

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PİLONİDAL SİNÜS AMELİYATI OLAN HASTALARA
GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ'NE
GÖRE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Naciye ERCAN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

Doç. Dr. Neriman AKANSEL
Uludağ Üniversitesi - Üye

Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Dr. Öğr. Üyesi Yelda CANDAN DÖNMEZ
Ege Üniversitesi – Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Neriman AKANSEL

BALIKESİR-2020



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“Pilonidal Sinüs Ameliyatı Olan Hastalara Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri’ne
Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi”
başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/01/ 2020

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr.Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Neriman AKANSEL
Bursa Uludağ Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Yelda CANDAN DÖNMEZ
Ege Üniversitesi
Üye

Dr.Öğr. Üyesi Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
07/02/2020 tarihinde teslim edilmiştir.

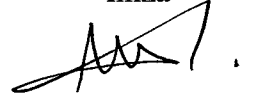
Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (09/01/2020).

Naciye Ercan

İmza



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince, benden desteğini esirgemeyen, daima sabırla yol gösteren, tezimin her aşamasında beni yüreklendiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Neriman Akansel'e, tezimin yürütülmesinde bilimsel katkılarından dolayı değerli hocam Doç. Dr. Sibel Karaca Sivrikaya'ya; hayatımın her döneminde bana destek olan canım annem Nadiye Ercan ve babam Ramazan Ercan'a; tez yazım sürecimde beni motive eden, daima yanımda olan Ömer Kaya, Büşra Şen, Çeçilya Yıldırım ve Büşra Cengiz'e ve tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Pilonidal Sinüs Hastalığının Tanımı ve Etiyolojisi.....	5
2.2. Risk Faktörleri.....	6
2.3. Tanı ve Tedavi.....	7
2.3.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri.....	8
2.3.2. Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	9
2.4. Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı.....	13
2.5. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Planlanan Taburculuk Eğitimi.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	20
3.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması.....	20
3.5.1. Kişisel Veri Toplama Formu.....	20
3.5.2. Hasta Eğitim Planı ve Broşürünün Hazırlanması.....	20
3.5.3. Taburculuk Sonrası İçin Kontrol Listesi.....	21
3.5.4. Verilerin Toplanması ve Hasta Eğitimi.....	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22

3.7. Araştırmanın Etiği.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	69
EK-1. ETİK KURUL ONAYI.....	69
EK-2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN ÖRNEĞİ.....	70
EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(DENEY GRUBU)..	71
EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU).....	72
EK-5. KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU.....	73
EK-6. HASTA EĞİTİM BROŞÜRÜ.....	74
EK-7. TABURCULUK SONRASI İÇİN KONTROL LİSTESİ.....	75
EK-8. POWERPOİNT SUNUMU.....	78
EK-9. ÖZGEÇMİŞ.....	80

ÖZET

Pilonidal Sinüs Ameliyatı Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne

Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi

Bu araştırma, pilonidal sinüs ameliyatı geçiren teknik olarak primer kapatma yöntemi kullanılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri 'ne (FSÖ), etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı.

Araştırmanın örneklemini 70 hasta (35 müdahale ve 35 kontrol grubu) oluşturdu. Müdahale grubundaki hastalara Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne temellendirilen taburculuk eğitimi ve hazırlanan broşür verildi, kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin uygulamalar ve bilgilendirmeler yapıldı. Araştırma sonuçları sayı, yüzde, ortalamalar şeklinde verildi. İstatistiksel analizlerde Ki-kare, Mann Whitney U Testleri kullanıldı.

Taburculuk eğitiminin etkinliği her iki gruptaki hastalar araştırmacı tarafından ameliyat sonrası günlerde (1.,7. ve 14. gün) telefonla aranarak bir kontrol listesi ile değerlendirildi. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 1. günde tüketmeleri gereken yiyecekler konusunda güçlük yaşadıkları ($p<0.001$) belirlendi. İki grup arasında ameliyattan sonra defekasyonunu yaparken ağrı/ rahatsızlık yaşama, tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme, tuvalet temizliğinde güçlük yaşama derecesinde günlere göre anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Hastaların hangi pozisyonda uyumaları gerektiği konusunda endişe yaşama durumlarında gruplar arasında tüm günlerde anlamlı fark görüldü ($p=0.000$). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne temellendirilmiş planlı taburculuk eğitiminin pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastalarda hastalarında etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Pilonidal sinüs, taburculuk eğitimi, hemşirelik, Gordon, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

ABSTRACT

The Effects of Discharge Education Provided to Patients After Pilonidal Sinus Surgery Based on Gordon's Functional Health Patterns

This research was done semi-experimentally to determine the effect of discharge education given to patients using technically primary closure methods who underwent pilonidal sinus surgery on Gordon's Functional Health Patterns (FHP). The sample of the study consisted of 70 patients (35 interventions and 35 control groups).

Patients in the intervention group were given discharge education based on the FHP and a prepared brochure, routine care and information were given to the patients in the control group. Research results are given as numbers, percentages, averages. In statistical analysis, Chi-square and Mann Whitney U Tests were used.

The effectiveness of discharge education was evaluated by a researcher by calling the patients in both groups on the postoperative days (1st, 7th and 14th days) by phone. It was determined that the patients in the control group had difficulties with the foods that they should consume on the first postoperative day ($p < 0.001$). There was a significant difference between the two groups in terms of experiencing pain/discomfort, knowledge on cleaning tips after defecation, and the difficulty experienced in cleaning after defecation ($p < 0.05$). The pain severity of patients in the control group was higher than the intervention group. Planned discharge training based on FHP's was effective in patients who had pilonidal sinus surgery.

Key Words: Pilonidal sinus, discharge education, nursing, Gordon, Functional Health Patterns

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
FSÖ	: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs ve marsupializasyon.....	9
Şekil 2. Pilonidal hastalık ve hidraldehit.....	10
Şekil 3. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs.....	10
Şekil 4. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs ve oblik eksizyon.....	10
Şekil 5. Pilonidal hastalık.....	11
Şekil 6. Tekrarlayan pilonidal sinüs hastalığında Limberg ve Karydakis flaplarının etkinliği.....	12
Şekil 7. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs ve Z tekniği.....	12
Şekil 8. Komplike pilonidal sinüs hastalığı için V – Y ilerletme flebi kapakları....	13
Şekil 9. Veri toplama şeması.....	23

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalara ilişkin demografik verilerin karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.2. Sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	26
Tablo 4.3. Beslenme ve metabolik durum ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	30
Tablo 4.4. Boşaltım ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	32
Tablo 4.5. Aktivite egzersiz ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	34
Tablo 4.6. Uyku- dinlenme ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	35
Tablo 4.7. Bilişsel algılama ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	36
Tablo 4.8. Kendini algılama ve benlik ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	37
Tablo 4.9. Rol ve ilişkiler ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	38
Tablo 4.10. Cinsellik ve üreme ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	40
Tablo 4.11. Başetme ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	41

Tablo 4.12. Değer ve inançlar ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı.....	42
---	----

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Pilonidal sinüs sakrumun alt bölgesinin posterior yüzeyinde intergluteal ayrıkta, içinden kıl gelen kistik bir oluşumdur (Kaya ve ark., 2010; Yormaz ve ark., 2015). Hastalığa çoğunlukla, genç, erkek ve uzun süre oturmayı gerektiren meslek gruplarında rastlanmaktadır (Özer ve ark., 2012). Pilonidal sinüs bireyin günlük aktivite ve yaşam kalitesini etkileyen hatta bazen iş gücü kaybına sebep olan bir hastalıktır (Bradley, 2006). Görülme sıklığı toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte net bir sayı ifade edilmesi oldukça zordur. ABD’de insidansı 100.000’de 26 olarak belirtilmektedir ülkemizde ise Akıncı ve arkadaşlarının 1999 yılında askerlerde yaptığı bir araştırmada sıklık % 8.8 olarak bulunmuştur (Akıncı ve ark., 1999; Al-Khamis ve ark., 2010; Altıntoprak ve ark., 2013).

Hastalığın tedavisi klinik olarak ilerleme evresine göre farklılık göstermekte ve medikal ya da cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Çoğunlukla cerrahi tedaviye gereksinim duyulmaktadır (Yıldırım ve ark., 2008). Tedavide kullanılan cerrahi yöntemler arasında eksizyon ve primer kapatma, eksizyon ve marsupializasyon, eksizyon ve açık bırakma, eksizyon ve limberg fleptir (Bahçe ve ark., 2011). Ameliyat sonrası dönemde hematoma, yara yerinde açılma, enfeksiyon ve nüks gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (Al-Khayat ve ark., 2007). Ameliyat sonrası komplikasyonların minimal düzeye indirilmesi ve hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönebilmeleri için, hemşireler tarafından verilecek taburculuk eğitiminin yeri oldukça büyüktür. Sadece cerrahi girişimin kendisi değil, ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadığı süreç büyük bir stres kaynağıdır (Şenol 2013; Taşdemir ve ark. 2013).

Hastaların cerrahi girişim sonrasında oluşabilecek komplikasyonlardan korunması ve iyileşme sürecine uyumun kolaylaşması için taburculuk eğitiminin yeri yadsınamaz (Yılmaz, 2017). Bu eğitimin içeriğinin hastaların evde

karşılaşılabilecekleri problemleri çözecek nitelik taşıması, hasta ve yakınlarının kafalarında soru işareti bırakmayacak şekilde planlanması son derece önemlidir (Yalçın ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası taburculuk eğitiminin önemli bir yere sahip olduğu, hasta iyileşmesine olumlu katkı sağladığı, komplikasyonları önlediği, hastaların genel durumları ile ilgili değişiklikleri daha kolay fark etmesine olanak sağladığı belirtilmektedir (Yaman, 2008; Lin ve ark., 2013). Ekim 2012’de yaptığı araştırmada; taburculuk eğitimiyle, astım tanılı çocukların taburculuk sonrasında astımı yönetmede, eğitim verilmeyen gruba göre daha az zorluk yaşadıklarını belirtmiştir (Ekim, 2012).

Hasta bakımında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Ulus, 2004; Şenyuva ve ark., 2007). Hemşireler taburculuk eğitimini planlamada yapılan bilimsel araştırmalar ve güncel kaynaklardan (Pieper ve ark., 2006), sistematik ve profesyonel bir yaklaşımla eğitimi vermek için hemşirelik kuram ve kuramcılarında faydalanmalıdır (McEwen ve ark., 2014). Kuramlar, hemşire araştırmacıların bakış açılarını genişletmekte ve sistematik oluşuyla hemşirelere yol göstermektedirler. Hemşirelik kuramları ile hemşirelik araştırmalarının yönü belirlenmekte, araştırmalardan elde sonuçların bilim çerçevesinde açıklanmasını sağlamaktadır (Fawcett, 2005; İnan ve ark. 2013). Kuramlar hastaya kaliteli bakım sunmak için, hemşirelik girişimlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (Koç ve ark., 2017). Hemşirelik kuramları bireyi temel aldığı için, hemşirelik uygulamalarını iş odaklı olmaktan ayırmaktadır (Biol, 2004; Ay, 2007).

Pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda genellikle cerrahi tekniklere değinilmiş, cerrahi teknikler kendi içlerinde karşılaştırılmış ya da konservatif yöntemlerle kıyaslanmıştır (Hemanta ve ark., 2012; Çalikoğlu, 2016; Abdallah ve ark., 2018). Kuzu 2016’da kristalize fenol tedavisi uygulanan 70 hasta ile cerrahi tedavi uygulanan 70 hasta ile çalışmış, iki tedavi yönteminin başarı oranlarını, tedavi sonrasında yara iyileşme süresini, ağrı düzeyini ve yaşam kalitesindeki değişimi incelemiştir. Doll ve ark. 2015’te elektif ve acil pilonidal sinüs cerrahisini nüks yönünden karşılaştırmışlardır (Doll ve ark. 2015). Kara ve ark. 2018’de, 70 hasta üzerinde yaptığı çalışmada pilonidal sinüs ameliyatı

öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete ve konforu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Kara ve ark. 2018). Aşkın'ın (2013) çalışmasında deney grubundaki hastalara verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlar, ağrı, anksiyete, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Aşkın, 2013).

Pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastalara verilen taburculuk eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği ya da bir hemşirelik modeline temellendirilerek yürütüldüğü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli Marjory Gordon tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Bu model, bireyleri kapsamlı bir şekilde biyo-psiko-sosyal boyutta ele almaktadır. Hemşirelerin hasta bakımında, daha kapsamlı bir değerlendirme yapmalarını kolaylaştıran bu modelde; sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama ve benlik, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üreme, başatma ve stres, değer ve inançlar olmak üzere on bir başlık mevcuttur (Biol, 2008; Jones ve ark. 2012). Bu on bir başlık ile, hasta ile ilgili veri toplama, bakım planlama ve uygulama sistematik hale gelmektedir. Gordon'un örüntüleri ile, hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin belirlenmesinin yanısıra daha önce bir problemle karşılaştıklarında durumu nasıl yönettikleri hangi baş etme mekanizmalarını kullandıkları da belirlenebilmektedir (Gordon, 2013). Bu model, hemşirelerin hastayı bütüncül olarak görmelerine, hastanın tüm gereksinimlerine kolaylıkla odaklanmalarına olanak sağlamaktadır (Pektakin, 2013). FSÖ'nün hastanın sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede faydalı olduğu araştırmalarda belirtilmiştir (Yılmaz ve ark., 2010; Chiappinotto ve ark., 2017; Mollaoğlu ve ark., 2017).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, pilonidal sinüs ameliyatı geçiren ve cerrahi teknik olarak primer kapatma yöntemi kullanılan hastalara Gordon'un FSÖ'ne göre verilen planlı taburculuk eğitiminin etkisini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Ho: Pilonidal Sinüs ameliyatı geçiren hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkisi yoktur.

H1: Pilonidal Sinüs ameliyatı geçiren hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pilonidal Sinüs Hastalığının Tanımı ve Etiyolojisi

Pilonidal sinüs hastalığı, sıklıkla sakrokoksigeal bölgenin subkütan dokusunu etkileyen, akut alevlenmelerle ilerleyerek, günlük yaşam aktivitelerinde ve iş gücünde kayba yol açan, kronik seyirli ve bening bir hastalıktır (Roland ve ark., 2010; Kaya ve ark., 2010; Arslan ve ark., 2014). Pilonidal sinüs hastalığında malignite gelişme riski oldukça düşüktür (Ford and Bailey 2013; Yormaz ve ark., 2015). Genellikle genç erişkin erkeklerde görülmekle birlikte (McCallum ve ark., 2007) hastalığa ilk olarak 1833 yılında Herbert Mayo bir kadında bu hastalığa rastlamış ve hastalığı “kıl içeren sinüs” şeklinde tanımlamıştır (McCallum ve ark., 2007; Khanna ve ark., 2011). Pilonidal sinüs eller, parmakların arasındaki alanda, perine, klitoris, penis ve koltuk altında da görülmektedir (Tardu, 2007; Chiu, 2008).

Pilonidal sinüs hastalığının yaygın olarak görüldüğü alan, anatomik olarak regiyosacralıdır (kuyruk sokumu) (Tardu, 2007). Pilonidal sinüs hastalığı, orta hatta yerleşen sinüsler ile karakterize, kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Sinüslerin içerisinde kıl folikülleri ve granülasyon dokusu, sinüs duvarında ise bu foliküllere rastlanmamaktadır (Tardu, 2007). Genellikle semptom vermeyen pilonidal sinüs hastalığında, sinüste bir inflamasyonu ya da kılların vücut tarafından flora dışı bir cisim şeklinde algılanmasıyla, sakrokoksigeal bölgede akıntı veya apse oluşumu mevcuttur (Camcı, 2018). Pilonidal sinüs tanımlandığı günden itibaren etiyojisi konusunda tartışmalara neden olmuştur ve hastalığın edinsel veya konjenital olduğu konusunda çeşitli fikirler ortaya atılmıştır. Günümüzde yaygın olan inanış hastalığın edinsel olduğudur (de Parades ve ark., 2013). Pilonidal sinüs hastalığının oluşmasında kıl ile ilişkili, emme gücü ve yatkınlıkla ilgili etmenlerin varlığından bahsedilmektedir (Karydakı, 1992).

Kıl ile ilgili etkenler: Kıl sayısı, kılın sert ya da yumuşak oluşu, kılın düz ya da kıvrımlı oluşu, kılın kök ucunun sivri olması.

Emme gücünü etkileyen etmenler: Sulcustaki darlık ve sulcusun kenarları arasındaki sürtünme eylemi, darlık.

Yatkınlık etmenleri: Ciltteki erozyonlar, ayrılmalar ve yaralar, ildin yumuşak olması. Pilonidal sinüs hastalığı oluşması aşağıda belirtildiği şekilde formülize edilmektedir:

Pilonidal sinüs hastalığı= kıl x emme gücü x yatkınlık (Lee et al. 2008).

Gevşek kıl, dallarının desteği ile sürtünme şeklinde ilerlemeye başlar. Hareket eden kıl intergluteal sulcusta toplanır ve sürtünme ile intergluteal sulcusun derinine yerleşir. Bir kılın yerleşmesi diğer kılların yerleşmesini kolaylaştırmış olur. Kılın yabancı cisim olarak algılanmasıyla, apse oluşumu gözlenmekte ve böylelikle primer sinüs oluşmaktadır (Tardu, 2007).

2.2. Risk Faktörleri

Cinsiyet: Pilonidal sinüs daha erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla görülmektedir (McCallum ve ark., 2007). Buna neden olarak erkeklerdeki kılların fazla oluşu ve kıl köklerinin sert olması gösterilmektedir (Andersen ve ark., 2008; İşgör, 2011).

Yaş: Pilonidal sinüs hastalığına sıklıkla genç erişkinlik döneminde rastlanmakta ve toplumda görülme sıklığı %0,7 olarak belirtilmektedir. Hastalığın görülme sıklığı 16-25 yaş aralığında artmakta ve 25 yaşından sonra azalmaktadır. Kadınlarda puberte döneminin erken başlaması nedeni ile hastalığın kadınlarda görülme yaşı erkeklerdekine kıyasla daha küçüktür (Queidet et al. 2014).

Meslek: Bazı meslek grubundaki kişilerin hastalığa yakalanma riski daha fazladır. Askeri personel, berberler, öğrenciler, şoförler ve uzun süreli oturmayı gerektiren mesleğe sahip bireyler pilonidal sinüs hastalığı için risk grubudur (Tezel ve ark., 2009; Thompson, 2011).

İrk: Hastalığın görülme sıklığı ırklar arasında da farklılık göstermektedir. Zencilerde kıl yoğunluğunun azlığı ve kıl şeklinin kıvrıkcık olması nedeniyle hastalığın görülme ihtimali azken Amerikan beyaz ırkında görülme oranı yüksektir (Yıldırım ve ark., 2008).

Ailevi faktörler: Ailedeki bireylerinde pilonidal sinüs hastalığının olması da bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Sekmen, 2012).

Diğer faktörler: Kişisel hijyen eksikliği, lokal travmalara maruz kalma, hareketsiz yaşam, şişmanlık, sedanter yaşam tarzı hastalığın oluşumunda önemli role sahiptir (Timmons, 2007; Kayadibi 2007). Sakrokoksigeal bölgenin terli olması kılların bu bölgeye tutunmasına sebep olmaktadır (Conroy, 2008). Bilgisayar, lokal maruziyeti arttırdığı için hastalık için risk faktörüdür (Kanat ve ark., 2013).

2.3. Tanı ve Tedavi

Hastalık asemptomatik form, kronik pilonidal sinüs, akut pilonidal apse ve tekrarlayan kompleks hastalık olmak üzere dört aşamada tanımlanmaktadır. Tanı ve tedavi her aşamada farklılık göstermektedir (Stephen-Haynes, 2008).

Asemptomatik form

Hastalığın bu şeklinde sinüs ağızları mevcuttur ve lezyon enfeksiyon ajanı ile karşılaşmadıkça herhangi bir semptom vermez. Hastalara başka bir klinik muayene sırasında tesadüfen tanı konulmaktadır (Tezel ve ark., 2009). Bu evrede öz bakıma ve bölgenin kıl temizliğine dikkat edilmesi önerilmektedir (Humphries ve ark., 2010).

Akut pilonidal apse formu

Pilonidal sinüs, ilk ve en sık olarak kendini akut apse şeklinde göstermektedir. Sinüs ağızı ölü hücreler ve yetersiz hijyen nedeniyle oluşan kirlerle tıkanır ve sinüs içindeki kıllar enfeksiyona sebep olur. Akut apsesi bulunan bireylerde, sakrokoksigeal alanda hassasiyet, ağrı, kızarıklık mevcuttur ancak ateş görülmeyebilir (Bradley, 2006). Bu dönemde hastaların hijyene dikkat etmesi ve kıl temizliği yapmaları önerilmektedir (Ford and Bailey 2013; Andelnaby and Downs 2016).

Kronik pilonidal sinüs

Asemptomatik formdaki apse, cerrahi bir müdahale olmaksızın kendiliğinden drene olabilmektedir ya da bazen eksik yapılan cerrahi drenaj apsenin iyileşmesini engellemektedir. Bundan sonra hastalık kronik pilonidal sinüs aşamasına geçer

(Yılmazlar, 2007) ve hastalarda aralıklı ya da sürekli olarak bir akıntı meydana gelir fakat genellikle ağrıya rastlanmaz (Varnalidis ve ark., 2014).

Kronik tekrarlayan kompleks hastalık

Kronik tekrarlayan kompleks hastalık formunda akut alevlenmelerle birlikte apseleşmeler görülür. Apseler drenaj edilerek boşaltılabilir. Diğer formlarından farklı olarak hastalarda dağınık yerleşimli sinüs ağızları mevcuttur. Tedavinin oldukça güç olduğu bu formda ve tekrarlayan cerrahi müdahaleler meydana gelebilir (Toker, 2009).

2.3.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri

Konservatif tedavi seçenekleri arasında kriyocerrahi, fenol uygulaması, radyoterapi ve kollajen uygulaması gibi yöntemler mevcuttur.

Kriyocerrahi: Bu yöntemde pilonidal yol tahrip edilerek tedavi edilir (Yıldırım ve ark. 2008).

