



**ÜRETEROSKOPİ OLAN VE DOUBLE J STENT
YERLEŞTİRİLEN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI KAYGI VE
TABURCULUĞA HAZIR OLUŞ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Muazzez Merve TORAMAN
Cerrahi Hastalıkları Hemőireliğı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Dilek GÜRÇAYIR

Yüksek Lisans Tezi-2022

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜRETEROSKOPİ OLAN VE DOUBLE J STENT
YERLEŞTİRİLEN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI KAYGI VE
TABURCULUĞA HAZIR OLUŞ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Muazzez Merve TORAMAN

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Dilek GÜRÇAYIR**

**ERZURUM
2022**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi.....	4
2.1.1. Böbrekler	4
2.1.2. Üreterler	5
2.1.3. Mesane	5
2.1.4. Üretra	6
2.2. Üriner Sistem Taş Hastalığı	6
2.2.1. Epidemiyoloji.....	7
2.2.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	7
2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular	8
2.2.4. Tanı Yöntemleri	9
2.2.5. Tedavi ve Bakım.....	10
2.4. Üreteroskopi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı	13
2.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	13
2.4.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	13
2.5. Kaygı.....	14

2.5.1. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı.....	15
2.6. Hasta Eğitimi	16
2.7. Taburculuğa Hazır Oluşluk.....	18
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	22
3.5. Veri Toplama Yöntemi	22
3.5.1. Veri Toplama Araçları	22
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25
3.5.2.1. Hemşirelik Girişimi	27
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	48
EKLER	60
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	60
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	61
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	62
EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	63

EK-5. KURUM İZİNLERİ	65
EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU	67
EK-7. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ	69
EK-8. AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ	71
EK-9. TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ HASTA ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU	72
EK-10. YETİŞKİN HASTALAR İÇİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ-HEMŞİRE DEĞERLENDİRME KISA FORMU	73



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda beni destekleyen, tezimin tüm aşamalarında değerli bilgi ve katkıları ile bana yol gösteren, değerli zamanını ayıran ve yardımını esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr.Üyesi Dilek GÜRÇAYIR'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Lisansüstü eğitimim boyunca ilgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan, tezime kıymetli katkılar sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Neziha KARABULUT'a,

Tezimin değerlendirilmesinde değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Yeşim YAMAN AKTAŞ'a,

Tezimin istatistiksel analizlerinin yapılmasında desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nihan TÜRKOĞLU'na,

Bu çalışmayı TYL-2021-9809 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Araştırmaya katılan tüm hastalara, hazırladığım eğitim kitapçığını inceleyerek geliştirmemde görüşlerine başvurduğum kitapçığın son şeklini almasını sağlayan tüm hocalarıma, araştırmanın yürütülmesi sırasında yardımlarını esirgemeyen üroloji doktorları, hemşireleri ve personellerine,

Bu süreçte destekleriyle her daim yanımda olan arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında varlıkları, maddi ve manevi sonsuz destekleri ile yanımda olan sevgili anneme, babama, biricik küçük kardeşime ve her daim destekleriyle yanımda olan canım kardeşim, ikizim Arş. Gör. Rumeysa Lale TORAMAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Muazzez Merve TORAMAN

ÖZET

Üreteroskopi Olan ve Double J Stent Yerleştirilen Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu çalışma üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Randomize kontrollü deneysel türde olan araştırma verileri Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri'nde Kasım 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırma örneklemini basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen ve araştırma kriterlerine uyan 122 (61 eğitim grubu, 61 kontrol grubu) hasta oluşturdu. Eğitim grubu hastalarına eğitim kitapçığı ile ameliyattan bir gün önce ameliyat öncesi bilmesi gerekenler ve taburcu olmadan önce double j stent ile ilişkili evde karşılaşılabileceği sorunlara yönelik taburculuk eğitimi verildi. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ), Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu kullanıldı.

Bulgular: Eğitim grubundaki hastaların ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı düzeyde düşük bulundu. Eğitim grubundaki hastaların ameliyat sabahı ve taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı düzeyde düşük bulundu. Eğitim grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sonuç: Araştırma bulgularında üreteroskopi sonrası double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygıyı azalttığı ve taburculuğa hazır oluşluk düzeyini yükselttiği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: double j stent, hasta eğitimi, hemşire, kaygı, taburculuğa hazır oluş, üreteroskopi

ABSTRACT

The Effect of Training Given to Patients who Underwent Ureteroscopy with Double-J Stent Placement on Anxiety before and after Surgery and Readiness for Discharge

Aim: This study was conducted to determine the effect of training given to patients who underwent ureteroscopy with double-j stent placement on their pre- and post-operative anxiety and readiness for hospital discharge.

Material and method: The data of the randomized controlled experimental research were collected at Atatürk University Health Application and Research Hospital Urology Clinics between November 2021 and May 2022. The study sample consisted of 122 patients (61 in the training group, 61 in the control group) who were selected by the simple random sampling method and met the research inclusion criteria. The day before the operation, the training group patients were provided with a training booklet for what they needed to know before the operation and discharge training for the problems they may face at home associated with a double-j stent. The Descriptive Information Form, State-Trait Anxiety Inventory (STAI-I, STAI-II), Surgery Specific Anxiety Scale (SSAS), Readiness for Hospital Discharge Scale for Adult Patients-Short Form and Readiness for Hospital Discharge Scale- Adult-Nurse Assessment Short Form were used to collect the data.

Results: The mean SSAS score of the patients in the training group on the morning of surgery was found to be significantly lower than that of the patients in the control group. The mean STAI scores of the patients in the training group on the morning of surgery and before discharge were significantly lower than those in the control group. The Readiness for Hospital Discharge Scale for Adult Patients-Short Form and Readiness for Hospital Discharge Scale- Adult- Nurse Assessment Short Form score averages of the patients in the training group were found to be significantly higher than the patients in the control group.

Conclusion: According to the study results, it was concluded that the training given to patients who underwent double-j stent after ureteroscopy reduced pre- and post-operation anxiety and increased the level of readiness for discharge.

Key Words: anxiety, double j stent, nurse, patient training, readiness for discharge, ureteroscopy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÖKÖ	:	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
DJ	:	Double J Stent
DKÖ	:	Durumluk Kaygı Ölçeği
DÜSG	:	Direkt Üriner Sistem Grafisi
EAU	:	European Association of Urology
ESWL	:	Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi
PCNL	:	Perkütan Nefrolitotripsi
SKÖ	:	Sürekli Kaygı Ölçeği
URS	:	Üreteroskopi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Planı 32



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 4.1. Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.2. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce DKÖ, SKÖ ve AÖKÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.3. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce ve Ameliyat Sabahı AÖKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	36
Tablo 4.4. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce ve Ameliyat Sabahı AÖKÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce, Ameliyat Sabahı ve Taburcu Olmadan Önce DKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	37
Tablo 4.6. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce, Ameliyat Sabahı ve Taburcu Olmadan Önce DKÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	38
Tablo 4.7. Eğitim ve Kontrol Grubunun Taburcu Olmadan Önce Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ

Üriner sistem taş hastalığı tüm toplumları etkileyen önemli bir sağlık sorunu olup görülme oranı giderek artmaktadır. Prevalansı ve insidansı dünyanın farklı bölgelerinde artmakla beraber ülkemizde %11.1 prevalans ile oldukça yüksek prevelansa sahiptir.¹

Son yıllarda üriner sistem taş hastalığının tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Günümüzde üriner sistem taş hastalığının tedavisinde uygulanan standart tedavi seçenekleri Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi (ESWL), Üreteroskopi (URS), Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRS), Perkütan Nefrolitotripsi (PCNL), laparoskopik ve açık taş cerrahisidir.²

Üreteroskopi (URS), alt üriner sistem taşları için çok elverişli bir yöntemdir. Fleksibl üreteroskopun, lateral kaliksler/ alt uçtaki lezyon ya da taşlara ulaşabilmek amacıyla böbrek içi toplama sistemi ve distal üreteri kapsayan üst üriner yolun tümüne yerleştirilmesi ve taş kırıcı ile kırılarak ya da basket kateter ile bütün olarak alınmasını içeren işlemlerin bütünüdür.³

Hastalara üreteroskopi sonrası postoperatif üreter obstruksiyonunu en aza indirmek, böbreğin fonksiyonlarını korumak ve üreteral ödeme bağlı olarak daha sonra yenileyen renal kolik insidansını azaltmak amacıyla DJ stent yerleştirilmektedir.⁴ DJ stentin avantajlarının yanı sıra hastaları rahatsız eden belirti ve bulguları vardır. Üriner sistemde oluşan bu belirti ve bulgular kişilerin genel sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.⁵ Sık idrara çıkma (%50-60), ani idrar hissi (%57-60), idrar yaparken ağrı (%40), tam boşalamama (%76), yan ağrısı (%19-32), suprapubik ağrı (%30), inkontinans ve hematüri (%25) DJ stente bağlı görülen bulgular içerisinde yer alır.⁶⁻⁸ Hastaların DJ stentin tüm bu olumsuz etkileriyle klinikte ve evde baş edebilmeleri için bilgiye, desteklenmeye, açıklamaya ve yardıma gereksinimi olabilir. Bu bağlamda URS öncesi ve sonrası evde bakım sürecini de içeren bireyselleştirilmiş ve kapsamlı bir

eğitimin verilmesi önem arz eder. Literatürde hasta eğitimine ameliyat öncesi başlanmasının postoperatif dönemde kaygıyı, ağrı düzeyini, komplikasyon ve depresyon oranını azaltarak hasta memnuniyetini artırdığı tespit edilmiştir.⁹⁻¹¹

Taş tedavisinde rutin olarak yapılan üreteroskopi işlemi sonrası DJ stent yerleştirilmesi ve belli bir süre (yaklaşık 3-4 hafta) kalacak olması hastada kaygıya neden olabilir. Bu süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, anesteziye ve cerrahiye ait kaygılar hastanın cerrahi girişim stresine uyum gösterememesi ile sonuçlanabilir ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir.^{12, 13}

Ameliyat öncesi hastanın fizyolojik ve psikolojik hazırlığında hemşireler önemli rol oynar. Bu sürecin en önemli aşamalarından biri perioperatif hasta eğitimidir.^{14, 15} Bu hastanın kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar devam eden bir süreçtir.¹⁶ Hasta eğitiminde konu ile ilgili görsel ve yazılı materyaller (kitapçık, video, mobil tabanlı, web tabanlı eğitim vb.) kullanılarak hastanın bilgi gereksinimi karşılanabilir.^{15, 17}

Hastane taburculuğuna hazır oluşluk kavramı eve gitmeye yani hastaneden taburcu olmaya hazır olma durumu olarak ifade edilir. Hastaya eve gitmeye hazır olduğunu söyleyebilmek için fiziksel olarak kendini yeterli hissetmesi, evde kendi kendine bakım verebilmesi, evde bakımını sağlayacak kişilerin olması, ihtiyaç durumlarında sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bireyin taburculuğa ait hiçbir sorusunun ve sorununun kalmaması gereklidir.¹⁸ Hasta ve yakınlarına verilen taburculuk eğitimi, hastanın kliniğe kabulü ile başlar eve gönderilmesi ile son bulur. Hasta ve yakınlarının taburculuk eğitiminden bütün sağlık çalışanı sorumlu olmasına karşın en önemli sorumluluk hemşirelere düşer.¹⁹

Zhaol ve ark.'nın²⁰ 2016 yılında yaptıkları çalışmada hastaların taburculuğa hazır olma algılarının değerlendirilmesinin olası komplikasyonların ve problemlerin önüne geçeceği ve eğitim planını oluşturmak için etkin bir metot olacağını düşünmüşlerdir.

Schmocker ve ark.²¹ ise taburculuğa hazır olma durumu ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ve kuvvetli ilişki bulmuşlar böylece hasta-hemşire iletişimi ve hastane deneyiminin taburculuk üzerindeki olumlu etkisini vurgulamışlardır.

Literatür incelendiğinde URS olan ve DJ stent yerleştirilen hastalara eğitim verilerek kaygı düzeyi ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu araştırma üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

H_{0/1}: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sabahı ameliyata özgü kaygı/ durumluk kaygı düzeyine etkisi yoktur.

H_{0/2}: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyine etkisi yoktur.

H_{0/3}: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin taburculuğa hazır oluşluk düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sabahı ameliyata özgü kaygı/ durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır.

H₂: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır.

