HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda daha önce ameliyat olan hastaların ilaçlar alt ölçek puan ortalaması daha önce ameliyat olmayanlardan yüksek bulunmuş olup, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur

( $p<0,05$ ). Yine çalışmamızda daha önce ameliyat olan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek puan ortalaması, daha önce ameliyat olmayanlardan yüksek bulunmuş olup, aralarında anlamlı bir fark olduğunu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Dağ ve arkadaşlarının jinekoloji hastaları ile yapmış olduğu çalışma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmuştur.

Çetinkaya ve Duru Aşiret cerrahi ve dahili kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HÖGÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının dağılımlarını karşılaştırdıklarında; 65 yaş altı hastalar ile 65 yaş üstü hastalar arasında HÖGÖ toplam puan ortalaması ve 7 alt bölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır ( $p>0,05$ ). Bizim çalışmamızda da 45 yaş ve altı hastalar ile 45 yaş üzeri hastalar arasında HÖGÖ toplam puan ortalaması ve 7 alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuçlar Çetinkaya ve Duru Aşiret'in çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

### **7.3. Gruplardaki Katılımcıların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Grup İçi Bazı Parametrelere Göre Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Fındık ve Yıldızeli Topçu'nun cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisini araştırdıkları araştırmalarında, gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyata özgü anksiyete puan ortalamalarını ( $28,03\pm 8,20$ ), planlı cerrahi girişim geçirecek hastaların puan ortalamalarından ( $23,76\pm 7,12$ ) yüksek bulmuşlardır (Fındık ve Yıldızeli Topçu, 2012). Bu sonuçtan gününbirlik cerrahi hastalarının daha fazla anksiyete yaşadıkları görülmektedir. Bizim çalışmamızda da gününbirlik cerrahi hastalarının orta düzeyde anksiyete yaşadığını belirlenmiştir.

Araştırmamızda operasyon öncesi deney grubunun DAÖ puan ortalaması  $50,3\pm 9,45$  ve kontrol grubunun DAÖ puan ortalaması  $50,5\pm 7,65$  olarak bulundu ve katılımcıların her iki grupta da orta düzeyde anksiyete yaşadıkları saptandı. Deney grubunun SAÖ puan ortalaması  $41,15\pm 6,41$  ve kontrol grubunun SAÖ puan

ortalaması  $42,35 \pm 6,4$  olarak bulundu ve katılımcıların her iki grupta da orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlendi. Taburculuk eğitimi sonrası hastalara taburcu olmadan önce uygulanan DAÖ puan ortalaması deney grubunda  $34,20 \pm 3,19$ , kontrol grubunda DAÖ puan ortalaması  $41,60 \pm 3,76$  olarak bulundu ve deney grubundaki katılımcıların hafif, kontrol grubundaki katılımcıların ise orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlendi (Tablo 14). Bu sonuçlar bize öğrenim gereksinimlerine göre taburculuk eğitimi verilen deney grubunun anksiyetesinde, rutin taburculuk eğitimi verilen gruba göre anlamlı bir düşüklük olduğunu göstermiş olup ( $p < 0,05$ ), ***H1: Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun anksiyetesi kontrol grubundan daha düşük olacaktır***, hipotezini doğrulamaktadır. Aynı zamanda ***Ho: Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun anksiyetesi kontrol grubu ile aynı olacaktır***, hipotezinide çürütmektedir.

Ala'nın troidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında, hastaların ameliyat öncesi DAÖ puan ortalamalarını, araştırma grubunda  $42,0 \pm 7,1$  olarak, kontrol grubunda ise  $41,0 \pm 5,1$  olarak bulmuştur ve her iki grupta da orta derecede anksiyete yaşadığını belirlemiştir. (Ala, 2007). Bizim çalışmamızda da ameliyat öncesi DAÖ puan ortalaması deney grubunda  $50,3 \pm 9,45$  olarak, kontrol grubunda ise  $50,52 \pm 7,65$  olarak bulunmuştur ve her iki grupta da orta düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Tablo 14). Her iki çalışmada da hastalar orta düzeyde anksiyete yaşıyor olsa da bizim çalışmamızda anksiyete puan ortalamaları, Ala'nın çalışmasından yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin bizim çalışmamızdaki hastaların gününbirlik ameliyat geçirecek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ala aynı çalışmasında hastaların SAÖ puan ortalamalarını, araştırma grubunda  $47,0 \pm 7,3$  olarak, kontrol grubunda ise  $46,4 \pm 5,0$  olarak bulmuş olup, iki grupta da orta düzeyde anksiyete yaşadığını saptamıştır (Ala, 2007). Bizim çalışmamızda da her iki grubunun sürekli anksiyete puan ortalamaları benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 15).

Yıldız ve arkadaşlarının, açık kalp cerrahisinde ‘‘Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’’ kullanılarak yapılan eğitimin hastaların kaygı düzeyi üzerine etkisini

araştırdıkları çalışmalarında; katılımcıların eğitim öncesi SAÖ puan ortalamasını  $37,99\pm 9,43$  ve DAÖ puan ortalamasını  $44,94\pm 8,04$  olarak bulmuşlardır. Eğitim sonrası DAÖ puan ortalamasını  $41,24\pm 8,32$  olarak bulmuşlardır (Yıldız ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da Yıldız ve arkadaşları gibi eğitim sonrası DAÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Tablo 14).

Muğlalı ve Kömerik'in gününbirlik ağız cerrahisi uygulanacak hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi dönemde hastaların orta düzeyde durumluk ( $42,57\pm 8,03$ ) ve sürekli kaygı ( $42,44\pm 9,99$ ) yaşadıkları saptanmıştır (Muğlalı ve Kömerik, 2005). Bizim çalışmamızda da ameliyat öncesi hastaların orta düzeyde durumluk ve sürekli anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 14-15).

Yıldız'ın ameliyat öncesi ve sonrası hastaların kaygı düzeyini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi hastaların DAÖ puan ortalamasını  $43,37\pm 5,35$ , SAÖ puan ortalamasını  $49,28\pm 7,05$  olarak bulmuştur ve ameliyat öncesi hastaların hem durumluk hem de sürekli olarak orta düzeyde anksiyete yaşadıklarını saptanmıştır. Ameliyat sonrası ise DAÖ puan ortalaması  $43,54\pm 4,74$  olarak bulunmuş olup hastaların yine orta düzeyde anksiyete yaşadıklarını saptamıştır (Yıldız, 2011). Bizim çalışmamızda ise ameliyat öncesi hastaların orta düzeyde durumluk ve sürekli anksiyete yaşadıkları, öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun ise taburculuk öncesi hafif düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur (Tablo 14-15). Bu sonuç bize öğrenim gereksinimlerine yönelik eğitim vermenin anksiyeteyi olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Çetinkaya ve Karabulut'un batin ameliyatı olacak hastalar ile yaptıkları çalışmada, hastaların ameliyattan 48 saat önce DAÖ puan ortalamasını, kontrol grubunda  $37,06\pm 8,0$  olarak hafif, deney grubunda  $42,30\pm 7,73$  olarak orta düzeyde bulmuşlardır. Ameliyattan 24 saat önce, rutin eğitim verilen kontrol grubunun DAÖ puan ortalaması  $47,13\pm 10,07$  iken, kapsamlı eğitim verilen deney grubunun DAÖ puan ortalaması  $26,80\pm 3,36$  olarak bulmuşlardır. Ameliyattan 24 saat sonra ise, kontrol grubunun DAÖ puan ortalaması  $32,96\pm 5,92$ , deney grubunun  $24,66\pm 2,26$  olarak bulmuşlardır. (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermiş olup, bize eğitimin anksiyete üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği puan ortalamaları; deney grubunda,  $15,95 \pm 0,84$  ve kontrol grubunda  $20,20 \pm 4,40$  olarak bulunmuştur (Tablo 16). Puan düştükçe hastaların memnun olma düzeyi arttığından, deney grubunun taburculuk öncesi kontrol grubundan daha memnun olduğu saptanmış olup, aralarında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 16). Bu sonuç bize öğrenim gereksinimlerine yönelik eğitim verilen deney grubundaki katılımcıların daha memnun olduğunu göstermiş olup, ***H1: Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun memnuniyeti kontrol grubundan daha yüksek olacaktır***, hipotezini doğrulamaktadır. Aynı zamanda ***H0: Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun memnuniyeti kontrol grubu ile aynı olacaktır***, hipotezini de çürütmektedir.

