

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI ve HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ UYGULANAN
HASTALARA VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN
ETKİNLİĞİNİN VE HASTA MEMNUNİYETİNİN
TELEKONFERANS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba YANIK DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Elif KARAHAN

ZONGULDAK
2022

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI ve HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ UYGULANAN
HASTALARA VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN
ETKİNLİĞİNİN VE HASTA MEMNUNİYETİNİN
TELEKONFERANS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba YANIK DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Elif KARAHAN

ZONGULDAK
2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince, benden desteğini esirgemeyen, daima sabırla yol gösteren, tezimin her aşamasında beni yüreklendiren değerli danışman hocam Doç Dr. Elif Karahan'a,

Tez çalışmamı yürütmeme onay veren ve uygulama aşamasında destek ve önerileri ile yardımcı olan Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Eksal Kargı'ya, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD Öğretim Üyesi Dr. Burçin Acuner'e, servis sorumlu hemşiresi Nurcan Çınar Agas'a ve Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi servisi ekibine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleri ile her zaman kendilerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Sevim Çelik ve Doç. Dr. Nurten Taşdemir'e,

Tez savunma sınavıma girip, görüş ve önerileriyle tezime katkıda bulunan, beni onurlandıran hocam Dr. Öğr. Üyesi Kevser Karacabay'a,

Hayatımın her döneminde bana destek olan canım annem Aysun Yanık'a ve babam Erol Yanık'a,

Her zaman yanımda hissettiğim ve desteklerini biran olsun esirgemeyen kardeşlerim Duygu Yanık, Gökhan Yanık'a ve Özge Yanık'a,

Bu süreçte manevi desteğini hep yanımda hissettiğim arkadaşlarım Banu Gülsoy, Mürüvvet Gürcan, Funda Zaman, Serpil Yalın'a,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi servisinde ameliyat olan, araştırmayı kabul edip katılan tüm hastalarım,

Desteğini, sevgisini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, gücüme güç katan sevgili eşim Mehmet Uğur Demir'e, motivasyon kaynağım, neşem, mutluluğum, herşeyim CANIM OĞLUM Utku Demir'e,

En içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba YANIK DEMİR

Haziran 2022, ZONGULDAK

ÖZET

Tuğba YANIK DEMİR, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi ile Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

Bu çalışma, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğini ve hasta memnuniyetini telekonferans yöntemi ile değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi servisinde Eylül 2020- Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uygulanan 60 hasta (30 deney ve 30 kontrol grubu) oluşturdu. Verilerin toplanmasında; Hasta Tanılama Formu, Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği, Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu kullanıldı. Hastalar, deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Deney grubundaki hastalara Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre hazırlanan taburculuk eğitimi ve evde bakım kitapçığı verildi, kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin taburculuk eğitimine yönelik bilgilendirmeler yapıldı. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik izin, kurumdan yazılı izin, hasta yakınlarından aydınlatılmış onam alındı. Araştırma sonuçları frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde verildi. İstatistiksel analizlerde t testi, Ki kare ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi. Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 40.67 ± 13.38 , %70.0'ının erkek, %70.0'ının yapılan operasyon 1.grup (Arter, tendon, sinir, fraktür, damar, kesi onarımı, güdük onarımı, kontraktür onarımı ve ampütasyon); kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 48.40 ± 12.66 , %73.3'ünün erkek, %63.3'ünün yapılan operasyon 1.grup (Arter, tendon, sinir, fraktür, damar, kesi onarımı, güdük onarımı, kontraktür onarımı ve ampütasyon), %73.3'ünün şimdiki ameliyatla ilgili taburcu eğitimi aldığı saptandı. Plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi ortalaması deney grubunun kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Taburculuk sonrası 7. günde deney ve kontrol grubundaki hastalarla telekonferans yöntemiyle görüşme yapılarak taburculuk eğitiminin etkinliği değerlendirildi. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen planlı taburculuk eğitiminin Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi geçiren deney grubu hastaları için evde bakım ihtiyaçlarını karşılama da daha az sorun yaşadığı ve her iki grupta sorunların giderilmesinde telekonferans yönteminin uygun olduğu tespit edildi. Telekonferans yönteminin taburculuk eğitiminin sürekliliği ve bilgi eksiklerinin giderilmesinde önemli olduğu görüldü. Hastaların taburculuk eğitime yönelik memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirlendi. Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi hastalarında taburculuk sonrası telekonferans yöntemi ile takip edilmesi, farklı örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Taburculuk Eğitimi, Telehemşirelik, Gordon, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Hasta Memnuniyeti, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

ABSTRACT

Tuğba YANIK DEMİR, Evaluation of the Efficiency and Patient Satisfaction of the Discharge Training Given to the Patients undergoing Plastic and Reconstructive Surgery by Teleconference Method, Zonguldak Bülent Ecevit University Institute of Health Sciences, Department of Surgical Diseases Nursing, Master Thesis, Zonguldak, 2022.

This study was carried out as a quasi-experimental method to evaluate the effectiveness of the discharge training given to the patients undergoing Plastic and Reconstructive Surgery and the patient satisfaction with the teleconference method. The research was carried out between September 2020 and September 2021 in the Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery service of Zonguldak Bülent Ecevit University Research and Application Center. The sample of the study consisted of 60 patients (30 experimental and 30 control groups) who underwent Plastic and Reconstructive Surgery. In the collection of data; Patient Diagnosis Form, Discharge Education Satisfaction Scale, Post Discharge Checklist Form were used. The patients were divided into two groups as experimental and control groups. The patients in the experimental group were given discharge training and a home care booklet prepared according to Gordon Functional Health Patterns, and the patients in the control group were informed about the routine discharge training in the clinic. Ethical permission, written permission from the institution, and informed consent from the patient's relatives were obtained from the Zonguldak Bülent Ecevit University Clinical Research Ethics Committee in order to conduct the study. Research results were given as frequency, percentage, mean and standard deviation. T test, Chi-square and Mann Whitney U tests were used for statistical analysis. Statistical significance was accepted as $p<0.05$. The mean age of the patients in the experimental group was 40.67 ± 13.38 years, 70.0% of them were male, 70.0% of them were operated in the 1st group (artery, tendon, nerve, fracture, vessel, incision repair, stump repair, contracture repair and amputation); The mean age of the patients in the control group was 48.40 ± 12.66 , 73.3% of them were male, 63.3% of them were operated in the 1st group (artery, tendon, nerve, fracture, vessel, incision repair, stump repair, contracture repair and amputation), 73.3%'. It was determined that the patient received discharge training about the current surgery. It was determined that the

mean of knowledge about what should be considered after plastic-reconstructive surgery was higher in the experimental group than in the control group ($p<0.05$).

On the 7th day after discharge, patients in the experimental and control groups were interviewed by teleconference and the effectiveness of the discharge training was evaluated. It was determined that the planned discharge training given according to the Functional Health Patterns had less problems in meeting the home care needs for the patients in the experimental group who had Plastic and Reconstructive surgery, and the teleconferencing method was suitable for solving the problems in both groups. It was seen that the teleconference method is important in the continuity of discharge education and in eliminating the knowledge gaps. It was determined that the patients' satisfaction with the discharge education was high. It was recommended that plastic and reconstructive surgery patients should be followed up by teleconference after discharge, and similar studies should be conducted in different sample groups.

Keywords: Discharge Education, Telenursing, Gordon, Functional Health Patterns, Patient Satisfaction, Plastic And Reconstructive Surgery

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	3
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ŞEKİL DİZİNİ	xii
TABLO DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	5
2.2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Hemşirelik Bakımı.....	6
2.2.1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. 6	
2.2.2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı... 8	
2.2.3. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı 8	
2.3. Gordon'un Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre Planlanan Taburculuk Eğitimi.....	10
2.4. Tele-sağlık ve Tele-hemşirelik.....	14
2.4.1. Tele Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan İletişim Yöntemleri	16
2.5. Hasta Memnuniyeti	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni	19
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	21
3.5.1. Hasta Tanılama Formu.....	21
3.5.2. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği	21
3.5.3. Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu.....	22

3.6. Eğitim Broşürü	22
3.7. Veri Toplama Süreci	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
4.1. Hastaların Demografik Bilgilere İlişkin Bulgularının İncelenmesi	26
4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Hastaların Demografik Bilgilere İlişkin Bulgularının İncelenmesi	28
4.3. Sağlığı Algılama, Sağlığın Yönetimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	31
4.4. Beslenme, Metabolik Durumuna İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	32
4.5. Boşaltım Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi.....	33
4.6. Aktivite, Egzersiz Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi ..	34
4.7. Uyku ve Dinlenme Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi.	35
4.8. Bilişsel Algılama Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi ...	35
4.9. Kendini Algılama ve Benliğe İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	36
4.10. Rol ve İlişki Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	36
4.11. Cinsellik ve Üremeye İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	37
4.12. Baş Etme ve Strese İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi.....	37
4.13. Değer ve İnançlara İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	38
4.14. Eğitim Kapsamı Dışında Danışılmak İstenen Bilgilerin Gruplara Göre Bulgularının İncelenmesi	39
4.15. Taburculuk Eğitim Memnuniyetine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi	39
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER.....	69
Ek 1. Hasta Tanılama Formu	69
Ek 2. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği.....	71
Ek 3. Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu	73

Ek 4. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Sonrası Evde Bakım Kitapçığı.....	76
Ek 5. Ölçek Kullanım İzin Yazısı	80
Ek 6. Etik Kurul Onay Formu	81
Ek 7. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	82
Ek 8. Tez Çalışma İzni	83
Ek 9. Hastalar İçin Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	85
9. ÖZGEÇMİŞ	88

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	American Nursing Association
ASA	American Society of Anesthesiologists
DVT	Derin Ven Trombozu
FSÖ	Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
VAS	Görsel Analog Skalası
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ZBEÜSUAM	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

ŞEKİL DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Randomizasyon Akış Şeması.....	20
2. Veri Toplama Şeması.....	25

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Demografik Bilgilerin Dağılımı.....	27
2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması.....	29
3. Sağlığı Algılama, Sağlığın Yönetimi ile İlişkili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı.....	31
4. Beslenme, Metabolik Durumu ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı .	32
5. Boşaltım Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı.....	33
6. Aktivite, Egzersiz Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı	34
7. Uyku ve Dinlenme Biçimi ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı.....	35
8. Bilişsel Algılama Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı	35
9. Kendini Algılama ve Benlik ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı.....	36
10. Rol ve İlişki Biçimi ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı.....	36
11. Cinsellikle ve Üreme ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı	37
12. Baş Etme ve Stres ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı	38
13. Değer ve İnançlar ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı.....	38
14. Eğitim Kapsamı Dışında Danışılmak İstenen Bilgiler ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı.....	39
15. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Taburculuk Eğitim Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamasının Gruplara Göre Dağılımı.....	40

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Görümünü estetik amaçlı değiştirmek ve daha çekici kılmak ile ilgili ilk cerrahi girişimler antik çağlara kadar uzanır. Günümüzde mikrocerrahide ve çeşitli cerrahi girişim yöntemleriyle sağlanan ileri gelişmeler sonucunda plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi başlı başına bir uzmanlık alanı olmuştur. Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi insan vücudunun genellikle dışarıdan görülen hemen hemen bütün bölümlerini ilgilendirir. Doğuştan ya da sonradan oluşmuş şekil ve işlev bozukluklarının ameliyat edilmesi, açık yaraların onarılarak, kopan parçaların yerine takılması, deri ve deri altında yerleşik tümörlerin tedavisi ve her türlü güzelleştirme amaçlı ameliyatları ve tedavi uygulamalarını içerir (1, 2).

Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi birimlerine başvuran bireyler kendi görünümlerinden memnun olmak, beden parçalarında şekil ve işlev bozukluklarını yeniden şekillendirmek isteği ile başvurmaktadırlar. Ameliyat sonrası dönemde kaliteli bir bakımla, bu tedavi seçeneğinin amacına ulaşması beklenen sonuçtur. Bu nedenle cerrahi müdahale geçiren hastalara bakım vermek profesyonel hemşirelik mesleğinin bütüncül bir parçasıdır. Cerrahi hastasında bakımın amacı, ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası dönemde hastalara, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden nitelikli bir bakımla bu dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek ve kısa sürede normal yaşama dönüşü sağlamada hastaya yardım etmek ve desteklemektir (3, 4).

Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi hastalarında ameliyat sonrası hemşirelik bakımında mutlak gerekenler kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarını, yeterli beslenme ve boşaltımı ve sıvı elektrolit dengesini sürdürmek, ağrıyı yönetme, istirahati ve yara iyileşmesini sağlamak ve komplikasyonları önlemektir. Hemşire hastanın kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşması için gereksinimi olan taburculuk eğitimini vermesi ile hastanede ki süreci tamamlamaktadır. Hasta birey ve bakım verenler için evde bakım dönemine geçiş zor bir evredir. Hasta için bu sürecin daha rahat gerçekleşmesi ve yeterli bilgiye sahip olmaları ameliyat sonrası bakıma katılmaları ile mümkündür. Hastane ortamı hem stresli hem de enfeksiyonlara açık bir ortam olması nedeniyle, hastalarda herhangi bir

komplikasyon gelişmemiş ise iyileşme süreçlerini evde devam ettirmeleri hastalar için daha olumludur. Hemşireler için yeni bir çalışma ortamı da, evde bakım hizmetleridir. Evde bakım süreci, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ile birlikte çok kapsamlı bir yaklaşım gerektirir (4, 5, 6).

Planlı taburculuk eğitimi ve iyi bir danışmanlığın amacı, hastalığın neden olduğu sorunlar ile daha rahat basa çıkmaları için hastaların kendi kendine bakım davranışlarını geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Kendi kendine bakım davranışlarını geliştirene dek hastalar ve yakınlarının yardımına ihtiyaçları vardır. Bu ameliyatları takiben verilecek taburculuk eğitiminin hasta ve hasta yakınlarına belirli konu başlıklarını içeren eğitim yazılı şekilde hastaya verilmesi etkin yöntemlerden biridir. Hemşirelik sürecinin başlatılmasında, verilerin toplanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde birçok model kullanılmaktadır. Modeller arasında sık kullanılan Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)" modelidir. Bu model hastaya bütüncül yaklaşım ile ihtiyacı olan eğitim gereksinimlerinin saptanmasını sağlar. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeli, bireylerin ihtiyaçlarını 11 tane alanda ele alarak kapsamlı bakım verilmesi için yol göstericidir. Modeldeki alanlar; sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım biçimi, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama ve benlik, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üreme, baş etme ve stres, değer ve inançlar konuları kapsamaktadır. Taburculuk eğitimi hastanın hastaneye yatışı ile başlar ve evde bakım hizmetleriyle devam eder. Görsel içerikli eğitim broşürü ile eğitimin kalıcılığını sağlamaktadır. Ekip de bulunan sağlık profesyonelleri kendi alanıyla ilgili eğitim vermesiyle etkin taburculuk eğitimi gerçekleşir (6, 7, 8, 9).

Evde tedavi ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilmesi bir çok yöntemle sağlanabilir. Bunlardan biri de tele sağlık yöntemidir. Tele-sağlık gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Tele-sağlık bir çok yöntemle yapılabilmekte; kısa mesaj servisleri, akıllı telefon uygulamaları ve diğer cihazlar ile yaygınlığı artmaktadır. Mobil teknolojilerin zamanla kullanımının artması hemşirelik bakım yöntemini etkilemekte ve hemşirelik bakımının gerçekleşmesinde yarar sağlamaktadır. Bundan dolayı hemşireler, teknolojiyi yakın takip ederek kullanmalı ve bakım kalitesini geliştirmelidirler (10, 11).

Tele-hemşirelik tele-sağlık uygulamasının içinde son derece önemlidir. Tele hemşireliği'nin tanımını Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses

Association-ANA) “iletişim teknolojileri kullanarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” şeklinde tanımlamış, 1999 yılında hemşirelik uygulamalarının bir bölümü olarak kabul etmiştir. Tele-hemşirelik ile hemşire ve hasta arasında görsel-işitsel, çift yönlü iletişim başlar. Hastaların durumundaki değişmeleri tespit etmek ve yardımcı olmayı, başvurularda özellikle acil servislere girişi azaltmayı, hastanede yatış süresini kısaltmayı, ev ziyaretlerini azaltmayı, hastanın ve ailesinin bakımda aktif rol oynamasını sağlar. Hemşirelerin tele hemşirelik uygulamasında bazı konularda yeterli bilgiye ve yeteneğe sahip olması gerekir. Olumlu tutum gibi tele sağlık uygulamasını sürdürecek kişiisel özelliklere sahip olabilmeli, teknolojiyi aktif kullanabilmeli, hasta ve hasta yakınının ihtiyaçlarını belirleyebilmeli, bakımını planlama ve ihtiyaç doğrultusunda bakım planında değişiklik yapabilmelidir. Tele-sağlık ve tele-hemşirelik, coğrafi konuma bağlı zaman kaybını aşarak bakımdaki engelleri kaldırmaktadır. Tele sağlık hizmeti ile, ameliyat sonrası taburcu olan hastaların takipleri evlerinden yapılabilmektedir. Çoğu ameliyattan sonra evde bakımın sürdürülmesi için tele-sağlık hizmeti benimsenmiştir. Plastik ve estetik cerrahi girişimler de, tele-sağlık ile takip edilebilecek girişimlerdir. Literatürde yara bakımında, yüz travmasının takibinde ve yanık şiddetinin saptanmasında tele-sağlığın önemi belirtilmektedir. Akıllı telefon uygulamaları plastik cerrahi alanında adeta bir triyaj uygulaması olmaktadır. Bu alanda görsellik önemli olduğundan ameliyat sonrası takipte tele-sağlık uygulamalarına sıkça başvurulmaktadır (10, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

Taburculuk sonrası hastaların telekonferans yöntemi ile bakım sonuçları değerlendirilebilir ve evde öğrenme gereksinimleri belirlenebilir. Hemşireler telefon aracılığı ile hastaların sağlık durumlarını saptayabilir, hemşirelik girişimlerini uygulayabilir ve değerlendirmelerini kayıt edebilir. Video görüntülü danışmanlık hizmetlerinde hastaların kaygıları azalır, hastaların kendi kendine bakım davranışı için onları cesaretlendirebilir. Telefon aracılığı ile hasta ve yakınları sağlık personeline çok kolay bir şekilde ulaşabilir. Böylece kısa sürede sağlık uzmanına başvuruları gereken durumlar, mevcut sorunlar ve iyileşme sürecine yönelik danışmanlık alabilirler. Tele-sağlık hizmetlerinin kullanım amacı; hastaneye başvuru ve yatışı azaltmak, hastaların yaşam kalitelerini geliştirmek, evde bağımsız aktivitelerini devam ettirmeleri ve sağlıklı bir yaşam sürmeleri için hasta yada aile yeleri ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir. Evde bakım alanında

yenilikler getiren tele-sağlık ve telehemşirelik uygulamaları, bir çok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak literatürde plastik ve rekonstrüktif hastalarının tele-hemşirelik yöntemi ile takibinin yapıldığı çalışmalara ulaşılmamıştır (6, 18).

Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımının ve sağlık hizmetinin niteliğinin yorumlanması için bir ölçüttür. Bu memnuniyetin ölçülmesi ile yetersiz alanların ortaya çıkmasıyla, hemşirelik bakımının iyileştirilmesi ve buna yönelik eğitimlerin planlanması için sağlık profesyonellerine gerekli bilgileri göstermektedir. Sağlık kuruluşlarının da amacı haline gelen hasta memnuniyeti, hastane bakımında genel memnuniyet işaretidir. Sağlık hizmetlerinin ana öğelerinden biri hemşirelik bakımıdır. Hasta memnuniyetinin sağlanması teletıp'ın gelişmesine ve ilerlemesine önemli derecede katkıda bulunacaktır (19, 20).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğini ve hasta memnuniyetini telekonferans yöntemi ile değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

H0: Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin evde bakım gereksinimlerini karşılamada etkisi yoktur.

H0: Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti üzerine etkisi yoktur.

H1: Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin evde bakım gereksinimlerini karşılamada etkisi vardır.

H1: Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Yara tedavisinin eski kökeni, Plastik Cerrahi bölümüne dayanmaktadır. Milyonlarca yıl önceye dayanan taşların, silahların, okların ve hayvanların meydana getirdiği darbe sonucu oluşan yara sorunları ile insanlar yüzleşmek zorunda kalmıştır. Bu sorunlar, enfeksiyon, kanama, ağrı ve travma sonrası kusurun giderilmesidir. Böylece onarıcı cerrahinin ilk adımları, yara kapatılmasını göstermektedir (21).

Cerrahi, insan varlığını oluşturan organların bütününde ortaya çıkan bozuk yapısal ve işlevsel olayları durdurmak, dindirmek ya da bazı patolojik yapıları çıkararak sorunu yok etmek için uygulanan, planlı değişimler olarak değerlendirilir (22).

Plastik, bir şeyi tekrar baştan yapmak ile ilgilidir. Bu şekil verme dış görüntü olduğu kadar kusurlu bir bedensel fonksiyonun veya hastalığın giderilmesi içindir. Rekonstrüktif, yeniden oluşturma, eski haline getirmek üzere yapılan onarım manasını içermektedir (23).

Genel olarak ‘Plastik Cerrahi’ olarak bilinmekte olan bu dal; kopan parçaların yerine takılması, açık yaraların onarılması, deri ve deri altında yerleşik tümörlerin tedavisi ve her türlü güzelleştirme amaçlı ameliyatlari ve tedavi uygulamalarını içerir. Bu cerrahi girişimler fiziksel olarak bir risk teşkil edebileceğinden kişileri biyopsikososyal yönüyle değerlendirmek önemlidir (24).

Plastik cerrahi ameliyatlarının çoğu el cerrahisi, rekonstrüktif mikrocerrahi, maksillofasiyel cerrahi, ortognatik cerrahi, baş-boyun ve cilt tümörleri cerrahisi, doğuştan el, yüz anomalileri tedavisi, dudak-damak yarığı tedavisi, kraniofasiyel cerrahi, akut-kronik yara tedavisi, doku nakilleri (greft ve flep cerrahisi) ilgi alanına girmektedir (25).

2.2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, cerrahi girişimin olması gerektiği durumda başlayan ve hastanın ameliyathaneye transferiyle tamamlanan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (26).

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, hastaların ameliyat öncesi fizyolojik/psikolojik hazırlığı, ameliyat öncesi eğitimi, ameliyat öncesi gece hazırlığı ve ameliyat günü hazırlığı şeklindedir.

Fizyolojik hazırlık, ameliyat olacağı günden bir önceki geceye kadar olan dönemdir. Ameliyat olacak hastaların, tıbbi öyküsü, tüm sistemlerinin muayenesi, risk teşkil eden durumların ele alınarak gereken önlemlerin alınmasını kapsar. Hastanın ilk muayenesi yapıldıktan sonra servise yatışı ile devam eder. Kapsamlı bir anamnez ile hastanın cerrahi endikasyon durumu, allerjileri, kullandığı ilaçlar, sigara/alkol kullanım durumu, antikoagülan özellikteki ilacı, daha önceki ameliyat deneyimi değerlendirilmelidir (27).

Kapsamlı bir fizyolojik hazırlıkta bazı sistemlerin değerlendirilmesi içerir. Bunlar; kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, üriner sistem, sinir sistemi, gastrointestinal sistem, endokrin ve metabolizma, kas ve iskelet sistemi, hematolojik sistem, beslenme durumu, immün fonksiyon durumunun değerlendirilmesidir (22).

Ameliyat öncesi dönemde psikososyal hazırlık mutlak derecede önemlidir. Ameliyatı bekleyen hasta ve hasta yakınlarında bazı duygusal reaksiyonlar meydana gelir. Anksiyete, kaygı gibi en sık karşılaşılan duygu durumudur. Ameliyat öncesi dönemde bulunan hastalara, hemşireler tarafından psikolojik destek için gereken tedbirlerin alınması ve eğitim gereksinimlerine yönelik eğitimin verilmesi önemlidir. Bazı araştırmalar ameliyat sonrası anksiyetesi azalan hastanın, ameliyatta verilen anestezi maddeye daha az ihtiyacı olduğu, ameliyat sonrası analjezik ihtiyacının azaldığı, vital bulgularının kısa sürede düzenlendiği, hızla iyileşme ve erken taburcu olduklarını belirtmektedir. Özyeterlilik duygularının sağlanması için hastalar bire bir cerrahi öncesi ve sonrası aktif rol oynamalıdır (26, 28, 29).

Cerrahi uygulanacak bireyler, hastane yatışı, ameliyat öncesi ve sonrası genel durumu ile ilgili, verilecek tedaviler, kendi bakımında bağımsız olma zamanı, sağlığına kavuşma, iş hayatı vb. gibi konularda anksiyete ve korkuya

kapılmaktadırlar. Otonom sinir sistemi aktivitesinde artışa neden olan durumlar anksiyete, korku ve duygusal gerginliktir. Özellikle hastaların kaygı duyduğu olaylar, iyileşmeyide etkileyen hastane ortamı, anestezi ve ameliyatı kapsar. Bu nedenle ameliyat öncesi plastik ve rekonstrüktif cerrahisinde verilecek hasta eğitimi cerrahi süreçte hasta bakımında anahtar bir hemşirelik faaliyetidir. Ameliyat öncesi, hastanın cerrahi süreci bilmesi onun fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi olmasını sağlamaktadır. Hasta bakım sonuçlarının olumlu olması hastanın eğitim ihtiyacının karşılandığının bir göstergesidir (30, 31, 32).

Günümüzde kanıta dayalı uygulamalar, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hemşirelik bakımı için yol göstericidir. Hasta eğitimi, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları arasında en önemlilerinden biridir. Olumlu hasta sonuçları için, yapılacak eğitimin hastanın gereksinimine uygun ve planlı olması oldukça önem kazanmaktadır. Ameliyat kararı verilen hastanın, hasta eğitimi hastaneye yatışı ile başlar ve taburcu olduktan sonra evde de ve hatta poliklinik kontrollerinde de devam etmelidir. Ameliyat olmak, hastalar da büyük bir stres oluşturmaktadır. Karşılıklı bilgi alışverişi, hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliğinin giderilmesi ile hastanın anksiyetesi azaltılabilmektedir (31, 33).

Ameliyat öncesi hasta eğitimi, bireyin özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun, cerrahi süreçte ona rehberlik edecek şekilde bilmesi gereken konulardan oluşmalıdır. Eğitim içeriğinde, hastadan alınan öykü ile birlikte hastanın geçirdiği ameliyatlara, allerji öyküsü, ailesel hastalıklar, kronik hastalıklar, sürekli kullandığı ilaçlar değerlendirilmelidir. Ameliyata hazırlık için yapılacak testler hakkında bilgilendirme, antiembolik çorap kullanımı, derin solunum ve öksürme egzersizleri, ameliyat sonrası kişisel bakımı, ağrı takibi, tedaviler, elevasyona alınacak yara yeri, beslenme rejimi ve mobilizasyonu hakkında bilgiler içermelidir. Pulmoner emboli ya da derin ven trombozuna neden olacak faktörler belirlenir. Ve böylece hastaya uygun antiembolik çorap ve Rom egzersizleri hakkında bilgi verilir. Derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yapılması, solunum komplikasyonlarını engeller. Ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın dolaşımı artırır daha düzenli solunum kapasitesi sağlar. Ağrısı olduğunda gerekli ilaç uygulaması yapılacağı, yemek yemeğe ne zaman başlayacağı ve tedavileri hasta eğitimi içerisinde yer almalıdır (22, 31).

Hastaların ameliyattan önceki gece hazırlığında yapılması gerekenler, cilt hazırlığının yapılması, 6 saatlik aç kalmanın sağlanması, gastrointestinal hazırlığının

yapılması, anestezi hazırlığının yapılması, antimikrobiyal profilaksi, istirahat ve uykunun sağlanmasıdır.

Ameliyat günü hazırlığında hemşireler hasta ameliyata gitmeden önce, bileklik kontrolü ve güvenli cerrahi formunu tamamlamalıdır. Vital bulguları kayıt altına alınmalı, kadın hastalarda makyajı ve tırnaklarında oje varsa silinmesi sağlanmalıdır. Yine hastanın takıları, takma dişi, gözlük ve protezleri çıkarılarak güvenliği sağlanmalıdır. Doktor isteminde varsa uygun premedikasyon ve profilaktik antibiyotik uygulanır. Ameliyat önlüğünü giymeden tüm kıyafetlerini çıkarması gerektiği anlatılır ve hastanın bonesi ile önlüğünü giydiğinde hasta sedyeye alınarak ameliyathaneye transferi sağlanır (34, 35, 36, 37, 38).

2.2.2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sırası dönem hastanın ameliyathaneye transferi ile başlar, anestezi işlemleri ile devam eder bireyin ayılma odasına oradan da servise veya yoğun bakım ünitesine alınmasına kadar devam eder (39).

Bireyin ameliyathanede bulunduğu süre zarfında bakımından sorumlu olan ameliyathane hemşiresi etkin bir hemşirelik bakımı ile hastanın gereksinimlerini karşılamalıdır. Sağlık ekibi ile hasta bakımının devamlılığı için işbirliği yapmalıdır. Fizyolojik ve psikolojik destek sağlayarak güvenli çevre meydana getirmek ve en kısa zamanda ameliyat sonrası transferinden sorumludur (40).

2.2.3. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası dönem, genel olarak hastanede bulundukları süre zarfında, özbakım gereksinimlerini karşılayamadığı, hastanede iyileşmelerinin ve temel ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelerin vereceği bakıma bağlı olduğu önemli bir dönemdir (22).

Ameliyat sonrası klinikte bakım,

- Hastanın vital bulguları ölçülür,
- Solunum sayısı değerlendirilir gerekirse doktor istemine uygun oksijen tedavisi başlanır,
- Oryantasyon ve bilinç durumu değerlendirilir,
- Cildin nemi ve ısısına bakılır,

- Yapılan cerrahi bölgenin kanama kontrolü varsa drenajı takip edilir,
- Hastanın ağrı şiddeti değerlendirilir ve istemde olan analjezikler uygulanır,
- Elevasyona alınacak ekstremitte bölgesi varsa elevasyona alınarak hastaya ve ailesine bilgi verilir,
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri için hasta cesaretlendirilir,
- Mobilizasyon olacağı zaman ve beslenme durumu hakkında bilgi verilir,
- İstem yapılan tedaviler ve IV sıvı takibi yapılarak kayıt altına alınır (38).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı; hastanın sağlığına kavuşmasını, gelişebilecek komplikasyonların engellenmesini ve belirti ve bulgularını erken farkederek buna yönelik verilecek bakımı içerir. Cerrahi sonrası gelişebilecek sorunlar düşük derecede yan etkilere, önemli komplikasyonlara ve hatta ölüme bile neden olabilir. Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan sorunlar; solunum sistemi sorunları, dolaşım sistemi sorunları, üriner sistem sorunları, gastrointestinal sistem sorunları, yara iyileşme sorunları, vücut sıcaklığının düzenlenmesine ilişkin sorunlar, nörolojik sorunlar ve ağrı yönelik sorunlardır. Ameliyat sonrası ortaya çıkacak bu belirti ve bulguların takibi için güncel kanıta dayalı uygulamalar ile yönetmek hemşirelik bakımının kalitesini artırır. Kanıta dayalı uygulamalar ile hemşirelik bakımının sağlanması komplikasyonların engellenmesine, nitelikli bakımın artmasına, günlük yaşam aktivitelerine geri dönüşü hızlandırmayı ve yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olacaktır (41).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyon gelişebilecek komplikasyonları engellenmesinde ve iyileşmenin çabuk olmasında mutlaklıdır. Hastanın erken ayağa kalkmasıyla pulmoner komplikasyonlar, DVT riski ve kas atrofisi engellenmiş olduğu bilinmektedir. Yara iyileşmesi için gereken bir diğeri de, hastanın yeterli dinlenmesinin sağlanmasıdır. Odanın yeterli havalanmaması, oda içinde gereksiz gürültünün olması, hastanın ağrısı olduğunu ifade etmesi iyi bir dinlenmeyi engelleyecek faktörlerdir. Sorunları ortadan kaldırarak iyi bir istirahat sağlanabilir. Emosyonel desteğe ihtiyacı olan her bireyin cerrahi sonrası uyumları için duygu ve düşüncelerine destek olunmalıdır (38, 42).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımının bir parçası da cerrahi geçiren hastaya, evdeki bakımına katkı sağlayacağı taburculuk ile ilgili gerekli bilgilerin verilmesidir. Taburcu olmuş hastalar evlerine gittiğinde kendi bakımlarını iyi bir şekilde yapabilmeleri, günlük yaşam aktivitelerine kolayca dönebilmeleri cerrahi sonrası verilecek planlı taburculuk eğitimi ile sağlanır. Bu aşamada hemşirenin verdiği

bilgiler doğrultusunda, yeniden hastaneye yatışın engellenmesi, özbakım becerlerinin artırılması, komplikasyonların erken dönemde önüne geçilmesi sağlanmaktadır (43, 44).

2.3. Gordon'un Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre Planlanan Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi hastanın hastaneye yatışı ile başlar ve evde bakım hizmetinde devam eder. Ekip de bulunan sağlık profesyonelleri kendi alanıyla ilgili eğitim vermesiyle etkin taburculuk eğitimi gerçekleşir. Hastaların iyileşmesinin sürdüğü belli bir dönemi de evde devam etmektedir. Bu sebeple kişilere, gereksinimleri olan bilgileri taburculuk öncesi başlanarak yeterli tecrübe kazanmalarına yardımcı olunması gerekmektedir. Taburculuk eğitimi yeterli ve yararlı şekilde planlanırsa, hasta bakımın niteliği artar, hastaneye ikinci defa başvuruları ve sağlık masrafları azalır, iyileştirmeye yönelik pozitif sonuçlar elde edilir (9, 45, 46, 47).

Sağlık bakımındaki yenilikler, teknolojik değişimler, yapılan ameliyat sayılarının artması ve hastane enfeksiyonları nedeniyle hastaları erken taburculuğa özendirilmektedir. Bu şekil de kişiler iyileşme döneminin devam ettiği sürenin bir kısmını da evde devam ettirmektedir. Anne-çocuk sağlığı, cerrahi öncesi ve sonrası dönemde, toplum sağlığı ve evde bakım gibi bir çok alanda hemşirelerin hasta eğitimiyle ilgili göreve sahiptirler. Taburculuk sürecinde diğer ekip üyeleri olan doktor, fizyoterapist, psikolog ve diyetisyeninde görevleri bulunmaktadır. (48, 49, 50, 51, 52).

Taburculuğuna karar verilmiş hastaya ve ailesine pansumanın en yakın sağlık kuruluşuna ve ne kadar sıklıkta yaptırması gerektiği, diyeti ile ilgili değişiklikleri, egzersizleri, enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında bilgi verilmelidir. Ateş yüksekliği olduğunda nasıl kontrol altına alabileceği, sigarayı bırakması, geceleri düzenli uyuması, kişisel bakımının önemi ve ameliyat sonrası rutin kontrolleri hakkında hastaya bilgilendirme yapılmalıdır. Evde ilaçlarını kullanım şekli, zamanı, ve oluşabilecek yan etkileri bilgisi de verilmelidir. Ameliyat bölgesini basıdan koruması için kısıtlanması gereken aktiviteler (yük kaldırma, araba kullanma, cinsel aktivite, işe başlama zamanı) anlatılmalıdır. Hastaya ve ailesine verilen bu bilgilerin kalıcılığını sağlamak önemlidir. Görsel kaynaklı eğitim broşürü eğitimin kalıcılığını

sağlamaktadır. Bu nedenle taburculuk eğitimi, broşür gibi yazılı bir materyal ile desteklenmeli ve kayıt altına alınmalıdır. (38, 42).

Taburculuk Eğitiminden Beklenen Sonuçlar;

- Uygun solunum fonksiyonunun sürdürülmesi,
- Ağrı şiddetinin azalması,
- Günlük yaşam aktivitelerinde giderek artan hareketliliğin olması,
- Yara iyileşmenin komplikasyon gözlenmeden devamının sağlanması,
- Yeterli beslenmenin sürdürülmesi,
- Barsak alışkanlığının normale dönmesi,
- Anksiyete ve stresin en aza indirgenmesidir (53).

Yapılan araştırmalarda taburculuk eğitimi alan hastaların iyileşme sürelerinin kısaldığı, bakımlarında daha aktif oldukları, anksiyete düzeyinin azaldığı gözlenmiş ve hasta memnuniyetinde pozitif etki yaratmıştır (54, 55, 56, 57).

Hemşirelik sürecinin başlatılmasında, verilerin toplanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde birçok model kullanılmaktadır. Modeller arasında sık kullanılan modellerden biri de Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)" modelidir. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Gordon tarafından 1982'de geliştirilmiştir. Fonksiyonel sağlık örüntüleri kişinin sağlıklı ve iyilik halini ifade eder. Modeldeki alanlar; sağlığı algılama - sağlık yönetimi, beslenme - metabolik durum, boşaltım biçimi, aktivite-egzersiz uyku – dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama - benlik, rol - ilişki, cinsellik - üreme, baş etme – stres ve inanç – değer gibi konuları kapsamaktadır. Bu model hemşirelik bakımını daha anlaşılır duruma getirir ve hemşirelik bakımında tüm yönleri gösteren bir araçtır. Hemşirelik bakım ve uygulamalarına klavuz olmaktadır (58, 59, 60, 61).

Gordon FSÖ'de on bir işlevsel alan kişinin ihtiyaçlarını, araştırarak çözümlenmede yardımcı olarak hemşirelik bakımını bütünüyle değerlendirmeye olanak sağlar. Kişinin ihtiyaçları belirlendikten sonra Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği "North American Nursing Diagnosis Association NANDA" aracılığı ile kabul edilen hemşirelik tanıları konulmaktadır. Karar verilen hemşirelik tanıları ile girişimler ve hasta bakım planlanması yapılmaktadır (62, 63).

Bu modeldeki alanların kapsamı şu şekildedir;

Sağlığı algılama ve sağlığın yönetimi:

Kişinin kendinin sağlıklı olma durumunu algılama ve sağlığını nasıl yönettiği anlamına gelmektedir. Bu örüntü, kişilerin fonksiyonel hali, sağlık ve iyileşme gibi faktörler ile ilgili bilgiyi ortaya çıkarmayı amaçlayan sağlık bilgilerinden oluşmaktadır (64, 65).

Beslenme şekli ve metabolik durumu:

Kişinin metabolizması ve yeme, içme, öğün şeklini içerir. Bu örüntü, bireyin beslenme şekliyle ilgili özellikleri gösteren bilgilerden oluşmaktadır (64, 65).

Boşaltım şekli:

Kişinin idrar miktarı, rengi ve kokusu, barsak boşaltım şekli ve kıvamı, terleme biçimi olarak tanımlanır. Bu örüntü bireyin barsak boşaltım sıklığı, idrara çıkma düzeni, terleme şekli ile ilgili bilgilerden oluşmaktadır (64, 65).

Aktivite ve egzersiz şekli:

Kişinin aktiviteleri, gününü nasıl geçirdiği ve yaptığı egzersizleri içerir. Bu örüntü bireyin boş zamanlarında yaptığı aktiviteler, düzenli egzersiz yapıp yapmadığı, özbakım ihtiyaçlarında ne kadar aktif olduğu ile ilgili bilgilerden oluşmaktadır (65).

Uyku ve dinlenme şekli:

Kişinin yeterli dinlenme ve uyku biçimini içerir. Bu örüntü uyku düzeni ve dinlenmenin kalitesi ile ilgili bilgilerden oluşmaktadır (65).

Bilişsel ve algısal durum:

Kişinin kendini algılama, farkında olma ve duyuşsal davranışları içerir. Bu örüntü ile bireyin duyu ve bilişsel parametreleri belirleme; iştme, tat, koklama, görme, dokunma, ağrı hissi ve düşünmeyi içeren bilgilerden oluşmaktadır (65).

Kendini algılama ve benlik kavramı:

Kişinin benlik görüşü, kişiliğine saygısı, beden imgesi ve duygu halini içerir. Bu örüntü benlik kavramı gibi bireyin kişilik özellikleri, sosyal görevlerini, benlik saygısını değerlendirmek için kendisine verdiği değer ve pozitif kişilik yapısını içeren bilgilerden oluşmaktadır (64, 65).

Rol ve ilişki:

Kişinin aile ve sosyal hayatta bulunduğu rolleri ve ilişkileri içerir. Bu örüntü aile içi olan yada oluşabilecek sorunları, rol ve ilişkilerinde etkili iletişimi engelleyen etmenlerin değerlendirilmesini içeren bilgilerden oluşmaktadır (65, 66).

Cinsellik ve üreme:

Kişinin üreme sistemi ve cinselliğe engel durumları içerir. Cinsel kaygıları belirlemek, üreme ile ilgili sıkıntıları değerlendirmeyi sağlayan bilgilerden oluşmaktadır (65, 66).

Baş etme-stres toleransı:

Kişinin stresli durumlarla başa çıkma ve idare etme yeteneğini içerir. Bu örüntü bireyin stresli durumlarda neler yaptığı ve stres miktarını belirlemeyi sağlayan bilgilerden oluşmaktadır (65).

Değer ve inanç:

Kişinin inançlarını, değerlerini ve kararlarını içerir. Bu örüntü bireyin davranışları, tutumları, hayattaki hedefleri, başatme durumu, kültürel durumu ve uygulamalarını gösteren bilgilerden oluşmaktadır (65, 66, 67).

2.4. Tele-sağlık ve Tele-hemşirelik

Günümüz bilim ışığında ilerleyen teknolojik imkanlar bilişim üzerinden hastaların sağlık problemlerine çare bulma olanağı sağlarken, uzak yerleşim yerlerinde yaşayan bir çok hasta bazı nedenlerden dolayı sağlık hizmeti alamamaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte uzaktan sağlık hizmetlerinin verilmesi kolaylaşırken, internet tabanlı bilgi aktarımının gelişmesi hasta eğitim planlarının ilerlemesine imkan tanımaktadır. Hastalara maliyeti uygun, uzaktan erişim sağlayan telesağlık bakımında kaliteyi gösteren yaşamsal bir süreci oluşturmaktadır (20, 68).

Tele-sağlık kavramı, çift yönlü görsel, işitsel ve bilgi aktarımını kullanarak sağlık hizmetini vermek, tanı ve tedavi bilgilerinin aktarımı ve eğitim amaçlı kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Tele-sağlık, sağlık profesyonellerinin vereceği bakımı daha çabuk ve verimli bir şekilde ortaya koymaya yardımcı olarak kabul edilebilir. Tele-sağlık gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Tele-sağlık bir çok yöntemle kullanılmakta, kısa mesaj servisleri, akıllı telefon uygulamaları ve diğer cihazlar ile yaygınlığı artmaktadır (10, 69, 70).

Geniş bir kavram olan tele-sağlık, tele tıp uygulamalarını da içine almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “uzaktan şifa” olarak ifade ettiği teletıpta, hastalara uzaktan hizmet verebilmek için telekomünikasyon uygulamaları ve bilgi aktarımı kullanılmaktadır. Teletıp’ın bugün kullanıldığı alanlar; rutin takip ziyaretleri, kronik hastalık yöntemi, hastane taburculuğu sonrası uzaktan bakım, koruyucu bakım desteği, okul temelli telesağlık desteği şeklindedir (71).

Plastik cerrahi ile ilgili teletıp kullanım örnekleri gün geçtikçe artmaktadır. Kullanıldığı yerler yara bakımında, yanık, yüz travması, yarık dudak/damak değerlendirmesi teletıp’ın kullanıldığı örneklerdir. Yapılan çalışmalardan birinde, yanık tedavisi yapılan hastaların takiplerinin sık ve uzun olması yada bazı nedenlerle kontrole gelemeyecek durumda ise evde takibinide akıllı telefon (WhatsApp) uygulanmış, maliyet olarak uygun ve hastalar içinde onaylanabilir bir metot olduğu

görülmüştür. Hastalar da gelişen yaraları ve deride ki doku bozukluğunun tanı-tedavisinde videolu görüntülerin ve fotoğrafların kullanılması yarar sağlamıştır. Fakat bu dijital görüntüler kaliteli ve hedefe uygun olmalıdır. Hastalar da görüntüyü uygun çekme hususunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bazı primer bakım merkezlerinde % 80 üstünde onay ile tele yara bakımı verilmektedir (72, 73, 74, 75).

Tele-tıp, postoperatif bakımda fazlaca ilgi görmüştür. Postoperatif dönemde teletıp, genel olarak hasta takibi, düzenli hasta izlemi ve hastaları yönlendirme şeklinde uygulanmıştır. Son literatüre bakıldığında, postoperatif teletıp'ın kullanılması ile olumlu klinik neticeler içermekte olup kanıtları artırmaktadır (10).

Son 10 yılda sağlık sisteminde önemli anlamda gelişme gösteren telekominikasyon uygulamaları ile kişilerin sağlık uzmanlarına erişme arzusu, mobil uygulamaları ve evde kişinin sağlık durumu hakkında bilgi edinmesini sağlayacak kadar ilerlemiş olması mühim bir etkidir. Teletıp ile ivedi gereken durumlarda uzman gerekli sağlık kurumuna yönlendirmeden tedavinin yapılabilmesi, telekonferans, telekonsültasyon yada hasta izleminin uzaktan uygulanması hem sağlık sisteminin iş yükünü azaltıp hem de sağlık harcamalarını düşürmede önemli rol oynamaktadır (76).

Tele-sağlığın bir alt boyutuda tele-hemşireliktir. Tele-hemşirelik, telekominikasyon sisteminde hemşirelik bakımını kullanarak hasta bakımını iyileştirmektir. Tele-hemşirelik, yirminci yüzyılın sonlarındaki önemli çağdaş hemşirelik bakımının başlangıcının anahtarı olduğu bir dönemdir. Mobil teknolojilerin zamanla kullanımının artması hemşirelik bakım yöntemini etkilemekte ve hemşirelik bakımının gerçekleşmesinde yarar sağlamaktadır. Bundan dolayı hemşireler, teknolojiyi yakın takip ederek kullanmalı ve hemşirelik bakımlarını geliştirmelidirler. Hemşireler, kritik yapma, kanıta dayalı uygulamaları paylaşma, tavsiyede bulunma, iletişim, tele-sağlık teknolojisi gibi kısımlarda yeterli olduklarında tele-hemşirelikte etkili olmaktadır. Tele-hemşirelikte mutlak yetkinlik için bir örgün eğitim planlanıp geliştirilebilir (11, 15, 69).

American Nursing Association (ANA)'nın "Hemşirelik Bilişim Uzmanlığı"nı olarak onaylaması ile tele-hemşirelik uygulamaları 1992 yılında ilk olarak başlamıştır. Daha sonra Hollanda, Finlandiya, Brezilya ve İsrail Hemşirelik Bilişim Uzmanlığını kabul ederek burada tele-hemşirelik uygulamaları artmıştır. Ve bir çok ülke tele hemşirelik uygulamaları için rehberler geliştirmiştir. Tam sayısı net

olmamakla birlikte Amerikan Telesaglık Birliği'ne (American Telehealth Association) üyelik oluşturan hemşire rakamı gün geçtikçe artmaktadır (18).

Tele-hemşirelik, hasta güvenliğini, coğrafi engelleri kaldırıp nitelikli bakım vermeyi ve hemşirelik bakımına daha çabuk ulaşılmasını sağlar. Cep telefonları, sms ve tüm iletişim kurulan teknolojiler tele-hemşireliğin olmazsa olmazıdır. Tele-hemşirelikte bakım uzak olmasına karşın olumlu hasta sonuçları olmaktadır. Teknolojinin kullanılabildiği her yerde tele hemşirelik yapılabilir. Bu tele-hemşirelik girişimcilerinin, hasta ve ailesinin anksiyetesini azaltmaktan, yaşamını riske sokan bulgular ortaya çıktığında hastaneye sevkine yol gösterici olmaya kadar bir çok olumlu yönleri vardır. Tele-hemşireliğin rolleri arasında, tele bakım, tele triyaj ve tele ev bakımı hemşireliği vardır. Bunlara bakıldığında, hastayı takip etme ve durumunu öğrenme, genel durumunu (kilosu, nefes darlığı, halsizlik) değerlendirmek, hastanın sağlık durumu hakkında kritik yapıp hekimi ile görüşme yaptıktan sonra bakıma yönelik farklılıklar ile ilgili bilgi verme, hasta eğitiminin devamı sağlama ve takibini yapmak gibi rolleri vardır (13, 69, 77, 78, 79).

Tele-hemşireliğin avantajları, insanların sağlık kuruluşlarına ulaşım imkanı sağlar, gereksiz hastane başvurularını azaltır, yaşamı tehdit eden bir sorun olduğunda bekleme zamanını azaltır, hemşireliğin iş yükünü azaltır. Sağlık sisteminin verilmesinde olduğu gibi tele hemşireliğin uygulanmasında da bazı zorluklar vardır. Bunlar; fiziksel muayene ile ilgili sınırlamalar, eşit şekilde hizmete ulaşamamak, yaşlı ve engellei insanlar için ekipman yetersizliği, yetki verilme standartı ve belirsizlikleri, mobil kullanımda, teknolojiye yönelik uygulamada ve eğitsel sınırlılıklar gibi sıralanabilir (11, 80, 81).

2.4.1. Tele Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan İletişim Yöntemleri

Tele sağlık uygulamalarında kullanılan yöntemler: senkron yöntemi, asenkron yöntemi ve uzaktan izlem.

Senkron yöntemi; Karşılıklı kullanıcıların aynı anda veri paylaşması ve verilerin gözden geçirilip öğrenilmesine olanak sağlayan bir yöntemdir. Yazılı olarak iletişim kuramadığımız durumlarda ortak bir paydada karar vermeyi sağlayan iletişim yöntemidir (82, 83).

Sesli veya görüntülü video konferanslar, mobil telefonlarda olan Zoom, WhatsApp gibi bazı uygulamalar üzerinden hasta eğitimi, rehabilitasyon gerektiren egzersizler, danışmanlık hizmeti ve hasta takibi yapılabilmektedir (83).

Kesintisiz internet erişimin olduğu bir ortamda, WhatsApp programı gibi akıllı telefon uygulamaları aracılığı ile görüntülü ve sesli görüşme sağlanarak telekonferans yöntemi uygulanmaktadır. İletişim ve bilgi teknolojilerinin ilerlemesiyle beraberinde telekonferans yönteminin uygulandığı konferanslar ve uzaktan öğrenim artmıştır (84).

Asenkron yöntemi: Çevrimdışı etkileşim yöntemi olup veriler dijital platformda farklı bir kullanıcıya gönderilir. Örnek olarak; telehemşirelikte yara bakım hemşiresine hastanın yara görüntülerini paylaşması (85).

Uzaktan izleme yöntemi: Sağlık profesyonellerinin farklı bir zamanda hastaya erişim sağlayarak takip etmesidir (83).

2.5. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastaya verilen sağlık hizmetinin hastanın beklentilerine ulaşması ya da hastaya verilen sağlık hizmetinin hasta tarafından kavraması olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, hastaların bakımdaki beklentileri ile verilen bakımın arasındaki ahenk olarak ifade edilmektedir (86, 87, 88).

Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımının ve sağlık hizmetinin niteliğinin yorumlanması için bir ölçüttür. Bu memnuniyetin ölçülmesi ile yetersiz alanların ortaya çıkmasıyla, hemşirelik bakımının iyileştirilmesi ve buna yönelik eğitimlerin planlanması için sağlık profesyonellerine gerekli bilgileri gösterir. Sağlık hizmetlerinin ana öğelerinden biri hemşirelik bakımıdır. Sağlık kuruluşlarının da amacı haline gelen hasta memnuniyeti, hastane bakımında genel memnuniyet işaretidir (19).

Hasta memnuniyeti, kişinin beklentilerinin yanı sıra sağlık hizmetinin veriliş şekli, hasta ile sağlık hizmetini veren kişi arasındaki iletişim, yeterli sağlık personeli ve sağlık hizmetinin durmaksızın devamı ile sağlanmaktadır. Yani hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sonrası ortaya çıkan sonuç olarak ele alınabilir. Bu

nedenle verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için, hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar devam etmektedir (89, 90).

Hasta memnuniyeti, cerrahi bakımla birlikte bir bütündür. Ameliyat sonrası bakımda, tele-tıp yada tele-hemşirelik kullanımı için buna gönüllü hastalar olmaları gerekmektedir. Literatüre bakıldığında teletıp kullanım oranında hasta istekliliği fazladır. Örneğin, hastaların önemli bir kısmı bazı cerrahi alanlar sonrası (nakil %90, genel %77 ve damar cerrahisi %90) teletıp kullanımında uzaktan istekli olduklarını ve ameliyat sonrası bakım için güven duyduklarını bildirmişlerdir. Başka bir teletıp ile ilgili sistematik derleme çalışması yapılmış ve hasta memnuniyeti ile ilgili 41 çalışma esas alınmış ve sonuç olarak hastaların teletiptan memnun kaldıklarını ortaya sürmüşlerdir. Yüksek memnuniyet düzeyi olan hastalar, sağlık hizmeti veren kişiye ve sağlık kurumuna güvenir, iyileşme döneminde daha olumlu duygu durumu geliştirir (10, 20, 91).

Ve sonuç olarak hasta memnuniyetinin sağlanması teletıp'ın gelişmesine ve ilerlemesine önemli derecede katkıda bulunacaktır (20).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin telekonferans yöntemi ile değerlendirilmesi amacı ile yapılan kontrol gruplu deneysel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma; Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (ZBEÜSUAM), Plastik- Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde Eylül 2020 - Eylül 2021 tarihleri arasında yapıldı. Plastik- Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği toplam 17 yataklı yatan hasta servsidir. Bu birimde cerrah, asistan hekim, hemşire, tıbbi sekreter ve servis personelleri çalışmaktadır. Klinikte çalışan hemşire sayısı ise 6'dır. Hemşireler aylık çalışma çizelgesine göre gündüz ve gece nöbet usulüne göre çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini, ZBEÜSUAM Plastik- Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde Eylül 2020 - Eylül 2021 tarihleri arasında yatan 60 hasta oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya dahil edilen hastalar, deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Deney ve kontrol grubu için cinsiyete göre eşit dağılım olması şartıyla bilgisayar ortamında (randomizer.org) randomizasyon yapılarak hastaların gruplara yerleştirilmesi sağlandı. Her gruba 30'ar hasta olmak üzere 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu çalışmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce hesaplandı. Araştırmada deney ve kontrol gruplarının VAS değerleri arasında istatistiksel olarak

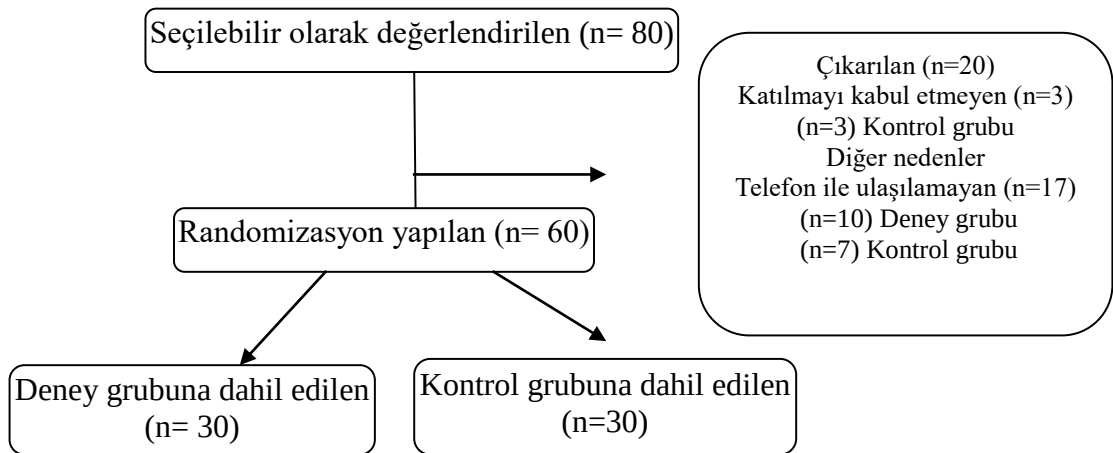
anlamli bir farklılık olup olmadığı araştırıldı. Buna göre alfa değeri 0,05 alınarak, 1.55 etki büyüklüğünde 0.99 güçte örneklem büyüklüğü her grup için 17 toplam 34 hasta olarak belirlendi. Ancak örnekleme dahil edilen hastaların araştırmaya devam edip etmeme durumları dikkate alınarak 20 hasta yedek olarak alındı, her bir grup için örneklem sayısı 40 toplam 80 olarak hesaplandı. ZBEÜSUAM’da araştırmanın başlangıcından itibaren Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi geçiren hasta ve araştırmacının ulaşılabilirdiği hasta sayısı 80’dir. 3 hasta kabul etmediği için ve 17 hasta taburcu olduktan sonra telefon ile ulaşım sağlanamadığı için örnekleme dahil edilme ölçütlerini taşıyan 60 hasta ile araştırma tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- 18 yaşından büyük olan,
- Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi uygulanmış,
- Tanımlama Formu ve ölçeklerin uygulanabilmesi için bilinci açık ve iletişim engeli olmayan,
- Akıllı telefon uygulaması olan ve ulaşılabilen tüm hastalar dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 18 yaşından küçük olan,
- Akıllı telefona sahip olmama,
- Ulaşılamayan,
- Kendi isteğiyle araştırmadan ayrılmak isteyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.



Şekil 1. Randomizasyon Akış Şeması

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak; Hasta Tanılama Formu, Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği, Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu, Eğitim Broşürü kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanılama Formu

Bu form hastaların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve yaşam tarzına ilişkin bilgileri içeren ilgili literatür doğrultusunda 19 sorudan oluşan veri toplama aracıdır. Hasta Tanılama Formu yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, gelir durumu, ikamet ettiği yer, sigara kullanımı/süresi, alkol kullanımı/süresi, kronik bir rahatsızlığının olup olmadığı, hastane yatış öyküsü, ameliyat öyküsü, evde bakım desteğinin olup olmadığı, evde bakıma yönelik kendisi ya da bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi alıp almadığı, bu taburculuk eğitimini kimlerden aldığı, plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat etmesi gerekenler hakkında bilgisini değerlendirdiği sorulardan oluşmaktadır. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi sonrasında dikkat etmesi gerekenler hastanın yara yeri enfeksiyonu, yara pansumanı, beslenme, mobilizasyon durumu, ilaç kullanımı, rutin kontrolleri hakkında genel bilgi düzeyini değerlendirdiği 0-10 arası puanlama yapılması istendi. Hastaya yapılan ameliyat ve uygulanan anestezi türü hasta dosyasından elde edildi (5, 6, 92, 93).

3.5.2. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği

Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği Meşe (2018) tarafından 21 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda taburculuk eğitime yönelik hasta memnuniyetinin ölçülmesi gereken durumlarda kullanılmaktadır. Ölçek genelinin Cronbach Alfa (α) güvenirlik katsayısı .91 olarak bulundu (9).

Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği, 5'li likert tipte ölçek olup, hiç memnun değilim (1 puan) ve tamamen memnunum (5 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum alınabilecek puan 21, alınabilecek maksimum puan 105'tir. Ölçeğin kesme noktası yoktur ve puanın artması taburculuk

eğitimi memnuniyetinin yüksek olması anlamına gelmektedir. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi geçiren hastaların taburculuk eğitimine ilişkin memnuniyetlerinin belirlenmesine yönelik yürütülen bu çalışma da ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısının 0.919 olup, güvenilir olduğu saptandı (9).

3.5.3. Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu

Bu form hastaların taburculuk sonrası sağlık durumlarını, komplikasyonlarını ve hasta bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda oluşturuldu. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık rntlerine göre 11 alanı kapsayan ve 32 sradan oluşan form evet-hayır ve 0-10 Görsel Analog Skalası (VAS) ile değerlendirildi (6, 92, 93).

Hastaneden taburcu olduktan sonraki 7.günde telefon ile görüntülü görüşme yapıldı. Görüşmede yapılandırılmış kontrol listesi formuna göre sorular soruldu. Eğer yara yeri pansumanlı değerlse yara grntsde değerlendirildi. Hastaların soruları yanıtlandı.

3.6. Eğitim Broşürü

Deney grubundaki hastalara hazırlanan taburculuk eğitim broşürünün içeriği Gordon'un Fonksiyonel Sağlık rntlerine göre ilgili literatür doğrultusunda geliştirildi. Broşür taburculuk sonrası sağlığı algılama- sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite- egzersiz, uyku-dinlenme biçimi, bilişsel- algılama biçimi, kendini algılama ve benlik, rol- ilişki biçimi, başetme ve stres, değer ve inançlar gibi 11 alanı kapsamaktadır. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi geçiren hastalar için planlanan eğitim bilgisayar ortamında hazırlandı. Plastik ve Rekonstrüktif klinik uzmanından alınan görüş doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak eğitim broşürünün son şekli oluşturuldu. Eğitim sonunda, deney grubundaki hastalara broşür olarak verildi (3, 41, 42, 94, 98).

3.7. Veri Toplama Süreci

Araştırma alınma kriterlerine uyan hastalara önce araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılarak bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü onamları alındı. Veriler, hastaların tedavi gördüğü klinikte kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi.

Deney grubu için veri toplama süreci;

Hastaların kliniğe yatışının yapılmasının ardından araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılıp yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra deney grubundaki hastaların Tanılama Formu ile ilk verileri elde edildi. Deney grubu hastalara tanılama formundan sonra, klinikte yattıkları süre içerisinde, onlar için en uygun zaman diliminde taburculuk eğitimi verildi. Eğitim hasta odasında, karşılıklı soru cevap ile birlikte 15-30dakika arasında gerçekleşti. Hasta odasında gürültü, ışık, sıcaklık, koku gibi eğitimi engelleyecek faktörler en aza indirildi. Bu eğitimde kalıcılığı sağlamak amacıyla hazırlanan *Taburculuk Eğitim Broşürü* kendilerine verildi. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örgütlerine göre ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen broşürde enfeksiyon belirti ve bulguları, yara pansumanı, ağrıya yönelik, ilaç kullanımı, beslenme şekli, boşaltım, mobilizasyon, aktivite ve egzersiz, yeterli uyku ve dinlenme, kişisel hijyen, korku ve endişeye yönelik, işe ne zaman dönebileceği, başatma ve stres, cinsellik ve üreme, değer ve inançlar konuları anlatıldı. Hastanın soruları yanıtladı. Eğitim konularının anlaşılabilirliğine yönelik geri bildirim alındı. Taburculuk eğitimi verildikten sonra, deney grubuna alınan hastalara "Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği" formu uygulandı. Hastalara hastaneden taburcu olduktan sonraki 7.günde telefon ile görüntülü görüşme yapıldı. Görüşmede yapılandırılmış kontrol listesi formuna göre sorular soruldu. Yara yeri pansumanlı değilse yara görüntüsü değerlendirildi. Hastaların soruları yanıtladı.

Kontrol grubu için veri toplama süreci;

Hastaların kliniğe yatışının yapılmasının ardından araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılıp yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra kontrol grubundaki hastaların Tanılama Formu ile ilk verileri elde edildi. Kontrol grubundaki hastalara klinikte yattıkları süre içerisinde rutin hemşirelik bakımı doğrultusunda klinik hemşireleri tarafından bilgilendirme yapıldı. Taburculuk bilgilendirmesi hastane taburculuk formu düzeninde gerçekleşti. Taburculuk bilgilendirmesi ilaç kullanımı,

diyet, evde bakım gereksinimleri, enfeksiyon belirti ve bulguları, doktora başvurusu gereken durumlar ve ihtiyacına göre ek eğitimleri kapsamaktadır. Bilgilendirme sonrası kontrol grubuna alınan hastalara “Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği” formu uygulandı. Hastalara hastaneden taburcu olduktan sonraki 7.günde telefon ile görüntülü görüşme yapıldı. Görüşmede yapılandırılmış kontrol listesi formuna göre sorular soruldu. Yara yeri pansumanlı değilse yara görüntüsü değerlendirildi. Hastaların soruları yanıtladı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testiyle test edildi. Kullanılan taburculuk eğitimi memnuniyeti ölçeği ve VAS skalalarının normal dağılım göstermediği görülmüş, nonparametrik testler kullanıldı. Yaş değişkeninin normal dağılım gösterdiği görülmüş ve parametrik test kullanıldı.

Nicel değişkenlerimizin iki bağımsız örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi ve nonparametrik için Mann Whitney U testi testi yapıldı. Verilerin analizinde niteliksel verilerin gruplara göre farklılığını görmek için Ki kare analizi yapıldı. Yapılan istatistiksel %95 güven aralığı ile analiz edilmiş ve belirlenen 0.05 alfa değeri ile anlamlılığı test edildi.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Taburculuk eğitimi memnuniyet ölçeği ve taburculuk sonrası kontrol listesi formundan alınan puan ortalamaları

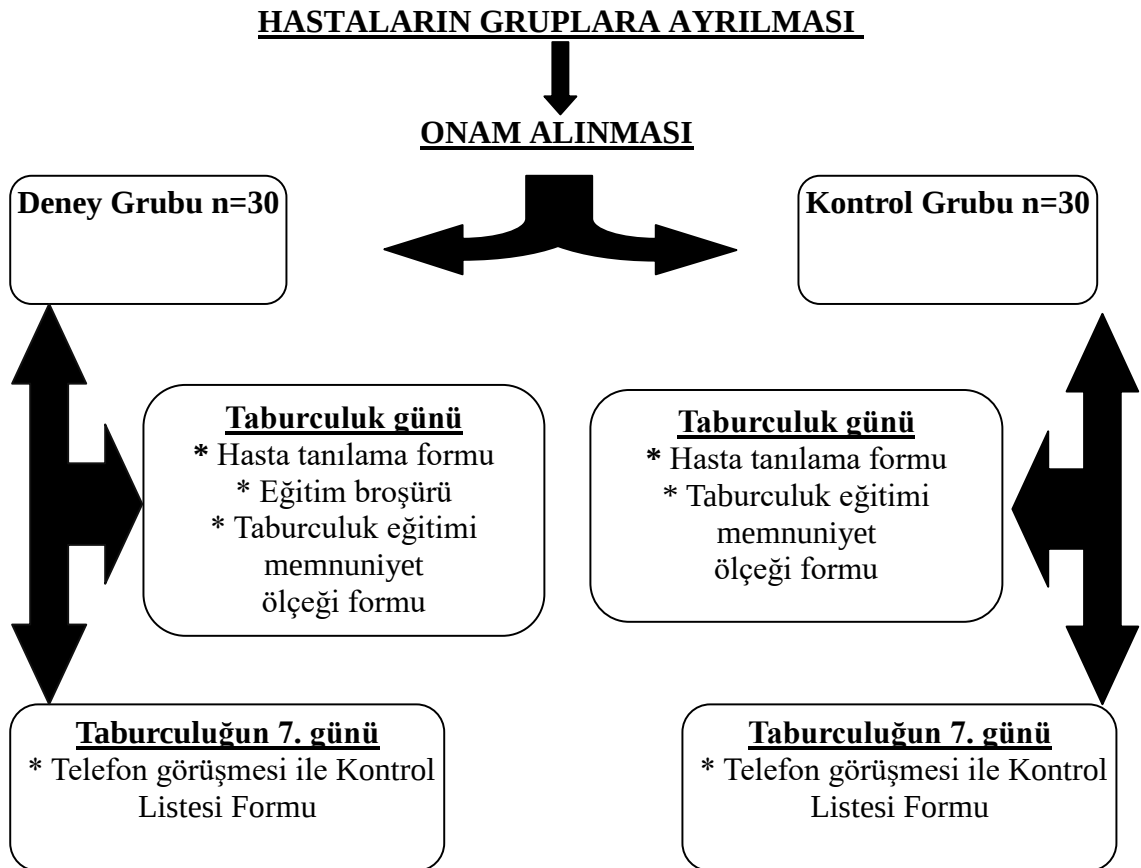
Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, eşlik eden hastalık bulunma durumu, daha önceki ameliyat deneyimi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı uygulayabilmek için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (EK.6), ZBEÜSUAM Başhekimliği'nden (EK.8) gerekli yazılı izinler alındı. Çalışmaya dahil olan tüm hastalardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile onamları alındı. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin kullanımı için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Meşe'den elektronik posta aracılığı ile (EK.5) izin alındı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma ZBEÜSUAM Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi geçiren hastalar ile yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığıdır.



Şekil 2. Veri Toplama Şeması

4. BULGULAR

Bu çalışma sonucundan elde edilen bulgular demografik bilgiler ve Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile ilişkili parametreler başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Hastaların Demografik Bilgilere İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların demografik bilgilerine göre dağılımları görülmektedir.

Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalar aşağıda verildiği gibi gruplandırılmıştır;

1. grup; Arter, tendon, sinir, fraktür, damar, kesi onarımı, güdük onarımı, kontraktür onarımı ve amputasyon
2. grup; Abse drenajı, debritleme
3. grup; Greft
4. grup; Dupuytren sendromu
5. grup; Maxilla-fasiyal travma
6. grup; Tümör, kitle, lipom eksizyonu’dur.

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Demografik Bilgilerin Dağılımı

	Sayı	%		Sayı	%
Yapılan operasyon			Daha önce hastanede yatma		
1.grup	40	66.6	Evet	22	36.9
2.grup	9	15.0	Cerrahi Girişim nedeni ile	19	31.9
3.grup	5	8.3	Medikal Tedavi nedeni ile	3	5.0
4.grup	1	1.7	Hayır	38	63.1
5.grup	1	1.7	Daha önce ameliyat olma durumu		
6.grup	4	6.7	Evet	19	31.7
Anestezi türü			Lomber Disk Hernisi	2	3.3
Genel	28	46.7	Bypass	1	1.7
Spinal/epidural	6	10.0	Apendektomi	1	1.7
Lokal	19	31.7	Ayak Bileği Artroskopisi	1	1.7
Bölgesel sinir blokları	7	11.6	Tonsillektomi	1	1.7
Cinsiyet			Septoplasti	1	1.7
Kadın	17	28.3	El Kesisi Onarımı	1	1.7
Erkek	43	71.7	Pilonidal Sinüs	1	1.7
Medeni durum			İnguinal Herni	3	5.0
Evli	47	78.3	Umbilikal Herni	1	1.7
Bekar	13	21.7	Sezaryen	3	5.0
Eğitim durumu			Tonsillektomi	1	1.7
İlkokul	30	50.0	Beyin Tümörü Ameliyatı	1	1.7
Ortaokul	7	11.7	Maksillofasiyal Fraktür	1	1.7
Lise	14	23.3	Onarmı	41	68.3
Üniversite	9	15.0	Hayır		
Meslek			Şimdiki ameliyatınızla ilgili taburculuk eğitimi verilme durumu		
Memur/işçi	19	31.6	Evet	52	86.7
Emekli	15	25.0	Hayır	8	13.3
Serbest meslek	13	21.7	Evde bakım verecek birinin olma durumu		
Evhanımı	13	21.7	Evet	57	95.0
Gelir durumu			Hayır	3	5.0
İyi	13	21.7	Evde bakıma yönelik siz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi alma durumu		
Orta	44	73.3	Evet	45	75.0
Kötü	3	5.0	Hayır	15	25.0
İkamet edilen yer			Yaş/ yıl ($\bar{X} \pm SS$)	44.53±13.49	
İl	14	23.3	Ameliyat sonrası hastanede yatış/gün($\bar{X} \pm SS$)	6.53±7.08	
İlçe	21	35.0	Plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme VAS (0-10) ($\bar{X} \pm SS$)	7.12±2.78	
Belde	6	10.0			
Köy	19	31.7			
Sigara kullanma					
Evet	29	48.3			
Hayır	31	51.7			
Alkol kullanma					
Evet	7	11.7			
Hayır	53	88.3			
Kronik hastalık varlığı					
Evet	15	25.0			
Astım, Prostat	1	1.7			
Diyabetes Mellitus	2	3.4			
Diyabetes Mellitus,	3	4.8			
Hipertansiyon	1	1.7			
Hipotiroid	5	8.3			
Hipertansiyon	1	1.7			
Romatoid Artrit	1	1.7			
Ankilozan Spondilit	1	1.7			
Akut Böbrek Yetmezliği	1	1.7			
Hayır	45	75.0			

Hastaların %66.6'sinin yapılan operasyon türünün 1.grup olduğu tespit edildi. Hastaların %46.7'sinin genel, %31.7'sinin lokal anestezi aldığı görüldü. Hastaların %71.7'sinin erkek, %28.3'ünün kadın olduğu görüldü. Hastaların %78.3'ünün evli, %21.7'sinin bekar olduğu tespit edildi. Hastaların %50.0'ının ilkokul, %23.3'ünün lise mezunu olduğu tespit edildi. Hastaların %31.6'sinin memur/işçi, %25.0'ının emekli olduğu görüldü. Hastaların %73.3'ünün orta, %21.7'sinin iyi gelir durumuna sahip olduğu belirlendi. Hastaların %35.0'ının ilçede, %31.7'sinin köyde ikamet ettiği tespit edildi. Hastaların %48.3'ünün sigara kullandığı, %11.7'sinin alkol kullandığı saptandı. Hastaların %25.0'ının kronik hastalığa sahip olduğu ve çoğunluğunun Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon hastalığının olduğu görüldü. Hastaların %36.9'unun daha önce hastanede yattığı ve %31.9'unun cerrahi girişim için , %5'inin de medikal tedavi için olduğu tespit edildi. Hastaların %31.7'sinin daha önce ameliyat olduğu ve çoğunluğunun sezaryen, herni gibi nedenler olduğu görüldü. Hastaların %86.7'sinin şimdiki ameliyatla ilgili taburcu eğitimi aldığı tespit edildi. Hastaların %95.0'ının evde bakımına destek olacak birinin olduğu saptandı. Hastaların %75.0'ının evde bakıma yönelik kendisinin ya da bakım veren kişinin taburculuk eğitimi aldığı tespit edildi. Araştırmaya katılanların 44.53±13.49 yaş ortalaması, 6.53±7.08 ameliyat sonrası hastanede yatış gün ortalaması olduğu belirlendi. Plastik-Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında hastaların dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalaması 7.12±2.78 olduğu tespit edildi.

4.2. Deney ve Kontrol Grubunda Hastaların Demografik Bilgilere İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Tablo 2'de araştırmaya kapsamına alınan hastaların gruplara göre demografik bilgilerin dağılımları görülmektedir.

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması

	Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri		Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Yapılan operasyon				Kronik hastalık varlığı			$X^2=0.800$
1.grup	19 (63.3)	21 (70.0)	$X^2=8.743$ $p=0.059$	Evet	6 (20.0)	9 (30.0)	$p=0.552$
2.grup	6 (20.0)	3 (10.0)		Hayır	24 (80.0)	21 (70.0)	
3.grup	0 (0.0)	5 (16.7)		Daha önce hastanede yatma			$X^2=0.287$
4.grup	1 (3.3)	0 (0.0)		Evet	10 (33.3)	12 (40.0)	$p=0.789$
5.grup	1 (3.3)	0 (0.0)		Hayır	20 (66.7)	18 (60.0)	
6.grup	3 (10.0)	1 (3.3)		Daha önce ameliyat olma durumu			$X^2=0.077$
Anestezi türü				Evet	9 (30.0)	10 (33.3)	$p=1.000$
Genel	15 (50.0)	13 (43.3)	$X^2=3.932$ $p=0.300$	Hayır	21 (70.0)	20 (66.7)	
Spinal/epidural	1 (3.3)	5 (16.7)		Şimdiki ameliyatınızla ilgili taburculuk eğitimi verilme durumu			$X^2=9.231$
Lokal	9 (30.0)	10 (33.3)		Evet	22 (73.3)	30 (100.0)	$p=0.005$
Bölgesel sinir blokları	5 (16.7)	2 (6.7)		Hayır	8 (26.7)	0 (0.0)	
Cinsiyet			$X^2=0.082$ $p=1.000$	Evde bakım verecek birinin olma durumu			$X^2=0.351$
Kadın	8 (26.7)	9 (30.0)	$p=1.000$	Evet	28 (93.3)	29 (96.7)	$p=1.000$
Erkek	22 (73.3)	21 (70.0)		Hayır	2 (6.7)	1 (3.3)	
Medeni durum			$X^2=0.098$ $p=1.000$	Evde bakıma yönelik siz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi alma durumu			$X^2=20.000$ $p=0.000$
Evli	24 (80.0)	23 (76.7)	$p=1.000$	Evet	15 (50.0)	30 (100.0)	$p=0.846$
Bekar	6 (20.0)	7 (23.3)		Hayır	15 (50.0)	0 (0.0)	
Eğitim durumu			$X^2=9.860$ $p=0.017$	Yaş			$t=2.300$ $p=0.025$
İlkokul	19 (63.3)	11 (36.7)	$p=0.017$	Ameliyat sonrası hastanede yatış	7.13±8.62	6.07±3.05	$U=437.00$ $p=0.846$
Ortaokul	5 (16.7)	2 (6.6)		Plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme VAS (0-10)			
Lise	5 (16.7)	9 (30.0)					
Üniversite	1 (3.3)	8 (26.7)					
Meslek			$X^2=5.935$ $p=0.109$				
Memur/İşçi	6 (20.0)	13 (43.3)	$p=0.109$				
Emekli	11 (36.7)	4 (13.3)					
Serbest meslek	7 (23.3)	6 (20.0)					
Evhanımı	6 (20.0)	7 (23.4)					
Gelir durumu			$X^2=0.613$ $p=0.817$				
İyi	6 (20.0)	7 (23.3)	$p=0.817$				
Orta	23 (76.7)	21 (70.0)					
Kötü	1 (3.3)	2 (6.7)					
İkamet edilen yer							
İl	5 (16.7)	9 (30.0)	$X^2=2.546$ $p=0.471$				
İlçe	10 (33.3)	11 (36.7)					
Belde	3 (10.0)	3 (10.0)					
Köy	12 (40.0)	7 (23.3)					
Sigara kullanma			$X^2=0.601$ $p=0.606$				
Evet	16 (53.3)	13 (43.3)	$p=0.606$				
Hayır	14 (46.7)	17 (56.7)					
Alkol kullanma			$X^2=1.456$ $p=0.424$				
Evet	2 (6.7)	5 (16.7)	$p=0.424$				
Hayır	28 (93.3)	25 (83.3)					

X^2 =Kikare, U=Mann Whitney U, t=Bağımsız örneklem t

Kontrol grubundaki hastaların %63.3'ünün yapılan operasyon 1.grup, %50.0'nin anestezi türü genel, %73.3'ünün erkek, %80.0'nin evli, %63.3'ünün ilkokul mezunu, %36.7'sinin emekli, %76.7'sinin orta gelirli, %40.0'nin ikamet yerinin köy, %53.3'ünün sigara kullandığı, %6.7'sinin alkol kullandığı, %20.0'nin kronik hastalığa sahip olduğu, %33.3'ünün daha önce hastanede yattığı, %30.0'nin daha önce ameliyat geçirdiği, %73.3'ünün şimdiki ameliyatla ilgili taburcu eğitimi aldığı, %93.3'ünün evde bakım veren birinin olduğu, %50.0'nin evde bakıma yönelik kendisinin ya da bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi aldığı, 48.40 ± 12.66 yaş ortalaması, 7.13 ± 8.62 ameliyat sonrası hastanede yatış gün ortalaması, Plastik-Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalamasının 5.93 ± 5.19 olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %70.0'nin yapılan operasyon 1.grup, %43.3'ünün anestezi türü genel, %70.0'nin erkek, %76.7'sinin evli, %36.7'sinin ilkokul, %43.3'ünün memur/işçi, %70.0'nin orta gelirli, %36.7'sinin ikamet yerinin ilçe, %43.3'ünün sigara kullandığı, %16.7'sinin alkol kullandığı, %30.0'nin kronik hastalığa sahip olduğu, %40.0'nin daha önce hastanede yattığı, %33.3'ünün daha önce ameliyat geçirdiği, tamamının şimdiki ameliyatla ilgili taburcu eğitimi aldığı, %96.7'sinin evde bakım veren birinin olduğu, tamamının evde bakıma yönelik kendisinin ya da bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi aldığı, 40.67 ± 13.38 yaş ortalaması, 6.07 ± 3.05 ameliyat sonrası hastanede yatış gün ortalaması, Plastik-Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalamasının 8.17 ± 2.04 olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar eğitim durumu, şimdiki ameliyatla ilgili taburculuk eğitimi verilme durumu, evde bakıma yönelik siz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi alma durumu, yaş, plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat etmeniz gerekenler hakkında bilgi değerlendirme hariç diğer özellikler bakımından benzerdir ($p > 0.05$). Kontrol grubunda ilkokulu eğitimi alanların sayısı daha fazladır. Deney grubunda şimdiki ameliyatla ilgili taburculuk eğitimi verilenler, evde bakıma yönelik kendisine ya da bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi alma sayıları daha fazladır. Kontrol grubu yaş ve ameliyat sonrası hastanede yatış gün ortalaması deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Deney grubunun Plastik-Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalaması kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

4.3. Sağlığı Algılama, Sağlığın Yönetimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 3’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre sağlığı algılama, sağlığın yönetimi ile ilişkili bilgi dağılımları görülmektedir.

Tablo 3. Sağlığı Algılama, Sağlığın Yönetimi ile İlişkili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Ameliyat bölgesine yönelik sorun yaşama VAS (0-10)	1.33±2.51	1.17±1.93	U=442.500 p=0.893
Yara pansumanıyla ilgili bilgi alma durumu			X ² =1.071 p=0.612
Evet	27 (90.0)	29 (96.7)	
Hayır	3 (10.0)	1 (3.3)	
Yara görüntüsü			X ² =1.926 p=0.267
Pansuman var	23 (76.7)	18 (60.0)	
Pansuman yok	7 (23.3)	12 (40.0)	
Yarada kızarıklık ve ısı artışı olması VAS (0-10)	0.90±1.54	1.00±2.38	U=405.000 p=0.324
Yarada akıntı olması VAS (0-10)	0.43±1.19	1.96±0.65	U=405.00 p=0.324
Yaradan kötü koku gelmesi VAS (0-10)	0.00±0.00	1.83±0.17	U=435.000 p=0.317
Dikişlerde gerginlik durumu VAS (0-10)	0.73±1.48	1.70±2.71	U=367.000 p=0.137
Yara açılması durumu VAS (0-10)	0.10±0.55	0.70±2.18	U=404.000 p=0.156
İlaçların kullanım şekli ile sorun yaşama VAS (0-10)	0.27±1.05	0.00±0.00	U=420.000 p=0.154
Ameliyat sonrası rutin kontrolün ne zaman olduğunu bilme durumu			-
Evet	30 (100.0)	30 (100.0)	

X²=Kikare, U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat bölgesine yönelik sorun yaşama ortalamasının 1.33±2.51 olduğu, %90.0’nın yara pansumanıyla ilgili bilgi aldığı, %76.7’sinin pansuman var olduğu, yarada kızarıklık ve ısı artışı olması ortalamasının 0.90±1.54 olduğu, yarada akıntı olması ortalamasının 0.43±1.19 olduğu, yaradan kötü koku gelmesi ortalamasının 0.00±0.00 olduğu, dikişlerde gerginlik durumu ortalamasının 0.73±1.48 olduğu, yara açılması ortalamasının 0.10±0.55 olduğu, ilaçların kullanım şekli ile sorun yaşama ortalamasının 0.27±1.05 olduğu, tamamının ameliyat sonrası rutin kontrolün ne zaman olduğunu bildiği tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ameliyat bölgesine yönelik sorun yaşama ortalamasının 1.17 ± 1.93 olduğu, %96.7'sinin yara pansumanıyla ilgili bilgi aldığı, %60.0'ının pansuman var olduğu, yarada kızarıklık ve ısı artışı olması ortalamasının 1.00 ± 2.38 olduğu, yarada akıntı olması ortalamasının 1.96 ± 0.65 olduğu, yaradan kötü koku gelmesi ortalamasının 1.83 ± 0.17 olduğu, dikişlerde gerginlik durumu ortalamasının 1.70 ± 2.71 olduğu, yara açılması ortalamasının 0.70 ± 2.18 olduğu, ilaçların kullanım şekli ile sıkıntı yaşama ortalamasının 0.00 ± 0.00 olduğu, tamamının ameliyat sonrası rutin kontrolün ne zaman olduğunu bildiği tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar sağlığı algılama, sağlığın yönetimi bilgileri bakımından benzerdir ($p > 0.05$).

4.4. Beslenme, Metabolik Durumuna İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 4'de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre beslenme, metabolik durumu ile ilgili bilgi dağılımları görülmektedir.

Tablo 4. Beslenme, Metabolik Durumu ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%)	Deney Sayı (%)	Test ve p Değerleri
Ameliyat sonrası beslenmede değişiklik olma durumu			$X^2=1.017$
Evet	0 (0.0)	1 (3.3)	$p=1.000$
Hayır	30 (100.0)	29 (96.7)	
Taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi alma durumu			$X^2=2.052$
Evet	19 (63.3)	24 (80.0)	$p=0.252$
Hayır	11 (36.7)	6 (20.0)	
Taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi uygulama durumu			$X^2=2.857$
Evet	18 (60.0)	24 (80.0)	$p=0.158$
Hayır	12 (40.0)	6 (20.0)	
Spor yapma konusunda bilgi alma durumu			$X^2=2.411$
Evet	13 (43.3)	19 (63.3)	$p=0.195$
Hayır	17 (56.7)	11 (36.7)	
Spor yapma konusunda bilgi uygulama durumu			$X^2=1.832$
Evet	8 (26.7)	13 (43.3)	$p=0.279$
Hayır	22 (73.3)	17 (56.7)	

$X^2=Kikare$

Kontrol grubundaki hastaların tamamının ameliyat sonrası beslenmede bir değişiklik olmadığı, %63.3'ünün taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi aldığı, %60.0'ının taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi uyguladığı, %43.3'ünün spor yapma konusunda bilgi aldığı, %26.7'sinin spor yapma konusunda bilgi uyguladığı tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %96.7'sinin ameliyat sonrası beslenmede bir değişiklik olmadığı, %80.0'ının taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi aldığı, %80.0'ının taburculuk sonrası sigara, alkol kullanımı ile ilgili bilgi uyguladığı, %63.3'ünün spor yapma konusunda bilgi aldığı, %43.3'ünün spor yapma konusunda bilgi uyguladığı tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar beslenme, metabolik durumu bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.5. Boşaltım Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 5'de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre boşaltım biçimi ile ilgili bilgi dağılımları görülmektedir.

Tablo 5. Boşaltım Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%)	Deney Sayı (%)	Test ve p Değerleri
Ameliyat sonrası kabız ya da ishal olma durumu			
Evet	5 (16.7)	4 (13.3)	$X^2=0.131$ $p=1.000$
Hayır	25 (83.3)	26 (86.7)	
Ameliyat sonrası idrar yapma ile ilgili sorun yaşama durumu			
Evet	1 (3.3)	2 (6.7)	$X^2=0.351$ $p=1.000$
Hayır	29 (96.7)	28 (93.3)	

X^2 =Kikare

Kontrol grubundaki hastaların %16.7'sinin ameliyat sonrası kabızlık ya da ishal olduğu, %3.3'ünün ameliyat sonrası idrar yapma ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %13.3'ünün ameliyat sonrası kabızlık ya da ishal olduğu, %6.7'sinin ameliyat sonrası idrar yapma ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar boşaltım biçimi bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.6. Aktivite, Egzersiz Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 6'da araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre aktivite, egzersiz biçimleri ile ilgili bilgi dağılımları görülmektedir.

Tablo 6. Aktivite, Egzersiz Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olma VAS (0-10)	8.73±1.70	9.20±1.40	U=360.500 p=0.138
Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli bilgiye sahip olma VAS (0-10)	8.70±2.22	9.50±1.20	U=349.000 p=0.060
Banyo gibi hijyeni sağlamakla ilgili yeterli bilgiye sahip olma VAS (0-10)	9.33±1.73	9.53±1.14	U=446.500 p=0.941
Hangi tür hareketleri kısıtlamak gerektiğini bilme durumu			X ² =0.317 p=0.779
Evet	20 (66.7)	22 (73.3)	
Hayır	10 (33.3)	8 (26.7)	

X²=Kikare, U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olma ortalamasının 8.73±1.70 olduğu, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli bilgiye sahip olma ortalamasının 8.70±2.22 olduğu, banyo gibi hijyeni sağlamakla ilgili yeterli bilgiye sahip olma ortalamasının 9.33±1.73 olduğu, %66.7'sinin hangi tür hareketleri kısıtlamak gerektiğini bildiği tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olma ortalamasının 9.20±1.40 olduğu, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli bilgiye sahip olma ortalamasının 9.50±1.20 olduğu, banyo gibi hijyeni sağlamakla ilgili yeterli bilgiye sahip olma ortalamasının 9.53±1.14 olduğu, %73.3'ünün hangi tür hareketleri kısıtlamak gerektiğini bildiği belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar aktivite, egzersiz biçimi bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.7. Uyku ve Dinlenme Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 7’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama durumu dağılımı görülmektedir.

Tablo 7. Uyku ve Dinlenme Biçimi ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Deney $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama durumu VAS (0-10)	1.50±2.99	2.63±3.51	U=379.500 p=0.214

U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama ortalamasının 1.50±2.99 olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama ortalamasının 2.63±3.51 olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama durumu bakımından benzerdir (p>0.05).

4.8. Bilişsel Algılama Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 8’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre bilişsel algılama biçimleri ile ilgili parametrelerin dağılımı görülmektedir.

Tablo 8. Bilişsel Algılama Biçimi ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Ameliyat yerinde ağrı şikâyeti VAS (0-10)	2.03±2.31	1.67±3.03	U=377.000 p=0.222
Ağrı azaltmak için uygulama yapma durumu			X ² =1.270 p=0.399
Evet	11 (36.7)	7 (23.3)	
Hayır	19 (63.3)	23 (76.7)	

X²=Kikare, U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat yerinde ağrı şikâyeti ortalamasının 2.03±2.31 olduğu, %36.7’sinin ağrı azaltmak için uygulama yaptığı tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ameliyat yerinde ağrı şikâyeti ortalamasının 1.67±3.03 olduğu, %23.3’ünün ağrı azaltmak için uygulama yaptığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar bilişsel algılama biçimi bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.9. Kendini Algılama ve Benliğe İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 9’da araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre kendini algılama ve benlik ile ilgili parametrelerin dağılımı görülmektedir.

Tablo 9. Kendini Algılama ve Benlik ile İlgili Parametrelerin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Deney Sayı (%) / $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Ameliyat sonrası emosyonel (duygusal) yönden kendini değerlendirmesi VAS (0-10)	8.60±2.34	8.63±2.27	U=446.000 p=0.947
Kendini çaresiz hissetme durumu			
Evet	6 (20.0)	8 (26.7)	$X^2=0.373$ p=0.761
Hayır	24 (80.0)	22 (73.3)	
Kendini suçlu hissetme durumu			
Evet	3 (10.0)	3 (10.0)	$X^2=0.000$ p=1.000
Hayır	27 (90.0)	27 (90.0)	

X^2 =Kikare, U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası duygusal yönden iyilik durumunu 8.60±2.34 puan olarak değerlendirdiği, %20.0’inin kendini çaresiz hissettiği, %10.0’inin kendini suçlu hissettiği tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası duygusal yönden iyilik durumunu 8.63±2.27 puan olarak değerlendirdiği, %20.7’sinin kendini çaresiz hissettiği, %10.0’inin kendini suçlu hissettiği tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar kendini algılama ve benlik bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.10. Rol ve İlişki Biçimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 10’da araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre rol ve ilişki biçimi ile ilgili parametrelerin dağılımı görülmektedir.

Tablo 10. Rol ve İlişki Biçimi ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%)	Deney Sayı (%)	Test ve p Değerleri
İşe ne zaman geri döneceği ile ilgili bilgi durumu			$X^2=3.300$ $p=0.119$
Evet	10 (33.3)	17 (56.7)	
Hayır	20 (66.7)	13 (43.3)	

$X^2=Kikare$

Kontrol grubundaki hastaların %33.3'ünün işe ne zaman geri döneceği ile ilgili bilgisinin olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %56.7'sinin işe ne zaman geri döneceği ile ilgili bilgisinin olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar işe ne zaman geri döneceği ile ilgili bilgi durumu bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.11. Cinsellik ve Üremeye İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 11'de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre cinsel yaşamda kısıtlılık gerektirecek bir girişim varlığı ve buna yönelik herhangi bir sorun yaşama durumu dağılımı görülmektedir.

Tablo 11. Cinsellikle ve Üreme ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%)	Deney Sayı (%)	Test ve p Değerleri
Cinsel yaşamda kısıtlılık gerektirecek bir girişim varlığı ve buna yönelik herhangi bir sorun yaşama durumu			-
Hayır	30 (100.0)	30 (100.0)	

Kontrol ve deney gruplarının cinsel yaşamda kısıtlılık gerektirecek bir girişim varlığı olmadığı ve buna yönelik herhangi bir sorunu yaşamadıkları görülmüştür.

4.12. Baş Etme ve Strese İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 12'de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla baş edebilme durumu dağılımı görülmektedir.

Tablo 12. Baş Etme ve Stres ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Deney $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla baş edebilme durumu VAS (0-10)	8.80±1.99	8.77±2.24	U=439.500 p=0.862

U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla baş edebilme ortalamasının 8.80±1.99 olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla baş edebilme ortalamasının 8.77±2.24 olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla baş edebilme durumu bakımından benzerdir (p>0.05).

4.13. Değer ve İnançlara İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 13’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre dini inanç ve uygulamalarında zorlanma durumu dağılımı görülmektedir.

Tablo 13. Değer ve İnançlar ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Deney $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değerleri
Bu sürede dini inanç ve uygulamalarında zorlanma durumu VAS (0-10)	1.67±3.33	0.97±2.79	U=393.500 p=0.232

U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların 1.67±3.33 bu sürede dini inanç ve uygulamalarda zorlanma ortalaması olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların 0.97±2.79 bu sürede dini inanç ve uygulamalarda zorlanma ortalaması olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar dini inanç ve uygulamalarında zorlanma durumu bakımından benzerdir (p>0.05).

4.14. Eğitim Kapsamı Dışında Danışılmak İstenen Bilgilerin Gruplara Göre Bulgularının İncelenmesi

Tablo 14’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre eğitim kapsamı dışında danışılmak istenen konu varlığı durumu dağılımı görülmektedir.

Tablo 14. Eğitim Kapsamı Dışında Danışılmak İstenen Bilgiler ile İlgili Parametrenin Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol Sayı (%)	Deney Sayı (%)	Test ve p Değerleri
Danışılmak istenen konu varlığı			
Evet	5 (16.7)	4 (13.3)	$X^2=0.131$
Hayır	25 (83.3)	26 (86.7)	$p=1.000$

X^2 =Kikare

Kontrol grubundaki hastaların %16.7’sinin başka danışılmak istenen konu olduğu tespit edilmiştir. Fizik tedavi egzersizlerinin ne zaman başlayacağı, süturların ne zaman alınacağı, ilaçlarının kullanımı, pansumanı için hangi kuruluşa başvurulacağı, rutin kontrolleri hakkında ve ağrı yönetimine yönelik danışmak istediği konulardır.

Deney grubundaki hastaların %13.3’ünün başka danışılmak istenen konu olduğu belirlenmiştir. Fizik tedavi egzersizlerinin ne zaman başlayacağı, süturların ne zaman alınacağı, ağrı yönetimine yönelik ekstra danışmak istediği konulardır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar eğitim kapsamı dışında danışılmak istenen konu varlığı durumu bakımından benzerdir ($p>0.05$).

4.15. Taburculuk Eğitim Memnuniyetine İlişkin Bulguların Gruplara Göre İncelenmesi

Tablo 15’de araştırma kapsamına alınan hastaların gruplara göre taburculuk eğitimi memnuniyeti dağılımı görülmektedir.

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara İlişkin Taburculuk Eğitim Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamasının Gruplara Göre Dağılımı

	Kontrol $\bar{X} \pm SS$ min-max	Deney $\bar{X} \pm SS$ min-max	Test ve p Değerleri
Taburculuk eğitimi memnuniyet	97.60±7.90 82-105	95.17±10.33 60-105	U=399.000 p=0.446

U=Mann Whitney U

Kontrol grubundaki hastaların taburculuk eğitimi memnuniyet ortalamasının 97.60±7.90 olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki hastaların taburculuk eğitimi memnuniyet ortalamasının 95.17±10.33 olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten deney grubunun aldığı minimum değer 60, maximum değer 105'tir. Kontrol grubunun aldığı minimum değer 82, maximum değer 105'tir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar taburculuk eğitimi memnuniyetleri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tore ve ark. (2016) yaptığı çalışmada 2011-2015 yılları arasında el yaralanması sonrası tedavi gören hastaların % 85'nin tendon, fraktür, sinir, kas, amputasyon ve kontraktür onarımı yapılan hastalar olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastalara yapılan operasyon türünün %66.6'ni oluşturan el yaralanmalarını içerdiği görülmektedir. Çalışmamızda kontrol grubu 1. grup olarak adlandırdığımız (Arter, tendon, sinir, fraktür, damar, kesi onarımı, güdük onarımı, kontraktür onarımı ve amputasyon) operasyonların %63.3'nü, deney grubu ise %70.0'ını oluşturmaktadır. Araştırmamıza dahil edilen hastaların geçirdiği cerrahi girişimin bu çalışma ile uyumludur (99).

Şakrak ve ark. ın (2010) yaptığı çalışmada hastaların %87,3'ü erkek, %12,7'i kadın; Umay ve ark. (2009) araştırmasında hastaların %78'i erkek, %22'si kadındır. Tore ve ark. (2016) çalışmasında cinsiyet açısından incelendiğinde erkeklerin kadınlara oranla fazla olduğu belirlenmiştir. Hans-Eric Rosberg ve ark'nın (2013) yaptığı çalışmada ise hastaların çoğunu genç erkeklerin el yaralanması geçirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmamızda deney ve kontrol grubunun %71.7'sini erkek hastalar, %28.3'ünü bayan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmamızda deney ve kontrol grubunu oluşturan hastaların büyük bir bölümünün erkek hastalardan oluştuğu görülmektedir. Çalışmamızda hastaların ameliyat nedenleri sorgulanmamıştır. Fakat bu benzerliğin erkeklerin fiziksel işlerde daha fazla yer aldığını ve bu da özellikle iş kazaları bakımından risk altında olduğunu düşündürmüştür (100, 102).

Şakrak ve ark. ın (2010) yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması 19 -59 yaş aralığında olanların %81,3 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki yaş ortalaması 44.53±13.49 yaş ortalaması bulunmuştur. Genç ve orta yetişkinlik döneminde aktif çalışan kişilerin yaşantısının beraberinde kaza riskinin de göz önüne alındığında araştırmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması bununla ilişkili olup bu çalışma ile uyum göstermektedir (100).

Emre'nin (2019) çalışmasında %96.7 evde bakım verecek birinin varlığı olduğu görülmektedir. Araştırmamızda %95.0'nın evde bakım verecek birinin olduğu görülmüştür. Türk toplumunun geleneksel kültüründe aile arası ilişkilerin güçlü olması, bakım gerektiren kişinin aile içinde sahiplenilmesini sağlamıştır. Evde bakım verme rolü yıllardır aile bireyleri tarafından yıllarca kendi yaşamlarından özveride bulunarak devam ettirilmiştir. Hastaların kendi bakımlarında baş etmesinde yardımcı olmuşlar ve sağlık kalitesini arttırmışlardır (6, 103, 104).

Kontrol grubundaki hastaların Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalamaları 5.93 ± 5.19 'dir. Deney grubundaki hastaların Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalamaları 8.17 ± 2.04 'dir. Deney grubundaki bilgi durumu ortalaması kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Burada araştırmacı hemşire tarafından verilen eğitimin etkin olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin hastalara ihtiyacı olan eğitimleri vermede önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu araştırma sonuçlarında da bu sorumluluğunu büyük çoğunlukla yerine getirdiklerini düşündürmüştür. Ancak eğitim verme sorumluluğundaki eksiklikler mevcut olup bunların giderilmesine yönelik girişimlerin yapılması gerektiği görülmektedir. Klinikte hemşireler tarafından verilen rutin taburculuk eğitimine yönelik yenilikler düşünülebilir. Taburculuğa yönelik hastalara verilen eğitimin gerek iş yoğunluğu gerek hemşire azlığı gibi bir çok faktörün etkilediği ve eğitimin yetersiz kaldığı anlaşılmaktadır.

Yıldırım ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada hemşireler hasta eğitimi verirken sık yaşadıkları sorunlar, fazla iş yükü, zamanı aktif kullanmamak, eğitim almak istemeyen hastaların olduğu düşüncesi, eğitimi verecek profesyonel hemşire grubunun azlığı ve kurumun eğitim etkinliklerini öncelikli sıraya almamasıdır (105).

Dünyada insan nüfusundaki artış ve kronik hastalıklar nedeniyle bakım ihtiyacı doğması ile hastanelere başvurular artmaktadır. Bu yoğun ortamda, hastaların bakım ihtiyaçlarının kısmen ya da tamamen ertelenmesine neden olabilmektedir. Bu mevcut durum "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı" olarak nitelendirilmiş ve hemşire ile hastayı etkileyen bir mesele haline gelmiştir. Hastaların ihtiyacı olan bütüncül bakımı için hemşirelerin yeterli sayıda ve nitelikte olması gerekmektedir. Hemşirelerin herhangi bir mevcut durumunda olan aksama, hasta bakım ihtiyaçlarının yerine getirilemediği durumunu göstermektedir (106).

Yoğun iş ortamına sahip bir meslek olan hemşirelik, fazla iş yükü, hastaların problemleri nedeniyle karşılaşılan duygusal gerginlik ve vardiya sistemi gibi nedenler çalışma şartlarını ağırlaştırmakta ve hemşirelik uygulamaları sırasında hata yapabilme ihtimalini ortaya koymaktadır (107).

Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlişkili Parametrelerin Tartışılması

Sağlığın Algılanması ve Sağlığın Yönetimi

Bireyin cerrahi girişim sonrası psikolojik ve fizyolojik etkilenmesinin yanısıra sağlık algısında olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Kişinin kendini sağlıklı olma durumunu algılaması cerrahi sonrası uyum için oldukça önemlidir (39).

Çam ve Asar, (2019) yaptığı çalışmada hastaların etkin taburculuk eğitimi sonrası günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam kalitesinde artış olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada yara pansumanı ile ilgili bilgi eksikliği olan kontrol grubundaki hasta oranının %10, deney grubundaki hasta oranının % 3.3 olduğu belirlendi. Ancak özellikle deney grubunda bu konu ile ilgili bilgi verilmiş olmasına rağmen % 3.3, kontrol grubunun da % 10 oranlarında bilgi eksikliğinin olması önemli bir veridir. Etkin eğitimin verilmesinde tüm faktörler düşünüldüğünde taburculuk sonrası takibin önemi ortaya çıkmaktadır (108).

Ameliyat bölgesine yönelik sorun yaşama ortalaması kontrol grubundaki hastalarda 1.33 ± 2.51 , deney grubundaki hastalarda 1.17 ± 1.93 'dür. Hastalara ameliyat bölgesine yönelik sorunlar ile ilgili yara pansumanı, yarada kızarıklık, ısı artışı, akıntı, kötü koku gelmesi, dikişlerde gerginlik ve yara açılmasına yönelik yaşadıkları sorunları puanlaması istendi. Yara pansumanı ile ilgili kontrol grubundaki hastaların %90.0'ının, deney grubundaki hastaların %96.7'sinin bu konuda bilgi aldığı; yarasında kızarıklık ve ısı artışı ortalaması kontrol grubunda 0.90 ± 1.54 , deney grubundaki hastalarda 1.00 ± 2.38 ; yarasında akıntı olması ortalaması kontrol grubunda 0.43 ± 1.19 , deney grubundaki hastalarda 1.96 ± 0.65 ; yarasından kötü koku gelmesi durumu kontrol grubunda hiç yaşanmadığı, deney grubundaki hastalarda 1.83 ± 0.17 ; dikişlerde gerginlik mevcudu ortalaması kontrol grubunda 0.73 ± 1.48 , deney grubundaki hastalarda 1.70 ± 2.71 ; yara açılması ortalaması kontrol grubundaki hastalarda 0.10 ± 0.55 , deney grubundaki hastalarda 0.70 ± 2.18 'dir. Araştırmamızda ameliyat bölgesine yönelik sorun yaşama

ortalamasının düşük olması hastaların taburculuk eğitimleri verildikten sonrasında bunlara dikkat etmelerine ve enfeksiyonlar ile ilgili bilgi sahibi olduklarını göstermektedir. Bu da gösteriyor ki, plastik cerrahi girişimleri sonrası bireyin ağrısının olmaması, hareketlerinde artış olması, dış görünüşünde iyileşme olması, ihtiyaçlarını kendi başına yapabilme gibi olayların gerçekleşmesiyle memnuniyet ve sağlıklı olma durumu olumlu yönde etkilenmektedir.

Dal ve ark. (2012) çalışmasında hastaların taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları sorunların dağılımı değerlendirilmiş, ameliyat bölgesine ilişkin sorun yaşamanın (yara enfeksiyonu) % 75.5 olduğu görülmüştür. Faydalı ve ark. (2011) çalışmasında yanıklı hastaların ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeyinin değerlendirilmesine yönelik yaptıkları araştırmada ise enfeksiyon belirti ve bulgularını ifade etme düzeylerinin düşük olduğu ve enfeksiyondan korunma konusunda ne yapacaklarını bilmediklerini görülmüş ve bilgi eksikliği olduğu ortaya çıkmıştır. Bıçkıcı'nın (2018) çalışmasında erişkin yoğun bakım ünitesinden taburcu olacak hastaların bakım vericilerine yönelik planlı taburculuk eğitiminin sonrasında enfeksiyona yönelik eğitim sonuçlarının etkili olduğu görülmüştür. Erdek ve ark. (2017) hasta ve hasta yakınlarına verilen enfeksiyon kontrolü eğitiminin sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, bilgi düzeyini artırmada etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ve diğer araştırmalarda görüldüğü gibi iyi bir taburculuk eğitimiyle enfeksiyonlar ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılacağı ve böylece ameliyat bölgesine yönelik sorunların azalacağı görülmektedir (109, 112).

Deney ve kontrol grubundaki hastalar sağlığı algılama, sağlığın yönetimi bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Beslenme ve Metabolik Durum

Cerrahi sonrası hastanın sağlık durumunu ölçmede en önemli belirleyicilerden biri de beslenme durumudur (113).

Bu araştırmada kontrol grubundaki hastaların tamamının ameliyat sonrası beslenmede bir değişiklik olmadığı, deney grubundaki hastaların %96.7'sinin ameliyat sonrası beslenmede bir değişiklik olmadığını ifade etmiştir. Anestezi süresinin kısa olması, büyük cerrahi girişim olmaması, ameliyat sonrası erken mobilizasyon ve 4. saatte beslenmenin başlatılması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Literatürde eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilişsel algılama yeteneğinin yüksek olması, yaşam tarzı farklılıklarını dikkate alıp sağlıklı yaşam biçimlerini gerçekleştirdikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada hastalar spor yapmak ve sigara /alkol tüketimini azaltmak gibi girişimde bulunmamaları eğitim düzeyinin düşük olması ve zarar görme korkusu ile fiziksel kısıtlılık tercih etmiş olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü (114, 115, 116).

Taburculuk sonrası evinde sigara alkol tüketimi ile ilgili bilgiyi uygulamama durumundaki kontrol grubundaki hasta oranı %40, deney grubundaki hasta oranı ise %20 olduğu belirlendi. Spor yapmak ile ilgili bilgiyi uygulamama durumu kontrol grubundaki hasta oranı %73.3, deney grubundaki hasta oranı %56.7 şeklinde belirlendi. Alkol, sigara ve spor yapmaya yönelik bilgiyi uygulamama durumu kontrol grubunda daha fazla olmakla birlikte bazı hastaların bu uygulamalarının eksik/yanlış olduğu görüldü. (sigarayı azaltmak tamamen bırakmamak gibi). Sigara alkol tüketimi ile ilgili eksik/yanlış uygulama durumuna bakıldığında hastalarda bilgi eksikliğinin olduğu yada bilgi verildiği halde uygulamak istemeyen hasta grubu olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar beslenme, metabolik durumu bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Boşaltım

Ameliyat sonrası dönemde genelde hastaların yatak istirahat durumu, defekasyon gereksiniminin ertelenmesi, sürgü kullanma mecburiyeti ve kullanılan ilaçlar gibi barsak boşaltımıyla ilgili bazı sıkıntılara neden olmaktadır. Gelişen bu barsak sorunları kişinin rahatsızlık hissetmesine ve dolayısıyla yara iyileşmesini olumsuz yön vermesine neden olabilmektedir. Hemşirelerin, ameliyat sonrası hastanın barsak sorunlarının önlenmesi ile ilgili görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (117).

Sözen'in (2020) çalışmasında; ASA (American Society of Anesthesiologists) değeri yüksek olan, 4 saat anestezi alması, ortopedik ve abdominal cerrahi de komplikasyon riski en yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi'de komplikasyon oranının %1.5 olduğu belirlenmiştir. Komplikasyonların dağılımında ise oligürinin %2.3 olduğu ifade edilmiştir. Bu araştırmada kontrol grubundaki hastaların %16.7'sinin, deney grubundaki hastaların ise %13.3'ünün ameliyat sonrası kabızlık ya da ishal yaşadığı, kontrol grubundaki

hastaların %3.3'ünün, deney grubundaki %6.7'sinin hastaların ameliyat sonrası idrar yapma ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızla benzer bulunmuş olup, boşaltım ile ilgili problemlerin az olması nedeni olarak boşaltım sistemi ile ilgili bir operasyon olmaması, ameliyat sonrası hastanede ve evde hastanın barsak boşaltımı ve idrar çıkışı takibinin yapılmış olması, problemlerin önlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmış olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür (118).

Aktivite ve Egzersiz Biçimi

Hemşirelik bakımının önemli amaçları arasında yer alan ameliyat sonrası hastanın erken mobilizasyonu, hareketsizlik nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların engellenmesinde, yara iyileşmesinin hızlanmasında, bağırsak hareketlerinin sürekliliği ve homeostatik dengenin devamı için önemlidir. Mobilizasyonla birlikte hasta da kendi bakımına katılmış ve günlük yaşam aktivitelerinde daha aktif hale gelmiş olmaktadır (119).

Yolcu ve ark. (2016) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde aktivite ve hareket düzeyi arttıkça ameliyat sonrası iyileşme düzeyinin olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir. Çalışmamızda da kontrol ve deney grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için enerjiye ve yeterli bilgiye sahip olma puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür. Yeterli düzeyde hareket eden gruplarda iyileşmenin de hızlı olduğu farkedilmiştir. Hangi hareketleri kısıtlamak gerektiğini yeterli düzeyde bilmeyen kontrol grubundaki hasta oranı %33.3, deney grubundaki hasta oranı %26.7 olduğu görüldü. Bu oranın eğitim durumunun farklılığından kaynaklanacağı düşünülmüştür (119).

Uyku ve Dinlenme Biçimi

Ameliyat sonrası dönemde hastalar ağrı, hareket kısıtlılığına bağlı fiziksel aktivitede bozulma, bulantı-kusma, anksiyete ve uyku sorunları yaşamaktadırlar. Bu problemler bireyin yaşam kalitesini etkileyerek, tedavinin devamında olumsuz yön çizmektedir. Bu çalışmada Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi geçiren hastalara uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. VAS'a göre alınan puan ortalamaları deney grubundaki hastalar 2.63 ± 3.51 , kontrol

grubundaki hastalar ise 1.50 ± 2.99 'dur. Bu sonuca göre hastalara bakım veren kişilerin olması (deney ve kontrol grubunda bakım alanlar %95.0), ev ortamında olmaları ve operasyon yerinin elevasyon alınması kaygı duymalarını azaltmıştır şeklinde yorumlanmaktadır. Kaygı düzeyleri düşük olan hastaların yeterli uyku ve dinlenme sağladıkları görülmektedir (120).

Bilişsel Algılama Biçimi

Ameliyat sonrası dönem ilk saatlerde uygulanacak en etkili ve ağrıyı kontrol altına alacak yöntem analjeziklerin verilmesidir. Akut ağrının olmadığı dönemlerde ise nonfarmakolojik yöntemler uygulanabilmektedir. Cerrahi hemşiresi taburculuk sonrası telefon takibi ile hastaları arayarak unutulmadıklarını hissettirir. Bu hatırlanma hastalar için önemlidir çünkü hastalar eve gittiklerinde ağrıyı idare edemeyeceği kaygısıyla taburcu olmak istememektedirler (121, 122).

Karabulut ve ark. (2015) çalışmasında cerrahi sonrası taburculukta ağrı puanı ortalaması 4.57 ± 2.3 belirlemiştir. Dirimeşe ve ark. (2014) çalışmasında cerrahi sonrası 2.gün ağrı düzeyi ortalamaları 5.9 olduğunu tespit etmiştir. Demiryas ve ak. (2019) çalışmasında cerrahi sonrası 7. gün ağrı puanları %94.8'inde 1-3 arasında, %5.2'sinde 4-6 arasında değiştiği belirtilmiştir. Bu çalışmada ameliyat sonrası 7. günde VAS'a göre ağrı şikâyeti sorulmuştur. Kontrol grubunun ağrı şikayeti ortalaması 2.03 ± 2.31 , deney grubunun ağrı şikayeti ortalaması 1.67 ± 3.03 'dir. Hastaların ağrı puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hastalar ağrıyı dindirme arayışına girmedikleri görülmüştür. Her iki grup ile 7. günde görüşme sağlandığında ağrı tarifleyen hastalar ise ağrıyı gidermek için ek girişim olarak müzik dinleme, uyuma, yürüyüşe çıkma ve ağrı kesici ilaç aldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada da deney grubuna ağrı kontrolünü nasıl ele alacağı ve taburculuk sonrası evde ağrısını nasıl yöneteceğini konusunda bilgilendirilmiştir. Taburculuk sonrası telefon ile takipte ise nasıl başa çıktığı sorgulanmış ağrı şikayeti ortalaması düşük olduğu ve buna paralelde yapılan uygulama durumunun da az olduğu görülmüştür. Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi hastalarında evde ağrı takibine yönelik daha çok çalışma yapılması gerekmektedir (123, 124, 125).

Kendini Algılama ve Benlik

Bu örüntü benlik kavramı gibi bireyin kişilik özellikleri, sosyal görevlerini, benlik saygısını değerlendirmek için kendisine verdiği değer ve pozitif kişilik yapısını içeren bilgilerden oluşmaktadır (65).

Ameliyat sonrası kişinin hareket düzeyinin kısıtlanması sonucu bazı özbakım ihtiyaçları olan beslenme, boşaltım ve kişisel bakım gibi aktivitelerini yapmakta zorlanır ve bakım veren bir kişiye ihtiyacı artmaktadır. Özellikle travma sonrası yaralanmaları günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini etkileyerek, kişilerin kaygı, korku, çaresizlik duymasına ve benlik saygısının azalmasına neden olabilmektedir (126, 127).

Gören (2016) çalışmasında, beden imajı ve benlik saygısının, bireyin eğitim durumuna, mesleğine ve cinsiyetine göre değişiklik gösterdiği görülmüştür. Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi girişimler kişinin vücut bütünlüğünü tehdit eder ve vücut algısını, benlik saygısını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada yapılan görüşmelerde her iki gruptaki hastaların kendilerini algılamaları benzerdir, deney grubundaki hastaların kendini daha çaresiz hissettikleri görülmüştür. Bu durum hasta grubunun kişilik özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü (2).

Rol ve İlişki Biçimi

El yaralanmaların geneli hayati tehlikeye neden olmaz fakat iyileşme sürecini takiben bazı engeller meydana gelmektedir. İşe geri dönme zamanını psikososyal faktörler etkilemekte ve erken dönemde iyi bir fizik tedavi programının gerçekleşmesiyle de geri dönüşler sağlanmaktadır (128, 129, 130).

Kontrol grubundaki hastaların %66.7'si, deney grubundaki hastaların %43.3 ne zaman işe başlayacağını bilmediğini ifade etmişlerdir. Bu farklılığın deney grubundaki hastalar için bilgilendirmenin etkisi olduğunu düşündürmüştür. Alınan bilgiye göre de doktorun hastaların rutin kontrollerinde iyileşme durumuna göre işe başlama tarihini belirleyeceği öğrenildi. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar rol ve ilişki biçimi bilgileri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Cinsellikle ve Üreme

Ameliyat sonrası hastalar cinsel benliklerini kavrama da zorluk çekmekte ve ameliyatın cinsel yaşamalarını etkiye uğratacağına yönelik kaygı duyabilmektedir. Bu çalışmada cinsel perhizi gerektirecek bir girişim varlığı ve buna yönelik hastaların herhangi bir sorun yaşamadıkları görülmüştür. Bu sonuç hastaların cinsellik konusunda paylaşımda bulunmak istememelerinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür (131).

Baş Etme ve Stres

Baş etme, cerrahi sonrası değişikliklere uyum sağlamak, getirdiği zorluklarla uğraşmak için kişinin ortaya koyduğu davranışlardır. İnsanın psikososyal tepkileri başetme biçimidir. Psikososyal tepkiler kişinin kültürel yapısı, ailesinden aldığı destek gibi durumlardan dolayı farklılık göstermektedir (132, 133).

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki katılımcılar baş etme ve stres bilgileri bakımından benzer olduğu görülmüştür. Baş etme yöntemlerinin her iki grup için etkin olması hastanede yattığı süre boyunca ve taburculuk eğitimi sırasında uygun başetme yöntemlerinin hasta merkezli eğitiminden kaynaklanacağı düşünülmüştür.

Değer ve İnançlar

Bireyler stresli dönemlerde bazı başetme yöntemleri kullanırlar. Bunlar; ailesinden biri ile konuşmak, müzik dinlemek yöntemlerinin yanısıra bazı bireylerde dini aktivitelere yönelerek dua etmektedirler (134).

Bu çalışmada ameliyat sonrası dini inanç ve uygulamalarda zorluk yaşamada puan ortalaması deney grubunda 0.97 ± 2.79 , kontrol grubu puan ortalaması 1.67 ± 3.33 'dür. Her iki grupta puan ortalamalarının düşük olması bireylerin ameliyat sonrası dönemde inançlarına yönelik uygulamaları kolaylıkla tekrar uyum sağladıkları düşünülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki bireyler değer ve inançlar bilgileri bakımından benzer bulunmuştur.

Gruplara Göre Telesağlık Hizmetinin Tartışılması

Emre'nin (2019) çalışmasında, evde bakımlarını sürdüren hastalara telefonla danışmanlık sağlayan hemşirenin ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, yara bakımı, etkin solunumu sürdürme, işe başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma, rutin kontrol zamanları, araba kullanma ve cinsellik gibi konularda bilgi vermesinin önemi vurgulanmıştır. Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi de taburculuk sonrası evde bakım için her iki hasta grubunda, gereksinim duyduğu tüm bilgileri tespit etmenin ve ihtiyaç duyduğu danışmanlığı telefon ile takip etmenin önemli olduğu araştırmada elde edilen bulgulardan anlaşılmaktadır. Hastaların ihtiyacına göre yada eksik/yalnız bilgilere yönelik; ağrı yönetimi, yara bakımı, ilaç kullanımı, rutin kontrolleri, sigara-alkol kullanımı, spor yapma, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, işe başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, stres yönetimi, kendini algılamada ve cinsellik konularında hastalara telekonferans yöntemi ile danışmanlık sağlanmıştır (6).

Pourbalouch ve ark. (2019) çalışmasında telefonla hasta eğitimi ve takibinin hastalarda öz bakım davranışlarını artırabileceğini ortaya koymuştur. Harkness ve ark. (2005) çalışmasında koroner arter baypas ameliyatından sonra hastaların kardiyak rehabilitasyon için hasta katılımını artırmada telefonun uygun bir iletişim kaynağı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da telefon ile hasta takibinde hastaların eksik/hatalı bilgilerine yönelik danışmanlık sağlanmıştır. Telefon ile izlemin hastaların öz bakım davranışları gibi bir çok konuda olumlu davranış geliştirdiği bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir (135, 136).

Bitek'in (2019) çalışmasında inme sonrası verilen taburculuk eğitimi ile telefonla danışmanlık hizmetinde de hasta yakınlarının en çok danıştığı konular; ilgili kurumlar hakkında bilgi, hastanın kullandığı ilaçlar (ilaç dozu, yan etkisi), beslenme sorunları (özel beslenme yöntemleri, disfaji), rapor işlemleri, sağlık hizmetlerine ulaşım, basınç yarası, hareket ve egzersiz, stresle başetme gibi konular olduğu ve bu bilgilerin hastalar için önemi vurgulanmış, bu araştırma ile benzerlik göstermiştir (14).

Funderburk ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada plastik cerrahi bakımı verilen hastaların ameliyat öncesi tele sağlığa ilgisini belirlemeyi amaçlamış, ameliyat sonrası için de hasta memnuniyetine odaklanmışlardır. Büyük çoğunluğunun telesağlık deneyimlerinden memnun olduklarını bulunmuştur.

Araştırmamızda da taburculuk eğitimi memnuniyeti yüksek olduğu saptanmış olmasıyla hastaların telekonferans yöntemiyle bilgi alışverişinden memnun kaldıkları ve telesağlığa karşı ilgilerinin olduğu görülmüş olması bu araştırmayla benzer bulunmuştur (16).

Taburculuk Eğitimi Memnuniyetinin Gruplara Göre Tartışılması

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların gruplara göre taburculuk eğitimi memnuniyeti yüksektir. Hastaların memnuniyet durumlarındaki benzerliğin sosyo-demografik özelliklerini birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar taburculuk eğitimi memnuniyetleri bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Özkan ve Yavuz (2009) materyal kullanarak yapılan eğitimin hastalarda olumlu yönde davranış değişikliği oluşturduğu ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. Çatal'ın (2017) çalışmasında, eğitim kitapçığı doğrultusunda verilen eğitim deney grubundaki hastaların taburculukta ve izlemde daha az sorun yaşadıkları görülmektedir. Pourbalouch ve ark. (2019) çalışmasında hastaların güvenle karar verme sürecine katılmalarını ve sağlık durumları ile ilgili problem çözme becerilerini geliştirebilmesinin eğitimsel müdahaleler ile sağlayacağını öne sürmüştür. Coşkun ve ark. (2016) çalışmasında hem yazılı hem de sözlü taburculuk eğitimi ile hastaların bilgi seviyelerinin yükseldiğini ve taburculuk sonrası problemlerini çözmelerine faydalı olduğunu öne sürmüştür. Bu çalışmada geliştirilen eğitim kitapçığı doğrultusunda eğitim verilen deney grubundaki hastaların taburculukta ve telefon ile takipte daha az sorun yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamızda sözlü anlatım ve evde bakım kitapçığı ile eğitim alan deney grubu hastaların kontrol grubu hastalarına göre daha iyi bilgilendirildiğini göstermesi literatür tarafından desteklenmektedir (135, 137, 138, 139).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin telekonferans yöntemiyle değerlendirildiği bu çalışmada;

- Deney ve kontrol grubundaki hastalar eğitim durumu, şimdiki ameliyatla ilgili taburculuk eğitimi verilme durumu, evde bakıma yönelik hasta ya da hastaya bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi alma durumu, taburculuk eğitimi veren, yaş, Plastik-Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi değerlendirmesi hariç diğer özellikler bakımından benzerdir ($p>0.05$).
- Deney grubunun Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi durumunu değerlendirme ortalaması kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).
- Deney ve kontrol grubundaki hastalar sağlığı algılama-sağlığın yönetimi bilgileri, beslenme-metabolik durumu bilgileri, boşaltım biçimi, aktivite-egzersiz biçimi, uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşama durumu bakımından benzerdir ($p>0.05$).
- Kontrol grubundaki hastaların ameliyat yerinde ağrı şikâyeti ortalaması 2.03 ± 2.31 , %36.7'sinin ağrı azaltmak için uygulama yaptığı tespit edilmiştir. Deney grubundaki hastaların ameliyat yerinde ağrı şikâyeti ortalaması 1.67 ± 3.03 , %23.3'ünün ağrı azaltmak için uygulama yapma durumu olduğu saptanmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki hastalar kendini algılama ve benlik bilgileri, işe ne zaman geri döneceği ile ilgili, dini inanç ve uygulamalarında zorlanma durumu bakımından benzerdir ($p>0.05$).
- Kontrol ve deney gruplarının cinsel perhizi gerektirecek bir girişim varlığı ve buna yönelik herhangi bir sorunu yaşamadıkları görülmüştür.
- Kontrol grubundaki hastaların %16.7'sinin başka danışmak istedikleri konu olduğu tespit edilmiştir. Fizik tedavi egzersizlerinin ne zaman başlayacağı, süturlarının ne zaman alınacağı, ilaçlarının kullanımı, pansumanı için hangi kuruluşa başvuracağı, rutin kontrolleri hakkında, ağrıya yönelik ekstra danışmak istediği konulardır.

- Deney grubundaki hastaların %13.3'ünün başka danışılmak istenen konu olduğu belirlenmiştir. Fizik tedavi egzersizlerinin ne zaman başlayacağı, dikişlerinin ne zaman alınacağı, rutin kontrolleri hakkında, ilaçlarının kullanımı, ağrıya yönelik ekstra danışmak istediği konulardır.
- Kontrol grubundaki hastaların taburculuk eğitimi memnuniyet ortalaması 97.60 ± 7.90 olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki hastaların taburculuk eğitimi memnuniyet ortalaması 95.17 ± 10.33 olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte minimum alınan puan 65, maksimum alınan puan 105'tir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar taburculuk eğitimi memnuniyetleri bakımından benzerdir ($p > 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası yara pansumanı, ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, işe başlama, uyku ve dinlenme, stres yönetimi, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, vücut hijyeni, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma, konularında bilgi gereksinimi vardır. Hastalara taburcu olmadan önce verilen taburculuk eğitimi ile evde bakım ihtiyaçlarını karşılama da yeterli olduğu görülmüştür. Fakat hastaların telefon ile takibinin de eğitimin devamı için kolay ve bilgi eksiklerinin giderilmesinde anahtar bir yöntem olduğu farkedilmiştir. Hastaların taburculuk eğitimi memnuniyetleri yüksek saptanmış ve telekonferans yöntemi de olumlu hasta sonuçları için pozitif etki yaratmıştır.
- Telehemşireliğin bu araştırmada ve diğer çalışmalarda taburculuk sonrası evde bakım üzerindeki etkisi, hastaların gelişebilecek sorunlarla nasıl baş edebileceklerini öğrenmelerine yardımcı olabilmekle ve hasta takibi sürekliliğini sağlamış olur. Telehemşirelik ile hastaların ihtiyaçları tespit edilerek onlara yardımcı olunabilir.
- Sağlık profesyonellerinin hasta memnuniyeti ile ilgili bilgileri araştırarak çalışmalar yaparak ve bilgi eksikliğini hizmet içi eğitimlerle tamamlanması gerekmektedir. Hasta memnuniyetinde geçerli ölçekler kullanarak periyodik olarak değerlendirilmelidir.

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;
 - Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalarda planlı taburculuk eğitimi,
 - Taburculuk sonrası evde bakım için telefon danışmanlığı ile ilgili daha fazla araştırma yapılması,
 - Hemşirelerin taburculuk eğitimi için farkındalık yaratan çalışmalar yapılması,
 - Ayrıca taburculuk sonrası eğitim, takip ve telefon ile hasta danışmanlığı önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Şen Z, Ersoy A, Serel S, Emiroğlu M, Gültan S, Soykan A. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi girişimlerin psikiyatrik yönleri. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk J Plast Surg) 11(2):117-122, 2003.
2. Gören ŞY. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi. MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg 4(2):61-73, 2016.
3. Körpe G. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında benlik saygısı ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Akademisi Kastamonu 2(3):223-231, 2017.
4. Aydın Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hemşirelik bakımını değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
5. Salık AA. Total kalça protezi ameliyatı öncesi ve sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2015.
6. Emre Ö. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisi. Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.
7. Türen S. Kalp yetersizliğinde gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 18(2):68-73, 2014.
8. Şahin G, Akyüz E. Derin ven trombozu olan hastanın gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Turk J Cardiovasc Nursing 9(18):35-40, 2018.
9. Meşe S. Taburculuk eğitimi memnuniyet ölçeğinin geliştirilmesi. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2018.

10. Williams AM, Bhatti UF, Alam HB, Nikolian VC. The role of telemedicine in postoperative care. *Mhealth* (4):11, 2018.
11. Ardahan M, Akdeniz C. Mobil sağlık ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 27(6):427-433, 2018.
12. Gülşen M. Günübirlık cerrahi ile katarakt ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ile telefonla hasta izleminin hastaların iyileşme sürecine ve günlük yaşam aktivitelerine etkisinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Bursa, 2018.
13. Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi* 11(1):1-4, 2015.
14. Bitek DE. İnme sonrası verilen taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlık hizmetinin hastaların fonksiyonel durumlarına ve hasta yakınlarının bakım yüküne etkisi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi*, Edirne, 2019.
15. Özgüç S, Tanrıverdi D. Tele-psikiyatri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. J Psychiatric Nursing* 10(4):302-308, 2019.
16. Funderburk CD, Batulis NS, Zelones JT, Fisher AH, Prock KL, Markov NP, Nigriny JF. Innovations in the plastic surgery care pathway: using telemedicine for clinical efficiency and patient satisfaction. *Plastic and reconstructive surgery* 144(2):507-516, 2019.
17. Pozza ED, D’Souza GF, DeLeonibus A, Fabiani B, Gharb BB, Zins JE. Patient satisfaction with an early smartphone-based cosmetic surgery postoperative follow-up. *Aesthetic surgery journal* 38(1):101-109, 2018.
18. Ersoy S, Yıldırım Y, Aykar Fř, Fadıloğlu Ç. Hemşirelikte inovatif alan: Evde bakımda telehemşirelik ve telesağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(4):194-201, 2015.
19. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open* 6(2):535-545, 2019.
20. Sungur C. Teletıp uygulamalarında hasta memnuniyeti: Bir sistematik derleme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 23(3):505-522, 2020.

21. Mazzola RF, Mazzola IC. Rekonstrüktif ve estetik cerrahinin tarihçesi. Plastik Cerrahi: İlkeler 1(2):9-23, 2017.
22. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği 1. 1. Baskı. s. 301-333, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.
23. Kapucu R. Plastik cerrahi ve çalışma alanları. Bilim ve Teknik Dergisi (8):1- 14, 2007.
24. Sarwer DB, Pruzinsky T, Cash TF, Goldwyn RM, Persing JA, Whitaker LA. Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: clinical, empirical, and ethical perspectives. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins 26(1):267-283, 2006.
25. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği. <https://www.plastikcerrahi.org.tr>. Erişim Tarihi: 20.12.2021.
26. Turunen E, Miettinen M, Setälä L, Vehviläinen JK. An integrative review of a preoperative nursing care structure. Journal of clinical nursing 26(7-8):915-930, 2017.
27. Card R, Sawyer M, Degnan B, Harder K, Kemper J, Marshall M. Health care - protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); pp. 124, 2014.
28. Simsek AB, Bilik O. Surgical Nurse's Touch to Life of Patients and Their Family: Preoperative and Postoperative Psychological Approach. IJBCS 3(1):88-98, 2014.
29. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN journal 92(4):445-460, 2010.
30. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Journal of Anatolia nursing and Health Sciences 16(1):8-15, 2013.
31. Güler Demir S, Ay A. Öğretirseniz öğrenirim: Perioperatif hasta eğitiminde kanıta dayalı uygulamalar. Gürsoy A, editör. Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s. 82-95, 2020.

32. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences* 7(4):994-998, 2013.
33. Yılmaz E. Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık Ve Bakım. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı. s. 319-345, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2017.
34. Neil J. Preoperative care. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, eds. *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; pp. 317- 320, 2014.
35. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Preoperative Nursing Management. *Brunner & Suddarth's Textbook of MedicalSurgical Nursing*. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 422- 82, 2010.
36. Yavuz M. Preoperative care. Karadakovan A, Aslan FE, editörler. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 4. Baskı. s. 223-388, Nobel Kitabevi, Adana, 2017.
37. Özbaş A. Preoperative care practices. Akyolcu N, Aksay G, Kanan N. *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi*. 1. Baskı. s. 9-20, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011.
38. Çelik S, Taşdemir N. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarında Bakım. s. 76-90, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, 2018.
39. Yılmaz AT, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 6(68):89-99, 2018.
40. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R. Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(2):159-170, 2016.
41. Bölükbaş N, Irmak B. Ameliyatım Bitti Şimdi Başka Sorunlarım Var: Kanıta Dayalı Uygulamalar ile Postoperatif Semptom Yönetimi. Gürsoy A, editör. *Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 40-9, 2020.

42. Aslan FE. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. s. 440-441, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016.
43. Özel S. Cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
44. Bilik Ö. Klinikten eve uzanan yolculuk: ameliyat olan hastaların evde bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(1):114-127, 2017.
45. Sun V, Fong Y. Minimally invasive cancer surgery: indications and outcomes. In seminars in oncology nursing. WB Saunders 33(1):23-36, 2017.
46. 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 7(2):65-69, 2013.
47. Gholizadeh M, Delgoshaei B, Gorji HA, Torani S, Janati A. Challenges in Patient Discharge Planning in The Health System Of Iran: A Qualitative Study. Global Journal Of Health Science 8(6):168, 2016.
48. Shapiro K, Patel S, Steinberg S, Ferzli G. Postoperative Home Visits?. Current Surgery 60(6):612-614, 2003.
49. Sughrue ME, Bonney PA, Choi L, Teo C. Early Discharge After Surgery For Intra-Axial Brain Tumors. World Neurosurgery 84(2):505-510, 2015.
50. Wahl TS, Hawn MT. How Do We Prevent Readmissions After Major Surgery?. Advances in Surgery 51(1):89–100, 2017.
51. Akdeniz Ş. Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kayseri, 2013.
52. Fuenzalida C, Hernández G, Ferro I, Siches C, Ambrós À, Coll-Vinent B. Long-Term benefits of education by emergency care nurses at discharge of patients with atrial fibrillation. International Emergency Nursing 35:7-12, 2017.
53. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım. s. 345-366, Nobel Kitabevi, Adana, 2010.

54. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, Nichol G. Forecasting the impact of heart failure in the united states. *circulation: heart failure* 6(3):606-619, 2013.
55. Thomas DG, Bradley L, Servi A, Reilly S, Apps JN, Mccrea M, Hammeke T. Parental knowledge and recall of concussion discharge instructions. *Journal of emergency nursing* 44(1):52-56, 2018.
56. Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4(4):153-158, 2011.
57. Demirkıran G. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2011.
58. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *J. Psychiatric Nurs* 3(1):13-21, 2012.
59. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelikte teori ve model kullanımı: Nitel bir çalışma. *Cukurova Med J* 44(1):281-289, 2019.
60. Zanotti R, Chiffi D. Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance. *Nursing Philosophy* 16(1):64-73, 2015.
61. Kaya H, Atar NY, Eskimez Z. Hemşirelik model ve kuramları. İçinde: Atabek AT, Karadağ A, editör. *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. s. 80-92, Akademi basın ve yayıncılık, İstanbul.
62. Herdman TH, Kamitsuru S (eds). *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2015-2017*. pp. 517-518, Tenth edition, UK: Wiley Blackwell, 2014.
63. Wilkinston J, Barcus L. Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. (Çev.). s. 405-406, 11. Baskı, Pelikan Yayınevi, Ankara, 2018.
64. Temel M. Depresyonla baş etmede marjory Gordon ‘un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modelinin etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2015.

65. Erbaş N, Demirel G. Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 84-91, 2016.
66. Türen S. Semptomatik kalp yetmezliği hastalarının hemşirelik bakımında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve standart bakımın karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2017.
67. Jones D, Duffy ME., Flanagan J, Foster F. Psychometric evaluation of the functional health pattern assessment screening tool (FHPAST). International Journal of Nursing Knowledge 23(3):140-145, 2012.
68. Rutledge CM, Kott K, Schweickert PA, Poston R, Fowler C, Hanet TS. Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice; Macclesfield 8:399-409, 2017.
69. Magda M. Mohsen, Neima Ali Riad, Amina Ebrahim Badawy, Sanaa Ebrahim Abd El Gafar, Badria Mahrous Abd El-Hammed, and Ekhlass M. Eltomy. Tele-nursing versus routine outpatient teaching for improving arterial blood pressure and body mass index for hypertensive patients. American Journal of Nursing Research 8(1):18-26, 2020.
70. Otero AV, Lopez-Magallon AJ, Jaimes D, Motoa MV, Ruz M, Erdmenger J, Munoz RA. International telemedicine in pediatric cardiac critical care: a multicenter experience. Telemedicine and E-Health 20(7):619-625, 2014.
71. Mohammed HM., El-sol AESH. Tele-Hemşirelik: hemşirelerin mesleklerinin geleceğini şekillendirmesi için fırsatlar. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing 7(3):660-676, 2020.
72. Vyas KS, Hambrick HR, Shakir A, Morrison SD, Tran DC, Pearson K, Vasconez HC, Mardini S, Gosman AA, Dobke M, Granick MS. A systematic review of the use of telemedicine in plastic and reconstructive surgery and dermatology. Ann Plast Surg 78(6):736–768, 2017.
73. Gürbüz S, Başaran A. Yanık hastalarının taburculuk sonrası takibinde teletıp kullanımının yeri. Genel Tıp Derg 30(3):162-166, 2020.

74. Santamaria N, Kapp S. TeleWound care: providing remote wound assessment and treatment in the home care setting: current status and future directions. *Smart Homecare Technol TeleHealth* 1:35-41, 2013.
75. Chen CH, Young TH, Huang CH, Chang HH, Chen CL, Chien HF, Cheng NC. Patient-centered wound teleconsultation for cutaneous wounds: a feasibility study. *Ann Plast Surg* 72(2):220-4, 2014.
76. Dilbaz B, Kaplanoğlu M, Kaplanoğlu DK. Teletıp ve Telesağlık: Geçmiş, Bugün ve Gelecek. *Avrasya Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dergisi* 4(1):40-56, 2020.
77. Cloyd B, Thompson J. Virtual Care Nursing: The Wave of the Future. *Nurse Leader* 18(2):147-150, 2020.
78. Purabdollah M, Ghasempour M. Tele-Nursing new opportunity for nursing care in COVID-19 pandemic crisis. *Iran J. Public Health* 49(1):130-131, 2020.
79. Mataxen PA, Webb LD. Tele-health Nursing: More than just a phone call. *49(4):11-13*, 2019.
80. Kuriakose JR. Telenursing an emerging field. *International Journal of Nursing Education* 3(2):52-55, 2011.
81. Güzel K. Cerrahi bilimlerde inovatif yaklaşımlar. *Iksad Publications*, s. 100- 110, Ankara, 2021.
82. Arafah S, Juliana J. Yüz yüze konferans ve telekonferans kullanımı arasındaki memnuniyet düzeyinin çalışan performansı üzerinde karşılaştırılması. 6. Uluslararası Siber ve BT Hizmet Yönetimi Konferansı. *IEEE*: s. 1-6, 2018.
83. Uzun Ö. Klinikte tele sağlık. 4. Uluslararası 12. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, s. 292-293. Antalya, 13-16 Ocak 2022.
84. Shimizu T, Onaga H. Study on acoustic improvements by sound-absorbing panels and acoustical quality assessment of teleconference systems. *Applied Acoustics* 139:101-112, 2018.
85. Şantaş G, Şantaş F. Pozitif teknolojilerin sağlık hizmetlerinde ve hasta katılımında rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 10(1): 131-137, 2020.

86. Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
87. Mohd A, Chakravarty A. Patient satisfaction with services of the outpatient department. Medical Journal Armed Forces India 70(3):237-242, 2014.
88. Çetin ML. Genel veya spinal anestezi altında yapılan elektif histerektomi operasyonlarında, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve hasta memnuniyetinin anket çalışmasıyla karşılaştırılması, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2012.
89. Koçak N. Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde hasta-personel iletişiminin hasta memnuniyetine etkisi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
90. Burch T, Seipel SJ, Coyle N, Ortega KH, Dejesus O. Postoperative visual analog pain scores and overall anesthesia patient satisfaction. Critical Care Nursing Clinics of North America 29(4):419-426, 2017.
91. Ünal D, Öztürk A, Tolga Y, Taşdelen C, Yazlak Z, Ögüt E, Elmalı F. Kayseri Devlet Hastanesinden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3(8):85-97, 2008.
92. Ercan N. Pilonidal sinüs ameliyatı olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkisi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2020.
93. Muaz G. Günübirlik cerrahi ile katarakt ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ile telefonla hasta izleminin hastaların iyileşme sürecine ve günlük yaşam aktivitelerine etkisinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2018.
94. Temel M, Kutlu FY. Depresyon tanılı bir hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli temelinde bir bakım planı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 27(1):91-103, 2019.

95. Temel E. Onkolojik cerrahi geçiren hastalarda hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeye etkisi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.
96. Karabulut N, Yaman Aktaş Y. Siz ameliyata hazırsınız peki ya ben: Kanıta dayalı uygulamalar ile psikolojik hazırlık. Gürsoy A, Editör. Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri s.1-11, Ankara, 2020.
97. Çilingir D, Uzun Şahin C. Erken kalktım yol aldım: Postoperatif planlı mobilizasyonda kanıta dayalı uygulamalar. Gürsoy A, Editör. Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri s. 35-39, Ankara, 2020
98. Sarıgöl Ordin Y, Karayurt Ö. Acıktım: Preoperatif beslenmede kanıta dayalı uygulamalar. Gürsoy A, editör. Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri s. 12-8, Ankara, 2020.
99. Tore N, Mete O, Gökkurt A, Bağlan Yentür S, Tuna Z, Oskay D. Gazi Üniversitesi fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü el rehabilitasyonu ünitesi 2011-2015 yılları arası hasta profili. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(2):1-9, 2016.
100. Şakrak T, Mangır S, Körmutlu A, Cemboluk Ö, Kıvanç Ö, Tekgöz A. 1205 El yaralanması olgusunun retrospektif analizi. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi 17(3):134-138, 2010.
101. Umay E, Gürçay E, Çevikol A, Noyan S, Yüzer S, Çakıcı A. El tendon yaralanmalarının rehabilitasyonunda erken ve geç mobilizasyon sonuçlarının karşılaştırılması. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 55(4):147-152, 2009.
102. Rosberg HE, Carlsson KS, Cederlund RI, Ramel E, Dahlin LB. Travmadan sonraki ilk yıldaki ciddi el ve kol yaralanmalarının maliyetleri ve sonuçları prospektif bir çalışma. BMC halk sağlığı 13(1):1-7, 2013.
103. Işıkhani V. Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 29(1):1-26, 2018.

104. Karataş Z. Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başaııkmadaki etkisi. Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Rize, 2011.
105. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi 14:217-231, 2017.
106. Ergezen FD, Kol E. Karşılanamayan hemşirelik bakımı. J Educ Res Nurs 18(4): 467-472, 2021.
107. Sayılan AA, Boğa SM. Hemşirelerin iş stresi, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 20(1):11-22, 2018.
108. Çam R, Asar AS. Total kalça protezli hastalara verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 12(4):220-233, 2019.
109. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 8(1):34-40, 2012.
110. Faydalı S, Bayraktar N. Yanıklı hastaların ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 13(1):47-60, 2011.
111. Bıçkı A. Erişkin yoğun bakım ünitesinden taburcu olacak hastaların bakım vericilerine yönelik “Planlı Taburculuk Eğitiminin” güvenli hasta bakımına ve bakım yüküne etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
112. Erdek FÖ, Gözutok ÇK, Merih YD, Alioğulları A. The effects of training inpatients and their relatives about infection control measures and subsequent rate of infection. İstanbul Kuzey Klinikleri 4(1),30-36, 2017.
113. Dumlu E, Bozkurt B, Tokaç M, Kıyak G, Özkardeş A, Yalçın S, Kılıç M. Cerrahi hastalarda malnütrisyon ve beslenme desteği. Ankara Medical Journal 13(1):33-39, 2013.
114. Kuru N, Piyal B. Gülhane askeri tıp akademisi eğitim hastanesine başvuran koroner arter hastalığı tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 11(3):287-298, 2012.

115. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 7(11):619-626, 2011.
116. Kang Y, Yang IS, Kim N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research* 4(1):45-55, 2010.
117. Büyükyılmaz F, Şendir M. Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(1):74-79, 2009.
118. Sözen KK. Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde görülen erken dönem komplikasyonlarının değerlendirilmesi. *Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi* 3(3):212-222, 2020.
119. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 13(2):129-138, 2016.
120. Ozan ZT, Ataseven H. Uyku bozuklukları ve gastrointestinal sistem. *Bozok Tıp Dergisi* 8:26-33, 2018.
121. Ay F, Alpar EŞ. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı* 22(1):21-29, 2010.
122. Gupta A. Analgesia techniques for day cases. P. Lemos, P. Jarrett, B. Philip (Eds), *Day surgery. Development and practice.* pp. 209-227 London: International Association for Ambulatory Surgery, 2006.
123. Karabulut N, Yaman Aktaş Y, Gürçayır D, Yılmaz D, Gökmen V. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing* 32(3):16–25, 2015.
124. Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Quality changes in postoperative pain management: Comparison of two periods. *Kafkas J Med Sci* 4(2):62–68, 2014.
125. Demiryas S, Donmez T. Could early postoperative complications be considered as risk factor for recurrence after pilonidal sinus surgery. *Chirurgia* 114(4):475-486, 2019.

126. Ünal N, Gürhan N. Ortopedi ameliyatlarının hastaların benlik saygısı, beden algısı ve durumluk kaygıları üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(2):392-400, 2021.
127. Braimah RO, Ukpong DI, Ndukwe KC, Akinyoola L. Self-esteem following maxillofacial and orthopedic injuries: Preliminary observations in sub-Saharan Africans. *Oral Maxillofac Surg* 23(1):71-76, 2019.
128. Tuncalı D, Toksoy K, Terzioğlu A, Aslan G. Üst ekstremité akut tendon yaralanmaları: epidemiyolojik değerlendirme. *Türk J Plast Surg* 13(2):114-118, 2005.
129. Çakır N. El ve önkol yaralanmalarında yaralanma ciddiyeti ile işe geri dönüş, bozukluk, aktivite, katılım arasındaki ilişkinin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş ve Uğraşı Tedavisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2012.
130. Eisele A, Dereskewitz C, Kus S, Oberhauser C, Rudolf K-D, Coenen M. Factors affecting time off work in patients with traumatic hand injuries: a bio-psycho-social perspective. *Injury* 49(10):1822-9, 2018.
131. Averyt JC, Nishimoton PW. Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care. *Journal of gastrointestinal oncology* 5(5):388-394, 2014.
132. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(1):101-112, 2008.
133. Malinowski J. Facilitating psychosocial adjustment to traumatic amputations: perspectives of occupational therapists. Master Thesis. University Of Puget Sound. Tacoma, Washington, 2011.
134. Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(1):50-56, 2013.
135. Pourbalouch O, Navidian A, Askari H. Assessing the impact of telenursing on self-care in hemodialysis patients: a clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal* 8(4):20-25, 2019.

136. Harkness K, Smith KM, Taraba L, MacKenzie CL, Gunn E, Arthur HM. Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung* 34(3):179-186, 2005.
137. Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim materyali hazırlayarak yaptıkları öğretimin hastalardaki etkinliğinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2008.
138. Çatal AT. Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2017.
139. Coskun H, Senture C, Ustunsoz A. The effectiveness of discharge training for patients after cardiac surgery. *Rehabilitation Nursing* 43(2):1-9, 2016.

8. EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Bu araştırma Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi İle değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Adı Soyadı:

Hastanın İletişim Bilgileri: Ev telefonu:.....

Cep telefonu:.....

Yatış Tarihi:..... Ameliyat Tarihi:.....

1) Yapılmış olan girişim/operasyonu : Belirtiniz.....

2) Ameliyatınızda hangi anestezi türü kullanıldı?

1) Genel (.....) 2) Spinal / Epidural (.....) 3) Lokal (.....)

4) Bölgesel Sinir Blokları (.....)

3) Yaşınız:.....

4) Cinsiyetiniz: 1-Kadın (.....) 2-Erkek (.....)

5) Medeni Durumunuz: 1-Evli (.....) 2-Bekar (.....)

6) Eğitim Durumunuz:

1- Okur yazar değil (.....) 2- İlkokul (.....) 3- Ortaokul (.....)

4- Lise (.....) 5- Üniversite (.....) 6-Yükseklisans ve üzeri (.....)

7) Mesleğiniz:

1- Aylıklı çalışan (.....) 2-Emekli (.....) 3- Serbest meslek (.....)

4- Ev hanımı (.....)

8) Gelir Durumunuz:

1- İyi (.....) 2-Orta (.....) 3- Kötü (.....)

EK 1. HASTA TANILAMA FORMU (Devamı)

9) İkamet ettiğiniz yer:

1- İl (.....) 2- İlçe (.....) 3- Belde (.....) 4- Köy (.....)

10) Alışkanlıklarınız:

Sigara.....paket/gün ay/yıl

Alkol.....paket/gün ay/yıl

11) Kronik bir hastalığınız var mı?

1- Evet (.....) 2-Hayır (.....) Belirtiniz:.....

12) Daha önce hastanede yattınız mı?

1- Evet (.....) 2- Hayır (.....) Belirtiniz:.....

13) Daha hiç ameliyat oldunuz mu?

1- Evet (.....) 2- Hayır (.....) Belirtiniz:.....

14) Ameliyat sonrası hastanede yatış süreniz:

15) Bu ameliyatınızla ilgili size taburculuk eğitimi verildi mi?

1-Evet (.....) 2-Hayır (.....)

16) Evde size bakım verecek biri var mı?

1-Evet (.....) 2-Hayır (.....)

17) Evde bakıma yönelik siz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi aldı mı?

1-Evet (.....) 2-Hayır (.....)

18) Taburculuk eğitimi kim tarafından verildi?

1- Hemşire (.....) 2- Doktor (.....) 3- Fizyoterapist (.....)

19) Plastik-rekonstrüktif cerrahi ameliyatı sonrasında dikkat etmeniz gerekenler hakkında bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Ek 2. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği

Taburculuk eğitimi kim aldı?: ☐Hasta ☐Hasta Yakını

Tamamen Memnunum		Memnunum	Kısmen memnunum	Memnunum değilim	Hiç memnun değilim
1. Taburcu olurken taburculuk işlem sırasının açıklanmasından	5	4	3	2	1
2. Servisten ayrılırken bana ve yakınlarıma hazırlanma sürecinde yardım edilmesinden	5	4	3	2	1
3. Bana ve yakınlarıma yapılan ameliyat hakkında bilgi verilmesinden	5	4	3	2	1
4. Bana ve yakınlarıma soru sormak için fırsat verilmesinden	5	4	3	2	1
5. Bana ve yakınlarıma karşı saygılı davranılmasından	5	4	3	2	1
6. İş görmezlik raporu hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
7. Banyo yaparken su geçirmez flaster, poşet gibi yara yerini koruyan materyallerin kullanılacağı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
8. El temizliğinin ameliyat bölgesi açısından önemi hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
9. Ağız bakımı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
10. Reçetede yazan her bir ilacın kullanımına ilişkin anlaşılır açıklama yapılmasından	5	4	3	2	1
11. Reçetede yazan her bir ilacın kullanımına bağlı bulantı, kusma, ishal gibi yan etkilerin olabileceği konusunda bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
12. İlaçları kullanırken oluşan yan etkilerde ilacın kesilmesi gerektiği hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1

13. İlaçları kullanırken oluşan yan etkilerde hekime başvurulmasıyla ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
14. Ameliyat bölgesinde kızarıklık, akıntı, vücutta yüksek ateş gibi olası enfeksiyon belirti ve bulgularının tanıtılmasından	5	4	3	2	1
15. Ameliyat bölgesinde gelişen enfeksiyon belirtilerinin görülmesi halinde ameliyatı gerçekleştiren hekime başvurulması hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
16. Ameliyat bölgesinde gelişen enfeksiyon belirtilerinin görülmesi halinde hekime ulaşılmıyorsa acilen bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
17. Kontrol için öncelikle ameliyatı gerçekleştiren hekime başvurulacağıyla ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
18. Ameliyat bölgesinin pansuman sıklığı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
19. Ameliyatın yapıldığı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında ameliyat bölgesine pansuman yaptırabileceğiyle ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
20. Ameliyat bölgesindeki dikişlerin alınacağı tarih hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
21. Ameliyatın yapıldığı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında ameliyat bölgesinin dikişlerinin alınabileceğiyle ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1

Ek 3. Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi Formu

Görüşme dakikası:.....

A. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

1) Ameliyat bölgenize yönelik sorun yaşıyor musunuz ? Puanlayınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

2) Yara pansumanı ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

3) Yara Görüntüsü :

1. Pansuman Var 2. Pansuman Yok

4) Yaranızda kızarıklık ve ısı artışı oldu mu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

5) Yaranızda akıntı oldu mu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

6) Yaranızdan kötü koku geliyor mu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

7) Dikişler de gerginlik mevcut mu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

EK 3. TABURCULUK SONRASI KONTROL LİSTESİ FORMU (Devamı)

Verilen bilgi/yönlendirme:

8) Yara açılması var mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

9) İlaçlarınızı kullanım şekli ile sıkıntı yaşıyor musunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

10) Ameliyat sonrası rutin kontrolünüzün ne zaman olduğunu biliyor musunuz?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

B. Beslenme-Metabolik Durum

11) Ameliyat sonrası beslenmenizde bir değişiklik oldu mu?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

12) Taburculuk sonrası evinizde sigara, alkol tüketimi ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

13) Uyguluyor musunuz?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

14) Spor için yapmak için bilgi aldınız mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

15) Uyguluyor musunuz?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

C. Boşaltım Biçimi

16) Ameliyat sonrası kabız yada ishal oldunuz mu?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

17) Ameliyat sonrası idrar yapma ile ilgili sorun yaşadınız mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

D. Aktivite-Egzersiz Biçimi

18) Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için enerjiye sahip misiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

19) Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli bilginiz var mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

20) Banyo gibi hijyeninizi sağlamakla ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme :

21) Hangi tür hareketleri kısıtlamanız gerektiğini biliyor musunuz?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme :

E. Uyku ve Dinleme Biçimi

22) Uyurken pozisyon değişimi ile ilgili kaygı yaşadınız mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme :

F. Bilişsel Algılama Biçimi

23) Ameliyat yerinde ağrı şikayetiniz oluyor mu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

24) Bunun için yaptığınız bir uygulama var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

G. Kendini Algılama ve Benlik

25) Ameliyattan sonra kendinizi nasıl hissettiniz ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok kötü Çok iyi

Verilen bilgi/yönlendirme:

26) Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

27) Kendinizi suçlu hissettiniz mi?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

H. Rol ve İlişki Biçimi

28) İşe ne zaman geri döneceğiniz ile ilgili bilginiz var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

I. Cinsellik ve Üreme

29) Cinsel perhizi gerektirecek bir girişim var mı? Buna yönelik her hangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme:

İ. Baş etme ve Stres

30) Ameliyat sonrası dönemde stresli durumlarla başedebildiniz mi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

F. Değer ve İnançlar

31) Ameliyat sonrası dönemde dini inanç ve uygulamalarınızda zorlandınız mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Oldukça fazla

Verilen bilgi/yönlendirme:

32) Başka danışmak istediğiniz bir konu var mı ?

1. Evet (.....) 2. Hayır (.....)

Verilen bilgi/yönlendirme :

Ek 4. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Sonrası Evde Bakım Kitapçığı

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ SONRASI EVDE BAKIM KİTAPÇIĞI

Hemşire Tuğba YANIK DEMİR
Danışman: Doç. Dr. Elif KARAHAN

ZONGULDAK 2020

Bu kitapçık Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde plastik ve rekonstrüktif cerrahisi uygulanan hastalar için hazırlanmıştır. Amacımız, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalara bu kitapçıkla verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin taburcu olduktan sonra telekonferans yöntemi ile değerlendirilmesidir.

Taburculuk eğitimimizin amacı, ameliyat sonrası yaşanan sorunlar ile daha rahat başa çıkarak, kendi kendinize bakım davranışlarını geliştirmenize yardımcı olmaktır. Bu eğitim kitapçığında size belirli başlıklar altında bilgi vereceğiz. Bunlar; sağlığın algılanması ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım biçimi, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama ve benlik, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üreme, başatma ve stres, değer ve inançlar gibi konuları altında verilen bilgiler size iyileşme sürecinizde yardımcı olacaktır.

A. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi:

- * Ameliyat sonrası dikişler alınıncaya kadar ameliyat bölgesine su değdirmeyin, gerekirse yara yerinizi koruyarak banyo yapınız. Örneğin, ameliyat bölgenizi su geçirmeyen örtüler ile sararak koruyabilirsiniz.
- * Ameliyat bölgesinde ağrı, şişlik yada ödem oluşmasını önlemek ve şikayetleri gidermek için ameliyatlı bölge kalp seviyesinden yüksekte olacak şekilde yastık ile destekleyiniz.
- * Eğer ateliniz var ise; atel uygulamanız devam ettiği sürece ateli olan bölgenizi yüksekte tutmalı, geceleyin yatarken de ateli bölgenizi alttan 1-2 ince yastıkla desteklemelisiniz.
- * Basınca bağlı yatak yarası gelişimi açısından riskli hasta iseniz (yaşlı yada kan dolaşım bozukluğu gibi) sürekli aynı pozisyonda durmaktan kaçınarak en az 2 saatte bir pozisyon değişimi yapmalısınız.
- * Bakteriler yara yerinde enfeksiyona neden olduğunda ameliyat bölgesinde şişlik, kızarıklık, akıntı, morarma, kötü koku gibi belirtiler oluşabilir. Bu belirtiler açısından günlük yaranızı takip ediniz. Bunlar sizde mevcut ise hemen doktora başvurunuz. Diğer enfeksiyon belirtileri ateş, iştahsızlık, yorgunluk, bulantı, kusma, ishal, boğaz ağrısı gibi şikayetleriniz mevcut ise doktorunuza danışınız.

* Yara iyileşmesini olumsuz etkileyecek riskli hasta iseniz (diyabetiniz varsa, bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi alıyorsanız, obeziteniz mevcut ve şiddetli öksürüyorsanız) yaranızı yakın takip ediniz. Karşılaşacağınız sorunlardan biri yara yeri ayrılmasıdır. Yara yerinin ayrılmasına ait yara yerinde kızarıklık, ağrı, ameliyat dikişlerinin ayrılması gibi bulgular izler. Sizde bunlar geliştiğinde derhal doktorunuza başvurunuz.

* Yara yeri pansumanını doktorunuzun size önerdiği şekilde yakın bir sağlık kurumunda yaptırınız.

* Tüm ilaçlar doktorun önerdiği şekilde düzenli kullanılarak 10 gün sonra poliklinik kontrolüne geliniz.

B. Beslenme-Metabolik (Enerji) Durum:

* Ameliyat sonrası size söylenecek saatte beslenmenize başlamalısınız. Çünkü açlık, bağırsak zarının yapısını bozar ve bununla beraber bakteriyel üremeye neden olur. Beslenmeye sıvı gıdalarla yavaş yavaş başlayıp, sonra katı gıdalara geçiniz. Bulantı-kusmanız olursa bildiriniz.

* Ameliyat sonrasında iyileşmenin hızlı bir şekilde devam etmesi için beslenmenize dikkat ediniz.

* Sebze ve meyveden zengin beslenerek, sizin için sakıncası yoksa günde 2-3 litre su içiniz.

*Yara iyileşmesini hızlandıran proteinden (et, süt, yumurta ve kuru baklagillerden mercimek, nohut, fasulye, bakla, soya fasulyesi ve bezelye gibi) ve A, C, E vitamininden zengin beslenmeye özen gösterin.

*Diyabetiniz var ise günlük kan şekeri kontrolünüzü yapınız. (aksi takdirde kan şekeri yüksekliği yara iyileşmesini bozabilir.)

* Doktor tarafından ek öneri gelmedikçe taburcu olurken verilecek özel bir diyet uygulaması yoktur, normal beslenme alışkanlığınızda dönebilirsiniz.

* Diş sağlığınız için dişlerinizi günde en az iki kere fırçalayınız.

* Enerji düzeyinizin artması ve kendinizi daha iyi hissetmeniz için yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösteriniz.

* İştah kaybı geliştirse, bunu geri kazanmak için, hem sindirime yardımcı olması hemde yeterli beslenme olanağı sağlaması için sık sık, azar azar yemek yiyiniz.

* Sigara ve alkol iyileşme sürecini geciktireceğinden ameliyat sonrası ilk 3 hafta kullanmayınız.

C. Boşaltım:

* Hastanede yattığınız sürece bağırsak alışkanlığınız değişmiş olabilir. Cerrahi sonrası gelişen kabızlık şikayetleri genelde anestezi, kullanılan ilaçlar yada değişik gıda tüketiminden kaynaklıdır. Sizin için sakıncası yoksa günlük aldığınız sıvı miktarını artırarak lifli besinler tüketebilirsiniz. (Lifli besinlere örnek olarak tam buğday unundan yapılmış ürünler, elma, portakal, armut, incir, kuru kayısı gibi yaş ve kuru meyveler, nohut, mercimek gibi kurubaklagiller, kuru yemişler ve bezelye gibi)

* Uzun süre aç kalmanız kabızlığı artıracağından sık sık, az az beslenmelisiniz.

* Sabah kahvaltıda yarım saat önce bir bardak ılık su içiniz. (bağırsaklarınızı uyarak boşaltıma yardımcı olacaktır.)

* İdrar çıkışınızı ve idrar renginizi takip ediniz. İdrar da yanma, renginde koyulaşma, sık idrara çıkma şikayetiniz olursa doktorunuza başvurunuz.

* Terleme ve koku sorunu yaşıyorsanız yaranızı koruyarak banyo yapınız. Eğer bu mümkün değil ise vücut silme banyosu yapabilirsiniz.

D. Aktivite-Egzersiz:

- * Ameliyat sonrası anestezi, ağrı kesiciler, uzun süre ayağa kalkamamak, akciğerlerde balgam birikmesine, nefes darlığı, öksürük şikayetlerinizin gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle ameliyat sonrası öksürme ve derin solunum egzersizleri yapmak, sakıncası yoksa sıvı alımını artırmak ve bol yürüyüş yaparak bu şikayetlerinizin gelişmesini engellemiş olursunuz.
- * Ameliyat sonrası gelişecek sorunları önlemek için özellikle ilk 24 saat içinde yürüyüş yapınız. Ameliyat günü iki saat ve diğer günlerde de taburcu olana kadar günde altı saat yatak dışında kalmanız gerekmektedir. Erken ayağa kalkamayacak durumunuz ve hareket edemeyecek hastalığınız var ise yatak içi egzersizler yapınız. Bunlar; ayaklarınızı dizden bükme ve uzatma, ayak bileklerini sağ ve sola döndürme, ayaklarınızı pedal gibi çevirerek hareket ettirme ve bacaklarınızı yatak seviyesinden yükselterek tekrar eski pozisyona getirme gibi egzersizler yapınız.
- * Ameliyat sonrası dolaşım sistemine ait en sık karşılaşılan sorunlardan biri de derin ven trombozu (DVT)'dir. Derin ven trombozu açısından riskli hasta iseniz ameliyat öncesi ve sonrası dönemde doktorunuza danışarak varis çorabı giymelisiniz.
- * Ameliyat bölgesinin kanlanması sağlamak için o bölgeyi 3 hafta basıdan korumalısınız ve baskı altına alacak işlerden ve spor egzersizlerinden kaçınınız.
- * Atel ile hareketsiz tutulan ameliyat bölgeniz 1 hafta sonra doktorunuz önerisi ile kısıtlı egzersizlere başlayabilirsiniz ve Fizik Tedavi doktorlarının belirleyeceği süre sonunda (genelde 2. veya 3. haftada) size önerdiği aktif egzersizlere başlayabilirsiniz.
- * Başladığınız egzersizleri düzenli bir şekilde yaparsanız, geri dönüşümü zor olan eklem anormal bir şekil almasını engellemiş olursunuz.
- * Kademeli olarak normal günlük aktivitelerinize devam edebilirsiniz.

E. Uyku ve Dinleme Biçimi

- * Ameliyat sonrası eve döndüğünüzde uyumakta zorlanıyorsanız, uykuya geçişi kolaylaştırmak ve kas gerginliğini engellemek için, sessiz bir ortam seçin. Dinlenmek için en sevdiğiniz rahatlatıcı müziği açınız.
- * Her zamanki uyku pozisyonunuzu almak için ameliyat bölgenizi koruyarak kendinize yastıklarla destek yapabilirsiniz.
- * Uyku öncesi ılık duş alabilir yada kitap okuyarak kendinizi uykuya hazırlayabilirsiniz.
- * Gevşeme yöntemlerini deneyebilirsiniz, bunlar derin soluk alıp verme, sakinleştirici masaj gibi.
- * Bu yöntemler etkisiz olduğunda ve uyku probleminiz süreklilik haline geldiğinde hekiminize danışmalısınız.

F. Bilişsel (Zihinsel) - Algılama Biçimi

- * Cerrahi yaralarınız iyileşene kadar ağrı ve rahatsızlık hissedebilirsiniz. Ameliyatta bulunduğunuz pozisyona bağlı boynunuzda ve omuzlarınızda kas ağrısı olabilir. Stresli olmanız da kas gerginliğine neden olur. Kas ağrısı ve gerginliği için rahatlatıcı sırt masajı yaptırabilirsiniz.
- * Ameliyat yerinizde iyileşmeye bağlı ağrı, karıncalanma, ciltte kaşıntı görülebilir bunun için doktorunuzun önerdiği ağrı kesicileri alabilirsiniz. Böylece kaşıntıya bağlı ameliyat yerinin zedelenmesi önlenir. Ağrı artarsa doktorunuza başvurunuz.

* İleri yaşta olup, yeni bilgi ve becerileri öğrenemede güçlük çekiyor, akılınızda tutamıyor, unutkanlık, dalgınlık hali, dikkatinizi toparlayamıyorsanız öncelikli olarak yakınınızdan yardım almalısınız. Kendiniz için anımsatıcı objeleri uygun yerlere koyunuz. Yakınız ile sürekli sözel olarak hatırlatmalar yaparak, yalnız düşündüğünüz bilgileri düzeltiniz.

G. Kendini Algılama ve Benlik

* İyileşme sırasında kendinizle ilgili korku, endişe yaşayabilirsiniz. Kendinizi algılamanızdaki bu değişikliği, dikkatinizi başka yöne çekerek örneğin kitap okuma, film seyretme, yürüyüş gibi aktiviteler yaparak enerjinizi kendinize yönlетеbilirsiniz.

* İyileşme süreciniz de olumlu olumsuz süreçler olacağından cesaretinizi kırmadan ilerlemeye odaklanın.

* İyileşme süreciniz devam ettikçe olumsuz duygular zamanla azalacaktır umutsuzluğa kapılmayınız.

H. Rol ve İlişki Biçimi

* İyileşme süreniz tamamlandıktan sonra çalışabilecek duruma geldiğinizde hekiminizin önerisine göre çalışma veya eğitim yaşamınıza dönebilirsiniz.

* Aileniz ve arkadaşlarınız ile duygularınız hakkında konuşarak kaygı ve stresinizi azaltabilirsiniz.

* Aynı şekilde aileniz yada arkadaşlarınız ile vakit geçirerek ve bir aktivite ile meşgul olarak olumsuz düşüncelerin uzaklaşmasını sağlayabilirsiniz. (Pandemi sürecine dikkat ederek)

*Gereksinim duyduğunuz işlerde (örn. yemek yapma, ev işleri vb.) gerekli olan araç gereç temininde evde yakınınızdan yardım isteyiniz.

I. Cinsellik ve Üreme

* Cinsel organınızı etkileyecek bir ameliyat geçirmediyseniz, kendinizi hazır hissettiğinizde cinsel yaşamınıza dönebilirsiniz.

* Cinsel yaşama uyum için, duygularınızı eşiniz/partnerinizle paylaşın ve sevginizi sarılıp, elini tutarak ifade edebilirsiniz. (Pandemi sürecine dikkat ederek)

İ. Baş etme ve Stres

* Geçirdiğiniz ameliyat sonrası iyileşme sürecinin daha sağlıklı olması için doktorunuzun önerilerini uygulayın ve bu sürecin biteceğini unutmayınız.

* Bilmediğiniz konular hakkında sorular sorarak stresinizi azaltabilirsiniz.

* Düşleme, stres yönetimi tekniklerinden biridir. Düşleme ile farklı bir yerde olmayı düşünmek, fiziksel olarak rahatlamayı ve gevşemeyi sağlar. Sizde bu yöntemi stresli olduğunuzda kullanınız. (örn; manzaraları, sesleri, kokuları, zevkleri ve hissi hayal etmek)

* Kendinizi dış ortamdan soyutlamayınız aileniz ve arkadaşlarınız ile etkileşim içinde olunuz. (Pandemi sürecine dikkat ederek)

* Ailenizden destek alarak başarabileceğiniz aktiviteleri planlayınız.

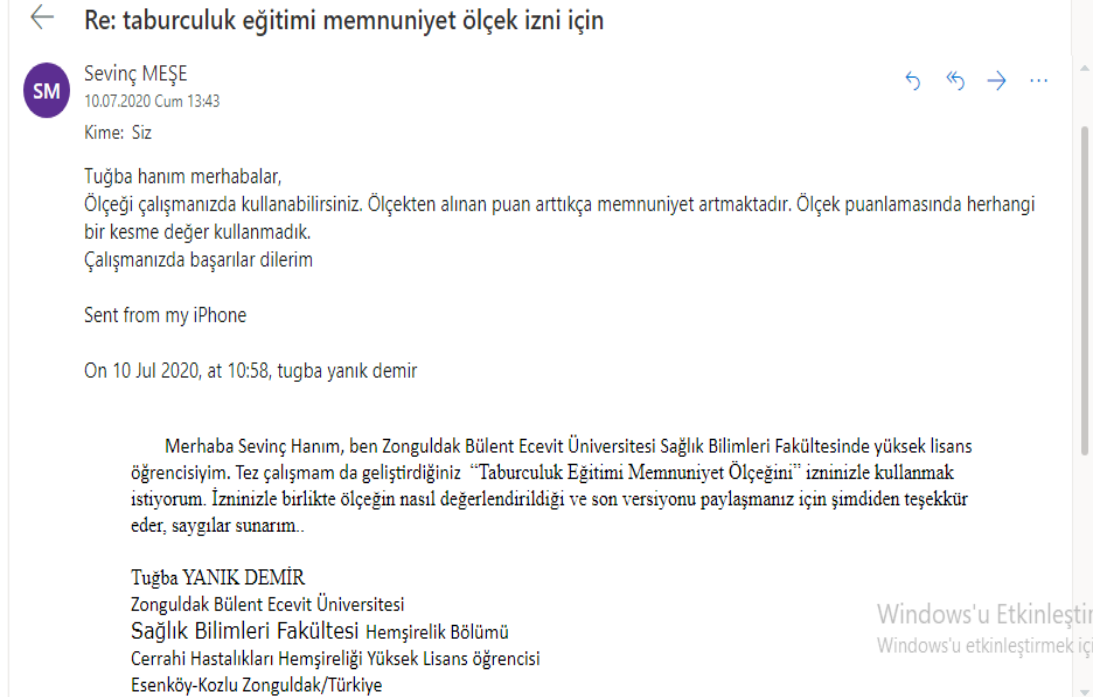
F. Değer ve İnançlar

* Ailenizle aklınıza gelen tüm konular için fikir alışverişinde bulununuz. Sizin için değerli olan konuları önemseyiniz, hastalığınız buna engel olamaz.

* Empati ve iyi niyetinizi aileniz için daima ön planda tutun.

* İbadetinize devam edebilirsiniz. Ancak yara iyileşmesini engelleyecek hareketlerden kaçınınız.

Ek 5. Ölçek Kullanım İzin Yazısı



Ek 6. Etik Kurul Onay Formu

Kayıt Tarihi: 27.07.2020	Protokol No: 945
27.07.2020	
 T.C ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI	
ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Anket
BAŞLIK:	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi ile Değerlendirilmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI:	Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN
KARAR:	UYGUN

ETİK KURUL ÜYELERİ 1-Prof. Dr. Ertuğrul YILDIRIM (Başkan) 2- Prof. Dr. Ali ARSLAN 3- Prof. Dr. Ahmet Ferda ÇAKMAK 4- Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER 5- Doç. Dr. Ahmet EFİLOĞLU 6- Doç. Dr. Ahmet Erkan KOCA 7- Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN	İMZA
---	-------------

29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile kabul edilmiştir.

Ek 7. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/08/2020-34716

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Enstitü Yönetim Kurulu

Tarih : 21.08.2020
Sayı : 2020/24

TOPLANTIYA KATILANLAR

Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ (Müdür Vekili)
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ (Üye)
Doç. Dr. Seda CENGİZ (Üye)
Dr. Öğretim Üyesi Fırtınan KÖKTÜRK (Üye)

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR

Doç. Dr. Zehra SAĞI ÖZ (Müdür- İzinli)
Doç. Dr. Baran Can SAĞLAM (Müdür Yrd.- İzinli)

Enstitü Yönetim Kurulu çoğunluğu sağlanarak Enstitü Müdür Vekili Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ başkanlığında 21.08.2020 tarihinde saat 14:00'da aşağıdaki gündem maddelerini görüşmek üzere toplandı.

MADDE 01

Tez Konusu
Tuğba
YANIK DEMİR

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 15.08.2020 tarih 33995 sayılı yazı ve eki "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:10) okundu.

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının teklifleri doğrultusunda Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tuğba YANIK DEMİR'in tez konusunun, "ZBEÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin 23. maddesi gereği, "Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi İle Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.



Ek 8. Tez Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/12/2020-52318



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/302.08.01/
Konu : Tez Çalışması

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Merkezimizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Tuğba YANIK DEMİR'in "Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi ile Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını yapması Merkezimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğine arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Şenay ÖZDOLAP ÇOBAN
Başhekim

Ek :
Görüş (1 sayfa)



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

SAYI : 93733444-163
KONU: Tez Çalışması Hk.

03.12.2020

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİNE

İlgi: 24.11.2020 tarih ve 50422 sayılı yazınıza cevaben;
Anabilim Dalımıza gönderilen ilgi tarih ve sayılı yazınızda belirtilen konu ile ilgili olarak; Merkezimizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Tuğba YANIK DEMİR'in Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi ile Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını bölümümüzde yapmasının uygun olduğu hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.A.Eksal KARGI
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD. Başkanı

Ek 9. Hastalar İçin Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/4
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sizi Tuğba YANIK DEMİR tarafından yürütülen “**Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi İle Değerlendirilmesi**” başlıklı tez araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Tuğba YANIK DEMİR

Danışman: Doç. Dr. Elif KARAHAN

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi İle değerlendirilmesidir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Araştırma yarı deneysel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisinde yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üstü, Plastik-rekonstrüktif cerrahi uygulanmış, iletişim kurulabilen, ulaşılabilen tüm hastalar alınacaktır.

Hasta tanılama formu, hastanın bireysel özelliklerini ve cerrahi girişime ilişkin bilgileri içeren, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından belirlenen on dokuz sorudan oluşturulmuştur. **Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Kontrol Listesi;** bu form hastaların taburculuk sonrası sağlık durumlarını, komplikasyonlarını ve hasta bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur.

Telekonferans yöntemi ise, birbirinden uzak ama bir telekomünikasyon sistemi ile bağlantılı birkaç kişi arasında canlı bilgi alışverişi ifadesidir. Bu çalışmada da, akıllı telefon ile, kesintisiz internet erişimin olduğu bir ortamda, WhatsApp programı aracılığı ile görüntülü ve sesli görüşme yapılarak alınan bilgiler forma işlenecektir. Yara pansumanı açık olan hastaların yara yeri için izni ile değerlendirilerek ve görüşme esnasında bilgi gereksinimleri giderilecektir. Görüşme de her soru için en az 1 dakika ayrılacaktır.

Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği; Geliştirilen bu ölçek sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda taburculuk eğitimine yönelik hasta memnuniyetinin ölçülmesi gereken durumlarda kullanılmaktadır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

- Zonguldak BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi
Araştırmanın Süresi: Başlangıç:01.09.2020 Bitiş: 30.04.2021

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: Araştırmanın örneklemini ulaşılabilen tüm hastalar oluşturacaktır. **Size Getirebileceği Olası Faydalar:**

Bu çalışmayla Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Hasta Memnuniyetinin Telekonferans Yöntemi İle etkinliği değerlendirilmiş olacaktır.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Bulunmamaktadır.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Doç. Dr. Elif KARAHAN
- Tuğba YANIK DEMİR

İletişim Kurulacak Kişi:

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için **günün 24 saatinde** **no' lu telefondan Tuğba YANIK DEMİR' e** ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilecektir.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu İnsan Araştırmalarına hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/....../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Tuğba YANIK DEMİR, İlk, orta ve lise öğretimini aynı ilde tamamladı. 2009 yılında Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2010 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde hemşire olarak göreve başladı. 2010-2019 yılları arasında genel cerrahi kliniğinde, 2019 ve halen Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde hemşire olarak göreve devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

Yayınlar;

Karahan, E., Köstekli, S., Çelik, S., & Demir, T. Y. (2020). Meme Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 230-243.

Cerrahi Girişim Sonrası Hasta Eğitiminde Bir Araç: Telekonferans Yöntemi, Uluslararası Lisansüstü Çalışmalar Kongresi (IGSCONG`21), Online Sunum.