Fenol uygulaması: En sık kullanılan konservatif tedavi yöntemidir. Bu yöntemle sinüsün içi temizlenir, klemp yardımıyla kıllar alınır ve içine %80'lik 2-3 cc fenol verilir. Fenol tedavisinde amaç sinüsün iç duvarını tahrip etmektir. Doku nekrozu yapılmadığından anatomik yapı bozulmaz. Fenol (karbolik asit) antiseptik, anestetik ve güçlü sklerotik özelliklere sahiptir. Hem sıvı hem de kristalize formda kullanılabilir (Çalikoğlu ve ark. 2017). Fenol uygulaması sırasında kimyasal yanık oluşma riski bulunmaktadır (Karaca ve ark., 2013).

Radyoterapi: Yüksek radyasyona maruziyet olması ve tümöral oluşum riski taşıması nedeni ile tercih edilmeyen bir yöntemdir (Yıldırım ve ark., 2008).

Kollajenaz uygulaması: Yaraların iyileşmesi için kollajen varlığı oldukça önemlidir. Bu yöntem cerrahi işlem sonrasında uygulanarak, operasyon bölgesinin çabuk iyileşmesi amaçlanmaktadır (Yıldırım ve ark. 2008).

2.3.2. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

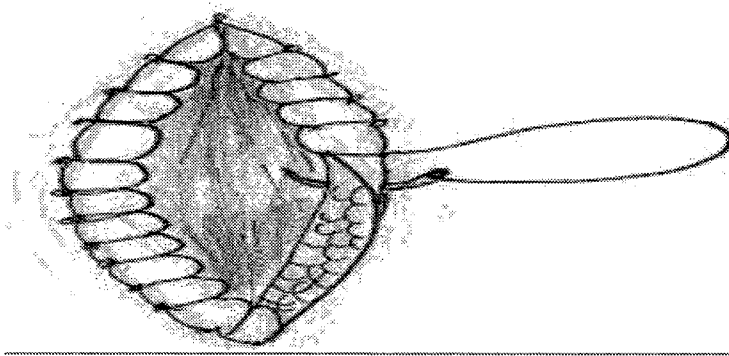
Cerrahi yöntemler açık ve kapalı olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır.

Açık cerrahi yöntemler

Sinüs eksizyonu ve sekonder iyileşme: Bu yöntemlerde sinüs eksizyonu sağlandıktan sonra, yara açık bırakılır ve iyileşmesi günlük pansumanlarla sağlanmaya çalışılır (Yıldırım ve ark. 2008). Sekonder iyileşmeye bırakılan hastalarda primer kapatmaya oranla ağrı skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (McCallum, 2008).

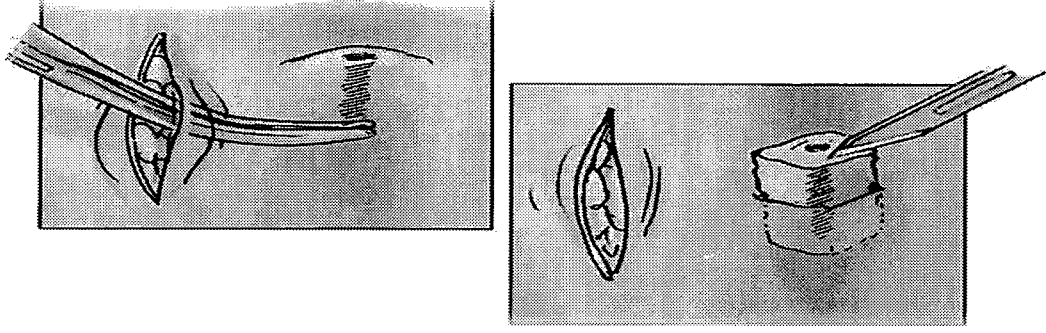
Fistülotomi ve küretaj: Bu teknikte sinüsün üst bölümü çıkarılıp, kalan kısmı açık şekilde kendiliğinden iyileşmeye bırakılır. Bu yöntemde ameliyat bölgesinin bakımı çok önemlidir (Kara 2009).

Sinüs eksizyonu ve marsupializasyon: Granülasyon dokusu eksize edilmeden enfekte alanın çıkarılması ve yara kenarlarının absorbe olmayan sütür ile dikilerek, küçük bir açıklık bırakılarak yakınlştırılması işlemidir (Kara 2009, Kotan ve ark. 2010).



Şekil 1. Sakrokoksigealpilonidal sinüs(Yıldırım ve ark., 2008)

Bascom yöntemi: Bu ameliyat türünde sinüs ağzı eksize edilerek ve içeriği boşaltılır. Genellikle eksize edilen dokunun 7 mm'den fazla olmaması gerekmektedir (Kara, 2009). İyileşme için 3-4 hafta süre yeterli olmaktadır. Bu işlemden sonra hastalığın tekrarlama oranı %7-16'dır (Kotan ve ark. 2010).



Şekil 2. Pilonidal Hastalık ve Hidradenit (Velasco, 2009).

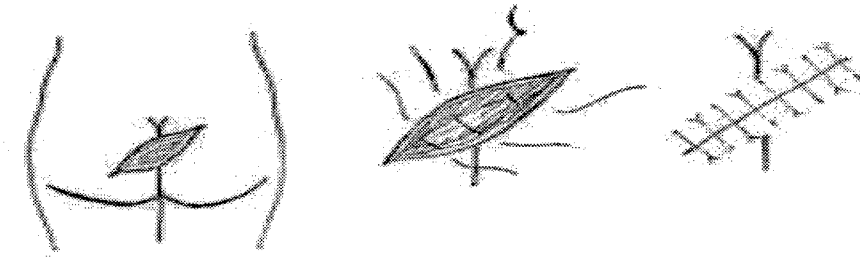
Kapalı cerrahi yöntemler

Vertikal eksizyon ve primer kapatma: Bu teknikle sinüs ağzının 1-2 cm dış tarafından yapılan bir kesi ile sinüs dokusu tamamen çıkarılmaktadır. Kesi bölgesinde oluşan boşluk, sakrokoksigeal ve gluteus maximus fascialardan geçirilen sütür materyali ile kapatılmaktadır (Yıldırım ve ark., 2008).



Şekil 3. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (Yıldırım ve ark., 2008).

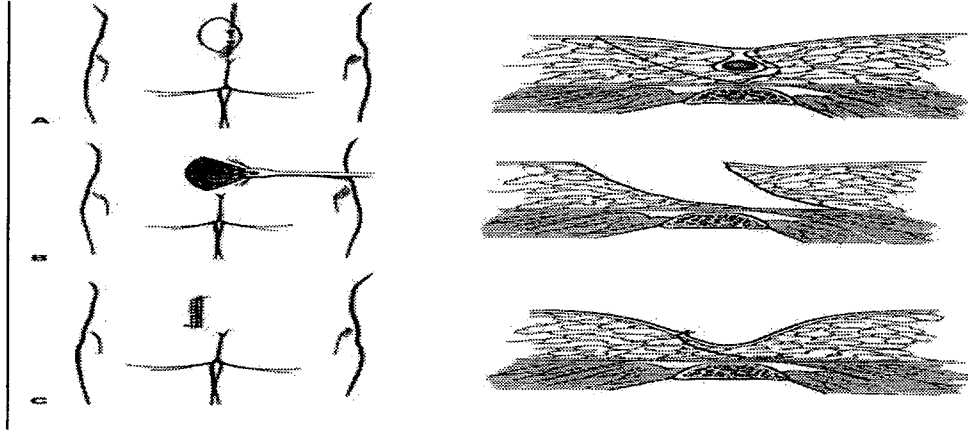
Oblik eksizyon ve primer kapatma: Yara ayrılmasını önlemek amacıyla insizyon fusiform ve intergluteal sulcusa oblik şekilde yapılmaktadır (Yıldırım ve ark., 2008).



Şekil 4. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (Yıldırım, 2008).

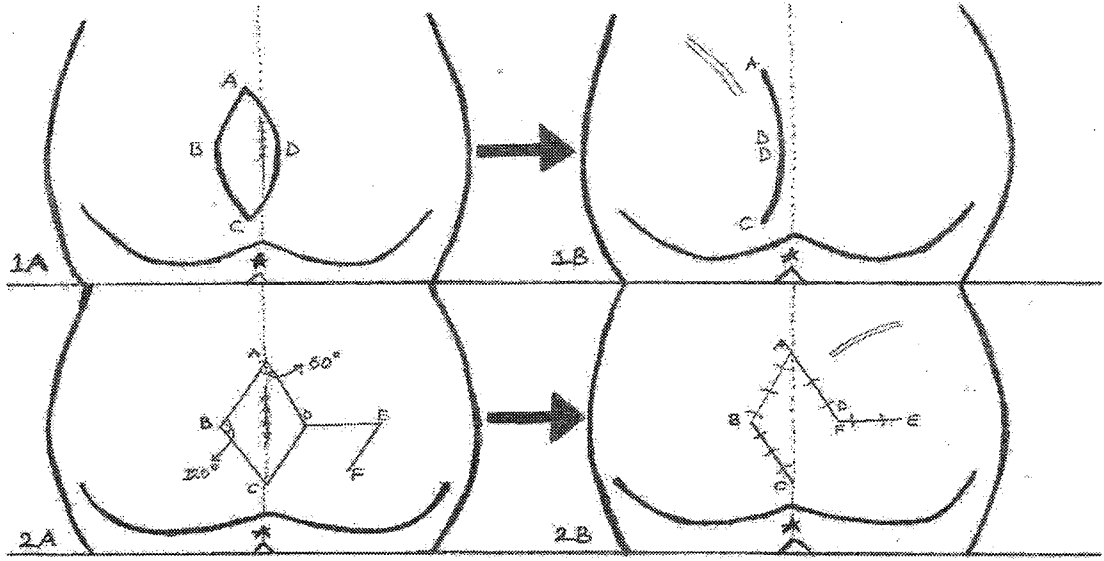
Asimetrik eksizyon ve kaydırılmış fleple kapama(Karydakis operasyonu):

Karydakis'in kendi adını verdiği cerrahi teknik, gluteal sulcusun laterale kaydırılması işlemidir (Haskaraca ve ark., 2013). Bu işlemde sinüs üzerinde, orta hattın 2 cm lateralinde, uzunluğu 5 cm olan bir kesi yapılmaktadır. Tekniğin pratik olması, günlük yaşam aktivitelerine çabuk dönme ve tekrarlama oranının düşük olması gibi avantajları mevcuttur (Bendewalp, 2007).



Şekil 5. Pilonidal hastalık (Bendewalp, 2007).

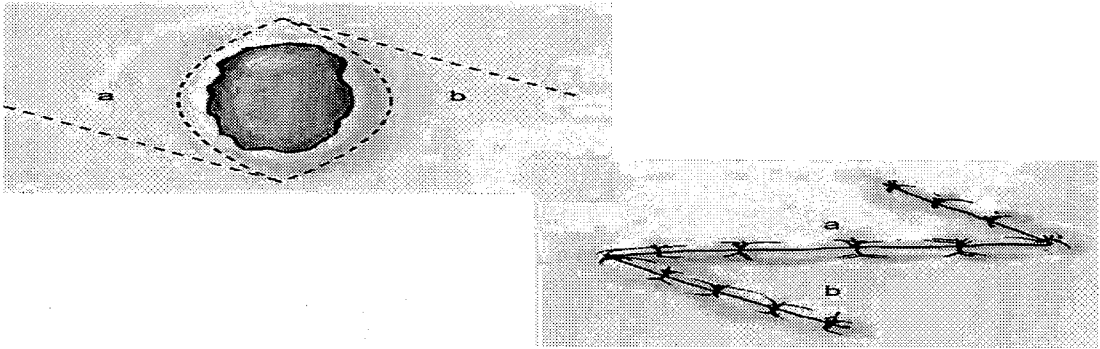
Rhomboid eksizyon ve Limberg fleple kapama: Tüm sinüs ve sinüs ağızları da dahil olacak şekilde insüzyon yapılarak insizyon alanı hasarlı dokudan arındırılmaktadır. Sonrasında bir taraf gluteal bölgede cilt ve ciltaltı yağ dokusunu kapsayacak biçimde hazırlanan limberg flebin kaydırılmasıyla defekt kapatılmaktadır (Tardu, 2007; Toker, 2009).



Şekil 6. Tekrarlayan pilonidal sinüs hastalığında Limberg ve Karydakis flaplarının etkinliği (Bali ve ark. 2015).

Plastik yöntemler: Z plasti, V-Y plasti

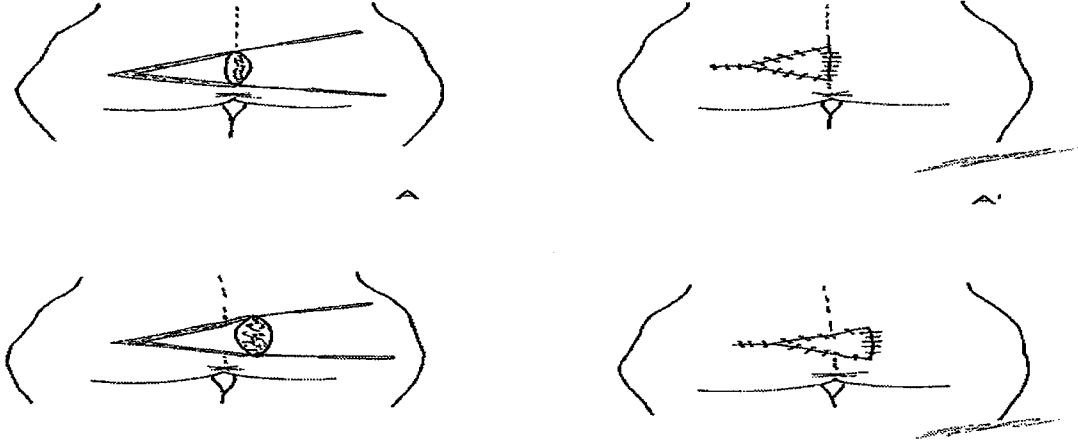
Z plasti: Dar ve elips şeklinde insüzyon kullanılarak, sinüs dokusunun tümü, hastalıklı bölge ile çıkarılmaktadır. 45 derecelik açıyla insizyonun alt ve üst ucundan flebin Z kolları hazırlanmaktadır. Bu flebin kalınlığının yeterli olması ve gergin olmayacak şekilde yarayı kapatması gerekmektedir (Duman ve ark., 2013).



Şekil 7. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (Yıldırım ve ark., 2008).

V-Y plasti: Tek taraflı veya çift taraflı olabilirler. Tek taraflı olan flepler 10 cm çapına kadar olan defektleri kapatmaya yararırken, daha büyük defektlerde çift taraflı fleplerden faydalanılmaktadır. Flepler cilt, cilt altı yağ doku ve gluteal

fasyadan oluşmaktadır. Bu flepler ile nekroze olan doku tamamen yok olur ve oluşan defekt gerilimsiz kapatılmaktadır (Unalp ve ark., 2007; Karagöz 2007).



Şekil 8. Komplike pilonidal sinüs hastalığı için V – Y ilerletme flebi kapakları (Berkem ve ark., 2005).

2.4. Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi hazırlık hastanın ameliyat sonrasındaki sürece uyumunu kolaylaştırıp, olası komplikasyonları engellemek yönünden önem taşımaktadır (Yavuz 2017).

-Ameliyat öncesi bakım hastanın kliniğe kabul edildiği andan itibaren başlamaktadır. Ameliyat hastalar için büyük bir stres kaynağıdır. Yeterli bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının sorularının yanıtlanması ile hastanın anksiyetesi kontrol altına alınabilmektedir (Yılmaz 2017).

-Hemşire hastadan detaylı bir anamnez almalıdır. Kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı komplikasyonlar yönünden risk oluşturacağı için kayıt edilmelidir.

-Bağırsak temizliği isteniyorsa hekimin orderı doğrultusunda lavman uygulanmalı ve gerekli açlık süresi sağlanmalıdır (Dolgun ve ark., 2011).

-Ameliyat bölgesinin tüylerden arındırılması isteniyorsa temizleme işlemi yapılmalıdır (Yılmaz 2017).

-Hasta klinikten ayrılmadan önce üzerindeki takılar ve takma dişi çıkarılmalı ve ameliyat önlüğü giydirilmelidir (Yavuz 2017).

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastanın ameliyat sonrası bakımı da özellik isteyen bir konudur (Griffin, 2015). Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde standart ameliyat sonrası hemşirelik bakımına ek olarak dikkat edilmesi gereken bazı temel noktalar vardır. Bunlar:

-Hasta ameliyattan sonra kliniğe geldiğinde, ameliyat bölgesine baskı yapmayacak şekilde pozisyon verilerek yatağa alınmasını (Abdul-Ghani et al. 2006),

-Ameliyat bölgesinin kontrolünü (akıntı, ısı artışı ve koku varlığı açısından),

-Pansuman materyalinin temiz ve kuru olmasını (Harris ve ark., 2016)

-Ameliyat bölgesinde, kan ya da sıvı birikimini önlemeyi,

-Hematomu uzaklaştırmak amacıyla hastalarda dren takıldıysa dren den gelen miktarı ve rengi kaydetmeyi (Tezel 2009; Aslan 2017),

-Hastanın ağrısının kontrolünü ve hekim istemine uygun analjezik uygulamasını içermektedir (Stephen, 2008; Karadakovan, 2010; Akyolcu, 2012).

-Hastalarda sık analjezik kullanmaya bağlı olarak konstipasyon görülebilmektedir. Bu durumda dışkı yumuşatıcılar önerilmektedir (Harris ve ark., 2016). Bağırsak peristaltizminin ameliyattan sonraki 1-2 gün içerisinde normale dönmesi beklenmektedir. Özel bir durum yoksa ameliyattan 2-6 saat sonra sıvı gıdalar tüketilmeye başlanmalıdır (Fındık, 2017).

-Beslenmenin ameliyat bölgesinin iyileşmesinde önemli bir unsur olduğu belirtilmelidir (Harris ve ark., 2016).

-Ameliyattan sonra hastanın olabilecek en kısa sürede ayağa kaldırılması önemli bir aşamadır ve hastanın kendisini psikolojik olarak daha iyi hissetmesine yol açmaktadır (Fındık, 2017). Spinal ve genel anestezi uygulanan hastalarda erken ayağa kaldırmabiraz daha geç olurken, lokal anestezi ile ameliyat edilen hastalar kendilerini hazır hissettiklerinde ayağa kalkabilir (Tezel ve ark., 2009). Hasta ayağa kalktığı anda küçük adımlarla yürümesi gerektiği söylenmelidir. Hastaların ameliyat günü ameliyat sonrasında 2 saat, diğer günlerde 6 saat yatak dışında kalmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Khan ve ark., 2009).

-Ameliyat sonrasındaki ilk 24 saatlik süreçte hasta oturmamalı ve tuvalet ihtiyacı için alafranga tuvalet tercih etmelidir (Tezel ve ark., 2009).

-Hastalarda anesteziye veya açılığa bağlı olarak bulantı ve kusma olabilir. Bu durumda hasta solunum egzersizleri ile rahatlatılmaya çalışılmalı, odası havalandırılmalı, şikayetler devam ederse hekim bilgilendirilmelidir (Erdemir,2005).

-Hemşireler hastada erken ve geç dönem komplikasyonları açısından dikkatli olmalıdır. Ameliyat bölgesinde hematoma, seroma ve enfeksiyon olabilmektedir. Bu nedenle ameliyat bölgesi sık aralıklarla kontrol edilmelidir (Fındık, 2017). Ameliyat bölgesi kontrol edilirken, aseptisyeye özen gösterilmelidir (Erdil, 2001).

-Hastaya emosyonel destek sağlanmalı, soruları yanıtlanmalı, sağlıklı bir iletişim kurularak hastanın yanında olduğumuz hissettirilmelidir (Aslan, 2017).

2.5. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Planlanan

Taburculuk Eğitimi

Hasta bakımında amaç, hastanın bakım ve tedavi sürecinin etkili yürütülmesi, meydana gelebilecek komplikasyonları önlemek ve günlük yaşama uyumunu sağlamaktır. Taburculuk eğitimi hasta hastaneye yattığı andan itibaren başlar ve hastaneden ayrıldıktan sonra evdeki uyum sürecini de kapsayacak şekilde planlanır (Kerzman ve ark., 2005; Çavuş, 2008). Hasta eve döndükten sonra karşılaşılabileceği sorunların en aza indirgenmesi, normal yaşama uyumunun sağlanması, komplikasyonların önlenmesinde (Özcan, 2008), hastaneye tekrarlı gelişleri ve sağlık giderlerini azaltmak amacıyla taburculuk eğitiminin etkinliği çok önemlidir(Lin ve ark., 2013; Weiss ve ark., 2017; Gholizadeh ve ark., 2016). Kapsamlı bir taburculuk eğitimi ile bakımın devamlılığı da sağlanmış olur (Özcan, 2008). Hastanın taburculuk eğitiminde hemşirenin rolü yadsınamaz.

Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi alan hastaların iyileşmelerinin hızlandığı, kendi bakımlarına katılmalarına aktif olarak katıldıkları ve özgüvenlerinin arttığı belirlenmiştir (Öztürk ve ark., 2011; Demirkıran ve ark., 2012).

Primer kapatma yöntemiyle pilonidal sinüs ameliyatı olan hastalara yönelik taburculuk eğitimi Fonksiyonel Sağlık Örüntülerindeki başlıklar doğrultusunda ele alınmıştır.

Sağlığın Algılanması ve Sağlık Yönetimi

Hastalara taburculuğun ilk günlerinde kendini yorgun hissedebilecekleri, hafif ağrı ve rahatsızlık hissi olabileceği söylenmelidir. Ameliyat bölgesi kesinlikle ıslak ve nemli bırakılmamalıdır (Griffin, 2015). Bölgeye dokunurken ellerin yıkanmasına özen gösterilmelidir. Sıkı giysiler giyilmemeli, sentetik çamaşırlar yerine pamuklu çamaşırlar tercih edilmelidir. Hekimin özel bir önerisi yoksa 1-2 gün sonrasında duş alınmasında sakınca bulunmamaktadır. Yara yaklaşık olarak 10-14 gün içerisinde iyileşmektedir. Hekimin reçete ettiği ilaçlar düzenli olarak kullanılmalıdır. Ameliyat yerinde akıntı, ısı artışı, kızarıklık ve şişlik gibi enfeksiyon düşündürülen belirtilerin varlığında hekime danışılması gerektiği söylenmelidir (Bradley, 2006; Timmons 2007; Çağlayan ve ark., 2011).

Beslenme ve Metabolik Durum

Pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastaların protein yönünden zengin yiyecekleri (kırmızı et, süt, yoğurt, yumurta baklagiller vb.) tüketilmesi (eğer bir sakınca yoksa) yara iyileşmesi açısından önemlidir. Günlük öğün sayısı en az üç olmalıdır ve öğün atlamamaya özen gösterilmelidir. Hazır gıda tüketilmemeye özen gösterilmelidir. Ayrıca bu hastaların günlük sıvı alımında da dikkatli olmaları, eğer özel bir durum yoksa günde 2-3 litre sıvı almaları gerektiği hatırlatılmalıdır (Karadakovan ve ark., 2014; Sabuncu ve ark., 2018).

Boşaltım

Ameliyat bölgelerini ıslak ve kirli bırakmamaları gerektiği, çamaşırlarını sık sık değiştirmeleri, konstipe ve diyare olmamaya özen gösterilmesi gerektiği, alafranga tuvalet kullanmanın daha rahat olacağı (Tezel, 2009), tuvalet sonrası ameliyat bölgesi temizliğinin önemi, bölgenin kıl temizliğinde imkan varsa epilasyon ya da tüy dökücü krem kullanmanın önemi anlatılmalıdır. Konstipasyonu önlemek için lifli besin (kayısı, elma, çavdar, yulaf...) ve sıvı alımının önemi hatırlatılmalıdır

(Sabuncu ve ark., 2018). Konstipasyon gelişmesi durumunda gaita yumuşatıcı ilaç kullanımı ile ilgili hekime danışılmalıdır (Büyükyılmaz ve ark. 2009 ;Harris, 2016).

Aktivite ve Egzersiz

Taburculuk sonrası ilk birkaç gün sırt üstü yatmamaya özen gösterilmelidir. İlk birkaç gün içinde hareketlerinde bir yavaşlama olabilir, oturup kalkma işlevi ağrılı olabilmektedir. Yarayı gerdirecek egzersizlerden(ağırlık kaldırma, futbol...) en az 1 ay uzak durmanın önemi, 10-14 gün süresince uzun süreli araç yolculuklarından kaçınmak gerektiği (Harris ve ark., 2016), bacakları çok aç madan yürüyüş yapmada herhangi bir sakınca olmadığı (Aksoy ve ark., 2012), merdiven inip çıkarken ilk bir hafta dikkatli olunması gerektiği anlatılmalı, hasta ameliyat bölgesini germeyecek egzersizleri yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (Harris ve ark.,2016).

Uyku ve Dinlenme

Birkaç gün sırtüstü yatma, ortopedik yatak ve/ veya oturma minderi kullanmanın önemi (Aksoy ve ark., 2012) anlatılmalı, özellikle ilk günlerde uyku ve dinlenmeye zaman ayrılması gerektiği hatırlatılmalıdır (Fındık, 2017).

Bilişsel –Algılama

Ağrı varlığında ilgiyi dağıtıcı etkinliklerle(film izleme, kitap okuma, bulmaca çözmeye...) uğraşmak, hekimin reçete ettiği analjeziklerin kullanımı ağrının giderilmesinde önemlidir. Ağrı geçmediğinde mutlaka doktora başvurulması gerektiği konusunda hastalara eğitim verilmelidir (Çöçelli ve ark., 2008; Karadakovan ve ark., 2010).

Kendini Algılama ve Benlik

Hastalar, ağrı hissi veya bölgedeki koku sebebiyle kendilerini algılamada değişiklik hissedebilirler, fakat bu durum geçicidir (Ergün, 2013). Kitap okuma, film izleme ve yürüyüş gibi etkinlikler hastaların ilgilerini başka yöne yönlendirmede ve

kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamada etkili olabilmektedir (Ettirch ve ark., 2007).

Rol ve İlişkiler

Hastalar ameliyatlarını izleyen 10-14 gün içerisinde ev işlerine, normal işlerine ve okula dönebilirler. İlk 2 hafta süresince yarayı germeyecek, ağırlık yüklemeyecek ev işlerini yapmalarında herhangi bir sakınca yoktur (Harris, 2016).

Cinsellik ve Üreme

Ameliyat sonrası dönemde cinsel yaşamlarına kendilerini hazır hissettiklerinde dönebilecekleri belirtilmelidir (Yıldız ve ark., 2004, Mac Lellan , 2006).

Baş Etme ve Stres

Bu sürecin geçici olduğu, hekimin önerilerine dikkat ederek iyileşme sürecinin daha rahat geçeceği, ameliyat sonrası dönemde ameliyat yerinde (özellikle hareketle) çok az kanama olabileceği bunun normal olduğu, kanamanın aşırı olması halinde doktora başvurulması gerektiği açıklanmalıdır (Çilingir, 2006).

Değer ve İnançlar

Hastaların ibadetlerini ve dini inançlarını yerine getirmelerinde bir sakınca olmadığı ancak ameliyat yerini gerecek bir eylemin yara iyileşmesi sürecinde yapılmaması gerektiği hatırlatılmalıdır (Çınar ve ark., 2013; Harris, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, pilonidal sinüs ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne, etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniği'nde Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2019 yılında primer kapatma yöntemi ile pilonidal sinüs ameliyatı olan hastalar, örneklemini ise araştırma sınırlılıklarına uyan ve Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında primer kapatma yöntemi ile pilonidal sinüs ameliyatı olan 70 hasta oluşturdu. Müdahale ve kontrol grupları kura yöntemi ile belirlendi. 10 hastaya (müdahale grubundan 6 hasta, kontrol grubundan 4 hasta) telefon ile ulaşılamadığı için, araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri: Primer kapatma yöntemi ile ameliyat olan, okuma yazma bilen, araştırmaya katılmaya onay veren, iletişim problemi olmayan, Türkçe konuşabilen ve 18 yaş üstündeki hastalar oluşturdu.

Araştırmadan dışlanma kriterleri: Araştırmaya gönüllü olmayan, 18 yaşın altında olan, koopere olmayan ve iletişim kurulamayan, işitme problemi olan, Türkçe konuşmayan ve anlamayan hastalar ve pilonidal sinüs cerrahisi sonrası sekonder iyileşmeye bırakılan hastalar oluşturdu.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Kontrol listesinden alınan puan ortalamaları, araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir ve eğitim durumu ve yaşanılan yer, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

3.5.1. Kişisel Veri Toplama Formu

Her iki grupta yer alan hastalara ait demografik veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan veri toplama formu ile toplandı. Veri toplama formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, ailede pilonidal sinüs hastalığı varlığı, ameliyat sonrasında hastanede kalış süreleri ve ameliyatta kullanılan anestezi türünü belirlemeye yönelik sorular mevcuttu (Ek-5).

3.5.2. Hasta eğitim planı ve broşürünün hazırlanması

Müdahale grubundaki hastalara araştırmacılar tarafından Gordon'un FSÖ'ne uygun olarak bir eğitim planı hazırlandı. Eğitim planı modele uygun olarak sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama ve benlik, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üreme başatme ve stres, değer ve inançlar adı altında 11 alt başlıktan oluşmaktaydı. İlgili literatürden yararlanarak pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastalara verilecek olan eğitim bilgisayar ortamında hazırlandı. Eğitim planı hastaların anlayabileceği şekilde, resimlerle ve görsellerle destekli şekilde power point sunusu olarak hazırlandı (Ek-8). Anlatımda tıbbi terminolojiye yer verilmedi ve en fazla 4-5 kelimedenden oluşan kısa ve net cümleler kullanıldı. Geliştirilen eğitim planının anlaşılabilirliği ve uygunluğu konusunda hemşirelik alanından bir öğretim elemanı ile, ilgili hastanede bu ameliyatlara yapan hekimlerden (2 kişi) görüş alındı. Alınan geri bildirimler doğrultusunda eğitim planına son şekli verildi ve gerekli düzenlemeler yapıldı. Hazırlanan eğitim planı müdahale grubundaki

hastaların taburculukları sırasında kendilerine verilmek üzere Publisher programı kullanılarak broşür şekline dönüştürüldü ve renkli olarak bastırıldı (Ek 6).

3.5.3. Taburculuk Sonrası İçin Kontrol Listesi

Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra evdeki süreçlerinde FSÖ'ni değerlendirmek üzere Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre araştırmacılar tarafından bir hasta izlem formu geliştirildi. Bu formda 0-10 görsel Analog Skala (VAS), evet/ hayır cevabı olan ve açık uçlu olmak üzere 32 tane soru yer almaktaydı (Ek-7). Geliştirilen formlar araştırmaya dahil edilmeyen 5 kişilik bir hasta grubuna uygulanarak hastalar tarafından anlaşılıp anlaşılmadıkları test edildi.

3.5.4. Verilerin Toplanması ve Hasta Eğitimi

Çalışmaya dahil edilen hastaların tümüne araştırmanın amacı ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklandı. Her bir katılımcıya 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatıldı ve çalışmadan istedikleri zaman çıkabilecekleri söylendi. Müdahale grubundaki hastalara ait demografik veriler taburcu olacakları gün araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Planlanan taburculuk eğitimi tablet bilgisayar kullanılarak hastalara verildi ve soruları cevaplandı. Hasta eğitimi müdahale grubundaki her bir hasta için ortalama 15-20 dk sürdü. Hazırlanan broşür de taburculuk sırasında evlerine götürmek üzere bu gruptaki hastaların hepsine verildi. Kontrol grubunu oluşturan hastalara klinikte standart olarak uygulanan bakım verildi. Hastalara ait demografik veriler taburcu olacakları gün aynı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalara ameliyat sonrası 1., 7. ve 14. günlerde araştırmacı tarafından telefonla aranacakları ve ameliyat sonrası durumlarının, yaşadıkları sorunların ve uyumlarının değerlendirileceği açıklandı. Bu amaçla araştırmacının telefon numarası müdahale grubundaki hastalar verildi ve hastaların da telefon numaraları iletişim kurmak için kendilerinden alındı. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalar belirlenen günlerde telefonla aranarak FSÖ'leri hasta izlem formu aracılığı ile değerlendirildi. Araştırma sonucunda kontrol grubundaki hastalara da eğitim broşürü verildi.

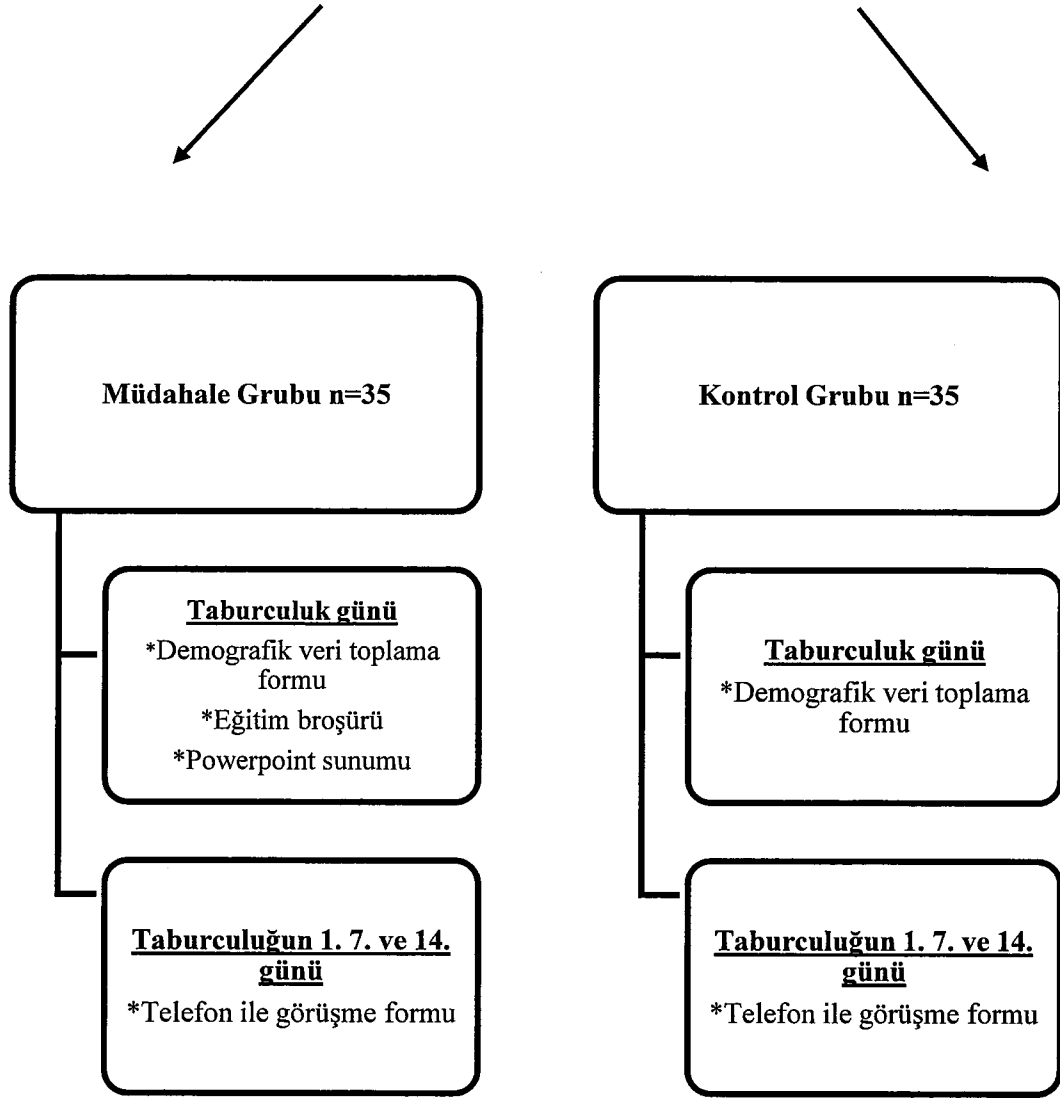
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.00 Paket Programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde normallik dağılımı , Ki-kare, Mann Whitney U testi kullanıldı. Hastalara ait demografik veriler sayı, yüzde ve ortalama , standart sapma olarak verildi.

3.7. Araştırmanın Etiği

Çalışmaya başlanmadan önce Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek-1) ve Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (Ek-2). Çalışmaya dahi olan tüm hastalara 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' (Ek-3 ve Ek 4) imzalatıldı ve çalışmanın amacı, beklenen faydası, yöntemi açıklandı.

HASTALARIN GRUPLARA AYRILMASI VE ONAM ALINMASI



Şekil 9. Veri toplama şeması

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalara ilişkin demografik verilerin karşılaştırılması

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		p değeri
Yaş ortalaması (Ort ± SS)	24.42±6.2		24.85±7.17		
	n	%	n	%	P
Cinsiyet					p>0.05
Kadın	11	31.4	15	42.9	
Erkek	24	68.6	20	57.1	
Medeni durum					p>0.05
Evli	12	34.3	14	40.0	
Bekar	22	62.9	18	51.4	
Diğer	1	2.9	3	8.6	
Meslek					p>0.05
Aylıklı çalışan	8	22.9	4	11.4	
Serbest meslek	10	28.6	8	22.9	
Öğrenci	10	28.6	10	28.6	
İşsiz	4	11.4	13	37.1	
Diğer	3	8.6	0	0.0	
Gelir durumu					p>0.05
İyi	3	8.6	2	5.7	
Orta	19	54.3	22	62.9	
Kötü	13	37.1	11	31.4	
Eğitim durumu					p>0.05
İlkokul	12	34.3	11	31.4	
Ortaokul	9	25.7	10	28.6	
Lise	8	22.9	11	31.4	
Önlisans/lisans	6	17.1	3	8.6	
Yaşanılan yer					p>0.05
Kasaba/mahalle	13	37.1	11	31.4	
İlçe	10	28.6	16	45.7	
İl merkezi	12	34.3	8	22.9	
Uzun süre oturmayı gerektiren bir işte çalışma durumu					p>0.05
Evet	19	54.3	11	31.4	
Hayır	16	45.7	24	68.6	
Sıkı iç çamaşırı, pantolon giyme alışkanlığı					p>0.05
Var	17	48.6	20	57.1	
Yok	18	51.4	15	42.9	
Beslenme biçimi					p>0.05
Karbonhidrat ağırlıklı	8	22.9	7	20.0	
Protein ağırlıklı	6	17.1	10	28.6	
Lifli gıda	4	11.4	5	14.3	
Hazır gıda	17	48.6	13	37.1	
Sigara kullanımı					p>0.05
Evet	21	60.0	19	54.3	
Hayır	14	40.0	16	45.7	
Alkol kullanımı					p>0.05
Evet	13	37.1	9	25.7	
Hayır	22	62.9	26	74.3	

Tablo 4.1. (devamı) Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalara ilişkin demografik veriler

Çay tüketimi	31	88.6	26	74.3	p>0.05
Evet	4	11.4	9	25.7	
Kahve tüketimi					p>0.05
Evet	17	48.6	14	40.0	
Hayır	18	51.4	21	60.0	
Sürekli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalık varlığı					p>0.05
Evet	10	28.6	7	20.0	
Hayır	25	71.4	28	80.0	
Ailede pilonidal sinüs öyküsü					p>0.05
Evet	13	37.1	18	51.4	
Hayır	11	31.4	3	8.60	
Bilmiyor	11	31.4	14	40.0	
Ameliyatta kullanılan anestezi türü					p>0.05
Spinal/epidural	23	65.7	28	80.0	
Lokal	12	34.3	7	20.0	

Araştırmaya katılan hastaları demografik verileri Tablo 4.1’de gösterildi.

Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 24.42 ± 6.2 , %68.6’sını erkek, %62.9’u bekar, %28.6’sını serbest meslek sahibi ve %28.6’sını öğrenci, %54.3’ü orta düzeyde gelire sahipti. Hastaların %25.7’si ortaokul mezunu, %37.1 kasaba/mahallede ikamet etmekte ve %54.3’ü uzun süreli oturma gerektiren bir işte çalışmaktaydı. %51.4’ü sıkı iç çamaşırı giyme alışkanlığının olmadığını, %48.6’sı beslenmelerinde hazır gıda tercih ettiğini, %60 ‘ı sigara içtiğini ve %62.9’u alkol kullanmadığını belirtti. Hastaların %60’ının sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalıklarının olmadığını, %37.1’i aile üyelerinden birinde pilonidal sinüs var olduğunu ve %65.7’si ameliyatlarında spinal/epidural anestezi kullanıldığını ifade etti. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 24.85 ± 7.17 , %57.1’i erkek, %51.4’ü bekar, %37.1’i öğrenci, %62.9’u orta düzeyde gelire sahipti. Hastaların %31.4’ü ilkokul mezunu ve %31.4’ü lise mezunu, %31.4’ü kasaba/mahallede ikamet etmekte ve %31.4’ü uzun süreli oturma gerektirecek bir işte çalışmaktaydı. %57.1’i sıkı iç çamaşırı giyme alışkanlığının olduğunu, %37.1’i beslenmelerinde hazır gıda tercih ettiğini, %54.3’ü sigara içtiğini ve %74.3’ü alkol kullanmadığını belirtti. Hastaların %80’i sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalıklarının olmadığını, %51.4’ü aile üyelerinden birinde pilonidal sinüs hastalığının olduğunu ve %80’i ameliyatlarında spinal/epidural anestezi kullanıldığını ifade etti.

Müdahale ve kontrol grupları arasında cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu, eğitim durumu, yaşanan yer, uzun süreli oturma gerektiren işte çalışma durumu, sıkı iç çamaşırı/pantolon giyme alışkanlığı, beslenme biçimi, sigara/alkol kullanımı, çay/kahve tüketimi, sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek hastalık varlığı, ailede pilonidal sinüs hastalığı varlığı ve ameliyatta kullanılan anestezi türü açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) grupların benzer olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Sağlık algılanması ve sağlık yönetimi ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Sağlığın Algılanması ve Sağlık Yönetimi	1.gün		7.gün		14.gün		Test ve p değeri (gruplara göre)	
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale	Kontrol
Ameliyattan bugüne sağlığınızı sağlığınızın nasıl olduğunu düşünüyorsunuz? (VAS 0-10)								
Test/p değeri	4.91±2.45 U=596	4.82±2.84 p=0.85	6.68±2.20 U=503	5.80±2.64 p=0.19	8.22±1.55 U=457	6.74±3.04 p=0.06	36.222 13.109	p=0.000 p=0.000
Kendinizi genel olarak nasıl hissediyorsunuz?(VAS 0-10)								
Test/p değeri	3.25±1.77 U=603	3.25±2.18 p=0.91	5.77±2.46 U=471	4.82±2.82 p=0.09	6.94±2.12 U=546	6.71±2.51 p=0.43	41.828 42.135	p=0.000 p=0.000
Ameliyat sonrasında hangi durumlarda doktoru aramanız, tıbbi yardım istemeniz gerektiği konusunda bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (VAS 0-10)								
Test/p değeri	7.25±2.25 U=137	3.20±2.32 p=0.000	7.34±2.20 U=587	3.14±2.60 p=0.750	7.88±2.06 U=483	3.28±2.65 p=0.110	10.212 0.06	p=0.000 p=0.860
Bireysel temizlik uygulamalarını yaparken ne kadar zorlandınız? (VAS 0-10)								
Banyo								
Test/p değeri	8.51±1.78 U=380	7.34±1.81 p=0.005	6.14±2.18 U=352	6.85±2.49 p=0.002	3.65±2.27 U=264	5.28±2.81 p=0.000	52.777 55.513	p=0.000 p=0.000
Ağız bakımı/ diş fırçalama								
Test/p değeri	0.71±1.48 U=491	0.14±0.60 p=0.02	0.02±0.16 U=491	0.00±0.00 p=0.02	0.00±0.00 U=491	0.00±0.00 p=0.200	2.565 0.556	p=0.060 p=0.520
Ayak bakımı								
Test/p değeri	8.17±1.83 U=476	6.97±2.93 p=0.10	7.08±2.29 U=557	6.20±3.02 p=0.50	4.97±2.92 U=349	5.60±3.42 p=0.02	42.463 5.845	p=0.000 p=0.540
Giyinme								
Test/p değeri	7.42±1.81 U=568	6.85±2.72 p=0.60	3.85±1.86 U=343	4.82±3.00 p=0.000	1.88±1.79 U=442	2.54±2.91 p=0.040	63.188 44.673	p=0.000 p=0.000
Ameliyat sonrası dikkat etmeniz gereken uygulamalar konusunda bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?								
Test/p değeri	7.34±2.02 U=128	3.22±2.42 p=0.000	7.60±1.94 U=462	2.60±2.42 p=0.070	7.65±2.26 U=444	2.62±2.40 p=0.040	2.191 0.334	p=0.330 p=0.360

U= Mann Whitney U Testi

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası sağlıklarını değerlendirme puanları incelendiğinde VAS (0-10)'a göre; 1.günde $4,91 \pm 2,45$; 7. günde $6,68 \pm 2,20$; 14. günde $8,22 \pm 1,55$ olduğu günlere göre müdahale grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası sağlıklarını değerlendirme puanları günlere göre puan ortalamaları 4.82 ± 2.84 ; 5.80 ± 2.64 ; 6.74 ± 3.04 olarak hesaplandı. Kontrol grubundaki hastaların sağlığı değerlendirme puanları arasındaki farkın günlere göre anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.000$). Hastaların ameliyattan bugüne sağlığı değerlendirme puanları incelendiğinde 1.günde ($p = 0.850$), 7.günde ($p = 0.19$) ve 14.günde ($p = 0.060$) müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı görüldü.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirme puanları incelendiğinde VAS(0-10) göre; 1.günde 3.25 ± 1.77 ; 7.günde 5.77 ± 2.46 ; 14. günde 6.94 ± 2.12 olduğu, günlere göre müdahale grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirme puanları günlere göre sırasıyla 3.25 ± 2.18 , 4.82 ± 2.82 , 6.71 ± 2.51 olarak hesaplandı. Kontrol grubundaki hastaların sağlığı değerlendirme puanları arasındaki farkın günlere göre anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.000$). Hastaların ameliyat sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirme puanları incelendiğinde 1.günde ($p = 0.910$), 7.günde ($p = 0.910$) ve 14.günde ($p = 0.410$) gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı görüldü.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası doktoru aramayı ve tıbbi yardım almayı gerektirecek bilgi durumlarını değerlendirmelerine bakıldığında puanlarının günlere göre sırasıyla 7.25 ± 2.25 , 7.34 ± 2.20 , 7.88 ± 2.06 olduğu, günlere müdahale grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.000$). Kontrol grubundaki hastaların bu konuya ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde puanlarının günlere göre sırasıyla 3.20 ± 2.32 , 3.14 ± 2.60 , 3.28 ± 2.65 olduğu, müdahale grubunun puanları günlere göre farklı olduğu görüldü ($p < 0.000$). Hastaların ameliyattan sonra doktoru aramaları ve tıbbi yardım almaları gereken durumları değerlendirme puanları incelendiğinde, müdahale ve kontrol grupları sırasıyla 1.günde; gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p = 0.000$), 7.günde ($p = 0.750$) ve 14.günde ($p = 0.110$) gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü.

Müdahale grubundaki hastaların banyo yaparken ne kadar zorlandıkları incelendiğinde VAS(0-10)'a göre; günlere göre sırası ile puanlarının 8.51 ± 1.78 , 6.14 ± 2.18 , 3.28 ± 2.65 olduğu; müdahale grubunun puanları arasındaki farkın günlere göre anlamlı olduğu görüldü ($p<0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası banyo yapmada zorlanma puan ortalamalarının 7.34 ± 1.81 ; 6.85 ± 2.49 ; 5.28 ± 2.81 olduğu ve günlere göre farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.000$). Ameliyattan sonra banyo yaparken zorlanma puanları incelendiğinde, tüm günlerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.005$); ($p=0.002$); ($p=0.000$) belirlendi.

Müdahale grubundaki hastaların ağız bakımı/diş fırçalamada ne kadar zorlandıklarını değerlendirme puanları incelendiğinde (VAS0-10); günlere göre puan ortalamalarının 0.71 ± 1.48 , 0.02 ± 0.16 , 0.00 ± 0.00 olduğu, müdahale grubunun puanları arasındaki farkın olmadığı görüldü ($p=0.060$). Kontrol grubundaki hastaların ağız/ diş bakımında zorlanma puanları günlere göre sırasıyla 0.14 ± 0.60 , 0.00 ± 0.00 , 0.00 ± 0.00 olarak hesaplandı, kontrol grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0.520$).

Müdahale grubundaki hastaların ayak bakımında zorlanma puanları incelendiğinde (VAS 0-10); günlere göre 8.17 ± 1.83 , 7.08 ± 2.29 , 4.97 ± 2.92 olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.000$); kontrol grubundaki hastaların puanları incelendiğinde, günlere göre sırasıyla, 6.97 ± 2.93 , 6.20 ± 3.02 , 5.60 ± 3.42 olduğu, günlere göre kontrol grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi($p=0.540$). Ameliyattan sonra ağız bakımı/diş fırçalamada zorlanma puanları incelendiğinde 1. ve 7. günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.002$), 7.günde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p=0.200$) görüldü.

Müdahale grubundaki hastaların giyinmede zorlanma puanları incelendiğinde; günlere göre puan ortalamalarının 7.42 ± 1.81 , 3.85 ± 1.86 , 1.88 ± 1.79 olduğu günlere göre farkın anlamlı olduğu ($p=0.000$); kontrol grubundaki hastaların puanlarının ise günlere göre sırasıyla 6.85 ± 2.72 , 4.82 ± 3.00 , 2.54 ± 2.91 olduğu, günlere göre puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi($p=0.000$). Ameliyattan sonra giyinmede zorlanmayı değerlendirme puanları incelendiğinde

1.günde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p=0.600$); 7. ve 14.günlerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.000$);($p=0.040$).

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu incelendiğinde, günlere göre sırasıyla 7.34 ± 2.02 , 7.60 ± 1.94 , 2.60 ± 2.42 olduğu, günlere göre gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı görüldü($p=0.330$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla 3.22 ± 2.42 , 2.60 ± 2.42 , 2.62 ± 2.40 olduğu, aldıkları puanlarda farkın günler arasında anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0.360$). Ameliyattan sonra dikkat edilmesi gerekenlere yönelik bilgi durumu değerlendirme puanları incelendiğinde, 1.günde, gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.000$), 7.günde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p=0.070$), 14.günde gruplar arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.040$).

Tablo 4.3. Beslenme ve metabolik durum ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Beslenme ve metabolik durum	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	
Ameliyat sonrası beslenmenizde bir değişiklik yaptınız mı?							
Evet	21(%60)	8(%22.9)	19(%54.3)	9(%25.7)	17(%48.6)	10(%28.6)	1.846 p=0.397 0.333 p=0.846
Hayır	14(%40)	27(%57.1)	16(%45.7)	26(%74.3)	18(%51.4)	25(%71.4)	
Test/p değeri	X ² = 9.95 p= 0.020		X ² =5.95 p=0.015		X ² =2.95 p=0.086		
Beslenmenizde hangi yiyecekleri yemeniz/yememeniz konusunda ne kadar zorlandınız? VAS(0-10)							
Test/p değeri	Müdahale Ort±Ss 2.37±2.47 U=138	Kontrol Ort±Ss 6.57±2.44 p=0.000	Müdahale Ort±Ss 1.68±2.09 U=489	Kontrol Ort±Ss 4.97±2.93 p=0.14	Müdahale Ort±Ss 1.05±1.76 U=487	Kontrol Ort±Ss 4.11±3.26 p=0.13	9.756 p=0.008 14.233 p=0.001
Bir günde içtiğiniz su miktarı VAS (0-10)							
Test/p değeri	Müdahale Ort±Ss 7.97±2.62 U=539	Kontrol Ort±Ss 7.37±2.49 p=0.380	Müdahale Ort±Ss 8.94±2.61 U=425	Kontrol Ort±Ss 7.28±2.30 p=0.020	Müdahale Ort±Ss 9.14±2.30 U=332	Kontrol Ort±Ss 7.11±2.32 p=0.000	14.928 ,p=0.001 1.012 ,p=0.608
Günde düzenli olarak 3 öğün yediniz mi?							
	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	
Evet	21(%60)	19(%54.3)	24 (%68.6)	17(%48.6)	26(%74.3)	19(%25.7)	2.714 ,p=0.257 0.471 ,p=0.790
Hayır	14(%40)	16(%45.7)	11(%31.4)	18(%51.4)	9(%54.3)	16(%45.7)	
Test/p değeri	X ² =0.23 p=0.620		X ² = 2.88 p=0.089		X ² = 3.04 p=0.081		
En çok tükettiğiniz yiyecek grubu							
CHO	3(%8.6)	14(%40)	3(%8.6)	11(%31.4)	6(%17.1)	6(%17.1)	13.299 p=0.007 2.495 p=0.143
Sıvı	19(%54.3)	7(%20)	13(%37.1)	7(%20)	9(%25.7)	6(%17.1)	
Lifli	3(%8.6)	5(%14.3)	8(%22.9)	8(%22.9)	3(%8.6)	5(%14.3)	
Sebze /meyve	4(%11.4)	3(%8.6)	5(%14.3)	3(%8.6)	6(%17.1)	13(%37.1)	
Protein	6 (%17.1)	6(%17.1)	6(%17.1)	6(%17.1)	7(%20)	9(%25.7)	
Test/p değeri	X ² =13.5 p=0.007		X ² =6.87 p=0.140		X ² =2.49 p=0.640		

U=Mann Whitney U testi, X²= Kikare testi

Tablo 4.3'te beslenme ve metabolik duruma ilişkin parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı verilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrasında beslenmelerinde değişiklik yapma durumlarının ameliyat sonrası günlere göre farklılık göstermediği

($p=0.397$); kontrol grubundaki hastaların beslenme biçimlerinde de günler arasında bir farklılık olmadığı belirlendi ($p=0.846$). Ameliyattan sonra beslenmede değişiklik yapma durumlarına bakıldığında 1.günde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.020$), farkın beslenmede değişiklik yaptığını ve yapmadığını söyleyen kontrol grubundan kaynaklandığı, 7.günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.015$), farkın kontrol grubundan kaynaklandığı ancak 14.günde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.086$).

Müdahale grubundaki, hastaların beslenmede hangi yiyecekleri yemeleri/yememeleri konusunda zorlanma puanları (VAS 0-10) incelendiğinde günlere göre puanlar arasında farkın anlamlı olduğu ($p=0.008$); kontrol grubunun da puanlarının günlere göre farklılık gösterdiği ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.001$). Ameliyattan sonra beslenmede hangi yiyecekleri yemeleri/yememeleri konusunda zorlanma durumlarına bakıldığında 1.günde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.000$), 7. ve 14. günlerde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.140$); ($p=0.130$). Ameliyattan sonra bir günde tüketilen su miktarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.380$), 7.günde ($p=0.020$) ve 14.günde ($p=0.020$) gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi.

Müdahale grubundaki hastaların bir günde içtikleri su miktarı sırasıyla; 7.97 ± 2.62 , 8.94 ± 2.61 , 9.14 ± 2.30 bardak olduğu ve günlere anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların bir günde içtikleri su miktarı 7.37 ± 2.49 , 7.28 ± 2.30 , 7.11 ± 2.32 olduğu belirlendi ve günlere göre içtikleri su miktarında fark olmadığı belirlendi ($p=0.608$). Ameliyattan sonra bir günde tüketilen su miktarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.380$), 7.günde ($p=0.020$) ve 14.günde ($p=0.020$) gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların günlere göre yedikleri öğün miktarları arasında hem müdahale ($p=0.257$), hem de kontrol grubundaki ($p=0.790$) hastalarda günlere göre fark bulunmadı. Hastalar en çok tükettikleri yiyecek gruplarına göre değerlendirildiklerinde; müdahale grubundaki hastaların tükettikleri yiyecek çeşitlerinin günlere göre farklılık gösterdiği ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.007$); kontrol grubundaki hastaların en çok tükettikleri yiyecek gruplarında

günlere göre farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.143$). Ameliyattan sonra günde düzenli 3 öğün tüketme durumuna bakıldığında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.620$; $p=0.089$; $p=0.081$). Ameliyattan sonra en çok tüketilen yiyecek grubunu bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.007$). Sonraki 7.günde ve 14.günde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.140$; $p=0.640$).

Tablo 4.4. Boşaltım ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Boşaltım	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale Kontrol
Ameliyattan sonra kabızlık yaşadınız mı?							
Evet	24(%68.6)	24(%68.6)	14(%40)	14(%40)	48(%11.4)	11(%31.4)	31.885 p=0.000
Hayır	11(%31.4)	11(%31.4)	21(%60)	21(%60)	31(%88.6)	24(%68.6)	35.658 p=0.003
Test/p değeri	$X^2=0.00$	$p=1.000$	$X^2=0.00$	$p=1.000$	$X^2=4.15$	p=0.040	
Ameliyattan sonra hiç ishal oldunuz mu?							
Evet	3(%8.6)	9(%25.7)	6(%17.1)	7(%20)	6(%17.1)	9(%25.7)	1.636 $p=0.441$
Hayır	32(%91.4)	26(%74.3)	29(%82.9)	28(%80)	29(%82.9)	26(%74.3)	0.400 $p=0.819$
Test/p değeri	$X^2=3.62$	$p=0.050$	$X^2=0.09$	$p=0.750$	$X^2=0.76$	$p=0.380$	
Ameliyattan sonra büyük tuvaletinizi yaparken ağrı/rahatsızlık yaşadınız mı?							
Evet	29 (%82.9)	27(%77.1)	21(%60)	24(%68.6)	10(%28.6)	23(%65.7)	17.613 p=0.000
Hayır	6(%17.1)	8(%22.9)	14 (%40)	11(%31.4)	25(%71.4)	12(%34.3)	1.300 $p=0.522$
Test/p değeri	$X^2=0.35$	$p=0.550$	$X^2=0.56$	$p=0.450$	$X^2=9.68$	p=0.020	
Tuvalet temizliğinde nelere dikkat etmeniz gerektiğini biliyor muydunuz?							
Evet	28(%80)	13(%37.1)	32(%91.4)	14(%40)	31(%88.6)	12(%65.7)	6.500 p=0.032
Hayır	7(%20)	22(%62.9)	3(%9.6)	21(%60)	4(%12.4)	23(%65.7)	0.286 $p=0.867$
Test/p değeri	$X^2=13.24$	p=0.000	$X^2=20.54$	p=0.000	$X^2=21.76$	p=0.000	
Tuvaletten sonra temizliğinde ne kadar güçlüğ yaşadınız?(VAS 0-10)							
	Müdahale Ort±Ss		Müdahale Ort±Ss		Müdahale Ort±Ss		
Test/p değeri	5.94±2.15	6.77±3.03	4.02±2.66	5.85±3.53	2.60±2.83	3.94±3.55	34.937 p=0.000
	U=445, p=0.040		U=492 $p=0.150$		U=559 $p=0.530$		21.475 p=0.000

U=Mann Whitney U testi, $X^2=$ Kikare testi

Tablo 4.4'te boşaltım ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların kabızlık yaşama durumlarında günler arasında farkın anlamlı olduğu ($p=0.000$), kontrol grubundaki hastaların da kabızlık yaşama durumlarında günler arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.003$). Ameliyattan sonra kabızlık yaşama durumlarına bakıldığında 1. ve 7.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=1.00$). 14.günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.040$).

Hastaların ishal olma durumlarında günlere hem müdahale ($p=0.441$) hem de kontrol grubundaki hastalarda ($p=0.819$) günlere göre anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Ameliyattan sonra ishal durumu yaşama durumlarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.050$). 7.günde ve 14.günde gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p=0.750$; $p=0.380$). Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletini yaparken ağrı/ rahatsızlık yaşama durumu ($p=0.000$), tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu ($p=0.032$), tuvalet temizliğinde güçlük yaşama derecesinde günlere göre anlamlı fark bulundu ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletini yaparken ağrı/ rahatsızlık yaşama durumu ($p=0.522$), tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumunda ($p=0.867$) günlere göre anlamlı bir fark yokken, tuvalet temizliğinde güçlük yaşama derecesinde günlere göre anlamlı fark bulundu ($p=0.000$).

Hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletlerini yaparken ağrı/rahatsızlık yaşama durumlarına bakıldığında 1. ve 7.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.550$; $p=0.450$), 14.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.020$). Farkın kontrol grubundaki hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumlarında tüm görüşmelerde müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.000$). Farkın kontrol grubundaki kabızlık yaşayan ve yaşamayan hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Tuvalet sonra temizlikte güçlük yaşama durumlarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.040$). Farkın kontrol grubundaki hastalardan kaynaklandığı belirlendi. 7.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.150$). 14.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.530$).

Tablo 4.5. Aktivite egzersiz ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Aktivite Egzersiz	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri(gruplara göre)
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Kontrol
Ameliyattan sonra yaşanan yorgunluk düzeyi(VAS 0-10)							
Test/p değeri	6.85±2.69 U=469	5.74±2.87 p=0.009	4.40±2.76 U=593	3.51±2.87 p=0.810	2.17±2.28 U=582	1.48±1.44 p=0.720	42.448 p=0.000 45.712 p=0.000
Ameliyat normalde yaptığınız hareketlerinizi ne kadar etkiledi? (VAS 0-10)							
Oturmak-kalkmak							
Test/p değeri	8.00±2.07 U=377	7.62±2.54 p=0.660	6.31±2.34 U=537	5.62±2.54 p=0.360	4.57±3.09 U=600	4.37±2.71 p=0.880	35.961 p=0.000 40.212 p=0.000
Yürümek							
Test/p değeri	7.57±1.94 U=448	6.48±2.33 p=0.050	5.71±2.50 U=548	4.80±2.86 p=0.440	3.65±2.76 U=457	3.60±3.20 p=0.060	54.121 p=0.000 32.574 p=0.000
Merdiven inmek							
Test/p değeri	8.60±1.83 U=552	8.17±2.31 p=0.450	7.02±2.46 U=489	5.68±2.96 p=0.130	5.91±2.82 U=518	4.60±3.14 p=0.260	37.523 p=0.000 34.929 p=0.000
Toplu taşıma araçlarına binmek							
Test/p değeri	7.25±3.44 U=541	7.00±3.14 p=0.500	5.70±3.37 U=583	5.80±2.92 p=0.880	3.76±3.16 U=558	4.08±3.19 p=0.650	39.747 p=0.001 33.327 p=0.000
Kendi aracınızı sürmek							
Test/p değeri	7.75±4.25 U=181	8.83±1.46 p=0.320	6.27±3.89 U=174	8.29±2.05 p=0.270	5.33±3.62 U=213	6.45±2.43 p=0.940	16.595 p=0.000 14.381 p=0.010

U=Mann Whitney U testi

Tablo 4.5'te aktivite egzersiz ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplara arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra yorgunluk puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla, 6.85±2.69, 4.40±2.76, 2.17±2.28 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü (p=0.000). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra yorgunluk puanlarının sırasıyla; 5.74±2.87, 3.51±2.87, 1.48±1.44 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.000). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları yorgunluk şiddetinde ameliyat sonrası 1.günde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü (p=0.009)

grubundaki hastaların kendilerini daha yorgun hissettikleri belirlendi. Diğer günlerde gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra oturma-kalkma aktivitesinden etkilenme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 8.00 ± 2.07 , 6.31 ± 2.34 , 4.57 ± 3.09 olduğu, puanların günlere göre anlamlı fark gösterdiği görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların bu aktivitede etkilenme puanları da günlere göre sırasıyla; 7.62 ± 2.54 , 5.62 ± 2.54 , 4.37 ± 2.71 olarak bulundu ve puanlarının günlere göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0.000$).

Müdahale grubundaki hastaların yürüme ($p=0.000$), merdiven inip çıkma($p=0.000$), toplu taşıma araçlarına binme ($p=0.001$), kendi araçlarını sürmede zorlanma durumlarında ($p=0.000$) günler arasındaki fark anlamlıydı. Benzer şekilde kontrol grubundaki hastaların yürüme ($p=0.000$), merdiven inip çıkma($p=0.000$), toplu taşıma araçlarına binme ($p=0.000$), kendi araçlarını sürmede zorlanma durumlarında ($p=0.010$) günler arasındaki fark anlamlı bulundu.

Oturma-kalkma, yürüme, merdiven inip çıkma, toplu taşıma araçlarına binme kendi aracına binme gibi aktivitelerden etkilenme durumlarında müdahale ve kontrol grubu puanları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Uyku dinlenme ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Uyku-Dinlenme	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Kontrol
Hangi pozisyonda uyumanız konusunda ne kadar endişe yaşadınız? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	2.48±2.77 U=186	6.60±2.71 p=0.000	1.71±2.53 U=530	5.68±2.59 p=0.000	1.54±2.40 U=368	3.74±2.74 p=0.000	4.651 p=0.098 30.100 p=0.000
Uyku düzeninizde bir değişiklik oldu mu? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	4.91±3.49 U=470	6.34±2.82 p=0.900	3.34±2.97 U=489	3.06±3.04 p=0.140	1.97±2.94 U=507	2.14±2.53 p=0.210	15.836 p=0.000 35.078 p=0.000

U=Mann Whitney U testi

Tablo 4.6'da uyku dinlenme ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların hangi pozisyonda uyumaları konusunda endişe yaşama puanlarının günlere göre sırasıyla; 2.48 ± 2.77 , 1.71 ± 2.53 , 1.54 ± 2.40 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.098$). Kontrol grubundaki hastaların hangi pozisyonda uyumaları gerektiği konusunda yaşadıkları endişeye verdikleri puanlarda günlere göre farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Hastaların hangi pozisyonda uyumaları gerektiği konusunda endişe yaşama durumlarında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların endişe düzeylerinin daha fazla olduğu belirlendi. Uyku düzeninde değişiklik olma durumlarında tüm görüşmelerde, gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.900$; $p=0.140$; $p=0.210$).

Tablo 4.7. Bilişsel algılama ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Bilişsel Algılama	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Kontrol
Şu anki ağrınızı ifade eden rakam nedir? VAS (0-10)							
Test/p değeri	3.28±1.77 U=401	5.31±2.84 p=0.000	2.57±2.18 U=469	3.45±2.50 p=0.080	1.02±1.44 U=500	1.85±1.68 p=0.180	19.812 p=0.000 34.084 p=0.000
Ağrınızı gidermek için yaptığımız bir uygulama var mı?							
	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	
Evet	21 (%60)	12 (%34.3)	21 (%60)	14 (%40)	11 (%31.4)	13 (%37.1)	11.111 p=0.040 0.375 p=0.890
Hayır	14 (%40)	23 (%65.7)	14 (%40)	21 (%60)	24 (%68.6)	22 (%62.9)	
Test/p değeri	X ² =4.64 p=0.030		X ² = 5.75 p=0.010		X ² =0.25 p=0.610		

U=Mann Whitney U testi, X²= Kikare testi

Tablo 4.7’de bilişsel algılama ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların görüşmeler sırasındaki ağrı şiddetlerini değerlendirmelerinde günlere göre ağrı şiddetinde farklılık olduğu ($p=0.000$); kontrol grubundaki hastaların da benzer şekilde ağrı şiddetlerinin günlere göre farklılık gösterdiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi($p=0.000$). Ameliyattan sonra görüşmeler sırasında ağrılarını ifade eden sayılara bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların 1. gündeki ağrı şiddeti ortalamaları müdahale grubundan yüksek bulundu. 7.günde ($p=0.080$) ve 14.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.180$).

Müdahale grubundaki hastaların ağrılarını gidermek için bir uygulama yapma durumlarına göre günler arasında farkın anlamlı olduğu ($p=0.04$); kontrol grubundaki hastaların yaptıkları uygulamalarda günlere göre bir farklılık bulunmadığı belirlendi ($p=0.89$). Ağrıyı gidermek için uygulama yapma durumlarına bakıldığında 1.günde ($p=0.030$) ve 7.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.010$), 14.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.610$).

Tablo 4.8. Kendini algılama ve benlik ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Kendini Algılama ve Benlik	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)		
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale	Kontrol	
Ameliyattan sonra kendinizi ne kadar güçsüz hissettiniz? (VAS 0-10)									
Test/p değeri	6.42±2.57 U=587	6.08±2.96 p=0.760	4.00±2.56 U=431	5.54±2.46 p=0.030	1.34±1.66 U=317	3.48±2.45 p=0.000	52.111	p=0.000	30.975 p=0.000

U=Mann Whitney U testi

Tablo 4.8’de kendini algılama ve benlik ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra kendilerini güçsüz hissetme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 6.42 ± 2.57 , 4.00 ± 2.56 , 1.34 ± 1.66 olduğu günlere göre gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra kendilerini güçsüz hissetme puanlarının 6.08 ± 2.96 , 5.54 ± 2.46 , 3.48 ± 2.45 olduğu günlere göre gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.000$). Ameliyattan sonra kendilerini güçsüz hissetme durumlarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.760$). 7.günde ($p=0.030$) ve 14.günde ($p=0.000$) gruplar arasındaki fark anlamlıydı. Kontrol grubundaki hastaların kendilerini daha fazla güçsüz hissettiği görüldü.

Tablo 4.9. Rol ve ilişkiler ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Rol ve İlişkiler	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Kontrol
Ameliyatınız aile içindeki sorumluluklarınızı (roller) ne kadar etkiledi?(VAS 0-10)							
Test/p değeri	6.60±3.21 U=485	6.20±2.99 p=0.130	5.37±3.21 U=549	5.88±3.08 p=0.450	4.37±3.26 U=483	4.48±2.88 p=0.12	15.228 p=0.000 20.388 p=0.000
Aile/ arkadaşlarla iletişiminiz ne kadar etkilendi?(VAS 0-10)							
Test/p değeri	4.91±3.17 U=502	4.00±2.81 p=0.130	3.20±3.36 U=565	3.11±2.49 p=0.450	1.40±2.47 U=503	1.80±2.39 p=0.120	31.750 p=0.000 31.952 p=0.000
Karşı cinsle (eş/ kız -erkek arkadaş) ilişkilerinizde etkilenme ne ölçüde oldu?(VAS 0-10)							
Test/p değeri	5.14±3.54 U=591	5.40±3.27 p=0.790	4.02±3.45 U=588	4.99±2.99 p=0.760	3.00±3.44 U=577	2.97±2.77 p=0.670	14.273 p=0.001 24.146 p=0.000
İşe/ okula tekrar başlamakta ne kadar günlük yaşadınız?(VAS 0-10)							
Test/p değeri	7.17±3.17 U=553	6.88±2.86 p=0.470	6.20±3.12 U=580	5.51±2.90 p=0.690	4.97±3.04 U=525	3.85±3.23 p=0.300	28.714 p=0.000 32.209 p=0.000
Sağlık sorununuzu başkalarına anlatma konusunda ne kadar sıkıntı yaşadınız? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	5.00±3.36 U=532	4.28±3.11 p=0.730	3.82±3.06 U=584	3.31±2.81 p=0.730	2.88±3.26 U=608	2.05±2.32 p=0.960	14.824 p=0.001 33.857 p=0.000

U=Mann Whitney U testi

Tablo 4.9’da rol ve ilişkiler ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyatın aile içindeki sorumluluklarının etkileme puanları incelendiğinde; puanlarının günlere göre sırasıyla 6.60 ± 3.21 , 5.37 ± 3.21 , 4.37 ± 3.26 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların puanlarının günlere göre sırasıyla 6.20 ± 2.99 , 5.88 ± 3.08 , 4.48 ± 2.88 olduğu, günlere göre aile içindeki sorumluluklarının etkilenmesine verdikleri puanlar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$). Ameliyatın aile içindeki sorumluluklarının (roller) etkilenme durumlarına bakıldığında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.400$). 7.günde ($p=0.030$) ve 14.günde gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$).

Müdahale grubundaki hastaların aile/arkadaşlarla iletişimlerinin etkilenme puanlarının günlere göre sırasıyla; 4.91 ± 3.17 , 3.20 ± 3.36 , 1.40 ± 2.47 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların aile/arkadaşlarla iletişimlerinin etkilenme durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde, günlere göre sırasıyla; 4.00 ± 2.81 , 3.11 ± 2.49 , 1.80 ± 2.39 olduğu belirlendi, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.000$).

Müdahale grubundaki hastaların karşı cinsle(eş/kız-erkek arkadaş) ilişkilerinde etkilenme puanları incelendiğinde, günlere göre sırasıyla; 5.14 ± 3.54 , 4.02 ± 3.45 , 3.00 ± 3.44 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark görüldü ($p=0.001$). Kontrol grubundaki hastaların karşı cinsle(eş/kız-erkek arkadaş) ilişkilerinde etkilenme durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde, günlere göre sırasıyla; 5.40 ± 3.27 , 4.99 ± 2.99 , 2.97 ± 2.77 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Müdahale grubundaki hastaların işe/okula tekrar başlamada güçlük yaşama puanları incelendiğinde, günlere göre sırasıyla; 7.17 ± 3.17 , 6.20 ± 3.12 , 4.97 ± 3.04 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların işe/okula tekrar başlamada güçlük yaşama durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde 4.88 ± 2.86 , 5.51 ± 2.90 , 3.85 ± 3.23 olduğu,

günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.000$)Müdahale grubundaki hastaların sağlık sorunlarını başkalarına anlatma konusunda sıkıntı yaşama durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 5.00 ± 3.36 , 3.82 ± 3.06 , 2.88 ± 3.26 olduğu, günlere göre gruplar arasında anlamlı fark görüldü($p=0.001$). Kontrol grubundaki hastaların sağlık sorunlarını başkalarına anlatma konusunda sıkıntı yaşama durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 4.28 ± 3.11 , 3.31 ± 2.81 , 2.05 ± 2.32 olduğu, günlere göre gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Aile/arkadaşlarla iletişimlerin etkilenme durumlarına ($p=0.130$, $p=0.450$, $p=0.120$), karşı cinsle (eş/kız-erkek arkadaş) ilişkilerinde ($p=0.790$, $p=0.76$, $p=0.670$), işe/okula tekrar dönmede günlük yaşama durumlarında ($p=0.470$, $p=0.69$, $p=0.300$),sağlık sorununu başkalarına anlatma konusunda sıkıntı yaşama durumlarına gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.730$, $p=0.730$, $p=0.960$).

Tablo 4.10. Cinsellik ve üreme ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Cinsellik ve Üreme	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale Ort	Kontrol Ss	Müdahale Ort	Kontrol Ss	Müdahale Ort	Kontrol Ss	Müdahale Kontrol
Ameliyat sonrası dönemde kendi bedeninizi algılamanızla ilgili bir olumsuzluk yaşadınız mı? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	4.57±3.73 U=610	4.48±3.42 p=0.970	3.94±3.71 U=585	3.82±3.07 p=0.740	3.22±3.64 U=577	3.42±2.90 p=0.670	9.443 p=0.009 7.000 p=0.030
Cinsel yaşantınız ne ölçüde etkilendi? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	4.40±4.31 U=606	4.40±3.99 p=0.940	3.57±3.88 U=481	4.11±3.82 p=0.060	2.97±3.57 U=533	3.71±3.76 p=0.300	16.42 p=0.000 4.255 p=0.119

U=Mann Whitney U testi

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde kendi bedenlerini algılama ile ilgili olumsuzluk yaşama durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 4.57 ± 3.73 , 3.94 ± 3.71 , 3.22 ± 3.64 olduğu ve günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.009$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde kendi bedenlerini algılama ile ilgili

olumsuzluk yaşama durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 4.48 ± 3.42 , 3.82 ± 3.07 , 3.42 ± 2.90 olduğu günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.030$).

Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra cinsel yaşantılarının etkilenme puanları günlere göre sırasıyla; 4.40 ± 4.31 , 3.57 ± 3.88 , 2.97 ± 3.57 olduğu günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra cinsel yaşantılarının etkilenme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 4.40 ± 3.99 , 4.11 ± 3.82 , 3.71 ± 3.76 olduğu günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.119$).

Ameliyat sonrası dönemde kendi bedenlerini algılamada olumsuzluk yaşama durumlarına bakıldığında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0.970$, $p=0.740$, $p=0.670$). Cinsel yaşantılarının etkilenme durumlarına bakıldığında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p=0.940$, $p=0.060$, $p=0.300$).

Tablo 4.11. Baş etme ve stres ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Baş Etme ve Stres	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)		
	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	Müdahale	Kontrol	
Ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarda kullandığınız baş etme yöntemleri ne ölçüde etkili oldu? (VAS 0-10)									
Test/p değeri	4.57 ± 3.11 U=441	3.11 ± 2.77 p=0.040	5.14 ± 3.71 U=543	4.14 ± 2.90 p=0.400	6.37 ± 3.37 U=550	7.77 ± 16.30 p=0.460	16.000	p=0.000	18.231 p=0.000

U=Mann Whitney U testi

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası stresli durumlarda kullandıkları baş etme yöntemlerinin etkili olma durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla; 4.57 ± 3.11 , 5.14 ± 3.71 , 6.37 ± 3.37 olduğu günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası stresli durumlarda kullandıkları baş etme yöntemlerinin etkili olma durumlarını değerlendirme puanları incelendiğinde günlere

göre sırasıyla;3.11±2.77, 4.14±2.90, 7.77±6.30 37 olduğu günlere puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.000).

Ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarda kullandıkları baş etme yöntemlerinin etkili olma durumlarına göre 1.günde gruplar arasında anlamlı fark vardı (p=0.040). 7.günde (p=0.400) ve 14.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi (p=0.460).

Tablo 4.12. Değer ve inançlar ile ilişkili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı

Değer ve inançlar	1.gün		7.gün		14.gün		Test değeri ve p değeri (gruplara göre)
	Müdahale Kontrol Ort±Ss		Müdahale Kontrol Ort±Ss		Müdahale Kontrol Ort±Ss		Müdahale Kontrol
Bu süreçte dini inanç/ uygulamalarınızı gerçekleştirmede ne ölçüde zorlandınız? (VAS 0-10)							
Test/p değeri	5.51±4.01 U=572	5.34±3.46 p=0.620	4.91±3.69 U=556	4.17±3.11 p=0.500	4.00±3.56 U=486	2.64±2.29 p=0.180	12.610 p=0.002 12.614 p=0.002

U=Mann Whitney U testi

Tablo 4.12’de değer ve inançlar ile ilgili parametrelerin gruplara göre ve günlere göre gruplar arasında dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrasındaki süreçte dini inanç/uygulamalarını gerçekleştirmede zorlanma puanları incelendiğinde günlere göre sırasıyla;5.51±4.01, 4.91±3.69, 4.00±3.56 olduğu, günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü (p=0.002). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrasındaki süreçte dini inanç/uygulamalarını gerçekleştirmede zorlanma puanlarının günlere göre sırasıyla; 5.34±3.46, 4.17±3.11, 2.64±2.29 olduğu günlere göre puanlar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.002).

Ameliyattan sonraki süreçte dini inanç/uygulamalarını gerçekleştirmede zorlanma durumlarına bakıldığında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi (p=0.620; p=0.500; p=0.180).

5. TARTIŞMA

Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde pilonidal sinüs hastalığının görülme sıklığının 16-25 yaş aralığında artış gösterdiği, 25 yaşından sonra azaldığı belirtilmektedir (Queidet et al. 2014). Bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 24.42 ± 6.20 , kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise 24.85 ± 7.17 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastalarla yapılan farklı çalışmalarda hastaların yaş ortalaması 21-26 yaş arasında değişmektedir (Harlak ve ark.,2010; Kara ve ark.,2018; Özer ve ark.,2012). Araştırmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması daha önceki benzer çalışmalarla uyumludur.

McCallum ve ark. (2007) hastalığın erkeklerde görülme sıklığının kadınlardan 3-4 kat fazla olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda müdahale grubunun %68,6'sını erkek hastalar, kontrol grubunun da %57,1'ini erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunu oluşturan hastaların büyük bir bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Urgancı ve ark. in (2015) yaptığı çalışmada hastaların %81,1'inin erkek; Kaya ve ark. (2010) araştırmasında hastaların %89,5'i erkek, %10,5'i kadın; Qiedat ve ark. in (2014) çalışmasında hastaların %66.67'si erkek, %33.3'ü kadındır.

Araştırmamızda müdahale (%62,9) ve kontrol(%51.4) grubuna dahil edilen hastaların yarısından fazlasının evli olmadığı görülmektedir. Hastaların medeni durumları literatürdeki bir çalışma ile benzerdir (Aşkın ve ark.2015). Bu benzerliğin araştırmaya dahil edilen grubun özelliğinden kaynaklanmış olacağı düşünüldü.

Hastaların meslek grupları açısından dağılımı incelendiğinde müdahale grubundaki hastaların %22.9'u aylıklı çalışan, 28.6'sı serbest meslek sahibi,

%28.6'sı öğrenci olduğu; kontrol grubundaki hastaların %11.4'ünün aylıklı çalışan, %22.9'u serbest meslek sahibi, %28.6'sı öğrenci, %37.1'i işsiz olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Kara ve ark.'ın (2018) çalışmasında müdahale grubundaki hastaların %8.57'si işsiz, %11.43'ü memur, %31.43'ü işçi, % 42,86'sı öğrenci, kontrol grubundaki hastaların %5,7'si memur, %17,14'ü işsiz, %20'si işçi, %48,57'si öğrenci olduğu (Kara ve ark. 2018) görülmekle birlikte Türkiye'deki sakrokoksigeal pilonidal sinüsün sıklığı konusunda yapılan bir araştırmada hastaların %70,1'inin öğrenci olduğu belirlenmiştir (Duman ve ark. 2016). Araştırmamız hastaların meslek grupları açısından da diğer çalışmalar ile benzerdir. Pilonidal sinüs hastalığının daha çok oturarak çalışan meslek gruplarında yaygın olduğu bilinmektedir (Tezel ve ark., 2009; Thompson, 2011).

Gelir durumlarına bakıldığında her iki gruptaki hastaların (müdahale grubu %54.3; kontrol grubu %62.9) çoğunlukla gelirinin orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Aşkın ve ark. ın (2013) çalışmasında müdahale grubunun %41.9'unun, kontrol grubundaki hastaların da %58.1'inin orta düzeyde gelire sahip olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların %34.3'ü ilkokul mezunu, %25.7'si ortaokul mezunu, %22.9'u lise mezunu, %17.1'i önlisans/lisans mezunu, kontrol grubundaki hastaların %31.4'ü ilkokul mezunu, %28.6'sı ortaokul mezunu, %31.4'ü lise mezunu, %8.60'ı önlisans/lisans mezunudur (Tablo 4.1). Aşkın ve ark. (2015) çalışmasında da hastaların bizim çalışmamızla benzer bir eğitim durumunda oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar örneklem gruplarının benzer olmasından kaynaklanmış olabilir.

Hastaların yaşadıkları yerlere bakıldığında müdahale grubundaki hastaların %37.1'i kasaba/mahallede, %28.6'sı ilçede, %34.3'ü il merkezinde, kontrol grubundaki hastaların %31.4'ü kasaba/mahallede, %45.7'si ilçede, %22.9'u il merkezinde ikamet etmektedir. Bir araştırmada müdahalede grubundaki hastaların %35.5'i ilçe/kasabada, %64.5'i il merkezinde, kontrol grubundaki hastaların %45.2'si ilçe/kasabada, %54.8'i il merkezinde (Aşkın ve ark. 2015) ikamet etmekle birlikte çalışmamızla paralellik göstermektedir. Hastaların ikamet ettikleri yerlerin dağılımı araştırmanın yapıldığı il ile ilişkili olabilir.

Uzun süre oturmayı gerektirecek bir işte çalışma durumu incelendiğinde müdahale grubundaki hastaların %64.3'ü, kontrol grubundaki hastaların %31.4'ü uzun süre oturmayı gerektirecek bir işte çalıştıkları belirtilmiştir. Toker (2019) yaptığı araştırmada hastaların %77'sinin oturarak çalıştığını, %33'ünün ise hareketli bir işte çalıştığını belirtmiştir(Toker, 2009). Bir diğer araştırmada hastaların %42.8'i işini oturarak yapan meslek gruplarından ve %57.2'si işini ayakta yapan meslek gruplarından oluşmaktadır (Kayadibi ve ark. 2015). Uzun süreli oturmayı gerektiren mesleğe sahip bireyler pilonidal sinüs hastalığı için risk grubu olarak ifade edilmiştir (Tezel ve ark., 2009; Thompson, 2011). Çalışmamızdaki bulgunun literatürle benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Literatürde sıkı, dar çamaşır giymenin hastalığın oluşumunda önemli role sahip olduğu belirtilmektedir (Timmons, 2007; Kayadibi 2007). Benzer olarak bizim çalışmamızda da müdahale grubundaki hastaların %48.6'sının ve kontrol grubundaki hastaların %57.1'i sıkı iç çamaşır-pantolon giyme alışkanlıklarının olduğu saptanmıştır ve bu alışkanlığın pilonidal sinüs oluşumunu tetiklediği düşünülmüştür.

Hastaların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde müdahale grubundaki hastaların %48.6'sı hazır gıdalarla, kontrol grubundaki hastaların %37.1'i hazır gıdalarla beslenmektedir. Şanlıer ve ark (2009) üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile yaptığı çalışmada, erkeklerin %47.9'un hazır gıda tükettiklerini, %42.9'unun sokak satıcılarından yemek yedikleri, kadınların %31.6'sının hazır gıda tükettiklerini, %31.22 sinin sokak satıcılarından yemek yediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki öğrencilerin yaş ortalaması ve beslenme alışkanlıkları yönünden benzerlik göstermektedir.

Müdahale grubundaki hastaların %37.1'i, kontrol grubundaki hastaların %25.7'si sigara içtiğini belirtmiştir. İnce ve ark. ın (2014) yaptığı çalışmada müdahale grubundaki hastaların %84,6'sının, kontrol grubundaki hastaların %38,1'inin sigara kullandığı belirlenmiştir (İnce ve ark., 2014). Farklı sonuçlar araştırmanın yapıldığı örneklemin özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Diğer yandan sigara içme alışkanlığının bu yaş grubundaki erkeklerde daha yaygın olması da bu sonucu açıklayabilir (TÜİK, 2008).

Müdahale grubundaki hastaların % 37.1'inin, kontrol grubundaki hastaların %51.4'ünün aile üyelerinden birinde pilonidal sinüs hastalığı bulunmaktadır. Bolandparvaz ve ark. ın (2011) pilonidal sinüsün risk faktörlerini incelediği bir çalışmada hastaların %71.7'sinde pozitif aile öyküsü mevcuttur. Ailedeki bireylerinde pilonidal sinüs hastalığının olması da bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Sekmen, 2012). Bulgumuz literatür ile paralel niteliktedir.

Pilonidal sinüs ameliyatında kullanılan anestezi türü müdahale grubundaki hastalarda %65.7 spinal/epidural, %34.3'ünde lokal, kontrol grubundaki hastalarda %80 spinal/epidural, %20 lokal anestezi kullanılmıştır. Pilonidal sinüs ameliyatları yaygın olarak spinal/ epidural anestezi uygulanarak ya da lokal anestezi ile yapılmaktadır (Haskaraca ve ark., 2013; Khodaraka ve ark., 2016, Demiryas ve ark., 2019). Müdahale ve kontrol grubu benzer demografik verilere sahip hastalardan oluşmuştur($p>0.05$).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlişkili Parametrelerin Günlere ve Gruplara Arasındaki Farka Göre Tartışılması

Sağlığın Algılanması ve Sağlık Yönetimi

Sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi bireyden bireye ve kültüre göre farklılık gösteren kavramlardır (Bolsoy ve ark., 2006). Bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası sağlıklarını değerlendirme puanları incelendiğinde ameliyat sonrası günlerde birinci günden başlayarak sağlığı algılama puanlarının arttığı (1. günde $4,91\pm 2,45$; 7. günde $6,68\pm 2,20$; 14. günde $8,22\pm 1,55$) belirlendi. Benzer şekilde kontrol grubundaki hastaların da sağlığı algılama puan ortalamalarının yüksektir (4.82 ± 2.84 ; 5.80 ± 2.64 ; 6.74 ± 3.04) (Tablo 4.2). Müdahale grubundaki hastaların puanlarının daha yüksek olduğu ve kontrol grubundaki hastalara kıyasla kendi sağlıklarını daha iyi algıladıkları belirlendi ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların sağlığı algılama puanlarının daha yüksek olması verilen taburculuk eğitimi ile kendilerini daha iyi hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Stewart ve ark. (2011) çalışmasında pilonidal sinüs ameliyatı olan hastaların çoğunun sürekli ağrı ve vücutta

bir yara varlığı sebebiyle yaşamdan zevk almadığı ve kendilerini sağlıklı hissetmedikleri belirtilmiştir (Stewart ve ark., 2011).

Her iki gruptaki hastaların da ameliyat sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerine yönelik değerlendirme puanları ameliyat sonrası günlerde artış göstermiştir (Tablo 4.2). Ameliyat sonrasında hastaların izlendiği günlerde, sağlıklarını algılamaları ve kendilerini nasıl hissettiklerine ilişkin değerlendirmelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Ancak her iki grubun da kendini iyi hissetme durumlarında ameliyatı izleyen günlerde artış olduğu gözlemlendi. Aşkın'ın (2013) çalışmasında pilonidal sinüs ameliyatı olan eğitim verilen grupta yer alan hastaların SF-36 yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonda günlük puan ortalaması 80.65 ± 19.53 , eğitim verilmeyen grubun puan ortalaması 74.06 ± 22.23 olarak bulunmuş ve eğitimin fiziksel fonksiyon puan ortalamasını etkilemediği belirtilmiştir (Aşkın, 2013).

Müdahale grubunun ameliyat sonrası günlerde doktoru aramayı ve tıbbi yardım almayı gerektirecek durumlarını bilmelerinde günlere göre anlamlı fark bulundu ($p=0.000$). Aynı şekilde kontrol grubunun puanları arasında günlere göre anlamlı fark görüldü ($p=0.000$) (Tablo 4.2). Müdahale ve kontrol grubu arasında doktoru arama ve tıbbi yardım almayı gerektirecek durumları bilme durumunda sadece 1. gündeki fark anlamlıydı ($p=0.000$), 7. ve 14. günlerde anlamlı fark yoktu. Sonraki günlerde istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmaması, hastaların pansuman için polikliniğe geldiklerinde konu ile ilgili bilgi almalarından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Banyo yaparken zorlanma durumlarında hem müdahale ($p=0.000$) hem de kontrol grubunun puanları ($p=0.000$) arasında da günlere göre anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.2.). Müdahale ve kontrol grubunun banyo yaparken zorlanma puanlarına bakıldığında, tüm görüşmelerde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.000$). Kontrol grubunun banyo yaparken daha çok zorlandığı belirlendi. Her iki grupta da ağız bakımı/diş fırçalamada zorlanma durumlarında günlere göre anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Diş fırçalama uygulaması ameliyat bölgesine zarar vermediğinden iki grup için de zorlayıcı bir uygulama olmamıştır.

Grupların ağız bakımı/diş fırçalamada zorlanma puanları incelendiğinde 1. ve 7.günlerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.002$, $p=0.002$).

Müdahale grubunun ayak bakımında zorlanmalarını değerlendirme puanlarına bakıldığında, günlere göre anlamlı fark vardı ($p=0.000$)Müdahale grubunun aksine kontrol grubundaki hastaların ayak bakımında zorlanma puanlarında günlere göre anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Grupların ayak bakımında zorlanmalarını değerlendirme puanlarında sadece 14.günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.020$).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların giyinmede zorlanma puanları değerlendirildiğinde her iki grubun da günlere göre puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.000$). Ameliyattan sonra giyinmede zorlanmayı değerlendirme puanları incelendiğinde 7. ve 14.günlerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Fark kontrol grubundaki hastalardan kaynaklandı. Kontrol grubundaki hastalarına giyinme konusunda bir bilgi verilmediği için kontrol grubundaki hastaların zorlanmış olabileceği düşünüldü.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu incelendiğinde günlere göre gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastalarda da benzer sonuç elde edilmiş fakat müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu puanları daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2) . Bu da eğitimin etkinliğini destekleyecek bir sonuçtur. Birinci (1.) ve 14.günlerde ameliyattan sonra dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu değerlendirme puanlarında farklılık görüldü ($p<0.01$). Araştırmamıza benzer olarak, Kara'nın (2018) çalışmasında ameliyat öncesinde eğitim verilen gruptaki hastaların ameliyat öncesinde eğitim verilen hastaların %97.14'ü, eğitim verilmeyen gruptaki hastaların %57.14'ü ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutulmasına özen gösterdiği belirtilmiştir (Kara, 2018).

Beslenme ve Metabolik Durum

Her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrasında beslenmede değişiklik yapma durumları ameliyat sonrası günlere göre farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Kontrol grubundaki hastalara oranla beslenmede değişiklik yapma oranı müdahale grubunda fazla olmuştur. Bu durumun eğitim sırasında sıvı gıda tüketimi için müdahale grubundaki hastaların desteklenmesinden kaynaklandığı düşünüldü. Ameliyattan sonra beslenmede değişiklik yapma durumlarında bakıldığında 1. ve 7.günlerde gruplar arasında anlamlı fark görüldü ($p<0.05$). On dördüncü(14.) günde fark görülmemesinin sebebi olarak hastaların günlük beslenme alışkanlıklarına dönmesi olarak gösterilebilir.

Her iki gruptaki hastaların beslenmede hangi yiyecekleri yemeleri/yememeleri konusunda zorlanma puanlarına bakıldığında günlere göre gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Kontrol grubundaki hastaların bu konuda müdahale grubundaki hastalara kıyasla daha endişeli olduğu görüldü. 1.günde beslenmede hangi yiyecekleri yemeleri/yememeleri konusunda gruplar arasında anlamlı farklılık görüldü, kontrol grubundaki hastaların beslenmelerinde tüketmeleri gereken yiyecekler konusunda günlük yaşadıkları ($p<0.001$). Diğer görüşmelerde (7. ve 14.günler) farklılık olmaması hastaların hekim muayenesi sırasında ya da evde farklı kaynaklarından bilgi edinmiş olabileceğine bağlandı. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tüm görüşmelerde kontrol grubunun bu konuya ilişkin daha fazla zorlandığı belirlendi.

Serrot ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada ameliyat sonrası en az 1.5 litre sıvı tüketiminin önemini belirtmişlerdir (Serrot ve ark., 2011). Yeterli miktarda sıvı tüketimi hastaların hidrasyonunu sağlayacağı gibi ameliyat sonrası dönemde boşaltım alışkanlıklarının da normale dönmesine katkı sağlar (Çilingir ve ark., 2016; Aslan, 2017).Müdahale grubundaki hastaların bir günde içtikleri su miktarının günlere göre farklılık gösterdiği görüldü ($p=0.001$). Kontrol grubundaki hastalarda anlamlı fark gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Ameliyattan sonra bir günde tüketilen su miktarına bakıldığında 7.($p=0.020$) ve 14.($p=0.000$) günlerde anlamlı fark belirlendi (Tablo 4.15). Müdahale grubundaki hastaların daha fazla su tüketmesinin taburculuk eğitimi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Kara ve ark. (2018) çalışmasında

ameliyat öncesinde eğitim verilen gruptaki hastaların %90'mın yeterli miktarda sıvı tükettiği belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası dengeli ve düzenli beslenme alışkanlığı, proteinden zengin gıdaların tüketilmesi yara iyileşmesini hızlandırır. Bu nedenle hastaların günlük öğünlerini düzenli yemeleri son derece önemlidir (Stieber, 2009; Harris ve ark., 2012).

Her iki gruptaki hastaların günlere göre yedikleri öğün miktarları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Tüm görüşmelerde düzenli 3 öğün tüketme durumunda gruplar arasında fark görülmedi ($p>0.05$). Hastaların öğün sayısında bir değişiklik yapamamaları, günlük yeme alışkanlıkları ile ameliyat arasında bir ilişki kuramamalarından kaynaklanmış olabilir.

Müdahale grubundaki hastaların en çok tükettikleri yiyecek gruplarına bakıldığında; hastaların tükettikleri yiyecek çeşitlerinin günlere göre farklılık gösterdiği, aradaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise fark gözlenmedi ($p>0.05$). Birinci (1.) günde ameliyattan sonra en çok tüketilen yiyecek grubuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Müdahale grubundaki hastaların çoğunluğunun sıvı içerikli gıdaları tüketmiş olması verilen eğitim nedeni ile bu konuya özen göstermelerinden kaynaklanmış olabilir. Kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu karbonhidrat ağırlıklı beslenmiştir. Yedinci (7.) ve 14.günlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$). Sonraki günlerde gruplar arasında bir farklılık olmaması, iyileşme süreci ile birlikte hastaların bu konuya çok fazla dikkat etmemesinden ve rutin beslenme alışkanlıklarına dönmeye başlamalarından kaynaklanmış olabilir.

Boşaltım

Ameliyat bölgesindeki dikişlerin defekasyon sırasında gerilmemesi rektal cerrahi sonrası hastaların boşaltımları ile ilgili bir sorun yaşamaması ile yakından ilişkilidir. (Tezel ve ark., 2009). Bunun yanı sıra analjezik ajanlar da konstipasyona sebep olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastaya ağrı ile baş etme yöntemlerini

öğretmeleri, boşaltım işlevinin daha kolay gerçekleşmesi için hastaları bu konuda bilgilendirmeleri önemlidir (WHO, 2012; Harris ve ark., 2012).

Her iki gruptaki hastaların da kabızlık yaşama durumlarında günler arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ameliyattan sonra kabızlık yaşama durumlarında 1. ve 7.günlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$). On dördüncü (14.) görüşmede gruplar arasında anlamlı fark görüldü ($p<0.05$). Farklılık kontrol grubundaki hastalardan kaynaklandı. Bu sonucun müdahale grubundaki hastaların sıvı tüketimine daha fazla önem vermeleri nedeniyle ortaya çıktığı düşünüldü.

Ameliyat sonrası hastalarda diyare gelişmesi ameliyat bölgesinin kirlenmesine ve sıvı kaybına yol açar. Özellikle sıvı içerikli gaitanın ameliyat bölgesine bulaşması enfeksiyon gelişmesine zemin hazırlayabilir (Fındık, 2017). Ameliyattan sonra ishal olma durumlarında her iki grupta da günlere göre anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Hastalarda ishal gelişmemesi olumlu bir durum olarak değerlendirildi.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletini yaparken ağrı/rahatsızlık yaşama durumu, tuvalet temizliğinden dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumu ve tuvalet temizliğinde güçlük yaşama derecesinde günlere göre anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletini yaparken ağrı/rahatsızlık durumu, tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumunda günlere göre anlamlı fark yokken ($p>0.05$), tuvalet temizliğinde güçlük yaşama derecesinde günlere göre anlamlı fark görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Hastaların ameliyattan sonra büyük tuvaletlerini yaparken ağrı/rahatsızlık yaşama durumlarına bakıldığında sadece 14.günde farklılık belirlendi ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastalar 14.günde müdahale grubundaki hastalara göre büyük tuvaletlerini yaparken daha çok ağrı yaşadıkları belirlendi. Bu durum, müdahale grubuna verilen eğitimde hastalara öğretilen yöntemlerin etkin olmasından kaynaklanmış olabilir. Demiryaş ve ark. (2019) pilonidal sinüs cerrahisi geçiren 841 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların tuvalete oturmada güçlük yaşadıkları belirtilmiştir.

Pilonidal sinüs cerrahisi sonrası tuvalet temizliğinde asepisiye dikkat edilmeli, bölge nazikçe temizlenmelidir. Fekal materyalin ameliyat bölgesine bulaşmasının engellenmesi yara yeri enfeksiyonunu önleme açısından kritiktir. Bu nedenle hastaların tuvalet temizliğinde temel noktaları dikkate almaları gerekir (Fındık, 2017).

Tuvalet temizliğinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme durumlarında, tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark bulundu ve bunun verilen taburculuk eğitiminden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Tuvalet temizliğinde güçlük yaşama durumlarında 1.günde gruplar arasında anlamlı fark gözlenirken 7. ve 14.günlerde fark görülmedi ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubunun tuvalet temizliğinde 7. ve 14.günlerde de güçlük yaşadığı görüldü. Hastaların zaman geçtikçe bazı uygulamaları deneme yanılma ile yapmayı öğrendikleri şeklinde yorumlandı.

Aktivite-Egzersiz

Ameliyat sonrası dönemde hastaların normal yaşama dönmeleri ve ameliyat öncesi dönemde yaptıkları temel aktiviteleri yapabilmeleri, öz bakım ihtiyaçlarını kendi kendilerine karşılayabilmeleri de kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olur (Harris ve ark., 2012). Özellikle ameliyat bölgesini zorlayacak eğilme ve doğrulma gibi etkinliklerin ameliyat bölgesini gerip ağrıya yol açabileceği düşünüldüğünde yanlış/yapılmaması gereken hareketlerin hastalar tarafından bilinmesi onların konforunu sağlama ve sürdürme açısından önemlidir (Çilingir ve ark., 2006).

Müdahale ve kontrol gruplarının her ikisinde de ameliyattan sonraki yorgunluk puanları arasında günlere göre fark olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Her iki gruptaki hastaların yorgunluk puanları sonraki günlerde anlamlı ölçüde azalma gösterdi. Hastaların ameliyat sonrası yorgunluk şiddetinde 1.günde gruplar arasında anlamlı fark görüldü ($p<0.05$). Müdahale grubundaki hastaların kendilerini daha yorgun hissettikleri belirlendi. Bu durum, çalışmanın yürütüldüğü hasta grubundan kaynaklanmış olabileceği gibi, müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrasına ilişkin beklentileri ile de ilişkili olabilir. Hastalar ameliyat sonrası dönemde

verilen anestezi, ameliyat öncesi yaşanan stres ve uykusuzluk gibi pek çok nedenle kendilerini yorgun hissedebilir (Can, 2001). Stewart ve ark. (2011) pilonidal sinüs ameliyatı geçiren 11 hastayı dahil ettiği çalışmada hastaların çoğunun kontrol kaybı ve güçsüzlük yaşadıklarını belirlemiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra oturma-kalkma aktivitesinden etkilenme puanları arasında günlere göre anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Hastaların ameliyattan sonra oturma-kalkma aktivitesinden etkilenme durumlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yürüme, merdiven inip çıkma, toplu taşıma araçlarına binme, kendi araçlarını sürmede zorlanma durumlarında günler arasında anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Oturma-kalkma, yürüme, merdiven inip çıkma, toplu taşıma araçlarına binme, kendi araçlarını sürme gibi aktivitelerden etkilenme durumlarında grupların puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların günlere göre belli aktivitelerden etkilenme puanları arasında fark görülmesi hastaların iyileşme süreci ile birlikte aktiviteleri yerine getirmede daha az zorlandıkları şeklinde yorumlandı. Gruplar arasında farklılık görülmemesi ise, her iki gruptaki hastaların ameliyat sonrası dönemde normalde yaptıkları bu aktivitelerde zorlanmalarının benzer olduğunu düşündürdü. Hastaların aktivitelerinde aşamalı olarak bir düzelmenin olması iyileşme sürecinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Eti Aslan, 2009). Stewart ve ark. (2011) çalışmasında hastaların 3 hafta sonra günlük yaşam aktivitelerini yapmaya başladıklarını ve çalışmadaki erkek hastaların ameliyat sonrasında egzersiz yapamadıkları için vücut ağırlığında değişimler olduğu saptanmıştır.

Uyku-Dinlenme

Ameliyat sonrası uyku ve dinlenme hastaların iyileşme süreçlerine olumlu katkısı olan aktivitelerdir. Uyku sırasında salgılanan hormonların (melatonin) hızlı iyileşmeyi etkilediği bilinmektedir (Şahinoğlu, 2011; Altun ve ark., 2012). Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası dönemde uyumaları için gerekli konforun sağlanması önemlidir. Rektal cerrahi geçiren hastalarda bu bölgenin zengin sinir

uçlarına sahip olması nedeni ile ağrı algılamaların yüksek olması rahat uyumalarını engelleyen bir faktördür (Akin, 2009; Brookes ve ark., 2009).

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların hangi pozisyonda uyumaları gerektiği konusunda endişe yaşama puanlarında günlere göre anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların tüm günlerde daha az endişeli olmaları ve puanlarının birbirine yakın olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastalarda ise günlere göre anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$) (Tablo 4.6). Hastaların ilk günde endişelerinin çok yüksek, izleyen günlerde ise endişelerinin ilk güne göre azaldığı belirlendi. Kara'nın (2018) çalışmasında eğitim verilen hastaların %94,29'unun, eğitim verilmeyen hastaların %88,57'sinin ameliyat bölgesinin üzerine yatmamaya dikkat ettikleri belirtilmiştir.

Hastaların hangi pozisyonda uyumaları gerektiği konusunda endişe yaşama durumlarında tüm günlerde anlamlı fark görüldü ($p=0.000$). Bu farkın verilen eğitimin müdahale grubundaki hastaların endişesini azaltmaya yardımcı olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Price ve ark. (1994) pilonidal sinüs cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesini incelediği araştırmasında, ameliyat sonrasındaki ilk 6 gece boyunca hastaların %49'unun uyku düzeninde olumsuz değişiklik olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada her iki gruptaki hastaların uyku düzeninde değişiklik puanlarında günlere göre anlamlı fark görüldü ($p=0.000$) (Tablo 4.6). Her iki grubun hastalarının uyku düzeninde ilk günde bir değişiklik olduğu ve sonraki günlerde giderek azaldığı belirlendi. İlk günde kontrol grubunun puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç her iki gruptaki hastaların zaman geçtikçe duruma uyum sağladıkları şeklinde yorumlandı. Tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Bilişsel –Algılama

Ameliyat bölgesinde nosiseptörlerin etkisi ile birkaç gün boyunca ağrı görülebilmektedir (Pogatzhi-Zahn ve ark. 2007). Demiryaş ve ark. (2019) çalışmasında hastaların pilonidal sinüs cerrahisinden 7 gün sonraki ağrı puanlarının

hastaların %94.8'inde 1-3 arasında, %5.2'sinde 4-6 arasında değiştiği (VAS 0-10) belirtilmiştir. Hastaya analjezik kullanımının yan sıra, taburculuk eğitimi sırasında ağrı ynetiminde onemi olan uygulamalar oğretilmelidir. Dikkati başka yone cekme, muzik dinleme ve ameliyat bolgesini germeyecek gevşeme egzersizlerinin ağrıya olan toleransı arttırdığı belirtilmiştir (Adams ve ark., 2001). Bu çalışmada mudadahale ve kontrol grubundaki hastaların gorusmeler sırasındaki ağrı şiddetlerini değerlendirmelerinde gunlere farklılık olduğu belirlendi (p=0.000) (Tablo 4.6). Kontrol grubundaki hastaların ağrı şiddeti tum gunlerde yuksekti. Ameliyattan sonra gorusmeler sırasında ağrı şiddetlerine bakıldığında 1.gunde gruplar arasında anlamlı fark goruldu (p=0.000). Kontrol grubundaki hastaların ağrı şiddeti tum gunlerde daha yuksek bulundu. Farklılığın mudadahale grubundaki hastaların eğitim sırasında anlatılan ağrı ile baş etme yontemlerinden faydalanmasından kaynaklanmiş olabileceği duşunuldu. Sonraki gunlerde fark olmaması doku iyileşmesi ve hastaların farklı baş etme stratejileri geliştirmelerinden kaynaklanmiş olabilir. Farklı bir çalışmada da girişim grubundaki hastaların %87,1'inin, kontrol grubundaki hastaların %83,9'unun ameliyat bolgesinde ağrı ifade ettiği belirtilmiştir (Aşkın, 2013). Bu çalışmada mudadahale grubundaki hastaları ağrılarını gidermek için uygulama yapma durumlarına gore gunler arasında anlamlı fark bulunurken (p<0.05); kontrol grubundaki hastalarda gunlere gore anlamlı fark gorulmedi (p>0.05) (Tablo 4.7). Birinci(1.) ve 7.gunlerde ağrıyı gidermek için uygulama yapma durumlarında gruplar arasında anlamlı fark belirlendi (p<0.05). Bu farkın mudadahale grubundaki hastalara oğretilen baş etme yontemlerinden kaynaklandığı duşunuldu.

Kendini Algılama ve Benlik

Gordon'un FSÖ modelinde bu oruntu hastanın duygu durumunu, oz yeterliliğini ve beden algısını ifade etmektedir (Gordon, 2010). Ameliyattan sonra hastalar, kendilerini yetersiz hissetmekte ve benlik saygısının tehdit edildiğine yonelik korku yaşayabilmektedir (Yılmaz, 2008). Stewart ve Elliot(2013) alışmasında hastaların yara yerleri nedeni ile psikolojik iyilik hallerinin etkilendiği belirtilmektedir.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan sonra kendilerini güçsüz hissetme puanları günlere göre gruplar arasında fark görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Yedinci (7.) ($p=0.03$) ve 14. ($p=0.000$) günde gruplar arasında kendilerini güçsüz hissetme puanları arasındaki fark anlamlıydı. İlk görüşmede her iki gruptaki hastaların kendilerini algılamaları benzerken, sonraki günlerde puan ortalamaları düşmekle birlikte, kontrol grubundaki hastaların kendilerini daha güçsüz algılamaya devam ettikleri belirlendi. Bu durum hastalara verilen eğitimle ilişkili olabileceği gibi, hasta grubunun kişilik özelliklerinden de kaynaklanmış olabilir.

Rol ve İlişkiler

Ameliyat hastaların, aile içi sorumluluklarını, aile/arkadaş/karşı cins ile iletişimini, işe/okula geri dönmesini etkilemektedir. Hastalar, sağlık problemlerini başkalarına anlatmaktan çekinip, utanabilirler (Bergvik ve ark., 2008). Hastalardaki fiziksel değişiklik onların başkaları ile iletişimlerinin bozulmasına veya iletişimden uzak durmalarına (Bradley, 2004). Bu çalışmada, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyatın aile içindeki sorumluluklarını etkileme puanları günlere göre anlamlı fark gösterdi ($p=0.000$) (Tablo 4.9). Yedinci ($p=0.03$) ve 14.günlerde ($p=0.000$) aile içindeki sorumlulukların etkilenme durumlarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$). Bu farklılığın kontrol grubundaki hastaların daha endişeli olmalarından kaynaklandığı ve müdahale grubundaki hastaların daha kontrollü davranmaya çalıştıkları şeklinde yorumlandı.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların aile /arkadaşlarla iletişimlerinin etkilenme durumlarına ($p=0.000$);($p=0.000$), karşı cinsle (eş/kız-erkek arkadaş) ilişkilerinde ($p=0.001$);($p=0.000$), işe/okula tekrar dönmeye güçlük yaşama durumlarında ($p=0.000$);($p=0.000$), sağlık sorununu başkalarına anlatma konusunda sıkıntı yaşama durumlarında günlere göre fark bulundu ($p=0.001$);($p=0.000$) (Tablo 4.9).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların aile /arkadaşlarla iletişimlerinin etkilenme durumlarına, karşı cinsle (eş/kız-erkek arkadaş) ilişkilerinde işe/okula tekrar dönmeye güçlük yaşama durumlarında, sağlık sorununu başkalarına anlatma konusunda sıkıntı yaşama durumlarında tüm görüşmelerde gruplar arasında anlamlı

fark görülmedi ($p>0.05$). Bu sonuçlar hastaların hissettiklerini paylaşmak istememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Cinsellik ve Üreme

Hastalar ameliyattan sonra cinsel benliklerini algılamada güçlük çekmekte ve ameliyatın cinsel yaşamlarını etkileyebileceğine yönelik endişe yaşayabilmektedir (Averyt ve ark., 2014).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde kendi bedenlerini algılamaya ile ilgili olumsuzluk yaşama puanları ile günler arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bu sonuç hastaların kendilerini iyi hissettikçe konu ile ilgili kaygılarının da azalmaya başladığı şeklinde değerlendirildi. Tüm görüşmelerde gruplar arasında fark görülmedi ($p>0.05$).

Her iki gruptaki hastaların da cinsel yaşantılarının etkilenme puanlarında günlere göre anlamlı fark görüldü ($p<0.05$) (Tablo 10). Cinsel yaşantılarının etkilenme puanlarının gruplar arasında farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$). Bu sonuçlar hastaların cinsellik konusunda konuşmak istememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Baş Etme ve Stres

Ameliyatın türü ne olursa olsun bu deneyim hastalarda ve yakınlarında büyük stres kaynağıdır (Güz ve ark., 2001; Karayağız ve ark., 2011). Ağrı, hareket edememe, yara iyileşmesinin uzaması hastalarda depresyona ve strese yol açmaktadır (Stewart & Elliot, 2013). Taburculuk eğitimi sırasında hastaya uygun baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ile, hastanın ameliyat sonrasında günlük yaşamına dönüşü daha kolaylaşabilmektedir (Croissant ve ark., 2009). Özellikle hasta merkezli yapılan eğitimin hastaların endişesini azaltmada önemli bir unsur olduğu öngörülmektedir azalmaktadır (Harris ve ark., 2012).

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kullandıkları baş etme yöntemlerinin etkili olma durumlarını değerlendirme puanlarına bakıldığında günlere göre anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Birinci (1.) günde gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Bu farkın müdahale grubundaki hastaların baş etme yöntemlerinin daha etkin olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Diğer görüşmelerde gruplar arasında fark bulunmadı.

Değer ve İnançlar

Hastalar ameliyat sonrasındaki süreçte dini inanç ve uygulamalarını gerçekleştirmede güçlük yaşayabilmektedir. Değer ve inançlar hastaların baş etme mekanizmasının önemli bölümünü oluşturmaktadır (Koenig 2001). Hastalar inançlarına yönelik uygulamaları ile gerek hastalığa, gerekse ameliyat sonrası döneme kolaylıkla uyum sağlayabilmektedirler (Stizman ve ark., 2010). Bazı durumlarda ise geçirilen ameliyattan dolayı dini inançlarının gereklerini yerine getirmede endişe yaşayabilmektedir (McSherry, 2010).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pilonidal sinüs ameliyatı geçiren ve cerrahi teknik olarak primer kapatma yöntemi kullanılan hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin hastaların akut dönemlerinde FSÖ'ne etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki hastaların yaş ortalamasının 24.42±6.2 kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının ise 24.85±7.17 olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %68.6'sını erkekler, %31.4'ünü kadınlar, kontrol grubundaki hastaların %57.1'ini erkekler, %42.9'unu kadınların oluşturduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %28.6'sının serbest meslek sahibi ve %28.6'sının öğrenci, kontrol grubundaki hastaların %37.1'inin öğrenci olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %54.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %31.4'ü uzun süreli oturma gerektirecek bir işte çalışmakta olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %51.4'ünün, kontrol grubundaki hastaların %57.1'i sıkı iç çamaşırı giyme alışkanlığının olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %48.6'sının beslenmelerinde hazır gıda tercih ettiği, %60 'ı sigara içtiği ve %62.9'u alkol kullanmadığı, kontrol grubundaki hastaların %37.1'i beslenmelerinde hazır gıda tercih ettiği, %54.3'ü sigara içtiği ve %74.3'ü alkol kullanmadığı,

Müdahale grubundaki hastaların %37.1'inde, kontrol grubundaki hastaların 51.4'ünde aile üyelerinden birinde pilonidal sinüs hastalığının var olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların %65.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %80'inin ameliyatlarında spinal/epidural anestezi kullanıldığı,

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası sağlıklarını değerlendirme puanları incelendiğinde, günlere göre her iki grubun da puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.005$),

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirme puanları incelendiğinde, günlere göre her iki grubun da puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.005$),

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası doktoru aramayı ve tıbbi yardım almayı gerektirecek bilgi durumları puanlarına bakıldığında, günlere

göre her iki grubun da puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.005$), 1.görüşmede gruplar arasında anlamlı fark olduğu,

Müdahale grubundaki hastaların banyo yaparken ne kadar zorlandıklarını değerlendirme puanları incelendiğinde, günlere göre müdahale grubunun puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu,

Ameliyattan sonra banyo yaparken zorlanma puanları incelendiğinde, 1., 2.,ve 3. görüşmede gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.005$),

Ameliyattan sonra ağız bakımı/diş fırçalamada zorlanma puanları incelendiğinde 1. ve 2. görüşmede görüşmede gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.005$), bulunmuştur.

H0 hipotezi reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiş ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Ölümleri'ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkisinin olumlu olduğu bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

Araştırmanın daha geniş evren kullanılarak ve pilonidal sinüs cerrahi yöntemlerinden diğerlerinin de ayrı ayrı ele alınarak incelenmesi,

Taburculuk eğitimi sırasında görsel ve yazılı materyal kullanımını artırılması,

Hemşire araştırmacıların, araştırmalarında kuram kullanımının artırılması,

Hemşirelerin, taburculuk eğitimi konusunda farkındalıklarını arttıracak çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdallah MA, Mohammed MA, El-Sabban RM. Local Phenol Application Versus Excision with Modified Primary Closure Technique in Pilonidal Sinus Disease: A Comparative Study. *Advances in Surgical Sciences*, 2018, 6(1): 20-26

Abdul-Ghani AKM, Abdul- Ghani AN, Clark CI. Day-care surgery for pilonidal sinüs. *The Annals of The College of Surgeons of England*, 2006, 88(7):656-658.

Adams N, Field L. Pain Management: The use of psychological approaches to pain. *British Journal of Nursing*, 2001, 10 (15): 971-974.

Akıncı OF, Bozer M, Uzunkoy A, Duzgun SA, Coskun A. Incidence and etiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surgeons*, 1999, 165:339-42.

Akın T. Rektum ve rektosigmoid kanserlerin tedavisinde laparoskopik cerrahinin perioperatif ve erken dönem onkolojik sonuçları ile yaşam kalitesine etkisi, Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, 2009.

Akyolcu N. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editör).2012. *Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012, s.335-366.

Al-Khayat H, Al-Khayat H, Sadeq A, et al. Factors for wound complication in pilonidal sinus procedures. *J Am Coll Surg* 2007, 205:439-4.

Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, (1):CD006213.

Altıntoprak F, Dikicier E, Arslan Y, Öztenekeci T, Akbulut G, Osman Nuri D. Limberg flebinin VYflep tekniği ile karşılaştırılması pilonidal hastalığın tedavisi. *Kore Cerrahi Derneği Dergisi*, 2010, DOI: 10.4174/jkss.2013.85.2.6.

Altun Emirza MA, Bican A, Bora İ, Özkaya G. Uyku laboratuvarı'nda kimler uyuyor? Bir retrospektif çalışma. *Türk Nöroloji Dergisi* ,2012, 18(1):21-5.

Andelnaby A. Downs JM. Diseases of anorectum. In: Sleisenger and fordtran's gastrointestinal and liver disease. Feldman, Mark, Friedman, Lawrence S, Brandt, Lawrence J (eds).7nd ed, *Elsevier Health Sciences*, 2016:2333-2334.

Anderson JH, Yip CO. Nagabhushan JS,Connelly SJ. Day-case Karydakias flap for pilonidal sinus. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2008, 51:134-8.

Arslan K, Kökçam SS, Köksal H, Turan E, Atay A, Doğru O. Which flap method should be preferred for the treatment of pilonidal sinus? A prospective randomized study. *Tech. Coloproctol*. 2014, 18:29–37.

Aslan FE. *Ameliyat Sonrası Bakım. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Karadakovan A, Eti Aslan F(editör). 2017. 4. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Aşkın T, Yılmaz E, Buydur H. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2015, 25 :47-57.

Averyt JC, Nishimoto PW. Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2014, 5(5).

Bahçe ZŞ, Haşlak A, Özçınar B. Pilonidal sinüs cerrahisinde tek merkez, tek cerrah deneyimi ve sonuçları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, 74(2):29-31.

Bali İ, Aziret M, Sözen S, Emir S, Erdem H, Çetinküner S, İrkörücü O. Effectiveness of limberg and karydakıs flap in recurrent pilonidal sinus disease. *Clinics*, 2015, 70(5):350- 355.

Bendewald FP, Cima RR. Pilonidal disease. *Clin Colon Rectal Surg*, 2008, 20:86–95.

Bergvik S, Wynn R, Sorlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for KABG patients. *Patient Education and Counseling*, 2008, 70: 228-233.

Berkem H, Topaloğlu S, Komplike pilonidal sinüs hastalığı için V-Y ilerletme flebi kapakları. *Uluslararası Kolorektal Hastalıklar Dergisi*, 2005, Cilt 20(4):343–348.

Biol, L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 9. Baskı, Etki Yayınları, 2008, İzmir

Bradley L. Pilonidal sinus disease: a misunderstood problem. *Wounds*, 2006, 2(1):3-11.

Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006;9(3). 78-87.

Brookes SJ, Dinning PG, Gladman MA. Neuroanatomy and physiology of colorectal function and defaecation: from basic science to human clinical studies. *Neurogastroenterol Motil*. 2009;2:9-19.

Büyükyılmaz O, Gürkan S. Süreçlerde en zayıf halkanın bulunması: Kısıtlar teorisi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009; 5 (9), 177-195.

Camcı C, Pilonidal Sinüs Hastalığı: Tanım/Epidemiyoloji/Patofizyoloji/Klinik Seyir, *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 2018, 11(2):85-7.

Can G. Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2001.

Chiappinotto S, Martin E, Santin C, Rigon LA. The patient with heart failure. Observational study with M. Gordon's model and NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. *Scenario Anjarti* 2017;34:27-32.

Chiu MW, Abrishami P, Sadeghi P. Letter:pilonidal cyst of the scalp. *Dermatol Surgeons* ,2008, 34:1294-5.

Conroy FJ, Kandamany N, Mahaffey FJ, Laser depilation and hygiene;preventing recurrent pilonidal disease. *J plast Reconstr Aesthet Surg*, 2008, 61:1069-72.

Croissant K, & Shafi, MI. Preoperative and postoperative Ccare in gynaecology. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 2009, 19(3), 68-74.

Çağlayan K, Güngör B, Topgül K, Polat C, Çınar H, Ulusoy AN, Investigations of patient depented factors effecting complications and recurrence in pilonidal sinus disease. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2011:21:103-8.

Çalıkoglu I, Gülpınar K, Öztuna D, Elhan AH, Dogru O, Akyol C, Erkek B, Kuzu MA. Phenol injection versus excision with open healing in pilonidal disease: A Prospective Randomized Trial. *Dis Colon Rectum Randomized Trial. Dis Colon Rectum*, 2017, 60(2):161-169. doi: 10.1097/DCR.0000000000000717.

Çavuş D, Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

Çilingir N, Bayraktar N. Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2006, (69-81).

Çilingir D, Şimşek P. Ameliyat Sürecinde Uygulanan Sıvı TedavisiYöntemleri, *HSP* 2017, 4(1):50-56.

Çöçelli Pırbudak L, Bacaksız BD, Ovayolu N., Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2008;14:53-58.

Demirkıran G(2011). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2011.

Demiryaş S, Dönmez D, Could early postoperative complications be consideredas risk factor for recurrence after pilonidal sinus surgery?, 2019, <http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia.114.4.475>.

De Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg*. 2013, 150:237–247.

Doll D, Evers T, Matevossian E, Petersen S. Outcome of chronic pilonidal disease treatment after ambulatory plain midline excision and primary suture. *Am. J. Surg*. 2009; 197: 693-4.

Duman K, Özdemir Y, Sücüllü İ, Akın ML. Sakrokoksigeal pilonidal sinüsün cerrahi tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013, 22(4):486-489.

Erdil F, Elbaş NÖ, Bayraktar N, Çelik SŞ, Ünlü H. Hasta Yakınlarının Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Beklenen Yaşadıkları Duyguları ve Ameliyathane Bekleme Salonuna İlişkin Görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*.2001.

Ekim A. Planlı Taburculuk Programının Astım Programının Yönetimine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2011.

Eti Aslan F. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12:104-113.

Fawcett J. Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evolution of nursing models and theories. (2th ed.). Philadelphia: Fa Davis Company 2005; 117–437.

Fındık ÜY. *Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi Cerrahi Vaka Analizleri İle Birlikte*. İçinde: Aslan FE (editör). 2.Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017:425-454.

Ford DH, Bailey HR. *Pilonidal Disease*. In: Shackelford's surgery of the alimentary tract. Yeo, Charlefs J (eds). Elsevier Health Sciences, 2013:1833-1840.

Gholizadeh M, Delgoshaei B, Gorji H, Torani S & Janati A. Challenges in Patient Discharge Planning in The Health System of Iran :A Qualitative Study. *Global Journal Of Health Science*, 2016, 8(6), 168.

Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 12 edition. Jones and Bartlett Learning. 2010:31.

Griffin J. Nursing management of pilonidal sinus in the community. *JCN*. 2015; 29(5):52- 55.

Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2001, 40(1-2):36-39.

Harris CL, Holloway S. Development of an evidence-based protocol for care of pilonidal sinus wounds healing by secondary intent using a modified Reactive Delphi procedure. Part 2: methodology, analysis and results, *Int Wound J* 2012, 9:173–188.

Haskaraca M, Özsoy M, Erözkan AT, Sağlam İ, Önal M. Pilonidal sinus hastalığında modifiye Karydakis operasyonu; Manisa Devlet Hastanesi deneyimi. *Cer San D (J Surg Arts)* 2013, 6(1):8-13.

Humphries AE, Duncan JE. Evaluation and management of pilonidal disease. *Surg. Clin. N. Am.*, 2010, 90(1).

Hemanta P, Kumar RR. Ksharasutra therapy a minimal invasive parasurgical method in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus(nadi vrana):result of pilot study, Panigrahi Hemanta. *IJRAP*, 2012, 3(5).

İnan Şengün F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16 (2), 132-139.

İşgör A. Pilonidal hastalık. *Ankem Derg* 2011; 25(2):117-120.

Jones, D. Duffy, M.E. Fianagan, J. Foster, F. Psychometric evaluation of the functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 2012, 23 (3), 140-145.

Kanat BH, Girgin M. Pilonidal hastalıkta sıklığı artan etiyolojik faktör: Bilgisayar. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 27(1):59-61.

Karaca T, Bilgin BÇ, Yoldaş Ö, Özer S, Demirci Ç, Çelebi B, Yastı AÇ. Pilonidal sinüs hastalığında kristalize fenol uygulaması medikal tedavide ilk seçenek olabilir mi?. *S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2013, 46(1):30-36.

Karagöz İ, Limberg flep uygulanan hastalarda deri altı dikiş uygulamasının etkinliği. 4. Genel Cerrahi Kliniği. Uzmanlık Tezi İstanbul: İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi 2007.

Karayağız, F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz TT, Öngel K. Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011, 1:22- 26.

Kaya B, Uçtum Y, Şimşek A, Kutaniş R. Pilonidal sinüs tedavisinde primer kapama. Basit ve etkili bir yöntem. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2010:20(2):59-65.

Kayadibi A, Hasanoğlu A, Akkuş A. Pilonidal sinüs hastalığının meslek, yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi ile ilişkisi. *Turkish Medical Journal*, 2015,1:123-127.

Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O. What do discharged patients know about their medication. *Patient Education and Counseling* , 2005:276-282.

Khan FA, Jafar MF. Frequency of Preoperative Anxiety in Pakistani Surgical Patients. *Journal Pakistan Medical Association*. 2009; 59: 359-363.

Khanna A, Rombeou J L, Pilonidal Disease. *Clin Colon Rectal Surge*, 2011, 24(1):46-53.

Kotan C, Sönmez R. Kronik pilonidal sinüsün lateral insüzyon ile evokasyonu “Bascom Operasyonu” erken dönem sonuçlarımız. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2010, 10:118-120.

Lin SC, Cheng SJ, Shih SC, Chang WL, Chu CH, Tjung JJ. The past, present and future of discharge planning in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 2013, 7(2), 65-69.

McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007:17(4) :CD006213. PMID: 17943897.

McEwan, P. J. (2012). Cost-effectiveness analysis of education and health interventions in developing countries. *Journal of Development Effectiveness*, 4, 189–213. doi:10.1080/19439342.2011.649044.

McSherry W & Ross L, editors. *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. M&K Publishing. 2010:5.

Mollaoğlu T, Sezer M. A Numerical Approach with Residual Error Estimation for Eolution of High-order Linear Differential-difference Equations by Using Gegenbauer Polynomials. 2017; *CBÜ Fen Bil. Dergi*. 13(1)39-49.

Özer S, Karaca T, Bilgin BÇ, Demir A, Özer H, Ertaş E. Pilonidal sinüs hastalığında marsupiyalizasyon, primer onarım, limberg flep yöntemlerinin rekürrens yönünden karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2012,22(1):10-16.

Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.

Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011,4(4),153-158.

Queidat D, Rizkallah A, Dirani M, Assi TB, Shams A, Jurjus A. (2014). 25 years' experience in the management of pilonidal sinus disease. *Open Journal of Gastroenterology*, 4:1-5.

Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ. Postoperative pain-clinical implications of basic research. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2007;21(1):3-13.

Price PE, Butterworth RJ, Harding KG. Measuring quality of life in patients with granulating wounds. *Journal of Wound Care*, 1994, 3, 49–50.

Ronald EA, Gudrun L, Stefan S, Anders H. Local administration of antibiotics by gentamicin-collagen sponge does not improve wound healing or reduce recurrence rate after pilonidal excision with primary suture: A prospective randomized controlled trial. *World J Surg*, 2010;34:3042-3046

Sekmen Ü, Kara VM, Altıntoprak F, Şenol Z. Askerlerde pilonidal sinüs:insidans ve risk faktörleri analizi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2010, 26:95-8.

Stephen-Haynes J. Pilonidal sinuses: Aetiology and nursing management. *Wound Essentials*, 2008, 3: 128-133.

Sitzman KL, Eichelberger LW. Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning. 2010:1-17, SBN:978- 0-7637-7816-3.

Stewart AM, Elliot D. The psychological wellbeing of patients following excision of pilonidal sinüs. *Journal of Wound Care*, 2013, 21(12):595-600.

Şahinoğlu AH. *Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Üniteleri*. In: Şahinoğlu AH (editör). Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011:1-3.

Şenol N. Ortopedi kliniği hemşirelik rehberi. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, 2013.

Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri Ve Hasta Eğitim Süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007; 15(59), 100-106

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. *Turk J Anaesth Reanim*, 2013, 41:44-49.

Tezel E, Bostancı H, Azılı C, Kurukahvecioğlu O, Anadol Z. Pilonidal sinüs hastalığı ve tedavisine yeni bir bakış. *Marmara Medical Journal*, 2009,22(1):085-089.

Thompson MR, Senapati A, Kitchen P. Simple day-case surgery for pilonidal sinus disease. *Br J Surg.*, 2011, 98(2):198-209.

Timmons J. (2007). Diagnosis, treatment and nursing management of patients with pilonidal sinus disease. *Nursing Stand*, 21(52):48-56.

TÜİK. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması*. Ankara; 2008.

Ulus B. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Hizmet Alan Ebeveynlerin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.

Unalp HR, Derici H, Kamer E, Nazlı O, Onal MA. Lower recurrence rate for Limberg vs. V-Y flap for pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum*, 2007, 50:1436-44.

Urgancı AU, Oymacı E, Engin Ö, Akıncılar E. Pilonidal hastalık tedavisinde limberg flep tekniği ve fenol tedavisi yöntemlerinin karşılaştırılması. *Journal Of Clinical and Analytical Medicine*. 2015.

Valesco AL, Dunlap WW. Pilonidal disease and hidradenitis. *Surg Clin N Am*, 2009, 89:689–701.

Varnalidis I, Ioannidis O, Paraskevas G, Papapostolou D, Malakozis S.G, Gatzos S, Tsigkriki L, Ntoumpara M, Papadopoulou A, Makrantonakis A, Makrantonakis N. Pilonidal sinus: a comparative study of treatment methods. *J Medicine Life* 2014, 7:27-30.

Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, & Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12 (3): 204-209.

Yaman, Y. (2008). Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.

Yavuz M. (2017). Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. 4. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara. s.225-240.

Yıldırım O, Turan Ü, Ünal B, Kırmırlıoğlu V. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 15(4):299-305.

Yılmaz E. (2017). Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, s.319- 345.

Yılmazlar T, Anorektal aciller. <https://www.bto.org.tr/wp-content/uploads/2018/11/Anorektal-aciller.pdf>. 10.11.2019.

Yormaz S, Yılmaz H, Alptekin H, Ece İ, Şahin M. Pilonidal sinus of the glans penis: An unusual case. *International Journal Of Advances In Case Reports*. 2015, 2(3):136-138.

Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, Lerret S, Shiffman R. Discharge teaching, readniess for discharge, and post-discharges outcomes in parents of hospitalized children. *Journal Of Pediatric Nursing*, 2017, 34, 58-64.

EK-1. ETİK KURUL ONAYI



TEKİRDAĞ
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2018/

27.12.2018

Sayın.Doç. Dr. Neriman AKANSEL

Tekirdağ Namik Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğumuz "Pilonidal Sinüs Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Etkisi" başlıklı ve 2018.146.10.11 nolu prospektif araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza RIZLER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Baki ŞENTÜRK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sanat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namik Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tp.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Enjin Deniz RENÇBER
e- posta: edrrencber@nku.edu.tr

EK-2. İİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN OLAYI



T.C
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TEKİRDAĞ
BİLGİ İZİN BELGESİ FORMU EKİBİME
08-11/2018 36.17 / 2018/463-144/478



88632472332

Sayı : 93966460-044
Konu : Araştırma İzin Talebi/Naciye
ERCAN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Naciye ERCAN'ın 13/11/2018 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile, Müdürlüğümüze bağlı Çorlu İlçe Devlet Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan, Bahkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, Naciye ERCAN tarafından "Pilonidal Sinüs Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örneklere Etkisi" isimli tez çalışmasına ait anketi 01/12/2018 - 01/04/2019 tarihleri arasında 4 (dört) ay süre ile Çorlu İlçe Devlet Hastanesinde Pilonidal Sinüs ameliyatı geçiren ve "Kapalı Bırakma" tekniği uygulanan hastalar arasından rastgele yöntemle seçilen 60 hastaya gönüllük esasına göre uygulama talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.
Zafer SOYKIRLI
Başkan

EK:
1- Protokol Örneği (2 Sayfa)
2- Soru ve Onam Formu (12 Sayfa)

Dağıtım:
Çorlu İlçe Devlet Hastanesi Evrak Kayıt Birimi
Naciye Ercan (neyercan@hotmail.com)

100. Yıl Hüseyn Muncuoğlu Caddesi No:37 Süleymanpaşa/Tekirdağ
Faks No:0 (282)2634944
e-Posta:ilknur.ozdemir@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.tekirdagism.saglik.gov.tr

Bilgi için:İlknur ÖZDEMİR
Unvan:EBE

Telefon No:0(282)2582258/8896

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 432444-118-4a0b-b441-507c85de63d0 kodu ile eri ebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(DENEY GRUBU)

Araştırmacı: Naciye Ercan

Araştırmanın Amacı:Bu çalışmanın amacı, Pilonidal Sinüs (Kıl dönmesi) ameliyatı geçiren, hastalara verilen taburculuk eğitiminin sağlık fonksiyonlarına olan etkisini değerlendirmektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Kıl dönmesi ameliyatı sonrası, taburcu olmadan önce hastalara, 15 soruluk “Demografik Veri Toplama” formu uygulanacaktır. Bu form sonrasında, ameliyat sonrasındaki sürecin daha kolay ve sizin için konforlu geçmesini sağlamak amacıyla hazırlanan eğitim yapılacaktır. Eğitim süresi yaklaşık 20-25 dakikadır. Eğitim sırasında, evde de faydalanmanız amacıyla broşür verilecektir. Taburculuk sonrası 1. 7. ve 14. günlerde iletişim için bırakılan numaradan hasta telefonla aranacaktır. Telefonla bu günlerde yapılan görüşmeler esnasında hastaya 32 soruluk bir anket uygulanacaktır. Bu anket hastanın ameliyat sonrasında ne gibi şikayetleri olduğunu, şikayetlerdeki değişimi ve taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğini öğrenmek amacıyla yapılacaktır. Telefonla görüşme süresi ortalama 15 dakika olacaktır.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırma sırasında, karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk mevcut değildir.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Araştırma sürecinde herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Naciye ERCAN (Çorlu Devlet Hastanesi-Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi)

GSM: 0534 923 84 60

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Gönüllünün İmzası / Tarih:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

EK-4.GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(KONTROL GRUBU)

Araştırmacı: Naciye Ercan

Araştırmanın Amacı:Bu çalışmanın amacı, Pilonidal Sinüs (Kıl dönmesi) ameliyatı geçiren, hastalara verilen taburculuk eğitiminin sağlık fonksiyonlarına olan etkisini değerlendirmektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Kıl dönmesi ameliyatı sonrası, taburcu olmadan önce hastalara, 15 soruluk "Demografik Veri Toplama" formu uygulanacaktır. Taburculuk sonrası 1. 7. ve 14. günlerde iletişim için bırakılan numaradan hasta telefonla aranacaktır. Telefonla bu günlerde yapılan görüşmeler esnasında hastaya 32 soruluk bir anket uygulanacaktır. Bu anket hastanın ameliyat sonrasında ne gibi şikayetleri olduğunu ve şikayetlerdeki değişim durumunu öğrenmek amacıyla yapılacaktır. Telefonla görüşme süresi ortalama 15 dakika olacaktır.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırma sırasında, karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk mevcut değildir.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Araştırma sürecinde herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Naciye ERCAN (Çorlu Devlet Hastanesi-Koronar Yoğun Bakım Hemşiresi)

GSM: 0534 923 84 60

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası / Tarih:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

EK-5. KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU

VERİ TOPLAMA FORMU


1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek
3. Medeni durumunuz: 1. Evli 2.Bekar 3.Diğer (ayrı, boşanmış)
4. Mesleğiniz:
 1. Aylıklı çalışan 2. Serbest meslek 3. Öğrenci
 4. İşsiz 5. Emekli 6. Diğer.....
5. Aylık geliriniz: 1. İyi 2.Orta 3.Kötü
6. Eğitim durumunuz: 1. Okur yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Önlisans/ lisans
7. Yaşadığınız yer: 1.Kasaba/mahalle 2.İlçe 3.İl merkezi
8. Boyunuz:..... cm Kilonuz:.....kg
9. İşiniz uzun süreli oturmanızı gerektirecek nitelikte mi? 1. Evet 2. Hayır
10. Sıkı iç çamaşırı ya da pantolon giyme alışkanlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
11. Şikayetleriniz ilk olarak ne zaman başladı?..... gün/ay önce
12. Genel olarak beslenme şekliniz:
 1. Karbonhidrat ağırlıklı (ekmek, makarna, şekerli gıdalar...)
 2. Protein ağırlıklı (tavuk, kırmızı et, peynir yoğurt...)
 3. Lifli gıda ağırlıklı (yulaf, buğday ekmeği, üzüm, ceviz...)
 4. Hazır gıda (hazır, işlenmiş yiyecekler, hamburger, pizza, asitli içecekler...)
13. Alışkanlıklarınız :
 1. Sigara 1. Var 2.Yok adet / gün
 2. Alkol 1. Var 2.Yok kadeh / gün
 3. Çay 1. Var 2.Yok bardak / gün
 4. Kahve 1.Var 2.Yok fincan / gün
- 14.Sürekli ilaç kullandığınız bir hastalığınız var mı?
 1. Evet 2. Hayır
- 15.Ailenizde kıl dönmesi hastalığı olan bir yakınınız var mı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum
- 16.Ameliyatta kullanılan anestezi türü nedir? 1.Genel 2.Spinal /Epidural 3. Lokal
- 17.Ameliyat sonrası hastanede kalış süreniz ?..... gün

Size ulaşabileceğimiz telefon numaranız:.....

EK-6.HASTA EĞİTİM BROŞÜRÜ

RGL ve İLİŞKİLER

10-14 gün içerisinde bulaşıcıdır, normal halinde ve okuluunuza beklemenizi özel bir Anestezi yoksa dönerbilirsiniz.



GİNSELİK ve ÜREME

Cinsel yaşamınıza kendinizi hazır hissettiğinizde dönerbilirsiniz.

BASETME ve STRES

Bu sürecin geçici olduğunu, hekiminizle anlaşarak dikkat ederek iyileşme sürecinin daha rahat geçecek şekilde unutmayınız.

DEĞER ve İNANÇLAR

Dininizi sürdürürebilirsiniz. Yarıyı geçecek bireyler dışında herhangi bir kısıtlamaya gerek yoktur.


KAYNAÇÇA

- 1. Hekimimiz Akdemir Elvanlı, Ankara Çankaya Çarşıları Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıdır.
- 2. Hekimimiz Çiğdem Akın, Ankara Çankaya Çarşıları Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıdır.
- 3. Hekimimiz Dr. Ayhan Çiğdem Akın, Ankara Çankaya Çarşıları Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıdır.
- 4. Hekimimiz Dr. Ayhan Çiğdem Akın, Ankara Çankaya Çarşıları Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıdır.
- 5. Hekimimiz Dr. Ayhan Çiğdem Akın, Ankara Çankaya Çarşıları Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıdır.

HAZIRLAYANLAR

- Doç. Dr. Nefestan Akın, Uludağ Üniversitesi Çayırhan Hastanesi
- Naciye Ercan, Çankaya Devlet Hastanesi - Hemşire

PRİMER KAPATMA YÖNTEMİYLE KIL DÖNME Sİ AMELİYATI GEÇİREN BİREYLERİN DİKKAT ETMESİ GEREKENLER



BAĞIR YÖNETİMİ

- Ameliattan sonra sıkı kıyafetler giymemeye özen gösteriniz.
- Hekiminizin özel bir önerisi yoksa 1-2 gün sonra dış alabilirsiniz.
- Ameliyat bölgesinde ağırlık taşıyamazsınız.
- Yara yakası 10-14 gün içerisinde çıkarılacaktır.

BESLENME

- Protein ağırlıklı yiyecekler tüketmeniz yararlı olacaktır. (Kırmızı et, süt, yoğurt...)
- Günlük su almanız 2-3 litre olmalıdır.

BOSALTIM

- Kabızlık önlenmelidir. Kabız olmamak için ilaç kullanılmamalıdır. (Kave, elma, yulaf, ceviz...)
- Tuvaletten sonra bölgeyi suyla temizleyip temiz bir bezle kurulanması önemlidir.
- Çamaşlarınızı sık sık değiştirmeye dikkat ediniz. Bölgenin kuru temizliğine özen gösteriniz.

AKTİVİTE EGZERSİZ

- Yarıyı geçecek egzersizlerden 1 ay boyunca uzak durmalısınız.
- Yürüyüş yapabilirsiniz.
- 10-14 gün süresince uzun araba yolculuklarından kaçınmanız önemlidir.
- Araba sürmek için en uygun zaman genellikle ameliyattan 1 hafta sonra olacaktır.

UYKU DÜZENLENME










- Birkaç gün sırt üstü yatmamaya özen gösteriniz.
- Ortopedik yatak ve orturma minderleri kullanabilirsiniz.

BİLİŞSEL AGILAMA

Hekiminizin önerdiği ağrı kesicileri kullanınız. Ağrı artarsa hekiminize başvurunuz.

KENDİNİ ALGILAMA-BENLİK

- Ağrı hissi ve bölgesel baskı sebebiyle kendinizi algılamakta zorlanabilirsiniz. Bu geçici bir durumdur. Dikkatimizi başka yöne çekecek etkinliklerle ilgilenebilirsiniz. (Kitap okuma, televizyon izleme, yürüyüş...)



EK-7.TABURCULUK SONRASI İÇİN KONTROL LİSTESİ

		1.gün	7.gün	14.gün
Sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi	<p>1. Ameliyattan bu güne kadar genel olarak kendi sağlığınızın nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok kötü Çok iyi</p> <p>2. Kendinizi genel olarak nasıl hissediyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok kötü Çok iyi</p> <p>3. Ameliyat sonrasında hangi durumlarda doktoru aramanız ya da tıbbi yardım almanız gerektiği konusunda bilgisinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yeterli değil Oldukça yeterli</p> <p>4. Bireysel hijyen (temizlik) uygulamalarınızı yaparken ne kadar zorlandınız?</p> <p>Banyo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç fazla Oldukça</p> <p>Ağız bakımı/ diş fırçalama</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç fazla Oldukça</p> <p>Ayak bakımı</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>Giyinme</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>5. Ameliyat sonrası dikkat etmeniz gereken uygulamalar konusundaki bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yeterli değil Oldukça yeterli</p>			
Beslenme ve metabolik durum	<p>6. Ameliyat sonrası dönemde beslenmenizde bir değişiklik yaptınız mı?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>7. Beslenmede hangi yiyecekleri yemeniz/ yememeniz gerektiği konusunda ne kadar zorlandınız?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç fazla Oldukça</p>			

	<p>8. Bir günde içtiğiniz su miktarı nedir? su bardağı</p> <p>9. Günde düzenli olarak 3 öğün yemek yediniz mi? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>10. Beslenmenizde hangi yiyecek grubunu en fazla tükettiniz? <input type="checkbox"/> 1. Karbonhidratlar (ekmek, makarna, hamur işleri....) <input type="checkbox"/> 2. Sıvılar (su, meyve suyu,.....) <input type="checkbox"/> 3. Lifli gıdalar <input type="checkbox"/> 4. Sebze/ meyveler <input type="checkbox"/> 5. Protein ağırlıklı besinler (et, süt,...)</p>			
Boşaltım	<p>11. Ameliyattan sonra kabızlık yaşadınız mı? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>12. Ameliyattan sonra hiç ishal oldunuz mu? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>13. Ameliyattan sonra büyük tuvaletinizi yaparken ağrı/ rahatsızlık yaşadınız mı? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>14. Tuvalet temizliğinde nelere dikkat etmeniz gerektiğini biliyor muydunuz? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p> <p>15. Tuvaletten sonra temizliğinizde ne kadar güçlük yaşadınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Aktivite ve egzersiz	<p>16. Ameliyattan sonra ne kadar yorgunluk yaşadınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>17. Ameliyat normalde yaptığımız hareketlerinizi ne kadar etkiledi? Oturma-kalkma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>Yürüme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>Merdiven inme çıkma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>Toplu taşıma araçlarına binme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>Kendi aracınızı sürme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Uyku dinlenme	<p>18. Hangi pozisyonda uymanız gerektiği konusunda ne kadar endişe yaşadınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>19. Uyku düzeninizde bir değişiklik oldu mu? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Bilişsel/ algılama	<p>20. Şu anki ağrınızı ifade eden rakam nedir? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>			

	<p>Ağrı yok Dayanılmaz ağrı</p> <p>21. Ağrınızı gidermek için yaptığınız bir uygulama var mı? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır</p>			
Kendini algılama ve benlik	<p>22. Ameliyattan sonra kendinizi ne kadar güçsüz hissettiniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Rol ve ilişkiler	<p>23. Ameliyatınız aile içindeki sorumluluklarınızı (roller) ne kadar etkiledi? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça Fazla</p> <p>24. Aile/ arkadaşlarla iletişiminiz ne kadar etkilendi? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>25. Karşı cinsle (eş/ kız -erkek arkadaş) ilişkilerinizde etkilenme ne ölçüde oldu? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>26. İşe/ okula tekrar başlamakta güçlük yaşadınız mı? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>27. Sağlık sorununuzu başkalarına anlatma konusunda ne kadar sıkıntı yaşadınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Cinsellik ve üreme	<p>28. Ameliyat sonrası dönemde kendi bedeninizi algılamanızla ilgili bir olumsuzluk yaşadınız mı? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p> <p>29. Cinsel yaşantınız ne ölçüde etkilendi? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Beş etme ve stres	<p>30. Ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarda kullandığınız baş etme yöntemleri ne ölçüde etkili oldu? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			
Değer ve inançlar	<p>31. Bu süreçte dini inanç/ uygulamalarınızı gerçekleştirmede ne ölçüde zorlandınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Oldukça fazla</p>			

EK-8. POWERPOİNT SUNUMU

PRİMER KAPATMA YÖNEMİYLE KİL DÖNMEŞİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARA TABURCULUK EĞİTİMİ



HEKİMİNİZİN
DİKKATİNE SUNULAN
DOKÜMANI
KULLANINIZ
KIL DÖNMEŞİ AMELİYATI
KIL DÖNMEŞİ AMELİYATI
KIL DÖNMEŞİ AMELİYATI

SAGLIK YÖNETİMİ

- Ameliyat bölgenizin ıslak kalmaması çok önemlidir.
- Ameliyattan sonra sıkı giysiler giymemeye özen gösterilmelidir. Sentetik çamaşır yerine pamuklu çamaşır tercih edilmesi önemlidir.
- Hekiminizin özel bir önerisi yoksa 1-2 gün sonra duş alınabilir.

SAGLIK YÖNETİMİ(DEVAMI)

- Ameliyat bölgesinde, şişlik, kızamık, sıcaklık artışı ve akıntı olduğunda hekime başvurulmalıdır.
- Yara yaklaşık olarak 10-14 günde iyileşecektir.
- Hekiminin reçete ettiği ilaçları düzenli kullanmaya özen gösterilmelidir.



BESLENME

- Günlük sıvı alımı (tununla ilgili bir engel yoksa) 2-3 litre olmalıdır.
- Protein ağırlıklı yiyecekler tüketmeniz yara iyileşmesi için önemlidir. (kızamık eti, süt, yoğurt...)



BOŞALTIM



- Kabız ve ishal olmamasına dikkat etmelisiniz. Kabız olmamak için lifli besinler tüketebilirsiniz. (Kıyısı, elma, yulaf, çavdar, portakal, muz, soya fasulyesi...)
- Tuvaletten sonra bölgeyi suyla temizleyip, temiz bir bezle kurulamanız önemlidir.
- Çamaşırınızı sık sık değiştirmeye dikkat ediniz. Bölgenin kıl temizliğine özen gösteriniz.

BOŞALTIM(DEVAMI)

- Gaita(dışık) yumuşatıcılar hekime danışılarak kullanılabilir.
- Alafranga tuvalet kullanmak daha rahat olacaktır.
- Ameliyat bölgesinin kuru tutulması önemlidir. Bu sebeple iç çamaşırınızı sık sık değiştirmelidir.
- Bölgenin kıl temizliğine dikkat edilmelidir. Epilasyon yapılarak daha etkin bir temizlik sağlanabilir. Epilasyon imkanı yoksa, tıy doküca krem kullanılabilir.

AKTİVİTE-EGZERSİZ



- Yarayı gerçek egzersizlerden 1 ay boyunca uzak durmalısınız.
- Yürüyüş yapabilirsiniz.
- 10-14 gün süresince uzun araç yolculuklarından kaçınmanız önemlidir.
- İlk 14-48 saat araba sürmemeye özen gösterilmelidir. Araba sürmek için en uygun zaman genellikle ameliyattan 1 hafta sonra olacaktır.



AKTİVİTE-EGZERSİZ(DEVAMI)

- Taburculuk sonrası ilk birkaç gün sırtüstü yatılmalıdır.
- İlk birkaç gün içinde hareketler biraz yavaş olacaktır. Oturup kalkmak eğilimli olacaktır.
- Ağır nesneleri kaldırmamaya dikkat edilmelidir.
- Merdiven inip çıkarken ilk bir hafta dikkati olunmalıdır.



UYKU-DİNLENME

- Birkaç gün sırt üstü yatınmaya özen gösterilmelidir.
- Ortopedik yatak ve oturma munderleri kullanılabilir.



BİLİŞSEL ALGILAMA

- Ağrı varlığında, ilgi dağıtıcı etkinliklerle uğraşılabilir.
- Hekimin önerdiği ağrı kesiciler kullanılmalıdır.



KENDİNİ ALGILAMA-BENLİK



- Ağrı hissi ve bölgedeki koku sebebiyle kendinizi algılamada değişiklik hissedebilirsiniz. Bu geçici bir durumdur. Dikkatinizi başka yöne çekici etkinliklerle ilgilenebilirsiniz. (Kitap okuma, televizyon izleme, yürüyüş...)
- Biraz rahatsızlık hissi beklenen bir durumdur.

ROL ve İLİŞKİLER

- 10-14 gün sonrasında ev işlerine, iş yaşamına ve okula, hekimin özel bir önerisi yoksa dönülebilir.
- İlk 2 hafta yarayı germeyecek, ağırlık yüklemeyecek ev işlerini yapmanızda herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.



CİNSELLİK ve ÜREME



Cinsel yaşama, hazır hissedildiğinde dönülebilir.

BAŞETME ve STRES



- Bu sürecin geçici olduğunu , hekimimizin önerilerine dikkat ederek iyileşme sürecinin daha rahat geçeceğini unutmayınız.
- Yara yerinde beklenmeyen bir akıntı varlığında, hekime başvurulmalıdır.
- Ameliyat bölgesinde (özellikle harekete bağlı olarak) çok az kanama görülebilir. Bu normaldir. Kanamanın aşırı olması halinde hekime başvurulmalıdır.

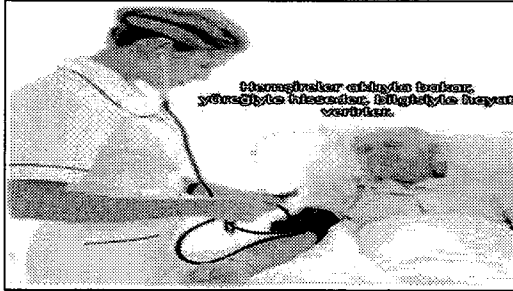
DEĞER ve İNANÇLAR

İbadet edilmesinde bir sakınca yoktur. Yarayı gerecek bir eylem dışında herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır.



KAYNAKÇA:

- Karadağvan Ayfer, Eri Aslan Fatma, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademi Kitabevi, 2014.
- Jeselnicks I, Omner A, Petersen S, Dell D, Herold A, German national guideline on the management of pilonidal disease, Langenbecks Arch Surg. 10.1007/s00423-1463-7
- Aşkın T, Yılmaz E, Baydur H, Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;23:47-57
- Çaylayan K, Güngör B, Çınar H, Topgöl K, Kesicioğlu T, Polat C, Arslan N, Pilonidal sinüs hastalığında ameliyat yöntemlerinin komplikasyon ve hastaların yaşam kalitelerine etkisi, Ulusal Cerrahi
- Stewart AM, Baker JD, Elliott D. The effects of a sacrococcygeal pilonidal sinus wound on activities of living: thematic analysis of participant interviews, Journal of Clinical Nursing, 20, 3174-3182.



EK-9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Naciye Ercan
Doğum tarihi	: 09.10.1994
Doğum yeri	: Balıkesir
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Zafer Mahallesi, Bülent Ecevit Bulvarı, No:33, Çorlu Devlet Hastanesi, Tekirdağ, 59000
Tel	: 0534 923 84 60 - 0282 693 33 00
Faks	: 0282 652 60 73
E-mail	: nevercan@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Balıkesir Lisesi (2012)
Lisans	: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2012-2016)
Yüksek lisans	: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2016- halen)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Yökdil:41.25, Mart 2019
ÇALIŞMA DURUMU	
	: Çorlu Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (2017- halen)

