



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN
TABURCULUK SONRASI BİLGİ
GEREKŞİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

SEHER ÖZEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları



Tez Sahibi : Seher Özel

Tez Başlığı : Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi

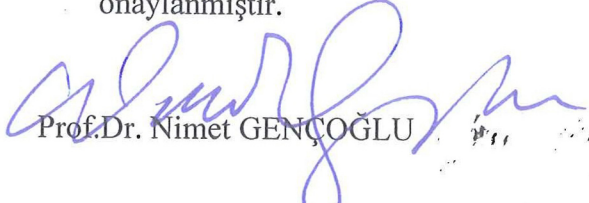
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 29.01.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR (Hemşirelik esasları Anabilim Dalı Başkanı)	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.	
Yard. Doç. Dr. Leman ŞENTURAN)	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 05/02/2010 tarih ve 83 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Seher ÖZEL



I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla beni yönlendiren sevgili hocam ve danışmanım Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK'a, her konuda göstermiş oldukları rehberlik, sabır ve hoşgörü için değerli hocalarım Prof. Dr. Şule Ecevit ALPAR'a ve Yard..Doç. Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK'a, çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarına, her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen canım ailem ve sevgili dostlarıma içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Seher ÖZEL

II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. TEŞEKKÜR	iii
II. İÇİNDEKİLER	iv
III. KISALTMALAR	vi
IV. TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ	vii
V. ÖZET	1
VI. SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Cerrahi Tedavi	6
2.2. Cerrahi Hastasının Özellikleri	7
2.3. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	10
2.3.1. Fizyolojik Hazırlık	11
2.3.2. Psikolojik Hazırlık	11
2.3.3. Yasal Hazırlık	13
2.3.4. Ameliyat Öncesi Eğitim	14
2.4. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı	15
2.5. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	15
2.6. Taburculuk Planlaması Süreci	16
2.7. Taburculuk Planlamasında Eğitim Konuları	20
2.8. Taburculuk Planlamasının Aşamaları	23
2.8.1. Veri Toplama	23
2.8.2. Planlama	25
2.8.3. Uygulama	27
2.8.4. Değerlendirme	28
2.9. Taburculuk Planlamasında Hemşirenin Rolü	29
2.10. Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması	31
3. MATERYAL ve METHOD	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	34
3.2. Araştırma Hipotezi ve Soruları	34
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	34
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	35
3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	35
3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	37
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
4. BULGULAR	39
4.1. Genel Tanıtıcı Özellikler	39
4.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler	43
5. TARTIŞMA	62
5.1. Hastaların Kişisel Özellikleri ve Bilgi Alma Durumlarına Yönelik Tartışma	62
5.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Boyutlarına Yönelik Tartışma	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER	88
9. ÖZGEÇMİŞ	97

III. KISALTMALAR

CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

HÖGÖ: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

İÜ: İstanbul Üniversitesi

JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

METHOD: Medication- Environment- Treatment- Health Education- Outpatient
follow up- Diet

IV. TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

1. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların Tıbbi Tedavi Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların Bilgi Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hastaların En Fazla Öğrenime Gereksinim Duydukları Maddelerin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 5. Hastaların Yaş Grupları ile Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Hastaların Medeni Durumuna Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Hastaların Tedavi Gördüğü Kliniğe Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Hastaların Hastanede Yatış Süresine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların Yapılan Ameliyat Türüne Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Hastaların Ameliyat Sonrası Yatış Süresine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Hastaların İlaçlar Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Hastaların Hastalık Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17. Hastaların Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Hastaların Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Hastaların Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 20. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

2. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

V. ÖZET

Bu çalışma cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası ihtiyaçları olan bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak uygulandı. Çalışma, 1 Aralık 2008–30 Ocak 2009 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı'nda yatarak tedavi gören 220 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, Türkçe'ye uyarlanarak geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği” ile taburculuktan önce son 24–48 saat içinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. İstatistikçi danışmanlığında, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 ile yapılan veri analizinde; t testi, Anova ve Tukey HSD, Pearson korelasyon analizi teknikleri kullanıldı. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı; cronbach α =0.95 , ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayısı; cronbach α =0.69–0.88 bulundu. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde ele alındı. Çalışmada hastaların öğrenim gereksinimleri yüksek bulundu. Hastaların taburculuk sonrası öğrenime gereksinim duydukları konuların önem sırasına göre; “ilaçlar”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı”, “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” olduğu saptandı. Bilgi gereksinimlerinin; kadın, öğrenim düzeyi düşük, 4. serviste tedavi gören, uzun süredir hastanede yatan, Mide, Kolon, Batında Kitle, Karaciğer ve Pankreas ile Guatr ve Meme ameliyatı olan ve bilgi verilen hastalarda yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Hasta Öğrenim Gereksinimleri toplam puanı ile alt boyutları arasında ve alt boyutların birbirleriyle olan ilişkilerinde istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde ve kuvvetli ilişki saptandı ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: Taburculuk eğitimi, Bilgi gereksinimleri, Cerrahi tedavi, Taburcu olmak

VI. SUMMARY

Determination of Information Needs After the Discharge of the Patients Who Had Surgical Intervention

This study was completed as a complementary for the aims to define the information needs and priorities after the discharge of the patients who had surgical intervention. The study was realized with 220 inpatients who were treated at the Istanbul University Faculty of Medicine General Surgery Main Discipline between the dates 1 December 2008-30 January 2009. The data were collected with the face-to-face interview method, in last 24-48 hours prior discharge with “Personal Info Form” prepared by the researcher and with Turkish translated validity and reliability tested “Patient Learning Requirements Scale”. Under the advice of a statistician, during the data analyses done with the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0, t-test, Anova and Turkey HSD, Pearson correlation analyses techniques were used. The coefficient inconsistency of the scale were found as cronbach $\alpha=0.95$ and the coefficient inconsistency of the bottom scales were found as cronbach $\alpha=0.69-0.88$. The signifance was considered in the level of $p<0.05$. In the study, the learning requirements of the patients were founded high. Prioritizing the learning subjects needed by the patients after discharging was fixed as: “medicaments”, “treatment and complications”, “life quality”, and “skin care”, “life activities”, “feelings subject to the situation” and “society and view”. It was fixed ($p<0,05$) that the learning requirements are high for those patients such women, low educated, treated in 4th service, long duration inpatients, operated from stomach, colon, internal mass, liver, pancreas, goiter and breast. Statistically significant, same directed and strong relations were fixed ($p<0.05$) between the collected averages for patient learning requirements and subsections and in the interrelations of the subsections.

Key words: Discharge education, Knowledge requirements, Surgical treatment, Discharge.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamlın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir. Hemşirenin, bu etkinlikleri yaparken sıklıkla bireylere eğitim yapması gerekebilir (Bayat 2005).

Bireyin hastaneye yattığı ilk gün kliniğe ve tedaviye uyumunun sağlanması, endişelerinin azaltılması için yapılan işlemler dizisi kabul süreci olarak tanımlanmaktadır. Birey hastaneye yattığı andan itibaren sağlık ekibi tarafından taburculuk hazırlıkları başlatılır. Hastalar evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdır (Coşkun ve Akbayrak 2001).

Hastalar ister tamamen, isterse kısmen iyileşerek taburcu edilsin evlerinde tedavi ve bakım, istirahat etme ve diyet gibi konularda sorunlarla karşılaşabilmekte ve bu sorunlar kaşısında birçoğu ne yapacağını bilememektedir. Bu durum hastaların daha ciddi sorunlar ile hastaneye başvurmalarına neden olabilmektedir (Tok 2006).

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması, teknolojinin gelişmesi ve hastane enfeksiyonu gibi komplikasyonların önlenmek istenmesi nedeniyle hastanede yatış süresinin giderek kısalması taburculuk planlamasını daha önemli hale getirmiştir. Hastaların evde tedavilerini uygulayabilmeleri, kendi bakımlarını desteklemeleri, özbakımlarını yapabilmeleri, komplikasyonlardan korunabilmeleri, gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde saptayabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile başedebilmeleri için iyi bir taburculuk planına gereksinimleri olmaktadır (Şenyuva ve Taşocak 2007, Yıldırım 2007, Paul 2008).

Planlı yapılacak etkin bir taburculuk eğitiminin hastaların hastanede kalış süresini kısalttığı, iyileşme sürecini olumlu etkilediği, gereksiz hastaneye yatışları ve

ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlediği literatürde belirtilmektedir (Akdoğan 2005).

Modern sağlık hizmetleri anlayışına göre de birey kendi sağlığını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol almalıdır. Hemşire bağımsız olarak gerçekleştirdiği eğitici rolü ile bireye sağlığını koruyacak, geliştirecek bilgi ve davranışı, gereksinimlere uygun planlı bir öğretimle kazandırabilir. Hasta eğitimi hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası, hasta hemşire etkileşiminin önemli bir bölümüdür (Brown 1994, Güler ve Taşkın 2001, Jaworski 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Sağlık hizmetlerini etkileyen bir başka faktör de ekonomik durumdur. Yeniliklerin gerektirdiği değişimler, ileri teknoloji kullanımı, nitelikli profesyonellerin hizmet verme gerekliliği, bakımda kaliteyi yükseltme çabaları, kanıta dayalı hemşireliğin zorunlu kıldığı araştırmalar gibi nedenler sağlık hizmetlerinin maliyetini giderek yükseltmektedir. Bu nedenler ve taburcu olan hastanın yeniden hastaneye yatmasını önlemek amacıyla, hemşirelerin sınırlı bir zaman dilimi içinde hasta ve ailesini evde verilecek bakıma hazırlamaları, onları eğitmeleri gerekmektedir (Avşar 2006).

Taburculuk planlaması sürecinde anahtar kişi konumunda olan hemşire; hastaya/hasta ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklar taşır. Ancak literatürde; hemşirelerin taburculuk planlamasındaki rollerini etkili olarak gerçekleştiremediklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin taburculuk planlamasındaki rollerini gerçekleştirmemelerinin nedenlerine ilişkin yapılmış çalışmalarda; hemşirelerin taburculuk planlamasına inanmamaları, taburculuk planlama sürecini iyi anlamamaları, iş yüklerinin fazla olması, taburculuk planlaması süreci ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması, taburculukların planlı bir şekilde yapılmaması, ekip iletişiminin yetersiz olması, taburculuk planlamasını uygulamak için uygun zamanın ve uygun fiziksel ortamın bulunmaması gibi nedenlerin

taburculuk planının geliştirilmesinde ve yerine getirilmesinde güçlülere neden olduğunu belirttikleri saptanmıştır (Yıldırım 2007).

Hemşireler hasta bireyin beklentilerini karşılayabilmek için onun ne beklediğini bilmelidirler. Literatür bilgileri, hastalar ve hemşirelerin algılamaları ve hedeflerinin birbiri ile tutarlı olmasının, hasta bireyin verilen bakımdan daha çok yarar görmesinde ve taburculuk sonrası tedaviye uyumunda önem taşıdığını göstermektedir (Algier, Abbasoğlu, Hakverdioğlu, Ökdem ve Göçer 2005).

Aksoy (2004) gününbirlik cerrahide hastanın hazırlığına ilişkin yayınladığı makalesinde hasta ve bakıma katkı verecek bireylerin eğitiminde gereksinimlerin belirlenmesi ile başarı arasındaki olumlu ilişkinin ve hemşire hasta arasındaki iletişimin önemini vurgulamaktadır.

Hastaların bilgi gereksinimlerinin, önceliklerinin, bunu etkileyen etkenlerin doğru belirlenmesi taburculuk eğitiminin doğru planlanmasına ve verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır (Çatal 2007).

Bu nedenle çalışmada, cerrahi girişim geçiren hastaların evde bakımlarına ilişkin ihtiyaçları olan bilgi gereksinimlerinin taburcu olmadan önce belirlenmesi amaç edinilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Tedavi

Sağlık dünya çapında ulaşılmak istenen ortak sosyal bir hedef, sağlıklı olma ve sağlıklı kalma her insanın en temel ve vazgeçilmez haklarından biridir (Tan 2006).

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumları ile karşılaşmaktadırlar (Akyolcu ve Yardakçı 2004).

Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatan bireye verilen sağlık hizmeti, tıbbi ve cerrahi uygulamaları içermektedir. Cerrahi; yaralanma, deformite ve hastalıkların el ve araç/gereçle yapılan girişimlerle tıbbi tanı (diagnostik), bakıp görme (eksploratif), tedavi (küratif) ve semptomları azaltma (palyatif) amacıyla acil ya da planlı olarak uygulanabilen tedavi yöntemidir (Erdil ve Elbaş 1999, Tan 2006, Çatal 2007).

Cerrahi girişim uygulanması gereken dört temel durum, tıkanıklık (obstrüksiyon), yırtılma/delinme (perforasyon), aşınma (erozyon) ve tümöre bağlı hastalıklar olabilir (Çatal 2007).

Önceleri hastalıkların tedavisinde oldukça düşük bir orana sahip olan, artık teknik bilgi ve becerinin gelişmesi, çeşitli bilim dallarının özellikle anesteziyolojinin hızlı bir gelişme göstermesi ve nitelikli bakım işlevleri sonucunda başarı oranı artan cerrahi girişimler tedavi seçeneği olarak kolaylıkla kabul edilebilir ve kullanılabilir hale gelmiştir (Güvenç 1993).

Bireyin sağlığını yeniden elde etmede farklı bir yaşam deneyimi olan cerrahi uygulamaların, gerek fizyolojik, gerekse psikolojik homeostazisin bozulduğu, kontrol altında tutulabilen bir travma durumunu beraberinde getirdiği açıkça gözlenmektedir (Kaya 1995, Dönmez 2006).

2.2. Cerrahi Hastasının Özellikleri

Hastalık ve hastaneye yatma bireylerin normal yaşam biçimlerinde değişiklikleri beraberinde getiren ve sağlığa karşı bir tehlike olarak algılanan olumsuz bir olaydır, özellikle de ani ve kritik hastalık durumları kişi ve ailesinin stres yaşamasına neden olmaktadır. Yatışın ani olması, fizyolojik durum, yaşamı tehdit eden durumlar, aile ve yakınlarından ayrılma, günlük aktivite ve rol biçimlerinin engellenmesi stres oluşumu için hazırlayıcı faktörlerdir (Kaya 1995, Toksal 2005, Aras 2006).

Hastaneye yatma gibi olumsuz bir deneyimin yanı sıra ameliyat olma, pek çok fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunun eşlik ettiği; hastanın temel gereksinimlerinin karşılanmasında bir başkasına gereksinim duyduğu geçici bir dönemi kapsar ve bireyin içinde yaşadığı yoğun duyguların maksimum düzeye erişmesinde en önemli etkidir (Yıldız 1994, Kaya 1995).

Cerrahi girişim büyük ya da küçük acil ya da planlanmış olsun hastayı stres altında bırakır. Bu stres yıllar boyunca gelişmiş olan başa çıkma mekanizmalarını zorlamaktadır. Emosyonel açıdan güçlü olan bir birey için bile cerrahi; acı-ağrı, güç kaybı veya ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir yaşamsal streştir (Dönmez 2006, Tan 2006, Ertuğrul 2007).

Çullu (2007) cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında; hastaların cerrahi girişim öncesinde % 91,5'inin ruhsal yönden endişe yasarken bu oranın girişim sonrasında % 79,7'ye düştüğünü saptamıştır. Girişim öncesinde hastaların, ölüm, kanser olma, terk edilme korkusu ve vücut bütünlüğünde bozulmaya bağlı endişe yaşadıkları, girişim sonrasında ise kanser olma korkusu, terk edilme korkusu, yalnızlık, ağrı, hastalığın tekrarlama korkusu, beden bütünlüğünde bozulma, cerrahi girişimin başarısız olduğunu düşünme, aileye karşı sorumluluklarını yerine getirememe, cerrahi girişim sonrası duruma uyumda zorluk nedenleriyle endişe yaşadıkları sonucuna varmıştır.

Cerrahi girişimin uyarıcı olarak başlattığı stres, organizmada çeşitli nörokimyasal değişimlere neden olan, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin ortaya

çıkmasına yol açar (Aksoy, Kanan ve Akyolcu 1992, Erdil ve Elbaş 1999, Kayhan 2003, Çiftçi 2006, Tan 2006, Çatal 2007).

Cerrahi travma sonucu ortaya çıkan belli bir düzeydeki stres tepkisi, bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu nedenle strese yanıt, cerrahi hastalarında istenen bir mekanizma olmakla birlikte, stresörler veya strese yanıt aşırı olursa ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski artabilmektedir. Stres tepkisi bedende enfeksiyona direnci düşürür; vasküler sistemi, organ fonksiyonlarını, beden imajını ve yaşam tarzını etkiler yani bireyin bedenindeki homeostatik dengelerini bozar. Bireyler ameliyat sonrası taburcu edildiklerinde bozulmuş homeostatik dengeleri henüz tam olarak eski haline dönmemiştir. Ameliyat sonrası bireyin homeostatik dengelerindeki olgunlaşma süreci hastanın doğal çevresinde/evinde devam eder (Yılmaz 2002, Kayhan 2003, Çiftçi 2006, Çatal 2007).

Yukarıda sayılan tüm sorunlar hastanın hastanede kalış süresini uzatır, ek tanı ve tedavi işlemlerine maruz kalmasına neden olur, mortaliteyi artırır, taburcu olduktan sonra görülmeleri durumunda ise hastaların tekrar hastaneye dönmesine, yeniden tanı ve tedavi işlemlerine maruz kalmasına neden olur (Tok 2006).

Hastaların hastaneye tekrar yatışlarında hastalık tablosu ilkinde oranla daha karmaşık yapıya dönebilmektedir. Tekrarlı olarak hastaneye yatma deneyimi yaşayan hastalar sağlığını, bağımsızlığını ve yaşamı üzerinde kontrol gücünü kaybetme duygusunu yoğun olarak yaşamaktadır. Bu durum birey ve ailesinin daha fazla stres, kriz, depresyon, panik duyguları yaşamasına, tanı işlemlerinin, tedavinin tekrarına ve yatak işgaline neden olmaktadır (Tel ve Akdemir1998, Tok 2006).

Ameliyat olacak hastanın, kendi içinde yaşadığı yoğun çatışmalar, gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı bir ameliyat öncesi bakımla en aza indirilebilir. Hastaneye yatan ve cerrahi girişim geçiren hastaların yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümleyebilmesi için normal bir yetişkinden daha fazla bilgiye, desteklenmeye, kabullenilmeye

anlaşılmaya ve açıklamaya gereksinimi vardır. Cerrahi hemşiresinin temel amaçları ameliyat öncesi hazırlıklar yoluyla hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan homeostazisini sürdürmede ve olumsuz durumlar ile baş etmede hastaya yardımcı olmak, hasta için gittikçe artan bir bağımsızlık, daha fazla özgüven ve iyi beden sağlığına ulaştırmaktır (Kamber 1989, Kaya 1995, Toksal 2005, Çatal 2007).

Güler ve Taşkın'ın (2001) histerektomi ameliyatı olan kadın hastalarda yaptığı çalışmada; öğretim yapılmayan kadınların %63,6'sının ameliyat sonrası dönemde dikişlerin açılacağı korkusunu yaşadığını belirtirken, deney grubundan hiçbir kadının bu korkuyu ifade etmemesi, bilgilenmenin bireyin anksiyetesini azaltabileceği, korkularını giderebileceği, ameliyat sonrası ve iyileşme sürecinde daha az sorun yaşadıkları ve ortaya çıkan sorunla başetme gücünü artırabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Hasta gereksinimlerinin karşılanamadığı bir hazırlık dönemi ve planlı yapılmayan eğitim, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemle ilgili olarak hastayı olumsuz etkileyecek ve kurumun bakım kalitesini düşürecektir. Hastaların ameliyata ilişkin daha fazla anksiyete ve korku yaşamasına neden olacaktır. Hastaların kendilerini psikolojik olarak bağımlı hissetmesine, günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesine, ayağa kalkma zamanının ve iyileşme sürecinin gecikmesine, hastanede kalma süresinin uzamasına ve dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinin maliyetinin artmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına yol açacaktır (Çatal 2007).

Yılmaz (2006) çalışmasında hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerinin karşılanması amacıyla yapılan planlı taburculuk eğitiminin, ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı girişimlerinin bakım verenlerin memnuniyetini artırdığı sonucunu elde etmiştir.

Sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazanılması, kaliteli bir yaşam sağlanarak geliştirilmesi, vücut fonksiyonlarının maksimum düzeye çıkarılması, ağrının giderilmesi, görünümün düzeltilmesinde cerrahi girişimin teknik bilgi ve beceriye bağlı başarısının yanı sıra ameliyat öncesi ve sonrası hasta ve ailesinin etkili olarak

ele alınarak, yeterli, planlı ve doğru bir bakım ve eğitim verilmesiyle mümkündür. Özellikle hastaların ameliyat öncesi ve sonrası birçok bakım gereksinimi hasta ve ailesi tarafından yerine getirildiğinden, bu gereksinimlerin karşılanmasında hasta ve ailesinin eğitimi cerrahi uygulamasının ayrılmaz bir parçasıdır (Şenses 1997, Karadağ 1999, Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Bunun için; preoperatif dönemde bireylerin/ailelerin öğrenme gereksinimleri değerlendirildikten sonra bireye/aileye özel eğitim planı düzenlenmelidir (Aytur 2001).

2.3. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Her ne amaçla yapılsa yapılsın tüm cerrahi girişimler gerekli önlemler alınmasına rağmen belli bir risk taşır. Cerrahi risk, ameliyattan kaynaklanacak olan hasta olma ya da ölüm ihtimalidir ve tüm perioperatif dönemi kapsamaktadır. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak en iyi duruma getirilmesi için hazırlanması önem kazanır (Çatal 2007).

Ameliyat öncesi dönem cerrahi işleme karar verilmesi ile başlayan ve hasta ameliyathaneye alınmaya kadar devam eden, tüm sağlık ekibinin bireyin ameliyata hazırlanmasına katıldığı, aralarında birçok ilişki ve düşünce alışverişinin bulunduğu bireyin bilgilendirildiği, sorularının yanıtladığı ve ameliyat için hazırlandığı önemli bir süreçtir. Bu aşamada yapılan eylemler daha sonraki iki aşamanın seyrini belirler (Aytur 2001, Çetin 2004, Çullu 2007).

Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı; hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabileceği en iyi durumda ameliyat uygulaması ile karşılaşmasını sağlamak, cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerinin erken saptanması ve komplikasyon gelişmesini engelleyerek kısa sürede bulunduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktır (Şenses 1997, Çakırcalı 2000, Sabuncu ve Ay 2009).

Bu dönemdeki hazırlık ve bakım hastanın fizyolojik, psikolojik yasal hazırlığını ve ameliyat öncesi eğitimini kapsar (Şenses 1997, Gürsoy 2001, Aydoğan 2005, Çatal 2007, Ulusan 2008, Yaman 2008).

2.3.1. Fizyolojik Hazırlık

Hastanın kliniğe yatırılmasından ameliyattan önceki geceye kadar olan hazırlığında tüm sistemlere yönelik değerlendirmeler yapılarak hastanın genel sağlık durumu belirlenir. Hastanın ameliyat riskini en aza indirmek amacıyla; kilolu ise zayıflatılması, sigara kullanıyorsa bırakılması, kan transfüzyonu için gerekli kanın temin edilmesi, kullandığı bazı ilaçların kesilmesi, vücudunda diş çürüğü, idrar yolu enfeksiyonu, ciltte enfekte yaralar veya başka herhangi bir enfeksiyon odağı varsa bunların tedavisinin yapılması gerekmektedir (Aydoğan 2005, Ulusan 2008).

Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı; antimikrobiyal sabunla cildin temizliği, vücuttaki kılların klinik protokollerine göre traş edilmesi, gastrointestinal sistem ve anestezi hazırlığı, istirahat ve uykunun sağlanmasıdır. Eğer ameliyat öncesi sabah hastaneye gelecekse ameliyat kararı verildikten sonra evde gece hazırlığı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (Aytur 2001, Kayhan 2003, Ulusan 2008, Yaman 2008).

Hastanın ameliyat günü hazırlığında ise hemşire; hastanın yaşam bulgularını alır ve kayıt eder. Cilt hazırlığını kontrol eder, hastaya tüm kişisel eşyalarını (saat, yüzük, takma diş, gözlük, vb.) çıkarmasını söyler, bayan hastaların tırnaklarında oje varsa silinmesini sağlar, hastanın ameliyat gömleğini giymesine yardımcı olur ve doktor istemine göre premedikasyonu uygular (Demirdüğen 1999, Ulusan 2008, Yaman 2008).

2.3.2. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat olacak hastaların preoperatif dönemdeki psikolojik durumları ameliyat sonrası sonuçları etkilemektedir. Geçireceği operasyonla ilgili karamsar duygu durumu olan hastalarda postoperatif sonuçlar olumsuz olmakta ve komplikasyonlar daha sık görülmektedir (Erdil ve Erbaş 1999, Ulusan 2008).

Ameliyat olacak hastalar gerginlik, bağımlılık, korku, çaresizlik, öfke duygularının yanı sıra çeşitli derecelerde anksiyete yasarlar. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda anksiyeteye neden olan ortak korkular vardır. Bunlar; ağrı ve rahatsızlık korkusu, bilinmeyen korkusu, ölüm korkusu, sakat kalma korkusu, anestezi korkusu yaşam aktivitelerinde kısıtlanma korkusudur (Erdil ve Erbaş 1999, Lewis, Heitkemper and Dirksen 2004, Uluşan 2008).

Endişe ve stresi azaltmak için ameliyat, yapılacak işlemler ve hastanın yaşayabileceği sıkıntılar hakkında, hasta ve ailesini korkutmadan kısaca ve basit bir dille bilgi verilmelidir. Ancak ameliyatın nasıl yapılacağı ve ne yapılacağı hakkında bilgi verme sorumluluğu, işlemi yapan hekime aittir (Ay ve ark 2007).

Ameliyatı yapacak cerrah, ameliyatın gerekliliğine karar vererek, hastayı bilgilendirmeli ve ameliyatın gerekliliğini hastaya anlatmalıdır (Aksoy ve ark 1992, Şenses 1997).

Hastanın ameliyatını yapan hekim tarafından hasta haklarına göre bilgilendirilmesi aşağıdaki noktaları kapsar (Sabuncu ve ark 2008);

- Ameliyat yapılacak girişimin türü ve boyutu
- Ameliyat tekniği
- Komplikasyonları
- Ameliyat zamanı
- Pre ve post-operatif uygulamaları
- Hastanın sorularının yanıtlanması

Hastanın psikolojik hazırlığı; ameliyatın yarattığı bilinmezlik korkusunun giderilmesi açısından hastanın duygularının ifade edilmesine fırsat tanınması gibi girişimleri kapsar (Demirdüğen 1999, Aydoğın 2005). Böylelikle bilinmeyene karşı yaşanan endişe azaltılabilecek sağlık ekibine karşı olan güven duygusu desteklenecektir (Şenses 1997).

Bu nedenle, hasta ve yakınlarının soruları cevaplanmalı, soru sorması, korkularını ifade etmesi konusunda desteklenmelidir. Hasta ve yakınlarının anlayabileceği bir dille iletişim kurmak çok önemlidir. Anlaşılmayan kelimelere, hasta tarafından farklı anlamlar yüklenebilir ve hastanın endişeleri artabilir (Ay ve ark 2007).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık:

- Anksiyeteyi gidermeye,
- Ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına,
- Ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine,
- Strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (Erdil ve Elbaş 1999)

2.3.3. Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak tüm hastalar hekimleri tarafından uygulanacak ameliyatın kapsamı, yararları, potansiyel riskleri, söz konusu yöntem seçeneği oluşturabilecek diğer yöntemler ve onların yapısal ve sonuçsal özellikleri konusunda bilgilendirilerek aydınlatılmış onam alınmalıdır (Demirdüğen 1999, Aytur 2001, Yaban 2006, Ulusan 2008). Bu konuda hemşirenin sorumluluğu, hastadan ameliyata izin veren bu bilgilendirilmiş onamın alınmış olmasını sağlamak, hastanın sormak istediği ve kuşku olduğu konuları belirleyerek hekime bildirmek ve hemşirelik notlarına kaydetmektir (Demirdüğen 1999).

Erişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izinlerini imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri, aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır. Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir (Erdil ve Elbaş 1999).

Hastanın yazılı olarak ameliyat izninin alınması yasal hazırlık kapsamında hasta ve sağlık personeli açısından güvence sağlar (Erdil ve Elbaş 1999, Aydoğan 2005, Yaban 2006).

2.3.4. Ameliyat Öncesi Eğitim

Cerrahi hastalarının preoperatif dönemde bilgi gereksinimlerini gidermek için eğitime ihtiyaçları vardır (Suhonen and Leino Kilpi 2006). Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif katılarak sorun gelişmeksizin kısa sürede iyileşmesi ve ameliyat sonrası seyri etkilemesi açısından önemlidir (Aydoğan 2005, Çalık 2007). Bu eğitim mümkünse ameliyattan 48- 72 saat önce başlatılmalıdır (Çalık 2007).

Planlanmış ameliyatlarda ameliyat öncesi eğitim içerik olarak hastaneye kabul öncesi dönemde başlatılan ve taburculuğa kadar devam eden bir eğitim programını kapsamaktadır (Uluslan 2008).

Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için ameliyat öncesinde hastaya anksiyetesini artırmayacak şekilde hastalığının ne olduğu, ameliyatta ne yapılacağı, ameliyatın süresi, ameliyatı yapacak ekip, uygulanacak anestezi, dren, sonda, tüp vb. olup olmayacağı, ameliyat sonrası derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolü ve katkısının ne olacağının açıklanmasında yarar vardır. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (Aytur 2001, Kayhan 2003, Ertuğrul 2007, Çatal 2007).

Yapılan araştırmalar, ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanıp, yeterli bilgi verilen hastaların, yeterli bilgi verilmeyen hastalara göre daha kısa sürede iyileştiklerini ve hastaneden daha çabuk taburcu olduklarını göstermiştir. Hemşirenin öğretme işlevi her hasta için farklılık gösterebilir, bununla beraber hemşire hasta öğretiminde temel öğretim ilkelerini esas almalıdır (Erdil ve Elbaş 1999).

Hasta eğitiminde uyulması gereken ilkeler şunlardır (Erdil ve Elbaş 1999, Sabuncu ve Ay 2009):

- Hastanın ve yakınının anlayabileceği dille açıklama yapılmalıdır.
- Hastaya soru sorması ve soruları cevaplamak için yeterli zaman ayrılmalıdır.

- Eğitim yaparak ya da yaptırılarak öğretilmelidir. Mükün ise görsel/işitsel araçlar kullanılmalı, bilgilendirme broşürü verilmelidir.
- Eğitim süresi uzun olmamalıdır. Eğitim kısa sürelerle ve sık aralıklarla yapılmalıdır.
- Eğitim için en uygun zaman seçilmelidir. Genellikle en uygun zaman ameliyattan bir gün önce, öğleden sonradır.
- Cerrahın, hastaya ne kadar açıklama yaptığı öğrenilerek, hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalı.
- Gerektiğinden fazla bilgi verilmesi hastada anksiyete yaratabileceğinden, hastayla iyi bir görüşme yapılarak ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmeli ve bu doğrultuda açıklama yapılmalıdır.

2.4. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası (intraoperatif) bakımda;

- Hastanın ameliyathaneye kabulü,
 - Ameliyat bölgesinin temizliği,
 - Pozisyon ve anestetik ilaç verilmesi,
 - Ameliyathanenin uygun şartlarda olması,
 - Ameliyat sonrası nakil önemli yer tutmaktadır
- (Yaban 2006, Sabuncu ve ark 2008)

2.5. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden çıkması ile başlar ve taburculuğa kadar olan süreyi kapsar (Çetin 2004).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların bakımları ile ilgili konularda karar almalarını sağlamak ve kendi sağlıklarını yönetmelerine yardımcı olmak için hastaların bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (Yaman 2008).

Cerrahi girişim uygulamalarında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde sunulan hemşirelik bakımının temel amacı; hastanın alışageldiği yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi ve gelişebilecek komplikasyonların erken belirlenmesi ve önlem alınması için sistemli-planlı takip ve gözlem yapmaktır. Bu bağlamda; oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik rahatlatıcı tedbirler alınmalı, sorunlar erken dönemde farkedilmeli ve birey mümkün olan en kısa zamanda biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardım edilmelidir. Ameliyat sonrası hasta bakımı; ağrı yönetimini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, enfeksiyon kontrolünü, yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli boşaltımı, hareket ve egzersizleri başlatmayı ve yeni yaşam biçimine uyumu kapsamalıdır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Bir ameliyatı takiben evde iyileşmeyi kolaylaştırmak için taburculuk bilgisi vermek en yaygın hemşirelik girişimlerinden birisidir. Modern sağlık hizmeti anlayışı, bireylerin kendi sağlıklarını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol almalarını gerektirmektedir. Bu nedenle taburcu olan hastaların evde bakımlarını doğru uygulayabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için, hastaneye kabul edildiği andan itibaren hastalara planlı sağlık eğitimi verilmeli, taburculuk eğitim programları ile desteklenmeli ve evde bakıma hazırlanmalıdır. Bu aşamada hemşirenin rolü; hastanın hastaneye tekrar yatırılmasının önlenmesine, öz bakım gücünün artırılmasına, bağımsızlığını kazanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi aktarmaktır (Özcan 2008, Ulusan 2008).

2.6. Taburculuk Planlaması Süreci

Bilgi gereksinimleri, hastaların hastaneden taburcu olmadan önce önemli olarak algıladıkları bilgiler olarak tanımlanmaktadır (Rich-vanderBij 1999). Hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdır (Aydoğan 2005, Çatal 2007). Bu şekilde hastalar, evde kendi sağlık yönetimlerini başarıyla gerçekleştirir, hastalığın getirdiği yetersizliklerle baş edebilir, ve daha sonraki yaşamlarını komplikasyonsuz, üretken ve mutlu bir şekilde sürdürebilir (Aydoğan 2005, Maloney and Weiss 2008). Bunu kolaylaştırmak için

hastaların taburculuk öncesi bakımlarına katılması önemlidir (Suhonen and Leino-Kilpi 2006).

Sağlık hizmeti uygulamalarına 1960'lı yıllarda girmiş olan taburculuk planlaması; bireyi ve ailesini hastaneden ayrılabilmesi ve bakımını evde devam ettirebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hazırlayan bir süreçtir (Karadağ 1999, Aytur 2001, Nargiz 2005, Yılmaz 2006, Yıldırım 2007, Yaman 2008, İnanç ve ark 1994).

Amerikan Hemşireler Birliği ise 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 (Yıldırım 2007, Çavuş 2008).

Ancak yapılan bir çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun taburculuk planlamasını yanlış tanımladıkları ya da tanımlayamadıkları saptanmıştır. Bu sonuç, hemşirelerin büyük çoğunluğunun bu konuda eğitim almamış olmasına, sürecin hemşirelerin çalıştıkları klinikte kullanılmamasına ya da kurumun politikaları arasında yer almamasına bağlı olabilir (Yıldırım 2007).

Taylor, LeMone, Lillis and Lynn (2008) ölümcül hastalık ya da kronik hastalık tanısı konan, sosyal izolasyonu olan, büyük bir ameliyat geçirmiş ya da ameliyat ve hastalık sonrası iyileşme göstermeyen, tedavi planı hakkında bilgi eksikliği olan bütün hastaların taburculuk planına ihtiyacı olduğunu belirtir.

Taburculuk planlamasının amacı;

- Genelde hastane merkezli düzenlenen bakımın sürekliliğini sağlamak için taburculuktan sonra sürekli bir araya gelen hasta ve ailesine evde devam edilecek bakım ve işlemleri öğretmek,
- Hastanın evde bakımı sırasında yaşayacağı korku ve endişeleri gidermek,
- Evde hasta ve ailesi tarafından devam ettirilecek bakım ve tedavinin eksiksiz sürdürülmesini sağlamak ve hastanın hastalığı üzerindeki denetimini artırmak,

- Gerektiğinde sağlık ekibinden yardım almalarını kolaylaştırmak,
- İyileşme sürecini hızlandırmak,
- Normal yaşama en kısa sürede geçişi sağlamaktır

(Ay ve ark 2007, Çavuş 2008, Özcan 2008, Taylor et al 2008)

Taburculuk planlaması, hastanın bütün gereksinimlerini karşılayacak gerekli planlamaların en iyi şekilde ve eksiksiz yapılabilmesi için hasta kabul süreci ile birlikte hastaneye yatışta ya da öncesinde başlayıp hastanın tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer (Coşkun ve Akbayrak 2001, Nargiz 2005, Yaban 2006, Ay ve ark 2007, Yıldırım 2007, Taylor et al 2008, İnanç ve ark 1994).

Yıldırım'ın (2007) cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle yaptığı araştırmasında, hemşirelerin taburculuk eğitimini çoğunlukla hastanın taburcu olacağı gün verdikleri sonucunu elde etmiştir.

Literatürde verilen bilgilerin unutulmaması, hastanın soru sorma fırsatı bulabilmesi, kullanacağı araç gereçle ilgili deneyim kazanabilmesi ve eğitimin etkili olabilmesi için hastaneye yatışla birlikte başlatılması, bilgilerin tekrar edilmesi, hastaya kullanacağı araç-gereci kullanmayı ve uygulamayı deneme fırsatının verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu sonuç hemşirelerin bu konu ile ilgili bilgi eksikliğine bağlı olabilir (Yıldırım 2007).

Alpar, Karabacak ve Gülseven (1997) ise taburculuk sürecinin ne zaman başlatıldığı konusunda ölkemizdeki mevcut tutumun literatürle paralellik göstermemesinin geliştirilmiş prosedür olmamasından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

London'a göre (2004) taburculuk planlama sürecinde hasta ve aile eğitiminin dört bileşeni vardır. "Odaklanma, her fırsatta eğitim, bireyselleştirilmiş eğitim ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle birlikte işbirlikçi eğitim" bu dört temel bileşeni oluşturur Evde bakım becerilerine yönelik eğitim bir süreç gerektirir. Bu nedenle eğitimler taburculuk planlama sürecinin erken döneminde başlatılmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) tarafından 1995 yılında sağlık kuruluşlarına yönelik olarak hazırlanan standartlar incelendiğinde “Sağlık kuruluşları taburcu olacak bireye/aileye bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli olan eğitimi verir” ifadesi taburculuk planlamasına verilen önemi ortaya koymaktadır. JCAHO' ya göre taburculuk eğitimi bütün hastalar için şart ve gereklidir (Mamon et al 1992). Bu eğitim standartlarına göre sağlık kuruluşları aşağıda yer alan sorumlulukları üstlenir (Akçin 2000, Clark et al 2005, Yıldırım 2007, Yaman 2008):

- Hastanın kültürü, dili ve eğitim düzeyi, dini tercihleri, motivasyonu, sosyoekonomik durumu, fiziksel ve bilişsel sınırlılıklarını göz önünde bulundurarak bilgi gereksinimi, öğrenme öncelikleri ve hazır oluşluk düzeyini değerlendirir ve
 - Hasta ve ailesine ilaç tedavisi ve yardımcı araç- gereçlerin kullanımı konusunda eğitim verir.
 - Hasta ve ailesine beslenme, diyet ve ilaç- besin etkileşimi konusunda danışmanlık yapar.
 - Hasta ve ailesine iyileşme ve fonksiyonlarını geliştirmeye yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazandırır.
 - Hasta ve ailesine öz-bakım ve hijyen konusunda eğitim verir.
 - Hasta ve ailesine bakımın devamlılığını sağlamak için taburcu olmadan önce ilgili kuruluşlar hakkında bilgi verir.
- Hasta eğitiminin interaktif olmasını sağlar.
- Hasta ve ailesinin eğitim sürecinin her aşamasına katılmasını sağlar.
- Hasta ve ailesinin eğitiminde, disiplinler arası işbirliğini sağlar.