İpek Çoban ve Kaşıkçı'nın hastaların hemşirelik bakımını algılayışları ile ilgili yaptıkları araştırmada, HHBAÖ puan ortalamasını  $38,31 \pm 12,76$  olarak bulmuşlardır (İpek Çoban ve Kaşıkçı, 2008). Bizim çalışmamızda HHBAÖ puan ortalamaları deney grubunda,  $15,95 \pm 0,84$  ve kontrol grubunda  $20,20 \pm 4,40$  olarak katılımcıların daha memnun oldukları bulunmuştur (Tablo 16). Bu farklılığın nedeninin araştırmaların farklı illerde, farklı hastanelerde, farklı kliniklerde yapılmış olmasından ve bizim çalışmamızda her iki gruba da eğitim verilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yıldız'ın yapmış olduğu araştırmada hastaların yaş grupları arasında, eğitim durumları arasında, çalışma durumları arasında ve daha önce ameliyat olma durumları arasında; ameliyat öncesi ve sonrası DAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Yıldız, 2011). Bizim çalışmamızda da hastaların yaş grupları arasında, eğitim durumları arasında, çalışma durumları arasında ve daha önce ameliyat olma durumları arasında; operasyon öncesi ve sonrası DAÖ puan ortalamaları açısından her iki grup içinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15-16). Yıldız'ın bu araştırma sonuçları, çalışmamız ile benzer bulunmuştur.

Ala'nın yapmış olduğu araştırmada; hastaların yaş grupları arasında, eğitim durumları arasında, çalışma durumları arasında, daha önce ameliyat olma durumları arasında; ameliyat öncesi ve sonrası DA puan ortalamaları açısından her iki grup içinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Ala, 2007). Bizim alışmamızda da hastaların yaş grupları arasında, eğitim durumları arasında, çalışma durumları arasında ve daha önce ameliyat olma durumları arasında; operasyon öncesi ve sonrası DA puan ortalamaları açısından her iki grup içinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15-16). Ala'nın çalışması ile çalışmamız benzer bulunmuştur.

Alp Yılmaz ve arkadaşları hastaların hemşirelik bakımını algılayış düzeylerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları araştırmada; hastaların yaş grupları arasında, öğrenim durumları arasında, kronik bir hastalığının olma durumları arasında, HHBA puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlardır ( $p>0,05$ ) (Alp Yılmaz ve ark., 2018). Bizim alışmamızda deney grubunun 45 yaş üzeri hastaları ile 45 yaş ve altı hastaları arasında, taburculuk öncesi uygulanan HHBA puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 15). 45 yaş ve altı olan hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İki alışma arasında ki farkın hastaların farklı ameliyatlara olmaları, farklı hastanelerde yatmaları ve bizim çalışmamızdaki hastaların gnbirlik hastalar olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Deney grubundaki hastaların eğitim durumları arasında ve kronik bir hastalık olma durumları arasında, HHBA puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15). Kontrol grubundaki hastaların ise; yaş grupları arasında, öğrenim durumları arasında, kronik bir hastalığının olma durumları arasında, HHBA puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16). Bu sonuçlar Alp Yılmaz ve arkadaşlarının sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Aslan ve arkadaşları hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları araştırmada; çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında, HHBA puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır ( $p>0,05$ )

(Aslan ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda da, çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında, HHBAÖ puan ortalamaları açısından her iki grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15-16).

### **Sonuç ve öneriler;**

- Çalışma kapsamına alınan hastaların, deney grubunun yaş ortalaması  $45,55\pm 9,92$ , kontrol grubunun  $48,90 \pm 9,75$ , her iki grubun ortalaması da  $47,22 \pm 9,92$  olarak bulundu ve iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı. ( $p=1,32>0,05$ ) (Tablo 5).
- Deney ve kontrol gruplarının, eğitim durumları, medeni durumları ve çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).
- Deney ve kontrol gruplarının tıbbi özellikleri (kronik hastalıklar, sürekli kullandığı ilaç, ameliyat olma durumu, jinekolojik ameliyat olma durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).
- Deney ve kontrol gruplarının obstetrik özellikleri (gravida, para, abortus, kürtaj, yaşayan çocuk) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların, deney grubunun menopoz yaş ortalaması  $48,8\pm 3,11$ , kontrol grubunun  $48,47\pm 5,12$ , her iki grubun ortalaması  $48,58\pm 4,47$  olarak bulundu ve iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ( $p=0,856>0,05$ ) (Tablo 8).
- Deney ve kontrol gruplarının jinekolojik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların, deney grubunun %97,5'inin ( $n=39$ ), kontrol grubunun %90'inin ( $n=36$ ) ve her iki grup toplamının %93,75'inin ( $n=75$ ) jinekolojik bir problem yaşadığı saptandı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,179>0,05$ ) (Tablo 9).



- Deneş ve kontrol gruplarında ki hastaların en fazla akıntı problemleri (%92,3-%94,4) ve dizüri problemi (%87,2-%94,4) yaşadıkları saptandı.
- Deneş ve kontrol gruplarının hastaneye en fazla kanama (%65-%65) şikayeti ile başvuruda buldukları saptandı ve iki grup arasında başvuru şikayetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,415>0,05$ ) (Tablo 10).
- Deneş ve kontrol gruplarının en fazla Franksiyonel Küretaj (F/C) (%70-%72,5) işlemleri geçirdikleri saptandı ve günübirlik işlem türleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,140>0,05$ ) (Tablo 11).
- Deneş grubunun Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği puan ortalaması  $194,42\pm 17,45$  olarak yüksek bulundu. Hastaların en fazla tedavi ve komplikasyonlar ( $37,1\pm 2,73$ ), en az ise duruma ilişkin duygular ( $16,37\pm 2,73$ ) alt başlıklarına ilişkin öğrenim gereksinimlerinin olduğu saptandı (Tablo 12).
- Deneş grubunun HÖGÖ 7 alt başlığı puan ortalamaları ile bazı parametreler karşılaştırıldığında; hastaların yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).
- Deneş grubundaki hastaların operasyon öncesi DAÖ puan ortalamaları  $50,3\pm 9,45$ , kontrol grubundaki hastaların  $50,52\pm 7,65$  olarak bulundu ve deneş ve kontrol grupları arasında operasyon öncesi DAÖ puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,907>0,05$ ) (Tablo 14).
- Deneş grubundaki hastaların taburculuk öncesi DAÖ puan ortalaması ( $34,2\pm 3,19$ ), kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasından ( $41,6\pm 3,76$ ) anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 14).
- Deneş grubunun operasyon öncesi DAÖ puan ortalaması ( $50,30\pm 9,45$ ), taburculuk öncesi DAÖ puan ortalamasından ( $34,20\pm 3,19$ ) anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 14).

- Kontrol grubunun operasyon öncesi DAÖ puan ortalaması (50,52±7,65), taburculuk öncesi DAÖ puan ortalamasından (41,6±3,76) anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 14).
- Deney grubundaki hastaların operasyon öncesi SAÖ puan ortalamaları 41,15±6,41, kontrol grubundaki hastaların 42,350±6,407 olarak bulundu ve deney ve kontrol grupları arasında operasyon öncesi SAÖ puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,405>0,05$ ) (Tablo 15).
- Deney grubundaki hastaların taburculuk öncesi HHBAÖ puan ortalaması (15,95±0,84), kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasından (20,20±4,40) anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 16).
- Deney grubunda operasyon öncesi DAÖ puan ortalaması; yaş, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, menopoza girme durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Eğitim durumu, gravida ve KKMM yapma durumu ise anlamlı farklılık gösterdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).
- Deney grubunda taburculuk öncesi DAÖ puan ortalaması; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).
- Deney grubunda operasyon öncesi SAÖ puan ortalaması; eğitim durumu, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Yaş ve kronik hastalığı olma durumları ise anlamlı farklılık gösterdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).
- Deney grubunda taburculuk öncesi HHBAÖ puan ortalaması; eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın

doğum ameliyatı olma durumu, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Yaş ve gravidaya göre ise anlamlı farklılık gösterdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

- Kontrol grubunda operasyon öncesi DAÖ puan ortalaması; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).
- Kontrol grubunda taburculuk öncesi DAÖ puan ortalaması; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).
- Kontrol grubunda operasyon öncesi SAÖ puan ortalaması; eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Yaş ve menopoza girme durumları ise anlamlı farklılık gösterdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).
- Kontrol grubunda taburculuk öncesi HHBAÖ puan ortalaması; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar, daha önce ameliyat olma durumu, kadın doğum ameliyatı olma durumu, gravida, menopoza girme durumu, KKMM yapma durumu ve başvuru şikayetleri parametrelerine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar **H1** “*Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun anksiyetesi kontrol grubundan daha düşük olacaktır*” ve **H1** “*Öğrenim gereksinimlerine göre eğitim verilen grubun memnuniyeti kontrol grubundan daha yüksek olacaktır*” hipotezlerini doğrular niteliktedir.

### **Araştırmanın sonuçları doğrultusunda öneriler;**

- Hastaların, HÖGÖ kapsamında yer alan tüm konular için öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu dikkate alındığında mevcut hasta eğitim içeriklerinin tekrar gözden geçirilmesi,
- Hemşirelerin gününbirlik jinekolojik tanı işlemi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeleri, bu gereksinimler doğrultusunda bireysel hasta eğitimini planlayıp uygulamaları ve bunu sürekli hemşirelik uygulaması olarak devam ettirmeleri,
- Hastaların öncelik verdiği bilgi gereksinimlerinin karşılanarak hasta bakım sonuçlarına yansıtılması,
- Hasta ve yakınlarının süreç boyunca bilgilendirilmesinde hemşirelerin etkin olarak sorumluluk alması konusunda desteklenmesi,
- Taburculuk eğitiminin hastanın yatışı ile başlaması ve taburcuğuna kadar devam etmesi,
- Hastanelerde hasta ve hasta yakınlarının bilgi ve eğitim gereksinimlerini gidermek amacıyla hemşirelerin etkin bir şekilde hizmet vermesinin sağlanması,
- Ameliyat öncesi dönemde, hasta ve yakınlarında kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenerek çözüme kavuşturulması,
- Araştırmanın farklı hastanelerin başta jinekoloji kliniklerinde olmak üzere tüm kliniklerde, daha büyük örneklem grubu ile yapılması önerilmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

Akçalı DT, Çoşkun D, Çelebi H. Günöbirlik anestezi prensipleri. Anestezi Dergisi 2009;17 (3):117-132.

Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2001;1: 23-29.

Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi jinekoloji servisi örneği. Erciyes Tıp Dergisi 2008;30 (4):242-249

Aksoy G, Sayın Yazıcı Y. Günöbirlik cerrahide hasta hazırlığı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8 (2):39-46.

Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 25-29.

Ala S. Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Afyon (Danışman: Yr. Doç. Dr. D.A Şahin).

Alacadağ M. Günöbirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri. K.T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Trabzon (Danışman: Doç. Dr. D Çilingir).

Alay İ, Dağdeviren H, Kanawati A, Eren E, Kaya C, Cengiz H. Jinekoloji polikliniğine başvuran hastalarda tamamlayıcı alternatif tıp uygulamalarının kullanımı. Ahi Evran Medical Journal 2018;2(3): 53-57.

Alp Yılmaz F, Şentürk S, Yalçın P, Sert Başoğlu Ş. Hastaların hemşirelik bakımını algılayış düzeylerinin belirlenmesi. Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi 2018;5 (59):61-66.

Aslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11 (6):717-724.

Aydemir G. 15-49 yaş evli kadınların kendi kendine meme muayene yöntemi ile ilgili bilgileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1990;6(3): 1-10.

Aygin D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15 (1):63-67

Bahıtlı B. Jinekolojik Kanseri Tanı ve Tedavisine İlişkin Bazı Özelliklerin Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Prof. Dr. S Mete).

Bartık K. Günübürlük Cerrahide Ameliyat Öncesi Hazırlık Programının Aile ve Çocuk Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Gazi Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr.E Kılıçarslan Törüner).

Başaran Dursun H, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;2 (3):65-70

Baygal Ş. Kadınların Osteoporozla İlişkin Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. M.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: N Demirci).

Bellani ML. Psychological aspects in day-case surgery. International Journal of Surgery 2008;6: 44-46.

Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) - the first trial of a German version. GMS Psychosoc Med 2007;4: 1-8

Biçersoy G. Günübürlük Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri. İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Ucuzal).

Bilge Ç, Mecdi Kaydırak M, Aslan E. Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;7 (3): 31-38.

Binici Y. Günöbirlik Cerrahi Geçirecek Çocukların Annelerinin Ameliyat Hakkında Bilgi ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Gürol).

Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle L, Pringle D, Ross E, Shamian J. Factors influencing patient's informational needs at time of hospital discharge. Patient Education and Counseling, 1990; 16(1): 21-28.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiol Scandinavian 2001;45 (3):298-307.

Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. Issues and Innovations in Nursing Practice 2005;52: 47-55.

Çatal E, Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008;1 (1):19-32.

Çatal E. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir. (Danışman: A Dicle).

Çavuş D. Kanser Hastalarının Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Elçigil).

Çay E. Günöbirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi. Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. A Gürkan).

Çelebi C. Günöbirlik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Kanan).

Çepni İ, Şal V. Laporoskopi komplikasyonları önlem ve yönetimi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics 2008;1 (6):109-117.

Çetinkaya F, Duru Aşiret G. Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017;10 (2):93-99.

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

Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;1: 69-81.

Dağ H, Dönmez S, Güleç D, Öztürk R, Eminov A, Saruhan A, Terek M. Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;30 (1): 49-59.

Darwin L. Patient selection for day surgery. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2015;17 (3):151-154.

David B, Waisel MD, Robert D. The benefit of the explation of the risks of anesthesia in the day surgery patient. Journal of Clinical Anesthesia, 1995;7 (8):714-721.

Defazio-Quinn DM. Ambulatory surgery. Nursing Clinics of North America 1997;32 (2) 377-386.

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

Demirtaş B. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumları ve beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;11 (1):34-47.



Desteli G, Bildacı TB, Gürsu T. Kliniğimizde anormal uterin kanama nedeniyle yapılan endometrial örnekleme ile endometrial polip tanısı alan vakalarının incelenmesi ve eşlik eden malignite oranları. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği 2015;2: 46-51.

Dolgun E. Günübirlık Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İzmir (Danışman: Yr. Doç. Dr. M Yavuz).

Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL, Holmberg S, Schultz AW. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. Research in Nursing & Health 2001;24 (6): 506-517.

Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. Türk Bilim Araştırma Vakfı Bilim Dergisi 2010;3 (1):137-144.

Ekici V, Karaman Özlü Z, Soydan S, Özer N, Erdağı S. Günübirlık cerrahi hastalarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı, Aydın 2013; 290-292

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

Ertüngealp E. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği & Türk Jinekoloji Derneği "Hormon Replasman Tedavisi" konsensus grubu kararları. Artemis 2003;4(1):7-8.

Fındık ÜY, Yıldızeli Topçu S. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012;1: 22-33.

Fortner KB, Szymanski LM, Fox HE, Wallach EE. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics Çeviren: Oral E. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı. 3. Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara; 2008.

Gilmartin J, Wright K. The nurse's role in day surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2007;1: 183-190.

Göçgeldi E, Açikel CH, Hasde M, Aygüt G, Çelik S, Gündüz İ, Karadeniz Y, Ayas R, Şahin E, Deniz C. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13(4): 261-265.

Grce M, Husnjak K, Bozиков J, Magdic L, Zlacki M, Lukac J, Fistonik I, Sikanic Dugic N, Pavelic K. Evaluation of genital human papillomavirus infections by polymerase chain reaction among croatian women. *Anticancer Research*. 2001;21: 579-584.

Gülme S. Günübürlük Çocuk Cerrahisi Olgularında Oral Midazolam ile Premedikasyon. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. M Çelik).

Gültürk E. Günübürlük Cerrahiye Başvuran Kadın Doğum Hastalarının Perioperatif Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Karşılama Durumu. Akdeniz Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Antalya (Danışman: Doç. Dr. Ö Kulakaç).

Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2007; 55-60.

Gürkaş Y. 35-55 Yaş Arası Benign Nedenlerle Total Histerektomi Ameliyatı Olmuş Kadınlarda Histerektomi Ameliyatının Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Edirne (Danışman: Prof. Dr. F Varol).

Gürsoy AA. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2001;1: 23-29.

Güven B. Günübirlık Cerrahide Hasta Ve Hasta Yakınlarının Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. D Şelimen).

Hall JA, Dorman MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain on analysis of overall satisfaction levels. Soc. Sci. Med. 1988;27: 637-644.

Han S. Kolposkopi Yapılan Hastaların HPV Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Kolposkopi Öncesi Anksiyete Skorunun Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Doç. Dr. F Kayıkçıoğlu).

İpek Çoban G, Kaşıkçı M. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2008;16 (63):165-171.

James D. Patient perceptions of day surgery. British Journal of Perioperative Nursing, 2000;10 (9):466-472.

Jarrett PEM, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. In Day Surgery Development and Practice. Eds: Lemos P, Philip B. 13th ed, Classica Artes Graficas, Portugal, 2006: 21-34.

Kakande I, Nassalı G, Kituuka GO. Day care surgery: The norm for elective surgery. East and Central African Journal of Surgery 2005; 10 (2):1-4.

Karadağ M. Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;3 (2):27-34.

Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N, Tepe A. Günübirlık cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2010;3: 38-48.

Karakul A. Günübirlık Cerrahi Uygulama Geçiren Çocuk ve Adölesanlara Ameliyat Sonrası Uyanma Sürecinde Dinletilen Müziğin Hastanın Kaygı Durumu ve Yaşam Bulgularına Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Z Bahire Bolışık).

Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;55 (4):363-369.

Kılınçlı EA, Sitolojileri Normal; Tip 16-18 Dışı Yüksek Riskli HPV Tip Pozitifliği Olan Hastaların Kolposkopiye Bağlı Çıkan Histopatolojik Bulgularının, HPV 16-18 Tip Pozitifliği Olan Hastaların Kolposkopiye Bağlı Çıkan Histopatolojik Bulguları ile Karşılaştırılması. S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ö Akbayır).

Lemos P, Jarrett P, Philip B eds. Day surgery development and practice. In: Jarrett PEM, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. 2006; 21-34

Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, Nunes CS. Patient satisfaction following day surgery. *Journal of clinical anesthesia* 2009;21 (3):200-205.

Leske JS. Crit care nurse. Interventions To Decrease Family Anxiety 2002;22: 615.

Mayeaux EJ, Thomas Cox J. Modern Colposcopy Textbook and Atlas Çeviren: Ayhan A. Modern Kolposkopi Konu Kitabı ve Atlası. 3. Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara; 2014, p:120-149.

Mc Millan R. Day Surgery. In: Principles of Care in Different Environments. Eds: Woodhead K, Wicker P. Edinburg, 2005; p: 99-219.

Meşe S. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi. E.O.G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. N Köşgeroğlu).

Mitchell M. Anxiety Management: a Distinct Nursing Role in Day Surgery. *Ambulatory Surgery*, 2000;8: 119-127

Mitchell M. General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(5): 1059- 1071.

Mitchell M. Nursing Knowledge and the Expansion of Day Surgery in the United Kingdom. *Ambulatory Surgery*, 2006;12 (3):131-137.

Muğlalı M, Kömerik N. Ağız cerrahisi ve anksiyete. *Cumhuriyet Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2005;8(2): 83-88.

Nazeer S, Shafi MI. İnterapithelial neoplasia,wart virus and colposcopy. *Current Obstetric and Gynecology*. 2001;2: 164-171.

Orgun F, Şen G. Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2012;2(4):52-64.

Ozan H, Çetinkaya Demir B, Atik Y, Gümüş E, Özerkan K. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;37(3):145-148.

Öğütlü Ö. Asker Hastanelerindeki Günöbirlik Genel Cerrahi Uygulamalarında Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlık Kriterlerinin İncelenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman Prof. Dr. D Şelimen).

Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.

Öner N, Le Compte A. Süreksiz (durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1998.

Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;6 (1):14-23.

Özel S. Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ü Karabacak).

Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı Dergisi* 2006;18: 36-43.

Özşaker E, Durak H, Canbazogulları Ü. Günübirlık cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine* 2019;9 (1):100-105

Pearson A, Richardson M, Peels S, Cairns M. The care of patients whilst in the day surgery unit (a systematic review). *Health Care Reports*, 2004;2: 22-54.

Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Pelleschi MT, Burns J, Bednarski D, Garretson B. Discharge information needs of patients after surgery. *Wound Ostomy Continence Nurses Journal* 2006; 33: 281-291.

Pinto TV, Araújo IEM, Gallani MCB. Nursing Care in Ambulatory Surgery at a Teaching Hospital Patients, Procedures and Biological and Psychosocial Needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 2005;13 (2):208-215.

Plauntz LM. Preoperative assessment of the surgical patient. *The Nursing Clinic of North American*, 2007;42 (3):361-377.

Rosen S, Svensson M, Nilsson U. Calm or not calm the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs* 2008; 23(4): 237-246.

Sadler GP, Richards H, Watkins G, Foster ME. Day case paediatric surgery: The only choice. *Annals of the Royal Collage of Surgeons of England* 1992;74: 130-133.

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

Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. Williams Gynecology Çeviren: Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. Williams Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2010, s: 866-967.

Soyer Ö, Candan Dönmez Y, Yavuz Giersbergen M. Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018;11(3): 200-208.

Şahin Orak N, Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3 (3):130-134.

Şal Sarıca E. Günübirlık Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri. Haliç Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A İşgör).

Şatıroğlu N, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Vajinal akıntı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları saptamaya yönelik niteliksel bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(5):545-558.

Takemura Y, Ishida H, Inoue Y. Yield and cost of individual common diagnostic tests in new primary care outpatient in Japan. Clinical Chemistry 2002;48 (1):42-54.

Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013;21 (1):1-8.

Tappen RM, Muzic J, Kennedy P. Preoperative assessment and discharge planning for older adults undergoing ambulatory surgery. AORNJ, 2001;73 (2):464-469.

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

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Taşkın L. Jinekolojide tanı, tedavi ve bakım. Ankara: Özyurt Matbacılık, 2012; 826-864.

Tekin S. Soğuk Konizasyon Endikasyonlarının ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar E.A.H. Uzmanlık Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. ZM Pirimoğlu).

Terzi C, Okman U, Eryılmaz M. Türkiye’de Genel Cerrahi İnsan Gücü İşgücü ve İşyükü Raporu, Türk Cerrahi Derneği, Ankara; 2009, 43.

Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlık Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyonkarahisar (Danışman: Yard. Doç. Dr. M Korkmaz).

Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 4:12-16.

Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000;3 (2):36-45.

Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2016;26 (2):79-91

Watson JW, Chung F, Chan VWS, Mc Gillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. Journal of Nursing Management. 2004;12: 153-161.

Wetsh WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. British Journal of Anaesthesia 2009;103: 199-205.

Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010;1 (3): 235-240.

Yavuz M, Dramalı A. Pediatrik günübirlik cerrahide hasta ve ailesinin taburculuğa hazırlanması ve taburcu edilme kriterleri. Hemşirelik Forumu 1998; 1: 266-269.

Yavuz M. Günübirlik Cerrahi Hastaların Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlemi. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmaları Sempozyumu, 22-23 Ekim 1999, Ankara.

Yellen E, Davis G. Patient satisfaction in ambulatory surgery. AORN Journal 2002;74: 483-497.

Yıldırım M. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Bayraktar).



Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Y.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Lefkoşa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Sala Razı).

Yıldız Ş, Ekin M, Cengiz H, Yeşil A, Yücebaş Yıldız Y. Cukurova Medical Journal 2014;39 (4):765-771.

Yıldız T, Malak A, Baltacı Göktaş S, Özen Y. Effect of Patient Education on Patient Anxiety Level Using “Scale of Patient Education Requirements” in Open Heart Surgery. Koşuyolu Heart Journal 2015;18(1):1-5.

Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;2: 69-73.

Yönem H. Gününbirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmeler. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Aydın (Danışman: Yrd. Doç. Dr. R Çam).

## **9. EKLER**

**EK 1.** Tanımlayıcı Bilgi Formu

**EK 2.** Durumluk Anksiyete Ölçeği

**EK 3.** Sürekli Anksiyete Ölçeği

**EK 4.** Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

**EK 5.** Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

**EK 6.** Etik Kurul İzni

**EK 7.** Kurum İzni

**EK 8.** Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçek Kullanım İzni

**EK 9.** Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği Kullanım İzni

**EK 10.** Gönüllü Bilgilendirme Formu

**EK 11.** Katılımcı Beyanı

**EK 12.** Gönüllü Onay Formu

**EK 13.** Hastanenin Rutin Taburculuk Eğitimi

**EK 14.** Hasta Öğrenim Gereksinimlerine Yönelik Eğitim

## EK 1. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

### Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; Günübirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemektir.

Sorulara vereceğiniz cevaplar, sadece araştırma sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır. Soruları doğru ve eksiksiz olarak tamamladığınız için teşekkür ederiz.

### Vaka No:

Tarih ve saat: .....

Bireyin atandığı grup: 1) Deney grubu 2) Kontrol grubu

1. Yaşınız: .....

2. Eğitim durumu:  İlkokul ve altı  İlköğretim  Lise ve üzeri

3. Medeni durumu:  Evli  Bekar  Diğer

4. Çalışma durumu:  Çalışıyor  Çalışmıyor

5. Kronik bir hastalığınız var mı?  Var (.....)

Yok

6. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?  Var (.....)

Yok

7. Daha önce ameliyat oldunuz mu? :  Evet (.....)

Hayır

8. Daha önce kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili ameliyat oldunuz mu?

Evet (.....)  Hayır

9. Obstetrik Öykü: Gebelik sayınız: ... Canlı Doğum sayınız: ...

Düşük sayınız: ... Kürtaj Sayınız: ... Yaşayan çocuk sayınız: ...

10. Menopoza girdiniz mi?  Evet Kaç yaşında:

Hayır

11. Daha Önce Pap Smear testi (rahim ağzından sürüntü alınması) yaptırdınız mı?

Evet  Hayır

12. (11. Soruya cevabınız evet ise cevaplayınız) Hangi sıklıkta ve kaç yıldır Pap Smear testi yaptırıyorsunuz? .....

Pap Smear Test Sonucu :.....

13. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

Evet Sıklığı:.....  Hayır

14. Daha önce kadın hastalıkları ile ilgili bir problem yaşadınız mı/yaşıyor musunuz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz.)

Hayır, yaşamadım  İdrar yaparken yanma, ağrı  Ağrılı cinsel ilişki  
 İdrar Kaçırma  Düzensiz kanama  Akıntı problemleri  
 Myom/Kist  Diğer.....

15. Hastaneye hangi şikayet ile başvurduunuz? (Birden Fazla cevap verebilirsiniz.)

Kanama .....  Kasık Ağrısı  
 Kontrol sırası fark edilme  Başka hastalık sırası fark edilme  
 Diğer .....

16. Geçirilen günöbirlik jinekolojik işlem: (Birden Fazla cevap verebilirsiniz.)

Endoservikal Küretaj  Franksiyonel Küretaj  
 Probe küretaj  Histereskopi  
 Soğuk Konizasyon  Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP)

## EK 2. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi lütfen okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

### EK 3. SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

#### EK 4. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

<b>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)</b>					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
<b>MADDELER</b>	<b>Önemli değil</b>	<b>Biraz önemli</b>	<b>Ne az ne çok önemli</b>	<b>Çok önemli</b>	<b>Son derece önemli</b>
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımımnda ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımlın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımlın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5



## EK 5. HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ (HHBAÖ)

Değerli katılımcı, aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeler hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız bakıma ilişkin algılarınızı öğrenmemize yardımcı olacaktır. Her soru için ifadeye katılma durumunuza göre bir parantezin içini işaretleyiniz. Sorulara içtenlikle yanıt verdiğiniz için ve araştırmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler.					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımdan benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

## EK 6. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu

**PROJENİN ADI :** Gündübirlik Jinekolojik Tam İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:** Melek ERİKOĞLU  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 18.03.2019-95

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

95 protokol nolu "Gündübirlik Jinekolojik Tam İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. İksan DEMİRBÜKEN

Prof. Dr. Dilyad SAĞVE

Prof. Dr. Hülya AŞÇI

Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof. Dr. Neşre BALIÇEÇEK

Prof. Dr. Hakkı ARIKAN

Doç. Dr. M. Ümit UĞURLU

Doç. Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK

Av. Öncel Onur AKBAŞ



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu Başkanlığı  
İSTANBUL

0 (216) 414 41 11 / 0 (216) 414 41 12  
0 (216) 414 41 17

Ayrıntılı bilgi için:  
Süleyman  
TÖREMEKÇİ

etik.kurulu@mmu.edu.tr  
http://etik.kurulu.mmu.edu.tr

## EK 7. KURUM İZİNİ



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İSTANBUL  
SAĞLIK İZİNİ İŞTİRAKİ YERİ  
19052319-531-16867222-004.01.01-E.1103



Sayı : 16867222  
Konu : Melek GENÇEL'in  
Araştırma İzni Hk.

### HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 12/04/2019 tarihli ve 71211201-1900100831 sayılı yazı.  
b) 09/05/2019 tarihli ve 79341859-799-12078 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları tezli yüksek lisans programı öğrencisi Melek GENÇEL, Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU'nun danışmanlığında yürütülen; "Günübirlik Jinekolojik Tanı İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi" konulu anket çalışmasını, ilgi b) sayılı yazınızda geçen uygun görüşümüze istinaden, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.

Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a4ddb598-9e13-4da3-af3d-4d6b8bdf7a0a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 8. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK KULLANIM İZNI

ölçek kullanım izini hk

Emine Çatal <emine.catal@gmail.com>  
9.03.2019 Cmt 14:23  
Siz

HÖGÖ+gereksinim.doc 112 KB  
HÖGÖ ile ilgili bilgiler-E[1]. Ç... 202 KB  
emine\_HÖGÖ.makale.pdf 137 KB

3 ek (451 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

**Sayın Melek ERİKOĞLU,**  
Türkiye'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 Güvenirlilik 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.

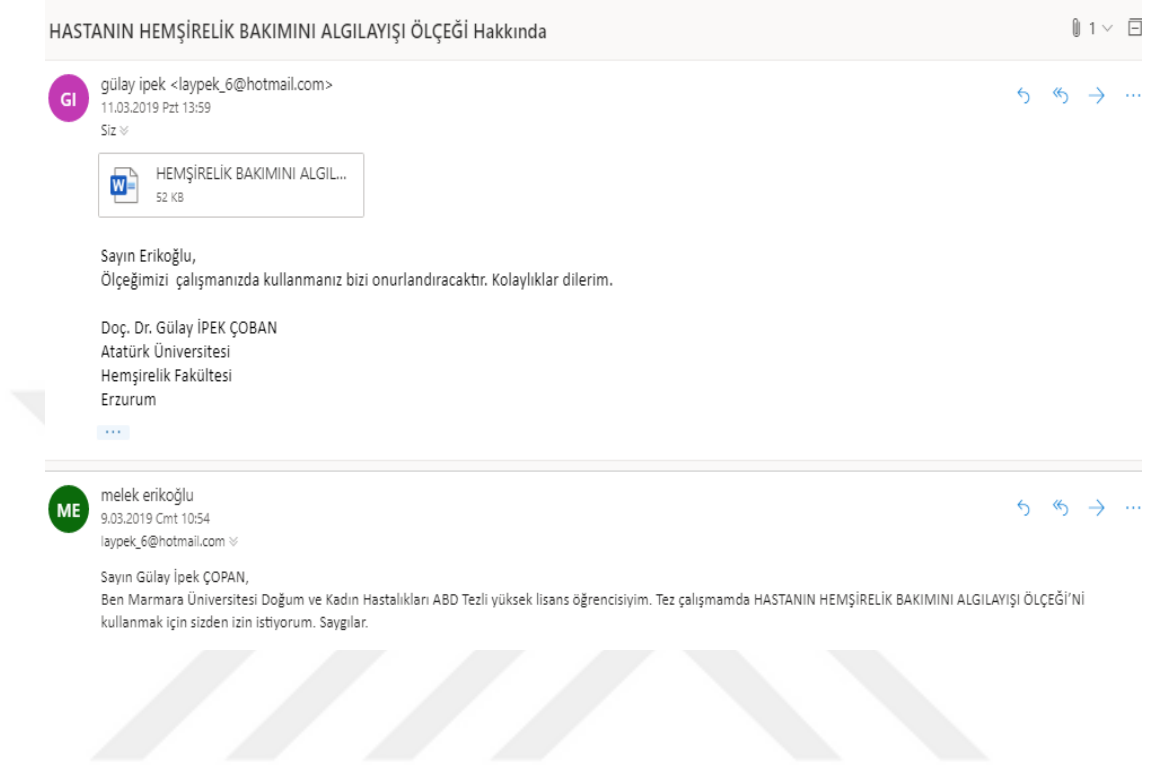
Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Saygularımızla  
**Dr. Öğr.Ü. Emine ÇATAL**

Not: Ekte ölçek kullanımına ilişkin ihtiyaç duyabileceğiniz belgeleri de yönlendiriyorum.Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Windows'u Etkinleştir  
Windows'u etkinleştirmek için

## EK 9. HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



**Not:** Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Sürekli Anksiyete Ölçeği, Necla Öner ve Ayhan Lecompte'nin Süreksiz Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabından alınmıştır (Öner ve Le Compte, 1998).

## **EK 10. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Sayın katılımcı;

“Günübirlilik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisi” isimli çalışma 18 yaş ve üzeri, günübirlilik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştıma için izin alınmıştır. Çalışmaya, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekoloji Servisinde günübirlilik jinekolojik tanı işlemi uygulanan kadınlar alınacaktır. Çalışmaya yaklaşık 80 kişi almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtırak araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden bilgi almak amacıyla Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-3) dolduracağız. Çalışmada iki grup bulunmaktadır. Siz, deney ya da kontrol dediğimiz bu iki gruptan herhangi birinde olabilirsiniz. Deney grubunda iseniz; size öncelikle kaygı düzeyinizi belirlemek amacıyla Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek-4/Ek-5) uygulanacaktır. Öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi için daha sonra Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğini (Ek-6) uygulanacaktır. Taburcu olmadan önce size öğrenim gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmış Hasta Öğrenim Gereksinimlerine Yönelik Eğitim (Ek-14) verilecektir. Eğitim sonrası sizin memnuniyet düzeyini ölçmek için Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (Ek- 7) ve kaygı düzeyinizde ki değişiklikleri belirlemek için tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek-4) uygulanacaktır.

Kontrol grubunda iseniz; size öncelikle kaygı düzeyinizi belirlemek amacıyla Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek-4/Ek-5) uygulanacaktır. Taburcu olmadan önce size Hastanenin Rutin Taburculuk Eğitimi (Ek-13) verilecektir. Eğitim sonrası sizin memnuniyet düzeyinizi ölçmek için Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (Ek-7) ve kaygı düzeyinizdeki değişiklikleri belirlemek için tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek-4) uygulanacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler yalnızca adı geçen çalışma amacıyla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

**Alternatif tedavi veya girişimler: YOK**

**Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK**

**Araştırma ilacının olası yan etkileri: YOK**

**İlaç kullanımı: YOK**

**Yan etki: YOK**

## **EK 11. KATILIMCI BEYANI**

“Günöbirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisi” isimli çalışma 18 yaş ve üzeri, günöbirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerine göre yapılandırılmış eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOğLU ve araştırmacı Melek ERİKOğLU tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümü, Tez alışması kapsamında araştırmanın yürütöleceği bana açıklandı.

Çalışmaya katıldığımda bana ait bilgilerin bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının gizliliğine eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı, kimliğimin açıklanmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi. İstediğim zaman araştırmacılara 24 saat ulaşabileceğim gerekli telefon numaraları verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum, bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Çalışmanın yürütölmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllölük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğdının bir kopyası bana verilecektir. Toplanan bilgilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı bana açıklandı. Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmam konusunda gönüllü olduğumu istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

### **Gerektiğinde Ulaşılabilecek Telefon Numarası:**

Zübeyde EKŞİ GÜLOğLU: 05334348699

Melek ERİKOğLU:05453741727

## EK 12. GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

“Günöbirlik jinekolojik tanı işlemleri uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisi” isimli çalışma ile ilgili araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı :

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Danışman

Adı- soyadı: Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

İmzası:

Araştırmacı

Adı- soyadı: Melek ERİKOĞLU

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı:

İmzası:

Görevi



### EK 13. HASTANENİN RUTİN TABURCULUK EĞİTİMİ

- Ameliyat sonrası herhangi bir sorunuz olmaz ise 2 saat gözlem süreniz dolduktan sonra taburcu olacaksınız.
- Taburculuk için yardım edebileceğim bir şey var mı?
- Taburculuk evraklarınız hekiminiz tarafından hazırlanacak ve size getirilecek.
- Bizde kalan ilaç ve eşyalarınızı teslim ediyorum.
- Eve gittiğinizde, vücut ısınızda artış, titreme, üşüme vb. belirtiler ile karşılaşmanız enfeksiyon göstergesi olabilir. Bu belirtiler ile karşılaşırsanız hekiminiz ile iletişime geçiniz.
- Evde devam etmeniz gereken bir egzersiz yoktur.
- Herhangi bir yaranız olmadığı için pansumana, yara bakımına gerek yoktur. İşlem sizin dışarıdan göremediğiniz bir yere yapılmıştır. Genital hijyeninize dikkat etmeniz yeterli olacaktır.
- Bu ameliyat size tanılama amaçlı uygulandı.
- Eve gittiğinizde istediğiniz zaman ayakta duş alabilirsiniz. İlk 24 saat çok ağır aktiviteler yapmayınız.
- 3 hafta sonra sonuçlarınız için tekrar hastaneye gelmeniz gerekmektedir.
- Hastanenin santral numarası 0212 373 5000'dür. Kliniğin dahili numarası 1114'dür. Size verdiğim bu eğitim formunda mevcuttur. Herhangi bir acil durum olduğunda bu numaradan bizlere ulaşabilirsiniz.

İLAÇLAR	SAATİ	OLUŞABİLECEK YAN ETKİLER

## EK 14. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNE YÖNELİK EĞİTİM

### 1. İLAÇLAR

- Reçetenize yazılmış olan ilaçlar .....'dır.
- Bu ilaçların ..... etkileri vardır.
- İlaçlarınızı ..... sebepler ile kullanmanız gerekmektedir.
- İlaçlarınızı ..... süre kullanmalısınız.
- İlaçlarınızı ..... şekilde ve ..... saatlerde kullanmanız gerekmektedir.
- İlaçlarınızın ..... gibi yan etkileri vardır. Bu yan etkilerden herhangi birini görürseniz, ilacı kullanmayı bırakın ve hekiminize ya da acil servise başvurunuz.
- İlaçlarınızı eczanelerden verilen reçete ile temin edebilirsiniz.

### 2. YAŞAM AKTİVİTELERİ

- Enerji-gücünüzü korumak için sağlıklı beslenmelisiniz, spor yapmalısınız, yeteri kadar dinlenmelisiniz.
- Ameliyat sonrası erken dönemde yatak istirahati, kullanılan ağrı kesiciler, anestezi ilaçları kabızlığa neden olabilmektedir. Kabızlık görülür ise; bol sıvı almalısınız, egzersiz ve aktiviteler yapmalısınız. Bol posalı meyve ve yiyecekler tüketmelisiniz. (Erik, elma, ıspanak, lahana, incir, pırasa, kayısı, üzüm, zeytinyağı vb.) Kabızlık yapan besinlerden uzak durmalısınız (yumurta, süt, muz, et, pirinç, leblebi çay, kahve vb.). Devam eden kabızlığınız olur ise hekim önerisi ile lavman yapabilirsiniz.
- Ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak ishal gelişebilir. İshal durumunda sıvı kaybı yaşadığınız için bol sıvı tüketmelisiniz. Havuç, pirinç lapası, elma, pirinç suyu, yoğurt, ayran, kahve, muz, zencefil çayı, patates çorbası, bal, elma sirkesi, bögürtlen, keçiyoynuzu, sade

gazoz vb. gıdalar tüketebilirsiniz. Uzun süren ishaliniz var ise acil servise başvurunuz.

- Kendinizi iyi hissediyor ve herhangi bir sorunuz olmaz ise yarın ev işlerinize/işinize başlayabilirsiniz.
- Ameliyat sonrası 2 saat istirahat etmeniz yeterli olacaktır. İlk 24 saat kendinizi çok yormamalısınız.
- Yemekleriniz ile ilgili herhangi bir kısıtlama yoktur. Normal beslenmenize devam ediniz. Bol sıvı tüketiniz. Sağlıklı beslenmeye özen gösteriniz.
- Herhangi bir bağırsak probleminiz yok ise normal beslenmenize devam edebilirsiniz. Bol sıvı tüketmeye ve sağlıklı beslenmeye özen gösteriniz. İlk 24 saat içinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.
- Ağrıya bağlı uyku sorunuz olur ise, ağrı kesici ilaç alabilirsiniz ve yatakta rahat edebileceğiniz bir pozisyonda yatmalısınız. Strese, kaygıya bağlı bir sorunuz olur ise, kendinizi başka şeylere odaklayıp, rahatlayacağınız aktiviteler yapabilirsiniz (müzik dinleme gibi). Ilık bir duş alabilirsiniz.
- İlk 24 saat kendinizi fazla yoracak ağır aktivitelerden kaçınınız. (yüzme, koşu, uzun süreli antrenmanlar, ağır kaldırma vb.)
- Ameliyattan 2 saat sonra bol bol yürümelisiniz. Uzun süre yatmamalısınız. Hafif aktiviteler yapabilirsiniz.

### 3. TOPLUM VE İZLEM

- Evde bakımda refakatçinizden destek almalısınız. Eve gittiğinizde istediğiniz zaman ayak da duş alabilirsiniz. Tuvalet sonrası temizliği önden arkaya doğru yapmalısınız. Ellerinizi sık sık yıkamalısınız. Günde en az üç kez ağız bakımı ve diş temizliğinizi yapmalısınız. İlaçlarınızı düzenli kullanmalısınız.
- Bu işlem tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık tanınız konulduğunda,

aileniz hastalığınız ile baş edebilmek için sağlık çalışanlarından (hemşire, hekim, psikolog vb), evde bakım hizmetlerinden yardım alabilir.

- Acil bir sağlık sorunu olduğunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz. (Hastaneler, Sağlık Ocakları vb.)
- Acil durumda 0212 373 50 00 ve dahili 1114 numaradan bize ulaşabilir ya da 112'yi arayarak destek alabilirsiniz.
- Toplumsal gruplar ile iletişim kurmak istediğinizde bizlerden yardım isteyebilir, internet üzerinden de araştırma yaparak iletişim kurabilirsiniz.
- Klinikten eve tüm kontrolleriniz normal ise, kendinizi iyi hissettiğinizde refakatçi eşliğinde gönderileceksiniz.

#### 4. DURUMA İLİŞKİN DUYGULAR

- Bu işlem size tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık tanınız konulduğu zaman, hastalığınız hakkında yakınlarınız ile konuşmak sizi rahatlatacak, kaygınızı azaltacaktır.
- Bu işlem size sorununuzun nedenini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanı işlem sonucuna göre hastalığınızın nedeni size bildirilecektir.
- Yaşam/ölüm ile ilgili duygularınızı kendinizi yakın hissettiğiniz arkadaşlarınızla, sağlık çalışanlarıyla psikologlarla paylaşabilirsiniz.
- Hastalığınıza ilişkin duygularınızla baş etmek için, ailenizden, hemşirelerden, hekiminizden ve psikologlardan destek alabilirsiniz.
- Hastalığınızla ilgili duyguları tanımlayabilmek için, duyguyu ve hissiyatı tanımlayın. Kendinize; Şu an ne hissediyorum? Fiziksel olarak hissettiğim değişiklikler neler? Bu neden oluyor? gibi sorular sorun. Vücudunuzdaki hangi fiziksel değişikliklerin bu duyguları ortaya çıkardığını anlamaya çalışın. Hissettiğiniz duyguyu rahat bir şekilde anlamak ve buna karşılık olarak nasıl tepki vereceğinizi düşünmek adına kendinize biraz zaman ayırın. Kendinizi ve zihninizi rahatlatmak ve hafifletmek için duygularınızı ifade etmeniz gerekir.

#### 5. TEDAVİ VE KOMPLİKASYONLAR

##### • Evde şu sorunlar ile karşılaşabilirsiniz;

Ameliyat Bölgesi İle İlgili Sorunlar: Ağrı, Kanama, akıntı/sızıntı

Solunum Sistemi ile İlgili Sorunlar: Solunum gücü, öksürük, boğaz ağrısı, ses kısıklığı

Yaşamsal Bulgular İle İlgili Sorunlar: Vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme

Baş Ağrısı ve Dönmesi

Sindirim Sistemi İle ilgili Sorunlar: Bulantı- kusma, gaz çıkarmama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik,

Sinir Sistemi ve Duygusal Duruma İlişkin Sorunlar: Konuşma sorunları, hafıza sorunları, dikkat ve uyku sorunları

Üriner Sistem İle İlgili Sorunlar: İdrar yaparken yanma, ağrı ve sık idrara çıkma

Kas İskelet Sistemi İle İlgili Sorunlar: Kas, sırt ağrısı ve yorgunluk

##### • Bu sorunlardan herhangi biri ile karşılaşsanız yapmanız gerekenler;

**Ağrı:** Ağrınızı giderebilmek için; önerilen ağrı kesici ilacın alınması, pozisyonun değiştirilmesi ve dikkatin başka yöne çekilmesini sağlayan uygulamalar (T.V seyretme, kitap okuma vb.) yapmalısınız.

**Kanama:** Hafif leke tarzında kanamanızın olması normaldir. Devam eden aktif bir kanamanız olur ise size en yakın acil servise başvurunuz.

**Akıntı/Sızıntı:** İşlem bölgenizden akıntı gelir ise hekiminize veya acil servise başvurunuz.

**Solunum gücü, öksürük, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı:** Bu rahatsızlıklarla ameliyat sırasında genel anestezi aldığımız için boğazınıza takılan bir tüp nedeni ile karşılaşabilirsiniz. Bu rahatsızlıklar birkaç saat ile birkaç gün sürebilir.

Sorunların giderilmesinde, ılık içecekler içebilir, ağrı kesici pastil alabilir ve buhar uygulayabilirsiniz.

**Vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme:** Ameliyattan ilk 24 saat sonra dehidratasyona (su kaybı) bağlı olarak vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme olması normaldir. Ameliyatı izleyen günlerde vücut sıcaklığının azalması gerekir. Ameliyat sonrası bol sıvı almalısınız. Ameliyattan 24 saat sonrasında vücut sıcaklığının normale dönmemesi enfeksiyon geliştiğini düşündürür. 24 saat sonra vücut ısınız normale dönmez ise hekiminize ya da acile başvurunuz.

**Baş Ağrısı ve Dönmesi:** Ameliyata ve anestetik ilaçlara bağlı olarak baş dönmesi ve baş ağrısı gelişebilir. Baş ağrısının normalde ilk bir kaç saat içinde geçmesi gerekir. Genellikle epidural ve spinal anestezi sonrası çok şiddetli baş ağrısı görülebilir. Baş ağrısının giderilmesi için ilk 3 gün bol sıvı almalı, supine(sırt üstü) pozisyonunda istirahat etmeli ve ağrı kesici ilaç kullanmalısınız.

**Bulantı- kusma:** Ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçlar bulantı-kusmaya neden olurlar. Bulantı-kusma iştahın azalmasına da neden olabilir. Bulantı-kusmanız olur ise bulantı ilacı kullanabilirsiniz. Bulantı-kusmanız azalana kadar beslenmenize dikkat etmelisiniz.

**Gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik:** Yorgunluk ya da ağrı gibi nedenlerle hareketlerinizi kısıtlamanız gaz şikayetlerine ve midede şişkinliğe neden olabilir. Ameliyattan sonra devamlı yatmamalısınız ve kendinizi iyi hissettiğinizde evin içinde dolaşmalısınız.

**Konuşma, hafıza, dikkat ve uyku sorunları:** Ameliyat sırasında genel anestezi alan hastalarda, anestetik maddelerin sinir sistemini etkilemesi nedeni ile ameliyattan sonra konuşma, hafıza, dikkat ve uyku sorunları yaşanabilmektedir. Ameliyattan sonra ilk 24 saat alkol almamalı, dikkat gerektiren bir işle

uğraşmamalı, araba, bisiklet kullanmamalısınız.

**İdrar yaparken yanma, ağrı ve sık idrara çıkma:** Bu tarz bir şikayetiniz olur ise acil servise başvurunuz.

**Kas, sırt ağrısı ve yorgunluk:** Ameliyat sırasında size kas gevşetici ilaç verilmesi ve uzun süre ameliyat masasında aynı pozisyonda yatmanıza bağlı olarak kas, sırt ağrısı ve yorgunluk gelişebilir. Kas ağrınız için ağrı kesici alabilirsiniz. Evde yorucu aktivitelerden uzak durmalısınız ve mümkün olduğu kadar dinlenmelisiniz.

- Ağrı, kanama, akıntı-sızıntı, solunum güçlüğü, öksürük, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, vücut sıcaklığında artış, titreme, üşüme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı- kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri, midede şişkinlik, konuşmada farklılıklar, hafıza sorunları, dikkat sorunları, uyku sorunları, İdrar yaparken yanma, ağrılı idrar, sık idrara çıkma gibi belirtiler sorun olduğunu gösterir. Bu tür sorunlar ile karşılaşırsanız acil servise başvurunuz.
- Bu işlem tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık teşhisiniz konulduğunda hekiminiz ve hemşireler tarafından bilgilendirileceksiniz.
- Tedaviniz sağlık çalışanları, siz ve yakınlarınız tarafından işbirliği içinde takip edilecek.
- Ağrı, kanama, akıntı-sızıntı, solunum güçlüğü, öksürük, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, vücut sıcaklığında artış, titreme, üşüme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı- kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri, midede şişkinlik, konuşmada farklılıklar, hafıza sorunları, dikkat sorunları, uyku sorunları, idrar yaparken yanma, ağrılı idrar, sık idrara çıkma gibi yan etkiler oluşabilir.
- Acil durumda size vermiş olduğum 0212 373 50 00 ve dahili 1114 numarayı arayabilirsiniz.
- İdrar yaparken yanma, ağrı ve sık idrara çıkma gibi sorununuz olur ise hekiminize veya acil servise başvurunuz.

- Hastalık ve tedavinize bağlı gelişebilecek sorunları hekiminizin ve hemşirenizin tavsiyelerine uyarak önleyebilirsiniz.
- Bu tedavinin amacı; var olan probleminizin nedenini tanılamak ve konulan tanıya yönelik tedavi etmektir.

## 6. YAŞAM KALİTESİ

- Bu işlem size tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık teşhisiniz konulduğunda hekiminiz ve hemşireler tarafından bu hastalığın geleceğini nasıl etkileyeceği size anlatılacaktır.
- Bu işlem tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık teşhisiniz konulduğunda hekiminiz ve hemşireler tarafından hastalığın belirtileri size anlatılacaktır.
- Ağrınızı giderebilmek için; reçete edilen ağrı kesici ilacınızı düzenli kullanınız. Pozisyonun değiştirilmesi ve dikkatin başka yöne çekilmesini sağlayan uygulamalar (T.V seyretme, kitap okuma vb.) ağrınızı azaltacaktır.
- Hastalık belirtileriniz ortaya çıktığında hekiminize ya da acil servise başvurunuz.
- Bu işlem için özellikle almanız gereken bir vitamin ve ek gıdaya gerek yoktur. Normal beslenmenize devam edebilirsiniz.
- Düşüncelerinizi paylaşarak, eğlenmek için dinlenmek için kendine zaman ayırarak, spor yaparak, severek ve gülerken stresle başa çıkabilirsiniz.
- Meditasyon yapmak, kitap okumak, müzik dinlemek, yapacağınız işleri önceden planlamak, temiz hava almak, yapmak istediğiniz şeyleri yapmak, sağlıklı beslenmek, spor yapmak, düzenli uyumak ve dinlenmek stresten uzak durmanızı sağlayacak yöntemlerden bazılarıdır.
- Bu işlem size tanı amaçlı yapılmıştır. Hastalık tanınız konulduğu zaman hekim ve hemşireler tarafından bu hastalığın yaşamınızı nasıl etkileyeceği size anlatılacaktır.

## 7. CİLT BAKIMI

- Eve gittiğinizde, istediğiniz zaman ayakta duş alabilirsiniz.
- İşlem rahim ağzı/rahminize yapıldığından, ulaşamayacağınız bir bölge olup herhangi bir yara bakımı gerektirmemektedir. Genital hijyeninize dikkat etmeniz yeterli olacaktır.
- Ayaklarınızı her gün yıkamalısınız. Tırnaklarınız uzun ise kesmelisiniz. Ayağınızı terletecek ayakkabı ve çorap kullanmamalısınız.
- Bu işlem cildinizde yara oluşmasına sebep olacak bir işlem değildir. İşlem sonrası uzun süre hareketsiz yatmanız yara oluşumuna neden olabilir. İşlemden 2 saat sonra ayağa kalkmanızda herhangi bir sakınca yoktur. Uzun süre hareketsiz kalmayınız.
- Bu işlem cildinizde herhangi bir kızarıklığa neden olmayacaktır. İşlem sonrası uzun süre hareketsiz yatmanız kızarıklık oluşumuna neden olabilir. İşlemden 2 saat sonra ayağa kalkmanızda herhangi bir sakınca yoktur. Uzun süre hareketsiz kalmayınız.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Melek	<b>Soyadı</b>	GENÇEL
<b>Doğum Yeri</b>	Zonguldak	<b>Doğum Tarihi</b>	25.06.1993
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Telefon</b>	05453741727
<b>E-mail</b>	melek.erikoglu@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2015
<b>Lise</b>	Çaycuma Anadolu lisesi	2011

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Hemşire	Acıbadem Maslak Hastanesi	2013-2015
Hemşire	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-Devam ediyor

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta
Almanca	Zayıf	Zayıf	Zayıf

<b>ALES Puanı</b>	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
2014-Sonbahar	81,20	81,87	70,00

## **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Office Excel	İyi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
SPSS	Orta

## **Belgeler ve Sertifikalar**

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Katılım Belgesi, 04.06.2014 (Ulusal)

Acil Obstetrik Bakım Eğitimi, T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Eğitim Belgesi, 18-19.04.2017

Haliç Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve doğum Günleri II ‘‘Üreme Sağlığında Güncel Yaklaşımlar’’, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, Katılım Belgesi, 02.05.2017

İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası, Sağlık, 28.06.2016

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, 17-19.04.2019

Günübirlik Jinekolojik Tanı İşlemi Uygulanan Hastalara Yapılan Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Kaygı Düzeyine Etkisi, Araştırma Kongre Sözel Sunum, 37. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Konresi, 12-14 Haziran 2019.