H₃: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin taburculuğa hazır oluş düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi

Üriner sistemin işlevleri hayati önem taşır.²² Üriner sistem beden sıvılarının hacim, bileşim ve dağılım yönünden uygun sınırlarda devamını sağlayarak beden homeostazisinin devam etmesinde önemli görevler üstlenir.²³ Bununla beraber bir kısım toksik olan metabolik atıkları da böbrekler yolu ile idrara geçirerek vücut dışına atılmasını sağlar. Üriner sistem böbrekler, üreterler, mesane ve üretra'dan oluşur. Erkek genital sistemde ise penis, prostat, veziküla seminalisler, bulboüretral glandlar, skrotum, testisler, epididimis, duktus deferens ve spermatik kordon bulunur.²⁴

2.1.1. Böbrekler

Böbrekler spinal kolonun her iki yanında, retroperitoneal yerleşimli, T12 ve L3 omurlarının hizasında yerleşmiş fasulye biçiminde olan temelde boşaltım ve endokrin fonksiyonları olan bir çift organdır.²² Böbreklerden solda olanı diyafragmanın altında ve dalağın arkasında, sağda olanı ise diyafragmanın hemen altında karaciğerin arkasında (posterior) bulunur.²³ Yetişkin bir erkekte böbreğin ortalama ağırlığı 150 gr, kadında ise 135 gr olup, uzunluğu 10-12 cm, eni 5-7 cm, kalınlığı 3 cm'dir. Dış kısmı fibroelastik yapıda olup kapsül ile kaplıdır.²⁵

Böbrek, dışta korteks ve iç kısımda medulla olmak üzere iki farklı bölümden oluşmuştur. Kortekste glomerüller, proksimal ve distal tüpler, kortikal toplayıcı kanallar ve peritübüler kapiller bulunur. Medullada ise piramidal konik yapılar yer alır. Her bir böbrek 8-18 piramidal yapıya sahiptir. Böbreğin içine, aşağı doğru ilerleyen ve piramitleri ayıran kortikal doku böbrek sütunları (Bertin sütunları) olarak adlandırılır. Her bir piramidin ucuna papilla denir. Papilla, idrarı toplayıcı sistem içine drene eder. Çanak (kaliks) olarak adlandırılan yapı ise her papillanın ucundaki idrarı toplar. Kaliksler birleşerek böbrek pelvisini, böbrek pelvisi de daralarak üreteri oluşturur.³ Böbreklerin

konkav bölümünde yer alan hilus ya da pelvis olarak isimlendirilen yapılar böbreğin kanlanmasını sağlayan böbrek arter ve venlerinin yer aldığı bölgedir.²³

Böbreğin fonksiyon gören ünitesi nefrondur. Her bir böbrekte yaklaşık bir milyondan fazla nefron bulunmaktadır. Her nefron bağımsız süzme ünitesine sahiptir.²² Böbreğin işlevsel birimi olan nefronlar glomerullerin afferent ve efferent arteriyolleri, bowman kapsülü, proksimal tüp, henle kulpu, distal tüp ve toplayıcı kanallardan oluşmuştur.²² Böbreklerin bedenden sıvı atılımını düzenleme, plazma ozmolaritesi ve her bir elektrolitin plazma konsantrasyonunun normal sınırlarda olmasını sağlama, protein metabolizmasının son ürünleri olan üre, ürik asit ve kreatinini atma, eritropoetin yapımı, aktif D vitamini sentezi ve bazı hormonları salgılama gibi işlevleri vardır.²⁴

2.1.2. Üreterler

Üreterler idrarı pelvis renalisten mesaneye taşıyan, 25-30 cm uzunluğunda ve ortalama 0.5 cm kalınlığında kas yapısında kanallardır. Sağ üreter sol üreterden biraz daha uzundur.^{22, 24} Üreterler, böbrek pelvisinin alt kısmından başlayıp mesane duvarında sonlanır. Üreterler içte mukoz membran, ortada düz kas lifi ve dışta fibröz doku tabakası olmak üzere üç tabakadan oluşurlar. Üreter duvarındaki bu kas tabakasının dakikada ortalama 1-5 kez kasılmasıyla oluşan peristaltik hareketler böbrek pelvisinde oluşan idrarın üreterler yoluyla mesaneye geçişini sağlar.²²

2.1.3. Mesane

Mesane üreterler yolu ile gelen idrarın bir süre depolandığı, gerektiğinde üretraya iletildiği, yetişkinde 500-600 ml hacimli, içi boş kas yapıda bir organdır. Mesane simfisis pubis arkasında, pelvis boşluğunun tabanında, retroperitoneal bölgede bulunmaktadır. Erkeklerde rektumun önünde, prostatın üzerinde, kadınlarda uterus ve vajinanın önünde yer alır. Mesanenin duvar yapısı içte epitelden oluşan mukoza, ortada belirli bir düzene bağlı olmadan her yöne uzanan detrüsr adı verilen kas tabakası ve dışta seroz tabakadan

oluşmaktadır. Mesane duvarında içte ve dışta longitudinal, ortada sirküler kas tabakası olmak üzere üç ayrı kas tabakası bulunur. Bu düz kas bantları mesane tabanında üretranın açıldığı kısımda birleşerek iç sfinkteri oluşturur. Üreterlerin mesaneye girdiği yerle, iç sfinkterin bulunduğu yer arasında üç açılı alana trigon denir. İdrar yapma mesane, sfinkterler ve pelvis tabanının sağlıklı ve koordine çalışması sonucu oluşur.^{23, 24} Mesane duvarında bulunan sempatik ve parasempatik sinirler afferent ve efferent sinir lifleriyle medulla spinalisdeki refleks merkezine ve buradan da beyindeki miksiyon merkezine bağlanır. Mesane dolduğu zaman mesane duvarındaki geri Emilimi algılayan reseptörler medulla spinalisdeki merkezi uyarır. Bu uyarılar beyindeki miksiyon merkezine ulaşır. Koşullar miksiyon için uygunsa parasempatik merkezden mesanenin boşalması için sfinkterleri gevşetici uyarılar giderek idrar boşaltımı sağlanır. Koşullar uygun değilse istemli çalışan üretra sfinkteri beyindeki miksiyon merkezinin yönetimi ile miksiyonu geciktirir.²²

2.1.4. Üretra

Üretra mesanede toplanmış olan idrarın dışarı atılmasını sağlayan mukoza ve epitel hücreler ile kaplı tüp şeklinde bir organdır. Üretranın dışa açıldığı kısma meatüs denir.^{3, 24} Üretra mesanenin alt kısmından başlayıp kadınlarda vajina ön yüzünde erkeklerde penis ucunda sonlanır. Üretranın uzunluğu kadınlarda yaklaşık 3-5 cm, erkeklerde 20-25 cm'dir. Kadınlarda üretra boyunun daha kısa olması idrar yolu enfeksiyonlarına daha yatkın olmasına sebep olur. Üretra erkeklerin hem üriner hem de genital yoludur.²⁴

2.2. Üriner Sistem Taş Hastalığı

Üst idrar yolu tıkanıklığının en yaygın nedeni olan üriner taşlar, üriner sistemdeki kalsifikasyonlar sonucu oluşur. Taş oluşumu litiazis olarak da ifade edilir. Taş böbrekte oluştuğunda nefrolitiazis, üreterde oluştuğunda üreterolitiazis, mesane gibi idrar yolunun

başka bir yerinde oluştuğunda ise ürolitiazis olarak adlandırılır. Taşların esas oluşum yeri böbreklerdir. Ancak alt üriner sistemde taşlar oluşabilir ya da böbreklerde oluşan taşlar alt üriner sisteme düşebilir. Böbrekte oluşan taşlar alt üriner sisteme geçinceye kadar genellikle asemptomatik olup bazen dayanılmaz ağrı da görülebilir. Çok sık görülmeyen primer mesane taşı, genellikle tıkanıklık ya da kronik enfeksiyona bağlı üriner staz sonucu gelişir. Üriner sistemde oluşan taşlar, herhangi bir noktada tıkanıklık oluşturabilir. Birçok insan, hiçbir tedavi gerektirmeden yalnızca küçük belirtilerle kendiliğinden taş düşürürken bazıları da ayaktan tedavi edilir. Tek böbrek taşı olan hastaların yaklaşık yarısı 5 yıl içinde tekrar böbrek taşı deneyimine sahip olurlar.³

2.2.1. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar, üriner sistem taş hastalığının bölgesel ve etnik farklılıklar gösterdiğini ve prevalansın %2–15 arasında olduğunu gösterir.^{26, 27} ABD'de yapılan bir çalışmada taş prevalansı yaş, ırk ve cinsiyete bağlı değişmekle birlikte erkeklerde %12, kadınlarda %6 olarak saptanmıştır.²⁸ Türkiye'de Akıncı ve ark.'nın²⁷ 1991 yılında yaptığı epidemiyolojik çalışmada üriner sistem taş hastalığının genel prevalansı %14.8 ve insidansı %2.2 bulunmuşken, 2011 yılında Muslumanoğlu ve ark.'nın¹ yaptığı epidemiyolojik çalışmada üriner sistem taş hastalığının genel prevalansı %11.1 olarak saptanmıştır. Muslumanoğlu ve ark.'nın¹ çalışmasında coğrafi varyasyon da araştırılmış olup Güneydoğu Anadolu bölgesinde taş prevalansının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

2.2.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Üriner sistem enfeksiyonları ve prostat hastalıklarından sonra en sık görülen ürolojik hastalık olmasına karşın, üriner sistem taş hastalığının kesin oluşum mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir.²⁹ Taş oluşumu için en büyük risk faktörü, kişisel ya da ailesel üriner taş öyküsünün bulunmasıdır. İdrarda bazı mineral maddelerin

birikimi ya da koruyucu faktörlerin doğuştan eksikliğine ilişkin genetik yatkınlık olabilir. Yaş, cinsiyet, yaşanan coğrafya, ırk, meslek, hareketsizlik, nörojenik mesane ve beslenmede aşırı kalsiyum, oksalat ya da protein alımı diğer risk faktörleridir. Gut, hiperparatiroidi ve üriner staz ya da tekrarlayan enfeksiyonlar da taş oluşumuna neden olur.³⁰

Taş Türleri: Taşlar, kristal ya da aşağıda belirtilen türlerin bir kombinasyonu olabilir. Üriner sistem taşlarının ortalama %70-80'ini kalsiyum oksalat veya kalsiyum fosfat, %20'sini hidroksiapatit, %2'sini bruşit, %7'sini ürik asit, %7'sini strüvit ve %1-3'ünü sistin taşları oluşturur. Çok nadir olarak da triamteren, silika ve diğer taşlar görülebilir.³¹

Çoğu üriner taşlar, renal pelviste ve öncelikle kalsiyum tuzlarından oluşur. Hareketsizlik nedeniyle kemiklerden kalsiyum kaybı ve dehidratasyon, üriner taşların en önemli risk faktörleridir.³¹ En sık görülen kalsiyum taşları, genellikle kan ya da idrarda yüksek kalsiyum konsantrasyonları ile ilişkilidir. Ürik asit taşları; idrarda ürik asit konsantrasyonu yüksek olduğunda gelişir; erkeklerde daha sık görülür ve gut ile ilişkili olabilir. Genetik faktörler ürik asit taşları ve kalsiyum taşlarının gelişiminde etkili olur. Strüvit taşları, proteus gibi üreaz üreten bakterilerin neden olduğu idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir ve genellikle şekilleri nedeniyle staghorn -geyik boynuzu olarak adlandırılır. Bu taşlar renal pelvis ve kaliksi doldurarak çok büyüyebilirler. Sistin taşları ise nadirdir ve genetik defekt ile ilişkilidir.

2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Üriner taşın neden olduğu semptomlar, taşın büyüklüğü ve bulunduğu yere göre değişir. Böbrek taşları genellikle belirti vermeden sessiz seyreder. Ancak taşın kademeli ya da kısmen idrar akımını tıkaması halinde künt yan ağrısı görülebilir. Taş, üreteri tıkadığında etkilenen tarafta renal kolik gelişir ve üreter spazmına neden olur. Renal kolik

ağrısı suprapubik bölge, kasık ve dış genital bölgeye (skrotum ya da labya) yayılabilir. Ağrının şiddetine bağlı olarak bulantı, kusma, soluk, soğuk ve nemli cilt görülür. Bununla birlikte idrar yolu enfeksiyonu belirtilerinden olan titreme, ateş, sık idrara çıkma, sıkışma hissi ve dizüriyi içeren belirtiler üriner taşla eşlik edebilir. Taşın idrar yolunda oluşturduğu travma, gözle görülür ya da mikroskopik hematüriye neden olabilir. Mesane taşlarında özellikle hematüri ve egzersiz ya da miksiyon sonrası künt suprapubik ağrı görülebilir.³

Özetle, böbrek veya üreter taşlarının en karakteristik belirtisi, taş ve oluşturduğu tahrişten kaynaklanan ani başlayan keskin şiddetli ağrıdır. Taşın yerine bağlı olarak bu ağrı, renal kolik ya da üreteral kolik de olabilir. Renal kolik, bel bölgesinin derinlerinde ortaya çıkar; erkekte testis çevresine ve aşağıya, kadında da mesaneye doğru yayılır. Üreteral kolik ise genital bölge ve uyluk kemiğine doğru yayılır.³

2.2.4. Tanı Yöntemleri

Üriner sistem taş hastalığının kesin tanısını koymanın yanı sıra taşın yeri, sayısı, boyutu, kimyasal yapısı ve böbrek işlevinin ne derece etkilediğini belirlemek için, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır.

Laboratuvar Testleri

İdrar Analizi: İdrar analizi ile hematüri, olası lökosit ve kristal parçası varlığı tanılanabilir ve idrarla atılan herhangi bir taşın kimyasal incelemesi yapılabilir. Yirmi dört saatlik sürede atılan kalsiyum, ürik asit ve oksalat düzeyleri ölçülerek taşın olası nedenleri tanılanabilir. Ayrıca idrar pH'ı da taşın türünü tanımlamada yardımcı olur.

Kan Testleri: Serum kalsiyum, fosfor ve ürik asit düzeylerine bakılarak taş oluşumuna etkisi değerlendirilir.

Görüntüleme Yöntemleri

- Direkt üriner sistem grafisi
- Ultrasonografi

- İntravenöz Ürografi
- Bilgisayarlı Tomografi
- Manyetik Rezonans Ürografi
- Üreterorenoskopi
- Sistoskopidir.³

2.2.5. Tedavi ve Bakım

Üriner taşı olan bireyin bakımı akut semptomların giderilmesi, taşın kırılması ya da çıkarılması ve taş oluşumunun engellenmesine odaklanır. Ağrıya, infeksiyon ya da tıkanmaya yol açmayan asemptomatik taşlar konservatif olarak tedavi edilir. Tedavi seçiminde taşın büyüklüğü kriter olarak alınır; 4 ya da 5 mm den küçük taşlar herhangi bir girişimde bulunmaksızın düşebilir.³

Tıp ve teknolojiadaki ilerleme ve gelişmelerle birlikte üriner sistem taş hastalığının tedavisinde son 20-30 yılda önemli gelişmeler olmuştur. Geçmişte standart tedavi olarak kabul edilen açık taş cerrahisi günümüzde yerini teknolojik gelişmelerle birlikte intrakorporeal litotripsi yöntemlerindeki fleksible cihazlar, ultra mini ve mikro perkütan nefrolitotomi gibi yeni yaklaşımlara bırakmıştır.