Taburculuk planlamasının potansiyel yararı, sağlık hizmetleri sağlayıcısı ile hasta arasında devam eden bir ilişki oluşmasını desteklemektir. Bu ilişki hastanın bütün öyküsünün hizmet sağlayıcı tarafından bilinmesini sağlar. Böylece sağlık hizmetleri sağlayıcısı hastayı tüm yönleriyle birey olarak görebilecek ve bütüncül yaklaşımın gereklerini yerine getirecek, hastaların bakımdan memnuniyetlerinin artmasına neden olacaktır. Ayrıca hasta bireyin taburculuk sonrası kendi bakım aktivitelerini üstlenerek, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini sağladığı için hastanede kalış süresini önemli ölçüde azaltır, sık hastaneye yatışı engeller, hastanın

daha sonra evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşması sağlayarak aile ve ülke ekonomisine olumlu katkısı olabilir (Jacobs 2000, Çiftçi 2006, Suhonen and Leino Kilpi 2006, Ay ve ark 2007, Maloney and Weiss 2008).

Yılmaz (2002) çalışmasında hastalara ameliyat öncesi uygulanan planlı öğretimin ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna etkisini incelemiş, öğretim uygulanan hastalarda (%25,0), uygulanmayanlara (%52,5) göre daha az komplikasyon geliştiğini saptamıştır.

Huang ve Liang' ın (2005) kalça fraktürü olan 126 yaşlıya yönelik etkili taburculuk planlama girişimini değerlendirdikleri çalışmada etkili taburculuk girişimlerinin hastanede kalış gününü kısalttığı belirlenmiştir.

Naylor ve ark. (1999) çalışmalarında, hemşireler tarafından uygulanan taburculuk eğitiminin ve evde takibi içeren bakım programlarının hastaların hastanede kalma sürelerini ve hastaneye yeniden yatışlarını azalttığını bulmuştur.

Bireyin değişen durumuna ilişkin bilgi eksikliği belirsizlik durumunu artırabilir, belirsizliğin daha çok algılanması ise bireyin evde bakımının daha stresli algılanmasına yol açabilir ve uyumunu zorlaştırabilir. Bu nedenle, taburculuk eğitimi hastanın gereksindiği bilgiyi kapsamalıdır. Böylece karşılanan bu gereksinim ile bireyin belirsizlik düzeyi azalabilir ve hastalığı ile birlikte yaşamasını, evde bakımına katılımını ve uyumunu olumlu olarak etkileyebilir (Öz 2001).

2.7. Taburculuk Planlamasında Eğitim Konuları

Sağlık eğitimi hastaların kendi bakımları ve sağlık sorunları ile başa çıkmaları için gerekli bilgi ve beceriyi kazanmalarını sağlar (Oerman, Haris and Dammeyer 2001). Taburculuk planlamasında eğitim beş grupta özetlenebilir (Ay ve ark 2007);

Psikososyal destek, hastanın anksiyetesinin azaltılmasını, sorularının yanıtlanmasını, yeniden güveninin kazanılmasını sağlayan girişimler bu grupta toplanmaktadır.

İşlemlerle ilgili bilgiler, bunlar birey servise alındığı andan itibaren taburcu oluncaya kadar yapılacak tüm işlemleri kapsamalıdır.

Beceri öğretimi, hastanın yapması istenilen derin solunum, öksürme ve bacak egzersizleri, öksürürken insizyon bölgesinin desteklenmesi, yatakta dönme, insülin uygulaması gibi aktivitelerin öğretimini içermektedir.

Hastanın yaşayabileceği rahatsızlıklara ilişkin bilgiler ise, hastanın yapılan işlemler sırasında neler hissedeceği, yaşayabileceği sorunlar ya da olası komplikasyonları içermelidir.

Hastanın sorumluluğunu açıklayan bilgiler ise, hastanın yapılan işlemlerin öncesi ve sonrasında yapması ve yapmaması gereken uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir.

Mamon ve ark. (1992) ise hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını sürdürmek için gerekli olan bilgileri üç kategoriye ayırmıştır.

- Tedavi ihtiyaçları ile ilgili bilgiler
- Aktivite ihtiyaçları ile ilgili bilgiler
- Kendi bakımını sağlayacak diğer ihtiyaçları

Bir başka başarılı taburculuk planlama sürecinin çatısını “yapı”, “süreç” ve “sonuç”dan oluşan bir model olarak McKeeham ve Coulton tanımlamıştır (Huang and Liang 2005).

- **Yapı,** yazılı bilgi ve ekiple yapılandırılmış etkileşimden oluşur.
- **Süreç,** kabulden 24–48 saat sonra hasta ve ailesinin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlayan, yatış süresince eğitim, danışmanlık, koordinasyon, değerlendirme girişimlerinin düzenli ziyaretlerle organize edildiği, izlem programının belirlendiği bir aşamadır.
- **Sonuç,** hastanede kalış süresinin ve yeniden yatış sayısının azaldığı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükselmesiyle taburculuk planlama programının sona erdirildiği aşamadır.

Taburculuk planının etkinliği hasta sonuç göstergeleriyle değerlendirilir. Hastanede yatış süresi, plansız tekrarlı yatış hızı, bakım evine gitme hızı, hasta

memnuniyeti gibi konular taburculuk planının etkinlik göstergeleridir (Aydoğan 2005).

Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak kendilerine güvenlerinin arttığı, hastaneye veya polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı, bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Nargiz 2005, Ercan 2006, Yaban 2006, Özcan 2008).

Yaman'ın (2008) araştırmasında, hastaların taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla hastaneye başvurma durumlarına bakıldığında; kontrol grubundaki hastaların daha yüksek oranda hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Bu nedenle hastalara verilen taburculuk eğitiminin, deney grubundaki hastaların hastaneye başvurma durumlarının daha düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Kayhan'ın (2003) çalışmasında hastaların eğitim düzeylerinin hastanede kalış süresine etkisine bakıldığında; okuryazar olmayan hastaların hastanede kalış süresinin diğer gruplardan daha uzun olduğu görülmüştür. Okuryazar olmayan hastalar postoperatif dönemde bakıma katılımda zorlanmakta ve yapmaları gerekenleri öğrenmede güçlük çekmektedirler. Bunun sonucunda da taburcu olma süreçleri uzamakta ve dolayısı ile hastanede kalış sürelerinin uzamış olabileceği düşünülmektedir.

Taburculuk planlaması hastanın varolan ve gelecekteki gereksinimlerini yeterli ve kapsamlı olarak tanılamayı, uygun kararlar vermeyi ve izlem hizmetlerini koordine etmeyi gerektiren çok basamaklı bir girişimdir. Hastanın ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesini, belirlenen gereksinimleri karşılamak için gerekli kaynaklara ulaşılmasını ve uygulanan bakımın kalitesinin değerlendirilmesini kapsar (Yılmaz 2006, Yıldırım 2007).

2.8. Taburculuk Planlamasının Aşamaları

Taburculuk planlaması, hastaların hastaneden eve geçişlerinde yardımcı olan hemşirelik bakımının önemli bir bileşenidir (Jickling and Graydon 1997).

Taburculuk planlamada hemşirelik sürecinin uygulanması etkinlik sağlamaktadır. Hemşirelik süreci bireyin girişim gerektiren sorunlarını tanımlama, sorunları azaltmak veya değiştirmek için plan geliştirme, uygun girişimlerde bulunma ve girişimleri değerlendirmeden oluşur. Eğer bu basamaklardan herhangi birisi doğru uygulanmaz veya atlanırsa taburculuk aşamasında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir (Yılmaz 2006).

Taburculuk planlaması süreci; hasta ve ailesini hastane bakımından evdeki bakıma hazırlayan bir süreçtir ve hemşirelik sürecine paralel olarak giden veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını kapsar (Nargiz 2005, Ercan 2006, Yılmaz 2006, Yıldırım 2007, Yaman 2008).

2.8.1. Veri Toplama

Veri toplama, hasta ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve hastanın hastanede yattığı süre boyunca devam eder. Veriler; Bireyin/Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal kültürel, gelişimsel, spirutual gereksinimleri konusunda hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, sağlık ekibinin diğer üyeleri, tıbbi kayıtlar, laboratuvar test sonuçları vb. kaynaklardan, hasta ve ailesi ile yüz yüze görüşme, dinleme, gözlem, soru cevap şeklinde bilgi edinme ve fizik muayene gibi yöntemlerle toplanabilir (Bayat 2005, Avşar 2006, Yıldırım 2007).

Avşar (2006) klinik hemşireleriyle yaptığı çalışmasında klinik hemşirelerinin yarısından fazlasının hasta eğitimi için hasta ailesinden/yakınlarından (%54), kayıt ve kaynaklardan (%61.9) ve sağlık ekibi üyelerinden (%54.5) veri toplamadığını saptamıştır. Bu durum klinik hemşirelerinin yarısından fazlasının hasta eğitimi için hazırlık yapmadıklarını düşündürmektedir. Hasta eğitiminde öğrenme gereksiniminin belirlenip istendik davranış değişikliğinin gerçekleşmesi, öğretme öğrenme sürecini

etkileyen her faktör hakkında gerekli bilgilerin sürekli ve sistematik bir şekilde toplanmasına bağlıdır. Bu nedenle hasta eğitiminde veri toplama aşaması önemlidir.

Hasta ve ailesiyle ilgili toplanacak bilgiler;

- Hastanın adı, yası, cinsiyeti, kilosunu, mesleği, medeni durumu, eğitim durumu, zihinsel kapasitesi, iletişim yeteneği,
- Stresle başatma şekli, sosyal yaşamı, boş vakitlerini değerlendirme şekli,
- Taburculuk aşamasındaki işlevsellik düzeyi ve bakım gereksinimleri, tedavisi ile ilgili uyguladığı diyeti,
- Kültürel uygulamaları,
- Kendi kendine evde bakım kapasitesi ve evde kimlerle yaşadığı, gerekli olduğunda hastaya bakım verecek kişilerin bulunma durumu ve özellikleri (hastayla birlikte mi oturuyor, eğitim düzeyi, evde bakım deneyimleri vs.),
- Aile yapısı, aile içi iletişim ve destek durumudur (Yıldırım 2007, Yaman 2008, İnanç ve ark 1994).

Hastanın sağlık durumuyla ilgili toplanacak bilgiler;

- Hastanın hastaneye başvuru nedeni ve mevcut hastalığı,
- Hastanın geçirdiği hastalıklar ve cerrahi girişimler,
- Hastanın daha önce kullandığı ilaçlar ve kronik hastalığının bulunma durumu,
- Daha önce hastaneye yatma deneyimi ve bunun hasta için anlamı,
- İşitme, görme, tekerlekli sandalye kullanma gibi sınırlılıkları,
- Hastanın tedavi planı öğrenilir (Yıldırım 2007, Yaman 2008, İnanç ve ark 1994).

Çevreyle ilgili toplanacak bilgiler;

- Evde hastanın fonksiyonlarını etkileyebilecek dar merdiven gibi yapısal engellerin bulunma durumunun, evin ısınmasının, aydınlanmasının, mobilyaların, tuvalet ve banyonun yeri gibi fiziksel özelliklerinin incelenmesi gerekir (Yıldırım 2007, Yaman 2008, İnanç ve ark 1994).

Mali/destek hizmetlerle ilgili toplanacak bilgiler;

- Hastanın mali durumunun yeni tedavi ve bakım uygulamaları için yeterliliği,
- Taburculuk sonrası yararlanacağı profesyonel, sosyal ya da mali destek sistemleri hakkındaki bilgi düzeyi,
- Yaşam biçiminde meydana gelen değişimlere uyum sağlamada destek alacağı aile bireylerinin bulunma durumu,
- Hasta yalnız yaşıyorsa ya da evi yoksa yardım alabileceği destek kuruluşları belirlenir (Yıldırım 2007, Yaman 2008, İnanç ve ark 1994).

Hasta, yakınları ve diğer disiplinlerden bu bilgiler toplandıktan sonra hastanın nasıl taburcu olabileceği konusunda tanı konulabilir. Daha sonra planlama aşamasına geçilebilir (İnanç ve ark 1994).

2.8.2. Planlama

Bu aşamada; taburculuk planlaması sürecinin yönetilmesinde sağlık ekibine yol göstermesi amacı ile yazılı bir taburculuk planı oluşturulur. Bu plan; verilecek hizmetin amaçlarının ve hasta bakımından beklenen sonuçların belirlenmesini; uygulama sırasında nelerin, hangi sıra ile nasıl ve ne zaman yapılacağını; değerlendirmenin nasıl yapılacağını; ailenin sürece nasıl katılacağını; hastaya verilecek eğitimin içeriğinin, nasıl değerlendirileceğinin, eğitimde hangi yöntemlerin kullanılacağını belirlenmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının nasıl sağlanacağını kapsar (Yıldırım 2007).

Planlama aşamasında hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Hasta evine giderken iyileşme döneminde dikkat etmesi gerekenleri, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulgularını, tedavi kurumuna başvurması gereken durumlar ve daha sonraki sağlık kontrolü hakkında bilgi sahibi olabilmelidir (Ercan 2006, Yaman 2008).

Son yıllarda taburcu olma sürecinde hemşire ve hasta /hasta ailesi için kolaylık sağlayan çok bilinen “Medication- Environment- Treatment- Health Education- Outpatient follow up- Diet” (METHOD) yaklaşımı kullanılarak planlama yapılmaktadır (Yılmaz 2006, İnanç ve ark 1994).

Burada öğretimin altı alanı önemle ele alınmaktadır. Bunlar; tıbbi tedaviler (ilaçlar), çevre, tedavi, sağlık eğitimi, ayaktan takip ve diyet. Bu aşamada disiplinlerarası süreç ve hasta eğitimi ayrı bir önem taşımaktadır. Hasta evine ya da diğer bir kliniğe giderken neler olduğunu, neler yapılacağını, tedavisini, aktivitesini, diyetini ve daha sonraki sağlık kontrolleri hakkında bilgilere sahip olabilmelidir. Bu aşamanın ideal olarak gerçekleşebilmesi için eğitim çok erken devrede başlatılmalıdır. Ancak bu eğitim erken devrede başlatılmadı ise taburcu olmadan bir gün önce de mutlaka yapılmalıdır (İnanç ve ark 1994).

METHOD: Taburculuk Planlaması

M: İlaçlar/Tıbbi Tedaviler

Hasta şunları bilmeli:

- İlacın ismi
- Dozu ve ne zaman alacağını
- İlacın verilme amacı
- İlacın etkileri
- Yan etkilerinin belirtileri (her ilaç için tekrar edin)

E: Çevre

Hastaya;

- Ev işlerini yapmak için gerekli eğitim sağlanmış olmalı,
- Evde fiziksel yönden herhangi bir zarar verici durum incelenmiş ve düzeltilmiş olmalı
- Duygusal yönden destek sağlanmalı
- Ekonomik yönden destek kaynakları sağlanmalı
- Randevularına gelmesinin anlamını öğrenmiş olmalı

T: Tedavi

Hasta ve ailesi;

- Tedavisinin evde devam etmesinin amacını bilmeli

H: Sağlık Eğitimi

Hasta;

- Hastalığının vücudunu nasıl etkilediğini anlatmalı
- Şu andaki sağlık seviyesi ya da sağlığında ulaşabileceği en yüksek seviyeyi anlatmalı

O: Ayaktan Takip

Hasta;

- Klinik randevusunun nerede ve ne zaman olduğunu bilmeli
- Tıbbi yardım için kimi nereden çağıracağını bilmeli
- Evdeki taburculuk eğitimini yazılı almalı

D: Diyet

- Kendisine anlatılan diyetin amacını anlamalı
- Verilen diyetle kullanılan menü çeşitlerini planlamalı
(Ay ve ark 2007, İnanç ve ark 1994)

2.8.3. Uygulama

Uygulama aşaması, taburculuk eğitiminde belirlenen hedeflere ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin uygulandığı aşamadır (Çavuş 2008).

Uygulama aşaması; büyük ölçüde planlanan taburculuk eğitiminin verilmesini, planlama aşamasında belirlenen girişimlerinin planlandığı şekilde gerçekleştirilmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve hastaya bakım verecek kişi/kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanmasını içerir (Yıldırım 2007).

Planlamadaki tüm bilgiler ve eğitim hemşirelik notlarına yazılmalı, taburculuk özeti çıkarılmalı ve taburculuk formu doldurularak hastaya da bir kopyası verilmelidir. (İnanç ve ark 1994).

Literatürde hasta ve ailesine verilen yazılı bilgilendirme kitapçıklarının, hastaların hastanede yattıkları süre içinde ve taburcu olduklarında yasadıkları belirsizlikleri ortadan kaldırmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Yazılı

bilgilendirme kitapçığı ile birlikte hastaya eğitim içeriğinin anlatılması ve hastanın bireysel gereksinimleri üzerine odaklanması da eğitimin etkinliğini artırmaktadır. Hastaya yazılı bir eğitim materyali verilmesi aynı zamanda hastanın evinde sonradan kullanabileceği ve bakımını destekleyebileceği bir durum yaratmaktadır (Yaman 2008).

Taburculuk eğitimi, her hastaya özgü olmalı ve yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda yapılmalıdır. Hastanın gereksinimleri ile hemşirenin verdiği eğitim arasında tutarsızlık olabilir. Bu nedenle eğitim öncesinde kapsamlı bir değerlendirme ile hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerinin, öğrenmeye olan güdülenme düzeylerinin, öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeylerinin belirlenmesi gerekir (Rich-vanderBij 1999, Yıldırım 2007).

2.8.4. Değerlendirme

Taburculuk planlamasının son aşaması; hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir (Yıldırım 2007).

Değerlendirmenin amacı; planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda hasta bakımından beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı incelenerek sürecin etkinliğine, süreçteki aksaklıkların ve bu aksaklıkları gidermek için yapılması gereken değişikliklerin neler olduğuna karar vermek, hasta ve hastaya bakım veren kişilerden alınan geribildirimler ile ekibin süreçteki performansını belirlemektir (Yıldırım 2007).

Hemşirelik sürecinin değerlendirme aşaması burada da geçerli olup bu aşamanın birkaç hafta sonra ev ziyaretiyle, ev ziyareti mümkün değil ise hastayla telefon görüşmesi yaparak ya da hastanın polikliniğe gelmesini isteyerek bu aşama gerçekleştirilir (İnanç ve ark 1994).

Taburculuk planlama sürecinin etkinliği farklı sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirilmektedir. Bunlar hastanın iyileşme zamanı, hastanede kalış süresi,

hastaneye yeniden yatış oranı, komplikasyonlar ve morbiditedir. Yeniden yatışlar taburcu olduktan sonra hastanın klinik durumu ve yaşam kalitesini yansıtan sonuç ölçüm kriteridir (Yılmaz 2006).

Yıldırım (2007) çalışmasında cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecinin aşamalarında yer alma durumlarını incelediğinde; taburculuk sürecinin veri toplama aşamasında etkin yer alma oranlarının diğer aşamalara göre daha fazla olduğu, planlama ve uygulama aşamalarında ve taburculuk eğitiminde çoğunlukla kısmen yer aldıkları, değerlendirme aşamasında ise hiç yer almama oranlarının fazla olduğu sonucunu elde etmiştir. Oysa sağlık ekibi içinde hasta ile en uzun süre birlikte olan hemşirelerin, taburculuk sürecinin tüm aşamalarında önemli bir rol oynamaları gerekmektedir.

2.9. Taburculuk Planlamasında Hemşirenin Rolü

Taburculuk planlamasında başarılı olabilmek için en önemli nokta hasta ve bakım veren kişiler arasındaki bilgi değişimidir ve bu sorumlulukta genellikle hemşirelere aittir. Hemşireler, sağlık ekibi içinde bireyi bütün yönleriyle değerlendiren, sağlıklı/hasta bireyle 24 saat etkileşimde bulunan tek profesyonel grup, birey ve grupların gereksinimleri doğrultusunda planlanan sağlık bakımını uygulamak üzere hekim ve diğer sağlık personeli, hasta ve ailesi arasındaki bağlantıyı sağlayan tek meslek üyesidir. O nedenle denilebilir ki taburculuk planlaması hemşirelik sürecinin önemli bir parçasıdır ve taburculuk eğitimini etkin bir şekilde vermek, bireylerin evde yaşayacakları süreci yakından izlemek, komplikasyon gelişmeden normal yaşamlarına dönmelerini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini belirlemek ve bunlara yönelik müdahaleleri geliştirmek hemşirelerin görevidir (Brown 1994, Velioğlu 1994, Çetin 2004, Babacan ve Alıcı 2008, İnanç ve ark 1994).

Ancak yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk aşamasında yeterince bilgilendirilmediği, hastalara bu sınırlı bilginin çoğunlukla doktor tarafından verildiği ve verilen bilginin içeriğinin yeterli olmadığı sonucu elde edilmiştir. Bu nedenle ülkemizde verilmekte olan hemşirelik hizmetlerinin hasta merkezli olmaktan çok iş

merkezli yürütüldüğünü ve hasta eğitimine gereken önemin verilmediği söylenebilir (Gürsoy 2001, Aydoğan 2005, Nargiz 2005, Ercan 2006, Tok 2006, Çavuş 2008).

Yıldırım'ın (2007) çalışmasında belirlediği taburculuk planlamasını engelleyen faktörler incelendiğinde; ilk üç sırada personel sayısının yetersiz olması ve iş yoğunluğu (%58.7), ekip işbirliğinin olmaması (%28.7), hasta sirkülasyonunun fazlalığı ve hastaların kısa süreli yatmaları (%21.0) yer almaktadır.

Babacan ve Alıcı (2008) hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, bir günlük mesai içinde hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında, ilk sırada ilaç tedavisi, 5. sırada ise hasta eğitiminin yer aldığını saptamışlardır. Hemşirelerin ilaç tedavisine ağırlık vermesi ve eğitim rolünü daha az uygulaması, sağlık hizmetleri sunumunda tedavi odaklı yaklaşımın doğal bir sonucudur.

Amerikan Hemşireler Birliği'nin 1986'da yayınladığı "Evde Bakıma Yönelik Hemşirelik Uygulamaları Standartları'nda", hemşirenin, bireyin bakımının uygun ve kesintisiz olarak sürdürülmesinden, bakım yönetimi ve toplum kaynaklarının koordine edilmesinden sorumlu olduğu belirtilmektedir (Yılmaz 2006).

Hastaların bireysel özellikleri ve eğitim gereksinimleri birbirinden farklı olabileceğinden standart eğitim planı hastaların gereksinimlerine yanıt vermeyebilir. Her hastaya bireysel ve gereksinimleri dikkate alınarak verilen planlı hasta eğitimi profesyonel hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alır. Hasta eğitimi hemşirelerin öncelikli görevi olmamakla birlikte hemşirelerin sorumluluğundadır ve pratikte önemli bir yeri vardır. Hemşire hastanın bilgi ve gereksinimlerini değerlendirdikten sonra, taburculuk eğitim planı hazırlamalıdır (Brown 1994, Yaban 2006, Şenyuva ve Taşocak 2007, Maloney and Weiss 2008).

Literatür bilgileri, hastalar ve hemşirelerin algılamaları ve hedeflerinin birbiri ile tutarlı olmasının, hasta bireyin verilen bakımdan daha çok yarar görmesinde ve

taburculuk sonrası tedaviye uyumunda önem taşıdığını göstermektedir (Algier ve ark. 2005).

Hastanın beklentileri konusunda bilgi sahibi olan hemşirenin empatik yaklaşımlarının hazırlıklara ışık tutacağı, ön yargıların giderilmesinde etkin olabileceği vurgulanmaktadır. Bireysel bakım planının hastanın da katılımıyla hazırlanarak uygulanmasının olası sorunların erken tanı ve çözümünü kolaylaştıracağı ve iyileşmeyi olumlu yönde etkileyeceği her vesile ile ele alınmaktadır (Aksoy ve Sayın 2004, Toksal 2005).

2.10. Cerrahi Hastasının Taburculuk Planlaması

Günümüzde ileri teknoloji ve ekonomik faktörler ile sağlık bakım sisteminin yapısı değişmekte, cerrahi hastalarının hastanede yatış süreleri giderek kısalmakta olup hasta ve ailesinin özbakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır (Jacobs 2000, Çalık 2007, Çavuş 2008).

Taburculuk eğitimi; ameliyat öncesi, ameliyat sırası, ameliyat sonrası ve taburcu olduktan sonra evde bakım konularını içermeli, bireyin gereksinimleri ve yetişkin eğitim ilkeleri dikkate alınarak verilmelidir (Aytur 2001).

Hasta hastaneden taburcu edilmeden önce, bağımlı rolden bağımsız duruma geçmesi konusunda hastaya yardımcı olmak için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır (Çakırcalı 2000). Hasta ve yakınlarının hazırlığı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak aşağıda yazılan konuları kapsamaktadır (Erdil ve Elbaş 1999, Ercan 2006, Çatal 2007, Yıldırım 2007).

- Hastalık
- Ağrı kontrolü
- Solunum ve öksürük egzersizleri
- Yara bakımı
- Egzersizler
- Kendi kendine bakım ne zaman ve nasıl başvurulacağı.

- Acil durumlar
- Ev işlerine başlama zamanı
- Hastalığın/ameliyatın çalışma yaşamına etkisi, işe başlama zamanı
- Yapılması ve yapılmaması gereken aktiviteler
- Uygulanacak diyet ve ilaçlar
- Hastalığın ve ameliyatın cinsel yaşama etkisi
- Oluşabilecek komplikasyonlar
- Kontrol için başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılacağı
- Taburculuk sonrası için gereksinim duyulabilecek ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık.

Bu hazırlıklara ilave olarak sürekli bakımın önemli olduğu yanık, parenteral beslenme, ostomi ya da kalça kırığı vb. nedeniyle protez bulunması gibi durumlarda özel eğitim gereklidir.

Cerrahi hastalarının gereksinim duyduğu bilgilerin önceliği, bireylere, başvuru nedenlerine ve cerrahinin tipinin bireyde stres yaratma özelliğine göre değişmektedir (Carew 1999, Çatal 2007).

Literatürde başarılı bir taburculuk için dört faktör tanımlanmıştır (Çetin 2004).

1. iyi bir ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme:

Bireyler olası riskler ve yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidirler. Çünkü bilgi yetersizliği anksiyeteyi tetiklemektedir. Bütün soruları cevaplanmış olan hastaların anksiyeteleri azalır ve hastanede kalış süreleri kısalmıştır.

2. Etkili Cerrahi İşlem:

Taburculuk sonrası hastaların erken dönemde günlük yaşamlarına dönebilmeleri için cerrahi işlemin en kısa sürede ve en doğru teknik ile yapılmış olması gerekir.

3. Etkili Ameliyat Sonrası Bakım:

Ameliyat sonrası ağrıya etkili müdahale ile, hastaların kısa sürede oral beslenmeye dönmeleri, hızlı mobilize olmaları, barsak hareketlerinin kısa sürede normale dönmesi sağlanabilir.

4. Hemşirelik Bakımı ve Desteği:

Evde bakımın sağlanması için gerekli becerilerin hasta ve ailesine kazandırılması bireylerin taburculuk anksiyetelerini azaltmaktadır.

3. MATERYAL ve METHOD

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak uygulandı.

3.2. Araştırma Hipotezi ve Soruları

Hipotez 1 (H1): Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri yüksektir.

Hipotez 2 (H2): Cerrahi girişim geçiren hastaların bireysel özellikleri taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini etkiler.

Araştırma soruları ise;

- Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri nelerdir?
- Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin öncelik sırası nelerdir?
- Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İÜ CTF Hastanesi Genel Cerrahi Anabilimdalı'nda 1 Aralık 2008–30 Ocak 2009 tarihleri arasında yapıldı. Genel Cerrahi Anabilimdalı'nda; hepatobiliyer ve endokrin cerrahi (1. servis), gastrointestinal sistem cerrahisi (2. ve 3. servis), özel servis ve meme hastalıkları cerrahisi (4. servis) olmak üzere toplam 4 servis ve 221 yatak bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; 1 Aralık 2008–30 Ocak 2009 tarihleri arasında İÜ CTF Hastanesi Genel Cerrahi Anabilimdalı'nda yatan, cerrahi girişim uygulanan ve eve taburcu edilmesi planlanan hastalar oluşturdu.

Örneklemini, 18 yaş üzeri, okuryazar, iletişim kurulabilen, psikiyatrik bozukluğu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu. Genel cerrahide ameliyat olup taburcu olan hasta sayısı aylık ortalama 300 kişi, 2 aylık beklenen hasta sayısı yaklaşık 600-700 arasındadır. Beklenen taburcu hasta sayısı 650 alınarak yapılan güç analizinde, örneklem büyüklüğü 216 olarak bulundu. Belirlenen tarihler arasında toplam 220 hastaya ulaşıldı.

Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden (HÖGÖ) aldıkları toplam puan ortalamasına bakılarak 5 puan üzerinden 3,5 ve üzeri puan alanların bilgi gereksinimi olduğu düşünülürse, çalışmada hastaların %82,7'sinin 3,5 ve üzeri puan aldığı bulundu. Bu sonuç beklenen orandan yüksek, ulaşılan hasta sayısı en az alınması gereken hasta sayısının üstündedir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (PLNS) (Ek 2) ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve klinikteki taburculuk eğitimini sorgulayan toplam 22 soru bulunmaktadır.

3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (The Patient Learning Needs Scale) (Ek 2)

Ölçek hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross & Shamian tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de 2007 yılında Emine Çatal tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı; cronbach $\alpha=0.95$ ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayısı; cronbach $\alpha=0.69-0.88$ bulunmuştur. Mevcut çalışmada da ölçeğin iç tutarlık katsayısı; cronbach $\alpha=0.93$ ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayısı; cronbach $\alpha=0.54-0.86$ saptandı. Bu bulgular Çatal'ın bulgularıyla benzer bulundu.

Toplam 50 madde 7 altboyuttan oluşan ölçek “önemli değil” ile “son derece önemli” arasında değişen 5 dereceli (1-5 puan), likert tipi bir ölçektir. HÖGÖ'nin alt boyutları ve altboyutları oluşturan maddeler aşağıda verilmiştir.

1. İlaçlar (Maddeler: 3,8,16,18,37,39,44,45)
2. Yaşam Aktiviteleri (Maddeler: 2,5,14,17,27,28,29,30,48)
3. Toplum ve İzlem (Maddeler: 6,9,22,31,36,41)
4. Duruma İlişkin Duygular (Maddeler: 7,24,32,35,42)
5. Tedavi ve Komplikasyonlar (Maddeler: 1,4,10,19,20,23,26,38,47)
6. Yaşam Kalitesi (Maddeler: 11,13,15,21,34,40,46,50)
7. Cilt Bakımı (Maddeler: 12,25,33,43,49)

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 değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır.

Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanı, 0-50 arası “önemli değil”, 51-100 arası “biraz önemli”, 101-150 arası “ne az ne çok önemli”, 151-200 arası “çok önemli”, 201-250 arası “son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır.

Ayrıca ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde de yorumlanabilir.

HÖGÖ'nin alt boyutlarının alabileceği minimum maximum puanlar aşağıda verilmiştir.

1. İlaçlar (Min:8-Max:40)
2. Yaşam Aktiviteleri (Min:9-Max:45)
3. Toplum ve İzlem (Min:6-Max:30)

4. Duruma İlişkin Duygular (Min:5-Max:25)
5. Tedavi ve Komplikasyonlar (Min:9-Max:45)
6. Yaşam Kalitesi (Min:8-Max:40)
7. Cilt Bakımı (Min:5-Max:25)
8. Toplam Puan (Min:50-Max:250)

3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Veriler 1 Aralık 2008–30 Ocak 2009 tarihleri arasında, araştırmanın yapıldığı kliniklerde örneklem grubu hastalarıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ölçek, cerrahi girişim geçiren hastalara taburculuktan önce son 24–48 saat içinde uygulandı. Araştırmacı cerrahi girişim geçirip taburculuğu planlanan hastaların isimlerini öğrenerek, hasta odasında görüşme yaptı. Görüşme yapılmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan sözel onay alındı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ölçek uygulandı. Her bir kişi için ayrılan süre 15–30 dakika arasında değişti.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistik analizleri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılarak istatistik uzmanı danışmanlığında yapıldı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, bilgi alma durumları, öğrenim gereksinim ve alt ölçek puanları ortalamalar ve ortanca ile sunuldu. Anket formundaki sorulara göre oluşan grupların ölçek puanlarını kıyaslarken; iki grubun karşılaştırılmasında Student's t-testi, üç ve daha fazla olan grubun karşılaştırılmasında Anova ve Tukey HSD testleri kullanıldı. Ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkileri Pearson korelasyon yöntemi ile değerlendirildi. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi 0.05 olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı (Ek 4). Araştırma öncesi Çalışmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı hastanenin "Araştırma Etik Kurulu"ndan gerekli izin alındı (Ek 3). Araştırmaya katılan kişilerin isim bilgilerinin verilmemesine etik olarak dikkat edildi. Anketleri uygulamadan önce katılımcılara

Çalışmanın amacı, planı ve yararları açıkladı, araştırmaya katılmayı kabul edenlerle grüşildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastaların bir kısmının plansız taburcu edilmelerinden dolayı ulaşılamaması, araştırma sonuçlarının, sadece bu örneklem grubundaki hastalara genellenmesi araştırmanın sınırlılıkları olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları, “Genel Tanıtıcı Özellikler” ile “Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler” olmak üzere iki ana başlıkta verildi.

4.1. Genel Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümün verileri “Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular” “Hastaların Tıbbi Tedavi Durumuna İlişkin Bulgular” ve “Hastaların Bilgi Alma Durumlarına İlişkin Bulgular ” şeklinde gösterildi.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N:220)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	132	60,0
	Erkek	88	40,0
Yaş	18-29 yaş	26	11,8
	30-50 yaş	95	43,2
	51 ve üzeri yaş	99	45,0
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	36	16,4
	İlköğretim	101	45,9
	Lise	45	20,5
	Üniversite	38	17,3
Meslek	Ev Hanımı	99	45,0
	Memur-işçi	19	8,6
	Serbest meslek	38	17,3
	Emekli	33	15,0
	Diğer (Öğrenci, işsiz)	31	14,1
Medeni Durum	Evli	161	73,2
	Bekar	41	18,6
	Dul	18	8,2
Sosyal Güvence	Var	217	98,6
	Yok	3	1,4

Tablo 1’de örnekleme alınan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Örneklem grubundaki hastaların %60'ı kadın olup, %45'inin 51 yaş üzerinde, %45,9'unun ilkökul-ortaokul mezunu, %45'inin ev hanımı, %73,2'sinin evli ve %98,6'sının sosyal güvencesi olduğu saptandı.

Tablo 2. Hastaların Tıbbi Tedavi Durumuna İlişkin Bulgular (N:220)

Hastaya Ait Veriler		n	%
Tedavi Gördüğü Klinik	1. Genel cerrahi kliniği	58	26,4
	2. Genel cerrahi kliniği	58	26,4
	3. Genel cerrahi kliniği	53	24,1
	4. Genel cerrahi kliniği	51	23,2
Yatış Süresi	0-7 gün	105	47,7
	8-15 gün	75	34,1
	16 gün ve üzeri	40	18,2
Ameliyat Türü	Mide, Kolon, Batında Kitle	49	22,3
	Karaciğer, Pankreas	18	8,2
	Taşlı Kесе, İnsizyonel Herni, İnguinal Herni	58	26,4
	Kist Dermoid, Hemoroid, Perianal Fistül	31	14,1
	Multi Nodüler Guatr	19	8,6
	Meme	45	20,5
Ameliyat Sonrası Süre	0-7 gün	177	80,5
	8-15 gün	37	16,8
	16 ve üzeri gün	6	2,7

Örneklem grubundaki hastaların tıbbi tedavi durumuna ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterildi.

Örnekleme alınan hastaların %26,4'ünün 1. Genel Cerrahi Kliniği'nde, %26,4'ünün 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde, %24,1'inin 3. Genel Cerrahi Kliniği'nde, %23,2'sinin 4. Genel Cerrahi Kliniği'nde yatmakta olduğu saptandı.

Hastaların %47,7'sinin 0-7 gün arasında tedavi gördüğü, %26,4'ünün Taşlı Kесе, İnsizyonel Herni, Apandisit ve İnguinal Herni ameliyatı olduğu, %80,5'inin ameliyattan sonra hastanede kalma sürelerinin 0-7 gün olduğu belirlendi.

Tablo 3. Hastaların Bilgi Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Hastaya Ait Veriler		n	%
İlaç Bilgisi Alma Durumu N:220	Evet	146	66,4
	Hayır	74	33,6
Bilgiyi Veren Kişi n:146	Hemşire	73	50,0
	Doktor	15	10,3
	Doktor-Hemşire	58	39,7
Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumu N:220	Evet	93	42,3
	Hayır	127	57,7
Bilgiyi Veren Kişi n:93	Hemşire	20	21,5
	Doktor	46	49,5
	Doktor-Hemşire	27	29,0
Hastalık Konusunda Kişi Alma Durumu N:220	Evet	160	72,7
	Hayır	60	27,3
Bilgiyi Veren Kişi n:160	Hemşire	2	1,2
	Doktor	151	94,4
	Doktor-Hemşire	7	4,4
Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumu N:220	Evet	154	70,0
	Hayır	66	30,0
Bilgiyi Veren Kişi n:154	Hemşire	0	0,0
	Doktor	137	89,0
	Doktor-Hemşire	17	11,0
Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu N:220	Evet	78	35,5
	Hayır	142	64,5
Bilgiyi Veren Kişi n:78	Hemşire	4	5,1
	Doktor	62	79,5
	Doktor-Hemşire	12	15,4
Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumu N:220	Evet	102	46,4
	Hayır	118	53,6
Bilgiyi Veren Kişi n:102	Hemşire	15	14,7
	Doktor	51	50,0
	Doktor-Hemşire	36	35,3

Örnekleme grubundaki hastaların bilgi alma durumuna ilişkin bulgular Tablo 3’de gösterildi.

Örnekleme grubundaki hastaların % 66,4’ü ilaçlar konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %50,0’sinin hemşirelerden bilgi aldığı görüldü.

Örnekleme grubundaki hastaların %57,7’sinin evde bakım konusunda bilgi almadığı tespit edildi. Bilgi alan hastaların %49,5’i doktorlardan bilgi aldığı bulundu.

Örnekleme alınan hastaların %72,7’sinin hastalık konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %94,4’ünün doktorlardan bilgi aldığı tespit edildi.

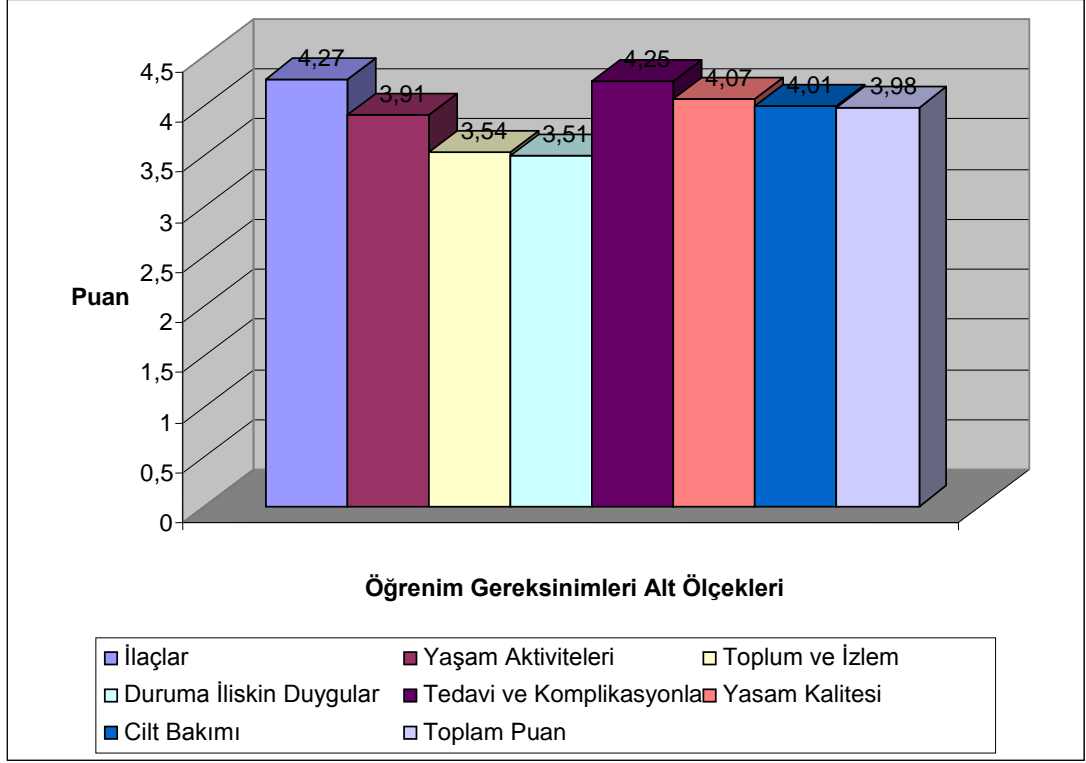
Örnekleme grubundaki hastaların %70’inin tedavi konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %89,0’ının doktorlardan bilgi aldığı bulundu.

Olguların % 64,5’inin kontrol konusunda bilgi almadığı, bilgi alan hastaların %79,5’inin doktorlardan bilgi aldığı tespit edildi.

Hastaların %53,6’sının beslenme konusunda bilgi almadığı saptandı. Bilgi alan hastaların ise %50,0’ının doktorlardan bilgi aldığı görüldü.

4.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler

Şekil 1. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı



Hastaların aldıkları öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları incelendiğinde; “ilaçlar“ puan ortalaması $34,16 \pm 5,00$ (min:16, max:40), “yaşam aktiviteleri“ puan ortalaması $35,25 \pm 5,10$ (min:21, max:45), “toplum ve izlem“ puan ortalaması $21,26 \pm 4,55$ (min:8, max:30), “duruma ilişkin duygular“ puan ortalaması $17,58 \pm 4,68$ (min:6, max:25), “tedavi ve komplikasyonlar“ puan ortalaması $38,25 \pm 4,58$ (min:22, max:45), “yaşam kalitesi“ puan ortalaması $32,60 \pm 5,54$ (min:14, max:40), “cilt bakımı“ puan ortalaması $20,08 \pm 3,02$ (min:9, max:25) ve toplam puan ortalaması $199,19 \pm 26,62$ (min:123, max:250) bulundu (Şekil 1).

Tablo 4. Hastaların En Fazla Öğrenime Gereksinim Duydukları Maddelerin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:220)

	Öğrenim Gereksinimi			
	Min	Max	\bar{x}	<i>SD</i>
Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım? (Madde 25)	1,00	5,00	4,58	0,66
Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir? (Madde 30)	1,00	5,00	4,49	0,71
Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir? (Madde 10)	1,00	5,00	4,47	0,76
Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim? (Madde 4)	1,00	5,00	4,46	0,86
İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım? (Madde 16)	2,00	5,00	4,45	0,67
Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek? (Madde 50)	1,00	5,00	4,44	0,99
Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir? (Madde 1)	1,00	5,00	4,44	0,88
İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım? (Madde 8)	1,00	5,00	4,43	0,78
Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir? (Madde 20)	2,00	5,00	4,42	0,61
Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım? (Madde 21)	1,00	5,00	4,41	0,84
Evdeki bakımında ne yapmalıyım? (Madde 6)	1,00	5,00	4,38	0,92
İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım? (Madde 18)	2,00	5,00	4,38	0,72
İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım? (Madde 44)	1,00	5,00	4,37	0,76
İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir? (Madde 39)	1,00	5,00	4,34	0,75
Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim? (Madde 38)	1,00	5,00	4,34	0,73
Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim? (Madde 12)	1,00	5,00	4,33	0,94
Tedavimi kim takip edecek? (Madde 19)	1,00	5,00	4,28	0,80
Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim? (Madde 43)	1,00	5,00	4,27	0,90
Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim? (Madde 22)	1,00	5,00	4,27	0,89
Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek? (Madde 11)	1,00	5,00	4,26	1,09
Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım? (Madde 23)	1,00	5,00	4,26	0,96
Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim? (Madde 49)	1,00	5,00	4,22	1,01
İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor? (Madde 37)	1,00	5,00	4,20	0,91
Ne kadar süre istirahat etmeliyim? (Madde 17)	1,00	5,00	4,18	0,96
Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım? (Madde 2)	1,00	5,00	4,17	1,01

Tablo 4. Hastaların En Fazla Öğrenime Gereksinim Duydukları Maddelerin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:220) (devam)

	Öğrenim Gereksinimi			
	Min	Max	\bar{x}	<i>SD</i>
Tedavimin amaçları nelerdir? (Madde 47)	1,00	5,00	4,14	0,91
İlaçlarının her biri nasıl etki ediyor? (Madde 3)	1,00	5,00	4,14	0,93
Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir? (Madde 24)	1,00	5,00	4,07	0,89
Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim? (Madde 31)	1,00	5,00	3,98	0,92
Ağrımı nasıl giderebilirim? (Madde 15)	1,00	5,00	3,96	1,23
Hastalığının belirtileri neler olabilir? (Madde 13)	1,00	5,00	3,96	1,17
Stresle nasıl baş edebilirim? (Madde 40)	1,00	5,00	3,91	1,22
Stresten nasıl uzak durabilirim? (Madde 46)	1,00	5,00	3,90	1,21
Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir? (Madde 28)	1,00	5,00	3,88	1,21
İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim? (Madde 45)	1,00	5,00	3,85	1,29
Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım? (Madde 5)	1,00	5,00	3,82	1,22
Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım? (Madde 29)	1,00	5,00	3,77	1,15
Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım? (Madde 34)	1,00	5,00	3,75	1,12
Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım? (Madde 27)	1,00	5,00	3,73	1,22
Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir? (Madde 9)	1,00	5,00	3,68	1,28
Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim? (Madde 14)	1,00	5,00	3,60	1,47
Yapmam gereken hareketler nelerdir? (Madde 48)	1,00	5,00	3,57	1,49
Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim? (Madde 32)	1,00	5,00	3,41	1,37
İdrar yapmama ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım? (Madde 26)	1,00	5,00	3,39	1,47
Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim? (Madde 35)	1,00	5,00	3,36	1,31
Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim? (Madde 7)	1,00	5,00	3,35	1,35
Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim? (Madde 42)	1,00	5,00	3,35	1,30
Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim? (Madde 36)	1,00	5,00	2,71	1,30
Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım? (Madde 33)	1,00	5,00	2,67	1,39
Klinikten eve nasıl gideceğim? (Madde 41)	1,00	5,00	2,22	1,49

Hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en önemli buldukları beş madde sıralandığında ilk sırada yer alan madde 25'in puan ortalaması $4,58 \pm 0,66$ (min:1, max:5), ikinci sırada yer alan madde 20'nin puan ortalaması $4,49 \pm 0,71$ (min:1, max:5), üçüncü sırada yer alan madde 10'un puan ortalaması $4,47 \pm 0,76$ (min:1, max:5), dördüncü sırada yer alan madde 4'ün puan ortalaması $4,46 \pm 0,86$ (min:1, max:5), beşinci sırada yer alan madde 16'nın puan ortalaması $4,45 \pm 0,67$ (min:2, max:5) bulundu (Tablo 4).

Hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en az önemli buldukları beş madde sıralandığında sondan ilk sırada yer alan madde 41'in puan ortalaması $2,22 \pm 1,49$ (min:1, max:5), ikinci sırada yer alan madde 33'ün puan ortalaması $2,67 \pm 1,39$ (min:1, max:5), üçüncü sırada yer alan madde 36'nın puan ortalaması $2,71 \pm 1,30$ (min:1, max:5), dördüncü sırada yer alan madde 42'nin puan ortalaması $3,35 \pm 1,35$ (min:1, max:5), beşinci sırada yer alan madde 7'nin puan ortalaması $3,35 \pm 1,30$ (min:2, max:5) bulundu (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Yaş Grupları ile Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Yaş Grupları						F	P
	18-29 yaş (n:26)		30-50 yaş (n:95)		51 yaş ve üzeri (n:99)			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,12	5,16	34,13	4,52	34,47	5,38	0,76	0,46
Yaşam Aktiviteleri	34,08	5,56	35,96	4,35	34,89	5,57	1,86	0,15
Toplum ve İzlem	20,58	4,33	21,71	4,27	21,02	4,85	0,88	0,41
Duruma İlişkin Duygular	16,12	4,70	17,34	4,13	18,19	5,08	2,27	0,10
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,12	3,67	38,26	4,39	38,26	4,99	0,01	0,98
Yaşam Kalitesi	31,96	4,29	32,47	5,29	32,89	6,07	0,33	0,71
Cilt Bakımı	20,04	3,08	19,92	2,81	20,25	3,22	0,30	0,73
Toplam Puan	194,0	25,77	199,7	24,48	199,9	28,83	0,55	0,57

Örneklem grubundaki hastaların yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 5’te gösterildi.

Yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Cinsiyet					
	Kadın (n:132)		Erkek: (n:88)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,65	4,53	33,43	5,57	1,783	0,076
Yaşam Aktiviteleri	34,97	4,76	35,68	5,56	-1,016	0,311
Toplum ve İzlem	21,64	4,29	20,70	4,87	1,493	0,137
Duruma İlişkin Duygular	18,11	4,27	16,78	5,16	2,069	0,040*
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,53	4,17	37,82	5,14	1,130	0,260
Yaşam Kalitesi	33,21	5,02	31,68	6,15	2,021	0,044*
Cilt Bakımı	20,27	2,48	19,81	3,68	1,103	0,271
Toplam Puan	201,37	23,11	195,91	31,01	1,495	0,136

Örneklem grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6’da verildi.

Hastaların cinsiyetlerine göre “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “cilt bakımı” toplam puanları ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). “Duruma ilişkin duygular” ve “yaşam kalitesi” toplam puanı kadın hastalarda erkek hastalardan yüksek olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($t=2,069$, $p<0,05$; $t=2,021$, $p<0,05$).

Tablo 7. Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Öğrenim Durumu									
	Okur-Yazar (n:36)		İlköğretim (n:101)		Lise (n:45)		Üniversite (n:38)		F	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	36,33	4,10	34,52	5,25	33,04	4,27	32,47	5,12	4,889	0,003**
Yaşam Aktiviteleri	36,53	4,61	35,09	5,03	34,80	4,78	35,03	6,01	0,929	0,428
Toplum ve İzlem	22,22	4,73	21,25	5,16	21,22	3,75	20,45	3,32	0,942	0,421
Duruma İlişkin Duygular	18,06	4,86	18,16	4,84	16,73	4,02	16,58	4,64	1,727	0,162
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,61	3,28	37,70	5,20	37,49	4,27	39,29	3,85	2,666	0,049*
Yaşam Kalitesi	34,36	5,18	32,44	5,57	31,27	5,87	32,95	5,11	2,197	0,089
Cilt Bakımı	21,33	2,19	20,22	2,67	19,16	3,52	19,63	3,55	3,975	0,009**
Toplam Puan	208,4	21,63	199,3	28,08	193,7	26,07	196,3	26,15	2,266	0,082

Örneklem grubundaki hastaların öğrenim durumuna göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 7’de gösterildi.

Öğrenim durumuna göre “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “yaşam kalitesi” toplam puanları ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastalardan öğrenim durumu lise ve üniversite olanların “ilaçlar” toplam puanı arasında fark bulunmazken, öğrenim durumu ilköğretim olanların “ilaçlar” toplam puanı yüksek, okur-yazar olanların ise en yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($F=4,889$; $p<0,01$). Öğrenim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların “tedavi ve komplikasyonlar” puanı arasında fark bulunmazken, öğrenim durumu üniversite olanların “tedavi ve komplikasyonlar” puanı yüksek, okur-yazar olanların en yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=2,666$; $p<0,05$). Öğrenim durumu

ilköğretim, lise ve üniversite olan hastaların “cilt bakımı” puanı arasında anlamlı fark bulunmazken, okur-yazar olanların “cilt bakımı” puanı yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır (F=3,975; p<0,01).

Tablo 8. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Meslek											
	Ev Hanımı (n: 99)		Memur-İşçi (n:19)		Serbest Meslek (n:38)		Emekli (n:33)		Diğer (n:31)		F	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,99	4,76	32,68	5,56	34,34	5,28	33,85	5,33	32,55	4,27	1,984	0,098
Yaşam Aktiviteleri	35,18	4,60	35,84	4,07	34,71	5,81	34,48	6,53	36,61	4,51	,914	0,457
Toplum ve İzlem	21,97	4,55	20,26	4,04	21,39	4,53	19,61	4,77	21,23	4,30	1,965	0,101
Duruma İlişkin Duygular	18,30	4,52	15,74	4,03	16,79	5,26	17,97	4,82	16,94	4,39	1,832	0,124
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,65	4,31	36,63	5,59	38,11	4,42	37,61	5,15	38,81	4,27	1,067	0,374
Yaşam Kalitesi	33,24	5,12	30,58	5,09	32,61	5,94	31,82	6,66	32,61	5,22	1,132	0,342
Cilt Bakımı	20,38	2,61	19,42	2,85	19,82	3,31	20,06	3,68	19,87	3,28	0,582	0,676
Toplam Puan	202,7	23,89	191,1	26,96	197,7	30,68	195,3	29,93	198,6	25,60	1,067	0,374

Örnekleme grubundaki hastaların meslek gruplarına göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Medeni Durumuna Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N:220)

	Medeni Durum						F	p
	Evli (n:161)		Bekar (n:41)		Dul (n:18)			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,47	4,80	32,83	5,85	34,44	4,31	1,811	0,166
Yaşam Aktiviteleri	35,60	4,95	34,41	5,73	34,11	4,75	1,377	0,255
Toplum ve İzlem	21,38	4,64	21,10	4,84	20,61	2,83	0,263	0,769
Duruma İlişkin Duygular	17,62	4,55	17,51	5,44	17,33	4,19	0,035	0,965
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,29	4,70	38,29	4,55	37,78	3,69	0,101	0,904
Yaşam Kalitesi	32,57	5,62	32,44	5,80	33,28	4,30	0,154	0,857
Cilt Bakımı	20,14	3,01	19,95	3,05	19,83	3,20	0,131	0,877
Toplam Puan	200,0	26,09	196,5	30,77	197,3	21,61	0,329	0,720

Hastaların medeni durumlarına göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Tedavi Gördüğü Kliniğe Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Tedavi Gördüğü Klinik									
	1. servis (n:58)		2. servis (n:58)		3. servis (n:53)		4. servis (n:51)		F	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,66	4,62	32,69	5,48	34,36	5,23	35,08	4,31	2,518	0,059
Yaşam Aktiviteleri	36,16	4,30	34,60	6,20	35,68	4,31	34,53	5,22	1,394	0,245
Toplum ve İzlem	21,45	4,41	21,03	5,76	21,21	3,42	21,37	4,27	0,092	0,964
Duruma İlişkin Duygular	17,66	4,46	16,59	5,57	17,08	4,33	19,14	3,80	3,051	0,030*
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,90	3,74	37,52	5,71	38,47	4,21	38,10	4,37	0,939	0,423
Yaşam Kalitesi	33,22	5,01	32,60	6,40	31,60	4,79	32,92	5,81	0,873	0,456
Cilt Bakımı	20,38	3,02	20,03	3,21	19,77	2,95	20,12	2,93	0,375	0,771
Toplam Puan	202,4	24,59	195,0	33,43	198,1	21,79	201,2	24,69	0,874	0,456

Örnekleme grubundaki hastaların tedavi gördüğü kliniğe göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 10'da gösterildi.

Hastaların tedavi gördüğü kliniğe göre “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanları ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). 1. servis, 2. servis ve 3. serviste tedavi gören hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, 4. serviste tedavi gören hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,051$; $p<0,05$).

Tablo 11. Hastaların Hastanede Yatış Süresine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Hastanede Yatış Süresi							
	0-7 gün (n:105)		8-15 gün (n:75)		16 gün ve üzeri (n:40)		F	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,56	4,52	33,73	5,69	36,55	4,14	5,851	0,003**
Yaşam Aktiviteleri	35,59	4,78	34,91	5,02	35,03	6,04	0,441	0,644
Toplum ve İzlem	21,59	3,88	20,44	4,73	21,95	5,61	1,974	0,141
Duruma İlişkin Duygular	16,88	4,16	17,80	4,66	19,00	5,66	3,177	0,044*
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,45	3,82	37,55	5,50	39,03	4,45	1,562	0,212
Yaşam Kalitesi	32,77	4,37	31,93	6,20	33,40	6,85	1,011	0,366
Cilt Bakımı	19,87	3,00	19,83	2,77	21,13	3,36	2,971	0,053
Toplam Puan	198,7	23,18	196,1	28,71	206,0	30,25	1,847	0,160

Örnekleme alınan hastaların hastanede yatış süresine göre “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastanede 0-7 gün, 8-15 gün aralığında yatan hastaların “ilaçlar” toplam puanı arasında fark bulunmazken, 16 günden fazla yatanların “ilaçlar” toplam puanı yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($F=5,851$; $p<0,01$). Hastanede 0-7 gün, 8-15 gün aralığında yatan hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı arasında fark bulunmazken, 16 günden fazla yatanların “duruma ilişkin duygular” puanı yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,177$; $p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Yapılan Ameliyat Türüne Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Yapılan Ameliyat Türü												F	p
	1		2		3		4		5		6			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,22	5,64	35,28	4,34	32,78	5,01	34,39	5,17	33,89	4,61	35,40	4,27	1,676	0,142
Yaşam Aktiviteleri	34,37	4,47	37,11	5,03	35,00	4,57	36,97	6,58	35,95	3,94	34,33	5,40	1,908	0,094
Toplum ve İzlem	20,84	4,91	22,00	5,56	20,33	3,86	22,39	4,86	21,89	4,07	21,60	4,44	1,178	0,321
Duruma İlişkin Duygular	18,02	4,94	18,72	4,13	15,03	4,53	17,68	5,22	18,21	3,49	19,58	3,47	6,083	0,000***
Tedavi ve Komplikasyonlar	37,63	4,82	39,11	3,89	37,43	4,66	39,45	5,47	38,79	3,88	38,56	3,96	1,201	0,310
Yaşam Kalitesi	31,92	6,52	34,11	5,28	31,07	5,06	33,61	5,54	34,32	3,33	33,29	5,47	2,062	0,071
Cilt Bakımı	19,96	3,45	20,67	1,91	19,29	3,23	20,84	3,02	20,53	2,48	20,29	2,69	1,471	0,200
Toplam Puan	196,9	28,44	207,0	25,06	190,9	25,11	205,3	31,68	203,5	21,92	203,0	23,11	2,173	0,058

Örnekleme alınan hastaların yapılan ameliyat türüne göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 12’de gösterildi.

Hastaların yapılan ameliyat türüne göre “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Taşlı Kесе, İnsizyonel Herni, Apandisit ve İnguinal Herni ameliyatı (3) ile Rektal Prolapsus, Hemoroid, Perianal Fistül, Kist Dermoid (4) ameliyatı olan hastaların “duruma ilişkin duygular” toplam puanı arasında fark bulunmazken, Mide, Kolon ve Batında Kitle (1), Karaciğer ve Pankreas (2) ile Guatr (5) ameliyatı olan hastaların “duruma ilişkin duygular” toplam puanı yüksek, Meme ameliyatı (6) olan hastaların ise en yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($F=6,083$; $p<0,01$).

Tablo 13. Hastaların Ameliyat Sonrası Yatış Süresine Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Ameliyat Sonrası Yatış Süresi					
	0-7 gün (n:177)		8 gün ve üzeri (n:43)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	34,12	4,79	34,33	5,84	-0,236	0,813
Yaşam Aktiviteleri	35,35	4,84	34,86	6,09	0,565	0,573
Toplum ve İzlem	21,20	4,14	21,51	5,99	-0,398	0,691
Duruma İlişkin Duygular	17,33	4,44	18,58	5,50	-1,575	0,117
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,24	4,36	38,26	5,44	-0,016	0,987
Yaşam Kalitesi	32,63	5,18	32,47	6,89	0,178	0,859
Cilt Bakımı	20,02	3,02	20,33	3,06	-0,589	0,556
Toplam Puan	198,91	25,04	200,33	32,64	-0,312	0,755

Örneklem grubundaki hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların İlaçlar Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	İlaçlar Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:146)		Almayan (n:74)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,60	4,82	35,28	5,18	-2,39	001*
Yaşam Aktiviteleri	35,58	5,38	34,61	4,45	1,34	0,18
Toplum ve İzlem	21,71	4,68	20,38	4,16	2,07	0,04*
Duruma İlişkin Duygular	17,56	4,73	17,61	4,61	-0,06	0,94
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,50	4,90	37,74	3,86	1,15	0,24
Yaşam Kalitesi	32,88	5,72	32,04	5,16	1,06	0,28
Cilt Bakımı	20,25	2,95	19,76	3,14	1,13	0,25
Toplam Puan	200,08	27,76	197,42	24,29	0,70	0,48

Örnekleme alınan hastaların ilaçlar konusunda bilgi alma durumlarına göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 14’de verildi.

Hastaların ilaçlar konusunda bilgi alma durumlarına göre “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). İlaçlar konusunda bilgi almayan hastaların “ilaçlar” toplam puanı ilaçlar konusunda bilgi alan hastalardan yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2,39$; $p<0,05$). İlaçlar konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanları ilaçlar konusunda bilgi almayanlardan yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,07$; $p<0,05$).

Tablo 15. Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:93)		Almayan (n:127)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,48	5,20	34,66	4,80	-1,73	0,08
Yaşam Aktiviteleri	34,86	5,90	35,54	4,42	-0,98	0,32
Toplum ve İzlem	22,10	4,83	20,65	4,24	2,34	0,02*
Duruma İlişkin Duygular	17,74	4,75	17,46	4,64	0,44	0,65
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,03	5,22	38,40	4,07	-0,59	0,55
Yaşam Kalitesi	32,54	5,89	32,65	5,29	-0,14	0,88
Cilt Bakımı	20,12	2,96	20,06	3,08	0,15	0,87
Toplam Puan	198,87	29,43	199,42	24,47	-0,15	0,88

Örneklem grubundaki hastaların evde bakım konusunda bilgi alma durumlarına göre “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Evde bakım konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanı evde bakım konusunda bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,34$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Hastalık Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Hastalık Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:93)		Almayan (n:127)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,79	4,73	35,15	5,56	-1,80	0,073
Yaşam Aktiviteleri	35,94	5,16	33,42	4,45	3,35	0,001***
Toplum ve İzlem	21,81	4,38	19,80	4,70	2,97	0,003**
Duruma İlişkin Duygular	17,65	4,64	17,38	4,82	0,37	0,707
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,53	4,67	37,48	4,27	1,51	0,13
Yaşam Kalitesi	32,94	5,39	31,68	5,86	1,50	0,13
Cilt Bakımı	19,99	2,91	20,33	3,30	-0,75	0,45
Toplam Puan	200,66	26,48	195,25	26,80	1,34	0,18

Örnekleme alınan hastaların hastalık konusunda bilgi alma durumlarına göre öğrenim gereksinimleri ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 16’da gösterildi.

Hastaların hastalık konusunda bilgi alma durumlarına göre “ilaçlar”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastalık konusunda bilgi alan hastaların “yaşam aktiviteleri” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($t=3,35$; $p<0,01$). Hastalık konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanları bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($t=2,97$; $p<0,01$).

Tablo 17. Hastaların Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:154)		Almayan (n:66)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,76	4,87	35,11	5,20	-1,84	0,06
Yaşam Aktiviteleri	35,81	5,28	33,95	4,41	2,50	0,013*
Toplum ve İzlem	21,85	4,40	19,89	4,63	2,97	0,003**
Duruma İlişkin Duygular	17,47	4,72	17,83	4,60	-0,53	0,59
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,34	4,74	38,03	4,20	0,45	0,64
Yaşam Kalitesi	32,73	5,73	32,29	5,09	0,54	0,58
Cilt Bakımı	19,87	3,04	20,58	2,94	-1,59	0,11
Toplam Puan	199,83	27,55	197,68	24,43	0,54	0,58

Hastaların tedavi konusunda bilgi alma durumlarına göre “ilaçlar”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavi konusunda bilgi alan hastaların “yaşam aktiviteleri” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,50$; $p<0,05$). Tedavi konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanları bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($t=2,97$; $p<0,01$) (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:78)		Almayan (n:142)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,81	4,60	34,36	5,21	-0,78	0,43
Yaşam Aktiviteleri	35,73	5,62	34,99	4,78	1,02	0,30
Toplum ve İzlem	22,33	4,54	20,68	4,46	2,62	0,009**
Duruma İlişkin Duygular	17,76	4,79	17,48	4,63	0,42	0,67
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,78	4,39	37,95	4,67	1,29	0,19
Yaşam Kalitesi	32,97	5,43	32,39	5,61	0,74	0,45
Cilt Bakımı	20,00	3,15	20,13	2,96	-0,29	0,76
Toplam Puan	201,38	27,68	197,98	26,04	0,90	0,36

Örneklem grubundaki hastaların kontrol konusunda bilgi alma durumlarına göre “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı” puanı ve öğrenim gereksinimleri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark ileri düzeyde anlamlıdır ($t=2,62$; $p<0,01$) (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:220)

	Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumu					
	Alan (n:102)		Almayan (n:118)		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
İlaçlar	33,66	5,34	34,60	4,66	-1,40	0,16
Yaşam Aktiviteleri	35,96	4,84	34,64	5,25	1,92	0,05
Toplum ve İzlem	21,75	4,67	20,85	4,42	1,46	0,14
Duruma İlişkin Duygular	17,46	4,74	17,68	4,64	-0,34	0,73
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,21	4,85	38,28	4,35	-0,11	0,90
Yaşam Kalitesi	33,03	5,63	32,23	5,45	1,06	0,28
Cilt Bakımı	19,81	3,26	20,31	2,79	-1,22	0,22
Toplam Puan	199,87	28,39	198,59	25,09	0,35	0,72

Hastaların beslenme konusunda bilgi alma durumlarına göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı
Yaşam Aktiviteleri	r	0,42						
	p	0,00						
Toplum ve İzlem	r	0,41	0,60					
	p	0,00	0,00					
Duruma İlişkin Duygular	r	0,52	0,57	0,75				
	p	0,00	0,00	0,00				
Tedavi ve Komplikasyonlar	r	0,57	0,64	0,70	0,67			
	p	0,00	0,00	0,00	0,00			
Yaşam Kalitesi	r	0,54	0,66	0,68	0,74	0,80		
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Cilt Bakımı	r	0,57	0,60	0,49	0,62	0,61	0,63	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Toplam Puan	r	0,71	0,79	0,81	0,85	0,88	0,89	0,77
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Örnekleme grubundaki hastaların Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Tablo 20’de gösterildi.

Hasta gereksinim ölçeği toplam puanı ile alt ölçek toplam puanlarının birbirleriyle olan ilişkilerinin aynı yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildi ve “Hastaların kişisel özellikleri ve bilgi alma durumları” ile “Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler” olmak üzere iki başlık altında tartışıldı.

5.1. Hastaların Kişisel Özellikleri ve Bilgi Alma Durumlarına Yönelik Tartışma

Çalışmaya katılan hastaların %60’ı kadın olup, çoğunun 51 yaş üzerinde (%45), ve ilkokul-ortaokul mezunu (%45,9), %45’inin ev hanımı, %73,2’sinin evli, %98,6’sının sosyal güvencesi olduğu, %47,7’sinin 0-7 gün arasında tedavi gördüğü, %26,4’ünün Taşlı Kесе, İnsizyonel Herni, Apandisit ve İnguinal Herni ameliyatı olduğu, %80,5’inin ameliyattan sonra hastanede kalma sürelerinin 0-7 gün olduğu belirlendi (Tablo1, Tablo 2).

Taburculukta hasta eğitiminin hastaların bakımlarına ilişkin konularda karar vermelerini sağlamaları ve kendi bakımlarını üstlenebilmelerinde önemi yadsınamaz (Oerman et all 2001, Suhonen and Leino-Kilpi 2006, Maloney and Weis 2008, Yaman 2008). Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından takip eden hemşirenin, ekip içi koordinasyonun sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Ercan 2006).

Ancak yapılan araştırmalarda hastalara verilen taburculuk eğitiminin sınırlı bir içerikle ve genellikle doktor tarafından verildiği belirtilmektedir (Alpar ve ark 1997, Coşkun ve Akbayrak 2001, Çetin 2004, Nargiz 2005, Suhonen and Leino-Kilpi 2006). Hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olması, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi ve takipleriyle ilgilenmelerini ve hasta eğitimi konusundaki rollerinin bilincinde olmadıklarını düşündürmektedir.

Sunulan çalışmada örneklem grubundaki hastaların “taburculuk aşamasında bilgilendirilme durumları” incelendiğinde, hastaların %66,4’ünün “ilaçlar”

konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastalardan %50'sinin aldıkları bilgiyi hemşirelerden aldığı saptandı (Tablo 3).

Kamber'in (1989) cerrahi hemşireleri ile yaptığı çalışmasında da hemşirelik bakımına ilişkin puan ortalamasının tıbbi bilgi sorularından elde edilen bilgi puan ortalamasından daha düşük düzeyde olduğu saptandı. Bu sonuçlar bize hemşirelerin, bakıma ilişkin bilgilerden çok, hastanın sağlığına kavuşmasında daha etkili olarak gördükleri tıbbi bilgi konusuna ilgi duydukları ve bu konularda hastaları bilgilendirdikleri kanısını uyandırmaktadır.

“Evde bakım” konusunda bilgi alma durumları incelendiğinde, hastaların %42,3'ünün bilgi aldığı, bilgi alan hastalardan %49,5'inin aldıkları bilgiyi doktorlardan aldığı saptandı (Tablo 3). Benzer şekilde Aydoğan'ın (2005) ve Tok'un (2006) çalışmalarında hastaların evde bakıma yönelik aldıkları sınırlı bilgiyi çoğunlukla doktorlardan aldığı görülmektedir. Bu sonuçlar taburculuk aşamasında hastaların evde bakım konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu ve hemşirelerin bakıma ilişkin bilgilerden çok, tıbbi bilgi konularında hastaları bilgilendirdikleri sonucunu desteklemektedir.

Çavuş' un (2008) çalışmasında ise hastaların evde karşılaşılabilecekleri problemler hakkında bilgi almamalarını, hemşirenin taburculuk eğitimi ve önemi konusunda bilgilerinin olmamasına, hemşire sayısının yetersizliğine, hasta sayısının fazla olmasına ve ekip çalışmasının olmamasına bağlanmıştır.

Mevcut çalışmada hastaların “hastalık” konusunda %72,7'sinin bilgi aldığı, “tedavi” konusunda ise %70,0'inin bilgi aldığı ancak “hastalık” konusunda bilgi alanların %94,4'ü ile “tedavi” konusunda bilgi alanların %89,0'unun doktordan bilgi aldığı saptandı (Tablo 3). Literatürde de “hastalık” ile “tedavi ve komplikasyonlar” hakkında bilgi verme sorumluluğunun hekime ait olduğu belirtilmektedir (Aksoy ve ark 1992, Şenses 1997, Ay ve ark 2007, Sabuncu ve ark 2008). Çalışmadan elde edilen sonuç literatürle paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmayla benzer şekilde Kayhan (2003) ve Özcan'ın (2008) çalışmalarında ameliyat olacak hastaların çoğunun ameliyat hakkında hekimlerle iletişim kurmayı tercih ettiği saptanmıştır. Bu bulgu hekimlerin ameliyatı yapacak

kişi olması ve bu konuda bilgili ve yetkili kabul edilmesi nedeniyle bilgi alınacak kaynak olarak öncelikle hekime başvurulduğunu göstermektedir.

Literatürde, kontrollere belirlenen zaman aralıklarında düzenli olarak gidilmesinin, gerekli değerlendirmelerin yapılabilmesinde ve iyileşme sürecinde ortaya çıkabilecek sorunların erken dönemde fark edilmesinde etkili olabileceği ve hastaların bu konuda bilgi almak istedikleri ve bilgilendirilmesi gerektiği yer almaktadır (Lithner and Zilling 2000, Ulusan 2008).

Yapılan çalışmalarda; hastaların “tıbbi izleme” yönelik istenilen düzeyde bilgilendirildiği, verilen bilginin çoğunlukla doktorlar tarafından verildiği saptanmıştır (Aydoğan 2005, Nargiz 2005, Ulusan 2008). Sunulan çalışmada ise hastaların “tıbbi izlem için kontrole gelme” konusunda %35,5’inin bilgilendirildiği ve bilgi alanların %79,5’ine doktor tarafından bilgi verildiği saptandı. Bu sonuç çalışmanın yapıldığı yerde hastalara, kontrole gelme konusundaki bilgilendirmenin hastanın çıkışı sırasında yapıldığını düşündürmektedir.

Çalışmada hastaların %46,4’ünün “beslenme” konusunda bilgi aldığı, Bilgi alan hastaların %50,0’ının doktorlardan bilgi aldığı görüldü (Tablo 3). Benzer şekilde Ulusan’ın (2008) kalça protezi uygulanan hastalarda yaptığı çalışmasında hastaların %41,4’üne “beslenme” konusunda bilgi verildiği gözlenmektedir. Literatürde hastaların “beslenme” konusunda bilgilendirilmesinin yara iyileşmesinin sağlanması ve cerrahi yara komplikasyonlarının önlenmesi açısından önemli olduğu ve hastaların beslenme konusunda bilgi almak istedikleri belirtilmektedir (Lithner and Zilling 2000, Ulusan 2008). Ancak sunulan çalışmada hastaların çoğuna beslenme konusunda bilgi verilmediği ve eğitim verme konusunda hemşirelerin aktif olmadığı görülmektedir.

Naylor ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan araştırma sonucuna göre hastalara kapsamlı bir taburculuk eğitimi verilmesi sonrası, bakım verene duyulan gereksinimin azaldığı bulunmuştur. Ancak bu çalışmada elde edilen veriler genel olarak değerlendirildiğinde hastaların taburculuğa yönelik yeterince bilgilendirilmediği, bilgilendirilen hastaların bilgi aldıkları konuların içeriğinin

yetersiz olduğu, hastaların çoğunlukla doktor tarafından bilgilendirildiği ve hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin bir rol almadığı görülmektedir.

Akçin'in (2000) yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik etkinlikleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları alanlarda gerçekleştirdikleri temel hemşirelik rollerinden %85,7'sinin uygulama/bakım verme rolünü, %5,5'inin eğitici rolünü, %4,7'sinin yönetici rolünü, %4,3'ünün araştırmacı rolünü öncelikle yerine getirdikleri saptanmıştır. Çiftçi'nin (2006) çalışmasında da eğitim işini genellikle hekimlerin yaptığı, hemşirelerin daha çok taburculuk ve hastaneden ayrılma işlemlerine yardımcı olduklarının gözlemlendiği belirtilmektedir. Bu bulgular hemşirelerin çalışma ortamında hemşirelik hizmetlerine genel bakışı yansıtır biçimde, psikomotor beceri ağırlıklı geleneksel hemşirelik rollerine daha fazla yer verdikleri ve hasta eğitimi rolünü uygulayıcı/bakım verici rolü içinde ele aldıkları, hemşirenin eğitimci rolünü ise hizmet içi eğitim kapsamındaki eğitim etkinlikleri olarak değerlendirdikleri görüşünü destekler niteliktedir.

5.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlere Yönelik Tartışma

Yapılacak etkin bir taburculuk planlaması için hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinimleri esas alan bir taburculuk eğitiminin yapılması önemlidir. Taburculuk eğitiminin etkinliği ise bireyin öğrenim gereksiniminin farkında olması, öğrenmeyi kabullenmesi ve öğrenmeye hazır olması ile mümkündür (Aydoğan 2005).

Çalışma kapsamına alınan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması $199,19 \pm 26,62$ (min:123, max:250) bulundu (Tablo 4). Bu puan soru sayısına bölüldüğünde puan ortalaması 3,98'dir. Bu sonuca göre hastaların kendilerine, belirtilen konularda bilgi verilmesini önemli buldukları ve bilgi gereksinimleri olduğu söylenebilir (Merkley 1997, Carew 1999, Rich-vanderBij 1999, Çatal 2000, Jacobs 2000)

Jacobs'un (2000) cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması $106,2 \pm 48,6$ (min:34, max:250), Carew (1999) kalp kateterizasyonu uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında toplam puan

ortalaması $113,53 \pm 38,81$ (min:47, max:193), Rich-vanderBij (1999) cerrahi girişim geçiren hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında toplam puan ortalaması $151,8 \pm 40,0$ (min:63, max:215) bulunmuştur. Bu bulgular, mevcut çalışmadan farklı olarak hastaların daha az öğrenim gereksinimi olduğunu göstermiştir.

Ancak gerek ülkemizde gerek yurtdışındaki çalışma sonuçları hastaların büyük çoğunluğunun taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri olduğunu, verilen bilgilerin bu gereksinimleri karşılamaya yetmediğini bildirmektedir (Yıldız 1994, Jickling and Graydon 1997, Rich-vanderBij 1999, Jacobs 2000, Henderson and Chien 2004, Aydoğan 2005, Suhonen, Nenonen, Laukka and Valimaki 2005, Çullu 2007, Maloney and Weis 2008).

Öğrenim gereksinimlerinin alt ölçek boyutunda öncelik sırasına bakıldığında; hastaların sırasıyla “ilaçlar”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi” ve “cilt bakımı” konusundaki bilgileri çok önemli, “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular” ile “toplum ve izlem”, konusundaki bilgileri ise ne az ne çok önemli olarak değerlendirdikleri saptandı (Tablo 4).

Yapılan bir araştırmada tekrarlı hastaneye yatma deneyimi olan hastaların genellikle düzensiz ilaç kullanma öyküsü olduğu saptanmıştır (Tel ve Akdemir 1998). Bu sonuç hastaların ilaçları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadan taburcu olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmayla benzer olarak; Hong Kong’da Çinli hastalar ile yapılan çalışmada hastalar cerrahi sonrası en fazla bilgi gereksinimlerinin ilaçlar ve post operatif dönemdeki komplikasyonlara ilişkin olduğunu ifade etmişlerdir (Henderson and Chien 2004).

Yurt dışında yapılan taburculuk sırasındaki bilgi gereksinimlerinin saptandığı birçok araştırma da, sunulan çalışmayla benzer şekilde hastaların bilgi gereksinim önceliklerinde ilk sıralarda tedavi ve komplikasyonların yer aldığı tespit edilmiştir (Jickling and Graydon 1997, Carew 1999, Rich-vanderBij 1999, Lithner and Zilling 2000, Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisko and Salanterä 2005, Suhonen et al 2005).

Johansson et al (2005) kalça protezi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerini saptadığı çalışmada son sırada toplum ve izlem konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmanın sonuçları bu bulguyla paraleldir.

Oerman ve ark (2001) hastaların hemşirelerin verdikleri eğitimi değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin hastalık, ilaçlar ve tedavi hakkında bilgi vermesini kendi bakımları açısından önemli bulduklarını belirtmektedir.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak hastaların daha çok tıbbi bilgileri merak ettikleri, taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını karşılamak için gerekli olan bilgilerin ve tıbbi izlemin iyileşmedeki öneminin farkında olmadıkları söylenebilir.

Yapılan çalışmada hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en önemli buldukları beş madde sıralandığında ilk sırada “ameliyat yarasının bakımını nasıl yapması gerektiği” (4,58±0,66), ikinci sırada “yapmaması gereken aktivitelerin neler olduğu” (4,49±0,71), üçüncü sırada “hastalığına bağlı oluşabilecek sorunların neler olduğu” (4,47±0,76), dördüncü sırada “evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edeceği” (4,46±0,86), beşinci sırada “İlaçlarının her birini ne kadar süre kullanması gerektiği” (4,45±0,67) yer almaktadır (Tablo 5).

Benzer şekilde Jickling ve Graydon (1997), Merkley (1997), Carew (1999) ile Rich-vanderBij (1999) çalışmalarında da evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edeceği ve hastalığına bağlı oluşabilecek sorunların neler olduğu konusunda verilecek olan bilgiler önem sırasına göre ilk beş maddenin içinde yer almaktadır.

Jacobs'un (2000) çalışmasında da evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edeceği ve ameliyat yarasının bakımını nasıl yapması gerektiği konusunda verilecek olan bilgiler önem sırasına göre ilk beş maddenin içinde yer almaktadır.

Mevcut çalışmada hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en az önemli buldukları beş madde sıralandığında sondan ilk sırada “klinikten eve nasıl gideceği” (2,22±1,49), ikinci sırada “ayaklarına uygun bakımı nasıl yapacağı” (2,67±1,39), üçüncü sırada “toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabileceği” (2,71±1,30), dördüncü sırada “hastalığıyla ilgili duygularını nasıl tanımlayabileceği” (3,35±1,30), beşinci sırada “hastalığına ilişkin duygularla baş etmek için nereden yardım alabileceği” (3,35±1,35) bulundu. Bu sonucun toplumumuzda, aile bağlarının

ve sosyal destek kaynaklarının güçlü olması sebebiyle hastaların bu konularla ilgili endişe duymamalarına bağlı olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yaş ortalaması arttıkça öğrenim gereksinimleri toplam puanı ile “yaşam kalitesi”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “duruma ilişkin duygular”, “ilaçlar” puanının arttığı gözlemlendi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Yılmaz’ın (2006) çalışmasında kanserli çocuklara bakım veren annelerin yaşı ile fiziksel bakım bilgi gereksinimleri arasındaki ilişki incelendiğinde; anne yaşının fiziksel bakım gereksinim düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

Yaman’ın (2008) kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da yaş ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamız bu çalışma sonuçları ile paraleldir. Bununla birlikte Ulsan (2008) ve Johansson et al (2005) kalça protezi uygulanan hastalarda yaş ve bilgi gereksinimi arasında ilişki olup olmadığının değerlendirildiği çalışmada taburcu olduktan sonra 60–69 yaş arasındaki hastaların 40 yaş ve altındaki hastalara göre daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Mamon et al (1992) eve dönen hastalara uygulanan taburculuk planının etkinliğini saptadığı çalışmada, verilen eğitimin yaşlı hastaların gereksinimlerini karşılamadığını görmüştür.

Brown’un (1994) acil hastalarının taburculuk eğitimini algılamalarına yönelik çalışmada 56–65 yaş grubunun düşük puan aldığı saptanmış, bunun nedeni olarak da yaşlı insanların eğitim ve anlama kapasitelerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlı hastaların bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Çalışmada cinsiyete göre öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde kadın hastaların “duruma ilişkin duygular” ve “yaşam kalitesi” toplam puanı erkek hastalardan göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7). Bu sonuç kadınların erkeklerle kıyaslandığında daha duygusal, etkilenebilir, duyarlı olması ve endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerine bağlı olabilir.

Rich-vanderbij (1999), sekonder yaralanmanın eşlik ettiği kafa travmalı hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini incelendiği çalışmada, kadınların “semptom ve komplikasyonlar” ile “hastalığa ilişkin duygular” alt ölçeklerinde belirttikleri gereksinimlerin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur. Johansson ve arkadaşları (2005) ile Suhonen ve arkadaşları (2005) çalışmada kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Mamon ve arkadaşları (1992) uygulanan taburculuk planının kadın hastaların evdeki gereksinimlerini karşılamadıklarını saptamıştır.

Algier ve arkadaşlarının (2005) hasta ve hemşirelerle yaptıkları, hemşirelik girişimlerinin önemi ile ilgili algılamalarına ilişkin çalışmalarında kadın hastaların tüm alanlardaki puan ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu kadın hastaların daha duyarlı oldukları sonucunu desteklemektedir. Kadın hastalarla hemşirelerin cinsiyetlerinin aynı olması ve kadın cinsiyette de davranışsal farkındalığın yüksek olması, kadın hastaların hemşire tarafından yapılan tüm girişimleri önemli olarak algılamalarına neden olabilir. Çalışma sonucumuz bu sonuçlarla benzerdir.

Kayhan'ın (2003) çalışmasında; bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ortalamaları karşılaştırıldığında bayan hastaların anksiyete ortalamalarının erkek hastaların anksiyete ortalamalarından daha yüksek bulunması kadınların bilgi eksikliği nedeniyle endişe duyduklarını destekler niteliktedir.

Çalışma sonuçlarından farklı olarak, Ulusan'ın (2008) kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin cinsiyete göre değerlendirildiği çalışmada erkek hastaların beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik bilgi alma oranının yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum erkek hastaların eğitim seviyelerinin kadın hastalardan yüksek olmasına bağlanmıştır.

Mevcut çalışmada öğrenim durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında hastalardan öğrenim durumu okur-yazar olanların “ilaçlar”, “tedavi ve komplikasyonlar” ve “cilt bakımı” puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8). Benzer şekilde Johansson ve arkadaşları (2005) çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını saptamıştır. Bu bulgular öğrenim durumu düşük olanların taburculuk aşamasındaki

bilgi gereksinimlerinin yüksek ve bu hastaların diğer hastalara göre bilgi eksikliklerinin farkında olduğunu göstermektedir.

Yaman (2008) çalışmasında araştırma kapsamına alınan her iki grupta da öğrenim durumu yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır, buna bağlı olarak da bilgi gereksinimlerinin daha az olacağı söylenebilir.

Literatürde yer alan konu ile ilgili diğer çalışmalar değerlendirildiğinde, elde edilen sonuçların çoğunun yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermediği, taburcu olan hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe, daha çok sorgulamaları, sağlıklarına daha fazla özen göstermeleri ve bilgiye daha kolay ulaşabilmelerine bağlı olarak sağlıkları için daha fazla bilgi edinmek istemeleri nedeniyle öğrenme gereksinimlerinin arttığı belirlenmiştir (Yıldız 1994, Algier ve ark 2005, Nargiz 2005, Ulsan 2008).

Hastaların tedavi gördükleri kliniğe göre öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları incelendiğinde, 4. serviste tedavi gören hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 11). Bu sonucun, servisin meme hastalıkları servisi, hastaların da bayan hastalar olması sebebiyle daha duygusal ve duyarlı olmaları aynı zamanda vücut bütünlüğünün bozulma olasılığı nedeniyle kaygı yaşamalarından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca verilen bilgilerin genellikle fiziksel sorunlara yönelik olup, bireylerin psikososyal açıdan etkilendiğinin gözden kaçtığı ve verilen taburculuk eğitiminin yetersiz olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada örnekleme alınan hastalardan 16 gün ve üzeri tedavi gören grubun “ilaçlar” ve “duruma ilişkin duygular” puanı 16 günden daha az tedavi gören hasta gruplarından yüksek, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12). Bu farklılığın hastanede uzun süre kalan hastaların hastalıklarının daha farkında olmaları ve duygusal yönden destek gereksinimi duymalarına bağlı olduğu söylenebilir.

Literatürde tedavinin uzun sürmesi durumunda belirsizliğin daha yoğun yaşandığı ve belirsizlik içinde ümitsizlik hissettiklerinden hastalarda sıklıkla depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Öz 2001).

Algier ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hastanede yedi günden az bir süredir yatan hastaların fizyolojik alandaki hemşirelik girişimlerinin önemi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş ve bu grupta yer alan hastaların henüz fizyolojik gereksinimlerinin ağırlıkta olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların öğrenim gereksinimleri, yapılan ameliyat türüne göre değerlendirildiğinde, Mide, Kolon ve Batında Kitle, Karaciğer ve Pankreas ile Guatr ameliyatı olan hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı anlamlı düzeyde yüksek, meme ameliyatı olan hastaların ise en yüksek bulundu. Fark ileri derecede anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 13). Cerrahi hastalarının gereksinim duyduğu bilgilerin önceliği, cerrahinin tipinin bireyde stres yaratma özelliğine göre değişmektedir (Çatal 2007). Bu gruplardaki hastaların çoğunluğunun kanser hastası olması ve büyük ameliyat geçirmeleri nedeniyle girişim sonrasında, kanser olma, terk edilme, yalnızlık korkusu, ağrı, hastalığın tekrarlama korkusu, vücut bütünlüğünün bozulması, cerrahi girişimin başarısız olduğunu düşünme, aileye karşı sorumluluklarını yerine getirememeye, cerrahi girişim sonrası duruma uyumda zorluk gibi sorunlar nedeniyle bilgilendirilmeye ve psikolojik desteğe daha çok ihtiyaçları olduğu söylenebilir.

Gürsoy’un (2001) ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında, ameliyat türünün hastanın kaygısını etkilediği sonucuna varmıştır. Bu sonuca göre kaygı düzeyine bağlı olarak hastaların psikolojik hazırlığı değişebilir. Büyük ameliyatlarda mortalite ve morbidite riski daha yüksektir.

Literatürde büyük cerrahi girişim geçirecek hastaların en yüksek anksiyeteli gruba dahil olduğu belirtilmektedir. Kayhan’ın (2003) çalışmasında tiroidektomi ameliyatı olan hastaların anksiyete puanları herni ve kolesistektomi ameliyatı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca tiroidektomi ameliyatı olan hastalarda diğer ameliyat grubundaki hastalara oranla daha fazla komplikasyon görülmüştür. Bu sonuçlar mevcut çalışmada tiroidektomi ameliyatı olan hastaların “duruma ilişkin duygular” konusunda bilgi gereksinimlerinin fazla olmasının

nedenini açıklar niteliktedir. Ayrıca Troidektomi ve Mastektomi ameliyatı olan hastaların anksiyetelerinin yüksek olmasının, ameliyatın gözle görülen bir bölgede olması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Çalışmada ilaçlar konusunda bilgi almayan hastaların, bilgi alanlara göre “ilaçlar” puanı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15). Bu sonuca göre hastalara ilaçlar konusunda verilen eğitimin hastaların gereksinimlerini karşıladığı söylenebilir. İlaçlar konusunda bilgi verilen hastaların “toplum ve izlem” puanları bilgi almayanlara göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Mevcut çalışmada hastalardan evde bakım konusunda bilgi alanların “toplum ve izlem” puanları bilgi almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p<0,05$) (Tablo 16). Bu bulgu bilgi verilen hastaların, kendileri ve bakım verenler için toplumsal destek kaynakları ve tıbbi izlemin önemi konusunda daha çok bilinçlendiklerini düşündürebilir.

Hastalık konusunda bilgi verilen hastaların “yaşam aktiviteleri” ile “toplum ve izlem” puanları bilgi verilmeyen hastalardan ileri düzeyde anlamlı ve yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 17). Benzer şekilde tedavileri konusunda bilgi alan hastaların “yaşam aktiviteleri” puanı bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksek, “toplum ve izlem” puanı ise ileri düzeyde anlamlı ve yüksek bulundu ($p<0,05$; $p<0,001$) (Tablo 18). Bu sonuca göre hastalıkları ve tedavileri konusunda bilgiye sahip olan hastaların kendi bakımlarını yönetmelerini sağlayacak bilgilere daha çok önem verdikleri söylenebilir.

Jacobs'un (2000) kolesistektomi, apendektomi ve herni ameliyatı olmuş hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimleri ve önceliklerini belirledikleri çalışmada hastalar “yaşam aktiviteleri” ile ilgili bilgi gereksinimini en önemli olarak belirtmişlerdir. Bu sonuç, yeterli bilgi alamayan hastaların yara bakımı, aktivite rehberi, olası komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi konusunda risk altında olduğunu gösterir, diğer yandan hastaların biran önce eski fonksiyonlarına dönmek istediklerini yansıttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Yapılan çalışmada taburculuktan sonra kontrole gelme konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” puanı bilgi almayan hastalardan yüksek bulundu. Fark ileri derecede anlamlıdır. ($p<0,01$) (Tablo 19). Bu sonuç hastaların bilgi aldıklarını ifade ettikleri konuların içeriğinin yetersiz olması, hastaların neyi bilmeleri gerektiğini bilmemeleri ve evde karşılaşılabilecek güçlükleri tahmin edememelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Yapılan araştırmalarda hastaların ilk sağlık kontrolü ve kontrole gelme zamanı konusunda tamamına yakınının bilgi aldığı ancak kontrole gelmenin önemine ve yapılacak değerlendirmelere yönelik çok az bir kısmının bilgi aldığı saptanmıştır (Tel ve Akdemir 1998, Aydoğan 2005)

Tok'un (2006) çalışmasında, koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent işlemleri hakkında bilgi alan hastaların % 50'si kendilerine verilen bilginin yeterli olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Bilgilerin yetersiz olduğunu ifade eden hastalara “bilgilendirmenin nasıl olmasını istedikleri” sorulduğunda hastalar sadece “verilen bilgilerin daha kapsamlı olmasını” istediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç bilgi verilen hastaların öğrenim gereksinimlerinin fazla olmasını açıklar niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Örneklem grubundaki hastaların %60'ının kadın, %45'inin 51 yaş üzerinde, %45,9'unun ilkokul-ortaokul mezunu, %45'inin ev hanımı, %73,2'sinin evli ve %98,6'sının sosyal güvencesi olduğu bulundu.
- Hastaların %47,7'sinin 0-7 gün arasında tedavi gördüğü, %26,4'ünün Taşlı Kese, İnsizyonel Herni, Apandisit ve İnguinal Herni ameliyatı olduğu, %80,5'inin ameliyattan sonra hastanede kalma sürelerinin 0-7 gün olduğu saptandı.
- Örneklem grubundaki hastaların %66,4'ü ilaçlar konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %50,0'sinin hemşirelerden bilgi aldığı görüldü.
- Örneklem grubundaki hastaların %57,7'sinin evde bakım konusunda bilgi almadığı tespit edildi. Bilgi alan hastaların %49,5'i doktorlardan bilgi aldığı bulundu.
- Örnekleme alınan hastaların %72,7'sinin hastalık konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %94,4'ünün doktorlardan bilgi aldığı tespit edildi.
- Örneklem grubundaki hastaların %70'inin tedavi konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %89,0'ının doktorlardan bilgi aldığı bulundu.
- Olguların %64,5'inin kontrol konusunda bilgi almadığı, bilgi alan hastaların %79,5'inin doktorlardan bilgi aldığı tespit edildi.
- Hastaların %53,6'sının beslenme konusunda bilgi almadığı saptandı. Bilgi alan hastaların ise %50,0'ının doktorlardan bilgi aldığı görüldü.
- Hastaların aldıkları öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması $199,19 \pm 26,62$ (min:123, max:250) bulundu.
- Öğrenim gereksinimlerinin öncelik sırasına bakıldığında hastaların sırasıyla “ilaçlar” ($34,16 \pm 5,00$), “tedavi ve komplikasyonlar” ($38,25 \pm 4,58$), “yaşam kalitesi” ($32,60 \pm 5,54$) ve “cilt bakımı” ($20,08 \pm 3,02$) konusundaki bilgileri çok önemli, “yaşam aktiviteleri” ($35,25 \pm 5,10$), “duruma ilişkin duygular” ($17,58 \pm 4,68$) ve “toplum ve izlem” ($21,26 \pm 4,55$), konusundaki bilgileri ise ne az ne çok önemli olarak değerlendirdikleri saptandı.

- Hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en önemli buldukları beş madde sıralandığında ilk sırada ameliyat yarasının bakımını nasıl yapması gerektiği ($4,58\pm 0,66$), ikinci sırada yapmaması gereken aktivitelerin neler olduğu ($4,49\pm 0,71$), üçüncü sırada hastalığına bağlı oluşabilecek sorunların neler olduğu ($4,47\pm 0,76$), dördüncü sırada evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edeceği ($4,46\pm 0,86$), beşinci sırada İlaçlarının her birini ne kadar süre kullanması gerektiği ($4,45\pm 0,67$) bulundu.
- Hastaların öğrenim gereksinimleri içinde en az önemli buldukları beş madde sıralandığında sondan ilk sırada klinikten eve nasıl gideceği ($2,22\pm 1,49$), ikinci sırada ayaklarına uygun bakımı nasıl yapacağı ($2,67\pm 1,39$), üçüncü sırada toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabileceği ($2,71\pm 1,30$), dördüncü sırada hastalığıyla ilgili duygularını nasıl tanımlayabileceği ($3,35\pm 1,30$), beşinci sırada hastalığına ilişkin duygularla baş etmek için nereden yardım alabileceği ($3,35\pm 1,35$) bulundu.
- Hastaların yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).
- “Duruma ilişkin duygular” ve “yaşam kalitesi” toplam puanı kadın hastalarda erkek hastalardan yüksek olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Hastalardan öğrenim durumu okur-yazar olanların “ilaçlar” ve “cilt bakımı” toplam puanı yüksek ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$), “tedavi ve komplikasyonlar” puanı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Örneklem grubundaki hastaların meslek gruplarına ve medeni durumlarına göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hastaların tedavi gördüğü kliniğe göre 4. serviste tedavi gören hastaların “duruma ilişkin duygular” puanı yüksek, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Örnekleme alınan hastaların hastanede yatış süresine göre 16 günden fazla yatanların “ilaçlar” ve “duruma ilişkin duygular” puanı yüksek fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$, $p<0,05$).

- Hastaların yapılan ameliyat türüne göre; Mide, Kolon ve Batında Kitle, Karaciğer ve Pankreas ile Guatr ameliyatı olan hastaların “duruma ilişkin duygular” toplam puanı yüksek, Meme ameliyatı olan hastaların ise en yüksek, fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$).
- Örneklem grubundaki hastaların ameliyat sonrası yatış süresine göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hastaların ilaçlar konusunda bilgi alma durumlarına göre ilaçlar konusunda bilgi almayan hastaların “ilaçlar” toplam puanı ilaçlar konusunda bilgi alan hastalardan yüksek, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). İlaçlar konusunda bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanı ilaçlar konusunda bilgi almayanlardan yüksek Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Örneklem grubundaki hastaların evde bakım konusunda bilgi alma durumlarına göre bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Hastaların hastalık konusunda bilgi alma durumlarına göre bilgi alan hastaların “yaşam aktiviteleri” ve “toplum ve izlem” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek fark ileri düzeyde anlamlı bulundu. ($p<0,01$).
- Hastaların tedavi konusunda bilgi alma durumlarına göre bilgi alan hastaların “yaşam aktiviteleri” ve “toplum ve izlem” toplam puanları bilgi almayan hastalardan yüksek fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$, $p<0,01$).
- Örneklem grubundaki hastaların kontrol konusunda bilgi alma durumlarına göre bilgi alan hastaların “toplum ve izlem” toplam puanı bilgi almayan hastalardan yüksek fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu. ($p<0,01$).
- Hastaların beslenme konusunda bilgi alma durumlarına göre öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hasta gereksinim ölçeği toplam puanı ile alt ölçek toplam puanlarının birbirleriyle olan ilişkilerinin aynı yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelere yönelik taburculuk planlaması süreci ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve hemşirenin eğitici rolü tam olarak benimsetilmesi,
- Çalışma sonuçlarına göre belirlenen konuların cerrahi hastalarının taburculuk planlanmasında ve taburculuk eğitimi içerisinde yer alması,
- Hastaların öncelik verdiği bilgi gereksinimlerinin karşılanarak hasta bakım sonuçlarına yansıtılması,
- Taburculuk planlaması sürecinin her hastaya özgü olması, hastanın bireysel özelliklerine göre planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akçin E. (2000). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Dan: Prof. Dr. Gülsün Taşocak).
2. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (1992). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s:144.
3. Aksoy G, Sayın YY. (2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2):39-46.
4. Akyolcu N, Yardakçı R. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemar-G Dergisi*, 6(1,2):7.
5. Algıer L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişiminin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1):33-40.
6. Alpar ŞE, Karabacak Ü, Gülseven B. (1997). Hastanın hastaneden taburcu edilmesinde hemşirenin rolünün değerlendirilmesine İlişkin bir çalışma. *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3-4):83-88.
7. Aras G. (2006). Karaciğer Transplantasyonunda Hastaların ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri ve Bakıma Katılım Düzeylerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen).
8. Avşar G. (2006). Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Dan: Doç. Dr. Mağfiret Kaşıkçı).
9. Ay FA, Ertem ÜT, Özcan NK, Güneş B, Işık RD, Savran S. (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s:133-400.

10. Aydoğan N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Dan: Prof. Dr. Fethiye Erdil).
11. Aytur T. (2001). Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Dan: Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle).
12. Babacan E, Alıcı SU. (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5(2):29-36.
13. Bayat M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:66-72.
14. Brown D. (1994). Perceptions of Discharge Instructions by the Emergency Department Patient. University of Nevada, Master of Science Degree in Nursing School of Nursing, Las Vegas.
15. Büyükyılmaz F, Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1):74-81.
16. Carew D. (1999). Discharge Information Needs of Outpatient Cardiac Catheterization Patients. University of Toronto, Master of Science Graduate Department of Nursing Science, Canada.
17. Clark PA, Drain M, Gesell SB, Mylod DM, Kaldenberg DO, Hamilton J. (2005). Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Education and Counseling*, (59): 56-68.
18. Coşkun H, Akbayrak N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2):63-68.
19. Çakırcalı E. (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir, s:197-202.

20. Çalık E. (2007). Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Solunum Konforu, Ağrı ve Memnuniyete Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Dan: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin).
21. Çatal E. (2007). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Dan: Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle).
22. Çavuş D. (2008). Kanser Hastalarının Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Dan: Yrd. Doç. Dr. Ayfer Elçigil).
23. Çetin Z. (2004). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nuran Güler).
24. Çiftçi ES. (2006). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz).
25. Çullu M. (2007). Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce ve İstekleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Saadet Ülker).
26. Dönmez YC. (2006). “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative Of Nursing Care Scale)” nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Türkan Özbayır).
27. Demirdüğen E. (1999). Hastaların Troidektomi Öncesi Bilgi Gereksinimleri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nevin Kanan).

28. Ercan E. (2006). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Dan: Prof. Dr. Fethiye Erdil).
29. Erdil F, Elbaş NÖ. (1999). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Ankara, s:97-136
30. Ertuğrul B. (2007). Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Durumu ve Anksiyeteye Yaklaşım. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, Ankara.
31. Güler H, Taşkın L. (2001). Histerektomi ameliyatı sırasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2):9-18.
32. Gürsoy AA. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1:23-29.
33. Güvenç M. (1993). Cerrahi Hastalarının Hemşirelerden ve Öğrenci Hemşirelerden Beklentileri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nevin Kanan).
34. Henderson A, Chien WT. (2004). Information needs of Hong Kong chinese patients undergoing surgery, *Journal of Clinical Nursing*, 13:960-966.
35. Huang TT, Liang SH. (2005). A Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Discharge Planning Intervention in Hospitalized Elders with Hip Fracture due to Falling. *Journal of Clinical Nursing*, 16 :1193-1201.
36. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Bekiroğlu M, Öztürk E. (1994). Gata Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Kitabı. Yayın No: 5, Ankara, s:58-81.
37. Jacobs V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1):12-18.

38. Javorski C.A. (2005). In-Patient Education: Are Patient' Perceived Learning Needs Met Following First MI?. Medical College of Ohio, Master of Science in Nursing, Ohio.
39. Jickling JL, Graydon JE. (1997). The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: a pilot study. *Heart & Lung*, 26: 350-357.
40. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisko J, Salantera S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2):212-223.
41. Kamber A. (1989). Larenjektomi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Yard. Doç. Dr. Güler Aksoy).
42. Karadağ M. (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3(2):27-34.
43. Kaya NÇ. (1995). Cerrahi Kliniklerinde Hasta Kabul İşlemlerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nevin Kanan).
44. Kayhan C. (2003). Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon (Dan: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek).
45. Lithner M, Zilling T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40:29-37.
46. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. (2004). Preoperative Nursing. Medical Surgical Nursing, Sixth Edition, Mosby.
47. London F. (2004). How to Prepare Families for the Discharge in the Limited Time Available. *Pediatric Nursing*, 30(3): 212-216.

48. Maloney LR, Weiss ME. (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, 17(3): 200-219.
49. Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. (1992). Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research*, 27(2):156-175.
50. Merkley JM. (1997). Stress, Uncertainty, and Information Needs in Family Caregivers of Severely Head-Injured Adults Before Final Discharge From Rehabilitation Settings. University of Toronto, Master of Science Graduate Department of Nursing Science, Canada.
51. Nargiz S. (2005). Perkutan Nefrolitotomi Sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fethiye Erdil).
52. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *JAMA*, 281(7):613-620.
53. Oerman MH, Haris CH, Dammeyer JA. (2001). Teaching by the nurse: How important is it to patients? *Applied Nursing Research*, 14(1):11-17.
54. Öz F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):61-68.
55. Özcan H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).
56. Paul S. (2008). Hospital discharge education for patient with heart failure: what really works and what is the evidence?. *Critical Care Nurse*, 28(2):66-82.
57. Rich-vanderBij L.P. (1999). The Discharge Information Needs of Adults With Incisions Healing by Secondary Intention. University of Toronto, Graduate Department of Nursing Science, Toronto.

58. Sabuncu N, Alpar ŞE, Özdilli K, Batmaz M, Bahçecik N, Özhan F, Dursun S. (2008). Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Alter Yayıncılık Rek. Org.Tic. Ltd. Şti., Ankara, s:401-412.
59. Sabuncu N, Ay FA. (2009). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul.
60. Suhonen R, Leino-Kilpi H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61: 5-15.
61. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Valimaki M. (2005). Patients' informational needs and information needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14:1167-1176.
62. Şenses MÖ. (1997). Çocuklarına Batın Ameliyatı Endikasyonu Konulan Annelerin Eğitiminin Anksiyete Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Gülay Görak).
63. Şenyuva E, Taşocak G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 15(59):100-106.
64. Tan NU. (2006). Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan).
65. Taylor CR, LeMone P, Lillis C, Lynn P. (2008). Fundamentals of Nursing. 6th ed, Lippincott Company, Philadelphia, s:179-184.
66. Tel H, Akdemir N. (1998). KOAH' lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2):44-52 .

67. Tok A. (2006). Koroner Anjioplasti ve İnter Koroner Stent Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Dan: Doç. Dr. Sevilay Şenol Çelik).
68. Toksal M. (2005). Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon (Dan: Doç. Dr. Yüksel Arıkan).
69. Ulusan Z. (2008). Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Naile Bilgili).
70. Velioglu P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset, İstanbul, s:7.
71. Yaban ZŞ. (2006). Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Deneyimleri. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.
72. Yaman Y. (2008). Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Hülya Deniz Bulut).
73. Yıldırım M. (2007). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Dan: Prof. Dr. Nurhan Bayraktar).
74. Yıldız Z. (1994). Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Bilgi Gereksinimine İlişkin Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nevin Kanan).
75. Yılmaz M. (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 40-51.
76. Yılmaz MÇ. (2006). Bilgi ve Fiziksel Gereksinimlerine Yönelik Planlı Taburculuk Programı ve Evde Bakımın Kansersiz Çocuklarda Etkililiği. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Dan: Doç. Dr. Süheyla Altuğ Özsoy).

8. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu anket sizlerin taburcu olmadan önceki bilgi gereksinimlerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmanın verimli olabilmesi için lütfen her bir soruyu okuyarak içtenlikle cevaplayınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3) Öğrenim durumunuz

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

4) Mesleğiniz?

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

5) Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar c) Dul

6) Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

7) Tedavi gördüğünüz klinik?.....

8) Yatış süresi?.....

9) Yapılan ameliyat?.....

10) Ameliyat sonrası yatış süresi?.....

11) Hastanede kaldığınız sürede ilaçlarınız ve kullanımı ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

12) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

13) Evdeki uygun fizik ortam ve dikkat etmeniz gerekenler ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

14) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

15) Hastalığınız ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

16) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

17) Tedaviniz ve amacı ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

18) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

19) Taburculuktan sonra kontrolleriniz ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

20) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

21) Evde beslenmeniz ve dikkat etmeniz gerekenler ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

22) Cevabınız evet ise bilgiyi kimden/kimlerden aldınız ?

.....

EK 2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz. Soruları içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?					
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?					
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?					
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?					
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?					
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?					
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?					
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?					
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?					
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?					
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?					
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?					
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?					
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?					
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?					
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?					
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?					
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?					
19. Tedavimi kim takip edecek?					
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?					
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?					
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?					
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?					

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

**EK 3. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurul
İzin Yazısı**



CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



T.C.
İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
ay : 34278
konu :
Sayı: 197.85.4
Geldiği Tarih: 03 Aralık 2008

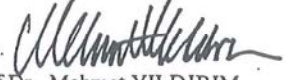
İstanbul / /
25 Kasım 2008

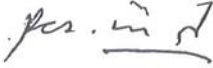
03 Aralık 2008 Dekanlık Makamına

İLGİ: 28.10.2008 tarihli, 31326 sayılı yazınıza:

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.ÜKKE KARABACAK'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi SEHER ÖZEL'in yürüteceği "Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 18 Kasım 2008 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

EKİ:
1 dosya


Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM
Dekan Yardımcısı ve Etik
Kurul Başkanı





Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısını belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212) 4143000

EK 5. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

İnsan Denekleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin 18. genel kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş, 29. (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. (Hong Kong, Eylül 1989), 48. (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) genel kurullarında geliştirilmiş, Washington 2002 genel kurulunda 29. Maddeye ve Tokyo 2004 genel kurulunda 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.

1. Dünya Tıp Birliği, insan deneklerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan deneklerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğunu belli olan materyal ya da veriler de dahildir.

2. Hekimin ödevi insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Hastanın fiziksel ve mental koşullarını zayıflatabilecek etkilere sahip tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini" duyurur.

4. Tıbbi ilerlemeler, en nihayetinde kısmen insanlar üzerindeki deneylere dayanan araştırmaları temel almaktadır.

5. İnsanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin sağlığı, bilim ve toplumun menfaatinden önce gelmelidir.

6. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birinci amacı profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemleri geliştirmenin yanında hastalıkların etiyoloji ve patogenezi anlamaktır. Kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler bile etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından araştırmalara sürekli olarak tabi tutulmalıdır.

7. Güncel tıp uygulamaları ve tıbbi araştırmalardaki profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemlerin pek çoğu külfet ve riskler içermektedir.

8. Bir tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Ekonomik ya da tıbbi yönde dezavantajlı olanların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Keza, kendi başlarına onam ya da ret veremeyenlere; baskı altında onam verme durumundakilere; araştırmadan kişisel olarak yarar görmeyeceklerine; aynı anda tedavi ve araştırmaya tabi tutulacak olanlara özel dikkat gerekir.

9. Araştırmacılar, kendi ülkelerindeki insanlar üzerindeki araştırmalar için geçerli etik, yasa ve düzenlemelerin yanısıra uygulanabilen uluslararası kurallardan da haberdar olmalıdırlar. İnsan deneklerinin korunması için bu bildirmede ileri sürülenlerin hiçbir ulusal etik, yasa ya da düzenleme tarafından ortadan kaldırılmasına ya da zayıflatılmasına izin verilmemesi gerekir.

TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER

10. Tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin yaşamını, sağlığını, mahremiyetini ve onurunu korumak hekimin ödevidir.

11. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel bilimsel ilkelere uygun olmalı; bilimsel literatürün ve diğer ilgili bilgi kaynaklarının tam olarak bilinmesi ile yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerine dayanmalıdır.

12. Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütülmesinde yeterince dikkatli olunmalı ve araştırma için kullanılacak hayvanların sağlığına saygı gösterilmesidir.

13. İnsan denekleri üzerindeki her deneysel prosedürün tasarımı ve çalışmanın nasıl uygulanacağı deney protokolünde açık bir şekilde formüle edilmesi gerekir. Bu protokol değerlendirme, yorum, rehberlik ve uygun bulunduğunda onay vermek için özel olarak atanmış; araştırmacıdan, spondordan ya da istenmeyen başka etkilerden uzak bir etik inceleme kuruluna sunulmalıdır. Bu bağımsız kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve düzenlemeleri ile uyum halinde olmalıdır. Kurul, sürdürülmekte olan denemeleri izleme hakkına sahiptir. Araştırmacılar, izlemedeki bilgileri, özellikle ciddi olumsuz gelişmeleri bu kurula bildirmekle yükümlüdürler. Araştırmacının aynı zamanda inceleme için mali kaynakları, sponsorları, bağlı olduğu kurum ile diğer sağlanan çıkarların ve denekleri teşvikle ilgili bilgileri de kurula sunması gerekir.

14. Araştırma protokolünde, her zaman, ilgili görünen etik ifadelerin açıklanması ve bu bildirmede dile getirilen ilkelere uyumlu olunduğunun belirtilmesi gerekir.

15. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, bilimsel kalifiye kişiler ile klinik yönünden yeterliliği tam tıbbi bir elemanın gözetiminde yürütülmelidir. İnsan deneklerine karşı sorumluluk her zaman tıbben kalifiye elemanda olmalı ve asla, onam vermiş olsa bile araştırma deneğine bırakılmamalıdır.

16. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma projesinin risk ve rahatsızlık ile denek ya da diğerleri için tahmin edilen risk ve yararların dikkatle karşılaştırılması yapılmalıdır. Bu, sağlıklı gönüllülerin tıbbi araştırmalara katılımını engellemez. Tüm çalışma dizaynının herkese açık olması gerekir.

17. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan denekleri üzerindeki araştırma projelerin katılmaktan kaçınmalıdırlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı sona erdirmelidirler.

18. İnsan denekleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen yararın denekte yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basacağı zaman gerçekleştirilmelidir. Bu durum, deneklerin sağlıklı gönüllüler olduğunda özellikle önemlidir.

19. Tıbbi araştırma, yalnızca, araştırmanın uygulandığı grubun araştırma sonuçlarından yarar göreceğine ilişkin makul bir olasılık varsa haklı bir nedene sahiptir.

20. Denekler, araştırma projesine gönüllü ve aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) olarak katılmalıdırlar.

21. Araştırmadaki deneğin, maddi-manevi bütünlüğünün korunması hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Deneğin mahremiyetine saygı, hasta bilgilerinin gizliliği, çalışmanın deneğin fiziki ve mental bütünlüğü ile kişiliğine etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

22. İnsanlar üzerindeki bir araştırmada, her potansiyel denek amaçları, yöntemleri, fon kaynakları, olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal ilişkileri, beklenen yararlar, çalışmanın riskleri ve vereceği rahatsızlıklar hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Denek, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım onamını geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Denek bu bilgileri anladıktan sonra hekimin, tercihan yazılı olarak, deneğin, iradesiyle verilmiş aydınlatılmış onamını (informed consent) alması gerekir. Eğer, onam yazılı alınamaz ise yazılı olmayan onam tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

23. Araştırma projesi için aydınlatılmış onam alınırken, hekim, kendisiyle deneğin bağımlılık yaratan ilişkide olup olmadığı ya da baskı altında onam verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, aydınlatılmış onam araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

24. Yasal olarak yetersiz (incompetent), fiziksel ya da mental olarak onam vermekten yoksun ya da reşit olmayan küçük araştırma denekleri için araştırmacı, aydınlatılmış onamı yasanın öngördüğü doğrultuda yasal temsilciden almalıdır. Bu gruplar araştırmaya, ancak, araştırma temsil edilen popülasyonun sağlığını korumak için gerekiyorsa ve bu araştırma bunlar yerine yasal olarak yetkili kişiler üzerinde yapılamıyorsa dahil edilebilirler.

25. Yasal olarak yetersiz (incompetent) kabul edilen bir denek, örneğin reşit olmayan bir çocuk araştırmaya katılmaya onaylama (assent) verebilir ise araştırmacı yasal temsilcinin onamına ek olarak ondan da onaylama da almalıdır.

26. Vekil ya da ön onam dahil olmak üzere, aydınlatılmış onam alınmanın mümkün olmadığı, kişiler üzerindeki araştırma yalnızca aydınlatılmış onam almayı engelleyen fiziksel/mental koşullar araştırma grubunun kaçınılmaz özelliği ise yapılmalıdır. Araştırma deneklerinin aydınlatılmış onam verememelerinin özel nedeni etik kurulun onayı ve değerlendirmesi için deney protokolünde belirtilmelidir. Protokol, araştırmada kalmaya ilişkin onamının en kısa sürede kişiden ya da yasal temsilciden alınacağını belirtmelidir.

27. Hem yazarların hem de yayımcıların etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarının yayımlanmasında araştırmacılar sonuçların doğruluğunu koruma mecburiyetindedirler. Negatif sonuçlar da yayımlanmalı ya da herhangi bir şekilde halka duyurulmalıdır. Fon kaynakları, kurumsal bağlantılar ve olası çıkar çatışmaları yayında bildirilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan deney bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

28. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel profilaktik, diagnostik ve terapötik değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde tıbbi araştırmayı tıbbi bakımla birleştirebilir. Tıbbi araştırma, tıbbi bakımla birleştiği zaman araştırma deneği olan hastayı korumak için ek standartlar uygulanmalıdır.

29. Yeni yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlıklar ve etkilerinin kullanılmakta olan en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler karşılaştırarak denenmesi gerekir. Bu, kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemlerin bulunmadığı çalışmalarda plasebo kullanımını ya da tedavisiz bırakmayı dışlamamaktadır. (Bkz. Dipnot)

30. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastaya çalışma ile saptanmış, kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemden yararlanabilmesi garanti edilmelidir. (Bkz. Dipnot)

31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

32. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler mevcut değil ya da etkin değilse; kendi kanaati hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme şeklinde ise hastadan aydınlatılmış onam alarak, kanıtlanmamış ya da yeni bir profilaktik, diagnostik ve terapötik tedbirleri kullanma konusunda hekim serbest olmalıdır. Mümkün olduğunda, bu tedbirlerin, güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli uygun olduğunda yayımlanmalıdır. Bu bildirgenin ilgili diğer rehber-kurallarına uyulmalıdır.

Dipnot:

DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ 29. MADDESİNİN AÇIKLAMA NOTU

Dünya Tıp Birliği bu vesile ile plasebo-kontrollü denemelerin kullanımında ileri düzey bakım yapılması ve genel olarak bu yöntem kanıtlanmış mevcut tedavinin bulunmadığında kullanılmasını tekrar teyit etmektedir. Bununla beraber, kanıtlanmış bir tedavi mevcut olsa bile plasebo-kontrollü deneme aşağıdaki koşullarda etik yönden kabul edilebilir:

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemin, güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için gerekli zorlayıcı ve bilimsel olarak doğru metodolojik nedenlerle kullanımında; ya da

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntem önemli sorunlar yaratmayacak bir durumda araştırılacak olmalı ve plasebo alacak olan hastayı ilave ciddi ya da geri dönüşü olmayan bir zarar riskine maruz bırakmamalıdır.

Özellikle, uygun etik ve bilimsel inceleme için Helsinki Bildirgesi'nin bütün diğer koşullarına sadık kalınmalıdır.

Sorumlu Araştırmacı/lar

Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK

İmza:

Araştırmacı/lar

Seher ÖZEL

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Seher	Soyadı	Özel
Doğum Yeri	Manisa	Doğum Tarihi	19.05.1979
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	46165381790
E-mail	seher-ozel@hotmail.com	Tel	05057757697

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2002
Lise	Soma Linyit Lisesi	1996

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	6 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puan	59,976	59,190	58,404

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Office Excel	İyi
Microsoft Office Power Point	Çok iyi
SPSS for Windows	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin