

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BARIATRİK CERRAHİDE PREOPERATİF
TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN ANKSİYETE VE
HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS

DERYA KEÇECİ

İSTANBUL - 2019

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BARIATRİK CERRAHİDE PREOPERATİF
TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN ANKSİYETE VE
HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS

DERYA KEÇECİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HEDİYE ARSLAN ÖZKAN

İSTANBUL - 2019

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü


Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : Bariatrik Cerrahide Preoperatif Tele-Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi

Tez Sahibi : Derya Keçeci

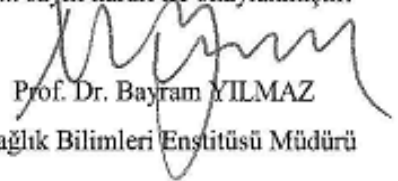
Sınav Tarihi : 27.06.2019

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Tez danışmanı	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan	
Jüri Başkanı:		
Üye:	Dr. Öğretim Üyesi Sevim Şen	
Üye:	Dr. Öğretim Üyesi Özlem Can Gürkan	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28/06/2019 tarih ve 2019/11-61... sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih: 28.06.2019

İmza:



Adı Soyadı: Derya KEÇECİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bana her konuda destek olan, rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN' a,

Hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim annem, babam ve abim Türkan, Cemil ve Serkan KEÇECİ' ye sevgi ve saygıyla teşekkürlerimi sunarım.

Derya KEÇECİ

*“ İnsanlar, elma kesildiğinde onun içindeki çekirdekleri görürler.
Biz hemşireler,
çekirdeklerin içindeki elmaları görürüz. “*

MARTHA ROGERS

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜRLER.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
SUMMARY.....	x
TÜRKÇE ÖZET.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Obezite.....	5
2.1.1. Bariatrik cerrahi.....	6
2.2. Anksiyete.....	7
2.2.1. Ameliyat öncesi anksiyete.....	7
2.2.2. Ameliyat öncesi anksiyete nedenleri.....	8
2.3. Eğitim.....	9
2.3.1. Hasta eğitimi.....	9
2.3.2. Hasta eğitiminde hemşirelik süreci.....	10
2.3.3. Ameliyat öncesi hasta eğitimi.....	10
2.4. Tele-Sağlık.....	11
2.4.1. Telefonun sağlık bakım hizmetlerinde kullanımı.....	11
2.4.2. Dünya’ da tele-sağlık ve tele-hemşirelik uygulamaları.....	13
2.4.3. Türkiye’ de tele-sağlık ve tele-hemşirelik uygulamaları.....	14
2.5. Hasta Memnuniyeti.....	15
2.5.1. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler.....	16
2.5.2. Hasta memnuniyetinde hemşirelik bakımının yeri.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı.....	21
3.2. Araştırmanın Tipi.....	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Tarih.....	21
3.4. Katılımcı Sayısı ve Özellikleri.....	21
3.4.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	21

3.4.2. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	21
3.4.3. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri.....	22
3.4.4. Araştırmanın uygulanması.....	22
3.4.4.1. Araştırmanın gerçekleştiği yer ve özellikler.....	22
3.5. Araştırma Soruları.....	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.6.1. Bağımlı değişken.....	23
3.6.2. Bağımsız değişken.....	23
3.7. Veri Toplama Araçları.....	23
3.7.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (SBF).....	24
3.7.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	24
3.7.3. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi (YHMA).....	25
3.7.4. Preoperatif Bariatrik Cerrahi Tele-Hemşirelik Hazırlık Eğitimi.....	25
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşıları Güçlükler.....	27
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	28
4.2. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgular.....	29
4.3. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Bulgular.....	31
5. TARTIŞMA.....	42
5. 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	42
5.2. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	44
5.3. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar.....	51
6.2. Öneriler.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER.....	60
9. ÖZGEÇMİŞ.....	70

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Beden Kitle İndeksi' ne Göre Obezite Sınıflandırması.....	5
Tablo 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları ve Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Kesme Puanları ve İç Tutarlılık Değerleri	25
Tablo 3.8.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	26
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	28
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutundan Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutundan Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.2.3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları İle Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortancalarının Arasındaki İlişki	30
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları	31
Tablo 4.3.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları	32
Tablo 4.3.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları	33
Tablo 4.3.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları	35
Tablo 4.3.5. Katılımcıların Cerrahi Deneyimlerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları	37
Tablo 4.3.6. Katılımcıların Yaşam Şekline Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları	38

Tablo 4.3.7. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketinden Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması **40**

Tablo 4.3.8. Katılımcıların Yaş Ortalamaları İle Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Puan Ortancaları Arasındaki İlişki..... **40**

Tablo 4.3.9. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortancaları ile Yatan hasta Memnuniyet Anketi Puanları Arasındaki İlişki **41**



KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organization
TDK	Türk Dil Kurumu
HADÖ	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
YHMA	Yatan Hasta Memnuniyet Anketi
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health)
CDC	Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Central Disease of Control)
SBF	Sosyo-demografik Bilgi Formu
KŞ	Kan Şekeri
KB	Kan Basıncı
DM	Diabetes Mellitus

SUMMARY

Keçeci D. 2019. The impact of preoperative tele-nursing education on the anxiety and patient satisfaction in the bariatric surgery. Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursery, Master Thesis. İstanbul.

Introduction: Hospitalization and surgery lead to anxiety in individuals. In obesity, depression is one of the psychological problems. Satisfaction levels of individuals are differentiated by tele-nursing education which can be used in coping with anxiety and depression.

Aim: The aim of this study was to determine the levels of anxiety and depression levels and the satisfaction levels of obese patients who informed preoperative tele-nursing training.

Material and Method: The sample of the study consisted of 72 patients who accepted obesity surgery in a private foundation university hospital in Istanbul on 09/02/2017-02/09/2017. One day before the operation, patients were trained by telephone. Socio-demographic form, HADS and Inpatient Patient Satisfaction Questionnaire were used for data collection. In SPSS 22.0 program, descriptive statistical analysis, Pearson correlation analysis, Mann-Whitney U Test and One-Way Anova Test were used at 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: In the study, 65.3% of the participants were female, 63.9% were university graduates, 59.7% were married, 54.2% were not hospital statements and 83.3% were living with their family. The mean age was 35.69 ± 10.9 years. There was no significant difference between the socio-demographic characteristics of the participants and HADS scores ($p > 0.05$). There was a significant difference between surgical experience and anxiety scores ($p < 0.05$). Although there was no significant relationship between the socio-demographic characteristics and satisfaction scores, the satisfaction scores were high ($p > 0.05$). There was a negative correlation between the mean age and satisfaction scores but it was not significant ($p > 0.05$). The relationship between depression and satisfaction score median was positive and significant ($p < 0.05$). The relationship between anxiety and satisfaction score median was positive but not significant ($p > 0.05$). 98.6% of the participants received information about treatment and care by nurses and 95.8% of them considered the service provided in the hospital as good.

Conclusion and Suggestions: In our study, anxiety and depression scores were lower and satisfaction scores were higher. It can be said that tele-nursing education is effective. The repetition of the study using the control group would be useful for clearer answers.

Keywords: Tele-Nursing, Obesity, Preoperative Period, Patient Education, Patient Satisfaction, Anxiety



ÖZET

Keçeci D. 2019. Bariatrik Cerrahide Preoperatif Tele-hemşirelik Eğitiminin Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Giriş: Hastaneye yatış, ameliyat gibi kavramlar bireylerde anksiyeteye yol açmaktadır. Obezitede, depresyon psikolojik sorunlar arasındadır. Anksiyete ve depresyonla başa çıkmada kullanılabilen tele-hemşirelik eğitimiyle bireylerin memnuniyet düzeyleride farklılaşmaktadır.

Amaç: Çalışmanın amacı preoperatif tele-hemşirelik eğitimi verilen obez hastaların anksiyete ve depresyon seviyeleri ile memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir vakıf üniversite hastanesinin cerrahi servisinde 09/02/2017-02/09/2017 obezite ameliyatını kabul eden 72 hasta oluşturmuştur. Ameliyattan bir gün önce hastalara telefon ile eğitim verilmiştir. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik form, HADÖ ve YHMA kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler, Pearson korelasyon analizi, Mann-Whitney U Testi ve Tek Yönlü Anova Testi kullanılarak, %95 güven aralığında ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada katılımcıların %65.3' ünün kadın, %63.9' unun üniversite mezunu, %59.7' sinin evli, %54.2' sinin hastane deyimi olmadığı ve %83.3' ünün ailesi ile yaşadığı bulunmuştur. Yaş ortalaması $35.69 \pm 10.9'$ dur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleriyle HADÖ puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Cerrahi deneyim ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile memnuniyet puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamakla beraber memnuniyet puanları yüksektir ($p>0.05$). Katılımcıların yaş ortalamaları ile memnuniyet puanları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ancak anlamlı değildir ($p>0.05$). Depresyon ve memnuniyet puan ortancaları arasındaki ilişki pozitif yönlü ve anlamlıdır ($p<0.05$). Anksiyete ile memnuniyet puan ortancası arasındaki ilişki pozitif yönlü ancak anlamlı değildir ($p>0.05$). Katılımcıların %98.6' sının hemşireler tarafından tedavi ve bakımla ilgili bilgi aldığı ve %95.8' inin hastanede verilen hizmeti iyi olarak değerlendirmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmamızda anksiyete ve depresyon puan ortancaları düşük, memnuniyet puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda tele-hemşirelik

eğitiminin etkili olduğu sđylenbilir. Çalışmanın kontrol grubu kullanılarak tekrarlanması cevapların netliği açısından yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Tele-hemşirelik, Obezite, Preoperatif Dđnem, Hasta Eğitimi, Hasta Memnuniyeti, Anksiyete



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ulusların sağlık politikalarında sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum yaratmak temel hedeftir. Geçmişten günümüze bakıldığında açlık ve beslenme noksanlığından kaynaklı sağlık sorunları yerini beslenme bozukluğu ve obeziteye bırakmıştır. Batılı yaşam tarzı, gelir düzeyinin artması, fiziksel aktivitenin azalması, kente göçün artması ve alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması ile birlikte obezite kaçınılmaz olmuştur. Yalnızca gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmayan obezite prevalansı, dünya genelinde de artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘‘sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi’’ olarak tanımlanan obezite, 2002 Deklarasyonu’nda 21. yüzyılın en önemli sorunu olarak bildirilmiştir. Türk erişkin toplumunda standardize obezite prevalansının 2010’da %31.2 olduğu bildirilmiştir. Başarısız diyet ve egzersiz girişimleri, hayal kırıklıkları ve azalmış yaşam kalitesi obezite hastalarının toplumdan soyutlanmasına neden olmaktadır. Bu noktada hızlı kilo vermede bir diğer çözüm yolu olarak görülen bariatrik cerrahi (obezite cerrahisi/tüp mide ameliyatı/sleeve gastrektomi) günümüzde en çok tercih edilen zayıflama yöntemleri arasında yerini almaktadır. Bu süreçte özellikle sosyal medyadaki haberlerden etkilenen obez hastaların operasyona yönelik bilinmezlik korkusu ve stres yaşadıkları bildirilmiştir (*Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 2015*).

Fiziksel, sosyal, mental ve duygusal gereksinimlerin bileşimini yeterli derecede deneyimleyen bireylerin, sağlık algıları ve kaliteli yaşam süreçleri denge halindedir. Ancak bu bileşenler birbiri ile dinamik ilişki içindeyken aynı zamanda da değişim gösterebilen süreçlerdir. Bireyler tarafından en büyük değişim sebeplerinden biri olarak görülen hastalık durumları ise kişinin kaliteli yaşam algısını önceki durumuna göre azaltır ya da iyice tüketir (*Çınar, 2005*). Hastalık, hasta olma ve hastaneye yatış gibi kavramlar bireyin yaşamında kontrolünü kaybettiği bir kriz dönemi olarak algılanırken, bireyi fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak etkileyebilmektedir (*Karayurt, 1998*). Bu dönemde bireyin deneyimlediği stres hastalarda anksiyeteye yol açmaktadır. Anksiyete, çevresel tehditlere karşı tepki olarak oluşturulmuş bir savunma sistemidir (*Arslan, 2014*). Preoperatif hazırlığın birçok amacı vardır. Bu amaçlar arasında anksiyetenin giderilmesi önde gelmektedir. (*Turhan ve ark., 2012*). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde hastaların %60-80’ inin anksiyöz olduğu belirtilmiştir (*Taşdemir ve ark., 2013; Turhan ve ark., 2012*). Ameliyat sonrası uyanamamak, ağrı yaşayacağı korkusu, tıbbi uygulamalar, yoğun bakımda kalma endişesi,

kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak preoperatif dönemde anksiyete nedenleri arasında yerini almaktadır (*Fındık ve Topçu 2012; Turhan ve ark., 2012*). Anksiyete, hastaların yüksek doz anestezi ilacı ihtiyacı duymalarına neden olduğu için anestezi indüksiyon sürecini ve postoperatif dönemi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (*Turhan ve ark., 2012*). Kadınların, gençlerin, yalnız yaşayanların, eğitim düzeyi düşük ve olumsuz anestezi deneyimi olan bireylerin anksiyeteyi daha yoğun yaşadığı bildirilmiştir (*Fındık ve Topçu, 2012*). Anksiyete yönetimi postoperatif dönemde hasta memnuniyeti için temeldir (*Bilgin ve ark., 2012; Taşdemir ve ark., 2013*). Bir başka deyişle preoperatif bilgilendirme hasta anksiyetesini azaltmaktadır (*Taşdemir ve ark., 2013*). Hasta anksiyetesini azaltmada, preoperatif eğitim ve bilgilendirme hemşirenin bağımsız fonksiyonları arasındaki en önemli stratejilerden birisidir (*Karayurt, 1998*). Fakat yapılan çalışmalara bakıldığında teori ve uygulama arasındaki uyumsuzluğun hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını tam olarak yerine getirmesine izin vermediğini göstermektedir.

Preoperatif ve postoperatif dönem bakım gereksinimlerini karşılamada, hasta ve ailesi sürecin ayrılmaz bir parçasıdır (*Karadağ, 1998*). Bu sürecin efektif bir şekilde yürütülmesinde hasta eğitimi anahtar rol oynamaktadır. Günümüz koşullarında toplumun ya da bireyin sağlık durumlarıyla ilgili her konuda, eğitim bir çözüm yolu olarak görülmekte ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir ögesi olmaktadır (*Avşar, 2009*). ‘‘Hasta eğitimi nedir?’’ sorusuna bakıldığında; bireyde sağlığı korumak ve sürdürmek temel amaçlı, yeni davranışlar kazandırmaya yardımcı planlı bir eğitimidir. Hasta eğitimi rastgele yapılmadığı gibi sadece teknik bir uygulama da değildir (*Avşar, 2009; Dolgun ve Dönmez, 2010*). Bireyseldir (*Uzun, 2000*). Kendine özgü bir felsefesi ve temel ilkeleri olan hasta eğitimi günümüz koşulları için etik, ahlaki ve yasal yönlerden de önemli bir konudur (*Uzun, 2000*). Her şeyden önce eğitim, bir hasta hakkıdır.

Yeterli derecede bilgilendirilmeyen hastalar, bilinmezlik korkusu yaşadıkları için anksiyeteleri oldukça yüksektir. Çalışmalarda, biyokimyasal değişikliklere sebep olduğu için vücut iyileşme hızını geciktiren anksiyetenin preoperatif bilgilendirme ile önemli derecede azaldığı belirtilmiştir (*Dolgun ve Dönmez, 2010; Karadağ, 1998; Uzun, 2000*). Planlı ve gereksinimler doğrultusunda amaca yönelik yapılan eğitimler hasta, hekim, hemşire ve kurum açısından çeşitli yararlar sağlamaktadır (*Uzun, 2000*). Bu doğrultuda da gerek acil gerek elektif cerrahilerde hasta bilgilendirmesi ve eğitimi önem arz etmektedir. Literatürde, elektif cerrahilerde hasta eğitimi için en doğru zamanın, ameliyattan bir gün öncesi olduğu vurgulanmaktadır. Diğer taraftan daha önce verilen eğitimin hasta tarafından unutulabileceği bildirilirken, cerrahiden hemen önce verilen eğitiminde hasta tarafından dinlenmeyeceği,

dinlenilse dahi yaşadığı anksiyeteden dolayı algılanamayacağı belirtilmektedir (Uzun, 2000). Bu eğitimler hekim, hemşire ve anestezi uzmanından oluşan bir ekip tarafından verilebilmektedir (Karadağ, 1998). En önemli hemşirelik girişimlerinden birisi olan hasta eğitiminde, hemşire “bireyin gereksinimlerine cevap verdiğinde daha etkin olabileceği” ilkesinden yola çıkarak hastanın öğrenme kapasitesi, hazır oluşu ve isteğine göre gereksinimlerini belirleyerek bu süreci yürütür (Uzun, 2000). Tabi bu doğrultuda hemşirenin girişim, bakım ve eğitimden oluşan tüm sürece hakim olması önemlidir. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumlarını araştıran bir çalışmada, sağlık ekibi içerisindeki hemşirelerin hasta eğitiminde aktif rol aldığı belirtilmiştir (Gürlek ve Yavuz, 2013). Ancak literatüre bakıldığında hasta eğitiminin hemşireler tarafından tam anlamıyla uygulanamayışında; hasta sayısının fazla olması, hemşire sayısının az olması, servise ameliyat günü kabul edilmeleri, zaman yetersizliği gibi sorunlar bildirilmektedir (Karadağ, 1998; Uzun, 2000). Hasta eğitiminin gerçekleştirilebilmesi için cerrahi hazırlık sürecinin evde başlatılması ve bireyin kendi bakımına katılmasının sağlanması ameliyat öncesi bazı hazırlıkların evde tamamlanabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu noktada hasta eğitimi ve takibinde son yıllarda kullanılmaya başlanılan güncel yöntemlerden birisi olan telefon görüşmesi ile hasta merkezli bilgi ve eğitimler dikkati çekmektedir (Karadağ, 1998; Pazar ve ark., 2015).

Tele-sağlık, kısaca mesafelerin konu edilmediği sağlık bakım hizmetidir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tele-hemşireliği, “iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” şeklinde tanımlamıştır (Pazar ve ark., 2015). Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesiyle tele-sağlık/e-sağlık hizmetlerinde (hastane randevu sistemi, e-reçete, sigarayı bırakma hattı gb.) önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. Bazı sağlık kuruluşlarında bilimsel araştırmalar doğrultusunda (diyabet/KŞ takibi, tansiyon /KB takibi, kg kaybına yönelik izlem gb.) tele-hemşirelik hizmetleri verilmiş ancak uluslararası bir sınıflama sisteminin dahi aktif bir şekilde kullanılmadığı ülkemiz sağlık hizmetlerinde, yerleşik bir tele-hemşirelik uygulamasının görev tanımı yapılmamıştır (Erdemir ve Akman., 2009; Ersoy ve ark., 2015; Pazar ve ark., 2015). Tele-izlem ile ilgili literatüre bakıldığında birçok hastalıkta kullanılabilir ve hastaların özbakım gücünü geliştirmekte etkin olduğu belirtilmiştir (Akay ve Akyol, 2014; Hintistan ve Çilingir, 2012). Toplumumuzun sağlık hizmetine olan gereksinimi göz önüne alındığında tele-hemşirelik uygulamasını gerekli kılmaktadır. Dünya’ da 2005 yılında, 36 ülkede profesyonel tele-hemşire olarak tanımlı aktif 719 hemşire olduğu belirtilmiştir (Ersoy ve ark., 2015). Her yıl 100 milyon Amerikalının sağlıkları ile ilgili

aldıkları kararlarda tele-hemşirelerden danışmanlık aldıkları bildirilmiştir (*Hintistan ve Çilingir, 2012*). Tele-hemşirelik uygulamalarının yararlarına bakıldığında; ulaşılabilir ve ucuz olması, kolay oluşu, uzun dönem takip ve danışmanlık sağlanması, hazır bilgi sunması, erken dönem semptomların saptanmasında hızlı çözümler sağlanması, maliyet etkinliği sağlayarak sağlık harcamalarını azaltması, acil servis girişlerini azaltması ve hasta memnuniyetini artırması gibi avantajlar sağlamaktadır (*Ersoy ve ark., 2015; Hintistan ve Çilingir, 2012*). Tüm bu bilgiler doğrultusunda ameliyat öncesinde hemşirenin hasta ile telefon aracılığıyla görüşerek yaptığı eğitim ile bakım sürecini evde başlatması tam olarak tele-hemşirelik uygulamasına karşılık gelmektedir. Preoperatif eğitimde hastanın işlem öncesi açlık durumu, üzerindeki takı-giysi ve özel eşyalarının çıkarılması, beden temizliği, kullandığı ilaçları, ziyaret sıklığı, serviste yapılacak IV işlem ve ilaçlar ve servisteki primer hemşiresi hakkında bilgiler verilerek cerrahi kliniğindeki hemşirenin sorumluluğu altında doğru standartlar sağlanarak ameliyathaneye teslim edileceği sürecini içermektedir.

Günümüz toplum yapısı göz önüne alındığında tüm sektörlerde olduğu gibi teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık sektöründe de meydana gelen gelişmeler rekabete dayalı bir ortam yaratmıştır. Artan toplum algısı, eğitim düzeyinin artması, eşitlik ve kalite gibi olguların sorgulanması ile sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı öne çıkmıştır. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında kurum ile hasta arasındaki en önemli bağlantıyı sağlayan 7/24 bakım verici rolündeki hemşirelik bakımının, sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli gösterge olduğu kaydedilmektedir (*Kar ve ark, 2018*).

Sonuç olarak telefon düşük maliyetli, hasta memnuniyeti sağlayan ve hasta eğitiminde kullanılabilen güncel bir yöntemdir. Tele hemşirelik kullanımında beklentiler ve avantajların paralel olduğu göz önüne alındığında hasta yönetimine pozitif katkıları bulunmaktadır. Sözel ya da uygulamalı her türlü eğitimin hasta anksiyetesini azalttığı ve memnuniyeti artırdığı bilinmektedir. Aynı şekilde ameliyat öncesi eğitiminin, hasta anksiyetesini azalttığı konuyla ilgili tüm çalışmalarda belirtilmiştir. Ülkemizde kronik rahatsızlıkların takibinde kullanılan tele-hemşirelik programlarının bariatrik cerrahi preoperatif döneminde eğitim yöntemi olarak kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma özellikle sosyal medyadan olumsuz yönde etkilenecek anksiyete seviyeleri yüksek olan obez hasta grubunun preoperatif tele-hemşirelik eğitimiyle bilgilendirildiklerinde, anksiyete ve memnuniyet düzeylerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Dünya üzerinde önlenebilir ölümler arasında ikinci sırada yer alan obezite, son dekartta epidemik bir sorun haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘‘sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi’’ olarak tanımlanan obezite, 2002 Deklarasyonu’nda 21. yüzyılın en önemli sorunu olarak bildirilmiştir (*Obezite Tanı Kılavuzu, 2015*). Obezitenin tanılanması ve derecelendirilmesinde kullanılan yöntem Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümüdür (*Babadağ ve ark., 2016*) (Tablo 1). Obeziteyle birlikte birçok yandaş hastalıkta zaman içerisinde ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), uyku apnesi, kronik kalp yetmezliği (KKY), dislipidemi, hiperlipidemi, inme, yağlı karaciğer hastalığı, psikolojik bozukluklar, koroner arter hastalığı (KAH) ve gastroözofajial reflü (GERH) hastalığı sıralanabilir (*Yorgancı ve Tırnaksız, 2007*). DSÖ 2007 yılı Türkiye verilerine bakıldığında %56.4 fazla kilolu (BKİ: ≥ 25), %16.1 obez (BKİ: ≥ 30) insan yaşamaktadır (*WHO, Erişim tarihi: 29.07.2017; http://apps.who.int/bmi/index.jsp*). Batılı yaşam tarzı, gelir düzeyinin artması, fiziksel aktivitenin azalması, kente göçün artması ve alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması ile birlikte obezite kaçınılmaz olmuştur. Giderek yaygınlaşan obeziteye yönelik tedavi çeşitleri de çeşitli zaman dilimlerinde popülerlik kazanmıştır. Bu bağlamda diyet tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedaviler ve cerrahi tedaviler en çok tercih edilen yöntemler arasında yerini almaktadır (*Usta ve Çavdar, 2013*).

Tablo 1. Beden Kitle İndeksi’ ne göre Obezite Sınıflandırması

Sınıflandırma	Beden Kitle İndeksi (BKİ)
Normal	18.5 - 24.9
Fazla Kilolu	25.0 - 29.9
Obez I	30.0 - 34.9
Obez II	35.0 - 39.9
Obez III (Morbid Obezite)	≥ 40

2.1.1. Bariatrik cerrahi

Obezite cerrahisi hastaları için şişmanlık kozmetik açıdan da büyük bir problemdir. Bu bireylerin çoğunda düşük özsaygı, utanç, sıkıntı ve toplumdaki kendini soyutlamalar görülmektedir (*Dolgun ve Yavuz, 2010*). Diyet, egzersiz ve medikal tedavilerle vücut ağırlığının %8-10' unun kaybedildiği ancak zamanla tekrar kilo alındığı belirtilmiştir (*Aydın ve Bulut, 2014*). Bu noktada hızlı kilo vermede son yıllarda popüler bir çözüm yolu olarak görülen bariatrik cerrahi (obezite cerrahisi/tüp mide ameliyatı/sleeve gastrektomi) günümüzde en çok tercih edilen zayıflama yöntemleri arasında yerini almaktadır (*Obezite Tanı Klavuzu, 2015*).

Bariatrik kelimesinin kökenine bakıldığında Yunan kelimesi "baro" (ağırlık) ve -iatrics (tıbbin bir dalı; örn:pediatri) kelimelerinin bir araya gelmesiyle 1965 yılında oluşturulmuştur (*Dolgun ve Yavuz, 2010*). Obeziteye yönelik cerrahi girişimler 1950' lili yıllara uzanmakla birlikte kırılma noktası ve ivme kazanması 1990' lı yıllarda olmuştur. ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü' nün (NIH- National Institutes of Health) 1991 yılındaki konsensus kararında; cerrahi girişimin obez hastalarda etkili bir yöntem olduğunu deklare etmesi üzerine, bariatrik cerrahi yaygınlaşmaya başlamıştır (*Dolgun ve Yavuz, 2010; Sağlam ve Güven, 2014; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007*). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında bariatrik cerrahi operasyonu, 2007 yılı totalinde 22 hastada uygulanırken, günümüz 2018 şartlarında laparoskopik aletleriyle bir hekim gün içinde 2-3 girişim gerçekleştirebilmektedir. Bu da bariatrik cerrahinin dramatik bir şekilde ne derece arttığını göstermektedir.

Obezite ameliyatlarının etki mekanizmasına bakıldığında 3 grup altında toplanabilir. Bunlar; sadece gıda alımını kısıtlayan ameliyatlar, malabsorpsiyon yapan ameliyatlar ve malabsorpsiyon ile birlikte gıda alımını kısıtlayan ameliyatlardır (*Yorgancı ve Tırnaksız, 2007*). Obezite ameliyatlarında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Çoğunlukla tercih edilen bariatrik ameliyatlar; Roux-en-Y Gastrik Bypass (RYGB), Sleeve Gastrektomi (SG) ve Ayarlanabilir Gastrik Band (AGB) olarak sıralanabilir (*Sağlam ve Güven, 2014*).

- **Roux-en-Y Gastrik Bypass (RYGB)**; mide hacminin %90' ının küçültülerek duodenumun bypass edilmesiyle malabsorpsiyonun sağlandığı tekniktir (*Altunkaymak ve Özbek, 2016; Sağlam ve Güven, 2014*).

- **Sleeve Gastrektomi (SG)**; hekimler ve hastalar için en güvenli ve en çok tercih edilen laparoskopik bir tekniktir (*Altunkaymak ve Özbek, 2016; Sağlam ve Güven, 2014*).
- **Ayarlanabilir Gastrik Band (AGB)**; midenin proksimal bölgesini 360° şişirilebilir kelepçe benzeri silikon bir band ile sarılması sonucu uygulanan tekniktir. İşlem sonrası gıda alımının başlaması ve kısa yatış gibi avantajları mevcutken sıkı izlem gerektirmesi, bandın kayma ihtimali ve yüksek reoperasyon oranı gibi dezavantajları mevcuttur (*Sağlam ve Güven, 2014; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007*).

Banlı ve ark. (2009), ayarlanabilir gastrik band uyguladıkları 100 hastanın sonuçlarını değerlendirdiği olgu çalışmasında, 1 yıl sonunda ortalama %46 kilo kaybının olduğunu ifade etmiştir (*Banlı ve ark., 2009*). Sleeve Gastrektomi tekniğinin uygulandığı bir başka çalışma da ise 2500 hasta da ortalama kilo kaybı %55 olarak belirtilmiştir (*Melissas et al., 2008*).

2.2. Anksiyete

Hastalık, hasta olma ve hastaneye yatış gibi kavramlar bireyin yaşamında kontrolünü kaybettiği bir kriz dönemi olarak algılanırken, bireyi fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak etkileyebilmektedir (*Karayurt, 1998*). Bireyin hemodinamik stabilitesini korku, kaygı ve stres açısından etkileyen emosyonel bir durumdur (*Taşdemir ve ark., 2013*). Hastalık kavramının gündeme gelmesiyle birlikte bireylerde bilinmezlik duygusu da ortaya çıkmaya başlamakta ve bu süreç anksiyete olarak adlandırılmaktadır. Bir başka deyişle anksiyete, çevresel tehditlere karşı tepki olarak oluşturulmuş bir savunma sistemidir (*Arslan, 2014*). Bireyler anksiyeteyi farklı derecelerde algırlar. Anksiyete içseldir, evrenseldir ve bir kriz dönemidir (*Karayurt, 1998; Taşdemir ve ark., 2013*). Temelde kaygı ve korku anksiyete tanımında kullanılsa da ikisi birbirinden farklıdır. Korku bir nesneye yönelik iken, kaygı iç tehlikelere oluşan bir durumdur. Korku akut, kaygı kroniktir.

2.2.1. Ameliyat öncesi anksiyete

Preoperatif hazırlığın birçok amacı vardır. Anksiyetenin giderilmesi ise temel hedefler arasındadır. Ameliyat öncesi ve sonrasında yaşanacaklar, yabancı bir çevreyle karşı karşıya kalmak bireylerde anksiyete yaratmaktadır. Kelleci ve ark.'ın (2009), bazı tanı gruplarına göre hastanede yatan hastaların anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmada, cerrahi servislerde yatan tüm hastaların anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir (*Kelleci ve ark., 2009*). Erdil ve Elbaş çalışmasında, ameliyat olacak bireylerde kaygı ve ümitsizliğin daha fazla yaşandığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde hastaların

%60-80' inin anksiyöz olduğu belirtilmiştir (*Taşdemir ve ark., 2013; Turhan ve ark., 2012*). Wetsch ve ark.' in (2009), gününbirlik cerrahi girişim uygulanacak hastalarda stres ve anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmada, girişim uygulanacak hastaların anksiyete seviyelerinin yatan hastalardan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (*Fındık ve Topçu, 2012*). Ameliyat öncesi anksiyetenin düşürülmesinde psikolojik olarak preoperatif bilgilendirme ile fizyolojik açıdan işlem öncesi premedikasyon olarak uygulanan ilaçlar kullanılan yöntemler arasındadır.

2.2.2. Ameliyat öncesi anksiyete nedenleri

Anksiyetenin kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, yalnız yaşayanlarda, anestezi deneyimi olmayan ve olumsuz cerrahi deneyimleyen bireylerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (*Fındık ve Topçu, 2012*). Taşdemir ve ark. 'ın (2013), preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete seviyelerinin karşılaştırıldığı çalışmada, kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum aileden ayrı kalmaya ve kadınların endişelerini daha rahat ifade edebilmelerine bağlanmaktadır (*Taşdemir ve ark., 2013*). Fındık ve Topçu' nun (2012), ameliyata alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyeteye etkisinin araştırıldığı çalışmada, evli olan hasta grubunun elektif girişimlerde anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Bu gruba aile tarafından verilen sosyal desteğin etkili olduğu düşünülmektedir (*Fındık ve Topçu, 2012*). Anksiyete, hastaların yüksek dozda anestezi ilacı ihtiyacı duymalarına neden olduğu için anestezi indüksiyon sürecini ve postoperatif dönemini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (*Turhan, Avcı ve Özcengiz, 2012*). Ameliyat sonrası uyanamamak (%42.5), ağrı yaşama korkusu (%26.7), yoğun bakım endişesi (%26.7), kontrol kaybı, tıbbi uygulamalar, maddi durum, ölüm korkusu ve yabancı bir çevrede bulunmak anksiyete nedenleri arasında yerini almaktadır (*Fındık ve Topçu, 2012; Turhan ve ark., 2012*). Ameliyat hastalar için bağımlı kalma korkusu, iş gücü kaybı ve aileden ayrı kalma korkusu anlamına gelebilmektedir. Hastalar için belirsizlik durumunun en yoğun olarak yaşandığı preoperatif dönem, anksiyetenin de paralel olarak yüksek olduğu dönemdir. Bu doğrultuda anksiyete yönetimi postoperatif dönemde hasta memnuniyeti için temeldir (*Bilgin ve ark., 2012; Taşdemir ve ark., 2013*). Bir başka deyişle, preoperatif bilgilendirme hasta anksiyetesinin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Hasta anksiyetesini azaltmada preoperatif eğitim ve bilgilendirme hemşirenin bağımsız fonksiyonları arasındaki en önemli stratejilerden birisidir (*Karayurt, 1998*).

2.3. Eğitim

Preoperatif ve postoperatif dönem bakım gereksinimlerini karşılamada, hasta ve ailesi sürecin ayrılmaz bir parçasıdır (Karadağ, 1998). Bu sürecin efektif bir şekilde kullanılmasında hasta eğitimi anahtar rol oynamaktadır. Günümüz koşullarında toplumun ya da bireyin sağlık durumlarıyla ilgili her konuda eğitim bir çözüm yolu olarak görülmekte ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir ögesi olmaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Cerrahi girişimlerde hasta hazırlığında yeterli sürenin olması ve hemşireler tarafından gerekli eğitimlerin verilmesi hasta anksiyetesinin giderilmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Fındık ve Topçu, 2012).

2.3.1. Hasta eğitimi

Gerek görsel gerek işitsel araçlar ile yapılan tüm eğitimler temelde bireylerin davranış değişikliğine gitmesini amaçlamaktadır. ‘‘Hasta eğitimi nedir?’’ sorusuna bakıldığında; bireyde sağlığı korumak ve sürdürmek temel amaçlı, yeni davranışlar kazandırmaya yardımcı planlı bir eğitimidir. Hasta eğitimi rasgele yapılmadığı gibi sadece teknik bir uygulama da değildir (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Dolgun ve Dönmez, 2010). Bireyseldir (Uzun, 2000). Kendine özgü bir felsefesi ve temel ilkeleri olan hasta eğitimi günümüz koşulları için etik, ahlaki ve yasal yönlerden de önemli bir konudur (Uzun, 2000). Prosedürler yerine gelsin diye değilde gerçekten inanarak ve özel zaman ayrılarak yapılan tüm eğitimler amacına ulaşmış ya da etkili olmuştur. Günümüz koşullarında toplumun ya da bireyin sağlık durumlarıyla ilgili her konuda, eğitim bir çözüm yolu olarak görülmekte ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir ögesi olmaktadır. Kaliteli bir sağlık bakımında hasta eğitimi temel unsurlardan birisi olarak öne çıkmaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Hasta eğitimi, davranış değişikliğiyle kalmayarak hastalara edindirdiği bilgiyi kullandırmayı da hedeflemektedir.

Sağlık alanındaki reformlar hasta eğitimini dünya genelinde önemli bir yere taşımıştır. 19. yy. sonlarında günün şartları doğrultusunda toplum, sanitasyon ve bakım konularında eğitilirken bu durum günümüzde yerini daha ileri boyuta taşıyarak memnuniyet artışı, düşük maliyet ve kaliteli yaşama bırakmıştır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009).

Hasta eğitimi, bireylerin ve sağlık profesyonellerinin sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunduğu dinamik bir süreçtir. Hasta/hasta ailesi, hekim, hemşire ve diğer sağlık üyelerinden oluşan bir ekip bu süreci yürütmektedir. Hasta eğitimi, hasta için her ne kadar bireysel olsa da özünde multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir (Uzun, 2000). Ancak yine

de bilinmektedir ki hastayı biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak her yönden ele alan, sürekli iletişim halinde olan, en fazla zaman geçiren ve güven bağı kuran tek profesyonel grup hemşirelerdir (Yıldız, 2015).

2.3.2. Hasta eğitiminde hemşirelik süreci

İçinde bulunduğumuz yüzyıl koşullarında ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel alanlarda yaşam standartlarımızı etkileyen hiç kuşkusuz en önemli kavramlardan birisi de kalite olmuştur. Kaliteli yaşam sürmek yediden yetmişe tüm insanların hakkıdır. Bu doğrultu da kaliteli yaşam algısı bozulmuş olan hastalara bütüncül yaklaşım sergileyen ve hastaların en büyük destekçilerinden birisi de hemşirelerdir (Alcan, Tekin ve Civil, 2012). Hemşirelik süreci bireyin hastaneye yatışı ile başlayıp taburculuğuna kadar devam etmektedir (Özkan, 2014). Şüphesiz hasta eğitiminde hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Ülkemizde literatür taraması doğrultusunda, hemşirelerin hasta eğitimini etkili şekilde yapamadıkları ifade edilirken söz konusu sebepler arasında; zaman azlığı, hasta fazlalığı ve yetersiz hemşire sayısı yerini almaktadır (Uzun, 2000). Gürlek ve Yavuz (2013), çalışmasında hemşirelerin eğitim uygulayamama nedenlerini; hemşire sayısı yetersiz (%50.1), zamanım yok (%21.4), hasta sayısı çok fazla (%28.4) olarak ifade etmişlerdir (Gürlek ve Yavuz, 2010). Hekim ve hemşirelerin hastaya kendini tanıtmaları durumlarının araştırıldığı bir çalışmada ise hekimlerin %84.1' inin kendini tanıttığı ifade edilirken, hemşirelerin %47.8' inin kendini tanıtabildiğini bildirmiştir. Bir başka deyişle iki hemşireden bir tanesinin kendini tanıtabildiği bir sistemde eğitime yeterli önem verilemediği belirtilmektedir (Dolgun ve Dönmez, 2010).

2.3.3. Ameliyat öncesi hasta eğitimi

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği (1980); ‘‘mevcut ve olası sağlık problemlerine karşı insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir’’ şeklinde tanımlayarak ‘‘hemşirelik tanısı’’ kavramını desteklemiştir. Hemşirelik tanıları asla tıbbi bir tanı değildir. Aksine hastaların gereksinimleri doğrultusunda ortak bir dil oluşmasına hizmet ederek gereksinimlerin belirlenmesine olanak sağlamıştır (Köşgeroğlu, 2013). Bu doğrultu da hastaların belirsizliklerinin giderilmesine ışık tutan tanılardan biriside hasta eğitimi gereksinimidir. İnsanlar için en büyük kriz dönemlerden biriside belirsizliğin hat safhada olduğu ameliyat algısıdır. Hastalar için yaşam, ölüm, sakat kalma, ağrı, kusma, yemek yeme, yürüme, iyileşme, hastalığın tekrarı kısacası her şey bu süreçte birer soru işaretidir. Ameliyat öncesi eğitim hastanın cerrahi girişime yönelik her evrenin nasıl olacağı hakkında bilgi sahibi olmasına fırsat vereceği için hastanın kendini emniyette hissetmesine yardımcı olacaktır.

Yeterli derecede bilgilendirilmeyen hastalar, bilinmezlik korkusu yaşadıkları için anksiyeteleri oldukça yüksektir. Çalışmalarda, biyokimyasal değişikliklere sebep olduğu için vücut iyileşme hızını geciktiren anksiyetenin preoperatif bilgilendirme ile önemli derecede azaldığı belirtilmiştir (*Dolgun ve Dönmez, 2010; Karadağ, 1998; Uzun, 2000*). Literatürde, elektif cerrahilerde hasta eğitimi için en doğru zamanın, ameliyattan bir gün öncesi olduğu vurgulanmaktadır. Diğer taraftan daha önce verilen eğitimin hasta tarafından unutabileceği bildirilirken, cerrahiden hemen önce verilen eğitiminde hasta tarafından dinlenmeyeceği, dinlenilse dahi yaşadığı anksiyeteden dolayı algılanamayacağı belirtilmektedir (*Uzun, 2010*). Yapılan araştırmalar ameliyat öncesi verilen eğitimler ile hastalarda post operatif dönem komplikasyonlarının azaldığı ve yatış sürelerinin kısaldığını göstermektedir (*Gürlek ve Yavuz, 2013*). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin %61.9' u eğitimi ameliyattan 1 gün önce uygulayabildiklerini ifade etmişlerdir. Ameliyat öncesi eğitim yapamadığını ifade eden hemşirelerin çoğunluğu (%50.1) ise sebep olarak hemşire sayısının yetersiz olmasını göstermiştir (*Gürlek ve Yavuz, 2013*). Yılmaz (2002), ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisini araştırdığı çalışmada, eğitim verilen deney grubunda komplikasyon gelişme oranını %25 olarak açıklarken, kontrol grubunda bu oranı %52.5 olarak ifade etmiştir (*Yılmaz, 2002*).

Ameliyat öncesi hasta eğitim konularının başlıcaları; tanılama işlemleri, servis ve çalışanların tanıtımı, hazırlıklar, ameliyat süresi, tedaviler, hastaya ameliyat sonrası takılı olabilecek tıbbi araçlar, hasta ailesinin operasyon süresince bekleyebilecekleri yer ve ulaşabilecekleri numaralar, yeme-içme ve ayağa kalma-yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerine ne zaman döneceği konuları hakkında bilgilendirmeler sıralanabilir (*Gürlek ve Yavuz, 2013*).

2.4. Tele-Sağlık

2.4.1. Telefonun Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kullanımı

İletişim teknolojisinin hızla ilerlemesi yalnızca günlük ihtiyaçların karşılanmasında değil aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerindeki ihtiyaçların karşılanmasında da etkili bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyet etkili uygulamalar teknolojik uygulamaların kullanımı da beraberinde getirmiştir. Bu doğrultu da telefon ile sunulan sağlık hizmetleri bir başka deyişle tele-sağlık kullanımı önem kazanmıştır (*Hintistan ve Çilingir, 2012; Pazar ve*

ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tele-sağlığı, iletişim teknolojilerini kullanan sağlık profesyonelleri tarafından hastalıkların teşhisi, tedavisi ve önlenmesi, araştırma ve değerlendirmesi, birey ve toplulukların sürekli eğitilmesi olarak tanımlamıştır (*Erişim 18.05.2019, WHO*). Tele-sağlık, kısaca mesafelerin konu edilmediği sağlık bakım hizmetidir (*Ersoy ve ark., 2015*). Tele-sağlık ile ilgili literatüre bakıldığında birçok hastalıkta kullanılabilir ve hastaların özbakım gücünü geliştirmekte etkin olduğu belirtilmiştir (*Akay ve Akyol, 2014; Hintistan ve Çilingir, 2012*). Tele-sağlık ile sağlık hizmeti veren noktalara uzak yerlerde yaşayan ve telefon ile öncelikli danışmanlık isteyen bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda etkili ve yararlı çözümler sağlanabilmektedir (*Uslu, 2015*). Hasta durumundaki değişikliklerin erken farkedilebilmesi, her zaman yoğun olan acil servislere başvuruların azalması ve hastane yatış sürecinin kısalması ile bakım maliyetlerinin azalması tele-sağlık sisteminin önemli derecede ihtiyaçlara cevap verebildiğini göstermektedir (*Hintistan ve Çilingir, 2012; Pazar ve ark., 2015*).

Hastaların telefon ile sağlık hizmetini tercih etme nedenleri arasında, daha az beklemek, hizmete kolay ulaşmak, sağlık çalışanlarıyla daha çok temas kurabilmeleri ve gerçekten destek alabildiklerini hissetmeleri sıralanmıştır (*Hintistan ve Çilingir, 2012*).

Tele-sağlık hizmetinde verilerin toplanmasında kullanılan teknolojiler, e-mail, LAN/WAN network sistemleri, sesli ve görüntülü cep telefonları, glikometre, saturasyon cihazı, dijital tansiyon aleti, termometre, dijital tartı, video-konferans yöntemi, acil servis telefon hatları ve hemşire çağrı zilleri gibi kaynaklar sağlık bakım hizmetini kolaylaştırmaktadır. Uzak coğrafik bölgelerdeki kaynak kıtlığı göz önüne alındığında kullanım ve düşük maliyet bakımından telefon sistemini özellikli kılmaktadır (*Ay, 2008; Ersoy ve ark, 2015*).

Sağlık alanında meydana gelen tüm bilişim ve iletişim teknolojileri, bakım hizmetinin en önemli unsuru olan hemşirelik hizmetlerini de etkilemiştir. Tele- sağlık uygulamalarında anahtar rol oynayan tele-hemşirelik kavramı, ‘‘iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir’’ şeklinde Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından tanımlanmıştır. Tele-hemşirelik genel olarak telekomünikasyon hizmetlerini kullanarak tele-bakım, tele triyaj ve tele ev bakımı süreçlerinin yürütülmesidir (*Pazar ve ark., 2015*). Tele-sağlık sisteminde tele-hemşirenin rollerine bakıldığında; bilgi toplayarak hastanın durumuyla ilgili bulguları takip etme, süreci yöneterek hastanın kilo, kan şekeri, oksijenizasyonunu, yara

yeri iyileşmesi gibi ölçütleri değerlendirme, bilgi üreterek hastanın doktoruyla birlikte tedavi ve bakım sürecinde önerilerde bulunma ve bilgiyi ileterek hastanın gerek ilaç gerek beslenme alışkanlıklarında düzenlemelere giderek hasta eğitimi yapmasıdır (*Acar ve Pınar, 2013*).

Tele-hemşirelik yöntemi kullanılarak hasta izleminin standartlara uygun şekilde sürdürülebilmesi için kriterler bildirilmiştir (<http://www.rnans.ns.ca>; Erişim Tarihi:15.03.2019). Standardize edilmiş protokol ve rehberlerin oluşturulması, danışmanlık verilen bireylerin gereksinimlerinin sistematik olarak tanınması, acil ihtiyacı olana öncelik verilmesi, planlama ve sonuçların değerlendirilmesi öne çıkan kriterler arasındadır. Bu kriterlerin yanı sıra hemşirenin, diğer ekip üyeleri ile işbirliği yapabilmesi, etkin bir dinleyici olması, dili açık ve anlaşılır kullanabilmesi, hasta ile karşılıklı karar verebilmesi, bireyin psikososyal ve sosyokültürel değerlerine uygun davranabilmesi, hasta ve kurum bilgilerinin gizliliğini ve güvenliğini sağlayabilmesi ve etik değerler konusunda duyarlı olabilmesi gereklidir. Tele-hemşirelik hizmeti veren sağlık personelinin performans değerlendirmesi, kişisel ve mesleki eğitimleri de ayrıca önemlidir (*Hintistan ve Çilingir, 2012*).

2.4.2. Dünya’ da Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik Uygulamaları

Dünya’ da tele-sağlığın kullanıldığı araştırmalara bakıldığında; demanslı bireylerde tele-sağlık izleminin etkilerinin incelendiği bir çalışmada günlük maliyetin 105 dolardan 25 dolara gerilediği ve hastane yatışlarının azaldığı belirtilmiştir (*Smith ve ark., 2007*). Bir başka çalışmada ise kan şekeri regülasyonunda düzenli kliniğe gelen hasta grubu ile kan şekerlerini modem aracılığı ile kliniğe ileten hasta grubu karşılaştırılmıştır. İki grup arasında kan glukozlarında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen maliyetin önemli ölçüde azaldığı ifade edilmiştir (*Chase ve ark., 2003*). Wootton ve ark. (2012) uzun dönem hastalıklarda (KOA, Diyabet, Hipertansiyon, Kalp Yetmezliği) tele-sağlık uygulamalarının etkilerini incelediği 141 randomize kontrollü çalışma ve 148 tele-sağlık ilişkili çalışmada, 108 çalışmanın tele-sağlıkla ilişkili olumlu yönleri olduğu belirtilmiştir (*Wootton, 20012*). Planlanmamış ev ziyaretlerinin tele-sağlık uygulaması ile %45 oranında azaldığı belirtilmektedir (*Ersoy ve ark., 2015*).

Dünya’ da 2005 yılında, 36 ülkede profesyonel tele-hemşire olarak tanımlı aktif 719 hemşire olduğu belirtilmiştir (*Ersoy ve ark., 2015*). Her yıl 100 milyon Amerikalının sağlıkları ile ilgili aldıkları kararlarda tele-hemşirelerden danışmanlık aldıkları bildirilmiştir (*Hintistan ve Çilingir, 2012*). İngiltere’ de yapılan bir araştırmada, telefon ile danışmanlık

hizmeti alan hastaların %40' ının acil servis dışı ilgili birimlere yönlendirilerek acil servis yükünün azaltıldığı saptanmıştır (Öz, 2010). Bir başka diyabetli hastaların takibinin yapıldığı vaka çalışmasında ise, tele-hemşirelik takibi ile hastaların HbA1C seviyelerinde %16 ve vücut ağırlıklarında %4 kayıp olduğu belirlenmiştir (Whitlock ve ark., 2000).

Hemşirelerin bakım sürecindeki temel amacı sağlığı korumak, geliştirmek ve rehabilite etmektir. Bu doğrultuda sürdürülen bir çalışmada meme, akciğer ve prostat kanserli hastalara hemşireler tarafından 8 ay boyunca bireysel danışmanlık sağlanmıştır. Hastaların hastalıklarıyla ilgili başa çıkma yöntemlerinde ve özgüvenlerinde artış sağlanırken depresyon seviyelerinde azalma olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra telefon ile destek almayan hasta grubunda ise hastalıkla başa çıkma yöntemlerinde azalma olduğu ifade edilmiştir (Downe-Wamboldt ve ark., 2007).

2.4.3. Türkiye' de Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik Uygulamaları

Türkiye' de ilk kez 1992 yılında telefonla danışmanlık alma sistemine, üreme ve cinsel sağlık konularında başlanmış olup, 1995 yılında "AIDS Bilgi Hattı" kurulmuştur (Ersoy ve ark., 2015). Türk Telekom ve Acıbadem Mobil Sağlık işbirliğinde hazırlanan Medikal Koçluk ve Acil Sağlık Hizmetleri projesi kapsamında, 2011 yılında 100 bin kişi evde tele-sağlık danışmanlığı almıştır. Yine Türk Telekom tarafından "Ev Gibisi Yok, Sağlık Gibisi Yok" projesi adı altında belirli bir ücret karşılığında sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu tür danışmanlık hizmetleri reklam içermekle birlikte kar amacı gütmekte ve gerçek profesyoneller tarafından gerçekleştirilmemektedir (Hintistan ve Çilingir, 2012).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesiyle tele-sağlık/e-sağlık hizmetlerinde (hastane randevu sistemi, e-reçete, sigarayı bırakma hattı gb.) önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. Bazı sağlık kuruluşlarında bilimsel araştırmalar doğrultusunda (diyabet/KŞ takibi, tansiyon /KB takibi, kg kaybına yönelik izlem gb.) tele-hemşirelik hizmetleri verilmiş ancak uluslararası bir sınıflama sisteminin dahi aktif bir şekilde kullanılmadığı ülkemiz sağlık hizmetlerinde, yerleşik bir tele-hemşirelik uygulamasının görev tanımı yapılmamıştır (Erdemir ve Akman., 2009; Ersoy ve ark., 2015; Pazar ve ark., 2015).

Toplumumuzun sağlık hizmetine olan gereksinimi göz önüne alındığında tele-hemşirelik uygulamasını gerekli kılmaktadır. Tele-hemşirelik uygulamalarının yararlarına bakıldığında; ulaşılabilir ve ucuz olması, kolay oluşu, uzun dönem takip ve danışmanlık sağlanması, hazır bilgi sunması, erken dönem semptomların saptanmasında hızlı çözümler

sağlaması, maliyet etkinliği sağlayarak sağlık harcamalarının azaltılması, acil servis girişlerini azaltması ve hasta memnuniyetini artırması gibi avantajlar sağlamaktadır (*Ersoy ve ark., 2015; Hintistan ve Çilingir, 2012*).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge' de Birinci Kısım Birinci Bölüm madde 4' te Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ‘‘Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu anlayışından hareketle, sağlık hizmetlerini yurttaşların yaşadığı en uç yerlere yayarak, herkesin bu hizmetlerden hakça yararlanmasını, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesini ve halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlayarak toplumun sağlık düzeyini geliştirmeyi amaçlayan örgütlenme ve hizmet biçimi’’ olarak tanımlanmıştır (<http://www.tb.org.tr/mevzuat/index> Erişim Tarihi: 20.05.2019). Bu madde ile bireylerin kendi bakımına katılımının sağlanması amaçlanmıştır. Bu doğrultu da tele-hemşirelik uygulaması tam anlamıyla bu maddeye karşılık gelerek bireylerin kendi özbakımların da aktif olarak rol alabileceklerini göstermektedir.

Ülkemizde tele-hemşirelik danışmanlığı ya da izlemin yapıldığı çalışma sayısı sınırlıdır. Sezgin (2013) çalışmasında, tip 2 diyabet tanılı hastalarda cep telefonu ile kısa mesaj uygulaması sonucu hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağladığı ve kan şekeri regülasyonunun düzene girdiğini ifade etmiştir (*Sezgin, 2013*). Bilik (2006) kalça protezi uygulanmış hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisini ele aldığı çalışmasında, taburculuk sonrası tele-izlemin iyileşmede etkin olduğunu belirtmiştir (*Bilik , 2006*). Kanadlı (2012), Diyabetes Mellituslu hastaların telefonla izleminin ve eğitiminin metabolik kontrole ve öz bakıma etkisini incelediği çalışmada katılımcıların öz bakım puanlarının arttığı ve metabolik kontrol değişkenlerinin olumlu yönde etkilendiğini ifade etmiştir (*Kanadlı, 2012*).

2.5. Hasta Memnuniyeti

Günümüz toplum yapısı göz önüne alındığında, bireyler birçok alanda rekabete dayalı sektörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Durumsal farkındalık algısının artmasıyla birlikte meydana gelen en ufak bir memnuniyetsizlik halinde alış veriş yerleri değiştirilmekte ya da eleştirilmektedir. Geçmişte sağlık hizmetlerinin sınırlı oluşu hastalara fazla seçenek hakkı bırakmamaktaydı. Ancak tüm sektörlerde olduğu gibi teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık sektöründe de meydana gelen gelişmeler rekabete dayalı bir ortam yaratmıştır. Artan toplum

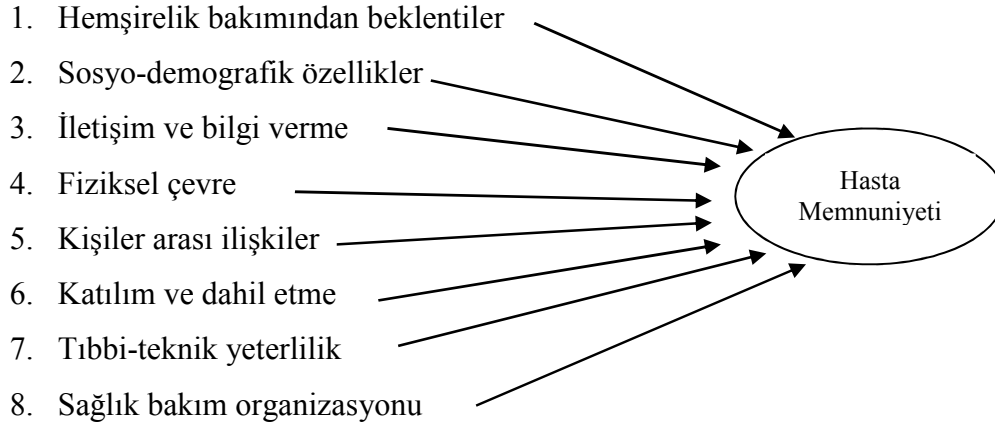
algısı, eğitim düzeyinin artması, eşitlik ve kalite gibi olguların sorgulanması gibi gelişmeler rekabet artışının nedenlerini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamıştır (Yılmaz, 2010). Hastalar kendi sağlık bakımlarına dahil olmak, sürece hakim olarak tanı ve tedavilerini anlamak istemektedirler. Tam da bu nokta da hasta memnuniyeti kavramı öne çıkmaktadır.

Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin karşılanması sonucu algıladıkları olumlu ve olumsuz düşünceler ve yaklaşımlar bütünüdür. Memnuniyet kavramını genel itibariyle geçmiş deneyimler, bireysel ve toplumsal değerler oluşturmaktadır. Donebedian hasta memnuniyetini; hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel “ölçüt” olarak tanımlayarak, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde “ yapı, süreç ve sonuç” yaklaşımını ele almıştır. Bir sağlık kurumunun kalitesini o kurumun sağlık personeli değil hizmet alan bireyler belirlemektedir. Bu doğrultuda International Organization for Standardization 9001–2000, Toplam Kalite Yönetimi, Joint Commission International (JCI) gibi kalite standartlarını ölçen sistemsel yapılar oluşturulmaya başlanmıştır (Yılmaz, 2010).

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında kurum ile hasta arasındaki en önemli bağlantıyı sağlayan 7/24 bakım verici rolündeki hemşirelik hizmetleridir. Bir başka deyişle sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde hemşirelik hizmetleri en önemli gösterge olarak görülmektedir (Kar, 2018). Hasta memnuniyeti kavramı ilk olarak 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Yılmaz, 2001). Hastane içinde hemşireler ve doktorlar için günlük çalışma rutininden ibaret olan iş algısı, hastalar için çok yüksek bir değere sahip olabilir (Yılmaz, 2010). Söz konusu hizmet alan her birey kendi ya da yakını için tüm şartların en iyisini istemektedir. Fiziksel çevre, kişilerarası iletişim, davranışlar vb. hasta ve yakınlarının beklentilerini etkilemektedir.

2.5.1. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler

Hemşirelik kuramcılarında Henderson’ un 14 temel insan gereksinimi modeli baz alınarak Johansson ve ark. (2002) ve arkadaşları tarafından geliştirilen hemşirelik bakımını etkileyen faktörler belirlenmiştir. Bunlar; hastanın sosyodemografik özellikleri, beklentileri, fiziksel çevre, iletişim ve bilgi verme, katılım ve dahil etme, kişiler arası ilişkiler, tıbbi-teknik yeterlilik ve sağlık bakım organizasyonudur.



2.5.1.1. Hemşirelik bakımından beklentiler

Hastaların memnuniyet algılarının önemli kısmını oluşturan hemşirelerden beklentileri sırasıyla; hemşirenin tarzı, hemşirenin el becerisi, kişilerarası iletişimi, hemşirenin ulaşılabilirliği, bakımın sürekliliği, eğitim ve bilgilendirmedir (Sengin, 2007).

2.5.1.2. Sosyo-demografik özellikler

Hemşirelik bakımından duyulan memnuniyet düzeyiyle yakın ilişkili ve kişiden kişiye farklılık gösteren sosyo-demografik özellikler; yaş, meslek, eğitim durumu, cinsiyet, gelir düzeyi, geçmiş hastalık öyküsü, dini, dili ve aile düzeni gibi değişkenlerdir (Tucker, 2002).

2.5.1.3. İletişim ve bilgi verme

Hasta memnuniyetinde önemli etmenlerden birisi de iletişim ve bilgilendirme sürecidir. Hastaların hastalık algısıyla yüzleştikleri ilk andan son ana kadar geçen süreçte, anlayabilecekleri sade ve açık bir dil kullanmak, hastane prosedürü ve servis işleyişi konularında bilgilendirme yapmanın hasta memnuniyetinde önemli bir role sahip olduğu olduğu belirtilmiştir (Johansson ve ark, 2002; Yılmaz, 2000).

2.5.1.4. Fiziksel çevre

Fiziksel çevre hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer etmendir. Sağlık hizmetlerinde yüksek verimi sağlayacak en iyi dizaynın memnuniyet ile yakın ilişki halinde olduğu literatürde bildirilmektedir. Hastaların fiziksel, sosyal ve mental olarak rahat olmaları, kendilerini evlerinde gibi hissetmeleri hem aldıkları tedavi ve bakımdan doyum almalarını hemde memnuniyet düzeylerini artırmaktadır. Aydınlatma, ısıtma ve havalandırma sistemleri,

temizlik, ses yalıtımı, ulaşımın kolay olması, dış cephe görünüşü, mutfak hizmetleri, bina içi yönlendirmeler ve bekleme noktaları hasta memnuniyetini etkilemektedir (*Yılmaz, 2010*).

2.5.1.5. Kişiler arası ilişkiler

Sağlık personelinin sunduğu profesyonel yaklaşım, gülyüz, anlayış ve empati yeteneklerini yansıtmaları hastaların memnuniyet algılarında önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli etmenin iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (*Özcan, 1996*).

2.5.1.6. Katılım ve dahil etme

Hastalık algısıyla karşı karşıya kalmış bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olduğu literatürde birçok çalışmada ortaya koyulmuştur. Gelecek kaygısı ve bilinmezlik duygusu yaşayan hastalarda memnuniyet algısını yüksek tutmak için, hastaların yatış anından taburculuk anına kadar her aşamada bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hasta ve yakınlarına soru sorabilme ve süreçle alakalı tedavilerine katılım sağlama hakkı tanınmalıdır.

2.5.1.7. Tıbbi-teknik yeterlilik

Fiziki şartların sağlanmış olmasının yanı sıra teknolojik donanım yeterliliğinin sağlanmış olması gerekmektedir. Aksi takdirde hastalarda güven problemi kaçınılmaz olmaktadır. Teknolojik gelişmelerin gerisinde kalan sağlık kurumlarının tanı, teşhis ve tedavi sürecinde geri kalabileceği algısı hasta memnuniyetini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin tıbbi uygulamalardaki el becerileri ve acil durumları kontrol altına alabilmeleri hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında sayılabilir (*Johansson ve ark, 2002*).

2.5.1.8. Sağlık bakım organizasyonu

Hastaların hizmet alımına başladığı andan itibaren tüm süreç hakkında bilgilendirilmeleri, hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin bakım planlarının açıklanması, kullanılan belgelerin tanıtılması hasta memnuniyeti üzerinde etkilidir. Hastaların kolay erişim sağladıkları hastanelerde tanıdıkları hemşire ve sağlık profesyonelleriyle yüz yüze gelmesi güven duygusunu dolayısıyla memnuniyetlerini artırmaktadır. Bunun yanı sıra iş yeri doyumu sağlanmış bir hemşirenin memnuniyeti, hastanın hemşirelik bakımından duyacağı memnuniyeti etkilemektedir. Fazla çalışan, mutsuz ve bunu gerek görsel gerek sözel olarak

gösteren bir hemşire, hastanın memnuniyet algısını da olumsuz etkilemektedir (Johansson ve ark, 2002).

2.5.2. Hasta memnuniyetinde hemşirelik bakımının yeri

Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirilmesi genel itibariyle iki başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

1. Bakımın standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirme ve kontrol yöntemi,
2. Hasta memnuniyetinin izlenmesi yöntemidir (Yılmaz, 2010; Johansson ve ark, 2002).

Hasta memnuniyeti ve hemşirelik bakımının arasındaki ilişki birçok çalışmaya konu olmuş ve sonuçlar kuvvetli bir şekilde ilişkili çıkmıştır. Alcan ve ark. (2015), hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin araştırıldığı çalışma da, araştırmaya katılan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması 147.76 ± 20.29 olarak belirlenmiştir. Bir başka deyişle hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir ($p < 0.05$) (Alcan ve ark., 2015).

Donebedian, hasta memnuniyetini “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise ilk kez 1975 yılında Risser, tarafından “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır.

Risser (1975) ise, hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi teknik ve profesyonel davranışlar, güvenilir ilişki ve eğitimsel ilişki olmak üzere üç aşamada ele almıştır (Lin ve ark., 1996). Yılmaz (2010), hastane memnuniyetini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, hastanenin sağlık sorunu olan diğer aile fertlerine ve arkadaşlara tavsiye edilmesi ile 31 - 40 yaş grubu arası hastaları karşılaştırdığında tedavi yapan hemşirelerin nezaketli davranması, yaptıkları işlemlerle ilgili bilgi ve taburculuk eğitimi vermesi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğunu belirtmiştir.

Larrabee ve ark. (2004), hasta memnuniyetini belirleyen en önemli unsurun hemşirelik bakımı olduğunu ifade etmişlerdir. Nedenleri arasında ise sağlık personeli içinde en fazla hemşirenin olması, hasta gereksinimlerinin giderilmesinde hemşirenin 7/24 hizmet vermesi ve hastaların iyilik halinin sürdürülerek rehabilitasyonunun sağlanmasında

hemşirenin aktif rol alması gösterilmiştir. Cerit (2015), hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini incelediği çalışmada, hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyete ilişkin toplam puan ortalamasının 76.61 ± 15.04 olduğu yani, hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (Cerit, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma obezite tanısı almış hastalara ameliyat öncesi tele hemşirelik yöntemi ile eğitim verilerek, ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte son test tasarım bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Tarih

Araştırma, İstanbul'daki bir Özel Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nin Yataklı Cerrahi Servisi'nde 09/02/2017-02/09/2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Katılımcı Sayısı ve Özellikleri

3.4.1. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'daki bir Özel Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nin Yataklı Cerrahi Servisinin de 09/02/2017-02/09/2017 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerine uygun 72 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmada evrendeki tüm hastalara ulaşılmaya çalışıldığı için örneklem hesaplamasına gidilmemiştir. Olasılıksız örnekleme yoluyla ilgili tarihlerde ameliyat olmak için başvuran ve araştırma koşullarını sağlayan tüm hastalar örnekleme alınmıştır. İlgili tarihler arasında toplam da 78 hasta bariatrik cerrahi için başvurmuştur. Çalışmayı kabul etmeyen 2 kişi, yabancı uyruklu 3 kişi ve 18 yaş altı 1 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma süresince çalışmadan çekilen katılımcı olmamıştır.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- T.C. vatandaşı olmak
- Türkçe bilmek
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- İletişim engeli olmamak
- Obezite tanısı almış olmak

- Madde kullanımı olmamak

3.4.3. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- T.C vatandaşı olmamak
- Türkçe bilmemek
- 18 yaş ve üzerinde olmamak
- İletişim engeli olmak
- Obezite tanısı almış olmamak
- Madde kullanımı olmak

3.4.4. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma verileri 09/02/2017-02/09/2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Katılımcılar planlı ameliyat günlerinden bir gün öncesinde hastane uzantılı telefon numarası ile aranarak ameliyata ilişkin bilgi alıp almak istemedikleri sorgulanmıştır. Tele-hemşirelik yoluyla bilgilendirilen katılımcılar ameliyat günü servis hemşiresi tarafından karşılanarak ameliyat süreci boyunca her konuda bilgilendirilmeye devam edilmiştir. Telefon ile ameliyat öncesinde eğitim alan hastaların taburculuk günlerinde odalarına girilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılımı kabul eden katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiştir. İzin alınan katılımcılardan Sosyo-demografik Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Yatan Hasta Memnuniyet Anketi imzalatılmıştır. Katılımcılardan, ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendisini en iyi tanımladığını düşündüğü ifadeyi belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların formları yanıtlamaları için yeterli süre verilmiştir.

3.4.4.1. Araştırmanın gerçekleştiği yer ve özellikler

Bu araştırma, İstanbul'daki bir Özel Vakıf Üniversitesi Hastanesi' nin Yataklı Cerrahi Servisi' nde yapılmıştır. Servis tek kişilik 8 hasta odasından oluşmaktadır. Serviste görev alan 1 sorumlu hemşire, 6 servis hemşiresi ve 1 intörn öğrenci hemşire bulunmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-20:00 ile 20:00-08:00 olarak düzenlenmiştir. Serviste yatan hasta profilini genel cerrahi, göğüs cerrahi, plastik cerrahi, kulak burun boğaz cerrahisi, çocuk cerrahisi, üroloji ve kadın doğum cerrahisi hastaları oluşturmaktadır.

Hastane prosedürü ve hasta bakım işleyişi doğrultusunda hastaların planlı ameliyat günü ve saatinden ortalama 1-2 saat öncesinde yatışı yapılmaktadır. Yatışı yapılan hastaların primer hemşiresi tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakımı sürdürülmektedir. Ameliyat öncesi açlık, kullanılan ilaçlar, mevcut kronik rahatsızlıklar, hasta odası tanıtımı, primer hemşire bilgilendirmesi, IV damar yolu açılması, ameliyatın ortalama süresi, ameliyat sonrası sürecin nasıl yürütüleceği hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Normal klinik rutinde bütün hastalara bu süreç uygulanmaktadır. Tele-hemşirelik girişimi ile ameliyattan bir gün önce sözlü eğitim verilmiş ve bu rutin bozularak farklı bir süreç yürütülmüştür.

3.5. Araştırma Soruları

1. Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının anksiyete düzeyi nedir?
2. Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının depresyon düzeyi nedir?
3. Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının memnuniyet düzeyi nedir?

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken

Araştırmada kullanılan “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Yatan Hasta Memnuniyet Anketi” nden elde edilen veriler çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız Değişken

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Yatan Hasta Memnuniyet Anketi kullanılarak ameliyat sonrası postoperatif 3. günde taburculuk öncesi dönemde elde edilmiştir.

3.7.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve toplamda 6 sorudan oluşan sosyo-demografik bilgi formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, cerrahi deneyim ve yaşam şekli gibi sosyo-demografik değişkenlerini sorgulamaktadır (EK-1).

3.7.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (The Hospital Anxiety and Depression Scale)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) Zigmond tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, Aydemir ve ark. (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan ve bedensel hastalığı olan bireyler üzerinde anksiyete ve depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Toplam 14 soru içeren bu ölçekte 2 alt boyut vardır. Birinci alt boyut (1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler) anksiyeteyi ölçerken, ikinci alt boyut (2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddeler) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt boyutu için 10 puan üzeri ve depresyon alt boyutu için 7 puan üstü olarak saptanmıştır. Her bir alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 21 arasında değişmektedir. Alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin arttığını göstermektedir (Aydemir, 1997) (EK-2).

Ölçeğin yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde Cronbach Alpha değeri anksiyete alt boyutu için 0.85, depresyon alt boyutu için 0.77 olarak bulunmuştur (Aydemir, 1977). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha değeri anksiyete alt boyutu için 0.67, depresyon alt boyutu için 0.71 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.7.2.1).

Tablo 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları ve Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Kesme Puanları ve İç Tutarlılık Değerleri (n=72)

ÖLÇEKLER		Kesme Puan Aralıkları		Cronbach's Alpha (α)	
HADÖ*	Alt Boyut	Anksiyete (1,3,5,7,9, 11,13)	0-10 11-21	Anksiyete Belirtisi Yok Anksiyete Belirtisi Var	0.67
		Depresyon (2,4,6,8,10, 12,14)	0-7 8-21	Depresyon Belirtisi Yok Depresyon Belirtisi Var	
YHMA**		Min. 14 puan Max. 42 puan	Yüksek Memnuniyet Düşük Memnuniyet	0.76	

*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Aydemir ve ark., 1997.

**Yatan Hasta memnuniyet Anketi, Sağlık Bakanlığı, 2015.

3.7.3. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi

Sağlık bakanlığı tarafından geliştirilen bu ankette amaç hastaların aldıkları hizmet konusundaki memnuniyet algılarını ölçmektir. Toplam da 14 soru içeren bu likert tipi ölçekte her bir soru ‘Evet, Kısmen/Biraz ve Hayır’ şeklinde cevaplanmaktadır. Her bir soru için veri girişi tamamlandıktan sonra, ilgili ankete ait ‘Her Kategoride Verilen Toplam Cevap Sayısı’, ‘Tüm Kategorilerde Verilen Toplam Cevap Sayısı’, ‘Kategori Bazında Karşılama Oranı’ ve ‘Soru Bazında Karşılama Oranları’ hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi, 2015) (EK-3).

Çalışmamızda Evet (1), Kısmen/Biraz (2), Hayır (3) olarak numaralandırılmıştır. Katılımcılar anketten en düşük 14, en yüksek 42 puan alabilmektedir. Puan yükseldikçe memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Puan hesaplamasında ters pozitiflik ilişkisi mevcuttur. Araştırmamızda Cronbach Alpha 0.76 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

3.7.4. Preoperatif Bariatrik Cerrahi Tele-Hemşirelik Hazırlık Eğitimi

Araştırmacılar tarafından literatür ve uzman görüşleri (danışman, hekim, sorumlu hemşire) sonucu geliştirilen 23 maddeden oluşan ameliyat öncesi bilgilendirme rehberidir (Johnson, 1996) (EK-4).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra çeşitli istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Verilerin parametrik ve nonparametrik dağılım durumuna göre frekans dağılımı, ortalama, standart sapma, mann-whitney u testi, tek yönlü anova testi, pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık değeri düzeyinde kabul edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmanın Değişkenleri	Kullanılan İstatistiksel Analizler
Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, yaşam şekli, cerrahi deneyim, eğitim durumu)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min, max).
Algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, min, max).
Algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılık incelemesi	Cronbach's alpha katsayısı
Algılanan Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin incelenmesi	Cronbach's alpha katsayısı
Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	Yaş, cinsiyet, medeni durumu, yaşam şekli, cerrahi deneyim, eğitim durumu değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Mann-Whitney U Testi ve Tek Yönlü Anova Testi
Hastaların sosyo-demografik bilgileri ile algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği puanları arasındaki ilişki	Yaş ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Pearson korelasyon analizi
Algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmadan elde edilen sonuçlar çalışmanın yapıldığı yer ve hasta grubu ile sınırlıdır, genellenemez.
2. Çalışmada kontrol grubu olmaması elde edilen verilerin yorumlanmasını zorlaştırmıştır.

3.9.2. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın evrenini oluşturan obezite tanısı almış katılımcıların ameliyatlarını yapan hekim kurumdan planlanan süreden erken ayrılmıştır. Bu nedenle kontrol grubu alınamamıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunu sağlayabilmek için aşağıdaki basamaklar izlenmiştir:

- Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü katılımları esas kabul edilecek, onam formu açıklanarak izinleri alınmış ve istedikleri durumda neden belirtmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır (EK-5)
- Araştırmanın yapıldığı Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (EK-6)

Araştırmanın planlanması ve uygulanmasında bilimsel etik ilkelerle birlikte evrensel etik ilkeler dikkate alınmıştır. Araştırma için, Yeditepe Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan 09/02/2017 tarihinde onay alınmıştır (Onay No: 37068608-6100-15-1306/1292) (EK-7).

4. BULGULAR

Toplam 72 sayıda katılımcıdan elde edilen bulgular 3 başlık altında incelenmiştir. Katılımcıların;

1. Demografik özelliklerine yönelik bulgular,
2. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğine yönelik bulgular,
3. Yatan hasta memnuniyet anketine yönelik bulguları

tablolarla gösterilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulguları

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=72)

	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (yıl)	35.69 ± 10.9	
Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	47	65.3
Erkek	25	10.9
Medeni Durum		
Bekar	29	40.3
Evli	43	59.7
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	-	-
Ortaokul	8	11.1
Lise	18	25
Üniversite	46	63.9
Cerrahi Deneyim		
Var	33	45.8
Yok	39	54.2
Yaşam Şekli		
Yalnız	12	16.7
Aile ile birlikte	60	83.3
Toplam	72	100

SS. Standart Sapma

Tablo 4.1.1’ de çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalamaları 35.69 ± 10.9 yıl olduğu belirlenmiştir. Hastaların %65.3’ ünün (n=47) kadın, %34.7’sinin (n=25) erkek, %11.1’inin (n=8) ilkokul mezunu, %25’inin (n=18) lise mezunu ve %63.9 ’unun (n=46)

üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %59.7' sinin (n=43) evli, % 40.3' ünün ise (n=29) bekar olduğu gözlenmiştir. Hastaların %54.2' sinin (n=39) daha önceden hastane deneyimi olmadığı ve %83.3' ünün (n=60) ailesi ile yaşadığı belirlenmiştir.

4.2. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulguları

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutundan Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması (n=72)

Özellikler		Depresyon Alt Boyut Puan Ortancaları (25-75.çeyrek)
Cinsiyet	Kadın	4 (2-6)
	Erkek	4 (3-8)
		Z= -1.03; p=0.30
Medeni Durum	Bekar	3 (2-5)
	Evli	4 (3-8)
		Z= -1.71; p=0.08
Eğitim Durumu	Ortaokul	6 (4-7.5)
	Lise	5 (2-7.25)
	Üniversite	3 (2.75-5.25)
		F= 1.19; p=0.30
Cerrahi Deneyim	Var	4 (3-8)
	Yok	3 (2-6)
		Z= -1.47; p=0.14
Yaşam Şekli	Yalnız	3 (2-4.75)
	Aile ile Birlikte	4 (3-6.75)
		Z= -1.51 p=0.13

Z= Mann Whitney U testi F= Tek Yönlü Anova testi

Tablo 4.2.1' de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, depresyon alt boyut puan ortancalarının karşılaştırılması verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda hastaların medeni durumu, cinsiyet, eğitim durumu, cerrahi deneyim ve yaşam şekli ile algılanan depresyon puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutundan Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması (n=72)

		Anksiyete Alt Boyut Puan Ortancaları
Özellikler		(25-75.çeyrek)
Cinsiyet	Kadın	5 (4-7)
	Erkek	5 (3-7)
		Z= -1.44; p=0.65
Medeni Durum	Bekar	5 (3-6)
	Evli	5 (4-7)
		Z= -1.31; p=0.18
Eğitim Durumu	Ortaokul	6 (3.25-9.5)
	Lise	5 (3-7)
	Üniversite	5 (3-6.25)
		F= 0.84; p=0.43
Cerrahi Deneyim	Var	6 (4-8)
	Yok	5 (3-6)
		Z= -2.42; p=0.01*
Yaşam Şekli	Yalnız	5 (2.25-6.75)
	Aile ile Birlikte	5 (3.25-7)
		Z= -0.32 p=0.74

Z= Mann Whitney U testi F= Tek Yönlü Anova testi
*p< 0.05

Tablo 4.2.2.' de araştırmada çalışmaya katılan hastaların anksiyete alt boyut puan ortancaları ile cinsiyet, medeni durumları, eğitim durumları ve yaşam şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Cerrahi deneyim ile algılanan anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (z=-2.42; p<0.05).

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları İle Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortancaları Arasındaki İlişki (n=72)

	$\bar{x} \pm ss$	r p
Yaş (yıl)	35 ± 10	r=0.38 p=0.001*
Depresyon Alt Boyutu Puan Ortancası	4.52 ± 2.78	
Yaş (yıl)	35 ± 10	r=0.34 p=0.003*
Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortancası	5.20 ± 2.44	

Veriler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. SS. Standart Sapma
* p<0.01

Tablo 4.2.3.' de katılımcıların yaş ortalamaları ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon alt boyut puan ortancaları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r= 0.38$; $p= 0.001$) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği anksiyete alt boyut puan ortancaları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r= 0.34$; $p= 0.003$) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

4.3. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Yönelik Bulguları

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları (n=72)

Yatan Hasta Memnuniyet Anketi	Evet		Kısmen/Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Madde 1. Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.	48	66.7	24	33.3	-	-
Madde 2. Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).	46	63.9	25	34.7	1	1.4
Madde 3. Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı).	61	84.7	11	15.3	-	-
Madde 4. Yemeklerin sıcaklığı uygundu.	28	38.9	39	54.2	5	6.9
Madde 5. Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi.	72	100	-	-	-	-
Madde 6. Hemşireler tarafından tedavi ve bakımıyla ilgili bana bilgi verildi.	71	98.6	1	1.4	-	-
Madde 7. Doktorum bana karşı ilgiliydi.	70	97.2	2	2.8	-	-
Madde 8. Hemşireler bana karşı ilgiliydi.	70	97.2	2	2.8	-	-
Madde 9. Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.	68	94.4	4	5.6	-	-
Madde 10. Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	68	94.4	4	5.6	-	-
Madde 11. Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	62	86.1	10	13.9	-	-
Madde 12. Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim.	68	94.4	4	5.6	-	-
Madde 13. Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	69	95.8	3	4.2	-	-
Madde 14. Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	69	95.8	3	4.2	-	-

Tablo 4.3.1.' de çalışmaya katılan katılımcıların, Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne göre verdikleri cevaplar incelendiğinde; hemşireler tarafından tedavi ve bakımıyla ilgili bilgi verildi diyenlerin %98.6' sı (n=71), hemşireler bana karşı ilgiliydi diyenlerin %97.2' si (n=70), doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi diyenlerin %100' ü (n=72) ve doktorum bana karşı ilgiliydi diyenlerin %97.2' si (n=70) çalışmanın maddelerine en yüksek oranda cevap verdiği saptanmıştır.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları (n=72)

Cinsiyet	Kadın						Erkek					
	Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1.	33	70.2	14	29.8	-	-	15	60	10	40	-	-
Madde 2.	28	59.6	18	38.3	1	2.1	18	72	7	28	-	-
Madde 3.	39	83	8	17	-	-	22	88	3	12	-	-
Madde 4.	18	38.3	27	57.4	2	4.3	10	40	12	48	3	12
Madde 5.	47	100	-	-	-	-	25	100	-	-	-	-
Madde 6.	46	97.9	1	2.1	-	-	25	100	-	-	-	-
Madde 7.	45	95.7	2	4.3	-	-	25	100	-	-	-	-
Madde 8.	45	95.7	2	4.3	-	-	25	100	-	-	-	-
Madde 9.	43	91.5	4	8.5	-	-	25	100	-	-	-	-
Madde 10.	45	95.7	2	4.3	-	-	23	92	2	8	-	-
Madde 11.	39	83	8	17	-	-	23	92	2	8	-	-
Madde 12.	45	95.7	2	4.3	-	-	23	92	2	8	-	-
Madde 13.	45	95.7	2	4.3	-	-	24	96	1	4	-	-
Madde 14.	45	95.7	2	4.3	-	-	24	96	1	4	-	-

Araştırmada, katılımcıların %38.9' unun (n=28), yemeklerin sıcaklığı uygundu maddesine en düşük oranda cevap verdikleri bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Katılımcıların cinsiyetlerine göre yatan hasta memnuniyet anketi' ne verdikleri cevap dağılımları Tablo 4.3.2.' de verilmiştir. Kadın katılımcıların %57.6' sının (n=27), erkek katılımcıların %48' inin (n=12), yemeklerin sıcaklığı uygundu maddesine kısmen/biraz seçeneğini işaretleyerek yüksek oranda cevap verdikleri bulunmuştur.

Çalışmada kadın ve erkek katılımcıların %100' ünün (sırasıyla; n=47, n=25), doktorum tarafından hastalığım hakkında bilgi verildi maddesine evet cevabını verdikleri belirlenmiştir. Kadın katılımcıların %97.9' unun (n=46), erkek katılımcıların ise %100' ünün (n=25), hemşireler hastalığım hakkında bilgi verdi maddesine evet dediği belirlenmiştir.

Araştırmada doktorum bana karşı ilgiliydi ve hemşireler bana karşı ilgiliydi maddelerine, kadın katılımcıların %95.7' sinin (n=45) ve erkek katılımcıların %100' ünün (n=25) evet cevabını verdikleri belirlenmiştir.

Hastane hizmetine yönelik memnuniyet düzeyinin ölçüldüğü, hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi maddesine ise kadın katılımcıların %95.7'si (n=45), erkek katılımcıların %96' sı (n=24) evet seçeneğini işaretlemişlerdir. Aynı şekilde taburculuk sürecinin değerlendirildiği taburculuk süreciyle ilgili bilgi verildi maddesine ise kadın katılımcıların %95.7' sinin (n=45), erkek katılımcıların %96' sının evet cevabını verdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.3.2.' de katılımcıların cinsiyetlerine göre ankete verdikleri cevaplar göz önüne alındığında her iki grubunda ağırlıklı olarak maddelere evet cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.3.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi'ne Verdikleri Cevap Dağılımları (n=72)

Medeni Durum	Bekar						Evli					
	Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1.	21	72.4	8	27.6	-	-	27	62.8	16	37.2	-	-
Madde 2.	21	72.4	8	27.6	-	-	25	58.1	17	39.5	1	2.3
Madde 3.	26	89.7	3	10.3	-	-	35	81.4	8	18.6	-	-

Madde 4.	15	51.7	12	41.4	2	6.9	13	30.2	27	62.8	3	7
Madde 5.	29	100	-	-	-	-	43	100	-	-	-	-
Madde 6.	29	100	-	-	-	-	42	97.7	1	2.3	-	-
Madde 7.	29	100	-	-	-	-	41	95.3	2	4.7	-	-
Madde 8.	29	100	-	-	-	-	41	95.3	2	4.7	-	-
Madde 9.	28	96.6	1	3.4	-	-	40	93	3	7	-	-
Madde 10.	28	96.6	1	3.4	-	-	40	93	3	7	-	-
Madde 11.	25	86.2	4	13.8	-	-	37	86	6	14	-	-
Madde 12.	28	96.6	1	3.4	-	-	40	93	3	7	-	-
Madde 13.	29	100	-	-	-	-	40	93	3	7	-	-
Madde 14.	27	93.1	2	6.9	-	-	42	97.7	1	2.3	-	-

Katılımcıların medeni durumlarına göre yatan hasta memnuniyet anketi' ne verdikleri cevap dağılımları Tablo 4.3.3.' de verilmiştir. Yemeklerin sıcaklığının değerlendirildiği memnuniyet anketinde, bekar katılımcıların %51.7' si (n=15) evet seçeneğini işaretlerken, evli katılımcıların %62.8' sinin (n=27) kısmen/biraz seçeneğini tercih ettiği bulunmuştur.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere bekar katılımcıların %100' ünün (n=29) doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi, hemşireler tarafından tedavi ve bakımımıla ilgili bana bilgi verildi, hemşireler bana karşı ilgiliydi ve doktorum bana karşı ilgiliydi maddelerine evet cevabını verdikleri görülmüştür. Evli katılımcıların, hemşireler tarafından tedavi ve bakımımıla ilgili bana bilgi verildi maddesine %97.7 (n=42), hemşireler bana karşı ilgiliydi maddesine %95.3 (n=41) ve doktorum bana karşı ilgiliydi maddesine %95.3 (n=41) oranında evet cevabını verdikleri belirtilmiştir.

Çalışmada bekar katılımcıların hastanede verilen genel hizmetten %100 (n=27) oranında memnun oldukları bulunurken, evli katılımcıların %93' ünün (n=40) evet cevabı ile verilen hizmetten genel anlamda memnun oldukları saptanmıştır.

Taburculuk sonrası sürecin değerlendirildiği Madde 14.' e ise bekar katılımcılar %93.1 (n=27), evli katılımcılar %97.7 (n=42) oranında evet cevabını vermiştir.



Tablo 4.3.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları (n=72)

Eğitim Durumu	Ortaokul						Lise						Üniversite					
	Evet		Kısmen/Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
YHMA																		
Madde 1.	4	50	4	50	-	-	13	72.2	5	27.8	-	-	31	67.4	15	32.6	-	-
Madde 2.	5	62.5	3	37.5	-	-	10	55.6	8	44.4	-	-	31	67.4	14	30.4	1	2.2
Madde 3.	8	100	-	-	-	-	17	94.4	1	5.6	-	-	36	78.3	10	21.7	-	-
Madde 4.	1	12.5	7	87.5	-	-	8	44.4	10	55.6	-	-	19	41.3	22	47.8	5	10.9
Madde 5.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	46	100	-	-	-	-
Madde 6.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	45	97.8	1	2.2	-	-
Madde 7.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	44	95.7	2	4.3	-	-
Madde 8.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	44	95.7	2	4.3	-	-
Madde 9.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	42	91.3	4	8.7	-	-
Madde 10.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	42	91.3	4	8.7	-	-
Madde 11.	6	75	2	25	-	-	17	94.4	1	5.6	-	-	39	84.4	7	15.2	-	-
Madde 12.	7	87.5	1	12.5	-	-	17	94.4	1	5.6	-	-	44	95.7	2	4.3	-	-
Madde 13.	8	100	-	-	-	-	17	94.4	1	5.6	-	-	44	95.7	2	4.3	-	-
Madde 14.	8	100	-	-	-	-	18	100	-	-	-	-	43	93.5	3	6.5		

Tablo 4.3.4.' de katılımcıların eğitim durumlarına göre yatan hasta memnuniyet anketi' ne verdikleri cevap dağılımları verilmiştir. Çalışmamızda doktorların hastalık hakkında bilgi verdiğini ifade eden madde de değerlendirmeye alınan tüm eğitim düzeylerindeki katılımcıların %100 (sırasıyla; n=8, n=18, n=46) oranında evet cevabını verdikleri bulunmuştur. Ortaokul ve lise eğitim düzeyindeki katılımcıların %100' ü (sırasıyla; n=8, n=18) hemşireler tarafından tedavi ve bakımıyla ilgili bana bilgi verildi, hemşireler bana karşı ilgiliydi ve doktorum bana karşı ilgiliydi maddelerine evet seçeneğini işaretlemişlerdir. Üniversite eğitim düzeyindeki katılımcılarında yüksek oranda evet cevabını verdikleri memnuniyet anketinde sırasıyla; hemşireler tarafından tedavi ve bakımıyla ilgili bilgi verildi maddesine %97.8 (n=45), doktorum bana karşı ilgiliydi maddesine %95.7 (n=44) ve hemşireler bana karşı ilgiliydi maddesine %95.7 (n=44) oranında katılım sağladığı saptanmıştır.

Ortaokul eğitim düzeyindeki katılımcıların %100' ü (n=8) genel olarak hastanede verilen hizmeti iyi olarak değerlendirirken, lise eğitim düzeyi katılımcıların %94.4' ünün (n=17), üniversite eğitim düzeyindeki katılımcıların %95.7' sinin (n=44) verilen hizmetten memnun kaldıkları belirtilmiştir.

Çalışmada ortaokul ve lise eğitim düzeyindeki katılımcıların %100' ü (sırasıyla; n=8, n=18), üniversite düzeyi katılımcıların %93.5' i (n=43) taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir.

Eğitim düzeylerine göre katılımcıların cevap dağılımlarının verildiği Tablo 4.3.4.' de ortaokul ve lise eğitim düzeyi gruplarındaki katılımcıların hiçbir maddeye hayır cevabını vermedikleri gözlenmiştir. Bunun yanı sıra üniversite eğitim düzeyi katılımcılarının da çoğunluklu olarak hayır cevabını vermedikleri gözlenirken, yemeklerin sıcaklıklarını uygun bulmayan %10.9 (n=5) oranında küçük bir katılımcı grubun olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.5. Katılımcıların Cerrahi Deneyimlerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi'ne Verdikleri Cevap Dağılımları (n=72)

Cerrahi Deneyim	Var						Yok					
	Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1.	23	69.7	10	30.3	-	-	25	64.1	14	35.9	-	-
Madde 2.	19	57.6	13	39.4	1	3	27	69.2	12	30.8	-	-
Madde 3.	28	84.8	5	15.2	-	-	33	84.6	6	15.4	-	-
Madde 4.	14	42.4	17	51.5	2	6.1	14	35.9	22	56.4	3	7.7
Madde 5.	33	100	-	-	-	-	39	100	-	-	-	-
Madde 6.	32	97	1	3	-	-	33	100	-	-	-	-
Madde 7.	31	93.9	2	6.1	-	-	33	100	-	-	-	-
Madde 8.	31	93.9	2	6.1	-	-	33	100	-	-	-	-
Madde 9.	30	90.9	3	9.1	-	-	38	97.4	1	2.6	-	-
Madde 10.	31	93.9	2	6.1	-	-	37	94.9	2	5.1	-	-
Madde 11.	29	87.9	4	12.1	-	-	33	84.6	6	15.4	-	-
Madde 12.	31	93.9	2	6.1	-	-	37	94.9	2	5.1	-	-
Madde 13.	31	93.9	2	6.1	-	-	38	97.4	1	2.6	-	-
Madde 14.	30	90.9	3	9.1	-	-	33	100	-	-	-	-

Tablo 4.3.5.' de katılımcıların cerrahi deneyimlerine göre yatan hasta memnuniyet anketi' ne verdikleri cevap dağılımları verilmiştir. Bu doğrultuda cerrahi deneyime sahip olan ve olmayan katılımcıların (sırasıyla; n=33, n=39) %100'ü de doktor tarafından hastalıkları hakkında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmada, hemşireler tarafından tedavi ve bakımla ilgili bilgi verildi maddesine cerrahi deneyimi olan katılımcıların %97' sinin (n=32), cerrahi deneyimi olmayan katılımcıların ise %100' ünün (n=33) evet cevabını verdiği görülmüştür.

Doktorum bana karşı ilgiliydi ve hemşireler bana karşı ilgiliydi maddelerine cerrahi deneyimi olmayan katılımcıların %100 (n=33) oranında evet cevabını verdiği belirtilirken, cerrahi deneyime sahip katılımcılarında %93.9 (n=31) oranında evet yanıtını işaretledikleri bulunmuştur.

Çalışmamızda, taburculuk sürecinin değerlendirilmesini ölçen Madde 14.' te cerrahi deneyime sahip katılımcıların %90.9' u, cerrahi deneyime sahip olmayan katılımcıların ise %100' ü evet cevabıyla bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.

Cerrahi deneyim durumlarına göre katılımcıların cevap dağılımlarının verildiği Tablo 4.3.5.' de her iki grupta da Madde 2. ve Madde 4. hariç geri kalan tüm maddelere hayır cevabını vermedikleri gözlenmiştir.

Tablo 4.3.6. Katılımcıların Yaşam Şekline Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketi' ne Verdikleri Cevap Dağılımları (n=72)

Yaşam Şekli	Yalnız						Aile ile Birlikte					
	Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır		Evet		Kısmen/ Biraz		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1.	11	91.7	1	8.3	-	-	37	61.7	23	38.3	-	-
Madde 2.	11	91.7	1	8.3	-	-	35	58.3	24	40	1	1.7
Madde 3.	11	91.7	1	8.3	-	-	50	83.3	10	16.7	-	-
Madde 4.	6	50	4	33.3	2	16.7	22	36.7	35	58.3	3	5
Madde 5.	12	100	-	-	-	-	60	100	-	-	-	-
Madde 6.	12	100	-	-	-	-	59	98.3	1	1.7	-	-
Madde 7.	12	100	-	-	-	-	58	96.7	2	3.3	-	-
Madde 8.	12	100	-	-	-	-	58	96.7	2	3.3	-	-
Madde 9.	12	100	-	-	-	-	56	93.3	4	6.7	-	-
Madde 10.	12	100	-	-	-	-	56	93.3	4	6.7	-	-
Madde 11.	12	100	-	-	-	-	50	83.3	10	16.7	-	-
Madde 12.	11	91.7	1	8.3	-	-	57	95	3	5	-	-
Madde 13.	12	100	-	-	-	-	57	95	3	5	-	-
Madde 14.	11	91.7	1	8.3	-	-	58	96.7	2	3.3	-	-

Tablo 4.3.6.' de katılımcıların yaşam şekillerine göre yatan hasta memnuniyet anketi' ne verdikleri cevap dağılımları incelenmiştir. Yalnız yaşayan katılımcılar (n=12) ve ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların (n=60) %100' ü hastalıkları hakkında doktor tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Çalışmada yalnız yaşayan katılımcıların Madde 6., Madde 7., ve Madde 8.' e %100 (n=12) oranında evet cevabını verdikleri görülmüştür. Aile ile birlikte yaşayan katılımcıların %98.3' ü (n=59) hemşireler tarafından tedavi ve bakımlarıyla ilgili bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Aile ile birlikte yaşayan katılımcılar, doktor ve hemşirenin ilgilerini ölçen Madde 7. ve Madde 8.' e %96.7 (n=58) ile evet cevabını vermişlerdir.

Yalnız yaşayan katılımcıların %50' si (n=6) yemeklerin sıcaklıklarını uygun bulurken, aile ile birlikte yaşayan katılımcıların %58.3' ü yemeklerin sıcaklığının uygunluğunu ölçen değerlendirmeye kısmen/biraz yanıtını verdikleri görülmüştür.

Çalışmada, yalnız yaşayan katılımcıların %100' ü (n=12), aile ile birlikte yaşayan katılımcıların %95' i (n=57) hastanede verilen hizmeti genel olarak iyi bulduklarını ifade eden evet cevabını vermişlerdir. Taburculuk sürecini değerlendiren Madde 14.' e ise yalnız yaşayan katılımcıların %91.7' si (n=11), aile ile birlikte yaşayan katılımcıların %96.7' si evet cevabını vererek bilgi verildiğini ifade etmişlerdir.

Yaşam şekillerine göre katılımcıların cevap dağılımlarının incelendiği Tablo 4.3.6.' da yalnız yaşayan katılımcıların yalnızca Madde 4.' e, ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların ise Madde 2. ve Madde 4. dışındaki tüm maddelere hayır cevabını vermedikleri gözlenmiştir.

Tablo 4.3.7. Katılımcıların Bir Takım Özelliklerine Göre Yatan Hasta Memnuniyet Anketinden Aldığı Puan Ortancalarının Karşılaştırılması (n=72)

Özellikler		Memnuniyet Puan Ortancaları (25-75.çeyrek)
Cinsiyet	Kadın	15 (14-17)
	Erkek	16 (15-17)
		Z= -0.47; p=0.63
Medeni Durum	Bekar	15 (14-17)
	Evli	16 (15-17)
		Z= - 1.69; p=0.08
Eğitim Durumu	Ortaokul	15.5 (15-17)
	Lise	15 (14-16.2)
	Üniversite	15 (14-15)
		F=0.61; p=0.54
Cerrahi Deneyim	Var	15 (14-17)
	Yok	15 (15-17)
		Z= -1.79; p=0.85
Yaşam Şekli	Yalnız	15 (14-15)
	Aile ile Birlikte	16 (15-17)
		Z= - 1.67 p=0.09

Z= Mann Whitney U testi F= Tek Yönlü Anova testi

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile algılanan memnuniyet puanları karşılaştırılmasına bakıldığında cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, cerrahi deneyim ve yaşam şeklinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.3.8. Katılımcıların Yaş Ortalamaları İle Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Puan Ortancaları Arasındaki İlişki (n=72)

	$\bar{x} \pm ss$	r	p
Yaş (yıl)	35.69 ± 10.9	r= - 0.018	
Memnuniyet Puan Ortancası	16 ± 2.20		p=0.879

Veriler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Tablo 4.3.8. katılımcıların yaş ortalamaları ile Yatan Hasta Memnuniyet Anketi puan ortancası arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu (r= - 0.018; p= 0.879) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3.9. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortancaları ile Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Puanları Arasındaki İlişki (n=72)

	$\bar{x} \pm ss$	r	p
Memnuniyet Puan Ortancası	16 ± 2.20	r=0.28	p=0.016*
Depresyon Alt Boyut Puan Ortancası	4.52 ± 2.78		
Memnuniyet Puan Ortancası	16 ± 2.20	r=0.15	p=0.196
Anksiyete Alt Boyut Puan Ortancası	5.20 ± 2.44		

Veriler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

* p<0.05

Tablo 4.3.9.' da katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyut puan ortancaları ile Yatan Hasta Memnuniyet Anketi puan ortancası arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların depresyon alt boyut puan ortancası ile memnuniyet puan ortancası arasında pozitif yönde düşük düzey düzeyde bir ilişki olduğu (r=0.28; p=0.016) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların anksiyete alt boyut puan ortancası ile memnuniyet puan ortancası arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu (r=0.15; p=0.196) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Ameliyat öncesi eğitimin hasta anksiyetesinin azaltılmasına ve hasta memnuniyetine yardımcı olabileceğini vurgulayan bu çalışmada, farklı bir eğitim yöntemi olan tele-hemşirelik eğitiminin katılımcılarda hastane anksiyete ve depresyon belirtilerini incelemek ve yatan hasta memnuniyet düzeylerini belirlemesi planlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda uygun önerileri sunmak amacıyla yapılan ve özel bir vakıf hastanesinde yatarak tedavi alan 72 birey ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgisi doğrultusunda başlıklar halinde tartışılacaktır.

1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgularının Tartışılması
2. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgularının Tartışılması
3. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Yönelik Bulgularının Tartışılması

5. 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda obezite tanısı almış katılımcıların yaş ortalamasının 35.69 ± 10.9 yıl olduğu ve büyük çoğunluğunu kadın (%65.3) bireylerin oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Literatür incelemesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ‘‘Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010’’ çalışmasında kadın obezite sıklığı %41 olarak belirtilmiştir (Erişim Tarihi: 20.05.2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/>). ABD’ de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC-Central Disease of Control) tarafından yürütülen bir çalışmada obezite ($BKI \geq 30$ kg/m^2) prevalansının kadınlar da %35.3 olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014). Ülkemizde 2008 yılında 15-49 yaş grubu kadınların çalışmaya dahil edildiği Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında ise kadın obezite ($BKI \geq 30$ kg/m^2) sıklığı %23.9 olarak bulunmuştur. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından gerçekleştirilen ve 3681 kişinin dahil edildiği bir diğer çalışmada, 31-49 yaş aralığı erkek obezite sıklığı %24.8 iken bu durum kadın katılımcılarda %38 olarak belirtilmiştir. Bal ve ark. (2006), obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerini ele aldığı çalışmada, yaş ortalamasının 37.63 ± 11.79 yıl olduğu ve katılımcıların %91.7’ sinin kadın olduğu saptanmıştır (Bal ve ark., 2006). Bu çalışmaların sonuçlarının araştırmamızın sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda obezite tanısı almış katılımcıların yarısından çoğunun (%59.7) evli ve büyük çoğunluğunun (%83.3) aile ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Pınar' ın (2002), 144 kişiden oluşan çalışmasında, obez katılımcıların oluşturduğu deney grubunun %66.7' si (n=58) evli ve %55.2' sinin (n=48) düzenli bir beslenme düzeni olduğu belirtilmiştir (Pınar, 2002). Bir başka çalışmada, Erkol ve Khorshid (2002), obez bireylerin %73.5' nin evli ve %88.3' ünün çekirdek aileye sahip olduğunu bulmuşlardır (Erkol ve Khorshid, 2002). Bal ve ark. (2006), çalışmasında obezite tanısı almış katılımcıların %70' nin evli ve % 65.8' inin çekirdek aileye sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Obezite gelişimini etkileyen önemli faktörlerden biri de çevre ve aile koşullarıdır. Çünkü obezite çoğu kez öğrenilmiş bir yeme davranışının sonucudur. Tablo 4.1.1.' de görüldüğü üzere katılımcıların çoğu orta yaş grubu, evli ve ailesiyle birlikte yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Bu durum öğrenilmiş yeme alışkanlıkları ve düzenli bir öğün düzenine sahip olma durumunu akıllara getirmektedir. Obez katılımcıların bu grupta toplanması bizim çalışmamızdaki bilgileri destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Bizim çalışmamızdan farklı olarak birçok çalışmada öğrenim düzeyi düştükçe obezite oranının yükseldiği ifade edilmiştir. Deveci ve ark. (2005) çalışmasında, obezite tanısı almış katılımcıların %40'ının ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur (Deveci ve ark., 2005). Obezitede predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirildiği bir başka çalışmada ise yüksek öğrenim düzeyinin %13.7, ilköğretim düzeyinin %29 olduğu ifade edilmiştir (Erkol ve Khorshid, 2004). Obezitede sosyo-ekonomik eşitsizliklerin araştırıldığı 19-79 yaş arası 9000 koreli kadın üzerinde yapılan araştırmada obezite tanısı almış ilköğretim düzeyi katılımcı oranı %30.9 iken, üniversite ve üzeri obezite tanılı katılımcı oranı %5.9 olarak kaydedilmiştir (Choi ve ark., 2019). Bizim çalışmamız, obezite ameliyatının yüksek meblalar karşılığında yapıldığı özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Ekonomik gelir düzeyi yüksek olan katılımcılarla öğrenim düzeyi yüksek olan katılımcıların aynı grupta toplanması bizim çalışmamızdaki sonuçların literatüre göre farklı çıkmasının sebebi olduğu düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, depresyon alt boyut puan ortancaları karşılaştırılması verilmiştir (Tablo 4.2.1). Yapılan analizler sonucunda anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortancaları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaşam şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken cerrahi deneyim ile algılanan anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Bir başka deyişle cerrahi deneyim yaşayan katılımcıların anksiyete belirtileri daha fazladır. Taşdemir ve ark. (2013), preoperatif bilgilendirme yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerini karşılaştırdığı çalışmada, postoperatif dönemde kadınların anksiyete düzeylerinin, erkeklerden daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ayrıca preoperatif bilgilendirme sonrası anksiyete düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (Taşdemir ve ark., 2013). Kiyohara ve ark. (2004), cinsiyet ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuş ve kadınların daha fazla anksiyete deneyimlediklerini belirtmiştir (Kiyohara ve ark., 2004). Lee ve ark. (2003), anestezi hakkında bilgilendirme yapılan katılımcılardan oluşan sistematik derlemede, 15 randomize kontrollü çalışma ele alınmış ve gruplar yazılı materyal ya da video ile bilgilendirilen ya da hiçbir girişim yapılmayan grup olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışma sonucunda bilgilendirme programları uygulanan gruplarda anksiyete düzeyinin düşük olduğu ancak hasta memnuniyeti açısından gruplar arasında fark olmadığı ifade edilmiştir (Lee ve ark., 2003). Shevde ve ark. (1991) yaptıkları çalışmada, mesleğin anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir (Shevde ve Panagopoulos, 1991). Moerman ve ark. (1996), araştırmasında ameliyat öncesi anksiyetenin bilgisizlikten kaynaklandığı bildirmektedir (Moerman ve ark., 1996). Bu durumda eğitim düzeyinin artmasıyla bilinmezlik duygusunun daha az etkin olması ve dolayısıyla anksiyetenin daha az deneyimlenmesi beklenebilir. Bizim çalışmamızda eğitim durumunun anksiyeteye etkisinin olmadığı bulunmuştur ancak eğitim seviyesi yüksek olan lise ve üniversite gruplarının deneyimledikleri anksiyete düzeyleri ortaokul mezunlarına göre daha düşüktür. Eğitim durumunun anksiyete üzerine çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalarda görülmüştür. Taşdemir ve ark. (2013) çalışmasında, ev hanımı katılımcıların anksiyete düzeyi en yüksek bulunurken, memur katılımcıların anksiyete düzeylerinin en düşük olduğu belirtilmiş ancak yine de gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (Taşdemir ve ark., 2013). Caumo ve ark. (2001), cerrahi deneyimin anksiyete düzeyini değiştirmedığını

belirtmişlerdir (*Caumo ve ark., 2001*). Aynı şekilde Taşdemir ve ark. (2013), yürüttükleri araştırmada, ameliyat geçmişi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda 72 katılımcının 33'ünde ameliyat geçmişi vardı, 39 hasta ilk defa ameliyat olacaktı, yapılan istatistiksel incelemede ameliyat geçmişi olanlar ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu durumun olası geçmiş kötü deneyimler, çevresel ve ailesel yanlış bilgilendirmeler, ağrı yaşama korkusu, anesteziye yönelik endişe ve otonomi kaybı nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r= 0.38$; $p= 0.001$) ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Bu sonuçlara göre katılımcıların yaşları arttıkça anksiyete ve depresyon belirtilerinde artış olabileceği söylenebilir. Bu sonuçta bilinmezlik ve ölüm korkusu, aileden ayrı kalma hissini etkili olabileceği söylenebilir (*Taşdemir ve ark., 2013*). Turhan ve ark. (2012), çalışmasında ameliyat öncesi tüm hastalarda yaşa göre anksiyetenin ameliyat sonrasına göre daha yüksek olduğu belirtilmiş ve memnuniyet düzeyleri arasında ters yönde bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (*Turhan ve ark., 2012*).

5.3. Katılımcıların Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada obezite cerrahisi olan katılımcıların yatan hasta memnuniyet anketine verdikleri cevaplar bakımından memnuniyet düzeyleri incelendi ve katılımcıların hastane hizmetleri, hekimlik hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri bakımından memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3.1). Araştırmamıza katılan hastaların neredeyse tamamına yakın büyük çoğunluğunun (%98.6) hemşireler tarafından tedavi ve bakımla ilgili bilgilendirme süreçlerinde ve yine oldukça büyük bir oranında (%97.2) hemşirelerin ilgili olma konularında hemşirelik bakımından memnun olduklarını ifade etmesi memnuniyet vericidir. Aldemir ve ark. (2018), cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin incelendiği çalışmada, hemşirelerin bakım ve tedavi ile ilgili gereksinimlerin farkında olmaları alanında en yüksek puana sahip olduğu belirtilmektedir (*Aldemir ve ark., 2018*). Özcan ve ark. (2008), bir devlet hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeylerini incelediği çalışmada, %90.7 oranında hemşire ve sağlık personelinin saygı ve nezaketinden

çok memnun ya da memnun kaldıklarını ifade etmiştir (Özcan ve ark., 2008). Aynı şekilde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet seviyelerinin araştırıldığı bir başka çalışmada da bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarla uyumlu sonuçlar elde edildiği görülmüştür (Cerit, 2016). Literatüre bakıldığında yatan hasta memnuniyet değerlendirmelerinde, hemşirelik hizmetleri memnuniyet oranlarının bizim çalışmamızda da olduğu gibi yüksek oranlarda olduğu bulunmuştur. Alışagelmiş eğitim anlayışının dışında bir yöntem izlenerek telefon ile yapılan hasta eğitiminin memnuniyete etkisinin incelendiği bu çalışmada memnuniyetin yüksek olması, eğitimin etkili olabileceğini akıllara getirmektedir. Gürlek ve ark. (2013) yaptığı çalışmada hemşirelerin %69.9'unun hastaya yazılı eğitim materyalini, hasta kliniğe yattıktan sonra verdiğini belirtirken ameliyat öncesi eğitim yapamadığını ifade eden %50.1 hemşire katılımcı bu durumu hemşire sayısının yetersiz olmasına bağlamaktadır (Gürlek ve ark., 2013). Özkan ve Yavuz'un (2009) yaptığı çalışmada, materyal kullanılarak yapılan eğitimin hastalar üzerinde davranış değişikliği yarattığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir (Özkan ve Yavuz, 2009). Aşkın ve ark. (2015), ameliyat öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada, girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarından elde edilen puanların kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir (Aşkın ve ark., 2015). Yılmaz (2002), ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisini konu edindiği çalışmada, komplikasyon görülme oranının azaldığı ve hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı belirtilmiştir (Yılmaz, 2002). Bilgin ve ark. (2012), preoperatif bilgilendirmenin postoperatif ağrı ve hasta memnuniyetine etkilerini inceledikleri çalışmada, eğitim yapılan grubun hasta memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Bilgin ve ark., 2012). Çalışmamızın yapıldığı hastanenin yüksek kalite ve standartlara sahip olması ve kontrol grubu olmadığı için net sonuçlar gösterilememesine rağmen bu denli yüksek memnuniyet oranlarında, verilen tele-hemşirelik eğitiminin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyetin hasta memnuniyeti üzerine etkisine bakıldığında çalışmamızda kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Tüm katılımcıların yatan hasta memnuniyet anketine büyük çoğunlukla olumlu yanıt verdiği görülürken, bu oranın kadın katılımcılarda hastane hizmetleri, hemşirelik ve hekimlik hizmetlerinde erkeklere oranla daha fazla memnun olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.2). Şişe ve Altınel (2012) çalışmasında, katılımcıların cinsiyetlerine göre memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmalı olarak verilmiş ve çalışmamızı destekler doğrultuda kadın-erkek arasında anlamlı bir fark olmadığı her iki

grubunda memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Wallin ve ark. (2000), sosyo-demografik özelliklerin hasta memnuniyetine etkilerini inceledikleri çalışmada, hasta memnuniyeti ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmiştir (Wallin ve ark., 2000). Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak literatürde erkek hastaların genel anlamda memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Erdem ve ark. (2008), cinsiyetin hasta memnuniyetinde etkilerini incelediği çalışmada erkek hastaların kadın hastalara göre genel memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Erdem ve ark., 2008). Thi ve ark. (2002), 533 hasta üzerinde yaptığı araştırmada erkeklerin memnuniyet düzeylerinin kadınlara oranla daha fazla olduğunu belirtmiştir (Thi ve ark., 2002). Kadın hasta profilinin yapısal olarak daha hassas olması, diğer aile bireylerinin sorumluluğunu üstlenmesi ve toplumsal ve kültürel etkenlerden etkilenmesi göz önüne alındığında, literatürde de sıkça bahsedildiği üzere neden erkek hasta profilinin daha memnun olduğu anlaşılabilir. Bu noktada verilen tele-hemşirelik eğitimin özellikle kadınlar üzerinde etkili olduğu ifade edilebilir.

Hastaların medeni durumlarına göre yatan hasta memnuniyet anketine verdikleri cevaplar incelendiğinde bekar hastaların evli hastalara göre hemşirelik, hastane ve hekimlik hizmetlerinden daha memnun olduğu belirlenmesine karşın gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.3). Özlü (2006), Demir ve ark. (2011), Arslan ve Kelleci (2011)'nin çalışmaları araştırmamızın sonuçları ile uyumludur. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda medeni durumun memnuniyet düzeyini etkilediğine ilişkin araştırma bulgularına rastlanmıştır. Şişe ve Altınel (2012) çalışmasında, bekar katılımcıların hemşirelik hizmetleri haricinde diğer tüm hizmetlerden evli katılımcılara göre daha az memnun olduğu bulunmuştur (Şişe ve Altınel, 2012). Thi ve ark. (2002), araştırmalarında evli katılımcıların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Thi ve ark., 2002). Çalışmamızda yalnız yaşayan katılımcıların aile ile yaşayan katılımcılara göre yatan hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.6). Bu durumun medeni durum parametresiyle ilişkisine bakıldığında bekar katılımcıların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ailesi ile birlikte yaşayan evli katılımcıların memnuniyet beklentilerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bekar ve yalnız yaşayan hasta profiline tele-hemşirelik yöntemi ile ameliyat öncesi yapılan eğitimin, önemsenmişlik hissini daha fazla yaşattığı ve yalnız olmadıklarını hissettirmesi noktasında etkili olabileceği ve bu yüzden memnuniyet oranlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre yatan hasta memnuniyeti anketine verdikleri cevaplara bakıldığında çalışmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite

mezunu olduğu görülmektedir. Gruplar arasında memnuniyet düzeyi oranlarına bakıldığında tüm eğitim gruplarında memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görülmüş ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.3.7). Bununla beraber lise ve üniversite mezunlarının memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Şişe ve Altinel (2002) çalışmasında, öğrenim durumu ile memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (Şişe ve Altinel, 2012). Yılmaz (2001), tarafından yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın aksine eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin düştüğünü ortaya koyan çalışmalarda literatürde mevcuttur. Kıdak ve Aksaraylı (2008) çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığını ortaya koymuştur (Kıdak ve Aksaraylı, 2008). Tüm bu literatür bilgileri ve araştırma bulguları ışığında eğitim düzeyi ile memnuniyet arasındaki ilişkinin tutarlı olmadığı ifade edilebilir.

Çalışmamızda cerrahi deneyimin hasta memnuniyetine etkisine bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ve her iki grubunda memnuniyet oranlarının yüksek olduğu Tablo 4.3.5.' de sunulmuştur. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında hastaların beklentileri önemli bir belirleyicidir. Geçmiş deneyimler hastaların tedavi ve bakım sürecine yönelik algılarını oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızın aksine cerrahi deneyim ve memnuniyet arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Yıldız ve ark. (2014) çalışmasında, geçmişte cerrahi deneyime sahip bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (Yıldız ve ark., 2014). Arslan ve Kelleci (2011) çalışmasında, daha önce hastane deneyimi olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Arslan ve Kelleci, 2011). Özlü (2006) ise çalışmasında bizim çalışmamızla paralel olarak geçmiş hastane deneyimi ile hastane memnuniyetinin arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (Özlü, 2006). Demir ve ark. (2011) çalışmasında, daha önce hastanede yatan grubun memnuniyet puan ortalamasının hastanede yatmayan gruba göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ifade etmiştir (Demir ve ark., 2011). Cerrahi deneyimin, her birey için farklı anlam yüklediği bir süreç olduğu göz önüne alındığında, her iki grubunda memnuniyetlerinin yüksek olmasında yapılan tele-hemşirelik eğitimiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tüm katılımcıların değerlendirmeye alındıkları cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, cerrahi deneyim ve yaşam şekillerine göre hasta memnuniyeti anketi cevaplarına bakıldığında, tüm parametrelerde katılımcıların çoğunluğunun ‘‘ Yemeklerin

sıcaklıkları uygundu⁷ maddesine Kısmen/Biraz ya da Hayır cevabını verdiği görülmüştür. Şişe ve Altinel (2012), katılımcıların yemek hizmetleri açısından memnuniyet düzeylerinin az olduğunu ifade etmiştir (*Şişe ve Altinel, 2012*). Emhan ve ark. (2010) bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini konu edindiği çalışmada ileri yaş grubundaki hastaların, yemek kalitesi bakımından genç yaştaakilere göre daha fazla memnun olduklarını bulmuşlardır (*Emhan ve ark., 2010*). Bu çalışmanın özellikle yemek algısı yüksek olan obezite tanısı almış katılımcılar üzerinde yapıldığı göz önünde alındığında, ameliyattan sonra hekim ve diyetisyen kontrolünde verilen ılık-soğuk Rejim-1 diyetin hastalara hitap etmediği ve bu yüzden memnuniyetin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamaları ile memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.8). Bir başka deyişle katılımcıların yaşları arttıkça memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Aydın (2014) çalışmasında, araştırmaya katılan katılımcıların yaşları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını belirtmiştir (*Aydın, 2014*). Literatüre bakıldığında ise araştırmaların çoğunluğunun çalışmamızın aksini gösteren bulgulara sahip olduğu görülmektedir. Thi ve ark. (2002) çalışmasında, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün yaş olduğunu belirtmişlerdir (*Thi ve ark., 2002*). Demir ve ark., (2011), Özlü (2006), Yürümezoğlu (2007), yaptıkları çalışmalarda hemşirelik bakımından memnuniyet oranının ileri yaş hastalarda yüksek olduğunu belirtmişlerdir (*Demir ve ark., 2011; Özlü, 2006; Yürümezoğlu, 2007*).

Katılımcıların yatan hasta memnuniyet puan ortalamaları ile depresyon alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3.9). Bir başka deyişle depresyon belirtileri artmış katılımcıların memnuniyet düzeyleride artış göstermektedir. Bu durumun depresyon belirtisi gösteren katılımcıların beklentilerini düşük tutabileceği ve sunulan tüm hizmetleri sorgulamaksızın memnuniyetle karşılayabileceklerini akıllara getirmektedir. Katılımcıların anksiyete alt boyut puan ortalaması ile memnuniyet puan ortalaması arasındaki ilişki ise pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Turhan (2007), elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini incelediği çalışmada, 30 yaş altı ve 31-60 yaş arası olgularda memnuniyet puanları ile anksiyete puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulmuştur (*Turhan, 2007*).

Çalışmamızda, katılımcıların yaş ortalamasının ağırlıklı olarak genç olması verilen eğitimin başarılı bir şekilde algılanmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcılarımızın depresyon belirtilerinin neredeyse olmadığı sonuçlarına dayanarak ve genç popülasyonun alışlagelmiş eğitim anlayışından farklı bir eğitim ile karşılaşması ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olması, tele-hemşirelik eğitiminin etkili olabileceğini akıllara getirmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Obezite tanısı almış bireylerin ameliyat öncesi dönemde tele-hemşirelik eğitimi sonrası anksiyete, depresyon ve memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan, tanımlayıcı tipte son test tasarımı bu çalışmada; en fazla oranla kadın (%65.3), üniversite mezunu (%63.9), evli (%59.7), hastane deymi olmayan (%54.2), ailesi ile yaşayan (%83.3) ve 35.69 ± 10.9 yıl yaş ortalamasına sahip olan ve özel bir vakıf hastanesinde ameliyat olmak için başvuran katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan anksiyete ve depresyon durumları ve memnuniyet düzeyleri ile ilgili aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur (Tablo 4.1.1).

- a) Katılımcıların medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu ve yaşam şekillerine göre anksiyete ve depresyon ortanca puanlarının düşük olduğu bir başka deyişle katılımcılarda anksiyete ve depresyon belirtileri gözlenmediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.2.1; Tablo 4.2.2).
- b) Cerrahi deneyim yaşayanların anksiyete ortanca puanlarının, cerrahi deneyim yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.2).
- c) Çalışmada katılımcıların yaşlarındaki artış ile anksiyete ve depresyon ortanca puanlarının yükseldiği ve yaş ile anksiyete ve depresyon puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.2).
- d) Araştırmada, doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi (%100), hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bilgi verildi (%98.6), hemşireler bana karşı ilgiliydi (%97.2), doktorum bana karşı ilgiliydi (%97.2), hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi (%95.8) ve hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi (%95.8) maddelerine en yüksek oranda cevaplar verildiği belirlenmiş ve elde edilen yüksek memnuniyet oranlarında verilen eğitimin etkili olabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.3.1).
- e) Yemeklerin sıcaklığı uygundu maddesine ise katılımcılar tarafından ağırlıklı olarak Kısmen/Biraz (%54.2) ya da Hayır (%6.9) cevabı verildiği saptanmış ve verilen eğitimin hastaların iştahlarına yönelik algılarında memnuniyet düzeylerini etkilemediği düşünülmektedir (Tablo 4.3.1).

- f) Cinsiyet, eğitim durumu, cerrahi deneyim, medeni durum ve yaşam şekli ile yatan hasta memnuniyet ortanca puanlarına yönelik memnuniyet oranlarının yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3.7).
- g) Katılımcıların yaş ortalamaları ile yatan hasta memnuniyet anketi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3.8).
- h) Araştırmada katılımcıların depresyon ortanca puanlarının artmasıyla birlikte memnuniyet ortanca puanlarında yüksek olduğu bir başka deyişle depresyon belirtileri gösteren katılımcıların memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.9).
- i) Araştırmada katılımcıların anksiyete ortanca puanları ile memnuniyet ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.9).

“Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının anksiyete düzeyi nedir?” sorusuna bakıldığında eğitimin hasta anksiyetesine pozitif yönde etkisinin olduğu söylenebilir. Aynı şekilde “Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının depresyon düzeyi nedir?” sorusuna yanıt olarak depresyon puan ortalamalarının düşük bulunması gösterilebilir. Son olarak “Tele-hemşirelik eğitimi alan bariatrik cerrahi hastalarının memnuniyet düzeyi nedir?” sorusuna bakıldığında, ulaşılan yüksek memnuniyet oranları eğitimin etkili olduğunu düşündürmektedir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Tele-hemşirelik eğitiminin farklı ve büyük örneklem gruplarında tekrarlanması
2. Tele-hemşirelik yöntemi kullanılarak ön test ve son test kontrol gruplarıyla çalışma yapılması
3. Standardize edilerek yapılandırılmış tele-hemşirelik eğitim paketlerinin oluşturulması
4. Farklı iletişim teknolojileri kullanılarak (e-mail, sms, instagram-facebook-twitter gb. sosyal medya uygulamaları) tele-hemşirelik eğitiminin etkinliğinin ölçülmesi

7. KAYNAKLAR

1. Acar BG, Pınar G. Tele tıp uygulamaları ve hemşireliğe yansımaları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E Dergisi*. 2013;47-54.
2. Alcan ve ark. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(3): 81-89.
3. Alcan Z, Tekin DE ve Civil SÖ. Hasta güvenliği: Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. 2012. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.
4. Aldemir K, Gürkan A, Yılmaz FT, Karabey G. Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi. *Journal of Health and Nursing Management*. 2018;5(3):155-163.
5. Altunkaymak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*.2016;13(4):138-142.
6. Akay B, Akyol AD. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin özbakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2014;5(8):75-88.
7. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2011; 14: 1.1-8.
8. Aşkın T, Yılmaz E, Baydur H. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi: Randomize kontrollü çalışma. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*.2015;25(2):48-57.
9. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 12:3.
10. Ay F. Telesağlık sistemi, maliyet ve etkililik değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*.2008;9(2):159-163.
11. Aydemir Ö., Güvenir T., Küey L., Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280-287.
12. Aydın E ve Bulut H. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(1):77-82.
13. Aydın M. Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum. Atatürk Üniversitesi, 2014. Danışman: Mağfiret Kara Kaşıkçı.

14. Babadağ B, Akyol AD, Türeyen A. Obezite ve ağrı: Hemşirelik yönetimi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*.2017;208-223.
15. Bal Ö, Özgür G, Gümüş BA. Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(3):20-28.
16. Banlı O, Altun H, Karakoyun R, Özdoğan H, Kahveci K, Çakmak B. Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik bant yerleştirilmesi sonuçları: İlk 100 Olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2009; 25(1): 11-14.
17. Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Turkish Journal of Urology*. 2012; 38(2): 91-94
18. Bilik Ö. Kalça protezi uygulanmış hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. Yayınlanmamış Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006, İzmir.
19. Cerit B. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.2016; 27–36.
20. Caumo W, Schmidt AP, Bergmann J. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001; 45: 298-307.
21. Chase HP, Pearson JA, Wightman C, Roberts MD, Oderberg AD, Garg SK. Modern transmission of glucose values reduces the costs and need for clinic visits. *Diabetes Care*. 2003;(26):1475-9.
22. Choi E, Cho HN, Seo DH, Park B, Park S, Cho J, Kim S, Park YR, Choi KS, Rhee Y. Socioeconomic inequalities in obesity among Korean women aged 19-79 years: The 2016 korean study of women's health-related issues. *Epidemiol Health*. 2019;41.1-7.
23. Demir Y, Arslan GG, Eşer İ, Khorshid L. Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(2):68-76.
24. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:84-91.
25. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*.2010; 3(1):86-92.

26. Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(3):11-15.
27. Downe-Wamboldt BL, Butler LJ, Melanson PM, et al. The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problem solving counseling. *Cancer Nurs*. 2007;(30):441-453.
28. Emhan A, Bez Y, Dülek Ö. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010; 37(3):241-247.
29. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G, Kesici T, Kırmızıgül Ş, Üzel S, Kubat C. Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;31:95-11.
30. Erdemir F, Akman A. Tele-hemşirelik. VI. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri. 2009. Ankara.
31. Erkol A, Khorshid L. Obezite; Predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*. 2004;14(2):101-107.
32. Ersoy S, Yıldırım Y, Aykar FŞ, Fadıloğlu Ç. Hemşirelikte inovatif alan: Evde bakımda telehemşirelik ve telesağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;6(4):194-201.
33. Fındık YÜ, Topçu SY. Cerrahi girişime alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2012; 22-33.
34. Guidelines for Tele-nursing Practice (2000). Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Telephone Nursing Practice Standards. <http://www.rnans.ns.ca>; Erişim Tarihi: 15.03.2019.
35. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(1):8-15.
36. Hintistan S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012; 9(1):30-35.
37. Johansson P., Oleni M. ve Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Nordic College of Caring Sciences*. 2002;(16):337-344.
38. Johnson JH. (1996). Ambulatory surgery: Perioperative Nursing Care Planning, J.L Rothrock, (Ed.) Second Edition, St Louis, Mosby : 467-484.
39. Kar A, Kandemir A, Yılmaz A, Akça N. Sağlık hizmetleri kalitesinin hasta perspektifi ile değerlendirilmesi: Bir üniversite hastanesi uygulaması. *Social Sciences Studies Journal*. 2018;4(2):4220-4227.

40. Karadağ M. Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi 98' de Bildiri olarak sunulmuştur. İzmir.
41. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2 (1).
42. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*. 2009;12:90-8.
43. Kıdak LB ve Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi. Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2008; 10(3):87-122.
44. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inigaki MM, Ogawa NY, Gonzales PE, Mandelbaum R, Okubo ST, Watanuki T, Vieira JE. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2004;59(2):51-6.
45. Köşgeroğlu N. Hemşirelik ve Estetik. Nobel Tıp Kitapevleri. 2013. İstanbul.
46. Lee A, Chui PT, Gin T. Educating patients about anesthesia: A systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesth Analg*. 2003;96(5):1424-31.
47. Melissas J, Daskalakis M, Koukouraki S, Askoxylakis I, Metaxari M, Dimitriadis E, Stathaki M, Papadakis JA. Sleeve gastrectomy—A“Food Limiting” operation. *Obes Surg*. 2008; 18:1251–1256.
48. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara. 2015.
49. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Hemşirelik 2. Baskı, Ankara. Mattek Matbaacılık, 2010:s.44-48.
50. Özcan, A. (1996). Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişimi. Saray Yayınları. İzmir.
51. Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan devlet hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2008;35(2):96-101.
52. Özkan HA. Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri. Akademi Basın. 2014, İstanbul.
53. Özlü KZ. Erzurum ilinde farklı hastanelerdeki cerrahi kliniklerde yatmış olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2006, Erzurum.
54. Özkan S, Yavuz M. Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi hasta eğitimi için eğitim materyali hazırlamaları ve yaptıkları eğitimin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;25(1):13-23.

55. Pazar T, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2015; 11(1).
56. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2002;6(1):30-41.
57. Sağlam F ve Güven H. Obezitenin cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014;30(1):60-65.
58. Sağlık Bakanlığı. Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2015. Ankara.
59. Sağlık Bakanlığı. Memnuniyet anketleri uygulama rehberi. 2015. Ankara.
60. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014). 2010. Ankara.
61. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. 2010. <https://hsgm.saglik.gov.tr/>. (Erişim Tarihi: Tarihi:20.05.2019)
62. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=240:saik-hmetler-yimeshakkinda-saik-bakanli-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34 (Erişim Tarihi: 20.05.2019).
63. Sengin KK. The Relationship Between Job Satisfaction of Registered Nurses and Patient Satisfaction With Nursing Care in Acute Care hospital.Unpublished Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania. 2007, USA. <http://proquest.umi.com>. (Erişim tarihi: 04.05.2019).
64. Sezgin H, Çınar S. Tip 2 diyabetli hastaların cep telefonu ile takibi: Randomize kontrollü çalışma. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013; 3(4):173-183.
65. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*. 1991; 73: 190-8.
66. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*.2013; 14: 69-75.
67. Şişe Ş, Altınel EC. Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*.2012;28(4):213-218.
68. Smith GE, Lunde AM, Hathaway JC, Vickers KS. Telehealth home monitoring of solitary persons with mild dementia. *AM J Alzheimers Dis Other Demen*. 2007;(22):20-6.
69. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety

- Inventory Test ile karşılaştırılması. *Türkiye Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2013; 41: 44-9.
70. Thi NPL, Briancon S, Empereur F, Gullemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002;54(4):493-504.
71. Tucker JI. The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*. 2002;16(1):48-66.
72. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012; 20 (1):27-33.
73. Turhan Y. (2007). Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2007, Adana.
74. Uslu E, Buldukoğlu K. Tele hemşirelik uygulamalarının şizofreni hastalarının bakımına etkisi: Sistematik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2015; 26.
75. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2000; 3(2):36-45.
76. Usta E ve Çavdar İ. Obezite cerrahisinde (Bariatrik Cerrahi) hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2013;2(2):71-77.
77. Wallin E, Lundgren PO, Ulander K, von Holstein c s. Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? *Ambulatory Surgery*. 2000;8(2):79-88.
78. Whitlock WL, Brown A, Moore K et al. Telemedicine improved diabetic management. *Mil Med*. 2000;(8):579-584.
79. WHO. <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.(Erişim tarihi: 29.07.2017).
80. Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management-an evidence synthesis. *J Telemed Telecare*. 2012;(18):211-20.
81. Yılmaz FÖ. Hasta memnuniyetini belirleyen faktörler: Bir uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar. Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2010. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alparslan Özmen.
82. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 2002; 4(1):40-51.
83. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2001;5(2).69-74.

84. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.2015; 5(2):129-133.
85. Yıldız T, Önler E, Başkan B, Koluvaçık B, Malak A, Özdemir A, Aydınılmaz H. Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Int J Basic Clin Med*. 2014;2(3):123-30.
86. Yorgancı K ve Tırnaksız MB. Morbit obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2007;38:218-222.
87. Yürümezoğlu HA. Yataklı Tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş doyumları ve hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.



8. EKLER

Ek-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1) Yaş:

2) Cinsiyet:

- Kadın
- Erkek

3) Eğitim Durumu:

- Okuryazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Diğer:

4) Medeni Durum:

- Evli
- Bekar

5) Cerrahi Deneyim:

- Var
- Yok

6) Yaşam Şekli:

- Aile ile birlikte
- Yalnız

Ek-2 : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık

- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek



Ek-3: Yatan Hasta Memnuniyet Anketi

	1: Evet	2: Kısmen/Biraz	3: Hayır
	YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ		
	Evet	Kısmen/ Biraz	Hayır
1	Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.		
2	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).		
3	Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı).		
4	Yemeklerin sıcaklığı uygundu.		
5	Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi.		
6	Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi.		
7	Doktorum bana karşı ilgiliydi.		
8	Hemşireler bana karşı ilgiliydi.		
9	Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.		
10	Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.		
11	Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.		
12	Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim.		
13	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.		
14	Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.		

Ek-4: Preoperatif Bariatrik Cerrahi Tele-Hemşirelik Hazırlık Eğitimi

Sevgili hastamız, rahat bir ameliyat deneyimi yaşayabilmeniz aşağıdaki kurallara uymanıza bağlıdır.

Ameliyata gelmeden önce yapmanız gereken uygulamalar;

- 1- Ameliyat öncesi gece saat 12'den sonra su dahil hiç bir şey yiyip-içmeyiniz,*
- 2- Ameliyat sabahı dişlerinizi fırçalayabilir, gargara yapabilirsiniz, ancak su yutmayınız,*
- 3- Ameliyat sonrası evde sizin bakım sorumluluğunuzu alabilecek, bir yetişkinin bulunabilmesi için gerekli düzenlemeleri yapınız. Tek başınıza eve gitmeniz ve araba kullanmanız uygun değildir. Ameliyat sonrası ilk 24 saatlik süre içinde mutlaka yanınızda bir yetişkin birey bulundurunuz.*
- 4- Çocuğunuz ameliyat olacaksa, taburcu oluncaya kadar yanınızda kalmanız gerekir. Lütfen diğer çocuklarınızı yanınızda getirmeyiniz,*
- 5- Hastaneye gelirken basit, bol giysiler giyiniz. Değerli hiçbir eşyanızı (para, kredi kartı, çek defteri v.b.) yanınıza almayınız ya da takı takmayınız,*
- 6- Takma dişiniz varsa, ameliyata girmeden önce çıkarınız. Dişleriniz bir koruyucu içinde sizin için saklanacaktır,*
- 7- Kontakt lens veya gözlük kullanıyorsanız lütfen onlar için bir koruyucu getiriniz.*
- 8- Lütfen makyaj yapmayınız. Tırnaklarındaki ojeleri çıkartınız.*
- 9- Ameliyat sabahı hastaneye gelmeden önce, kalker kalkmaz (hekiminizin onay verdiği) ilaçları çok az miktar suyla alınız,*
- 10- Ameliyata giderken başınıza bone takacak ve ameliyat önlüğünü giyeceksiniz*
- 11- Kullandığınız ilaçları lütfen yanınızda getiriniz.*
- 12- Ameliyata gelmeden bir gece önce ya da ameliyat sabahı duş alabilirsiniz.*
- 13- Ameliyata giderken varis çorabı adı verilen pıhtılaşmayı önlemek amaçlı bacaklarınızı sıkması için uzun ve sıkı bir çorap giyeceksiniz.*
- 14- Ameliyattan odanıza yatağınız ile geleceğiniz için canınız yanmayacak*
- 15- Ameliyattan 5 saat sonra azar azar su içmeye başlayacaksınız.*
- 16- Su içtikten sonra sizi bir hemşire eşliğinde ayağa kaldıracak ve yürüteceğiz*
- 17- Mobilize olduktan sonra saat başı kalkıp yürümeniz gaz sancısı çekmemeniz açısından yararınıza olacaktır.*

- 18- Ameliyattan sonra bulantı ya da ağrınız olabilir ancak bunları önlemek adına size gerekli ilaçlar yapılacaktır.*
- 19- Karın bölgenizde 3 farklı yerden küçük kesi yerleri olacak ve küçük pansumanları olacak ve bunlar hemşire tarafından belirli aralıklarla kontrol edilecektir.*
- 20- Ameliyattan sonraki birinci günde meyve suyu ve komposto gibi sıvı içecekler içeceksiniz.*
- 21- Ameliyatın ikinci gününde ise püre ve yoğurt gibi yarı katı gıdaları tüketeceksiniz.*
- 22- Tüm beslenme düzeninizle ilgili bilgileri diyetisyen tarafından yazılı ve sözlü olarak alacaksınız.*
- 23- Ameliyatın 2. ya da 3. günü genel durumunuza göre taburculuğunuz planarak hemşire tarafından taburculuk eğitiminiz verilecek ve tüm sorularınız yanıtlanacaktır.*

Ameliyat günü sizi bekleyeceğiz.

Hemşire Derya Keçeci

Ek-5: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, ameliyat öncesi tele hemşirelik bilgilendirmesinin hasta anksiyetesi ve hasta memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada sizinle sosyodemografik özelliklerinizi içeren 6 soru, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerinizi içeren 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ve hastane yatış sürecini değerlendireceğiniz 14 sorudan oluşan Yatan Hasta Memnuniyet Anketi ile toplamda 34 soru cevaplandırılacaktır. Bu çalışmaya sizin dışınızda tahminen ...kişi katılacaktır. Çalışmada elde edilecek bilgiler, kimliğiniz belirtilmemek şartıyla bilimsel nitelikli çalışmalarda kullanılabilir ve gerekli görüldüğünde çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca incelenebilir. Bilgileriniz bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Çalışmadan çekilmeniz durumunda tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız planlanacak olan eğitimlere katkı sağlayacaktır. Ancak bu çalışmaya katılıp katılmamak sizin kararınızdır ve gönüllülük esasına dayalıdır. Bunun dışında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar

İmza

EK-6: Başhekimlik İzin Dilekçesi

07 / 12 / 2016

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

"Bariatrik cerrahide preoperatif tele hemşirelik eğitiminin anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi" isimli çalışmada kullanılmak üzere obezite cerrahisi işlemi yapılacak hastaların telefon numaralarına erişme izni talebimi bilgilerinize arz ederim.

Derya KEÇECİ

Başhekim
Prof. Dr. Faruk YENCİLEK

Ek-7: Etik Kurul İzin Yazısı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

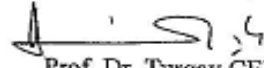
Sayı : 37068608-6100-15-1306
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik kurul Başvurusu hk.

09/02/2017

İlgili Makama (Derya Keçeci)

Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'ın sorumlu olduğu "**Bariatrik Cerrahide Preoperatif Tele Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1292 kayıt Numaralı KAEK Başvuru Dosyası), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.02.2017 tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (KAEK Karar No: 690).


Prof. Dr. Turgay ÇELİK

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

69

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Derya	Soyadı	Keçeci
Doğum Yeri	Kastamonu	Doğum Tarihi	24.06.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	52063251554
E-mail	derya.kececi.yeditepe@hotmail.com	Tel	0554-987-92-37

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2014
Lise	Sayısal	Kurtuluş Yabancı Dil Ağırlıklı Süper Lisesi	2008

Bildiği Yabancı Dilleri	Seviyesi
İngilizce	İyi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Karma Cerrahi Hemşiresi	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	2013 - 2018
Genel Cerrahi Hemşiresi	Koç Üniversitesi Hastanesi	2018- 6 ay
Genel Cerrahi Hemşiresi	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10.09.2018- halen