Üriner sistem taş hastalığının tedavisinde uygulanan standart tedavi seçenekleri Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi (ESWL), Üreteroskopi (URS), Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRS), Perkütan Nefrolitotripsi (PCNL), laparoskopik ve açık taş cerrahisidir.²

2.3. Üreteroskopi ve Double J (DJ) Stent Yerleştirme

Üreteroskopi, idrar yollarının herhangi bir bölümünde bulunan küçük ve orta boyuttaki böbrek taşlarının tedavisinde tercih edilen yöntemdir.³² Üreteroskopi, fleksibl üreteroskopun lateral kaliksler/ alt uçtaki lezyon ya da taşlara ulaşabilmek amacıyla böbrek içi toplama sistemi ve distal üreteri kapsayan üst üriner yolun tümüne

yerleştirilmesi ve taş kırıcı ile kırılarak ya da basket kateter ile bütün olarak alınmasını içeren işlemlerin bütünüdür.³

URS alt üriner taşlar için çok uygun bir yöntemdir.³³ URS ile taştan kurtulma oranları %66-100 arasında değişmekte olup taş yüküne, lokalizasyonuna, retroperitoneal cerrahi girişim öyküsüne ve cerrahın deneyimine bağlıdır. URS’de komplikasyon oranları %5-30 arasında değişmekle beraber Proksimal üreter manipülasyonlarında oranlar yükselir. Üreter darlık oranları %5'den düşüktür. Postoperatif veziko-üreteral reflü çok nadirdir. Sekiz milimetreden küçük taşlar sıklıkla eksiksiz olarak kolaylıkla çıkartılır.²

Üreteroskopun içine elektrohidrolik, solid ve içi boş ultrasonografik probalar, çeşitli lazer sistemleri, elektromekanik aletler ve İsviçre litoklasti olmak üzere çeşitli litotritler (taş kırıcıları) yerleştirilebilir. Elektrohidrolik litotritlerin güç kaynakları 120 volta kadar yükselen enerji sağlayarak ilkin bir kavitasyon baloncuğu oluşturur sonra bu baloncuğun patlaması şok dalgaları meydana getirir. Elektrodun ucunu, çevre dokulardan ve endoskobun ucundan uzakta tutmaya dikkat edilmelidir. Ultrasonik litotritler elektrik enerjisini 25.000 Hz’e ulaşan ultrasonik dalgalara dönüştüren piyezoseramik bir enerji kaynağına sahiptir. Bu titreşimsel aktivite taşları parçalamada etkili olmaktadır.³³ URS işleminde, yuvarlak telli taş basketleri döndürülerek taş veya taş parçacıkları yakalanabilir. Düz telli basketler büküldüğünde bıçak keskinliğindeki kenarları üreter yaralanmasıyla sonuçlanabilir. Her tip aleti aşırı derecede zorlama üreter yaralanmasına yol açabilir.³³

URS tedavisi sonrası rutin olarak DJ stent yerleştirilir.³⁴ Bu teknikle postoperatif üreter obstrüksiyonunu en aza indirerek böbreğin fonksiyonlarını korumak ve üreteral ödeme bağlı olarak daha sonra yenileyen renal kolik insidansını azaltmak amaçlanmaktadır. Stent takılmasının başka bir avantajı ise striktür oluşumunu azaltarak üreteral obstrüksiyona ek olarak ortaya çıkan böbrek koliğini engellemesidir.⁴ Aynı

zamanda URS sonrası stent yerleştirilmesi üreteral darlıktan koruyarak, iyileşmeyi hızlandırıp ve pasif dilatasyon yaparak kalan taş parçalarının düşmesini kolaylaştırır.³⁵⁻³⁷

Stent yerleştirilmesi ağrı ve geçici alt üriner sistem semptomlarının oluşmasını azaltır.^{5, 38-40} Ancak stent uygulaması, tedavideki faydalarının yanı sıra hastalarda %10-85 arasında değişen irritatif miksiyon şikayetleri, hematüri, enkrustasyon, migrasyon ve stentin kopması gibi bazı komplikasyonlara da neden olur.^{34, 41} Stent yerleştirilmesinden sonra ilk 4 haftada görülebilen erken komplikasyonlar; stent rahatsızlığı (%37.6), irritatif mesane semptomları (%18.8), hematüri (%18.1), bakteriüri (%15.2), ateş (%25.3) ve yan ağrısıdır. Geç komplikasyonlar ise hidronefroz (%5.7), stent migrasyonu (%9.5), kabuklanma (%21.6), parçalanma (%1.9) ve kırılmadır (%1.3). Üreteral stentlerde morbidite üç aya kadar minimum düzeydedir ancak daha uzun kalma süreleri artan kabuklanma, enfeksiyonlar, ikincil taş oluşumu ve stentli yolun tıkanmasına yol açabilir.⁵ Bu komplikasyonlara bağlı olarak hastaların ruhsal sağlığı olumsuz etkilenebilir, yaşam kaliteleri düşebilir ve işgücü ve fonksiyonel verimlilikleri azalabilir.^{5, 42-44} Atuğ ve ark.nın¹⁹ 2006 yılında yaptığı çalışmada stentlerin 12 haftalık bir sürede %76.3 oranında stent enkrustasyonu, %3.7 oranında stent migrasyonu ve %0.3 oranında stent kopmasına neden olduğu bildirilmiştir.^{4, 45}

Taburcu olurken hastanın evde stente bağlı gelişebilecek komplikasyonları ve tekrar taş oluşumunu önlemeye yönelik dikkat etmesi gereken uygulamalar ve yaklaşık 3-4 hafta sonra stentin çıkartılması için hastaneye başvurması konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Bu sebeple hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde eğitim vermek önemlidir.⁴

2.4. Üreteroskopi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

URS öncesi hastaya hem URS işlemi hakkında hem de DJ stent ile ilgili gerekli bilgiler verilerek, bireyin işlemi anlama ve bilgi sahibi olma durumu değerlendirilir. Birey cerrahi girişim öncesi eksiksiz hazırlanırsa, kaygısı azalır ve iyileşme hızlanır.^{13, 46} Cerrahi girişim öncesi, hekim ya da anestezi uzmanı tarafından yiyecek ve içecek alımının kısıtlanması ve ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı direktifleri yerine getirilir. Bağırsaktaki, fekal materyal, böbrek ve taşın floroskop ile görüntülenmesini engelleyebilir. Yapılacak işleme göre bilinçli sedasyon, genel anestezi ya da spinal anestezi uygulanabilir.³

2.4.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

URS sonrası yaşam bulguları sık aralıklarla takip edilir. İdrar atımının miktarı, rengi ve berraklığı izlenir. Genellikle başlangıçta açık kırmızı renkte olan idrar rengi 48 ile 72 saat içinde açılır. URS sonrası hastaların bazılarında üreteral katater takılabilir. Kateter bükülmesi ya da tıkanması hidroüreter, hidronefroz ve böbrek hasarı ile sonuçlanabilir. Bu nedenle üreteral kateterler sabitlenmelidir.³ Komplikasyon olmadıysa üreteral katater çoğunlukla işlemden kısa bir süre sonra çıkarılır. URS sonrası klinikte ağrı çok sık görülmekle beraber taşın böbreğe kaçması, idrardan kan gelmesi ve idrar yolu enfeksiyonu da gelişebilir.⁴⁷

Hastalar üreteroskopi sonrası yerleştirilen DJ stentle taburcu edilir. DJ stent yerleştirildiğinde hastalarda yorgunluk hissi, idrar yaparken hafif yanma, idrarda az miktarda kan, idrar yaptıktan sonra mesanenin tamamen boşalmadığı hissi, daha sık veya acil olarak idrara çıkma ihtiyacı ve geçici idrar tutamama gibi belirtiler görülebilir. DJ stentler aynı zamanda böbrekler, kasık ve cinsel organlarda rahatsızlık ve ağrıya neden olabilir. Rahatsızlık veya ağrı fiziksel aktivite ve idrar çıkışından sonra daha belirgin

olabilir.⁴⁷ Tüm bu nedenlerden dolayı hastalar olası yan etkilere karşı bilgilendirilerek taburculuğa hazırlanır.

Hastalara stent takıldıktan sonra yüksek ateş (38.5 dereceden daha yüksek), terleme, titreme ve bulantı-kusma, idrar yaparken (hafif olmayan) ciddi yanma hissi, idrar yapamama, istirahat veya sıvı alınmasına rağmen düzelmeyen hematüri, ağrı kesicilere rağmen şiddetli ağrı, yerleştirilen DJ stentin bir kısmı ya da tamamının üretradan kendiliğinden çıkması durumunda hekime bildirmesi konusunda hasta uyarılır. Birçok kişide taş oluşumu ve renal kolik ataklarının tekrarlaması nedeniyle, böbrek işlevlerinin korunması için taş oluşumunun önlenmesi önemlidir. Bu riskin azaltılmasına yönelik hasta ve ailesi bilgilendirilir.³

2.5. Kaygı

Kaygı fizyolojik belirtilerle birlikte bilinmezliğe karşı algılanan endişe, fena bir şey olacakmış hissi veren ve nedeni bilinmeyen duygudur.⁴⁸ Genellikle tehdit ya da kayıp durumlarında ortaya çıkar.⁴⁹ Öner ve Le Compte⁵⁰ kaygıyı durumluk ve sürekli kaygı şeklinde açıklamışlardır. Durumluk kaygı düzeyi bireyin içinde bulunduğu durumu yorumlamasına bağlı olarak artar veya azalır. Kişide gerginlik ve endişeye neden olan durum geçtiğinde olumsuzluk hissi veren duygular da ortadan kalkar. Sürekli kaygı ise kişinin geçmiş hayatındaki kaygı tecrübelerinin de etkisiyle endişe karamsarlık ve huzursuzluk gibi olumsuz duyguları devamlı hissetme halidir. Kısaca bireyin içinde bulunduğu durumu, genellikle stresli olarak algılaması ya da yorumlaması eğilimi olarak tanımlanabilir. Spielberg ve ark.'na⁵⁰ göre durumluk ve sürekli kaygı arasında sürekli bir etkileşim vardır. Sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, durumluk kaygı düzeyini de yükseltir. Durumluk kaygı düzeyinin yükselmesi ve süresinin uzaması da sürekli kaygı düzeyini etkiler.⁵⁰

2.5.1. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı

Hastanede yatma ve cerrahi girişim hastalarda kaygıya neden olur.⁵¹ Hastalar için ameliyat günü ve ameliyat öncesi süreç hayatlarındaki en önemli süreç ve tehlikeli gün olarak algılanır.⁵² Yapılan araştırmalarda ameliyat olacak hastaların orta düzeyden panik derecesine ulaşabilen kaygı yaşadıkları belirtilmiştir.⁵³ Hastaneye yatmanın ve cerrahi girişimi beklemenin yanı sıra ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, aileden uzak ve yabancı bir çevrede bulunmak, çeşitli tıbbi uygulamalar, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi yetersizliği, anestezinin etkileri, ameliyat sonrası ağrı, ölüm tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma, günlük işlerin kesintiye uğraması, kontrol kaybı ve yaşam kalitesinin bozulması da kaygı nedenleri arasında yer almaktadır.^{51, 54, 55} Bununla birlikte ameliyatın zamanı, süresi, başarı oranı, gelişebilecek olası komplikasyonlar, drenaj, katater gibi bilinmeyen aletler, tıbbi işlemler ve ameliyat sonrası yaşam biçimi hakkındaki bilgi gereksinimlerini de hastaların kaygılarını artırabilir.⁵⁶

Taş tedavisinde rutin olarak yapılan üreteroskopi işlemi sonrası DJ stent yerleştirilmesi ve belli bir süre (yaklaşık 3-4 hafta) kalması hastada kaygıya neden olabilir. Bu süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, anestezi ve cerrahi işleme ait kaygılar hastanın cerrahi girişim stresine uyum gösterememesi ile sonuçlanabilir ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir.^{12, 13, 57}

Ameliyat sonrası kaygı cerrahi sonrası verilen duygusal yanıttır. Ameliyat sonrası kaygı düzeyi ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile bağlantılıdır.⁵² Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştıkları durumlarla ilgili bilgi eksikliği, kaygı düzeyini artırır. Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı, depresyon, öfke, ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe gibi kaygılar yaşadıkları belirlenmiştir.^{19, 58, 59} Kaygı düzeyi ve ağrı ameliyat sonrası

hastalarda emosyonel sıkıntılara ve daha yoğun ağrı hissine neden olur.⁹ Bu sebeple ameliyat öncesi dönemde hastaların psikolojik olarak hazır olması için hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası dönemle ilgili konularda kaygısını artırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirmenin önemi çok büyüktür.^{57, 60, 61}

Literatür incelendiğinde ameliyat planlanan tüm hastalara gerekli açıklamaların yapılması durumunda kaygının azaldığı ve hastanede kalma süresinin kısalarak iyileşmeyi hızlandığı belirtilmektedir.^{62, 63} O'Conner ve ark.'nın⁶⁴ 2016 yılında ortopedi ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesinde 16 adet youtube videoları ile hasta eğitimini verdiği randomize kontrollü çalışmada, youtube ile eğitim verdikleri deney grubu hastalarının kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Tiryaki ve ark.'nın⁶⁵ 2015 yılında spinal anestezi ile ameliyat olacak hastalarla yaptığı randomize kontrollü çalışmada, video ile hemşirelik eğitimi verilen hastaların ameliyat sabahı kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Olgun'nun⁶⁶ 2019 yılında koroner arter baypas greft cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisi konulu yarı deneysel çalışmada eğitim kitapçığı ile verilen eğitimin hastalarda kaygıyı azalttığı sonucu elde edilmiştir. Karabulut ve Arıkan'ın⁵⁷ yaptıkları çalışmada, farklı eğitim yöntemleri (kitapçık ve video) kullanılarak çocuk ve annelerine verilen eğitimle ameliyat öncesi ve sonrası kaygının azaldığı tespit edilmiştir.

2.6. Hasta Eğitimi

Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın yeniden kazanılmasında hasta eğitiminin rolü çok büyüktür.⁶⁷ Hemşireler, sağlıklı ya da hasta bireye, aileye ve topluma sağlık sorunları olduğunda ya da sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla hizmet sunar. Hemşireler bu hizmetlerini çağdaş rolleri kapsamında bakım

verici, tedavi edici, araştırmacı, danışman, eğitici vb. rolleri ile gerçekleştirir. Hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alan hasta eğitiminde hastanın kendisi, ailesi ve yakınlarının sağlık eğitim gereksinimlerinin belirlenerek karşılanması amaçlanır.⁶⁷⁻⁶⁹ Hasta eğitiminde bu amaçlara ulaşabilmek için hasta bakımının, hasta eğitimi süreci ile birleştirilmesi gerekir. Hemşirenin hasta ve ailesi ile işbirliği içinde olması hasta bakımının kalitesini artırır.^{70, 71} Planlı bir şekilde verilen hasta eğitimi, hastaların kendi bakım kararlarına uygun şekilde katılmasını sağlar ve sağlık davranışlarını yükselterek yeniden hastaneye yatışları önler.⁷² Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması nitelikli hasta bakım sonuçlarının göstergesidir.^{59, 73}

Ameliyat olmak veya ameliyat olacağını öğrenmek, hastaların çoğu için korkutucu, stres yaratıcı ve yabancı bir yaklaşım olarak düşünüldüğünden, hasta ve ailenin eğitimi üzerinde durulması büyük önem taşır.⁷⁴ Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında ihtiyacı olan bilgi ve becerileri hastaya öğretmek hasta eğitiminin temel amacıdır.⁷⁵ Hasta eğitimiyle hasta kendini daha iyi hisseder, ameliyatıyla ilgili bilgi alarak kaygısı azalır. Aynı zamanda etkin ve yeterli bir eğitimin verilmesi cerrahi girişim ile ilişkili sonuçların pozitif yönde olmasına katkı sağlar.¹¹

Ameliyat öncesi eğitim, hastaların cerrahi girişimin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlar. Cerrahi hazırlığın önemli bir parçası olarak kabul edilen hasta eğitiminin önemi uzun süredir bilinir. Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastalar ameliyattan önce ve sonra çeşitli emosyonel sıkıntılar yaşayabilirler. Yapılan araştırmalar ameliyat öncesi dönemde, yeterli eğitim alan hastaların daha az analjezik, antiemetik, sedatif ve hipnotiğe ihtiyaç duydukları, ameliyat sonrası dönemde hastanede kalış süresinin kısalmasıyla beraber daha çabuk iyileşip taburcu olduklarını göstermektedir.⁷⁵

Ameliyat öncesi dönemde, hasta ve yakınlarını bilgilendirmek, eğitim ve danışmanlık hemşirenin en önemli sorumluluklarındandır. Hemşire, hasta bireyin ihtiyaçlarını belirleyerek, ameliyat sonrası karşılaşacağı zorluklarla baş etmesine yardımcı olur.⁷⁶ Hemşire, hasta eğitimini planlarken hasta ve ailesinin yaşam tarzını ve eğitim gereksinimlerini belirleyerek bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hasta ve ailesinin, iyileşme döneminde evde uyması gerekenler hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmaları gerekir.⁷⁷ Kliniklerde yapılan hasta eğitimi hastalığın seyrini etkilemesi ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmesi bakımından önemlidir. Literatürde hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğu ifade edilmiştir.⁷⁸

Cerrahi süreçte sözel eğitim, yazılı materyal/broşürler, multimedya tabanlı eğitim modelleri hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemlerdir. Hasta eğitiminde sözel anlatımın yanı sıra anlatılanların görsel olarak da desteklenmesi önemlidir.⁷⁹ Yazılı hasta eğitim materyalleri, tanı ve tedavi süreci ile ilgili hasta ve ailesini bilgilendirmek, danışmanlık etmek ve yol göstermek amacıyla kullanılır.⁷⁹ Yazılı materyallerde ve broşürlerde okunabilirlik ve anlaşılabilirlik büyük önem taşır.⁸⁰ Yazılı materyaller, hasta ihtiyaçlarına uygun konuları içermeli ve sözel eğitim modeli kullanıldıktan sonra verilen bilgiler yazılı materyallerle kuvvetlendirilmelidir.⁷⁹

2.7. Taburculuğa Hazır Oluşluk

Hastane taburculuğuna hazır oluşluk kavramı eve gitmeye yani hastaneden ayrılmaya hazır olma durumu olarak ifade edilir. Hastaya eve gitmeye hazır olduğunu söyleyebilmek için fiziksel olarak kendini yeterli hissetmesi, evde kendi kendine bakım verebilmesi, evde bakımını sağlayacak kişilerin olması, ihtiyaç durumlarında sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bireyin taburculuğa ait hiçbir sorusunun ve sorununun kalmaması gerekir.¹⁸

Taburculuk eğitimi, hastanın servise kabulü ile başlar eve gönderilmesi ile son bulur. Hasta ve yakınlarının taburculuk eğitiminden bütün sağlık çalışanı sorumlu olmasına karşın en önemli sorumluluk hemşirelere düşer.¹⁹ Hastanın servise kabulü ile başlayan süreç bireyin eve gitmeye hazır olması ile devam eder. Özellikle hemşirelerin gözetim, denetim ve yükümlülüğünde olan bu süreçte hasta ve yakınlarının planlı ve doğru eğitimi büyük önem arz eder.¹⁹

Erken taburculuk, hastaların ameliyat günü kliniğe yatırılması, preoperatif dönemde yetersiz bilgilendirme ve hasta eğitiminin uygun zamanlarda yapılmaması nedeniyle hastaların taburcu olduktan sonra oluşabilecek sorunlarla başa çıkamadıkları görülmüştür.⁸¹ Hastaların yaşlı olması, eğitim seviyesinin düşük olması, taburculuk sırasındaki tıbbi aksaklıklar, iletişimsizlik, personel ve hizmet yetersizliği, yanlış ve eksik bilgilendirme, sağlık personellerinin eğitimsizliği, taburculuk sonrası sağlık kurumlarına ulaşamaması gibi pek çok unsur taburculuğa hazır oluşluğunu etkiler. Özellikle yaşlı hastalar taburculuk sırasında evdeki ihtiyaçlarını söylemeye çekinebilirler. Böyle durumlarda yaşlı hastaların ve evde bakım verecek olan kişilerin bilgi gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmelidir.⁸² Taburculuk eğitimi sadece hastanın değil evde bakım verecek olan bireylerinde gereksinimidir. Bu durum göz önünde bulundurularak bireyler taburculuğa hazırlanmalı ve bilgi gereksinimleri karşılanmalıdır.⁸³

Weiss ve ark.⁸⁴ taburculuğa hazır olmayı dört alt boyutta toplamış ve bu boyutları kişisel durum, bilgi, baş etme becerisi, beklenen destek olarak açıklamışlardır. Coffey ve McCarthy⁸⁵ taburculuğa hazır olma algısı düşük olan hastaların, taburculuk sonrası sağlık kuruluşuna geri yattığını tespit etmiştir. Weiss ve ark.⁸⁶ yaptığı araştırmada taburculuğa hazır olma ve hastaneye geri yatış arasında ters orantılı bir sonuç bulmuştur. Zhaol ve ark.²⁰ yaptıkları çalışmada hastaların taburculuğa hazır olma algılarının

değerlendirilmesinin olası komplikasyonların ve problemlerin önüne geçeceği ve eğitim planını oluşturmak için etkin bir metot olacağını ifade etmişlerdir. Schmocker ve ark.²¹ taburculuğa hazır olma durumu ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ve kuvvetli ilişki saptamışlar ve hasta-hemşire iletişiminin taburculukta önemli olduğunu belirtmişlerdir. Kaya ve ark.'nın⁸⁷ çalışmasında ise bireylerin kendilerini taburculuğa hazır hissetmeleri evde kendileri ile ilgilenecek biri olma durumuna bağlıdır. Evde desteğin olduğunu düşünen hastalar kendilerini taburculuğa daha hazır hissetmişlerdir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma modeli kullanılarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Kasım 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri'nde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü erkek üroloji ve kadın/çocuk üroloji kliniklerinde 5 öğretim üyesi, 9 asistan hekim, 18 hemşire (erkek üroloji 9, kadın/çocuk üroloji 9) çalışmaktadır. Her bir kliniğin yatak kapasitesi 24'dür. Odalar tek kişilik, iki kişilik ya da üç kişilik şekilde dizayn edilmiş ve hasta mahremiyetine uygun hazırlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kasım 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri'nde taş nedeni ile ilk kez URS ameliyatı olan ve geçici DJ stent yerleştirilen yetişkin hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemine GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak hata payı 0.05, %80 test gücü ile her gruba en az 55 hasta olacak şekilde toplam 110 hasta alınması planlandı. Randomizasyon yöntemi olarak “basit randomizasyon yöntemi” kullanıldı ve hastaların eğitim ve kontrol grubuna ataması kapalı zarf kura yöntemi ile yapıldı. Bunun için 61 eğitim ve 61 kontrol yazılı kâğıtlar kapalı zarfa yerleştirildi ve bir kura torbasına koyuldu. Torba içinden dâhil etme kriterlerine uyan her hasta için kura çekilerek eğitim ya da kontrol grubu olarak atandı. Hastaların etkileşimini önlemek amacıyla farklı odalarda bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Araştırma kriterlerine uyan 122 (eğitim:61, kontrol: 61) hasta ile çalışma tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü olan,
- 18-65 yaş aralığında olan,
- Taş nedeni ile ilk kez URS ameliyatı olan ve geçici DJ stent yerleştirilen,
- Bilişsel düzeyi ölçekleri uygulamaya uygun olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

Araştırma Dışlanma Kriterleri:

- Taş dışı nedenler ile URS ameliyatı olan,
- Kalıcı stent yerleştirilen,
- Kendi isteğiyle çalışmadan ayrılan,
- Majör işitme ve görme problemi olan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-6), “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği”, (EK-7) “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” (EK-8), “Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği- Hasta Öz Değerlendirme Formu” (EK-9), ve “Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu” (EK-10) kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-6)

Araştırmacı tarafından hazırlanan form URS ameliyatı olan hastaların demografik özelliklerini ve genel sağlık durumlarını içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) (EK-7)

“Durumluk Kaygı Ölçeği” ve “Sürekli Kaygı Ölçeği” Spielberger ve ark.⁵⁰ tarafından geliştirilmiş ve Öner ve Compte⁵⁰ tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, Likert

formatında 20'si durumluk 20'si de sürekli kaygıyı ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeklerden alınabilecek minimum puan 20, maksimum puan 80'dir. Toplam puanın artması kaygı seviyesinin yükseldiğini ifade etmektedir. Ölçeklerden elde edilen 0-19 arası toplam puan kaygı olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif kaygı düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta kaygı düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır kaygı düzeyini gösterirken, toplam puanı 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğuna işaret eder.⁵⁰ Yapılmış olan güvenirlik analizleri sonucunda bulunan Cronbach alfa değeri durumluk kaygı ölçeğinde 0.94-0.96 değerleri arasında; sürekli kaygı ölçeğinde 0.83-0.87 değerleri arasındadır. Bu araştırmada ise durumluk kaygı ölçeğinin Cronbach alfa değeri ameliyattan bir gün önce 0.93, ameliyat sabahı 0.94, taburcu olmadan önce 0.95 olarak bulundu. Sürekli kaygı ölçeğinin ameliyattan bir gün önce Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulundu.

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) (EK-8)

Bu ölçek cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında oluşan kaygılarının ölçülmesi amacıyla 2003 yılında Karancı ve Dirik⁵¹ tarafından Türkçe olarak geliştirilmiştir. Maddeler ameliyat öncesi ağrı ve ölüm düşünceleri nedeniyle oluşan kaygılar ile ameliyat sırası ve sonrasında oluşabilecek sınırlılık ve komplikasyonlardan duyulan korkuyu ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Toplam 10 maddeden oluşturmaktadır. Her madde 5'li likert tipi ölçek üzerinde derecelendirmektedir. (1= Hiç katılmıyorum, 5= Tamamen katılıyorum). Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla elde edilir. Ölçekten alınabilecek minumum puan 10, maksimum puan 50'dir. Ölçek puanlamasında yüksek puanlar ameliyat sırasında ölmek, ameliyat

sonrasında da ağrı duymak ve çıkacak komplikasyonlardan dolayı oluşan kaygıları belirtmektedir. Dirik ve Karancı⁵¹ Cronbach alfa değerini 0.79 olarak bulmuşlardır. Bu araştırmada ise Cronbach alfa değeri ameliyattan bir gün önce 0.72, ameliyat sabahı 0.75 olarak bulundu.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu (EK-9)

Weiss ve ark.'nın⁸⁸ 2006'da geliştirdikleri 22 maddelik ölçek 2014'te yine Weiss ve ark.⁸⁹ tarafından sekiz soru ve dört alt ölçek olarak geliştirilmiştir. Kaya ve ark.⁵⁵ tarafından 2018 yılında Türkçe'ye uyarlaması yapılmış ve hemşire versiyonu ile paralel sorulara sahip ölçek olup 10'lu likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Hastaların taburculuğa hazır olmasının kendisi tarafından değerlendirildiği ölçek, sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kişisel durum (1. ve 2. sorular), bilgi (3. ve 4. sorular), baş etme yeteneği (5. ve 6. sorular) ve beklenen destek (7-8. sorular) şeklinde belirtilmiştir. Ölçekte bulunan sekiz soru düşükten en yükseğe olmak üzere 0-10 arasındaki puanlarla değerlendirilmektedir. Birinci ve ikinci soru hastanın gün içinde kendini nasıl hissettiğini, üçüncü ve dördüncü soru taburculuğa yönelik bilgisini, beşinci ve altıncı soru taburcu olduktan sonra evde günlük yaşantısına nasıl ve ne ölçüde devam edebileceğini, yedinci ve sekizinci soru ise taburcu olup gittikten sonra evde alabileceği desteği ölçmektedir.^{55, 89} Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.74 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0.82 olarak saptandı.

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu (EK-10)

Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeği ilk önce 2006 yılında Weiss ve Piacentine⁸⁸ tarafından 21 maddelik olarak geliştirilmiştir (Cronbach alfa .90). Daha sonra 2014 yılında Weiss ve ark.⁸⁹ tarafından ölçeğin hasta ve hemşire için kısa şekli

geliştirilmiştir. Aslan ve ark.⁹⁰ tarafından 2020’de Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Hastaların taburculuğa hazır olmasının ona bakım veren hemşiresi tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan kısa versiyonu sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; fiziksel durum (1. ve 2. sorular) bilgi (3. ve 4. sorular), algılanan başa çıkma yeteneği (5. ve 6. sorular) ve beklenen destek (7. ve 8. sorular) şeklinde belirtilmiştir. Ölçek 10’lu likert tipi bir ölçek olup, ölçekten alınan puan ortalaması 9-10 aralığında ise taburcu olmaya çok fazla hazır, 8-8.9 ise fazla hazır, 7-7.9 arasında ise orta hazır, 7’nin altındaysa düşük hazır olarak değerlendirilmektedir. Taburculuğa hazır olma ölçeği Cronbach alfa değeri 0.75 olarak bulunmuştur.⁹⁰ Bu araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0.81 olarak saptandı.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Kasım 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri’nde taş nedeni ile ilk kez URS ameliyatı olan ve geçici DJ stent yerleştirilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçilme kriterlerine uyan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Araştırmaya başlamadan önce 5 hasta ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama yapılan hastalar örnekleme dahil edilmedi. Hastaların eğitim ve kontrol grubuna ataması kapalı zarf kura yöntemi ile yapıldı. Bunun için 61 eğitim ve 61 kontrol yazılı kâğıtlar kapalı zarfa yerleştirildi ve bir kura torbasına koyuldu. Araştırma kriterlerine uyan her hasta için kura çekilerek eğitim ya da kontrol grubu olarak ataması yapıldı.

Araştırmaya başlamadan önce klinik hemşirelerine araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmaları için sözlü izinleri alındı. Daha sonra Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu tanıtıldı ve hasta taburcu olmadan önce formdaki soruları cevaplamaları istendi.

Eğitim grubu hastalarında:

Ameliyattan 1 gün önce:

Eğitim grubundaki hastalara ameliyattan bir gün önce araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı izinleri alındı. Sonrasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği uygulandı. Araştırmacılar tarafından Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology) önerileri ve ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılarak boşaltım sistemi organları, böbrek ve üreter taşlarında görülecek belirti ve bulgular, tedavi yöntemleri, üreteroskopi işlemi, ameliyat öncesi gece ve ameliyat sabahı hazırlığında yapılması gerekenler ve ameliyat sonrası klinikte karşılaşacağı durumlar hakkında hasta odasında ortalama 25-30 dk, hastanın anlayabileceği şekilde, hastanın soru sormasına izin verilerek ve anlamadığı yerleri sorması için cesaretlendirici bir yaklaşımla eğitim verildi. Daha sonra hastaların soruları yanıtlandı ve eğitim kitapçığı hastaya verildi.

Ameliyat sabahı:

Ameliyat günü hasta ameliyata alınmadan önce Durumluk Kaygı Ölçeği ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği tekrar uygulandı.

Taburcu Olmadan Önce

Araştırmaya katılan hastaların tamamı ameliyat sonrası 1. gün öğleden sonra taburcu oldu. Hastalara ameliyat sonrası 1. gün sabah 09-12 saatleri arasında DJ stent ile ilişkili evde karşılaşılabileceği sorunlar ve tekrar taş oluşumunun önlenmesi için yapılması gerekenlere yönelik hasta odasında taburculuk eğitimi verildi. Daha sonra hastaların soruları yanıtlandı. Taburculuk eğitimi ortalama 25-30 dk sürdü. Taburcu olmadan önce Durumluk Kaygı Ölçeği ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu uygulandı. Daha sonra hastaya bakım veren klinik hemşiresi tarafından Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu dolduruldu.

3.5.2.1. Hemşirelik Girişimi

Hasta Eğitim Kitapçığının Oluşturulması ve İçeriği

Eğitim kitapçığı araştırmacılar tarafından ilgili literatür ve Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology) önerileri doğrultusunda hazırlandı. Oluşturulan eğitim kitapçığının anlaşılır ve uygunluğu konusunda hemşirelik alanında bir öğretim elemanı ile ilgili hastanede ameliyatı yapan üroloji hekimlerinden (3 uzman hekim) ve klinik hemşirelerinden (5 hemşire) görüş alındı. Alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak eğitim kitapçığına son şekli verildi. Eğitim kitapçığının basımı Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından karşılandı.

Eğitim kitapçığı hastaların anlayabileceği şekilde görsellerle desteklenerek hazırlandı ve renkli kuşe kağıdına basıldı. Eğitim sessiz bir ortamda, uygun ışık ve ısı sağlanarak verildi. Hasta eğitimi ortalama 50-60 dk sürdü. Eğitime hastanın isteği doğrultusunda ailenin de katılması sağlandı.

Eğitim kitapçığı Boşaltım Sistemi Organları, Böbrek ve Üreter Taşları, Üreteroskopi Öncesi ve Sonrası, Taburculukta Sizi Neler Bekliyor? olmak üzere toplam dört ana başlıktan ve 21 sayfadan oluştu. Eğitim kitapçığının içinde;

- Böbrekler, üreter, mesane ve üretranın yapısı
- Böbrek taşı ve görülen belirtiler
- Tedavi yöntemleri
- Üreteroskopi
- Ameliyattan önceki gecede yapılması gerekenler
- Ameliyat günü yapılması gerekenler
- Ameliyat sonrası karşılaşılabilecek durumlar

- Üreteroskopi sonrası ortaya çıkabilecek yan etkiler ve hastanın dikkat etmesi gereken hususlar
- DJ stent yerleştirilmesi ve sonrasında görülen yan etkiler
- Taburculuktan sonra evde DJ stente ilişkin karşılaşacağı belirtiler ve dikkat etmesi gerekenler
- Hastaneye ya da aile hekimine hangi durumlarda başvurması gerektiği hakkında bilgi
- Tekrar taş oluşumunun önlenmesi için yapılması gerekenler ile ilgili bilgiler yer aldı.

Kontrol grubu hastalarında: Her bir veri toplama aracı eğitim grubu hastalarında olduğu gibi ancak eğitim verilmeden toplandı. Kontrol grubundaki hastalara sadece rutin hemşirelik bakımı verildi. Kontrol grubu hastalarına da evde bakımlarında yararlanabilmeleri için hastaneden taburcu olurken eğitim kitapçığı verildi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri: Durumluk kaygı puanı, sürekli kaygı puanı, ameliyat özgü kaygı puanı, taburcu olmaya hazır olma puanları (Hasta öz değerlendirme formu- hemşire değerlendirme kısa formu)

Bağımsız değişkenleri: Ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitimi

Kontrol değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, aylık gelir, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat olma durumu, böbrek taşı şikâyet süresi ve ilaç kullanma durumu

Tablo 3.1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=61)		Eğitim Grubu (n=61)		Test ve Önemlilik
Yaş Ortalama	48.39±15.32		49.68±16.14		t=0.454 p=0.650***
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	25	41.0	23	37.7	X ² =0.137 p=0.853*
Erkek	36	59.0	38	62.3	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	8	13.1	10	16.4	X ² =1.048 p=0.902**
İlköğretim	20	32.8	16	26.2	
Ortaöğretim	11	18.0	10	16.4	
Lise	12	19.7	15	24.6	
Yükseköğretim ve üzeri	10	16.4	10	16.4	
Medeni Durum					
Evli	54	88.5	53	86.9	X ² =0.076 p=0.783*
Bekar	7	11.5	8	13.1	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	34	55.7	35	57.4	X ² =0.033 p=0.855*
Çalışmıyor	27	44.3	26	42.6	
Gelir Durumu					
Giderim gelirimden az	13	21.3	11	18.0	X ² =0.255 p=0.880**
Giderim gelirime eşit	42	68.9	43	70.5	
Giderim gelirimden fazla	6	9.8	7	11.5	
Sosyal Güvence					
Var	47	77.0	57	93.4	X ² =6.517 p=0.020
Yok	14	23.0	4	6.6	
Yaşanılan Yer					
İl	35	57.4	41	67.2	X ² =8.094 p=0.017
İlçe	16	26.2	19	31.1	
Köy-Kasaba	10	16.4	1	1.7	
Kronik Hastalık Durumu					
Var	12	19.7	17	27.9	X ² =1.131 p=0.395*
Yok	49	80.3	44	72.1	
Ameliyat Olma Durumu					
Evet	31	50.8	32	52.5	X ² =0.033 p=0.856*
Hayır	30	49.2	29	47.5	
Böbrek Taşı Şikâyet Süresi					
1-6 ay	23	37.7	28	45.9	X ² =3.464 p=0.325**
6-11 ay	12	19.7	6	9.8	
1-2 yıl	10	16.4	7	11.5	
2 yıl üzeri	16	26.2	20	32.8	
İlaç Kullanma Durumu					
Evet	26	42.6	23	37.7	X ² =0.307 p=0.712*
Hayır	35	57.4	38	62.3	

*Fisher's Exact Test **PearsonChi-Square Test ***Student t test

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, aylık geliri, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat olma durumu, böbrek taşı şikâyet süresi ve ilaç kullanma durumu kontrol değişkenlerini oluşturdu. Kontrol değişkenleri için eğitim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve gruplar arasında benzerlik olduğu saptandı ($p>0.05$, Tablo 3.1).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan verilerin analizleri SPSS for Windows 22.00 istatistik paket programı ile yapıldı. Sonuçlar $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı. Eğitim ve kontrol grubundaki kişilerin kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi; eğitim ve kontrol grubundaki kişilerin tanıtıcı özelliklerin dağılımında sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma; eğitim ve kontrol grubundaki kişilerin ameliyat öncesi, ameliyat sabahı ve sonrası ölçek ön test-son test toplam puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi; eğitim ve kontrol grubundaki kişilerin ameliyat öncesi, ameliyat günü ve sonrası ölçek ön test-son test toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanıldı. Ayrıca araştırmada grupların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Skewness ve Kurtosis değerlerine bakıldı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-3), ölçeklerin kullanım izinleri (EK-4) ve araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı izin alındıktan (EK-5) sonra başlandı. Araştırma verilerinin toplanması esnasında hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onay" etik ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" etik ilkesi, bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" etik ilkesi yerine getirildi. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma

süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alındı. Veri toplamadan önce hastaların soruları yanıtlandı ve daha sonra hastaların onayları sözlü ve yazılı olarak alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniklerinde yatan, örneklem seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları, sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilmektedir. Araştırmada eğitim-kontrol gruplu tekrarlayan ölçümlü randomize kontrollü deneysel çalışma türünün kullanılması, kaygı düzeyinin, ameliyata özgü kaygı ve taburculuğa hazır oluşluk düzeylerinin değerlendirilmesinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçeklerin uygulanması, araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel danışmanlık alınması ve SPSS ortamında değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönlerindendir.

ARAŞTIRMA UYGULAMA PLANI

UYGULAMA ZAMANI	KONTROL GRUBU (n=61)	EĞİTİM GRUBU (n=61)
AMELİYATTAN 1 GÜN ÖNCE	- Gönüllülük onam formu - Tanıtıcı Bilgi Formu - Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği - Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) - Rutin Hemşirelik Bakımı	- Gönüllülük onam formu - Tanıtıcı Bilgi Formu - Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği - Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) - Eğitim kitapçığı kullanılarak ameliyat öncesi bilmesi gerekenler ve URS, DJ Stent ile ilgili eğitim verilmesi
AMELİYAT SABAHI	- Durumluk Kaygı Ölçeği - Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)	- Durumluk Kaygı Ölçeği - Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)
TABURCU OLMADAN ÖNCE	- Durumluk Kaygı Ölçeği - Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu, - Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu	- Eğitim kitapçığı kullanılarak taburculuk eğitimi verilmesi - Durumluk Kaygı Ölçeği - Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu, - Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu

Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmanın bulguları aşağıdaki tablolarda sunuldu.

Araştırma kapsamına alınan eğitim ve kontrol grubundaki kişilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de verildi.

Tablo 4.1. Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=61)		Eğitim Grubu (n=61)	
	n	%	n	%
Yaş Ortalama (X±S.S.)	48.39±15.32		49.68±16.14	
Cinsiyet				
Kadın	25	41.0	23	37.7
Erkek	36	59.0	38	62.3
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	8	13.1	10	16.4
İlköğretim	20	32.8	16	26.2
Ortaöğretim	11	18.0	10	16.4
Lise	12	19.7	15	24.6
Yükseköğretim ve üzeri	10	16.4	10	16.4
Medeni Durum				
Evli	54	88.5	53	86.9
Bekar	7	11.5	8	13.1
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	34	55.7	35	57.4
Çalışmıyor	27	44.3	26	42.6
Gelir Durumu				
Giderim gelirimden az	13	21.3	11	18.0
Giderim gelirime eşit	42	68.9	43	70.5
Giderim gelirimden fazla	6	9.8	7	11.5

Tablo 4.1. (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=61)		Eğitim Grubu (n=61)	
Sosyal Güvence				
Var	47	77.0	57	93.4
Yok	14	23.0	4	6.6
Yaşanılan Yer				
İl	35	57.4	41	67.2
İlçe	16	26.2	19	31.1
Köy-Kasaba	10	16.4	1	1.7
Kronik Hastalık Durumu				
Var	12	19.7	17	27.9
Yok	49	80.3	44	72.1
Ameliyat Olma Durumu				
Evet	31	50.8	32	52.5
Hayır	30	49.2	29	47.5
Böbrek Taşı Şikâyet Süresi				
1-6 ay	23	37.7	28	45.9
6-11 ay	12	19.7	6	9.8
1-2 yıl	10	16.4	7	11.5
2 yıl üzeri	16	26.2	20	32.8
İlaç Kullanma Durumu				
Evet	26	42.6	23	37.7
Hayır	35	57.4	38	62.3

Tablo 4.1. incelendiğinde eğitim grubundaki hastaların yaş ortalamasının 49.68 ± 16.14 , %62.3'ünün erkek, %26.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %86.9'unun evli olduğu, %57.4'ünün çalıştığı, %70.5'inin gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği belirlendi. Eğitim grubundaki kişilerin %93.4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %67.2'sinin il merkezinde yaşadığı, %72.1'inin kronik hastalığının olmadığı, %52.5'inin daha önce ameliyat olduğu, %45.9'unun 1-6 aydır böbrek taşından şikâyetinin olduğu ve %62.3'ünün ilaç kullanmadığı saptandı. Kontrol grubundaki kişilerin yaş

ortalamasının 48.39 ± 15.32 , %59'unun erkek, %32.8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %88.5'inin evli olduğu, %55.7'sinin çalıştığı, %68.9'unun gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği belirlendi. Kontrol grubundaki kişilerin %77'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %57.4'ünün il merkezinde yaşadığı, %80.3'ünün kronik hastalığının olmadığı, %50.8'inin daha önce ameliyat olduğu, %37.7'sinin 1-6 aydır böbrek taşından şikâyetinin olduğu ve %57.4'ünün ilaç kullanmadığı saptandı (Tablo 4.1.).

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki ölçümlerinde Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden (AÖKÖ) aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce DKÖ, SKÖ ve AÖKÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrol Grubu	Eğitim Grubu	Test ve p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
DKÖ	49.57 ± 9.89	50.96 ± 9.58	t=0.790 p=0.431
SKÖ	45.03 ± 7.49	46.60 ± 8.43	t=1.089 p=0.278
AÖKÖ	25.81 ± 6.73	27.93 ± 7.99	t=1.580 p=0.117

Araştırmada hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim grubu hastalarının DKÖ puan ortalaması 50.96 ± 9.58 , kontrol grubunun ise 49.57 ± 9.89 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$).

Araştırmada hastaların ameliyattan bir gün önceki SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim grubu hastalarının SKÖ puan ortalaması 46.60 ± 8.43 , kontrol

grubunun ise 45.03 ± 7.49 olarak tespit edildi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$).

Araştırmada hastaların ameliyattan bir gün önceki AÖKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim grubu hastalarının AÖKÖ puan ortalaması 27.93 ± 7.99 , kontrol grubunun ise 25.81 ± 6.73 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$).

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önce ve ameliyat sabahı ölçümlerinde AÖKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3'de verildi.

Tablo 4.3. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce ve Ameliyat Sabahı AÖKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

AÖKÖ Değerlendirme Zamanı	Grup	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p
Ameliyattan Bir Gün Önce	Kontrol	25.81 ± 6.73	$t=1.580$
	Eğitim	27.93 ± 7.99	$p=0.117$
Ameliyat Sabahı	Kontrol	27.01 ± 7.14	$t=2.219$
	Eğitim	24.62 ± 4.46	$p=0.028$

Araştırmada hastaların ameliyattan bir gün önceki AÖKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim grubu hastalarının AÖKÖ puan ortalaması 27.93 ± 7.99 , kontrol grubunun ise 25.81 ± 6.73 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalaması 24.62 ± 4.46 , kontrol grubundaki hastaların ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalaması 27.01 ± 7.14 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Eğitim ve kontrol grubunun ameliyattan bir gün önce ve ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4'te verildi.

Tablo 4.4. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce ve Ameliyat Sabahı AÖKÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

AÖKÖ Değerlendirme Zamanı	Kontrol		Eğitim	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p
Ameliyattan Bir Gün Önce	25.81±6.73	t=-3.399	27.93±7.99	t=2.738
Ameliyat Sabahı	27.01±7.14	p=0.001	24.62±4.46	p=0.001

Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki AÖKÖ puan ortalaması 25.81±6.73, ameliyat sabahı puan ortalaması ise 27.01±7.14 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki AÖKÖ puan ortalaması 27.93±7.99, ameliyat sabahı puan ortalaması ise 24.62±4.46 olarak tespit edildi ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.001).

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önce, ameliyat sabahı ve taburcu olmadan önceki ölçümlerinde DKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5'de verildi.

Tablo 4.5. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce, Ameliyat Sabahı ve Taburcu Olmadan Önce DKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

DKÖ Değerlendirme Zamanı	Grup	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p
Ameliyattan Bir Gün Önce	Kontrol	49.57±9.89	t=0.790
	Eğitim	50.96±9.58	p=0.431
Ameliyat Sabahı	Kontrol	56.60±6.73	t=14.738
	Eğitim	40.81±4.96	p=0.000
Taburcu Olmadan Önce	Kontrol	45.16±10.92	t=6.829
	Eğitim	34.73±4.77	p=0.000

Araştırmada hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim grubu hastalarının DKÖ puan ortalaması 50.96±9.58, kontrol

grubunun ise 49.57 ± 9.89 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyat sabahı DKÖ puan ortalaması 40.81 ± 4.96 , kontrol grubundaki hastaların ameliyat sabahı DKÖ puan ortalaması 56.60 ± 6.73 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Eğitim grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalaması 34.73 ± 4.77 , kontrol grubundaki hastaların taburcu olmadan önce DKÖ puan ortalaması 45.16 ± 10.92 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Eğitim ve kontrol grubunun ameliyattan bir gün önce, ameliyat sabahı ve taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.6’te verildi.

Tablo 4.6. Eğitim ve Kontrol Grubunun Ameliyattan Bir Gün Önce, Ameliyat Sabahı ve Taburcu Olmadan Önce DKÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

DKÖ Değerlendirme Zamanı	Kontrol		Eğitim	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p
Ameliyattan Bir Gün Önce	49.57 ± 1.26	$t = -10.772$	50.96 ± 1.22	$t = 8.032$
Ameliyat Sabahı	56.60 ± 0.86	p=0.000	40.81 ± 0.63	p=0.000
Ameliyattan Bir Gün Önce	49.57 ± 1.26	$t = 3.094$	50.96 ± 1.22	$t = 13.052$
Taburcu Olmadan Önce	45.16 ± 1.39	p=0.003	34.73 ± 0.61	p=0.000
Ameliyat Sabahı	56.60 ± 0.86	$t = 8.642$	40.81 ± 0.63	$t = 10.876$
Taburcu Olmadan Önce	45.16 ± 1.39	p=0.000	34.73 ± 0.61	p=0.000
Ameliyattan Bir Gün Önce	49.57 ± 1.26	$F = 116.749$	50.96 ± 1.22	$F = 47.458$
Ameliyat Sabahı	56.60 ± 0.86	p=0.000	40.81 ± 0.63	p=0.000
Taburcu Olmadan Önce	45.16 ± 1.39	2>1,3 1>3	34.73 ± 0.61	1>2,3 2>3

Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 49.57 ± 9.89 , ameliyat sabahı puan ortalaması ise 56.60 ± 6.73 olarak belirlendi ve iki grup

arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 49.57 ± 9.89 , taburcu olmadan önceki puan ortalaması ise 45.16 ± 10.92 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sabahı DKÖ puan ortalaması 56.60 ± 6.73 , taburcu olmadan önceki puan ortalaması ise 45.16 ± 10.92 olarak tespit edildi ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.001$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 50.96 ± 9.58 , ameliyat sabahı puan ortalaması ise 40.81 ± 4.96 olarak saptandı ve istatistiksel olarak iki grup arasındaki puan ortalamaları farkı anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 50.96 ± 9.58 , taburcu olmadan önceki puan ortalaması ise 34.73 ± 4.77 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.001$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyat sabahı DKÖ puan ortalaması 40.81 ± 4.96 , taburcu olmadan önceki puan ortalaması ise 34.73 ± 4.77 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 49.57 ± 9.89 , ameliyat sabahı puan ortalaması 56.60 ± 6.73 ve taburcu olmadan önceki puan ortalaması 45.16 ± 10.92 olarak belirlendi ve üç grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$). Gruplar arasındaki farkın

hangisinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni testi sonucunda ameliyat sabahı DKÖ puan ortalamasının ameliyattan bir gün önceki ve taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasından; ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalamasının ise taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulundu.

Eğitim grubundaki hastaların ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalaması 50.96 ± 9.58 , ameliyat sabahı puan ortalaması 40.81 ± 4.96 ve taburcu olmadan önceki puan ortalaması 34.73 ± 4.77 olarak belirlendi ve üç grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Gruplar arasındaki farkın hangisinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni testi sonucunda ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalamasının ameliyat sabahı ve taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasından; ameliyat sabahı DKÖ puan ortalamasının ise taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulundu.

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki ölçümlerinde Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7. Eğitim ve Kontrol Grubunun Taburcu Olmadan Önce Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrol Grubu	Eğitim Grubu	Test ve p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta	5.90 ± 1.12	8.47 ± 0.94	$t = -13.620$ $p = 0.000$
Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire	6.16 ± 0.99	8.56 ± 0.95	$t = -13.588$ $p = 0.000$

Eğitim grubundaki hastaların taburcu olmadan önce Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta puan ortalaması 8.47 ± 0.94 , kontrol grubundaki hastaların taburcu olmadan önce Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta puan ortalaması 5.90 ± 1.12 bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Eğitim grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire puan ortalaması 8.56 ± 0.95 , kontrol grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire puan ortalaması 6.16 ± 0.99 olarak bulundu ve iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisinin incelendiği bu araştırmada, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmada hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, aylık geliri, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat olma durumu, böbrek taşı şikâyet süresi ve ilaç kullanma durumu gibi özellikler açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve grupların benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi. Grupların benzerlik göstermesi yapılan uygulamanın etkinliği ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu sonuçlar araştırmanın gücünü artırmaktadır.

Araştırmada eğitim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi DKÖ, SKÖ ve AÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı. Hastaların her iki grupta da orta düzeyde kaygı yaşadıkları sonucuna ulaşıldı. Bu durum, ameliyattan önce her iki gruba da eğitim vermeden önce ilk değerlendirmelerinin yapılmasıyla açıklanabilir. Gençel'in⁹¹ gününbirlik jinekolojik tanı işlemi uygulanan hastalara yapılan eğitimin hasta memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında da işlem öncesi eğitim ve kontrol grubunun orta düzeyde kaygı yaşadıklarını sonucuna ulaşılmıştır. Taşdemir ve ark.¹¹ ameliyat öncesi bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisine baktığı çalışmada ise hastalara bilgilendirme yapılmadan önce DKÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Üreteroskopi ameliyatı olacak hastalarda ameliyat sonrası DJ stent yerleştirilecek olması hasta birey için ciddi kaygı kaynağıdır. Bu sebeple üreteroskopi ameliyatı olmak üzere hastaneye yatan hastaların orta düzeyde kaygı yaşaması muhtemeldir.

Araştırmada eğitim ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sabahı DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

incelendiğinde, ameliyat sabahı eğitim grubundaki hastaların DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Bu sonuç eğitimin etkinliği ile açıklanabilir. Kalogianni ve ark.'nın⁹² çalışmasında kalp cerrahisi olacak hastalara hemşireler tarafından verilen ameliyat öncesi eğitimin, hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygılarını azalttığı ve ameliyat sonrası komplikasyonların azalmasında da etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Amini ve ark.'nın⁹³ hasta eğitiminin ameliyat öncesi kaygıya etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada eğitim verilen hastaların ameliyat öncesi DKÖ puan ortalamasının anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir. Lin ve ark.'nın⁹⁴ ameliyat öncesi video ile verilen eğitimin ameliyat sabahı ve ameliyat sonrası hastaların kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmada eğitim verilen grupta hastaların ameliyat sabahı kaygı düzeyleri ameliyattan önceki güne göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları literatür bulguları ile benzerdir.⁹²⁻⁹⁴ Elde edilen bu sonuç araştırmanın “H₁: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sabahı ameliyata özgü kaygı/ durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır” hipotezini desteklemektedir.

Araştırmada eğitim ve kontrol grubundaki hastaların taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılmasında eğitim grubundaki hastaların DKÖ puan ortalaması kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Majid ve ark.⁹⁵ hasta eğitiminin ortopedi hastaları üzerindeki etkisini incelediği sistematik derlemede hasta eğitimini, ameliyat öncesi eğitim ve taburculuk eğitim olarak ele almışlardır. Bu sistematik derlemede hem ameliyat öncesi eğitimin hem de taburculuk eğitiminin hastaların kaygı, ağrı, hastanede kalış süresi, egzersiz ve mobilizasyon performansı üzerine olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Cebeci ve ark.⁹⁶ koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin hastaların kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmada; eğitim grubundaki

hastaların ortalama kaygı puanlarının taburcu oldukları sırada, taburcu olduktan bir hafta ve bir ay sonra kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yıldız ve ark.'nın⁹⁷ hasta eğitiminin kaygı düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada, eğitim sonrası durumluk kaygı düzeyi ve sürekli kaygı düzeyini anlamlı derecede düşük bulmuşlardır. Çetinkaya ve Karabulut'un⁹ batın ameliyatı olacak yetişkin hastalarla yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi eğitim verilen eğitim grubu hastaların ameliyat sonrası DKÖ puan ortalamaları daha düşük tespit edilmiştir. Topan⁹⁸ rinoplasti ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların kaygı, ağrı ve memnuniyet düzeyine etkisi üzerine yaptığı çalışmada, deney grubunun DKÖ puan ortalamasını, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulmuştur. Guo ve ark.'nın⁹⁹ kalp cerrahisi hastaları ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada preoperatif eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası kaygıları daha düşük saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç araştırmanın “H₂: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır” hipotezini desteklemektedir. Bu çalışma bulgularında olduğu gibi taburculuk eğitiminin hasta sonuçlarına olumlu katkıda bulunduğunu ifade edebiliriz. Bu bağlamda tüm cerrahi girişimlerden sonra hastanın taburculuğunda fiziksel, sosyal ve psikolojik durumun değerlendirilmesi, taburculuk sonrası karşılaşılabileceği sorunlara yönelik hastalara planlı taburculuk eğitimi verilmesi önemlidir. Bu süreçte hemşireler, hastaya uygun bir eğitim yöntemi (sözlü, yazılı, web tabanlı vb.) ile taburculuk eğitimi vermelidir.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan hastaların DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması incelendiğinde; ameliyat sabahı kontrol grubundaki hastaların DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yükseldiği ve taburcu olmadan önceki DKÖ puan ortalamasının ameliyattan bir gün öncesi ve ameliyat sabahına göre anlamlı düzeyde azaldığı tespit edildi. Araştırmada eğitim yoluyla

bireylerin gereksinim duyduğu bilgi sağlanmış olup hastaların akıllarındaki soru işaretleri giderilmiştir. Kaygının da bilinmemezlikten kaynaklandığını düşünürsek bilgilendirmenin hastaların kaygı düzeylerini pozitif yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Amini ve ark.'nın⁹³ hasta eğitiminin ameliyat öncesi kaygıya etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada kontrol grubundaki hastaların ameliyata gitmeden önceki DKÖ puan ortalaması, ameliyattan bir gün önceki DKÖ puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Eğitim verilmeyen kontrol grubunda taburcu olmadan önce DKÖ puanının düşük olması ise hastanın hem ameliyat sürecinin tamamlanması hem de hastaneden taburcu olmasının verdiği rahatlığın kaygı düzeyini pozitif yönde etkilemesi ile açıklanabilir.

Hastaneden taburcu olmadan önce hastaların fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini hazır hissetmeleri ve evde bakımına yönelik yeterli bilgi ve desteğe sahip olmaları gerekir.¹⁰⁰ Weiss ve ark.⁸⁹ hastaların taburculuğa hazır oluşluk düzeylerinin hem hasta hem de hemşireler tarafından değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu araştırmada da hastaların taburculuğa hazıroluşluk düzeyleri hem hastaların kendileri tarafından hem de onlara bakım veren hemşireler tarafından değerlendirildi. Araştırma bulgularına göre eğitim grubundaki hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta puan ortalaması ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Hastaların taburculuk eğitiminin kalitesi ve taburculuğa hazır olma algılarının incelendiği çalışmada taburculuk eğitimi verilen grubun taburculuğa daha fazla hazır olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰¹ Hastaneden taburculuk için algılanan hazır olma durumunun değerlendirildiği diğer çalışmada ise taburculukta gerekli bilgileri alamayan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumları düşük bulunmuştur. Aynı zamanda gerekli bilgileri almadan taburcu olan hastaların evde sorunlarla karşılaşması sonrasında da hastaneye geri yatışlara neden olduğu

bildirilmiştir.¹⁰² Palonen ve ark.nın¹⁰³ acil serviste yaşlılara ve aile üyelerine taburculuk eğitimi verdiği kesitsel bir çalışmada taburculuk eğitimi alan hem hastalar hem de aile üyeleri arasında taburculuğa hazır oluşluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmanın bulguları literatürdeki sonuçlar ile benzerdir.^{89, 101-103} Elde edilen bu sonuç araştırmanın “H₃: Üreteroskopi olan ve double j stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin taburculuğa hazır oluş düzeyine etkisi vardır” hipotezini desteklemektedir.

Hastanın taburculuğa hazır olma durumu birçok faktörden etkilenebilse de yapılan araştırmalarda hastanın taburcu olmaya hazır olma durumunda taburculuk eğitiminin kalitesinin önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.^{84, 104} Bu araştırmanın bulguları da hastaların taburculuğa hazır oluşluk düzeylerinin yükselmesinde hasta eğitiminin önemini destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üreteroskopi Olan ve Double J Stent Yerleştirilen Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine Etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonucunda;

- Eğitim ve kontrol grubunda bulunan hastaların tanıtıcı özellikleri açısından benzer olduğu ve grupların homojen dağılım gösterdiği,
- Eğitim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi DKÖ, SKÖ, AÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ve hastaların her iki grupta da orta düzeyde kaygı yaşadığı,
- Eğitim grubuna ameliyat öncesi ve taburcu olmadan önce verilen eğitimin ameliyat sabahı ve taburcu olmadan önce kaygı düzeyini önemli düzeyde azalttığı,
- Eğitim grubuna ameliyat öncesi ve taburcu olmadan önce verilen eğitimin taburculuğa hazır oluşluk düzeyini artırdığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta eğitiminin, ameliyat öncesi ve sonrası görülen kaygı düzeyinin azaltılması ve taburculuğa hazır oluşluk düzeyini yükseltmek amacıyla hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin bireysel olarak planlanması ve uygulanması,
- Cerrahi kliniklerde ameliyat türüne yönelik eğitim materyali (broşür, eğitim kitapçığı vb.) bulundurulması ve hasta tarafından erişiminin sağlanması,
- Bu çalışmanın farklı ameliyat türlerinde, daha büyük örneklem grubu ile yapılması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması,
- Kurumlarda hizmet içi eğitimlerde hemşireler için hasta eğitime yönelik konulara yer verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Muslumanoglu AY, Binbay M, Yuruk E, Akman T, Tepeler A, Esen T, Tefekli AH. Updated epidemiologic study of urolithiasis in Turkey. I: Changing characteristics of urolithiasis. *Urological research*, 2011, 39: 309-314.
2. Seçkiner İ. Üriner Sistem Taş Hastalığında Girişimsel Tedaviler. İçinde:Seçkiner İ, Bayrak Ö (editörler). *Güncel Üroloji*, 1 Baskı. İstanbul, TUD/Türk Üroloji Akademisi Yayını No:9, 2017: 521-524.
3. Kanan N. Üriner Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. İçinde:Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (editörler). *Cerrahi Hemşireliği II*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 613-630.
4. Atuş F, Akay F, Akkuş Z, Örgen S, Alar S, Şahin H. Komplike olmayan üreteroskopik litotripsilerden sonra üreteral stent yerleştirilmesi gerekli midir? *Türk Üroloji Dergisi*, 2006, 32: 225-229.
5. Damiano R, Oliva A, Esposito C, De Sio M, Autorino R, D'Armiento M. Early and late complications of double pigtail ureteral stent. *Urologia internationalis*, 2002, 69: 136-140.
6. Joshi H, Stainthorpe A, MacDonagh R, Keeley F, Timoney A. Indwelling ureteral stents: evaluation of symptoms, quality of life and utility. *The Journal of urology*, 2003, 169: 1065-1069.
7. Joshi H, Okeke A, Newns N, Keeley Jr F, Timoney A. Characterization of urinary symptoms in patients with ureteral stents. *Urology*, 2002, 59: 511-516.
8. Hao P, Li W, Song C, Yan J, Song B, Li L. Clinical evaluation of double-pigtail stent in patients with upper urinary tract diseases: report of 2685 cases. *Journal of endourology*, 2008, 22: 65-70.

9. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 20-26.
10. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002, 4: 40-51.
11. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 2013, 41.
12. Arslan S, Taylan S, Deniz S. Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 17-21.
13. Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*, 2016, 26: 79-91.
14. Tea C. Preoperative nursing management. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 10th. Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Company*, 2004: 398-416.
15. Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editörler). *Cerrahi Hemşireliği I*, İstanbul, Nobel Tıp Kıtabevleri, 2012: 1-38.
16. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 2017: 217-231.
17. Erdil F. Ameliyat Sonrası (postoperatif) Hemşirelik Bakımı. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N (editörler). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara, Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti, 2016: 103-114.

18. Altuntuğ K, Emel E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 15: 45-56.
19. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5: 63-68.
20. Zhao H, Feng X, Yu R, Gu D, Ji X. Validation of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale on patients who have undergone laryngectomy. *Journal of Nursing Research*, 2016, 24: 321-328.
21. Schmocker RK, Holden SE, Vang X, Leverson GE, Stafford LMC, Winslow ER. Association of patient-reported readiness for discharge and hospital consumer assessment of health care providers and systems patient satisfaction scores: a retrospective analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 2015, 221: 1073-1082. e1073.
22. Karadakovan A. Üriner Sistemin Değerlendirilmesi. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2020: 863-864.
23. Koçaşlı S, Aktaş D. Üriner Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. İçinde: Çelik S (editör). *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*, Antalya, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2021: 642-654.
24. Özbaş A, Çavdar İ. Üriner Sistem Cerrahisinde Bakım. İçinde: Eti Aslan F (editör). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017: 813-823.

25. Erturhan S. Ürogenital Sistem Anatomisi. İçinde:Seçkiner İ, Bayrak Ö (editörler). *Güncel Üroloji*, 1. Baskı. İstanbul, TÜD/Türk Üroloji Akademisi Yayını No:9, 2017: 3-10.
26. hoe Kim H, Jo MK, Kwak C, Park SK, Yoo K-Y, Kang D, Lee C. Prevalence and epidemiologic characteristics of urolithiasis in Seoul, Korea. *Urology*, 2002, 59: 517-521.
27. Akinci M, Esen T, Tellaloğlu S. Urinary stone disease in Turkey: an updated epidemiological study. *European urology*, 1991, 20: 200-203.
28. Stamatelou KK, Francis ME, Jones CA, Nyberg Jr LM, Curhan GC. Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976–1994. *Kidney international*, 2003, 63: 1817-1823.
29. LeMone P, Burke K, Bauldoff G, Gubrud P. Nursing care of patients with kidney disorder. *Medical-Surgical nursing: Clinical reasoning in patient care*, 2015: 779-821.
30. Tok A, Tepeler A. Taş Oluşum Makenizmaları. İçinde:S.Sarıkaya, Kadioğlu A (editörler). *TÜAK/ESRU Asistan El Kitabı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016: 467-473.
31. Doluoğlu ÖG. Taş Hastalıklarının Sınıflandırılması ve Patagonezi. İçinde:Sarıkaya S, A.Kadioğlu (editörler). *TÜAK/ESRU Asistan El Kitabı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016: 475-482.
32. Türk C, Petřík A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. EAU guidelines on interventional treatment for urolithiasis. *European urology*, 2016, 69: 475-482.

33. Marshall L, Stoller M, Kazancı ÇDG. Taş Hastalığı. İçinde:Emil A. Tanagho M, Jack W. McAninch M, Kazancı ÇG (editörler). *Genel Üroloji*, 16 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 280.
34. Denstedt JD, Wollin TA, Sofer M, Nott L, Weir M, D'A. Honey RJ. A prospective randomized controlled trial comparing nonstented versus stented ureteroscopic lithotripsy. *The Journal of urology*, 2001, 165: 1419-1422.
35. Hosking DH, Mccolm SE, Smith WE. Is stenting following ureteroscopy for removal of distal ureteral calculi necessary? *The Journal of urology*, 1999, 161: 48-50.
36. Knudsen BE, Beiko DT, Denstedt JD. Stenting after ureteroscopy: pros and cons. *Urologic Clinics*, 2004, 31: 173-180.
37. Al-Hammouri F, Al-Kabneh A. Stenting versus nonstenting after uncomplicated ureteroscopy for lower ureteric stone management. *Calicut Medical Journal*, 2005, 3: e6.
38. Chow GK, Patterson DE, Blute ML, Segura JW. Ureteroscopy: effect of technology and technique on clinical practice. *The Journal of urology*, 2003, 170: 99-102.
39. Lingeman JE, Preminger GM, Berger Y, Denstedt JD, Goldstone L, Segura JW, Auge BK, Watterson JD, Kuo RL. Use of a temporary ureteral drainage stent after uncomplicated ureteroscopy: results from a phase II clinical trial. *The Journal of urology*, 2003, 169: 1682-1688.
40. Damiano R, Autorino R, Esposito C, Cantiello F, Sacco R, de Sio M, D'Armiento M. Stent positioning after ureteroscopy for urinary calculi: the question is still open. *European urology*, 2004, 46: 381-388.
41. Pollard S, Macfarlane R. Symptoms arising from Double-J ureteral stents. *The Journal of urology*, 1988, 139: 37-38.

42. Richter S, Ringel A, Shalev M, Nissenkorn I. The indwelling ureteric stent: a 'friendly' procedure with unfriendly high morbidity. *BJU international*, 2000, 85: 408-411.
43. Singh I, Gupta N, Hemal A, Aron M, Seth A, Dogra P. Severely encrusted polyurethane ureteral stents: management and analysis of potential risk factors. *Urology*, 2001, 58: 526-531.
44. Soylu A, Altunoluk B, Güneş A, Baydınç Y. Unutulmuş üreteral stente bağlı böbrek kaybı. 2004.
45. El-Faqih S, Shamsuddin A, Chakrabarti A, Atassi R, Kardar A, Osman M, Husain I. Polyurethane internal ureteral stents in treatment of stone patients: morbidity related to indwelling times. *The Journal of urology*, 1991, 146: 1487-1491.
46. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4: 1-8.
47. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Straub M, Seitz C. Guidelines on urolithiasis. *European association of urology*, 2011.
48. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. nci baskı. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, 2007: 369-376.
49. Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. *Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri*, 2016.
50. Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı (2. Baskı). *İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi*, 1998.
51. Karanci A, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of psychosomatic research*, 2003, 55: 363-369.
52. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik psikiyatri*, 2001, 4: 182-186.

53. Attias S, Boker LK, Arnon Z, Ben-Arye E, Bar'am A, Sroka G, Matter I, Somri M, Schiff E. Effectiveness of integrating individualized and generic complementary medicine treatments with standard care versus standard care alone for reducing preoperative anxiety. *Journal of clinical anesthesia*, 2016, 29: 54-64.
54. Aykent R, Kocamanoğlu İ, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*, 2007, 5: 7-13.
55. Kaya S, Sain Guven G, Teleş M, Korku C, Aydan S, Kar A, Kartal N, Koca GŞ, Yıldız A. Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*, 2018, 26: 295-301.
56. Carmichael JM, Agre P. Preferences in surgical waiting area amenities. *AORN journal*, 2002, 75: 1077-1083.
57. Karabulut N, Arıkan D In *The Effect of Different Training Programs Applied Prior to Surgical Operation on Anxiety Levels*, Yeni Symposium, (editör).^(editörler). 2009.
58. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım. *Karadakovan A, Eti Aslan F. Eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2010, 1: 309-344.
59. Özge U. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2000, 3.
60. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences Journal*, 2007, 12: 145-148.
61. Pritchard MJ. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing standard*, 2011, 25.
62. Bayraktar N, Bulut H. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2000, 3: 34-38.

63. Candan Dönmez Y, Özbayır T, Demir Korkmaz F, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6: 14-23.
64. O'Connor MI, Brennan K, Kazmerchak S, Pratt J. YouTube videos to create a “virtual hospital experience” for hip and knee replacement patients to decrease preoperative anxiety: a randomized trial. *Interactive journal of medical research*, 2016, 5: e4295.
65. Tiryaki H, Abdullayev R, Mutlu N, Küçükebe Ö, Okay İ, Dikmen B. Preoperatif multimedya bilgilendirmesi rejjyonel anestezi sırasında perioperatif hasta anksiyetesini azaltır mı. *Randomize kontrollü çalışma. JARSS*, 2015, 23: 86-92.
66. Olgun Ş, Özşaker E. Koroner arter baypas greft cerrahisi hastalarında eğitimin etkililik beklenti, ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. 2019.
67. Taşocak G. Hasta eğitimi. *İstanbul: Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını*, 2003, 17: 81.
68. Cook L, Castrogiovanni A, David D, Stephenson D, Dickson M, Smith D, Bonney A. Patient education documentation: is it being done? *Medsurg Nursing*, 2008, 17.
69. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. 2011.
70. Kaya H. Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2009, 1: 19-23.
71. Avşar G, Kaşıkçı M. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 2011, 17: 67-71.
72. Huber C, Blanco M. Cleaning Up the Discharge Process: A number of components—and personnel—are crucial to success. *AJN The American Journal of Nursing*, 2010, 110: 66-69.

73. Walker JA. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?
British journal of nursing, 2007, 16: 27-32.
74. Aksoy G. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editörler). *Cerrahi Hemşireliği I*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2019: 257-298.
75. Emel Y. Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. İçinde: eti aslan f (editör). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte*, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017: 319-327.
76. Sauer ES, Craven RF, Hirnle CJ. *Procedure Checklists to Accompany Craven & Hirnle's Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Baskı. Lippincott, 2000.
77. Erbaş N. Sağlık Hizmetlerinde Önemli İki Kavram: Hasta Eğitimi ve Hemşirelik Süreci. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2018, 27: 358-364.
78. Avşar G, KAŞIKCI M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009, 12: 67-73.
79. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2015, 5: 129-133.
80. Kaya N, Kaya H. Hemşireler tarafından geliştirilen yazılı hasta eğitim materyallerinin okunabilirliğinin saptanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 1-6.
81. Ohta B, Mola A, Rosenfeld P, Ford S. Early discharge planning and improved care transitions: pre-admission assessment for readmission risk in an elective orthopedic and cardiovascular surgical population. *International journal of integrated care*, 2016, 16.

82. Bobay KL, Jerofke TA, Weiss ME, Yakusheva O. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 2010, 31: 178-187.
83. Duran S, Gürhan N. Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *FÜ Sağ. Bilimleri Tıp Dergisi*, 2012, 26: 39-44.
84. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, Holmes SB, Toman S, Toy A, Vega-Stromberg T. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 2007, 21: 31-42.
85. Coffey A, McCarthy GM. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International journal of older people nursing*, 2013, 8: 104-115.
86. Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, Lerret S, Malin S, Yakusheva O, Schiffman R. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of pediatric nursing*, 2017, 34: 58-64.
87. Sıdıka K, Güven GS, Ahmet K, Aydan S, Korku C. Taburculuğa hazır olmanın boyutları: belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2018, 21: 305-334.
88. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of nursing measurement*, 2006, 14: 163-180.
89. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research*, 2014, 49: 304.

90. Aslan M. Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *SHYD*, 2020, 7(2): 202-14.
91. Gençel M. Günöbirlik Jinekolojik tanı işlemi Uygulanan Hastalara yapılan eğitimin Hasta Memnuniyeti Ve kaygı düzeyine Etkisi. Marmara Üniversitesi (Turkey), 2019.
92. Kalogianni A, Almpañi P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 15: 447-458.
93. Amini K, Alihossaini Z, Ghahremani Z. Randomized Clinical Trial Comparison of the Effect of Verbal Education and Education Booklet on Preoperative Anxiety. *J Perianesth Nurs*, 2019, 34: 289-296.
94. Lin S-Y, Huang H-A, Lin S-C, Huang Y-T, Wang K-Y, Shi H-Y. The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study. *European Journal of Anaesthesiology | EJA*, 2016, 33: 134-139.
95. Majid N, Lee S, Plummer V. The effectiveness of orthopedic patient education in improving patient outcomes: a systematic review protocol. *JBİ Evidence Synthesis*, 2015, 13: 122-133.
96. Cebeci F, Celik SS. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*, 2011, 19: 170-176.
97. Yıldız T, Malak A, Göktaş SB, Yücel Ö. Effect of patient education on patient anxiety level using “scale of patient education requirements” in open heart surgery. *Koşuyolu Heart Journal*, 2015, 18: 1-5.

98. Topan H. Rinoplasti ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların kaygı, ağrı ve memnuniyet düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
99. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2012, 49: 129-137.
100. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2017, 73: 2547-2557.
101. Knier S, Stichler JF, Ferber L, Catterall K. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing*, 2015, 40: 30-39.
102. Du Plessis MD, McGaffin CR, Molepo T, Oelofse R, Van Zyl S, Mashola MK. Perceived readiness for hospital discharge: Patients with spinal cord injury versus physiotherapists. *South African Journal of Physiotherapy*, 2018, 74: 1-6.
103. Palonen M, Kaunonen M, Helminen M, Åstedt-Kurki P. Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *International emergency nursing*, 2015, 23: 306-311.
104. Weiss ME, Lokken L. Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009, 38: 406-417.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Muazzez Merve TORAMAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%11	%15
II. Genel Bilgiler	%23	%35
III. Materyal ve Metod	%30	%35
IV. Bulgular	%15	%15
V. Tartışma	%13	%20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		
Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı	
Muazzez Merve TORAMAN	Dr. Öğr. Üyesi Dilek GÜRÇAYIR	

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Dilek GÜRÇAYIR
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		URS Olan ve DJ Stent Yerleştirilen Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 04 Karar No: 39	Tarih:27.05.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Ynt: Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formunu Tez Çalışmasında Kullanmak İçin İzin İsteği Gelen Kutusu x

m a <
Alıcı: ben

14 Haz 2021 Pzt 09:25 ☆ ↶ ⋮

Merve hanım merhaba;

Ekte ölçeği gönderiyorum, diğer bilgileri ekteki makalede bulabilirsiniz. Alt boyutlar; fiziksel durum (1. ve 2. madde), bilgi (3. ve 4. madde), algılanan başa çıkma yeteneği (5. ve 6. madde) ve beklenen destek (7. ve 8. madde).

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Manar Aslan
Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim AD Başkanı

Gönderen: Muazzez Merve Toraman

Gönderildi: 13 Haziran 2021 Pazar 18:28

Kime

Konu: yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formunu Tez Çalışmasında Kullanmak İçin İzin İsteği

Hocam merhaba;
Marianne Weiss'ten izin aldım. İzin mali ektedir. Saygılarımla...

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu Tez Çalışmasında Kullanmak İçin İzin İsteği Gelen Kutusu x

Muazzez Merve Toraman

14 Haz 2021 Pzt 14:55 ☆

Sayın Hocam, Koşulları kabul ediyorum ve Marianne Weiss'ten Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Formunu kullanmak için iz

Sıdika Kaya

Alıcı: ben

14 Haz 2021 Pzt 16:26 ☆ ↶ ⋮

Sayın Muazzez Merve Toraman,

Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız "Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğini" kullanabilirsiniz. Ölçek ekte ve aşağıdaki web sitesinde de bulunmaktadır.

Prof. Dr. Sıdika Kaya
Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü

<https://www.marquette.edu/nursing/documents/adult-sf-rhds-turkish-kaya-trans.pdf>

<https://www.marquette.edu/nursing/hospital-discharge-scales-general.php>



Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital Permission



Muazzez Merve Toraman

Dear Dr.Marianne WEISS, Muazzez Merve TORAMAN, graduate student at Atatürk University Health Sciences Institute, Department of Surgical Diseases Nursing. I woul

11 Haz 2021 Cum 23:56 ☆

Weiss, Marianne

Alıcı: ben

12 Haz 2021 Cmt 00:57 ☆ ↶ ⋮

İngilizce > Türkçe İletiyi çevir

İngilizce için kapat

Thank you for your email. You can use any of the translations of the scale located on our website – <https://www.marquette.edu/nursing/hospital-discharge-scales-general.php>

See the instructions on our website regarding permission to use and use of the translations.
No modifications are permitted and no new translations are permitted.

Good luck with your thesis.

Best regards

Marianne Weiss, DNSc, RN
Professor Emerita
Marquette University College of Nursing
Milwaukee, Wisconsin, USA
847-514-2798

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gid

"Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" Kullanım İzni

Muazzez Merve Toraman

Sayın Hocam, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Muazzez Merve TORAMAN. Ge

Nuray Karanci

Alıcı: ben

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar
Prof. A. Nuray Karanci
Clinical Psychology
TOBB ETU
Department of Psychology

Yanıtla

Yönlendir

EK-5. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Üroloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2100172520
Konu : Çalışma İzni (Muazzez Merve
TORAMAN)

30.06.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29.06.2021 tarih ve 2100171013 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesinde yüksek lisans yapmakta olan Muazzez Merve TORAMAN “URS Olan Ve DJ Stent Yerleştirilen Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Kaygı Ve Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine Etkisi” tez araştırmasını Temmuz-Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimizde yapmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-45361945-300-2100174899
Konu : Uygulama İzni (Muazzez Merve
TORAMAN)

02.07.2021

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.06.2021 tarihli ve E-88179374-300-2100165067 sayılı belge.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Hastanemiz Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 30.06.2021 tarih ve 2100172520 sayılı Uygulama İzni (Muazzez Merve TORAMAN) uygunluk yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Fuat GÜNDOĞDU
Başhekim

Ek : 30.6.2021 tarihli E-42190979-000-2100172520 sayılı belge

EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU

Araştırma Grubu: Kontrol () Eğitim ()

1)Kaç yaşındasınız?

2)Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3)Eğitim durumunuz nedir?

a)Okur – yazar değil ()

b) Okur – yazar ()

c) İlköğretim ()

d) Orta öğretim ()

e) Lise ()

f) Yükseköğretim ve üzeri ()

4)Medeni durumunuz nedir?

a) Evli ()

b) Bekâr ()

c)Boşanmış/Dul ()

5)Mesleğiniz nedir?

a) İşçi ()

b) Memur ()

c) Emekli ()

d) Çiftçi ()

e) Serbest meslek ()

f) Ev Hanımı ()

g) Diğer.....

6)Ekonomik durumunuz nedir?

a) Gelir giderden az ()

b) Gelir gidere eşit ()

c) Gelir giderden fazla ()

7)Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet ()

b) Hayır ()

8)Yaşadığınız yer neresidir?

a) İl () b) İlçe () c) Köy-Kasaba ()

9)Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet () b) Hayır ()

Yukarıdaki soruya yanıtınız evet ise hastalığınız nedir?

a) Diabetes mellitus ()

b) Kalp yetmezliği ()

c) Hipertansiyon ()

d) Böbrek yetmezliği ()

e) Diğer.....

10)Daha önce ameliyat oldunuz mu?

a) Evet () b) Hayır ()

Yanıtınız evet ise ne zaman ve ne ameliyatı oldunuz?

.....
.....

11)Böbrek taşı ile ilgili şikayetleriniz ne kadar süre önce başladı?

a) 1-6 ay arası ()

b) 6-11 ay arası ()

c) 1-2 yıl arası ()

d) 2 yıldan daha fazla ()

12)Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

a) Evet () b) Hayır ()

Yanıtınız evet ise hangi ilacı, nasıl kullanıyorsunuz?

.....

EK-7. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM I

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi dair size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

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

STAI FORM 2

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi dair size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

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

EK-8. AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun. Her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5'li derecelendirmeyi kullanarak belirtin. 1 = Hiç katılmıyorum 2 = Katılmıyorum 3 = Kararsızım 4 = Katılıyorum 5 = Kesinlikle katılıyorum

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Ölüm düşünceleri sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımla ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

EK-9. TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ HASTA ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınızı ancak tamamen de o şekilde hissetmediğinizi anlamına gelmektedir.

Sorular	Cevaplar
1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değilim Tamamen hazırım
2. Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacağım Son derece iyi karşılayabileceğim
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacağım Son derece iyi yapabileceğim
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok

EK-10. YETİŞKİN HASTALAR İÇİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ-HEMŞİRE DEĞERLENDİRME KISA FORMU

Hastaneye yatmış olan hastanızın taburculuğa hazır oluşunu değerlendirmeniz istenmektedir. Lütfen formu hastanın bulunduğu birimden ayrılmadan 4 saat önce doldurunuz. Lütfen cevabınızı daire içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Hissettiklerinizi en iyi ifade eden 0 ve 10 arasındaki rakamı seçiniz. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

1. Hastanız eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazır ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değil Tamamen hazır
2. Hastanızın bugünkü enerjisini nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
3. Hastanız eve gittikten sonra dikkat etmesi gereken sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibidir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikri yok Her şeyi biliyor
4. Hastanız eve gittikten sonra uyması gereken kısıtlamalarla (yapabileceği şeyler ve yapmasına izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgiye sahiptir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikri yok Her şeyi biliyor
5. Hastanız evde olmanın gerektirdiklerini ne kadar iyi karşılatabilecek ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacak Son derece iyi karşılayabilecek
6. Hastanız evde kendi kişisel bakımını (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabilecek?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacak Son derece iyi yapabilecek
7. Hastanız eve gittikten sonra, ihtiyacı olursa, kişisel bakımına ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok
8. Hastanız ihtiyaç duyması halinde tıbbi bakım gereksinimleri (tedaviler, ilaçlar) konusunda ne kadar yardım alacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok