**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ONKOLOJİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ SINIFLAMASI (NIC) KULLANILARAK GELİŞTİRİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN CERRAHİ İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

**Ezgi TEMEL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-18014 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2019**

**KABUL VE ONAY SAYFASI**

T. C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı çerçevesinde Ezgi TEMEL tarafından hazırlanan “Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Kullanılarak Geliştirilen Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme Üzerine Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/12/2019

Üye (T. D.) : Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER Ege Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Rahşan ÇAM Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menders Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ………………. tarih ve …………. sayılı oturumunda alınan .…… nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Tez çalışmamın her aşamasında bilgilerini ve desteğini benimle paylaşan tez danışmanım Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Nurdan GEZER’e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rahşan ÇAM’a, Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN’a ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hossein Asgar Pour’a,

Savunma sınavımda görüş ve önerileriyle tez çalışmama destek veren jüri üyeleri Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER’e, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER’e, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rahşan ÇAM’a,

Tez çalışmamın istatistiksel analizi ve yorumlaması sürecinde danışmanlık yapan Ege Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Timur KÖSE’ye,

Tez çalışmamın uygulaması sürecinde yardım ve desteklerinden ötürü Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde çalışan hekimlere ve değerli hemşire meslektaşlarıma,

Çalışmamda kullanmak üzere kişisel verilerini benimle paylaşmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarına,

Tez çalışmam boyunca benimle tecrübelerini ve bilgilerini paylaşan arkadaşlarım Arş. Gör. Büşra ŞAHİN, Arş. Gör. Havva Yönem AMAÇ, Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN ve Arş. Gör. Dilara KUNTER’ e,

Hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen ve akademik başarılarımın ortakları başta annem ve babam olmak üzere küçük aileme TEŞEKKÜRLER…

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY SAYFASI i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vi

ŞEKİLLER DİZİNİ vii

RESİMLER DİZİNİ viii

TABLOLAR DİZİNİ ix

ÖZET xi

ABSTRACT xiii

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Problemin Amacı 3

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Ağız ve Farenks 4

2.2. Ağız ve Farenks Kanserleri 4

2.1.2. Ağız ve Farenks Kanserlerinde Tedaviler 5

2.2. Özofagus 6

2.2.1. Özofagus Kanseri 6

2.2.2. Özofagus Kanserinde Tedaviler 7

2.3. Mide 7

2.3.1. Mide Kanseri 8

2.3.2. Mide Kanserinde Tedaviler 9

2.4. İnce Bağırsak 10

2.4.1. İnce Bağırsak Kanserleri 10

2.4.2. İnce Bağırsak Kanserlerinde Tedavi 11

2.5. Kolon ve Rektum 11

2.5.1. Kolon ve Rektum Kanserleri 12

2.5.2. Kolon ve Rektum Kanserlerinde Tedaviler 13

2.5.2.1. Kolon ve rektum kanseri tedavisi olarak ostomi cerrahisi 14

2.6. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification-NIC) 15

2.7. Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification-NOC) 16

2.8. Cerrahi İyileşme 16

2.9. Taburculuk Eğitimi 18

3. GEREÇ VE YÖNTEM 21

3.1. Araştırmanın Tipi 21

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri 21

3.3. Araştırmanın Zamanı 21

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22

3.5. Araştırmanın Değişkenleri 22

3.6. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri 22

3.6.1. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri 22

3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 23

3.7. Veri Toplama Formu 24

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 1) 24

3.7.2. Hasta Değerlendirme Formu (EK 2) 24

3.7.3. Eğitim Kitapçığı 25

3.7.4. Telefon 27

3.8. Ön Uygulama 27

3.9. Verilerin Toplanması 27

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 29

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri 30

3.12. Araştırmanın Etik Yönü 30

4. BULGULAR 31

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Klinik Durumları ve Cerrahi Özelliklerine Göre İncelenmesi 31

4.2. Hastaların Cerrahi İyileşme Durumlarının İncelenmesi 37

4.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49

4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile Bağımlı Değişkenlerin İlişkilerinin Karşılaştırılması 51

4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması 52

5. TARTIŞMA 57

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Klinik Durumları ve Cerrahi Özelliklerine Göre Tartışılması 57

5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların İyileşme Süreçlerinin Tartışılması 63

5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Cerrahi İyileşme Puanları ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tartışılması 71

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 73

6.1. Sonuçlar 73

KAYNAKLAR 77

EKLER 86

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu 86

Ek 2. Hasta Değerlendirme Formu 88

Ek 3. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu 90

Ek 4. DISCERN Ölçüm Aracı (Quality Criteria for Consumer Health Information) 91

Ek 5. Mide Ameliyatı Geçiren Hastalar İçin Geliştirilen Eğitim Kitapçığı 94

Ek 6. Bağırsak Ameliyatı Geçiren Hastalar İçin Geliştirilen Eğitim Kitapçığı 99

Ek 7. Girişim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 105

Ek 8. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 110

Ek 9. Aydın Adnan Menderes Ünivesitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı 115

Ek 10. Aydın Adnan Menderes Ünivesitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı 117

ÖZGEÇMİŞ 118

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**ASA** : American Society of Anesthesiologists-Amerikan Anestezistler Derneği

**BKİ** : Beden Kitle İndeksi

**cm** : Santimetre

**DM**  : Diyabetes Mellitus

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**GLOBOCAN**: Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)

**HSGM** : Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**HT** : Hipertansiyon

**KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**KT** : Kemoterapi

**m**  : Metre

**MeSH**  : Medical Subject Headings

**NANDA** : North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)

**NIC** : Nursing Interventions Classification (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)

**NOC**  : Nursing Outcomes Classification (Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması)

**PCK** : Peristomal Cilt Komplikasyonları

**RT** : Radyoterapi

**ss**  : Standart Sapma

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** Gecikmiş cerrahi iyileşmenin tanımlayıcı özellikleri. 17

**Şekil 2.** Araştırmanın örneklem süreci. 23

**Şekil 3.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının veri toplama süreci. 29

**RESİMLER DİZİNİ**

**Resim 1.** Mide (WEB\_1) 8

**Resim 2.** Subtotal (kısmi) ve total gastrektomi (WEB\_2). 10

**Resim 3.** Kolon ve rektum (WEB\_3) 12

**Resim 4.** Kolostomi tipleri. (WEB\_4) 15

**TABLOLAR DİZİNİ**

**Tablo 1.** Araştırma planı 21

**Tablo 2.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları 31

**Tablo 3.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik durumlarına göre dağılımları 32

**Tablo 4.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının geçirdikleri ameliyatın özelliklerine göre dağılımları 35

**Tablo 5.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı 37

**Tablo 6.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 2. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı 40

**Tablo 7.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı 43

**Tablo 8.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 8. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı 46

**Tablo 9.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının grup içi –gruplar arası karşılaştırılması 49

**Tablo 10.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile taburculuk sonrası 2., 4. ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılması 50

**Tablo 11.** Girişim ve kontrol grubu hastalarında taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile yaş, klinik evre, ASA skoru, cerrahi öncesi/sonrası ve toplam hastanede kalış süresi ile ilişkisi 51

**Tablo 12.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeninin karşılaştırılması 52

**Tablo 13.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı ve ASA skoru değişkenlerinin karşılaştırılması 53

**Tablo 14.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile geçirilen cerrahinin tipi ile cerrahi türü değişkenlerinin karşılaştırılması 54

**Tablo 15.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile stoma varlığı değişkeninin karşılaştırılması 56

**ÖZET**

**ONKOLOJİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ SINIFLAMASI (NIC) KULLANILARAK GELİŞTİRİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN CERRAHİ İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİ**

**Temel E, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.**

Bu çalışma, onkolojik cerrahi geçiren hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırma, bir üniversite hastanesinin Genel Cerrahi Servisi’nde yapılmıştır. G-Power ile hesaplanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 78 hasta örneklemi oluşturmuştur. Basit randomizasyon uygulanarak hastalar girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu ve Hasta Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Hasta tanıtım formu 28 sorudan ve hasta değerlendirme formu ise Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması’nın “cerrahi iyileşmede gecikme” basamağını içeren dokuz sorudan oluşan bir formdur. Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması’ndan yararlanılarak oluşturulan form beşli likert tipindedir. Formdan en az “9” ve en fazla “45” puan alınabilmektedir.

Veriler taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta olmak üzere dört aşamada toplanmıştır. İlk aşamada tüm hastalara hasta tanıtım ve hasta değerlendirme formu yüz yüze uygulanmıştır. Sonrasında girişim grubuna taburculuk eğitimi verilmiş ve eğitim konularını içeren kitapçık yanlarına verilmiştir. Kontrol grubu hastaları ise klinik standartlara göre izlenmiştir. Taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada iki hasta grubu da telefonla ulaşılarak hasta değerlendirme formu doldurulmuştur. Verilerin analizinde gruplar normal dağılım gösterdiğinden gruplar arasındaki farklılığın incelenmesinde bağımsız örneklerde t testi ile tekrarlı ölçümlerin değişkenlerle ilişkisinin incelenmesinde tekrarlı ölçümler ANOVA testi yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastalarının grup içi taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında ve gruplar arası taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gruplar arasında taburculuk öncesinde cerrahi iyileşmede görülen “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi” ile “etrafta hareket etmede güçlük” ve taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada “evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu”, “iyileşmek/ toparlanmak için daha fazla zaman ihtiyacı” ile “yorgunluk” sorunlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda onkolojik cerrahi geçiren hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması kullanılarak geliştirilecek taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeyi hızlandırdığı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi İyileşme, Hemşire, Taburculuk Eğitimi.

**ABSTRACT**

**EFFECTS ON SURGICAL RECOVERY OF DISCHARGE TRAINING DEVELOPED BY USING NURSING INTERVENTIONS CLASSFICATIONS (NIC) IN PATIENTS WHO UNDERWENT ONCOLOGIC SURGERY**

**Temel E, Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Master Thesis of Surgical Nursing Program, Aydın, 2019.**

The aim of this study was to investigate the effect of discharge education developed on Nursing Interventions Classification in patients undergoing oncologic surgery.

The study was performed in the General Surgery Department of Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital. The sample was calculated with G-Power. The sample consisted of 78 patients who underwent oncologic surgery and agreed to participate in the study. Patients were divided into study and control groups by simple randomization. The data of the study was collected with Patient Identification Form and Patient Evaluation Form. The patient introduction form was composed of 28 questions and the patient evaluation form was a nine-question form that included the gecikme delay in surgical recovery ”of the Nursing Interventions Classification. The form which was created by using the Nursing Results Classification was prepared in a five-point likert type. A minimum score of “9” and a maximum of “45” can be obtained from the form.

The data were collected in four stages: before discharge, second, fourth and eighth weeks after discharge. In the first stage, patient introduction and patient evaluation form was applied face to face to all patients. Discharge training was then given to the working group; The control group was followed according to clinical standards. In the second, fourth and eighth weeks after discharge, two patient groups were contacted by telephone and the patient evaluation form was completed. Since the groups showed normal distribution in the analysis of the data, t-test was used in independent samples to examine the difference between the groups, and repeated measures ANOVA test was used to examine the relationship between repeated measures and variables. There was a statistically significant difference between the mean scores of the patients in the study and control groups before and at the second, fourth and eighth weeks after discharge and between the second and fourth weeks after the discharge. In our study, there was a statistically significant difference between groups “requires assistance for self-care” and “impaired mobility” before discharge. Also there was a statistically significant difference between groups “postpones resumption of work”, “excessive time required for recuperation”, “reauires assistance for self-care” and “ fatigue ”at the second, fourth and eighth weeks after discharge.

In our study, it was concluded that discharge training to be developed using Nursing Interventions Classification in patients undergoing oncologic surgery accelerates surgical recovery.

**Keywords:** Surgical Recovery, Discharge Training, Nurse.

**1. GİRİŞ**

**1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Kanser, dünya çapında giderek artan en önemli sağlık problemlerinden biri olup Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre ölüme neden olan hastalıklardan biri olarak bildirilmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014; Favoriti ve ark, 2016; Bray ve ark, 2018). Dünyada en çok tanısı konulan kanser türlerinin sırasıyla akciğer, meme ve kolon kanseri olduğu; en çok ölüme neden olan kanser türlerinin ise sırasıyla akciğer, karaciğer ve mide kanseri olduğu belirtilmektedir (Saatçi, 2014; Arnold ve ark, 2016).

Türkiye’de mide kanseri görülme hızı erkeklerde her 100 000 kişide 14,3; kolon kanseri 14,1; rektum kanseri ise 8,7 iken bu kanser tipleri sırasıyla kadınlarda 100 000 kişide 6,5; 9,0; 4,8 olarak bildirilmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014).

Günümüzde gelişen ve değişen teknolojinin tıp alanına yansımalarına bağlı olarak ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımı ile anestezideki gelişmeler sonucunda kanserde de cerrahi tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır (Terzi ve Ünek, 2004; Dal ve ark, 2012). Her yıl 31 milyon insanda malignitelerin tedavisinde cerrahi tedaviye başvurulduğu bildirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2009). Cerrahi iyileşme kavramı, “cerrahi sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak” olarak tanımlanmaktadır (Santana ve ark, 2018). Cerrahi iyileşmede gecikme tanısı 1998’de “Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-I) Uluslararası Taksonomi”si içerisinde yer verilmiştir ve “cerrahi sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak için gerekli olan cerrahi sonrası gün sayısının artması” olarak tanımlanmaktadır (Butcher ve ark, 2018). Cerrahi iyileşmede gecikmeyle ilişkilendirilen belirtileri ortaya koyan çalışmalarda ise ameliyat sonrası dönemde hastalarda yorgunluk, ağrı, insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu, iştahsızlık sorunlarının sık görüldüğü bildirilmektedir (Bektaş ve Akdemir, 2006; Pereira ve ark, 2014; Couceiro ve ark, 2009). Ortaya çıkan bu sorunlar “cerrahi iyileşmede gecikme” tanısının tanımlayıcı faktörleri olarak bildirilmektedir (Santana ve ark, 2014; Santana ve de Oliveira Lopes, 2015). Gastrostomi, kolektomi ve eksploratuvar laparotomi gibi ameliyatlar sonrasında cerrahi iyileşmede gecikmenin sık görüldüğü bildirilmektedir (Butcher ve ark, 2018; Santana ve ark, 2018).

Dünyada ve ülkemizdeki hemşirelik hizmetleri, sağlık alanında teknoloji kullanımında artış, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artışı ve komplikasyonların önlenmesi gibi nedenlerden ötürü hastanede yatış süresi kısalmaktadır. Hastaneden ayrılan hasta gruplarının bakım ihtiyacı taburculuk sonrasında da devam etmektedir (Yıldırım ve Bayraktar, 2010). Bunun sonucunda taburculuk planlamasının daha önemli hale geldiği bildirilmektedir (Yıldırım ve Bayraktar, 2010). Gastrostomi, kolektomi ve eksploratuvar laparotomi gibi ameliyatlar geçiren hastaların ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da erken dönemde fark edebilmeleri, taburculuk sonrası iyileşme sürecinin evde devamlılığı için iyi bir taburculuk eğitimi almalıdır. Hemşireler, hastaların taburculuk sonrası evde bakım gereksinimlerini karşılayan, sağlığı koruyan ve geliştiren bilgi ve becerileri hastalara planlı bir taburculuk eğitimi ile kazandırabilir (Şahin ve ark 2015; Yıldırım ve Bayraktar, 2010). Ameliyat sonrası verilecek taburculuk eğitiminin yakın takiple birlikte, hastaların yeni yaşamlarına uyumunu kolaylaştıracağı, iyileşmeyi hızlandıracağı ve plansız tekrarlı hastaneye yatışlarını %50 oranında önleyebileceği bildirilmektedir (Zheng ve ark, 2013; Santana ve ark, 2018; Kang ve ark, 2018).

Schweitzer (2014) gastrostomi tüpü olan çocuklarda, sistematik ve aile merkezli eğitim vermenin hasta sonuçlarını iyileştirdiğini bildirmiştir. Veronovici ve ark (2014) kardiyovasküler cerrahi geçiren hastalarda taburculuk eğitiminin taburculuk eğitiminin anksiyete ve depresyonu önemli düzeyde düşürerek hastaya olumlu katkılar sağladığını bildirmiştir. Akbari ve Çelik (2015) koroner arter bypass grefti cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk eğitiminin, hastaların tedavilerinin devamlılığı ve tedaviye uyumu için olumlu etkileri olduğunu ve taburculuk eğitimi alan hastalarda almayan hastalara göre daha az sorun görüldüğünü bildirmiştir. Genel cerrahi hastalarında taburculuk eğitimi müdahalelerine ilişkin kanıt düzeylerinin düşük olması ve literatürde yer alan çalışmaların azlığı nedenleriyle bu alanda daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir (Kang ve ark, 2018).

Bu çalışmada, onkolojik cerrahi geçiren hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeye olan katkısının incelenmesi planlanmaktadır.

**1.2. Problemin Amacı**

Bu araştırmanın amacı, onkolojik cerrahi geçiren hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine etkisini incelemektir. Çalışmanın hipotezleri;

**H0:** Cerrahi sonrası standart bakım alan hastalar ile NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitimi alan hastalar arasında cerrahi iyileşme yönünden fark yoktur.

**H1:**Cerrahi sonrası standart bakım alan hastalar ile NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitimi alan hastalar arasında cerrahi iyileşme yönünden fark vardır.

**2. GENEL BİLGİLER**

Sindirim sistemi, ağız boşluğundan başlayıp farenks, özofagus, mide, ince ve kalın bağırsaklar ile devam eden ve rektumdan anüse uzanan 9 metre (m) uzunluğunda içi boş tüp şeklinde bir yapıdır. Sindirim ağızda, midede ve ince bağırsakta gerçekleşir. Sindirim sisteminde yer alan yapılar; ağız yoluyla alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemesini, sindirim salgıları ile besinlerin küçük yapı taşlarına sindirilmesini, sindirim sonucunda ortaya çıkan yapıtaşlarının, su ve elektrolitlerin emilimini sağlamaktadır. İki tip sindirim vardır: Birincisi besinlerin fiziksel olarak daha küçük parçalara ayrıldığı “mekanik sindirim” ve ikincisi ise besinlerin sindirim enzimlerinin maruziyetine bağlı yapıtaşlarına dönüştürüldükleri “kimyasal sindirim”dir. Sindirim sonucunda ortaya çıkan moleküller ince bağırsağın lümeninden kana ya da lenf dolaşımına emilimi gerçekleştirilerek vücuda kazandırılır. Emilimi gerçekleşmeyen moleküller ise kolondan dışarı atılır (Arslan ve Arlı, 2017; Akyüz ve Çavdar, 2018; Scanlon ve Sanders, 2018).

* 1. **Ağız ve Farenks**

Ağız, yiyeceklerin vücuda alındığı ve sindirimin başladığı yerdir. Sert ve yumuşak damak, yanaklar ile sınırlanmıştır. Ağız boşluğunda sindirime yardımcı olan dişler, dil ve tükürük bezlerinin kanallarının açıklıkları bulunmaktadır (Scanlon ve Sanders, 2018).

Farenks ise ağız boşluğunu özofagusa bağlar ve besinlere, havaya ve sıvıya geçiş yolu sağlar. Farenkste sindirim gerçekleşmez. Farenksteki kasların peristaltik hareketleri alınan besinlerin özofagusa iletilmesini sağlar (Akyüz ve Çavdar, 2018; Scanlon ve Sanders, 2018).

**2.2. Ağız ve Farenks Kanserleri**

Ağız kanserleri, ağız boşluğunda veya orofarengeal alanda ortaya çıkan malign neoplaziler olarak tanımlanmakta ve ağız kanserleri ile orofarengeal kanserler birlikte rapor edilmektedir (Chi ve ark, 2015). Dünya genelinde en sık görülen altıncı kanser olarak belirtilmektedir (Rivera, 2015). Ağız kanseri 35 yaşından sonra daha sık görülmektedir ve tanının konulduğu ilk yaş sıklıkla 65’tir. Erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazla görülen ağız kanserlerinde lokalize tümör varlığında beş yıllık sağkalım %83 iken ağız boşluğu ve farenksin tüm kanser evreleri için beş yıllık sağkalım %61 olarak bildirilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN) verilerine göre ağız ve dudak kanserleri ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişmekte olup erkeklerde insidansı 100 000 kişide 3,9 ila 8,7 arasında ve mortalitesi ise 1,5 ila 5 arasında olduğu bildirilmektedir (Bray ve ark, 2018). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün (HSGM) 2015 verilerine göre ülkemizde erkeklerde her 100 000 kişide ağız ve farenks kanseri hızı 5,3 iken kadınlarda bu hız 2,1 olarak bildirilmektedir.

Ağız sık görülebilen belirti-bulgular; kronik boğaz ağrısı, ağızda ağrı, ses değişikliği, ağızda veya dilde lökoplaki veya eritroplaki, tükürük sekresyonunda artma, konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü, diş ağrısı, kulak ağrısı ve asemptomatik boyun kitlesidir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Orofarengeal kanserlerde ise belirti-bulgular; ülserli kitle, dolgunluk, boğaz ağrısı, disfaji, düzensiz eritematöz mukozal değişikliklerdir (Chi ve ark, 2015).

**2.1.2. Ağız ve Farenks Kanserlerinde Tedaviler**

Tedavi tipi tümörün yeri, büyüklüğü ve evresinin yanı sıra hastaların kronik hastalıklarına, beslenme ve tedaviye tolerans gösterme durumlarına göre belirlenmektedir. Tedavi genellikle cerrahi tedavi, radyoterapi (RT), kemoterapi (KT) veya bu üçünün kombinasyonu şeklinde uygulanabilmektedir. Erken ve geç evre ağız kanserinin çoğunun tedavisinde cerrahi en etkili yöntemdir. Cerrahi yöntemlere ek olarak lenf nodu tutulumu varlığında veya artmış bölgesel metastaz riski varlığında boyun diseksiyonu da yapılabilmektedir (Chi ve ark, 2015). Bu amaçla; kısmi mandibulektomi, hemiglossektomi, ağız mukozasının ve ağız tabanının rezeksiyonu gibi cerrahiler uygulanmaktadır (Chi ve ark, 2015; Rivera, 2015; Akyüz ve Çavdar, 2018). Erken dönemde tanılanan orofarengeal kanserlerde tek başına RT veya cerrahi tedavi tercih edilebilirken ilerleyen dönemlerde tanılanması durumunda cerrahi sonrası RT veya RT ile KT kombinasyonu uygulanabilmektedir. Orofarengeal kanserin cerrahisinde açık rezeksiyon, transoral robotik cerrahi veya transoral lazer mikrocerrrahisi kullanılarak kanserli alan temizlenebilmektedir. Tedavi sonrasında hastalarda ağız boşluğu ve farenksin işlevleri doğrudan etkilendiğinden yemek yeme, çiğneme ve yutma kabiliyetleri bozulmaktadır. Bu fonksiyon kayıplarına ek olarak hastalarda ortaya çıkabilen kozmetik problemler, rekonstrüksiyon ve rehabilitasyon gerektirdiğinden hasta bakımı multidisipliner ekip ile planlanmalıdır (Chi ve ark, 2015).

**2.2. Özofagus**

Özofagus, farenksten gelen besinlerin mideye ileten yaklaşık 25 santimetre (cm) uzunluğunda tüp şeklinde bir organdır. Farenkste olduğu gibi özofagusta da sindirim gerçekleşmez ve mideye doğru peristaltizm hareketi ile besinleri mideye ulaştırır. Gastroözofagal sfinkter mide ve özofagus arasındaki geçişin kapalı olmasını sağlar (Akyüz ve Çavadar, 2018; Scanlon ve Sanders, 2018).

**2.2.1. Özofagus Kanseri**

Dünya çapında en yaygın sekizinci kanser türü olan özofagus kanseri tüm kanserlerin %1’ini gastrointestinal kanserlerin ise %7’sini oluşturmaktadır (Kato ve Nakajima, 2013; Akyüz ve Çavdar, 2018). Sık görülmemesine rağmen mortalitesi yüksek olduğundan kansere bağlı ölüm nedenlerinde altıncı sıradadır. Özofagus kanseri geç belirti verdiğinden tanı aldığında ileri evrede bulunmaktadır. Özofagus kanserinde beş yıllık sağkalım oranı %5-10 arasındadır; 50 yaş üzeri erkeklerde ise insidans artmaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018).

GLOBOCAN verilerine göre özofagus kanserinin erkeklerde insidansı her 100 000 kişide 5,5 ila 11 arasında değişirken mortalitesi 5,2 ila 9,5 arasında değiştiği bildirilmektedir. Aynı verilere göre özofagus kanserinin kadınlarda insidansı her 100 000 kişide insidansı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre 3 ila 3,7 arasında değişirken mortalitesi 2,7 ila 3,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (Bray ve ark, 2018). HSGM 2015 yılı verilerine göre, ülkemizde ise erkeklerde her 100 000 kişide hızı 2 iken kadınlarda 1,2 olarak bildirilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

Özofagus kanserinde sık görülen belirti ve bulgular; yutkunma sırasında ortaya çıkan takılma hissi, disfaji, boğazda kitle hissi, substernal ağrı ve dolgunluk, ağız kokusu ve hıçkırık olabilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

**2.2.2. Özofagus Kanserinde Tedaviler**

Özofagus kanseri tanısı çoğunlukla lokal, ileri veya metastatik evrede konulduğundan var olan tümörün boyutu ve yerine göre cerrahi tedavi, KT, RT ve bunların kombinasyonundan oluşabilir. Bunların yanı sıra tümör yerleşim yerine göre mukozal alan ile sınırlı tümörlerde endoskopik tedaviler ile cerrahi için uygun olmayan hastalarda ışığa duyarlı ilaç (Photofrin) enjeksiyonu yapılarak uygulama sonrası özofagusa yerleştirilen özel fiber optik ile izlenen fotodinamik tedavi uygulanabilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

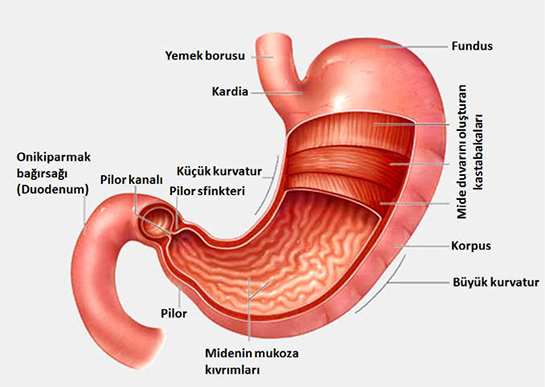
Cerrahi tedavi hastalığın derecesine bağlı olarak profilaktik, küratif veya palyatif amaçla yapılabilmektedir. Küratif amaçlı uygulanan cerrahi, tümörün lokal olarak çıkarılma olasılığı varsa, hastanın metastazı yoksa ve genel durumu iyiyse tercih edilmektedir. Standart cerrahi tedavi tümör ve geniş tümörsüz doku sınırı ile birlikte tümör çevresindeki lenf nodlarının çıkarıldığı total özofagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonunu içeren özofajektomi, özafagogastrostomi ve özafagoenterestomiyi içeren girişimlerdir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Cerrahi öncesinde neoadjuvan ve adjuvan KT’ ye de başvurulabilmektedir. Özofajektomi ve rekonstrüktif cerrahi en sık başvurulan tipidir. Birçok yöntemle yapılabilmesine karşın hangi yöntemin kullanılacağı tümörün boyutuna ve konumuna göre değişmektedir (Kato ve Nakajima, 2013; Akyüz ve Çavdar, 2018).

**2.3. Mide**

Abdomenin sol üst bölgesinde bulunmaktadır, dört litreye kadar besin ve suyu depo edebilmektedir. Boş iken yaklaşık 25 cm uzunluğundadır, besinlerin mekanik sindirimi devam ettiği organdır (Alparslan ve Ucuzal, 2015).

Mide, sindirim sisteminin karın bölümünde yer alır ve özofajeal bileşkeden başlayarak pilora kadar uzanır. Yiyecek içeriğinin geçişini kontrol eden kaslardan oluşmaktadır (Aslan ve Arlı, 2017).

Mide, sindirim sisteminin karın bölümünde yer alan özofajeal bileşkeden başlayıp pilora uzanan ilk parçadır. Midenin özofagus ile birleştiği yere “kardia” olarak adlandırılmaktadır. Gastrik bezlerin yoğun olarak bulunduğu üst bölgeye “fundus” denilmektedir. “Antrum”, midenin gövde bölgesidir, burada da gastrik bezler yoğun olarak bulunmaktadır. Kardiada sfinkter bulunmamaktadır. Midenin duodenuma açıldığı yere “pilor” denir, bu kısımda tam bir sfinkter bulunmaktadır. Özofagusun sağ kenarından mideye doğru olan kısmı küçük kurvatür olarak adlandırılmaktadır. Midenin küçük kurvatürü kardia ve pilor arasında uzanmaktadır. “Büyük kurvatür” ise midenin kardia bölgesinden başlayarak arkaya, yukarı ve sola uzanır, sonra sağa dönerek pilorda sonlanmaktadır (Alparslan ve Ucuzal, 2015).



**Resim 1.** Mide (WEB\_1)

**2.3.1. Mide Kanseri**

Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon yeni mide kanseri olgusunun teşhis edildiği ve en sık teşhis edilen beşinci kanser türü olduğu bildirilmektedir (Ferlay ve ark, 2015; Bray ve ark, 2018). Ülkemizde mide kanseri hızı erkeklerde her 100 000 kişide 14,2 iken kadınlarda 6,3 olarak bildirilmektedir (HSGM, 2015). Mide kanseri 30 yaş öncesinde nadir görülmektedir ve 60 yaştan sonra mide kanserinin görülme sıklığı artmaktadır (Saatçi, 2014; Aslan ve Arlı, 2017). Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür (Akyüz ve Çavdar, 2018).

Mide kanseri vakaları nadiren erken tanı almaktadır ve mide kanseri hastalarının %70’e yakını ileri evrede tespit edilmektedir. Tanı anında sıklıkla uzak organ metastazı bulunduğu bildirilmektedir (Pourhoseinghoali ve ark, 2015; Song ve ark, 2017; Akyüz ve Çavdar, 2018).

Erken evrede mide kanserli hastaların çoğu asemptomatiktir. Mide kanserinde sık görülen klinik bulgular; ağrı, anoreksi, kilo kaybı, hematemez/ melena, disfaji ve regürjitasyon, dispeptik şikayetler (midede şişkinlik, dolgunluk, geğirme hissi) ve palpasyonla ele gelen kitledir (Van Cutsem ve ark, 2016; Aslan ve Arlı, 2017).

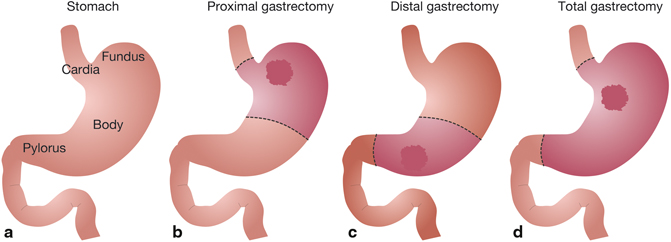
**2.3.2. Mide Kanserinde Tedaviler**

Tedavi seçimi çoğunlukla var olan tümörün boyutu ve lokalizasyonuna, hastalığın klinik evresine ve hastanın genel sağlık durumuna bağlı olarak değişmekte olup mide kanserinin primer tedavisi cerrahi olarak benimsenmektedir. Cerrahi tedavide temel amaç kürabiliteyi sağlanmaktır. Cerrahi tedavinin yanı sıra KT ve RT de mide kanserinde uygulanabilmektedir (Çakabay ve ark, 2011; Van Cutsem ve ark, 2016; Aslan ve Arlı, 2017).

Mide kanserinde sıkça başvurulan cerrahi tedavinin türü; kanserin lokalizasyonuna, bölgesel yayılımına ve uzak organ yayılımı olup olmadığına göre planlanmaktadır. Yeterli cerrahi rezeksiyon mide kanserinin tek küratif tedavisidir. Yeterli cerrahi rezeksiyon primer kanserin en az dört cm tümörsüz cerrahi sınır ve yeterli lenfadenektomi ile tam rezeksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Çakabay ve ark, 2011; Van Cutsem ve ark, 2016).

Erken evre mide kanserleri lezyonun büyüklüğü ve lenf nodu metastazı varlığından bağımsız olarak mukoza ve alt mukoza ile sınırlıdır. Lezyonun mukoza altına infiltrasyonu ve uzak organ metastazının varlığı durumlarında ilerlemiş mide kanseri evresi söz konusudur. Lezyonun klinik evresi, kullanılacak tedavinin stratejisini belirlemede kullanılır (Song ve ark, 2017).

Mide kanseri ameliyatlarında kesi, göbek üstü orta hattan yapılırken özofagusun alt kısmı ile midenin girişine yerleşimli tümörlerde bazen göğüs kafesi açılabilmektedir. Mide kanserinde uygulanacak cerrahi girişim gastrektomidir. İki çeşit gastrektomi uygulanabilmektedir: Subtotal ya da kısmi gastrektomide kanserli midenin alt üçte ikilik kısmı alınmaktadır; kanserli midenin yanında yakın lenf bezleri, ince bağırsağın veya özofagusun bir kısmı çıkarılabilmektedir (Resim 2). Total gastrektomide midenin tamamına ek olarak çevresindeki lenf bezleri, özofagus, ince bağırsağın kısımları ve tümöre komşu diğer dokular çıkarılmaktadır. Özofagus ince bağırsak ile anastomoz edilerek sindirim kanalının devamlılığını sağlamaktadır (Resim 3).



Pilor

Kardiya

Korpus

Fundus

a. Mide, b. ve c. Subtotal Gastrektomi, d. Total Gastrektomi.

**Resim 2.** Subtotal (kısmi) ve total gastrektomi (WEB\_2).

**2.4. İnce Bağırsak**

İnce bağırsaklar pilor sfinkterinden başlayarak ileoçekal kapağın kalın bağırsakla olan girişinde sonlanan, çapı yaklaşık iki buçuk cm ve uzunluğu altı m olan yapıdır. İlk 20-25 cm’lik kısmı duodenum, sonraki 100-110 cm’lik kısmı jejenum ve son 150-160 cm’lik kısmı ileum olarak adlandırılır. Besinlerin kimyasal sindirimi ve çoğu besinlerin emilimi ince bağırsaklarda gerçekleşir. İnce bağırsakta bulunan villuslar ve mikrovilliler emilim yüzey alanını genişleterek besinlerin sindirimini ve emilimini hızlandırır (Akyüz ve Çavdar, 2018; Scanlon ve Sanders, 2018).

**2.4.1. İnce Bağırsak Kanserleri**

İnce bağırsak kanseri gastrointestinal sistem kanserlerin %5’den daha azını oluşturmaktadır (Akyüz ve Çavdar, 2018). Çoğu tümör ileum yerleşimlidir. HSGM’ nin 2015 verilerine göre ülkemizde erkeklerde her 100 000 kişide yaşa göre standardize edilmiş ince bağırsak kanseri hızı 0,6 iken bu oran kadınlarda 0,5 olarak bildirilmektedir. İnce bağırsak kanserinde sıklıkla belirtiler belirsiz ve spesifik değildir; kilo kaybı, ağrı, anemi, bulantı ve kusma, obstrüksiyon, kanama gibi belirti ve bulgular görülebilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

**2.4.2. İnce Bağırsak Kanserlerinde Tedavi**

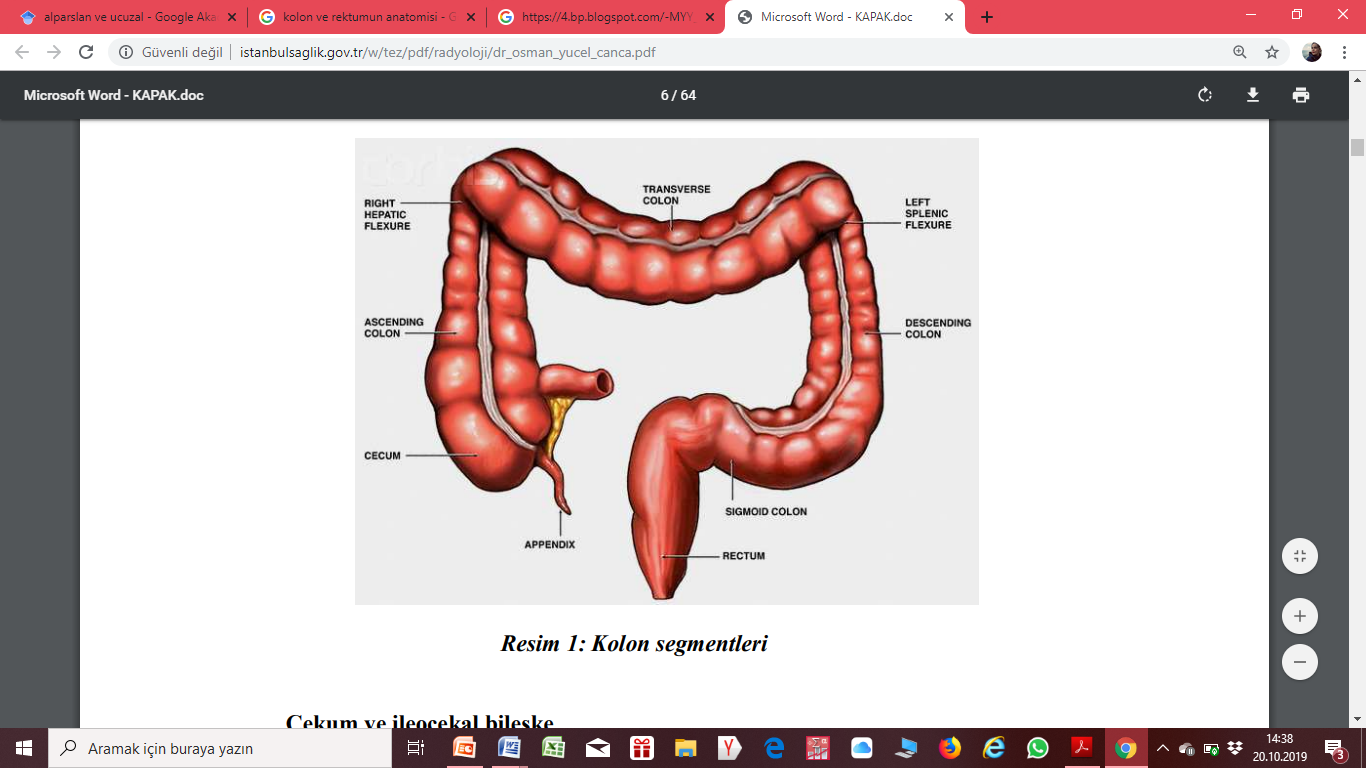
İnce bağırsak kanserinde tek tedavisi cerrahidir. İnce bağırsak kanserli hastalarda erken tanı ve bağırsak rezeksiyonu ile birlikte beş yıllık sağkalım oranı yaklaşık olarak %20 iken genç yaştaki hastalarda sağkalım oranı yaklaşık olarak %5 azaldığı bildirilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

**2.5. Kolon ve Rektum**

Kalın bağırsak ya da kolon, bir buçuk m uzunluğunda olup “ileoçekal valv” adı verilen kapaktan anüse dek uzanmaktadır (Alparslan ve Ucuzal, 2015). Kolon beş bölüme ayrılır:

* Çekum
* Apendiks: Bakterileri biriktiren ve inflamasyona neden olabilen küçük kesedir.
* Kolon: Asendan, transvers ve desendan bölümleri vardır.
* Rektum: Mukoza ile kaplı feçes birikim yeridir, uzunluğu yaklaşık 12 cm’dir.
* Anüs: Defekasyon refleksi ile defekasyonu kontrol eden internal ve eksternal sfinkterli sindirim sisteminin son bölümüdür.

Kolonun görevleri; suyu, tuzları ve kolondaki mikroorganizmalar tarafından oluşturulan vitaminlerin emilimini sağlamak ve sindirilmeyen besinleri vücuttan atmaktır (Alparslan ve Ucuzal, 2015; Aslan ve Arlı, 2017).



REKTUM

SİGMOİD KOLON

DESENDEN KOLON

ASENDEN KOLON

ÇEKUM

TRANSVERS KOLON

SPLENİK FLEKSURA

HEPATİK

FLEKSURA

APPENDİKS

**Resim 3.** Kolon ve rektum (WEB\_3)

**2.5.1. Kolon ve Rektum Kanserleri**

Dünya çapında kolorektal kanserler en sık teşhis edilen üçüncü kanser türü ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Terzi ve Ünek, 2007; Ferlay ve ark, 2015; Arnold ve ark, 2016; Favoriti ve ark, 2016).

Türkiye’de tüm yaş gruplarında en sık görülen kanserler arasında erkeklerde mide kanseri %6 ve kolorektal kanserler %9,1 oranında; kadınlarda mide kanseri %3,9 ve kolorektal kanserler %8,3 oranında görülmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014). Erken tanı ve tedavi ile kolon ve rektum kanseri hastalarının beş yıllık sağkalım oranı %90 olarak bildirilmektedir. Ancak kolon ve rektum kanseri hastalarının yalnızca %39’una erken evrede tanı koyulabilmektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018).

Kolon ve rektum kanserlerinin etiyolojisi ve risk faktörleri arasında ailesel kolon ve rektum kanseri öyküsü, geçmişte geçirilen kolon veya rektum kanseri öyküsü varlığı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları varlığı, haftada yediden fazla porsiyon et tüketimi, sigara kullanım öyküsü, obezite bulunmaktadır. Çoğu toplumda kolon ve rektum kanserli hastaların %90’ından fazlası 50 yaşın üstündedir ve yaşlanmayla birlikte artan kolonda ortaya çıkan mutasyonlar kanserleşme sürecinde neden olarak bildirilmektedir (Aslan ve Arlı, 2017; Akyüz ve Çavdar, 2018).

Yerleşim yerlerine göre incelendiğinde kolorektal kanserler, en sık rektosigmoid alanda, bu alandan sonra ise en sık sırasıyla sol kolon ve sağ kolonda görülmektedir. Çoğu zaman semptom vermese de şüpheli karın ağrısı, meteorizm, bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler, rektal kanama sık görülen şikayetler olarak bildirilse de kolon kanserinde primer tümörün yerleşim yerine göre semptomlar değişebilmektedir:

* **Sağ kolon tümörlerinde;** bağırsak alışkanlıklarında değişim sık görülmemektedir, ancak tümör mukus sekrete ediyorsa diyareye neden olabilmektedir. Sağ kolon tümörlerinde daha çok dışkılamayla fark edilmeyen kronik kan kaybı ve yorgunluk, hafif düzeyde karın ağrısı, kilo kaybı, batında kitle, halsizlik, çarpıntı gibi şikayetler ile demir eksikliği anemisi görülmektedir.
* **Sol kolon tümörlerinde,** bağırsak alışkanlıklarında değişim, dışkıda gözle görülen kanama, batının alt kadranlarında kramp tarzında yakınmalar, dışkılama sıklığı, dışkının nitelikleri değişebilmektedir. Tümörün metastaz yapmasına bağlı olarak organlara özgü klinik belirtilerde ortaya çıkabilmektedir.

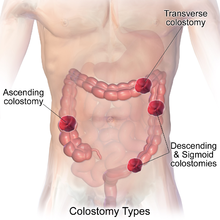
**2.5.2. Kolon ve Rektum Kanserlerinde Tedaviler**

Kolorektal kanserli hastalarda tedavi hastalığın evresine göre belirlenmektedir. Kolorektal kanserde tümörü çıkarmak ve hastalığın neden olduğu belirtileri ortadan kaldırmak amacıyla radikal cerrahi küratif tedavi olarak uygulanmaktadır. Kolorektal kanserlerde sık kullanılan cerrahi tedaviler; kolonun bir kısmının çıkarıldığı “subtotal kolektomi”, kolonun sağ tarafının çıkarıldığı “sağ hemikolektomi”, kolonun sol tarafının çıkarıldığı “sol hemikolektomi”, transvers kolonun çıkarıldığı “transvers kolektomi”, sigmoid kolon ve rektumun çıkarıldığı “prokto sigmoidektomi”, tüm kolonun çıkarılıp rektum ve anüsün bırakıldığı “total abdominal kolektomi”, tüm kolonun rektum ve anüs ile birlikte çıkarıldığı “total proktokolektomi” ve sigmoid kolonun rektum ve anüs ile bilikte çıkarıldığı “abdominoperianal rezeksiyon” dur. Cerrahi dışında RT, nüks bakımından yüksek riskli hastalarda lokal nüksün önlenmesi amacıyla cerrahi öncesinde ya da sonrasında kullanılabilmektedir. Adjuvan KT yöntemi ise cerrahi rezeksiyon sonrası nüks riski yüksek olan hastalarda mikroskopik metastazları ortadan kaldırmak amacıyla uygulanabilmektedir (Aslan ve Arlı, 2017; Akyüz ve Çavdar, 2018). Cerrahi yapılmasındaki temel amaç, kan damarlarıyla birlikte bağırsak dokusunu ve tespit edilen tümörü çıkartmaktır. Bu amaçla yapılan yöntemler içerisinde; segmental rezeksiyonu takiben anastomoz uygulanması, abdominoperineal rezeksiyon ile kalıcı sigmoid kolostomi açılması, segmental rezeksiyon ile birlikte anastomoz ve geçici kolostomi açılması, rezeksiyona uygun olmayan tümörlerde palyatif amaçlı kalıcı kolostomi ya da ileostomi açılması, iki aşamada koloanal rezervuar oluşturulmasını içermektedir (Akyüz ve Çavdar, 2018). Kolorektal kanserli hastalarda abdominoperineal rezeksiyon ile açılan kolostomi, cerrahi tedavide birincil yaklaşımdır (Zheng ve ark, 2013).

**2.5.2.1. Kolon ve Rektum Kanseri Tedavisi Olarak Ostomi Cerrahisi**

Ostomi karın duvarındaki bir açıklık aracılığıyla bağırsak içeriğinin dışarı boşaltılmasını sağlayan cerrahi işlemdir. İşlem sonrası ortaya çıkan bu açıklığa stoma denir. Ostomi, işlemin yapıldığı organa göre isimlendirilir. İleumun karın duvarına ağızlaştırılmasına ileostomi; kolonun karın duvarına ağızlaştırılması işlemine ise kolostomi denir. İleostomiden gelen intestinal içerik sıvı haldeyken kolostomiden gelen içerik ileostomiye göre daha şekillidir (Grant ve ark, 2013; Akyüz ve Çavdar, 2018).

Kolostomiler elektif ya da acil cerrahi yöntemiyle, geçici ya da kalıcı olarak, küratif ya da palyatif amaçlı olarak oluşturulabilmektedir (Altınel ve Demirbaş, 2011; Hendren ve ark, 2015; Aslan ve Arlı, 2017). Geçici olarak açılan kolostomilerde uzun dönemde intestinal sürekliliği sağlamak için ikinci bir ameliyat gerekir. Geçici kolostomiler yaygın olarak sol kolon ya da transvers kolonun ortasına açılmaktadır. Kolektomiyi takiben geçici kolostomi açılan hastalarda kolostomi kapatılması sıklıkla üçüncü ay ila altıncı ay arasında yapılmaktadır (Akcan ve ark, 2007; Grant ve ark, 2013; Hendren ve ark, 2015; Akyüz ve Çavdar, 2018). Kalıcı kolostomilerde ise rektum ve anüsün çıkarılması işlemini takiben sigmoid kolona açılmaktadır. Kolonda açıldığı bölgeye göre isimlendirilmektedir: Asendan kolona açılan kolostominin “asendan kolostomi” olarak adlandırılması gibi. Sigmoid kolostomi tipi özellikle rektum kanserinin cerrahisinde sık kullanılan kalıcı kolostomidir (Akyüz ve Çavdar, 2018).



TRANSVERS KOLOSTOMİ

DESENDEN VE SİGMOİD KOLOSTOMİ

ASENDAN KOLOSTOMİ

**Resim 4.** Kolostomi tipleri (WEB\_4)

**2.6. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification-NIC)**

NIC, hemşireler tarafından uygulanan girişimlerin kapsamlı ve standardize bir şekilde hemşirelik bakımını planlama, klinik etkinlik araştırmaları, verimlilik ölçümü gibi birçok konuda kullanılan fizyolojik ve psikososyal girişimleri içeren bir sınıflamadır (Bulechek ve ark, 2017).

NIC’i geliştirme çabaları 1987 yılında başlamış olup NIC’in merkezi Iowa Üniversitesi Hemşirelik Okulu, Hemşirelik Sınıflama ve Klinik Etkinlik Merkezi’dir. NIC, farklı klinik ve metodolojik uzmanlık alanı temsilcileri üyelerinin de içinde bulunduğı büyük bir araştırma ekibi tarafından geliştirilmiştir. NIC birçok sağlık kurumu standartlarında, bakım planlarında, etkinlik değerlendirmesinde ve hemşirelik bilgi sistemlerinde kullanılmaktadır. NIC’in araştırmada kullanımı özellikle hemşirelik bakımının etkinliğini araştırmada faydalanılmaktadır (Bulechek ve ark, 2017).

Günümüzde sağlık bakımının kaliteli ve maliyet etkin şekilde verilmesi önem kazandığından istenen hasta sonuçlarına ulaşmak ve iyileşme süreçlerinin devamlılığı için en etkili olan hemşirelik girişimlerinin seçilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla klinik karar vermeye rehberlik edecek girişimlerin sonuçlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin araştırılmasında standartlaştırılmış bir taksonominin kullanılması araştırma sürecini kolaylaştırmaktadır (Bulechek ve ark, 2017).

**2.7. Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification-NOC)**

NIC’ in geliştirilmesinden sonra Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification-NOC) hasta bakımı sonuçlarının sınıflandırılması amacıyla oluşturulmuştur. Hasta sonuçlarının özgün olarak belirlenmesinde en iyi yol olarak bildirilmektedir. NOC’u geliştiren araştırma ekibi ilk olarak 1992’de kuruldu. NOC’un merkezi NIC gibi Iowa Üniversitesi Hemşirelik Okulu, Hemşirelik Sınıflama ve Klinik Etkinlik Merkezi’dir (Bulechek ve ark, 2017).

NOC’a göre hasta sonuçları bir hemşirelik girişiminin başarısını değerlendirmede anahtar role sahiptir. Her hemşirelik sonucunun bir tanımı, sonuç ile ilgili hastanın durumunu değerlendirmede kullanılan bir sonuç listesidir. Her bir sonuç için gösterge en olumsuzdan en olumluya doğru beşli bir likert ölçeği ile değerlendirme yapılmasını sağlar ve “1” derecesi “şiddetli derecede sıkıntılı derken “5” sıkıntı yok ifadesini gösterir. Hasta bakım sonucu ölçeği hastalığın ve bakımın her aşamasında kullanılabilen NOC, hasta sonuçlarının bir bakım süreci içerisinde bir ilerleme olup olmadığını ya da ne derece ilerlemenin olduğunu göstermede kullanılır. NOC’ta NIC gibi NANDA-1 ile uyumludur (Bulechek ve ark, 2017).

**2.8. Cerrahi İyileşme**

DSÖ’ nün 2009 verilerine göre her yıl cerrahi sonrası görülen komplikasyon oranı %3-16 ve komplikasyonlara bağlı mortalite oranı %0,5 olarak bildirmektedir. Bu oranlar nedeniyle DSÖ, 2007-2008 yılları arasında “Temel Hasta Güvenliği için Küresel Zorluk: Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” olarak adlandırdığı “cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, güvenli anestezi, güvenli cerrahi ekipler, cerrahi bakımın göstergeleri” kavramlarını içeren bir hareket başlatmıştır. NANDA’ ya göre “cerrahi iyileşmede gecikme” tanısı “sağlığı ve iyiliği devam ettirecek ve koruyacak faaliyetleri başlatmak ve yürütmek için gereken gün sayısının uzaması” olarak tanımlanmaktadır (Santana ve ark, 2014; Delphino ve ark, 2015). Gecikmiş cerrahi iyileşme durumunun varlığında hastanın ev/iş faaliyetlere dönüşte erteleme davranışının olması, hareket etmede zorluk, cerrahi alanda iyileşmenin geciktiğine dair kanıtlar, yorgunluk, iyileşme için daha fazla zamana ihtiyacı olduğu inancı, bulantı hissiyle beraber iştah kaybı ve/veya bulantı hissi olmaksızın bulantı hissi, ağrı ve rahatsızlık bildirimidir (Santana ve ark, 2014). Kanama, cerrahi insizyon alanında enfeksiyon belirti ve bulguları, ağrı, hareket kısıtlılığı, gastrointestinal komplikasyonlar, onkolojik cerrahi geçiren hastaların taburculuk sonrası evde sık karşılaştıkları sorunlardan bazılarıdır (Santana ve ark, 2014; Kang ve ark, 2018). Cerrahi iyileşmenin gecikmesi hastaların günlük yaşam rutinlerine dönüşünü geciktirir, hasta memnuniyetsizliği ve hastane maliyetlerini artırır (Santana ve de Oliveira Lopes, 2015). Cerrahinin güvenli olarak taburculuk sonrasında da sürdürülebilmesi için cerrahi iyileşmede gecikmelerin kontrol altına alınması gerekmektedir (Santana ve ark, 2014). Taburculuk sonrası hastaların ameliyatla ilişkili sorunlarının ön görülmesi ve iyileşme sürecinin takip edilmesiyle iyileşme sürecini destekleyerek cerrahi iyileşmedeki gecikmeleri önleyeceği belirtilmektedir (Santana ve ark, 2014). Cerrahi iyileşmede gecikme tanısıyla ilişkili hemşirelik çalışmaları literatürde çok azdır (Santana ve de Oliveira Lopes, 2015).

**Şekil 1.** Gecikmiş cerrahi iyileşmenin tanımlayıcı özellikleri.

**2.9. Taburculuk Eğitimi**

Dünyada ve ülkemizdeki hemşirelik hizmetleri, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık alanında teknoloji kullanımında artış, enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi ve sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artışı gibi nedenlerden ötürü hastanede yatış süresi kısalmaktadır. Bu durum taburculuk planlamasını daha önemli hale gelmiştir (Yıldırım ve Bayraktar, 2010). Bunun bir sonucu olarak hasta ve ailesinin evde bakım ihtiyacı artmaktadır (Dursun ve Yılmaz, 2015; Karadağ, 2016; Güçlü ve Kurşun, 2017). Geçirilen ameliyata bağlı olarak geçirilen ameliyatla birlikte kişinin yaşamında kalıcı değişikliklerin olması, insizyon alanının varlığı gibi nedenlerle cerrahi servislerinde taburculuk planlamasının özel bir önemi bulunmaktadır (Yıldırım ve Bayraktar, 2010).

Cerrahi geçiren hastalar, cerrahi sonrası komplikasyonlar yönünden risk altında olduğundan bireylerin evde yaşayabilecekleri sorunların belirlenmesi, bakımın verilmesi, evde bakımlarına yönelik taburculuk eğitimi verilmesi hemşirelerin evde iyileşme sürecini destekleme konusunda temel sorumluluğudur (Şenyüz ve ark, 2017; Güçlü ve Kurşun, 2017).Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği’nin klinik rehberine göre kolostomi öğretimi, bakımı ve desteği için takip bakımı tüm hastalar için mevcut olmalıdır (Kanıt Düzeyi: 1C) (Goldberg ve ark, 2010).

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde taburculuk öncesi cerrahi hastalarının en çok yaşam aktiviteleri, cilt bakımı, günlük yaşam alışkanlıklarının sürdürülmesi ve evde karşılaşılabilecek komplikasyonlara yönelik bilgilendirilmeye gereksinim duyduğu bildirilmektedir (Şahin ve ark, 2014; Dursun ve Yılmaz, 2015). Çelik ve ark (2017) çalışmasında rektum kanseri nedeniyle geçici ileostomi açılan hastada bilgi gereksiniminin en çok olduğu konular yaşam kalitesi, uyum sorunu, stomayla yaşamda güçlükler olarak bildirilmiş olup stomalı bireylerin yaşama uyumunun sağlanmasında ailesiyle birlikte bilgi gereksinimlerinin belirlenerek giderilmesi gerektiğini bildirmiştir. Sayın ve Aksoy (2012) taburculuk eğitiminde yer alması gereken konulara ilişkin cerrahi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların; ameliyat sonrasında yara bakımı ve mobilizasyon (%85,8), olası komplikasyonlar (%70), günlük yaşam aktivitesinde olası değişiklikler (%65), yara bakımı ve egzersizleri kapsayan evde bakım (%81,7) ve evde beslenme/ilaçlar (%29,4) başlıklarının yer almasını önerdikleri saptanmıştır. Dal ve ark (2012) cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk sonrası evde bakımıyla ilgili bilgi alma oranlarının %57,1 olduğunu ve hastaların evde %70,9 oranında ağrı, %40,8 oranında dolaşım, %32,1 egzersiz/aktivite ve %40,8 oranında öz bakıma ilişkin sorunlar yaşadıklarını bildirmektedir. Çalışmalarda hastalara taburculuk eğitiminde hem yazılı hem sözlü eğitimin bir arada kullanılması gerektiği ve taburculuk eğitiminde verilen bilgilerin anlaşılabilirliğinin de önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Horstman ve ark, 2017; Sayın ve Aksoy, 2012). Dal ve ark (2012) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde hastalara taburculuk sırasında %94,9 oranında yazılı olarak hazırlanan herhangi bir eğitim materyali verilmediği ve hastaların %90,9’unun yazılı bir materyal verilerek taburcu edilmeyi talep ettiği bildirilmektedir.

Mide kanseri cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası evde öz bakımın devamlılığını sağlama ve günlük yaşam alışkanlıklarını sürdürebilmeleri için etkili bir teaburculuk eğitimi alması gerekmektedir. Mide ameliyatı sonrası taburculuk eğitimi konuları taburculuk sonrası görülebilecek komplikasyonlar, egzersiz ve hareketliliğin planlanması, beslenmenin düzenlenmesi, cerrahi alanın bakımı, ilaç ve kontrol eğitimi, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı, ağrının yönetimi, öz bakımın sürdürülmesi konuları içermelidir (Kang ve ark, 2018).

Kolostomi açılması hastaları fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal yönden etkilemektedir; bu sebeple cerrahi sonrası hastaların yeni yaşamlarına uyum sağlaması ve iyileşmesinin hızlandırılması için taburculuk eğitimi planlanmalıdır (Goldberg ve ark, 2010; Sun ve ark, 2017; Wound, 2018). Ameliyat sonrası dönemde taburculuk eğitimi şu konuları içermelidir: Peristomal alanın bakımı, peristomal alanda görülebilecek cilt komplikasyonları (PCK) ve komplikasyonlara yönelik alınacak önlemler, stoma torbasının değiştirilme basamakları, stomayla ilişkili oluşabilecek komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik alınacak önlemler, stoma bakımı ile ilişkili malzemelerin temini, stoma bakım ürünleri ve yardımcı ürünler, beslenme, öz bakım, kişilerarası ilişkiler, cinsellik, sosyal ve psikolojik sorunlar, günlük yaşam aktiviteleri (Hendren ve ark, 2015).

Williams ve ark (2008) çalışmasında yara yeri ve ağrı konularıyla ilgili taburculuk eğitimi alan hastaların çoğunun taburcu olduktan sonra herhangi bir kaygı yaşamadığı ve taburculuk eğitimi almayan hastaların ise tekrar hastaneye yatış ile ilişkili kaygı yaşadığı bildirilmektedir. Kanama ve cerrahi insizyona bağlı enfeksiyon gibi komplikasyonlar genel cerrahi hastalarının taburculukları sonrasında karşılaştıkları yaygın sorunlardır (Hartford ve ark, 2002; Kang ve ark, 2018). Kassin ve ark (2012) taburculuk sonrası 30 gün içinde genel cerrahi hastalarının %27,6’ sının gastrointestinal komplikasyonlar, %22,1’i cerrahi yara enfeksiyonu ve %10,4’ünün beslenme yetersizliği sebeplerinden ötürü tekrarlı olarak hastaneye başvurduğunu bildirmektedir. Hastalara verilecek taburculuk eğitimi ile hastaların taburculuk sonrası hastaneye plansız tekrarlı yatışlarının %50 oranında önlenebileceği bildirilmektedir (Dawes ve ark, 2014; Kang ve ark, 2018). Güçlü ve Kurşun (2017) genel cerrahi hastalarında taburculuk eğitimi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastalarda tedavi komplikasyonlarına yönelik eğitim gereksinimini yüksek olarak bildirilmektedir. Cerrahi geçiren hastaların görülebilecek sorunlara yönelik bilgilerinin olması ve bu sorunları erken dönemde tanıyabilmesi hastaların taburculuk süresince iyileşme sürecinin devamını sağlayacaktır. Hasta ve hastanın bakım verenlerine verilecek taburculuk eğitimiyle anksiyete, stres, ağrı, hastanede kalış süresi azalmakta ve komplikasyon görülme oranı azalmaktadır (Sayın ve Aksoy, 2012; Naik ve ark, 2017). Hastaların taburculuk sonrası özbakımı ve ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik bilgileri içeren bir eğitimin planlanması, verilmesi ve hastaların eğitim sonrası evde takibinin yapılması önerilmektedir (İyilikçi, 2012; Naik ve ark, 2017; Kang ve ark, 2018). Ameliyat sonrası dönemde hastalara verilecek taburculuk eğitimi yara bakımı, ağrı kontrolü, beslenme, öz bakım önerileri ve sık görülebilecek komplikasyonları içermelidir (Dursun ve Yılmaz, 2015). Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi alan hastaların daha hızlı iyileştiği, özgüvenlerinin arttığı, plansız ve tekrarlı hastaneye yatışların azaldığı, yaşam kalitesinin ve hasta memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir (Dursun ve Yılmaz, 2015).

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Araştırmanın Tipi**

Onkolojik cerrahi geçiren hastalarda NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmış randomize kontrollü yarı deneysel bir çalışmadır.

**3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri**

Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nin Genel Cerrahi Kliniği’nde yürütülmüştür. Klinikte 30 yatak bulunmaktadır. Genel Cerrahi Kliniği’nde yedi öğretim üyesi, beş araştırma görevlisi ve 17 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 8-16 ve 16-8 olarak vardiyalı çalışmaktadır.

**3.3. Araştırmanın Zamanı**

Çalışma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi’nde 1 Ağustos 2018-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır (Şekil 1).

**Tablo 1.** Araştırma planı

|  |  |
| --- | --- |
| **İşlemler** | **Tarih** |
| Araştırma konusunu belirleme | Mart 2018 |
| Tez önerisini yazma | Nisan-Mayıs 2018 |
| Veri toplama formunu oluşturma | Mayıs 2018 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alma | Temmuz 2018 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından ön onayı alma | Temmuz 2018 |
| Veri toplama formunun ön uygulamasını yapma | Ağustos 2018 |
| Araştırma verilerini toplama | Ağustos 2018- Temmuz 2019 |
| Araştırma verilerini analiz etme ve çalışma raporunu yazma | Temmuz-Eylül 2019 |
| Araştırmayı sunma | Aralık 2019 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından son onayı alma | Aralık 2019 |

**3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde 1 Ağustos 2018-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında mide, kolon ve rektum kanseri cerrahisi geçiren 167 hasta oluşturmuştur.

Örneklem G Power yöntemi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 (α), istatistiksel güç %80 (1-β), grup sayısı 2, tekrar sayısı 4 olarak belirlenmiştir (Santana ve ark, 2018).Analiz sonucunda girişim grubu 38 ve kontrol grubu 37 olmak üzere 75 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 78 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

**3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

*Bağımsız değişkenleri* hastaların tanıtıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), tıbbi tanısı) ve genel klinik durumu (kronik hastalık varlığı, hastanede yatış süresi, geçirilen cerrahi, hastalık belirtileri) oluşturmaktadır.

*Bağımlı değişkenleri* ise cerrahi iyileşme puanları (taburcu olmadan önce, taburculuk sonrası ikinci hafta, dördüncü hafta ve sekizinci hafta) oluşturmaktadır.

**3.6. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

**3.6.1. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri**

Bu çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde ilk kez mide, kolon ya da rektum kanseri cerrahisi geçiren, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş üzerinde olan, iletişim kurabilen ve iş birliği yapan, Türkçe anlayan ve konuşan, mental sağlığı yerinde olan, herhangi bir duyusal problemi olmayan, kendisine ya da sürekli bakım verenine ulaşılabilecek bir telefonu olan ve hekiminden onay alınan hastalar dahil edilmiştir.

**3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

Bu çalışmada hastaneye yatışı sırasında komplikasyon gelişen (ileus, herniasyon, obstrüksiyon), son iki ay içinde KT ya da RT almış olan, cerrahi sırasında komplikasyon gelişmiş olan (hipotermi, malign hipertermi, kardiyak arrest), ikinci kez mide, kolon veya rektum kanseri cerrahisi geçiren, takip sırasında komplikasyon gelişimine bağlı olarak tekrar hastaneye kaldırılan ve taburculuk sonrası yapılacak üç tekrarlı aramadan birine cevap veren veya hiçbirine cevap vermeyen hastalar dışlanmıştır.

Randomizasyon (n=78)

Araştırmaya Katılmayı

Kabul Edenler (n=78)

Takip Sırasında Kayıp

(n=0)

Takip Sırasında Kayıp

(n=0)

**TAKİP**

Analiz Edilen Girişim Grubu Hastaları

(n=38)

Analizden Çıkarılan Hastalar (n=0)

Analiz Edilen Kontrol Grubu Hastaları

(n=40)

Analizden Çıkarılan Hastalar (n=0)

**TAKİP**

Takip Sırasında Kayıp

(n=0)

Takip Sırasında Kayıp

(n=0)

**Şekil 2.** Araştırmanın örneklem süreci

**3.7. Veri Toplama Formu**

Çalışmanın verilerinin toplanmasında hasta tanıtım formu, hasta değerlendirme formu, eğitim kitapçığı ve telefon kullanılmıştır.

**3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 1)**

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tanıtıcı bilgileri ve genel klinik durumu ile ilgili soruları içermektedir. Tanıtıcı bilgiler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, bakımından sorumlu kişi varlığı, tıbbi tanı, kilo, boy, BKİ, kronik hastalık varlığı, sağlığa zararlı alışkanlıkların varlığı parametrelerini içermektedir. Klinik durumu ile ilgili veriler ise; hastalığın başlangıç şikayetleri, geçirilen cerrahinin tipi, anestezi türü, hastanede kalış süresi, insizyon özellikleri ve stoma varlığından oluşmaktadır.

**3.7.2. Hasta Değerlendirme Formu (EK 2)**

Hasta Değerlendirme Formu, NANDA-I’de tanımlanan “gecikmiş cerrahi iyileşme” tanısının dokuz tanımlayıcı özelliğinin (evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu, iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı, öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı, cerrahi bölgenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanamadan birinin varlığı hafif düzeyde; hepsinin varlığı şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak işaretlenecektir), bulantıyla beraber iştah kaybı, bulantı olmaksızın iştah kaybı, etrafta hareket etmede güçlük durumu, ağrı veya rahatsızlık durumu, yorgunluk) varlığı sorularını içermektedir.

Hasta değerlendirme formu tanımlayıcı özelliklerin şiddetlerini ölçen beşli likert tipi ölçek NOC’ tan yararlanarak oluşturulmuş olup “şiddetli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “1 puan”; “önemli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “2 puan”, “orta düzeyde sıkıntılı” ifadesi “3 puan”, “hafif düzeyde sıkıntılı” ifadesi “4 puan”, “sıkıntı yok” ifadesi ise “5 puan” olarak değerlendirilmiştir.Var olması durumunda hastaların dokuz tanımlayıcı özelliğin şiddetini “şiddetli düzeyde sıkıntılı, önemli düzeyde sıkıntılı, orta düzeyde sıkıntılı, hafif düzeyde sıkıntılı, sıkıntı yok” ifade etmeleri istenmiştir.

Her bir değerlendirme aşamasında hasta en az dokuz en fazla 45 puan alabilir. Her değerlendirme sorusu için alınan puan arttıkça iyileşme olumlu olarak değerlendirilmiştir. Hasta değerlendirme formu araştırmacı tarafından tüm hastalara taburculuk öncesinde (taburcu olmadan bir gün önce/girişim grubuna eğitim vermeden önce) yüz yüze; taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada telefonla görüşülerek uygulanmıştır.

**3.7.3. Eğitim Kitapçığı**

**Aşama 1:** Eğitim kitapçığının geliştirilmesinde NIC’te yer alan “gecikmiş cerrahi iyileşme” nin tanımlayıcı özelliklerine yönelik taburculuk sonrası evde görülebilecek sorunlara ilişkin bilgiler, sorunların tanılanması ve sorunlardan korunma yöntemleri ile ilgili literatürde yer alan kanıta dayalı güncel bilgiler PubMEd, Cochrane ve Scholar Google gibi çeşitli veri tabanları taranarak ulaşılmıştır. Taramada kullanılan MeSH terimleri; “gastrik kanser, kolon kanseri, rektum kanseri, gastrektomi, kolektomi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, taburculuk eğitimi, hemşire, genel cerrahi, taburculuk sonrası sık görülen sorunlar ve klinik rehberler”dir. Tarama Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmıştır. Sonuçlar klinik rehberleri, sistematik derlemeler, randomize kontrollü çalışmalar, vaka raporları ve gözlem çalışmalarını içermiştir. NIC yer alan “gecikmiş cerrahi iyileşme” tanısına yönelik önerilen girişim listesi başlıkları ile literatürden yararlanılarak hazırlanan eğitim kitapçıkları mide ameliyatı geçiren hastalar için “**Mide Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi**” ve kolorektal kanser ile ilgili ameliyat geçiren hastalar için “**Bağırsak Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi**” ameliyata özgü olarak geliştirilmiştir. Kitapçıklarda yer alan ortak konular; ağrı yönetimi, beslenme yönetimi, insizyon yeri bakımı, özbakımın güçlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerine dönüş ile ilgili bilgi ve öneriler olmuştur. Ortak konulara ek olarak kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş kolostomili hastalarda kolostomi bakımı ve kolostomiye ilişkin beslenme önerilerine ayrıca yer verilmiştir. Ön çalışması yapılarak hazırlanan eğitim kitapçığı, içerik, şekil, okunabilirlik, anlaşılabilirlik, uygunluk yönlerinden değerlendirilmesi yapılmak üzere Yazılı Materyal Uygunluğu (EK 3) ve DISCERN Ölçüm Aracı (EK 4) kullanılarak ikisi uzman doktor olmak üzere dördü uzman akademisyen hemşirenin görüşüne sunulmuştur.

Hazırlanan yazılı öğretim materyalinin uygunluk durumunu değerlendirmek için; Doak ve arkadaşlarının (1995) geliştirdiği “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanılmıştır. Bu form, dört soruluk “içerik değerlendirmesi”, beş soruluk “okur-yazarlık durumu değerlendirmesi”, beş soruluk “resim, grafik, tablo, liste durumu değerlendirmesi”, sekiz soruluk “plan ve tipi değerlendirmesi”, üç soruluk “öğrenme ve motivasyon değerlendirmesi”, iki soruluk “kültürel uygunluk değerlendirmesi” olmak üzere altı bölümden ve toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. Her bölümde yer alan ifadenin yazılı öğretim materyaline uygunluğu halinde her evet için bir puan ve her hayır için ise sıfır puan verilmektedir. Değerlendirme sonucuna göre yazılı öğretim materyali, formdan toplam bir ile 27 puan arasında alabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması yazılı materyalin okunabilirliğinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. İlk değerlendirmede “Mide Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 20,6; “Bağırsak Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 20,3 olarak tespit edilmiştir.

Hazırlanan yazılı öğretim materyalinin güvenilirliği ve bilgi kalitesi durumunu değerlendirmek için; Charnock ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, Türkçeye çevirisini Gökdoğan ve arkadaşlarının yaptığı (2003) DISCERN Ölçüm Aracı (Quality Criteria for Consumer Health Information) kullanılmıştır. DISCERN toplam 15 maddeden oluştmaktadır. Değerlendirme sonucuna göre yazılı öğretim materyali, formdan 15 ile 75 arasında puan alabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması hazırlanan yazılı öğretim materyalinin güvenilir ve bilgi kalitesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Uzmanların geri dönüşlerine göre düzenlenen kitapçık aynı ölçüm araçları kullanılarak aynı uzmanlara tekrar gönderilmiştir. İlk değerlendirmede “Mide Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı (EK 5) puan ortalaması 65; “Bağırsak Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı (EK 6) puan ortalaması 64,6 olarak tespit edilmiştir.

**Aşama 2:** Uzman görüşlerinin değerlendirme formundaki önerileriyle iyileştirilen kitapçıkların şekilsel düzenlemeleri yapılarak son hali verilmiştir.

**Aşama 3:** Eğitim kitapçıkları uzmanların önerileri sonrasında iyileştirilmiş ve aynı uzmanların görüşüne aynı formlar kullanılarak tekrar sunulmuştur. İyileştirilen eğitim kitapçıkları son değerlendirmede“Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formunda “Mide Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 22,6; “Bağırsak Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 22,1 olarak tespit edilmiştir. DISCERN Ölçüm Aracı “Mide Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 70; “Bağırsak Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi” eğitim kitapçığı puan ortalaması 69,8 olarak tespit edilmiştir.

**3.7.4. Telefon**

Hasta değerlendirme formu, araştırmacının hastalara verdiği bir mobil hat üzerinden ve hastalardan alınan telefon numarası aranarak taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada telefonla ulaşılarak hasta ifadelerine göre araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

**3.8. Ön Uygulama**

Çalışmanın uygulanmaya başlanmasından önce uygulamanın yapılacağı hastaneden kurum izni, etik kurul onayı ve ön uygulama yapılan her katılımcıdan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Veri toplama formu oluşturulduktan sonra hastaların ameliyat olma sırası esas alınarak basit randomizasyon yapılmış ve beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda çalışmanın uygulamasında bir değişikliğe gidilmesine gerek olmadığından ön uygulamaya alınan hastalar araştırmanın örneklemine dahil edilmiştir.

**3.9. Verilerin Toplanması**

Veriler Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde 01.08.2018- 31.07.2019 tarihleri arasında mide, kolon ve rektum kanseri cerrahisi geçiren hastalardan toplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için kurum izni alınmıştır. Araştırmacı, haftada üç gün (Pazartesi-Çarşamba-Cuma) 16:00’dan sonra servise giderek taburculuğu planlanan hastaları belirlemiştir.

Çalışma dört aşamada uygulanmıştır. Literatürden yola çıkılarak onkolojik cerrahi geçiren hastanın iyileşme durumu taburculuk öncesinde, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada olmak üzere dört kez değerlendirilmiştir (Santana ve Oliveira, 2015; Santana ve ark, 2018; Zhang ve ark, 2013; Hartford ve ark, 2002; Hodgins ve ark, 2008; Hørdam ve ark, 2010; Shu ve ark, 2015).

Girişim grubuna alınan hastalar, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 7) alınmıştır. Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, geliştirilen taburculuk eğitimi verilmeden önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme sonrası, klinikteki hekimlerin viziti, yemek saati, ziyaret ve tedavi saatlerinin dışında ve ağrı kesici uygulamasından ortalama iki saat sonra, hasta odasında sessiz ve sakin bir ortamda klinikte uygulanan standart klinik izleme ek olarak yaklaşık 30 dakika süren (geliştirilen kitapçıkta yer alan konular ile ilgili) taburculuk eğitimi hastalara verilmiştir. Hastaya anlatılarak gösterilen egzersizleri hastanın en az üç kez yaparak göstermesi istenmiştir. Eğitim sonunda hastanın geçirdiği cerrahiye uygun olarak hazırlanmış olan kitapçık hastanın yanına verilmiştir. Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki değerlendirmelerin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alınmıştır. Taburculuk sonrası ikinci hafta hastanın verdiği telefon numarasından araştırmacı tarafından hasta aranmış ve telefon araması ile hasta takip formunun ikinci hafta için oluşturulan kısmındaki sorular hastaya yöneltilmiştir. Dördüncü ve sekizinci haftalarda da ikinci haftadaki gibi hasta değerlendirme formu uygulamaya devam edilmiştir (Şekil 3). Hasta ile her telefon görüşmesi sonlandırılırken bir sonraki telefon görüşmesinin zamanı ile ilgili bilgi verilmiştir. Telefon görüşmeleri ortalama 10 dakika sürmüştür.

Kontrol grubuna alınan hastalar, Genel Cerrahi Kliniği’nde verilen rutin taburculuk eğitimi ve klinik izlemi almıştır. Genel Cerrahi Kliniği’nde yatan hastalara standart klinik izleme ek olarak hafta içi her gün servise gelen yara ve stoma bakım hemşiresi ile servis hemşireleri, taburculuk öncesinde yara bakımı, yara yerinde enfeksiyon belirtileri, ilaç kullanımı ve taburculuk sonrası kontrol zamanları başlıkları ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmakta olup yazılı eğitim materyali kullanılmamaktadır. Kontrol grubu, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 8) alınmıştır. Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, taburcu olmadan önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirilmiştir. Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki değerlendirmenin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alınmış, aramalar araştırmacı tarafından yapılmış ve ortalama 10 dakika sürmüştür. Taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada uygulama, girişim gurubundaki gibi devam ettirilmiştir (Şekil 3). Çalışma sonuçlandıktan sonra kontrol grubu hastalarına geliştirilen taburculuk eğitimi kitapçıkları ulaştırılmıştır.

Mide, Kolon veya Rektum Kanseri Ameliyatı

Taburculuk Öncesi Hasta Değerlendirmesi (Yüz Yüze)

* (Yüz Yüze)

Girişim Grubu

**“NIC’e göre geliştirilenTaburculuk Eğitimi Verildi”**

Kontrol Grubu

**“Klinikteki Standartlara Göre İzlendi”**

Taburculuk Sonrası 2. Hafta Hasta Değerlendirmesi (Telefon ile)

* (Yüz Yüze)

Taburculuk Sonrası 4. Hafta Hasta Değerlendirmesi (Telefon ile)

* (Yüz Yüze)

Taburculuk Sonrası 8. Hafta Hasta Değerlendirmesi (Telefon ile)

* (Yüz Yüze)

**Şekil 3.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının veri toplama süreci.

**3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma onkolojik cerrahi geçiren hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmış bir çalışmadır. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 19 paket programında (Lisans No:10.255.255.30) analiz edilmiştir. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre frekans dağılımları Skewness ve Kurtosis değerleri (-2;+2) arasında olduğu için veriler normal dağılım göstermektedir. Çalışmada elde edilen verilerin tanımlayıcı analizlerinde sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri yapılmıştır Kategorik verilerin analizinde Fisher’s Exact test veya Ki-kare testi; sayısal veri analizlerinde verilerin bağımsız örneklemlerde t testi ve tekrarlı ölçümlerin analizinde tekrarlı ölçümler ANOVA testi kullanılmıştır. İkili değişkenler arasında ilişki varlığı ve şiddetini ortaya koymak için Korelasyon testi yapılmıştır.

**3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

Çalışmada taburcu edilen onkolojik cerrahi geçiren hastalar sekiz haftaya kadar takip edilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada uygulanan müdahalenin sürdürülebilir etkisinin daha uzun süreli çalışmalarla test edilmesi gerekir. Taburculuk eğitimi standartlaştırıp pilotlaştırılmış ancak evde bakımda oluşabilecek bireysel farklılıklar kontrol edilememiştir.

**3.12. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nden yazılı izin Tarih: 10.7.2018 Sayı: 63364346-804.01 (EK 9) ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu’ndan Tarih: 02.07.2018 Sayı:50107718-050.04.04-2018/029 (EK 10) yazılı onay alınmıştır. Örneklemi oluşturan her hastaya araştırmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi açıklanarak bilgilendirilmiş yazılı gönüllü olur formu olarak alınmıştır.

**4. BULGULAR**

**4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Klinik Durumları ve Cerrahi Özelliklerine Göre İncelenmesi**

**Tablo 2.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** | |  | |
|  | **n** | **%** | **n** | **%** | | **X²** | | **p** | |
| **Cinsiyet**  Kadın  Erkek | 18  20 | %47,4  %52,6 | 18  22 | %45  %55 | | 2.493 | | .646 | |
| **Medeni Durum**  Evli  Bekar | 37  1 | %97,4  %2,6 | 39  1 | %97,5  %2,5 | | .001 | | 1.000 | |
| **Eğitim Durumu** İlköğretim  Ortaöğretim  Üniversite | 22  6  10 | %57,9  %15,8  %26,3 | 25  9  6 | %62,5  %22,5  %15 | | 1.741 | | .419 | |
| **Gelir Durumu**  Gelir Giderden Az  Gelir Gidere Eşit veya Gelir Giderden Fazla | 6  32 | %15,8  %84,2 | 9  31 | %22,5  %77,5 | | .565 | | .452 | |
| **Sigara Kullanım Durumu**  Evet  Hayır | 8  30 | %21,1  %78,9 | 12  28 | %30  %70 | | .821 | | .663 | |
| **Alkol Kullanım Durumu**  Evet  Hayır | 5  33 | %13,2  %86,8 | 8  32 | %20  %80 | | .657 | | .418 | |
| **Bakımdan Sorumlu Kişi Varlığı**  Var  Yok | 38  - | %100  - | 40  - | %100  - | |  | |  | |
|  | **n** | **X̄±SS** | **n** | **X̄±SS** | | **t** | | **p** | |
| **Yaş** | 38 | 63,0±10,3 | 40 | 65,50±12,5 | | .965 | | .337 | |
| **BKİ** | 38 | 25,6±2,8 | 40 | 25,3±2,6 | | .500 | | .619 | |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, X²: Ki-kare testi)

Tablo 2’de hastaların tanıtıcı özellikleri gösterilmektedir.

Girişim grubunda yer alan hastaların %52,6’sı erkek, %47,4’ü kadın,%97,4’ü evli, %2,6’sı bekar, %57,9’u ilköğretim mezunu, %26,3’ü üniversite mezunu, %15,8’i ortaöğretim mezunu, %84,2’sinin gelir durumunun gidere eşit veya fazla olduğu, %15,8’inin gelir durumunun giderden az olduğu, %78,9’unun sigara kullanmadığı, %21,1’inin sigara kullandığı, %86,8’inin alkol kullanmadığı, %13,2’sinin alkol kullandığı, tümünün bakımından sorumlu kişinin olduğu, yaş ortalamasının 63,05±10,3 (min=41, max=83) ve BKİ ortalamasının 25,6±2,8 (min=20,7, max=32,3) olduğu görülmüştür.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ise %55’i erkek, %45’i kadın, %97,5’i evli, %2,5’i bekar, %62,5’i ilköğretim mezunu, %22,5’i ortaöğretim mezunu, %15’i üniversite mezunu, %77,5’inin gelir durumunun gidere eşit veya fazla olduğu, %22,5’inin gelir durumunun giderinden az olduğu, %70’inin sigara kullanmadığı, %30’unun sigara kullandığını, %80’inin alkol kullanmadığı, %20’sinin alkol kullandığı, tümünün bakımından sorumlu kişinin olduğu, yaş ortalamasının 65,50±12,5 (min=41, max=86) ve BKİ ortalamasının 25,3±2,6 (min=21,1, max=31,9) olduğu görülmüştür.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri Ki-kare testi ile karşılaştırılmış, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 3.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik durumlarına göre dağılımları

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinik Durum** | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
|  | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| **Kronik Hastalık Varlığı**  Yok  Var\*  HT  DM  KOAH  ÜLSER  ASTIM | 15  23  19  8  1  -  1 | %39,5  %60,5  %50  %21,1  %2,6  -  %2,6 | 27  13  12  11  -  1  3 | %67,5  %32,5  %42,5  %27,5  -  %2,5  %7,5 | .412  .441  .440  1.066  .962  .949 | .521  .507  .507  .487  1.000  .616 |
| **Tıbbi Tanı**  Mide Kanseri  Kolon Kanseri  Rektum Kanseri | 8  22  8 | %21,1  %57,9  %21,1 | 9  23  8 | %22,5  %57,5  %20 | .030 | .985 |
| **Hastalığa Yönelik Alınan Tıbbi Tedavi Varlığı**  Yok  Var  KT  RT  KT+RT | 34  4  4  -  - | %89,5  %10,5  %10,5  -  - | 29  11  4  -  7 | %72,5  %27,5  %10  -  %17,5 | 3.615  .006  3.284  1.609 | .057  .939  .111  .312 |
| **Klinik Evre**  Evre 2  Evre 3  Evre 4 | -  35  3 | -  %92,1  %7,9 | 2  33  5 | %5  %82,5  %12,5 | 2.509 | .285 |

**Tablo 3.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik durumlarına göre dağılımları (Devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinik Durum** | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
|  | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| **Hastalığın Başlangıç Şikayetleri Varlığı**  Yok  Var\*  Bulantı  Kusma  Dışkılamada Değişim  Konstipasyon  Diyare  Kilo Kaybı  İştahsızlık  Rektal Kanama  Şişkinlik  Ağrı | 1  37  13  4  18  3  3  16  3  14  6  11 | %2,6  %97,4  %34,2  %10,5  %47,4  %7,9  %7,9  %42,1  %7,9  %36,8  %15,8  %28,9 | -  40  12  7  23  5  4  29  5  12  13  10 | -  %100  %30  %17,5  %57,5  %12,5  %10  %72,5  %12,5  %30  %32,5  %25 | 1.066  .159  .782  .802  .449  .106  **7.376**  .449  .411  2.953  .154 | .487  .690  .376  .370  .712  1.000  **.007\***  .712  .522  .086  .694 |
| **Son 6 Ayda Kilo Kaybı Varlığı**  Hayır  Evet | 14  24 | %36,8  %63,2 | 8  32 | %20  %80 | 2.730 | .098 |
|  | **n** | **X̄±SS** | **n** | **X̄±SS** | **t** | **p** |
| **Son 6 Ayda Kilo Kaybı** | 24 | 9,81**±**4,5 | 24 | 10,21**±**4,8 | .314 | .755 |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, X²: Ki-kare testi, p<0,05\*)

\*Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Tablo 3’te girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik durumları gösterilmektedir.

Girişim grubundaki hastaların %60,5’inde en az bir kronik hastalığının bulunduğu, %39,5’inde herhangi bir kronik hastalığın bulunmadığı, kronik hastalık öyküsü olan hastaların %50’sinde hipertansiyon (HT), %21,1’inde diyabetes mellitus (DM), %2,6’sında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve %2,6’sında astım öyküsü olduğu belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarının %57,9’unun tıbbi tanısının kolon kanseri, %21,1’inin mide kanseri ve %21,1’inin rektum kanseri olduğu; %89,5’inin tanısına yönelik KT, RT veya KT ile RT kombinasyonundan oluşan herhangi bir tedavi almadığı, %10,5’inin hastalığa yönelik KT aldığı, %92,1’inin kanser evrelemesinin evre üç ve %7,9’unda evre dört olduğu, %97,4’ünde en az bir başlangıç şikayetinin görüldüğü ve %2,6’sında başlangıç şikayeti görülmediği belirlenmiştir. Başlangıç şikayeti görülen girişim grubu hastalarının %47,4’ünde dışkılamada değişim, %42,1’inde kilo kaybı, %36,8’inde rektal kanama, %34,2’sinde bulantı ve %28,9’unda ağrının bildirildiği saptanmıştır. Başlangıç şikayeti görülen girişim grubu hastalarının %63,2’sinin son altı ayda kilo kaybının olduğu ve son altı ayda kilo kaybı olan hastaların kilo kaybı ortalamasının 9,81**±**4,5 (min=3, max=22) olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %67,5’inde herhangi bir kronik hastalığın bulunmadığı, %32,%2’sinde en az bir kronik hastalığın buluduğu, kronik hastalık öyküsü olanların %42,5’inde HT, %27,5’inde DM, %7,5’inde astım ve %2,5’inde ülser olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarının %57,5’inin tıbbi tanısının kolon kanseri, %22,5’inin mide kanseri ve %20’sinin rektum kanseri olduğu, %72,5’inin tanısına yönelik KT, RT veya KT ile RT kombinasyonundan oluşan herhangi bir tedavi almadığı ve %27,5’inin hastalığa yönelik KT veya KT+RT aldığı, %82,5’inin kanser evrelemesinin evre üç, %12,5’inin evre dört ve %5’inin evre iki olduğu, hastaların tamamında başlangıç şikayetlerinden en az birinin görüldüğü belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarının %72,5’inde kilo kaybı, %57,5’inde dışkılamada değişim, %32,5’inde şişkinlik, %30’unda bulantı ve %30’unda rektal kanamanın hastalığın başlangıç şikayeti olarak görüldüğü belirlenmiştir. %80’inde son altı ayda kilo kaybının olduğu ve son altı ayda kilo kaybı olan hastaların kilo kaybı ortalamasının 10,21**±**4,8 (min=2, max=20) olduğu görülmüştür.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik durumları Ki-kare testi ile karşılaştırılmış, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında klinik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) ve hastaların kliniğe başvurusunda başlangıç şikayeti olarak “kilo kaybı” varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

**Tablo 4.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının geçirdikleri ameliyatın özelliklerine göre dağılımları

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
|  | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| **Daha Önceden Geçirilen Ameliyat Varlığı**  Yok  Var | 22  16 | %57,9  %42,1 | 25  15 | %62,5  %37,5 | .173 | .678 |
| **Hastanın ASA Skoru**  ASA1  ASA2  ASA3 | 14  22  2 | %36,8  %57,9  %5,3 | 13  21  6 | %32,5  %52,5  %15 | 2.010 | .366 |
| **Geçirilen Ameliyatın Tipi**  Gastrektomi  Kolektomi  Rektektomi | 8  22  8 | %21,1  %57,9  %21,1 | 9  23  8 | %22,5  %57,5  %20 | .030 | .985 |
| **Geçirilen Ameliyatın Yöntemi**  Açık  Laparoskopik | 32  6 | %84,2  %15,8 | 35  5 | %87,5  %12,5 | .174 | .677 |
| **Stoma Varlığı**  Yok  Var  Geçiçi  Kalıcı | 8  30  25  5 | %21,1  %78,9  %83,3  %16,7 | 9  31  26  5 | %22,5  %77,5  %83,9  %16,1 | .024  .003 | .877  1.000 |
|  | **n** | **X̄ ±SS** | **n** | **X̄±SS** | **t** | **p** |
| **Cerrahi Öncesi Hastanede Kalış Süresi** | 38 | 3,2**±**2,3 | 40 | 6,2±18,5 | 1.009 | .316 |
| **Cerrahi Sonrası Hastanede Kalış Süresi** | 38 | 8,8**±**3,3 | 40 | 8,5**±**2,8 | .484 | .630 |
| **Toplam Hastanede Kalış Süresi** | 38 | 12,0**±**4,8 | 40 | 14,7**±**19,6 | .830 | .409 |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, X²: Ki-kare testi, t: Bağımsız Örneklemler T testi, p<0,05\*)

Tablo 4’te girişim ve kontrol grubu hastalarının geçirdikleri ameliyat türüne göre özellikleri görülmektedir.

Girişim grubu hastalarının %57,9’unun daha önceden herhangi bir ameliyat geçirmediği ve %42,1’inin daha önceden en az bir ameliyat geçirdiği, %57,9’unun ASA skorunun ASA 2, %36,8’inin ASA 1 ve %5,3’ünün ASA 3 olduğu, %57,9’unun kolektomi ameliyatı, %21,1’inin gastrektomi ve %21,1’inin rektektomi ameliyatı geçirdiği, %84,2’sinin açık yöntem ile %15,8’inin laparoskopik ameliyat edildiği, %78,9’unda stoma açıldığı ve %21,1’inin stoma açılmadığı, stoma açılan hastaların %83,3’ünde geçici ve %16,7’sinde kalıcı tipte stoma açıldığı görülmüştür. Girişim grubu hastalarının ameliyat öncesinde ortalama hastanede kalış süresinin 3,2±2,3 (min=1, max=14), ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresinin 8,8±3,3 (min=4, max=20) ve toplam hastanede kalış süresinin 12,0±4,8 (min=6, max=26) gün olduğu görülmüştür.

Kontrol grubu hastalarının %62,5’inin daha önceden herhangi bir ameliyat geçirmediği ve %37,5’inin daha önceden en az bir ameliyat geçirdiği, %52,5’inin ASA skorunun ASA 2, %32,5’inin ASA 1 ve %15’inin ASA 3 olduğu, %57,5’inin kolektomi, %22,5’inin gastrektomi ve %20’sinin rektektomi ameliyatı geçirdiği, %87,5’inin açık yöntem ile %12,5’inin laparoskopik yöntem ile ameliyat edildiği, %77,5’inde stoma açıldığı ve %22,5’inde stoma açılmadığı, stoma açılan hastaların %83,9’unda geçici ve %16,1’inde kalıcı tipte stoma açıldığı görülmüştür. Kontrol grubu hastaların ameliyat öncesinde ortalama hastanede kalış süresinin 6,2±18,5 (min=1, max=120), ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresinin 8,5**±**2,8 (min=5, max=20) ve toplam hastanede kalış süresinin 14,7**±**19,6 (min=6, max=134) gün olduğu görülmüştür.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının geçirdikleri ameliyatın özelliklerine dağılımları Ki-kare testi ve ameliyat ile ilişkili hastanede kalış süreleri ise bağımsız örneklemlerde t testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda iki grup arasında hastaların geçirdikleri ameliyatın özellikleri ve ameliyatla ilişkili hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**4.2. Hastaların Cerrahi İyileşme Durumlarının İncelenmesi**

**Tablo 5.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
| **Sorun** | **Sıkıntının Şiddeti** | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| Evdeki/İşteki Aktivitelere Başlamayı Erteleme Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 2 | %5 | 3.615 | .306 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **25** | **%65,8** | **32** | **%80** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 11 | %28,9 | 6 | %15 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | - | - |
| Sıkıntı Yok | - | - | - | - |
| İyileşmek/ Toparlanmak İçin Daha Fazla Zaman Gerektiği Anlayışı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | 3 | %7,5 | .468 | .792 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **25** | **%65,8** | **29** | **%72,5** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 10 | %26,3 | 8 | %20 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Sıkıntı Yok | - | - | - | - |
| Özbakım Uygulamalarında Yardımcı Gereksinimi Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 5 | %12,5 | **8.305** | **.040** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 12 | %31,6 | **20** | **%50** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **23** | **%60,5** | 15 | %37,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 2 | %5,3 | - | - |
| Sıkıntı Yok | - | - | - | - |
| Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı (akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 2.205 | .332 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 8 | %21,1 | 5 | %12,5 |
| Sıkıntı Yok | **29** | **%76,3** | **35** | **%87,5** |
| Bulantıyla Beraber İştah Kaybı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | - | - | 2.757 | .599 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 2 | %5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 6 | %15,8 | 7 | %17,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **19** | **%50** | 15 | %37,5 |
| Sıkıntı Yok | 11 | %28,9 | **16** | **%40** |
| Bulantı Olmaksızın İştah Kaybı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 3.665 | .300 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 5 | %12,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 5 | %13,2 | 5 | %12,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **20** | **%52,6** | **15** | **%37,5** |
| Sıkıntı Yok | 12 | %31,6 | **15** | **%37,5** |
| Etrafta Hareket Etmede Güçlük Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | - | - | **10.642** | **.031** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 2 | %5,3 | 9 | %22,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 13 | %34,2 | **20** | **%50** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **17** | **%44,7** | 9 | %22,5 |
| Sıkıntı Yok | 5 | %13,2 | 2 | %5 |
| Ağrı Veya Rahatsızlık Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 4.869 | .182 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 2 | %5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **17** | **%44,7** | 13 | %32,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 16 | %42,1 | **14** | **%35** |
| Sıkıntı Yok | 5 | %13,2 | 11 | %27,5 |
| Yorgunluk | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | 10 | %25 | 7.645 | .054 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **18** | **%47,4** | **22** | **%55** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 16 | %42,1 | 7 | %17,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 1 | %2,5 |
| Sıkıntı Yok | - | - | - | - |

(n: sayı, %: yüzde, X²: Ki-kare testi, p<0,05\*)

Tablo 5’te girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme durumları gösterilmektedir.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu girişim grubu hastalarının %65,8’i (n=25) önemli düzeyde sıkıntılı, %28,9’u (n=11) orta düzeyde sıkıntılı,%2,6’sı (n=1) şiddetli düzeyde sıkıntılı ve %2,6 (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %80’i (n=32) önemli düzeyde sıkıntılı ve %15’i (n=6) orta düzeyde sıkıntılı ve %5’i (n=2) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığına girişim grubu hastalarının %65,8’i (n=25) önemli düzeyde sıkıntılı, %26,3’ü (n=10) orta düzeyde sıkıntılı ve %7,9’u (n=3) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %72,5’i (n=29) önemli düzeyde sıkıntılı, %20’si (n=8) orta düzeyde sıkıntılı ve %7,5’i (n=3) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığına girişim grubu hastalarının %60,5’i (n=23) orta düzeyde sıkıntılı, %31,6’sı (n=12) önemli düzeyde sıkıntılı, %5,3’ü (n=2) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %50’si (n=20) önemli düzeyde sıkıntılı, %37,5’i (n=15) orta düzeyde sıkıntılı ve %12,5’i (n=5) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığına girişim grubu hastalarının %76,3’ü (n=29) sıkıntı yok, %21,1’i (n=8) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %87,5’i (n=35) sıkıntı yok ve %12,5’i (n=5) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %50’si (n=19) hafif düzeyde sıkıntılı, %28,9’u (n=11) sıkıntı yok, %15,8’i (n=6) orta düzeyde sıkıntılı, %2,6’sı (n=1) şiddetli düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %40’ı (n=16) sıkıntı yok, %37,5’i (n=15) hafif düzeyde sıkıntılı, %17,5’i (n=7) orta düzeyde sıkıntılı ve %5’i önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %52,6’sı (n=20) hafif düzeyde sıkıntılı, %31,6’sı (n=12) sıkıntı yok, %13,2’si (n=5) orta düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %37,5’i (n=15) hafif düzeyde sıkıntılı, %37,5’i (n=15) sıkıntı yok, %12,5’i (n=5) önemli düzeyde sıkıntılı ve %12,5’i (n=5) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Etrafta hareket etmede güçlük durumuna girişim grubu hastalarının %44,7’si (n=17) hafif düzeyde sıkıntılı, %34,2’si (n=13) orta düzeyde sıkıntılı, %13,2’si (n=5) sıkıntı yok,%5,3’ü (n=2) önemli düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %50’si (n=20) orta düzeyde sıkıntılı, %22,5’i (n=9) önemli düzeyde sıkıntılı, %22,5’i (n=9) hafif düzeyde sıkıntılı ve %5’i (n=2) sıkıntı yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “etrafta hareket etmede güçlük durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Ağrı veya rahatsızlık durumuna girişim grubu hastalarının %44,7’si (n=17) orta düzeyde sıkıntılı, %42,1’i (n=16) hafif düzeyde sıkıntılı ve %13,2’si (n=5) sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %35’i (n=14) hafif düzeyde sıkıntılı, %32,5’i (n=13) orta düzeyde sıkıntılı %27,5’i (n=11) sıkıntı yok ve %5’i (n=2) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “ağrı veya rahatsızlık durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Yorgunluk durumuna girişim grubu hastalarının %47,4’ü (n=18) önemli düzeyde sıkıntılı, %42,1’i (n=16) orta düzeyde sıkıntılı, %7,9’u (n=3) şiddetli düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %55’i (n=22) önemli düzeyde sıkıntılı, %25’i (n=10) şiddetli düzeyde sıkıntılı, %17,5’i (n=7) orta düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “yorgunluk” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 6.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 2. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
| **Sorun** | **Sıkıntının Şiddeti** | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| Evdeki/İşteki Aktivitelere Başlamayı Erteleme Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **18.182** | **.000** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 7 | %18,4 | 15 | %37,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 15 | %39,5 | **24** | **%60** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **16** | **%42,1** | 1 | %2,5 |
| Sıkıntı Yok | **-** | **-** | **-** | **-** |
| İyileşmek/ Toparlanmak İçin Daha Fazla Zaman Gerektiği Anlayışı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **23.123** | **.000** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 8 | %21,1 | 15 | %37,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 11 | %28,9 | **24** | **%60** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **19** | **%50** | 1 | %2,5 |
| Sıkıntı Yok | - | - | - | - |
| Özbakım Uygulamalarında Yardımcı Gereksinimi Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **10.135** | **.017** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | 7 | %17,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 11 | %28,9 | **21** | **%52,5** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **21** | **%55,3** | 12 | %30 |
| Sıkıntı Yok | 3 | %7,9 | - | - |
| Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı (akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 2.673\*\* | .201\*\* |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 5 | %12,5 |
| Sıkıntı Yok | **37** | **%97,4** | **35** | **%87,5** |
| Bulantıyla Beraber İştah Kaybı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 4.107\*\* | .060\*\* |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 5 | %13,2 | 13 | %32,5 |
| Sıkıntı Yok | **33** | **%86,8** | **27** | **%67,5** |
| Bulantı Olmaksızın İştah Kaybı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 4.359 | .113 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 2 | %5,3 | 4 | %10 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 10 | %26,3 | **18** | **%45** |
| Sıkıntı Yok | **26** | **%68,4** | **18** | **%45** |
| Etrafta Hareket Etmede Güçlük Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **7.843** | **.020** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 4 | %10 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 14 | %36,8 | **24** | **%60** |
| Sıkıntı Yok | **23** | **%60,5** | 12 | %30 |
| Ağrı Veya Rahatsızlık Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **10.722** | **.005** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | 7 | %17,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **21** | **%55,3** | 11 | %27,5 |
| Sıkıntı Yok | 17 | %44,7 | **22** | **%55** |
| Yorgunluk | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **11.469** | **.009** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | 13 | %32,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **21** | **%55,3** | **21** | **%52,5** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 14 | %36,8 | 5 | %12,5 |
| Sıkıntı Yok | - | - | 1 | %2,5 |

(n: sayı, %: yüzde, X²: Ki-kare testi, p<0,05\*, \*\*Fisher Exact Test Değeri)

Tablo 6’da girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası ikinci hafta cerrahi iyileşme durumları gösterilmektedir.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumuna girişim grubu hastalarının %42,1’i (n=16) hafif düzeyde sıkıntılı, %39,5’i (n=15) orta düzeyde sıkıntılı ve %18,4’ü (n=7) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %60’ı (n=24) orta düzeyde sıkıntılı, %37,5’i (n=15) önemli düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığına girişim grubu hastalarının %50’si (n=19) hafif düzeyde sıkıntılı, %28,9’u (n=11) orta düzeyde sıkıntılı ve%21,1’i (n=8) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %60’ı (n=24) orta düzeyde sıkıntılı, %37,5’i (n=15) önemli düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığına girişim grubu hastalarının %55,3’ü (n=21) hafif düzeyde sıkıntılı, %28,9’u (n=11) orta düzeyde sıkıntılı, %7,9’u (n=3) önemli düzeyde sıkıntılı ve %7,9’u (n=3) sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %52,5’i (n=21) orta düzeyde sıkıntılı %30’u (n=12) hafif düzeyde sıkıntılı ve %17,5’i (n=7) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığına girişim grubu hastalarının %97,4’ü (n=37) sıkıntı yok ve %2,6’sı (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %87,5’i (n=35) sıkıntı yok ve %12,5’i (n=5) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %86,8’i (n=33) sıkıntı yok ve %13,2’si (n=5) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %67,5’i (n=27) sıkıntı yok ve %32,5’i (n=13) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %68,4’ü (n=26) sıkıntı yok, %26,3’ü (n=10) hafif düzeyde sıkıntılı ve %5,3’ü (n=2) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %45’i (n=18) hafif düzeyde sıkıntılı, %45’i (n=18) sıkıntı yok ve %10’u (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantıyla olmaksızın iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Etrafta hareket etmede güçlük durumuna girişim grubu hastalarının %60,5’i sıkıntı yok, %36,8’i (n=14) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %60’ı (n=24) hafif düzeyde sıkıntılı, %30’u (n=12) sıkıntı yok ve %10’u (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “etrafta hareket etmede güçlük durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Ağrı veya rahatsızlık durumuna girişim grubu hastalarının %55,3’ü (n=21) hafif düzeyde sıkıntılı ve %44,7’si (n=17) sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının ve %55’i (n=22) sıkıntı yok, %27,5’i (n=11) hafif düzeyde sıkıntılı ve %17,5’i (n=7) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “ağrı veya rahatsızlık durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Yorgunluk durumuna girişim grubu hastalarının %55,3’ü (n=21) orta düzeyde sıkıntılı, %36,8’i (n=14) hafif düzeyde sıkıntılı ve %7,9’u (n=3) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %52,5’i (n=21) orta düzeyde sıkıntılı, %32,5’i (n=13) önemli düzeyde sıkıntılı, %12,5’i (n=5) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) sıkıntı yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “yorgunluk” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 7.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test**  **Değeri** |  |
| **Sorun** | **Sıkıntının Şiddeti** | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| Evdeki/İşteki Aktivitelere Başlamayı Erteleme Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **27,811** | **.000** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 4 | %10 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 8 | %21,1 | **29** | **%72,5** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **25** | **%65,8** | 7 | %17,5 |
| Sıkıntı Yok | 4 | %10,5 | **-** | **-** |
| İyileşmek/ Toparlanmak İçin Daha Fazla Zaman Gerektiği Anlayışı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | **23,070** | **.000** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | 2 | %5,3 | 4 | %10 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 7 | %18,4 | **26** | **%65** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **22** | **%57,9** | 10 | %25 |
| Sıkıntı Yok | 7 | %18,4 | - | - |
| Özbakım Uygulamalarında Yardımcı Gereksinimi Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 1 | %2,5 | **9.507** | **.023** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 5 | %13,2 | 14 | %35 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **19** | **%50** | **20** | **%50** |
| Sıkıntı Yok | 14 | %36,8 | 5 | %12,5 |
| Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı (akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | .296\*\* | 1.000\*\* |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 2 | %5 |
| Sıkıntı Yok | **37** | **%97,4** | **38** | **%95** |
| Bulantıyla Beraber İştah Kaybı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **5.759\*\*** | **.029\*\*** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 8 | %20 |
| Sıkıntı Yok | **37** | **%97,4** | **32** | **%80** |
| Bulantı Olmaksızın İştah Kaybı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | 4.802 | .091 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 2 | %5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 5 | %13,2 | 11 | %27,5 |
| Sıkıntı Yok | **33** | **%86,8** | **27** | **%67,5** |
| Etrafta Hareket Etmede Güçlük Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **9.006** | **.011** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 4 | %10 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 6 | %15,8 | 14 | %35 |
| Sıkıntı Yok | **32** | **%84,2** | **22** | **%55** |
| Ağrı veya Rahatsızlık Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | - | - | 6.000 | .112 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 1 | %2,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | 3 | %7,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 9 | %23,7 | 14 | %35 |
| Sıkıntı Yok | **29** | **%76,3** | **22** | **%55** |
| Yorgunluk | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **24.198** | **.000** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 6 | %15 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 6 | %15,8 | **21** | **%52,5** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **27** | **%71,1** | 13 | %32,5 |
| Sıkıntı Yok | 5 | %13,2 | - | - |

(n: sayı, %: yüzde, X²: Ki-kare testi, p<0,05\*, \*\*Fisher Exact Test Değeri)

Tablo 7’de girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası dördüncü hafta cerrahi iyileşme durumları gösterilmektedir.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumuna girişim grubu hastalarının %65,8’i (n=25) hafif düzeyde sıkıntılı, %21,1’i (n=8) orta düzeyde sıkıntılı, %10,5’i (n=4) sıkıntı yok ve %2,6’sı (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %72,5’i (n=29) orta düzeyde sıkıntılı, %17,5’i (n=7) hafif düzeyde sıkıntılı ve %10’u (n=4) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığına girişim grubu hastalarının %57,9’u (n=22) hafif düzeyde sıkıntılı, %18,4’ü (n=7) orta düzeyde sıkıntılı, %18,4’ü (n=7) sıkıntı yok ve %5,3’ü (n=2) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %65’i (n=26) orta düzeyde sıkıntılı, %25’i (n=10) hafif düzeyde sıkıntılı ve %10’u (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “iyileşmek/toparlanman için daha fazla zaman gerektiği anlayışı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığına girişim grubu hastalarının %50’si (n=19) hafif düzeyde sıkıntılı, %36,8’i (n=14) sıkıntı yok ve %13,2’si (n=5) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %50’si (n=20) hafif düzeyde sıkıntılı, %35’i (n=14) orta düzeyde sıkıntılı, %12,5’i (n=5) sıkıntı yok ve %2,5’i (n=1) şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığına girişim grubu hastalarının %97,4’ü (n=37) sıkıntı yok ve %2,6’sı (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %95’i (n=38) sıkıntı yok ve %5’i (n=2) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %97,4’ü (n=37) sıkıntı yok ve %2,6’sı (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %80’i (n=32) sıkıntı yok ve %20’si (n=8) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %86,8’i (n=33) sıkıntı yok ve %13,2’si (n=5) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %67,5’i (n=27) sıkıntı yok, %27,5’i (n=11) hafif düzeyde sıkıntılı ve %5’i (n=2) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Etrafta hareket etmede güçlük durumuna girişim grubu hastalarının %84,2’si (n=32) sıkıntı yok ve %15,8’i (n=6) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %55’i (n=22) sıkıntı yok, %35’i (n=14) hafif düzeyde sıkıntılı ve %10’u (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “etrafta hareket etmede güçlük durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Ağrı veya rahatsızlık durumuna girişim grubu hastalarının %76,3’ü (n=29) sıkıntı yok ve %23,7’si (n=9) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %55’i (n=22) sıkıntı yok, %35’i (n=14) hafif düzeyde sıkıntılı, %7,5’i (n=3) orta düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “ağrı veya rahatsızlık durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Yorgunluk durumuna girişim grubu hastalarının%71,1’i (n=27) hafif düzeyde sıkıntılı, %15,8’i (n=6) orta düzeyde sıkıntılı ve %13,2’si (n=5) sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %52,5’i (n=21) orta düzeyde sıkıntılı, %32,5’i (n=13) hafif düzeyde sıkıntılı ve %15’i (n=6) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “yorgunluk” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 8.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası 8. hafta cerrahi iyileşme durumlarına göre dağılımı

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Girişim Grubu**  **(n=38)** | | **Kontrol Grubu**  **(n=40)** | | **Test Değeri** |  |
| **Sorun** | **Sıkıntının Şiddeti** | **n** | **%** | **n** | **%** | **X²** | **p** |
| Evdeki/İşteki Aktivitelere Başlamayı Erteleme Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **36.201** | **.000\*** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 4 | %10 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | **19** | **%47,5** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 10 | %26,3 | 15 | %37,5 |
| Sıkıntı Yok | **25** | **%65,8** | 2 | %5 |
| İyileşmek/ Toparlanmak İçin Daha Fazla Zaman Gerektiği Anlayışı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **21.396** | **.000\*** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 3 | %7,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 4 | %10,5 | 17 | %42,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **21** | **%55,3** | **19** | **%47,5** |
| Sıkıntı Yok | 13 | %34,2 | 1 | %2,5 |
| Özbakım Uygulamalarında Yardımcı Gereksinimi Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **23.009** | **.000\*** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 1 | %2,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 9 | %22,5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 12 | %31,6 | **24** | **%60** |
| Sıkıntı Yok | **25** | **%65,8** | 6 | %15 |
| Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı (akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | 1.950\*\* | .494\*\* |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 2 | %5 |
| Sıkıntı Yok | **38** | **%100** | **38** | **%95** |
| Bulantıyla Beraber İştah Kaybı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | 1.764\*\* | .184\*\* |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 4 | %10 |
| Sıkıntı Yok | **37** | **%97,4** | **36** | **%90** |
| Bulantı Olmaksızın İştah Kaybı Varlığı | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | .199 | .781 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 7 | %18,4 | 9 | %22,5 |
| Sıkıntı Yok | **31** | **%81,6** | **31** | **%77,5** |
| Etrafta Hareket Etmede Güçlük Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | 2.807 | .246 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 2 | %5 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 3 | %7,9 | 8 | %20 |
| Sıkıntı Yok | **34** | **%89,5** | **30** | **%75** |
| Ağrı veya Rahatsızlık Durumu | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | 1.768 | .413 |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 1 | %2,6 | 4 | %10 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | 9 | %23,7 | 9 | %22,5 |
| Sıkıntı Yok | **28** | **%73,7** | **27** | **%67,5** |
| Yorgunluk | Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı | **-** | **-** | **-** | **-** | **11.310** | **.010\*** |
| Önemli Düzeyde Sıkıntılı | - | - | 1 | %2,5 |
| Orta Düzeyde Sıkıntılı | 6 | %15,8 | 18 | %45 |
| Hafif Düzeyde Sıkıntılı | **26** | **%68,4** | **20** | **%50** |
| Sıkıntı Yok | 6 | %15,8 | 1 | %2,5 |

(n: sayı, %: yüzde, X²: Ki-kare testi, p<0,05\*,\*\*Fisher Exact Test Değeri)

Tablo 8’de girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası sekizinci hafta cerrahi iyileşme durumları gösterilmektedir.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumuna girişim grubu hastalarının %65,8’i (n=25) sıkıntı yok, %26,3’ü (n=10) hafif düzeyde sıkıntılı ve %7,9’u (n=3) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %47,5’i (n=19) orta düzeyde sıkıntılı, %37,5’i (n=15) hafif düzeyde sıkıntılı, %10’u (n=4) önemli düzeyde sıkıntılı ve %5’i (n=2) sıkıntı yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığına girişim grubu hastalarının %55,3’ü (n=21) hafif düzeyde sıkıntılı,%34,2’si (n=13) sıkıntı yok ve %10,5’i (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %47,5’i (n=19) hafif düzeyde sıkıntılı, %42,5’i (n=17) orta düzeyde sıkıntılı,%7,5’i (n=3) önemli düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) sıkıntı yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığına girişim grubu hastalarının %65,8’i (n=25) sıkıntı yok, %31,6’sı (n=12) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %60’ı (n=24) hafif düzeyde sıkıntılı, %22,5’i (n=9) orta düzeyde sıkıntılı, %15’i (n=6) sıkıntı yok ve %2,5’i (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığına girişim grubu hastalarının tamamı sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %95’i sıkıntı yok ve %5’i (n=2) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %97,4’ü (n=37) sıkıntı yok ve %2,6’sı (n=1) hafif düzeyde sıkıntılı bildirirken kontrol grubu hastalarının %90’ı (n=36) sıkıntı yok ve %10’u (n=4) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığına girişim grubu hastalarının %81,6’sı (n=31) sıkıntı yok ve %18,4’ü (n=7) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %77,5’i (n=31) sıkıntı yok ve %22,5’i (n=9) hafif düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Etrafta hareket etmede güçlük durumuna girişim grubu hastalarının %89,5’i (n=34) sıkıntı yok, %7,9’u (n=3) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %75’i (n=30) sıkıntı yok, %20’si (n=8) hafif düzeyde sıkıntılı ve %5’i (n=2) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “etrafta hareket etmede güçlük durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Ağrı veya rahatsızlık durumuna girişim grubu hastalarının %73,7’si (n=28) sıkıntı yok, %23,7’si (n=9) hafif düzeyde sıkıntılı ve %2,6’sı (n=1) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %67,5’i (n=27) sıkıntı yok, %22,5 (n=9) hafif düzeyde sıkıntılı ve %10’u (n=4) orta düzeyde sıkıntılı olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “ağrı veya rahatsızlık durumu” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Yorgunluk durumuna girişim grubu hastalarının %68,4’ü (n=26) hafif düzeyde sıkıntılı, %15,8’i (n=6) orta düzeyde sıkıntılı ve %15,8’i (n=6) sıkıntı yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %50’si (n=20) hafif düzeyde sıkıntılı, %45’i (n=18) orta düzeyde sıkıntılı, %2,5’i (n=1) önemli düzeyde sıkıntılı ve %2,5’i (n=1) sıkıntı yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “yorgunluk” açısından Ki-kare testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**4.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

**Tablo 9.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının grup içi –gruplar arası karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ölçüm Zamanları** | | | | | |
| **Gruplar** | **Taburculuk Öncesi** | **Taburculuk Sonrası 2. Hafta** | **Taburculuk Sonrası 4. Hafta** | **Taburculuk Sonrası 8. Hafta** | **Test**  **Değeri** | **p** |
| **X̄±SS** | **X̄±SS** | **X̄±SS** | **X̄±SS** |
| **Girişim Grubu** | 29,7±3,1 | 36,9±0,4 | 40,3±0,3 | 41,8±0,3 | F=161,984 | **.000\*** |
| **Kontrol Grubu** | 28,4±3,4 | 33,7±0,4 | 36,3±0,4 | 38,1±0,4 | F=325.296 | **.000\*** |
| **Test Değeri** | t=1.747 | F=28.783 | F=46.682 | F=41,619 |  |  |
| **p** | .085 | **.000\*** | **.000\*** | **.000\*** |  |  |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: ANOVA testi, , t: Bağımsız Örneklemler T testi, p<0,05\*)

Tablo 9’da girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları gösterilmektedir.

Girişim grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci hafta, dördüncü hafta ve sekizinci hafta iyileşme puan ortalamaları sırasıyla 29,7±3,1; 36,9±0,4; 40,3±0,3 ve 41,8±0,3 iken kontrol grubu hastalarının ise puan ortalamaları sırasıyla 28,4±3,4; 33,7±0,4; 36,3±0,4; 38,1±0,4 olarak saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ölçümler arası cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklemlerde t testi kullanılmıştır. Girişim grubu ile kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülürken (p>0,05) taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Girişim grubu hastalarının grup içi ölçümler arası cerrahi iyileşme puan ortalamaları ve kontrol grubu hastalarının grup içi ölçümler arası cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 10.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile taburculuk sonrası 2., 4. ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması** | **X̄±SS** | **Tekrarlayan Ölçüm Zamanları** | **X̄±SS** | **p** |
| **Girişim Grubu** | 29,7±0,5 | 2. Hafta | 36,9±0,4 | **.000\*** |
| 4. Hafta | 40,3±0,3 | **.000\*** |
| 8. Hafta | 41,8±0,3 | **.000\*** |
| **Kontrol Grubu** | 28,4±0,5 | 2. Hafta | 33,7±0,4 | **.000\*** |
| 4. Hafta | 36,3±0,4 | **.000\*** |
| 8. Hafta | 38,1±0,4 | **.000\*** |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05\*, Bonferroni yöntemi ile tekrarlı ölçümler ANOVA)

Tablo 10’da girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Girişim ve kontrol grubunun taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalaması ile taburculuk sonrası ikinci, dördüncü, sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Bonferroni yöntemi kullanılarak tekrarlı ölçümler ANOVA testi kullanılmıştır. Grup içi ölçümler arası çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarında taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalaması ile taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalar arası cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile Bağımlı Değişkenlerin İlişkilerinin Karşılaştırılması**

**Tablo 11.** Girişim ve kontrol grubu hastalarında taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile yaş, klinik evre, ASA skoru, cerrahi öncesi/sonrası ve toplam hastanede kalış süresi ile ilişkisi

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Yaş** | **Klinik Evre** | **ASA Skoru** | **Cerrahi Öncesi Hastanede Kalış Süresi** | **Cerrahi Sonrası Hastanede Kalış Süresi** | **Toplam Hastanede Kalış Süresi** |
| Girişim Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | -.133 | -.319 | -.194 | -.304 | -.070 | -.145 |
| **p** | .427 | .051 | .243 | .064 | .675 | .384 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | .148 | .-135 | -.271 | -.225 | .-037 | -.146 |
| **p** | .375 | .421 | .100 | .174 | .825 | .381 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | .264 | -.149 | -.080 | -.247 | -.027 | -.137 |
| **p** | .109 | .372 | .634 | .135 | .870 | .410 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | .183 | -.182 | -.174 | **-.333** | -.125 | -.274 |
| **p** | .273 | .273 | .296 | **.041** | .456 | .096 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | -.180 | .054 | .000 | **-.486** | -.053 | **-.388** |
| **p** | .265 | .739 | .999 | **.001** | .744 | **.013** |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | -.147 | .134 | -.023 | -.250 | .252 | -0.31 |
| **p** | .366 | .410 | .888 | .119 | .117 | .849 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | -.083 | .047 | .040 | **-.339** | .076 | -.162 |
| **p** | .609 | .772 | .808 | **.033** | .639 | .318 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | **r** | -.197 | -.050 | .006 | -.154 | -.025 | -.117 |
| **p** | .223 | .758 | .970 | .343 | .880 | .473 |

(r:Korelasyon testi, p<0,05\*)

Tablo 11’de girişim ve kontrol hastalarının cerrahi iyileşme puan ortalamalarının yaş, klinik evre, ASA skoru, cerrahi öncesi ve sonrası ile toplam hastanede kalış süresi arasındaki ilişkiler gösterilmektedir.

Hastaların yaş, klinik evre ve ASA skoru değişkenleri ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Girişim grubu hastalarının taburculuk sonrası sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalaması ile cerrahi öncesi hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü orta düzeyde (-,333;0,041) ilişki saptanmıştır.

Kontrol grubunun taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalaması ile cerrahi öncesi hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü orta düzeyde (-,486;0,001), toplam hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü orta düzeyde (-,388;0,013), taburculuk sonrası dördüncü hafta cerrahi iyileşme puan ortalaması ile cerrahi öncesi hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü orta düzeyde (-,339; 0,033) ilişki saptanmıştır.

**4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması**

**Tablo 12.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeninin karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | **Cinsiyet** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** |
| Girişim Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 29,3±4 | .815 | .489 |
| Erkek | 20 | 30±2,1 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 36±3 |
| Erkek | 20 | 37,8±2,1 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 39,3±2,5 |
| Erkek | 20 | 41,3±1,6 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 41,1±2,4 |
| Erkek | 20 | 42,4±1,5 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 27,8±3,9 | .240 | .868 |
| Erkek | 22 | 28,8±2,9 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 33,3±2,4 |
| Erkek | 22 | 34±1,8 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 36,2±3,2 |
| Erkek | 22 | 36,4±2,1 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Kadın | 18 | 37,6±2,9 |
| Erkek | 22 | 38,5±2,3 |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi, p<0,05\*)

Tablo 12’de girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni karşılaştırmasının analizinde tekrarlı ölçümler ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizde iki grup arasında cinsiyet değişkeni ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 13.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı ve ASA skoru değişkenlerinin karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | **Kronik Hastalık Varlığı** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** |
| Girişim  Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 23 | 29,2±2 | .086 | .770 |
| Yok | 15 | 30,4±4,3 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 23 | 36,5±2,9 |
| Yok | 15 | 37,5±2,4 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 23 | 40,2±2,5 |
| Yok | 15 | 40,3±2,2 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 23 | 41,4±2,1 |
| Yok | 15 | 42,4±1,8 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 27 | 27,9±3,7 | .554 | .646 |
| Yok | 13 | 29,3±2,5 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 27 | 33,6±2 |
| Yok | 13 | 34±2,4 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 27 | 35,8±2,8 |
| Yok | 13 | 37,3±2 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 27 | 37,7±2,7 |
| Yok | 13 | 38,9±2,1 |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | **ASA Skoru** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** | |
| Girişim  Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 14 | 30,5±3,2 | .451 | .843 |
| ASA 2 | 22 | 29,2±3,1 |
| ASA 3 | 2 | 29±1,4 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 14 | 38±2 |
| ASA 2 | 22 | 36,3±3 |
| ASA 3 | 2 | 36,5±2,1 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 14 | 40,8±1,8 |
| ASA 2 | 22 | 40±2,5 |
| ASA 3 | 2 | 41,5±0,7 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 14 | 42,4±1,8 |
| ASA 2 | 22 | 41,3±2,2 |
| ASA 3 | 2 | 43 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 13 | 28±4,2 | .845 | .538 |
| ASA 2 | 21 | 28,6±2,9 |
| ASA 3 | 6 | 28,1±3,6 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 13 | 33,5±2,4 |
| ASA 2 | 21 | 34±2,1 |
| ASA 3 | 6 | 33,1±1,3 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 13 | 36,5±2,8 |
| ASA 2 | 21 | 35,8±2,6 |
| ASA 3 | 6 | 37,6±1,9 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | ASA 1 | 13 | 38±3 |
| ASA 2 | 21 | 38±2,5 |
| ASA 3 | 6 | 38,3±2,2 |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi, p<0,05\*)

Tablo 13’te girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı ve ASA skoru değişkenleri arasındaki karşılaştırmanın analizinde tekrarlı ölçümler ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizde iki grup arasında kronik hastalık varlığı ve ASA skoru değişkenleri ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 14.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile geçirilen cerrahinin tipi ile cerrahi türü değişkenlerinin karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | **Cerrahi Tipi** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** |
| Girişim Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 32 | 29,6±3 | .141 | .935 |
| Laparoskopik | 6 | 30±4 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 32 | 36,9±2,9 |
| Laparoskopik | 6 | 37±2 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 32 | 40,3±2,3 |
| Laparoskopik | 6 | 40,6±2 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 32 | 41,6±2,1 |
| Laparoskopik | 6 | 42,5±1,9 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 35 | 28,2±3,5 | .403 | .751 |
| Laparoskopik | 5 | 29,4±2,4 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 35 | 33,7±2 |
| Laparoskopik | 5 | 33,8±2,7 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 35 | 36,2±2,7 |
| Laparoskopik | 5 | 37,2±2,3 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Açık | 35 | 38,1±2,6 |
| Laparoskopik | 5 | 38±2,3 |
| Gruplar | Ölçüm Zamanları | **Cerrahi Türü** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** |
| Girişim  Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | 8 | 28,7±1,6 | 1.127 | .944 |
| Kolektomi | 22 | 30,2±3,6 |
| Rektektomi | 8 | 29,3±4,2 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | 8 | 35,2±3,2 |
| Kolektomi | 22 | 37,1±2,4 |
| Rektektomi | 8 | 37±2,6 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | 8 | 38,7±2,9 |
| Kolektomi | 22 | 40,7±1,8 |
| Rektektomi | 8 | 40,7±2,4 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | 8 | 40,6±3,1 |
| Kolektomi | 22 | 41,9±1,7 |
| Rektektomi | 8 | 42,2±1,6 |

**Tablo 14.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile geçirilen cerrahinin tipi ile cerrahi türü değişkenlerinin karşılaştırılması (Devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | | **Cerrahi Tipi** | **n** | | **X̄±SS** | | **Test değeri**  **(F)** | | **p** |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | | | 9 | | 28,3±2,8 | | 1.519 | .179 |
| Kolektomi | | | 23 | | 28,7±3,2 | |
| Rektektomi | | | 8 | | 27,7±4,8 | |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | | | 9 | | 30,2±10,4 | |
| Kolektomi | | | 23 | | 34±2 | |
| Rektektomi | | | 8 | | 32,8±2,4 | |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | | | 9 | | 36,4±1,5 | |
| Kolektomi | | | 23 | | 36,8±2,6 | |
| Rektektomi | | | 8 | | 34,8±3,2 | |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Gastrektomi | | | 9 | | 38,6±1,5 | |
| Kolektomi | | | 23 | | 38,1±2,7 | |
| Rektektomi | | | 8 | | 37,7±3,4 | |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi, p<0,05\*)

Tablo 14’te girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci hafta, dördüncü hafta ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile cerrahinin tipi ve türü değişkenleri arasındaki karşılaştırmanın analizinde tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizde iki grup arasında geçirilen cerrahi tipi ve cerrahi türü ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 15.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi cerrahi iyileşme puan ortalamaları, taburculuk sonrası 2. hafta, 4. hafta ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile stoma varlığı değişkeninin karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruplar** | **Ölçüm Zamanları** | **Stoma Varlığı** | **n** | **X̄±SS** | **Test değeri**  **(F)** | **p** |
| Girişim  Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 30 | 30,03±3,7 | 1.521 | .112 |
| Yok | 8 | 28,75±1,6 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 30 | 37,10±2,4 |
| Yok | 8 | 35,25±3,2 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 30 | 40,73±1,9 |
| Yok | 8 | 38,75±2,9 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 30 | 42,03±1,6 |
| Yok | 8 | 40,6±3,1 |
| Kontrol Grubu | Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 31 | 28,48±3,6 | .435 | .729 |
| Yok | 9 | 28,33±2,8 |
| Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 31 | 33,74±2,1 |
| Yok | 9 | 30,22±10,4 |
| Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 31 | 36,35±2,9 |
| Yok | 9 | 36,44±1,5 |
| Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması | Var | 31 | 38,03±2,8 |
| Yok | 9 | 38,67±1,5 |

(n: sayı, %: yüzde, X̄: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi, p<0,05\*)

Tablo 15’te girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci hafta, dördüncü hafta ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları ile stoma varlığı değişkeni karşılaştırması analizinde tekrarlı ölçümler ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizde iki grup arasında stoma varlığı ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**5. TARTIŞMA**

Araştırma onkolojik cerrahi geçiren hastalarda NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde gastrektomi, kolektomi ve rektektomi geçiren 38 girişim 40 kontrol toplam 78 hasta ile gerçekleştirildi. Ülkemizde cerrahi iyileşme ve iyileşmede gecikmeyi inceleyen araştırmaya rastlanamamıştır. Cerrahi iyileşme kavramı, “cerrahi sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak” olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası iyileşme cerrahi işlemin klinik bir sonucudur. Cerrahi iyileşmede gecikmenin temel klinik belirtileri; evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu, iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı, öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı, cerrahi bölgenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı, bulantıyla beraber iştah kaybı, bulantı olmaksızın iştah kaybı, etrafta hareket etmede güçlük durumu, ağrı veya rahatsızlık durumu, yorgunluk olarak bildirilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde cerrahi iyileşmenin gecikme belirtileri olarak en sık %48,6 hareket etmede güçlük, %47,2 evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme sorunu, %37,5 yorgunluk, %34,7 iyileşme için daha fazla zaman gerektiği anlayışı ve %31,9 öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi duyduğu olarak belirtilmektedir (Santana ve de Oliveira Lopes, 2015).Cerrahi iyileşmede gecikmelerin önlenmesi ve iyileştirilmesi cerrahi operasyonla ilişki morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın temel amacı, onkolojik cerrahi geçiren bireylerde NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeye olan etkisini incelemektir.

**5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Klinik Durumları ve Cerrahi Özelliklerine Göre Tartışılması**

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının yaş ortalaması 63,05±10,3 (min=41, max=83) ve kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması 64,50±12,5 (min=41, max=86) bulunmuştur (Tablo 2). Literatüre bakıldığında mide kanserinin 60 yaştan sonra görülme sıklığının arttığı ve ülkemizde en çok 55-57 yaşları arasında görüldüğü ve kolorektal kanserli hastaların ise 50 yaş üzerinde tanı aldığı bildirilmiştir (Bektaş ve Akdemir, 2006; Gustafsson ve ark, 2011; Chen ve ark, 2014; Saatçi, 2014; Davis ve ark, 2016; Jeong ve ark, 2016; Aslan ve Arlı, 2017). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarıyla kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının erkek cinsiyette olduğu görülmektedir (Tablo 2). Bektaş ve Akdemir (2006) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların yarısının kadın yarısının erkek olduğunu bulmuştur. Tanner ve ark (2009) çalışmasında kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların %66’sının erkek olduğu bildirilmiştir. Davis ve ark (2016) çalışmasında hastaların %55’inin erkek olduğu bildirilmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların%60,7’sinin erkek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarıyla kontrol grubu hastalarının tamamına yakını evlidir (Tablo 2). Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında kanserli hastaların %88,3’ünün evli olduğu bildirilmiştir. McGrath ve ark (2017) çalışmasında hastaların %84’ünün evli olduğu bildirilmiştir. Chutikamo ve ark (2019) çalışmasında hastaların %93,6’sının evli olduğu bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %79,2’si ve özofagus-mide kanserli hastaların %82,1’inin evli olduğu bildirilmiştir. Hastaların evli olmasının özbakım uygulamaları için yardımcı gereksinimi varlığı durumunda çözüm olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, girişim ve kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 2). Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında kanserli hastaların %55,8’inin ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir. McGrath ve ark (2017) çalışmasında hastaların %52’sinin lise mezunu olduğu bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %11,3’ü ile özofagus-mide kanserli hastaların %10,3’ünün lisans mezunu olduğu bildirilmiştir. Chutikamo ve ark (2019) çalışmasında hastaların yaklaşık %40’ının eğitim durumunun yüksek lisans ve üzeri düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Hastalarının eğitim düzeyleri, sağlıklı beslenmeye yönelik farkındalıklarını arttırdığı düşünülebilir.

Ameliyat sonrası dönemde hastalar, günlük yaşam aktiviteleri ve evde bakımlarının devamlılığını sağlamada ailelerinden destek almaktadır (Dal ve ark, 2012). Çalışmamızda, girişim ve kontrol grubu hastalarının tamamının evde bakım vericisi bulunmaktadır (Tablo 2). Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında kanserli hastaların %92,5’inin bakımı ile ilgilenecek bir aile üyesinin olduğu bildirilmiştir. Dal ve ark (2012) çalışmasında ameliyat sonrası taburcu olan hastalara evde bakım verecek bir aile bireyinin bulunma oranı %85,2 olarak bildirilmiştir. Güçlü ve Kurşun (2017) çalışmasında genel cerrahi hastalarının (n=114) evde bakım için destek alma durumlarını %74,6 olarak bildirmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Bunun sebebi Türk toplumunda aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlü olmasıyla ve hastaların tamamına yakınının evli olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının BKİ’sinin ortalaması 25,6±2,8 kg/m² ve kontrol grubu hastalarının BKİ’sinin ortalaması 25,3±2,6 kg/m² olarak hafif kilolu olduğu saptanmıştır. Davis ve ark çalışmasında gastrektomi geçiren hastaları ortalama BKİ’sinin 27.1kg/m² olduğu bildirilmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların BKİ ortalamasının 24.3±3.3 kg/m² olduğunu bildirmiştir. Gustafsson ve ark (2011) çalışmasında BKİ ortalaması 25.2±4.4 kg/m² olarak bildirilmiştir. Kunisaki ve ark (2011) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların BKİ’si 23 kg/m² olarak bildirilmiştir. Chen ve ark (2014) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların BKİ 22,7 kg/m² olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Bunun sebebi kilo kaybının kanserin sık görülen belirtilerinden biri olması ve hastaların büyük çoğunluğunun bu şikayetle hastaneye başvurmuş olması olabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının %97,4’ü ve kontrol grubu hastalarının tamamında kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında kanserli hastaların %65,8’inin kronik hastalığı bulunmadığı bildirilmiştir. Chen ve ark (2014) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların %34,6’sında bir kronik hastalığın varlığı bildirilmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında ise gastrektomi geçiren hastaların %38,7’sinde kronik hastalığın bulunduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bunun sebebi bu yaş grubu hastalarda genellikle en az bir kronik hastalığın olması olabilir.

Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde üç kür KT alımı kanser hastalarında sağkalımı artırmaktadır. Bu nedenle ileri evre kanser hastalarında standart tedavi olarak ameliyat öncesi/sonrası KT ile birlikte radikal cerrahi önerilmektedir. Kanserin evresine göre KT’ye ek olarak uygulanacak RT tedavisinin tümör rezeksiyonunu kolaylaştırdığı ve cerrahi komplikasyonların görülme sıklığını azalttığı bildirilmektedir (Fortes ve ark, 2012; Smyth ve ark, 2016; Sitarz ve ark, 2018). Çalışmamızda girişim grubu hastalarının %10,5’inin KT ve kontrol grubu hastalarının %10’unun KT ve %17,5’inin KT ve RT kombinasyonu tedavi aldığı saptanmıştır (Tablo 3). Ayrıca çalışmamızda gruplar arasında kansere yönelik KT, RT veya KT ve RT kombinasyonu tedavi alma durumu açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p>0.05). Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında kanserli hastaların %52,5’inin cerrahi girişim öncesinde KT tedavisi aldığını bildirmiştir. Gustafsson ve ark (2011) çalışmasında kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların %25,8’inin ameliyat öncesi dönemde RT aldığı bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bu durumun hastaların klinik evrelerinin farklılığından veya hekimin tercihinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gastrik ve kolorektal kanserler nadiren erken saptanır ve çoğunluğu tanı anında uzak metastaz göstermektedir (Pourhoseingholi ve ark, 2015). Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının klinik evresinin %92,1’inin ve kontrol grubu hastalarının %82,5’inin Evre 2 kanser hastası olduğu bildirilmiştir. Kristjansson ve ark (2010) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların (n=178) %30’unun Evre 2 hastaları olduğu bildirilmiştir. Aydın ve ark (2014) kolorektal kanser hastalarının yarısından fazlasının Evre 3 kanser hastası olduğunu bildirmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların %81,5’inin Evre 1, %12,5’inde Evre 2 ve %4,8’inde Evre 3 kanser tanısı olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki erken tanılamada kullanılan tarama programlarının etkin uygulanması olabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının %63,2’sinin kilo kaybı olduğu ve kilo kaybı bildiren hastaların son altı ayda ortalama dokuz kilo kaybettiği; kontrol grubu hastalarının ise %80’inde kilo kaybı olduğu ve kilo kaybı bildiren hastaların son altı ayda 10 kilo kaybettiğini bildirdiği görülmüştür (Tablo 3). Gruplar arası kilo kaybı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Garth ve ark (2010) çalışmasında hastaların %53’ünde son 6 ayda kilo kaybının %10 olduğu bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %7,7’ sinde ortalama kilo kaybı 11-15 kg ve mide kanserli hastaların %25’inde ortalama kilo kaybı 6-10 kg arasında olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Bunun sebebi hastaların başvuru sebebinin kilo kaybı olması ve cerrahi öncesinde KT ve/veya RT almaya bağlı iştah kaybı ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının %97,4’ünde ve kontrol grubu hastalarının tümünde başlangıç şikayeti varlığı görüldüğü ve en sık görülen başlangıç şikayetlerinin dışkılamada değişim ve kilo kaybı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Literatürde de mide kanseri ve kolorektal kanserlerde bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler ve kilo kaybının sık görüldüğü bildirilmektedir (Aydın ve ark, 2014; Van Cutsem ve ark, 2016; Smyth ve ark, 2016; Arslan ve Arlı, 2017). Bizim çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Bunun sebebi hastaneye başvuruda ilk sebebin kilo kaybı olması olabilir. Kontrol grubu ve girişim grubu hastaları arasında kilo kaybı şikayetinin bildirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Bunun sebebi kontrol grubu hastalarının girişim grubu hastalarına göre daha fazla KT ve RT tedavisi almış olması veya evre 4 kanseri hastalarının kontrol grubunda daha fazla olmasından kaynaklamış olabilir.

Mide ve kolorektal kanserlerin tedavilerinde yeterli cerrahi rezeksiyon sıklıkla küratif tedavi seçeneğidir (Terzi ve Ünek, 2007; Zhang ve ark, 2013; Smyth ve ark, 2016; Van Cutsem ve ark, 2016; Aslan ve Arlı, 2017). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında girişim grubu hastalarının %89,5’inde ve kontrol grubu hastalarının %72,5’inde küratif cerrahinin uygulandığı görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Bu tür kanserlerde halen primer tedavi olarak cerrahinin tercih edilmesidir.

ASA skoru Amerikan Anestezistler Derneği tarafından geliştirilen ve ameliyat öncesi dönemde hastaları sınıflandırmada yararlı olarak kabul görülen bir değerlendirme sistemidir (WEB\_5). Çalışmamızda girişim ve kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının ASA 2 skoruna sahip olduğu ve girişim grubu hastalarıyla kontrol grubu hastalarının ASA skorlaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Tanner ve ark (2009) çalışmasında kolorektal cerrahisi geçiren hastaların %56’sının ASA 2 skoru olduğu bildirilmiştir. Kunisaki ve ark (2011) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların yarısının ASA 2 skorunda olduğu bildirilmiştir. Gustafsson ve ark (2011) çalışmasında kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların %64,4’ünün ASA skorunun 2 olduğu bildirilmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların %76,2’sinin ASA 1 skoruna sahip olduğu ve %23,8 ASA 2 skoruna sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sebebi hastaların kronik hastalıklarının farklılığı olabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarının %84,2’si ve kontrol grubu hastalarının %87,5’inin açık yöntemle ameliyat edildiği saptanmıştır. Kristjansson ve ark (2010) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların (n=178) %66’sının açık cerrahi yöntemle ameliyat edildiği bildirilmiştir. Gustafsson ve ark (2011) çalışmasında kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların %5’i laparoskopik yolla ameliyat geçirdiği belirlenmiştir. Wennström ve ark (2009) çalışmasında kolon cerrahisi geçiren hastaların yarısından fazlasının laparoskopik yöntemle tedavi edildiği bildirilmiştir. Garth ve ark (2010) çalışmasında hastaların %44’ünün açık yöntemle kolon ameliyatı geçirdiği bildirilmiştir. Boulind ve ark (2011) çalışmasında kolon cerrahisi geçirecek hastaların %91,5’i laparoskopik yöntemle ameliyat edildiği bildirilmiştir. Jeong ve ark (2016) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların %84,5’inde laparoskopik yöntemle cerrahi geçirdiği bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sebebi hastanın genel klinik durumu ve kanser hastalığının evresi, cerrahın tercihi ve deneyimi veya hastane kültürünün farklılığı olabilir.

Kolorektal kanser cerrahisinde stoma açılması terapötik, profilaktik ve palyatif amaçla geçici ya da kalıcı kolostomi olarak uygulanabilmektedir (Kapan ve ark, 2009). Açılacak kolostominin tipi, hastaların tümör evresi ve yerleşimi, kanserin nüks riski göz önünde bulundurularak cerrahın deneyimi ve hasta tercihine göre yapılmaktadır. Ayrıca anal sfinkterin korunabildiği hastalarda, distal sahada oluşturulan anastomoz kaçaklarının azaltılması ve önlenmesi ile distal sahadan feçesin uzak tutulması gerekçeleriyle geçici kolostomiler daha sık tercih edilmektedir (Kapan ve ark, 2009). Çalışmamızda girişim ve kontrol grubu hastalarının yaklaşık %80’inde kolostomi açıldığı ve kolostomi açılan hastaların çoğunda geçici kolostominin tercih edildiği görülmüştür (Tablo 4). Özgören ve ark (2001) çalışmasında anal sfinkterin korunma oranı %52 olarak bildirilmektedir. Chutikamo ve ark (2019) çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %75,4’üne geçici kolostomi açıldığı bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

Ameliyat sonrası dönemde hastane kalış süresi günümüzde kısalmıştır (Allvin ve ark, 2009). Elektif gastrik rezeksiyon uygulanan mide ameliyatlarında ameliyat sonrası hastanede kalış süresi 8-13 gün olarak bildirilmektedir (Çakabay ve ark, 2011). Çalışmamızda girişim grubu hastalarının sırasıyla ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve toplam hastanede kalış süresi yaklaşık olarak üç gün, dokuz gün ve 12 gün olduğu iken kontrol grubu hastalarının sırasıyla ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve toplam hastanede kalış süresi yaklaşık olarak altı gün, dokuz gün ve 15 gün olduğu görülmüştür (Tablo 4). Williams (2008) çalışmasında hastaların ortalama hastanede kalış süresinin yedi gün olduğunu bildirmiştir. Güçlü ve Kunisaki ve ark (2011) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların hastaların ameliyat sonrası dönemde ortalama hastanede kalış süresi yaklaşık 12 gün olarak bildirilmiştir. Chen ve ark (2014) çalışmasında laparoskopik gastrektomi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde ortalama hastanede kalış süresi 9,8 gün olarak bildirilmiştir. Santana ve de Oliveira Lopes (2015) çalışmasında cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ortalama kalış süresi 6±7.7 gün, ameliyat sonrası ortalama 11.31±5.3 gün ve toplam hastanede kalış süresi 17±8.5 gün olarak bildirilmiştir. Kurşun (2017) genel cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %45,6’sının 0-4 gün arası hastanede yattığını bildirmektedir. Santana ve ark (2018) çalışmasında ortalama hastanede kalış süresi 15,5 gün olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

Gelişmekte olan ülkelerde kolorektal kanser insidansının hızla arttığı bildirilmektedir (Arnold ve ark, 2016; Favoriti ve ark, 2016). Kolorektal kanserlerin tüm kanser insidansının %9’undan fazlasını oluşturduğu bildirilmektedir (Favoriti ve ark, 2016). Bizim çalışmamızda da girişim grubu hastalarının %70’i ve kontrol grubu hastalarının %77,5’i kolon veya rektum kanseri tanısı alan hastalar olduğu görülmektedir. Garth ve ark (2010) çalışmasında ise hastaların %61’inin kolon kanseri ve %15’inin mide kanseri tanısı aldığını bildirmiştir. Kristjansson ve ark (2010) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların (n=178) %71’inin tanısının kolon kanseri ve %29’unun tanısının rektum kanseri olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Bu durumun sebebi genetik olarak duyarlı olmanın yanı sıra beslenme, sigara gibi zararlı alışkanlıkların prevalansı ve çevresel maruziyetler olabilir.

**5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların İyileşme Süreçlerinin Tartışılması**

NOC’tan uyarlanarak araştırmacı tarafından hazırlanan hasta değerlendirme formunda yer alan NANDA-I’de belirtilen “gecikmiş cerrahi iyileşmenin” dokuz tanımlayıcı özelliği; evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu, iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı, özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı, cerrahi bölgenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı, bulantıyla beraber iştah kaybı, bulantı olmaksızın iştah kaybı, etrafta hareket etmede güçlük durumu, ağrı veya rahatsızlık durumu, yorgunluk durumu başlıkları altında toplanmıştır. Bu başlıklar doğrultusunda girişim ve kontrol grubu hastalarının cerrahi iyileşme süreçlerine taburculuk eğitiminin etkisi tartışılmıştır.

***Evdeki/İşteki Aktivitelere Başlamayı Erteleme Durumu:*** Mide ve kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası sık görülen bulantı, ağrı, yorgunluk ve iştahsızlık gibi problemler günlük yaşam aktivitelerine ve işe dönüşlerinde ertelemeler ve gecikmeler yaşanmasına neden olabilir (Kahokehr ve ark, 2010; Delphino ve ark, 2015; Mc Grath ve ark, 2017; Santana ve ark, 2018). Ameliyat sonrası ev veya işteki rutin faaliyetlere dönmede erteleme durumunun varlığı iyileşme sürecinin kesintiye uğradığını gösterir (Norlyk ve Harder, 2011; Santana ve ark, 2014; Delphino ve ark, 2015). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %65,8’inin ve kontrol grubu hastalarının %80’inin “ev veya işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” nu “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği saptanmıştır. Çalışmamızda, taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada girişim grubu hastalarının çoğunda “hafif düzeyde sıkıntılı” iken sekizinci haftada “sıkıntı yok” olarak bildirilmiştir. Aynı sorun kontrol grubu hastalarının çoğunda taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada “orta düzeyde sıkıntılı” olarak bildirilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında “ev veya işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” yönünden taburculuk öncesi dönemde istatistiksel fark olduğu ve “ev veya işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu” na ilişkin sıkıntı bildiriminin girişim grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde görüldüğü saptanmıştır. Carrillo ve Santamaría (2019) çalışmasında ise gastrektomi sonrası hastaların çok azının işe geri döndüğünü bildirmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeni girişim grubu hastalarına verilen taburculuk eğitiminin hastalarda özgüveni ve özerkliği artırarak sorununun daha hafif düzeyde bildirilmesine neden olmuş olabilir.

***İyileşmek/Toparlanmak İçin Daha Fazla Zaman Gerektiği Anlayışı:*** Cerrahi iyileşme kavramı hastanın iyileşeceğine dair inancının da bir yansıması olarak kabul edilir ve cerrahi işlemin klinik sonuçlarından biridir (Olsson ve ark, 2002; Santos ve ark, 2018). Gastrik veya kolorektal kanser tanısı sebebiyle geçirilen ameliyatlar hastaların psikolojik iyilik hallerini ve iyileşme sürecine olan inançlarını etkilemektedir (Norlyk ve Harder, 2011; Santos ve ark, 2018). Hastalar taburculuk sonrası dönemde tamamen iyileşmediğini ve/veya tam iyileşme elde etmek için zamana ihtiyacı olduğunu düşünebilmektedir (Delphino ve ark, 2015). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %65,8’i ve kontrol grubu hastalarının %72,5’i “iyileşmek veya toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı” durumunu “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği saptanmıştır. Çalışmamızda, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada girişim grubu hastalarının çoğu “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Aynı sorun kontrol grubu hastalarının çoğunda taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada “orta düzeyli sıkıntılı” olarak bildirirken taburculuk sonrası sekizinci haftada “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. “İyileşmek veya toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı” na ilişkin sıkıntı bildiriminin girişim grubu hastalarında daha kısa sürede “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirildiği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastaları arasında taburculuk öncesi dönemde “iyileşmek veya toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı” yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark yokken taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın sebebi girişim grubuna verilen taburculuk eğitimi içeriğinde yer alan günlük yaşam aktivitelerine erken dönmeye yönelik önerilerden kaynaklanmış olabilir.

***Özbakım Uygulamalarında Yardımcı Gereksinimi Varlığı Sorunu:*** Özbakım, sağlıkla ilişkili karşılaştığı kaygılarla baş edebilmelerini ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamak için aldığı kararlar ve eylemler olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar özbakım yeteneklerinde kayıplar yaşayabilir, kişisel hijyeni sağlama ve giyinme konularında yardımcıya ihtiyaç duyabilirler (Williams, 2005; Delphino ve ark, 2015). Onkolojik cerrahi geçiren hastalar için ameliyat sonrası ağrı, yorgunluk ve cerrahi insizyon varlığı gibi nedenlerden kaynaklı olarak özbakım yönetimi etkili olamamaktadır (Norlyk ve Harder, 2011; Dal ve ark, 2012). Taburculuk sonrası özbakım yönetiminin sağlanması, özbakım yeteneklerini tekrar kazanabilmesi ve cerrahi iyileşmenin arttırılması için gereklidir (Pieper ve ark, 2006a, 2006b; Santos ve ark, 2018). Yapılan bazı çalışmalarda, hastaların özbakım düzeyleri ile genel sağlık sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu ve taburculuk sonrası görülen komplikasyonlarının pek çoğunun hastaların evde özbakım yönetiminde yetersiz kalışından ortaya çıktığı bildirilmektedir (Güçlü ve Kurşun, 2017; Santos ve ark, 2018). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %60,5’inin “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” nı “orta düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubu hastalarının %50’sinin “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Çalışmamızda taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada girişim grubu hastalarının çoğunda“hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirilirken taburculuk sonrası sekizinci haftada “sıkıntı yok” olarak bildirildiği saptanmıştır. Aynı sorun kontrol grubu hastalarının çoğunda taburculuk sonrası ikinci haftada “orta düzeyde sıkıntılı” olarak bildirilirken taburculuk sonrası dördüncü ve sekizinci haftada “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirilmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastaları arasında taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” yönüden istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın sebebi girişim grubu hastalarına verilen taburculuk eğitiminde yer alan özbakım uygulamalarına ilişkin önerilerden kaynaklanmış olabilir. Ameliyat sonrasında evde bakımlarını yönetme konusunda endişeleri olan hastaların taburculuk eğitiminde yer alan önerilerle endişe düzeyleri azalmış ve özbakım uygulamalarını yerine getirmede özgüvenleri artmış olabilir. Açıksöz ve Uzun (2007) ameliyat sonrası dönemde hastaların günlük yaşam alışkanlıklarını tek başına sürdüremediklerini ve taburculuk sonrası ilk birkaç hafta bu sorunun sürdüğünü dördüncü haftadan sonra ise sorunun daha az görüldüğünü bildirmiştir. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların taburculuk sonrası dönemde özbakım uygulamalarını tek başlarına gerçekleştirebilme yeteneklerinin ilk haftada azaldığını ancak üçüncü haftada özbakıma yardımcı gereksiniminin kalmadığını bildirmiştir. Ameliyat sonrası taburcu olan hastaların %40,8’ inde ilk bir ay içinde özbakıma ilişkin sorunların rapor edildiği bildirilmektedir (Dal ve ark, 2012). Santana ve ark (2018) çalışmasında ise ameliyat sonrası ilk 24-48 saatte hastalarda özbakımda yardımcı ihtiyacı sorununun ameliyat sonrası dördüncü ve sekizinci haftada belirgin şekilde azaldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastaların taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada daha az sıkıntı bildirdikleri görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

***Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı:*** Cerrahi alanın iyileşmesinde kesinti olduğuna dair kanıtlar, cerrahi işlemeden sonra beklenmeyen klinik belirti ve bulgular olarak tanımlanmaktadır. Süturların ayrılması, hiperemi, ödem ve cerrahi alanda sarı akıntı varlığı gecikmiş cerrahi iyileşme olduğunu göstermektedir (Santana ve ark, 2014; Delphino ve ark, 2015). Cerrahi sonrası cerrahi alanda enfeksiyon belirti bulgularının ortaya çıkma süresi 13.4 ila 30 gün arasında değişebilmektedir (Allvin ve ark, 2009). Cerrahi alanda iyileşmenin kesintiye uğraması gecikmiş cerrahi iyileşmenin açık bir klinik göstergesidir. Bu nedenle taburculuk sonrası dönemde de cerrahi alanın takip edilmesi önerilmektedir (Santana ve de Oliveria Lopes, 2015). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %76,3’ü ve kontrol grubu hastalarının %87,5’i cerrahi bölgede iyileşmenin bozulduğuna dair kanıt varlığını “sıkıntı yok” olarak bildirmiştir (Tablo 5). Pedrazzani ve ark (2007) çalışmasında gastrektomi geçiren hastaların %2,3’üde cerrahi alanda enfeksiyon belirti bulgularının görüldüğü bildirilmiştir. Williams (2008) çalışmasında hastaların %13’ünün taburculuk sonrası üç hafta içinde cerrahi alanda iyileşmede bozulma belirtileri ile hastaneye başvurduklarını bildirmiştir. Allvin ve ark (2009) çalışmasında kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi alanda enfeksiyon belirti bulgularının görülme oranını %27,6 olarak bildirmiştir. Tanner ve ark (2009) çalışmasında kolorektal cerrahisi geçiren hastaların stoma açılan hastaların %30’unda cerrahi alanda enfeksiyon belirti ve bulgusu görüldüğü bildirilmiştir. Sasaki ve ark (2011) çalışmasında hastaların %76’sında cerrahi alanda iyileşmenin bozulduğuna dair kanıtlar taburculuk sonrası ortaya çıkarken %23’ünde taburculuk sonrası ikinci haftada ortaya çıktığı bildirilmiştir. Dal ve ark (2012) çalışmasında cerrahi hastalarının %60,4’ünde cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili sorun rapor ettiği bildirilmiştir. Taburculuk sonrası cerrahi alanda iyileşmeyle ilgili sıkıntılar sıklıkla hastaların yeterince bilgilendirilmemesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Williams, 2008). Çalışmamızda, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada girişim ve kontrol grubu hastalarının neredeyse tamamına yakınının “cerrahi bölgede iyileşmenin bozulduğuna dair kanıt varlığı” na ilişkin sıkıntı bildirmediği ve iki grup arasında “cerrahi bölgede iyileşmenin bozulduğuna dair kanıt varlığı” yönünden taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileriyle farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni ameliyat sırasında steril tekniklerin uygulanışı, konak savunması ve cerrahi alanın kolonizasyonunun yanı sıra ameliyat sonrası dönemde yapılan klinik izlem, taburculuk eğitimi kapsamında kontrol grubu hastalarının klinik izlem standartları içerisinde sözel olarak ve girişim grubu hastalarına verilen sözlü ve yazılı taburculuk eğitimi içeriğinde yer alan yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirmenin yapılmış olması olabilir.

***Bulantıyla Beraber İştah Kaybı ve Bulantı Olmaksızın İştah Kaybı Varlığı:*** Mide ve kolorektal kanser cerrahisi, hastaların sıvı ve besin alımındaki değişiklikler gastrointestinal sistem fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilen majör onkolojik prosedürlerdir (Olsson ve ark, 2002; Santana ve ark, 2018). Bu tür cerrahi geçiren hastalarda taburculuk sonrası dönemde iştah kaybı, bulantı hastalarda sık görülen sorunlar olarak bildirilmektedir (Norlyk ve Harder, 2011; Santana ve ark, 2014; Carrillo ve Santamaría, 2019). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı”na girişim grubu hastalarının %50’si “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının yarısına yakını “sıkıntı yok” olarak bildirmiştir. Aynı soruna taburculuk sonrası girişim grubu hastalarının %86,8’i ile kontrol grubu hastalarının %67,5’i ikinci haftada, girişim grubu hastalarının %97,4’ü ile kontrol grubu hastalarının %80’i dördüncü haftada ve girişim grubu hastalarının %97,4’ü ile kontrol grubu hastalarının %90’ı sekizinci haftada “sıkıntı yok” olarak bildirmiştir. Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların “bulantıyla beraber iştah kaybı” durumunun azaldığı ancak girişim grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirildiği görülmüştür. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların taburculuk öncesinde %20’sinde bulantı görüldüğü bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında taburculuk sonrası kolorektal kanserli hastaların %10’unda ve mide-özofagus kanserli hastaların %28’inde bulantı-kusma görüldüğü bildirilmiştir. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların %29’unda taburculuk sonrası dönemde ilk hafta bulantı hissinin yoğun yaşandığı ve üçüncü haftada ise bulantı hissiyle ilişkili sorunların görülmediği bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir.

Çalışmamızda, taburculuk öncesi dönemde “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” na girişim grubu hastalarının %52,6’sı “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %37,5’i “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Aynı soruna taburculuk sonrası girişim grubu hastalarının %68,4’ü ve kontrol grubu hastalarının %45’i ikinci haftada; girişim grubu hastalarının %86,8’i ve kontrol grubu hastalarının %67,5’i dördüncü haftada ve girişim grubu hastalarının %81,6’sı ile kontrol grubu hastalarının %77,5’i sekizinci haftada “sıkıntı yok” olarak bildirdiği görülmüştür. Gastrektomi sonrası hastalarda iştahsızlık %32 ila %40 arasında sık görülebilmektedir (Pedrazzani ve ark, 2007). Williams (2008) çalışmasında hastaların %6’ sının taburculuk sonrası üç hafta içinde beslenme sorunları ile ilgili belirtileri ile hastaneye başvurduklarını bildirmiştir. Santana ve ark (2018) çalışmasında hastaların tamamında ameliyat sonrası 24-48. saatten ameliyat sonrası dördüncü ve sekizinci haftaya kadar iştahsızlık ve bulantı sorunlarının azaldığı bildirilmiştir. Pringle ve Swan (2001) çalışmasında kolorektal kanser tanılı stomalı hastaların taburculuk sonrası ilk haftada %30’u iştahsızlık şikayetleri olduğunu bildirmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında taburculuk sonrası kolorektal kanserli hastaların %37’sinde ve mide-özofagus kanserli hastaların ise %59’unda iştah kaybı görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Gastrektomi geçiren hastaların midelerinin bir bölümünün alınması ve ameliyat sonrası dönemde oral alıma ilişkin kısıtlamalar ile ilgili olabilir. Ayrıca kolostomi açılan kolorektal kanserli hastaların ameliyat sonrası dönemde kolostomi varlığı nedeniyle hastaların beslenmeden kaçmaları nedeniyle ilgili olabilir. Çalışmamızda “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı”na yönelik girişim ve kontrol grubu arasında taburculuk öncesi dönemde, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni girişim ve kontrol grubu hastalarının benzer kanser türü tanısına sahip olması ve benzer cerrahi girişim geçirmesi ile açıklanabilir.

***Etrafta Hareket Etmede Güçlük Durumu:*** Cerrahi iyileşme süreci içinde hastalarda etrafta hareket etmede güçlük durumu görülebilmektedir (Delphino ve ark, 2015). Cerrahi sonrası evde iyileşme süresinin devamlılığı için günlük yaşam aktivitelerini içeren taburculuk eğitiminin cerrahi hastalarında özerkliği artırarak ameliyat sonrası iyileşme sonuçlarını iyileştireceği bildirilmektedir (Kang ve ark, 2018). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %44,7’si “etrafta hareket etmede güçlük durumu” na “hafif düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubunun hastalarının yarısı “orta düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği saptanmıştır. Aynı soruna taburculuk sonrası ikinci haftada girişim grubu hastalarının %60,5’i “sıkıntı yok” bildirirken kontrol grubu hastalarının %60’ı “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Taburculuk sonrası dördüncü haftada girişim grubu hastalarının %84,2’si ile grubu hastalarının %55’i; taburculuk sonrası sekizinci haftada ise girişim grubu hastalarının %89,5’i ile kontrol grubu hastalarının %75’inin “sıkıntı yok” olarak bildirdiği saptanmıştır. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların taburculuk sonrası dönemde ilk hafta yürüme ve ağır nesneleri taşımada zorluk yaşadığı dördüncü hafta sonunda sorun bildirmediklerini rapor etmiştir. Williams (2008) çalışmasında hastaların %2’sinin taburculuk sonrası üç hafta içinde aktivite düzenlemeleri ile ilgili sorunlarla hastaneye başvurduklarını bildirmiştir. Ameliyat sonrası taburcu olan hastaların ilk bir ay içinde %32,1 oranında egzersiz ve aktivite ile sorunların görüldüğünü bildirmiştir (Dal ve ark, 2012). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Ayrıca, “etrafta hareket etmede güçlük durumu”na girişim ve kontrol grubu hastaları arasında taburculuk öncesi dönemde, taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada istatistiksel olarak anlamlı fark varken sekizinci haftada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni girişim grubu hastalarına verilen taburculuk eğitiminin içeriğinde “özbakım ve günlük yaşam başlığı” altında ele alınan dinlenme ve hareket ile ilişkili verilen bilgilerden kaynaklanıyor olabilir.

***Ağrı Veya Rahatsızlık Durumu:*** Yapılan çalışmalar 60 yaş üstü hastalarda gastrektomi, kolektomi ve laparotomi gibi ameliyatlar sonrasında ağrının sık görülen bir şikayet olduğunu bildirmektedir (Couceiro ve ark, 2009; Santana ve ark, 2018). ). Lam ve ark (2001) çalışmasında taburculuk öncesi yapılan bilgilendirmenin taburculuk sonrasında hastalarda daha iyi ağrı kontrolü sağladığını belirtmiş ve yazılı materyalle yapılacak bilgilendirme sonrası hastanın izlenmesini önermiştir. Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde ağrı veya rahatsızlık sorununa girişim grubu hastalarının %44,7’si “orta düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubunun hastalarının %35’i “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Aynı soruna taburculuk sonrası ikinci haftada girişim grubu hastalarının %55,3’ü “hafif düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubu hastalarının %55’i “sıkıntı yok”; taburculuk sonrası dördüncü haftada girişim grubu hastalarının %76,3’ü ile kontrol grubu hastalarının %55’i “sıkıntı yok; taburculuk sonrası sekizinci haftada ise girişim grubu hastalarının %73,7’si ile kontrol grubu hastalarının 67,5’i “sıkıntı yok” olarak bildirmiştir. Pringle ve Swan (2001) çalışmasında kolorektal kanser tanılı stomalı hastaların taburculuk sonrası ilk haftada %88’inin ağrı yaşadığı görülmüştür. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların taburculuk sonrası dönemde ağrıyı en yoğun ilk haftalarda yaşadıkları ve dördüncü haftanın sonlarına doğru ağrıyı daha iyi yönettiklerini bildirilmiştir. Dal ve ark (2012) çalışmasında cerrahi hastalarının taburculuk sonrası bir aylık süre içinde %21,6’sında üç hafta boyunca, %30,2’sinde iki hafta boyunca ve %22,3’ünde bir hafta boyunca ağrı sorunu görüldüğünü bildirmiştir. Santana ve ark (2018) çalışmasında hastaların tamamında ameliyat sonrası 24-48. saatten ameliyat sonrası dördüncü ve sekizinci haftaya kadar ağrı sorununun zamanla azaldığı bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında taburculuk sonrası kolorektal kanserli hastaların %23’ünde ağrı görüldüğü bildirilmiştir. Ameliyat sonrası taburcu olan hastaların ilk bir ay içinde %70,9 oranında ağrı görüldüğü bildirilmiştir (Dal ve ark, 2012). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Çalışmamızda her iki grup arasında taburculuk öncesi dönemde “ağrı veya rahatsızlık durumu” yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark yokken taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastaları arasındaki farklılığın nedeni olarak taburculuk eğitimi kitapçığında yer alan ağrı varlığında kullanılabilecek aktivite ve egzersizlere ilişkin yapılan bilgilendirmenin hastalarda ağrı yönetimini kolaylaştırmasıyla ilgili olabilir.

***Yorgunluk:*** Onkolojik cerrahi geçiren hastalarda cerrahi sonrası üç aya kadar devam eden yorgunluk şikayetleri görülebilmektedir (Kahokehr ve ark, 2010; Carrillo ve Santamaría, 2019).Özellikle kronik hastalığı olan yaşlı erişkinlerde yorgunluk kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık görülmekte olup görülme sıklığı %30 ila %95 arasında değişmektedir (Santana ve ark, 2014). Bizim çalışmamızda taburculuk öncesi dönemde yorgunluk durumuna girişim grubu hastalarının %47,4’ü ile kontrol grubu hastalarının %55’i “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Taburculuk sonrası ikinci haftada girişim grubu hastalarının %55,3’ü ile kontrol grubu hastalarının %52,5’i “orta düzeyde sıkıntılı”; taburculuk sonrası dördüncü haftada girişim grubu hastalarının %71,1’i “hafif düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubu hastalarının %52,5’i “orta düzeyde sıkıntılı; taburculuk sonrası sekizinci haftada girişim grubu hastalarının %68,4’ü ile kontrol grubu hastalarının %50’si “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirmiştir. Olsson ve ark (2002) çalışmasında ameliyat sonrası üç ay sonra hastalarda yorgunluk hissinin devam ettiğini bildirmiştir. Wennström ve ark (2009) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde olan hastaların taburculuk sonrası dönemde ilk hafta yarısından fazlasında yorgunluk şikayeti bildirdiklerini ve dördüncü hafta sonunda şikayetin giderek azaldığı bildirilmiştir. Santana ve ark (2018) çalışmasında ameliyat sonrası ilk 24-48 saatte hastalarda yorgunluk hissinin ameliyat sonrası dördüncü ve sekizinci haftada belirgin şekilde azaldığı bildirilmiştir. Calderón ve ark (2019) çalışmasında taburculuk sonrası kolorektal kanserli hastaların %42’sinde ve mide-özofagus kanserli hastaların %56’sında yorgunluk görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile benzerdir. Çalışmamızda “yorgunluk” durumu açısından iki grup arasında taburculuk öncesinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ancak taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların taburculuk öncesi dönemden taburculuk sonrası sekizinci haftaya dek “yorgunluk” hissinin azaldığı ancak girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına oranla daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği gözlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastaları arasındaki farklılığın nedeni taburculuk eğitimi içeriğinde yer alan dinlenme ve günlük yaşamla ilgili önerilerin verilmesi hastanın günlük enerjisini planlaması ve yönetimini etkili yapmasından kaynaklanmış olabilir.

**5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Cerrahi İyileşme Puanları ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Kristjansson ve ark (2010) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet değişkenleri ile komplikasyon görülme oranı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da girişim ve kontrol grubu hastalarının cinsiyetleri ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Diyabetes mellitus gibi vasküler ve savunma mekanizmalarındaki engelleyici etkilerinden ötürü böyle kronik hastalığa sahip bireylerde iyileşmenin gecikebileceği bildirilmektedir (Santana ve ark, 2014). Bizim çalışmamızda girişim ve kontrol grubu hastalarında kronik hastalık varlığı ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların ASA sınıflaması ile komplikasyon görülme oranı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını bildirmiştir (Kahokehr ve ark, 2010; Kristjansson ve ark, 2010). Bizim çalışmamızda da ASA skoru ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumludur. ASA skoru yükseldikçe hastanın sistemik hastalık öyküsü ciddileşmekte olduğundan ASA-1 ve ASA-2 skoruna sahip hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski daha düşük olduğu bilinmektedir. Hastalar bu sebepten ötürü ameliyat sonrası iyileşme süreçlerinde daha az sorun yaşamış olabilir.

Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği’nin klinik rehberine göre ostomi cerrahilerinde laparoskopik yöntemler tercih edilmelidir (Kanıt Düzeyi: 1C). Laporoskopik yolla oluşturulan ostomilerde laporotomi ile oluşturulanlara kıyasla ağrı kontrolünün daha iyi sağlandığı ve günlük yaşam aktivitelerine dönüşün daha hızlı olduğu bildirilmektedir (Kahokehr ve ark, 2010; Altınel ve Demirbaş, 2011; Chen ve ark, 2014; Hendren ve ark, 2015; Smyth ve ark, 2016). Kahokehr ve ark (2010) çalışmasında laparoskopik yöntemle ve açık yöntemle cerrahi geçiren hastalar arasında cerrahi iyileşme skorları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda çoğunlukla açık cerrahi yöntemi tercih edilmesine rağmen girişim ve kontrol grubu hastalarında geçirilen cerrahinin tipi ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız literatür bilgileri ile benzerdir.

Mide, kolon ve rektum kanseri cerrahisini takiben hastaların yaşayabilecekleri enfeksiyon ve yara ayrılması gibi akut komplikasyonların yanı sıra iştah kaybı, yorgunluk, bulantı gibi komplikasyonlar hastaların %70’inde görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar hastaların taburculuk sonrası iyileşme süreçlerini etkilemektedir. Gastrektomi geçiren hastalarda kolektomi veya rektektomi sonrasına göre iyileşme sürecinin daha olumsuz geçtiği bildirilmektedir (Calderón ve ark, 2019). Bizim çalışmamızda mide, kolon veya rektum kanseri cerrahisi geçiren hastalar arasında cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu durumun nedeni hastaların benzer ameliyatlar geçirmiş olması olabilir.

Ostomi açılması ameliyatları diğer cerrahi işlemlere göre yüksek cerrahi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Elektif ostomi ameliyatı geçiren olguların %37’sinde komplikasyon görüldüğü bildirilmektedir (Hendren ve ark, 2015). Pringle ve Swan (2001) kalıcı kolostomisi olan 112 hastadan %37 ila %47 oranında sorun bildirdiklerini raporlamıştır. Persson ve ark (2010) elektif cerrahi geçiren hastalarla yaptıkları iki yıllık izlem araştırmasında, kolostomili hastaların %53’ünde komplikasyon geliştiğini ve en sık görülen komplikasyonun %60 ila %73’ünde PCK olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda stoma varlığı ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). Bu durumun sebebi, kolostomili hastaların günlük yaşamlarının devamlılığında kolostomilerine uyum sağlama düzeyleri ile veya Türk kültüründe aile üyeleri tarafından hastanın bakımının desteklenmesiyle açıklanabilir.

**6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

**6.1. Sonuçlar**

Onkolojik cerrahi geçiren hastalarda NIC’e göre geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeye etkisini incelemek amacıyla Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde yatan 78 hasta ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları şunlardır:

* Hastaların yarısından fazlasının erkek olduğu,
* Hastaların neredeyse tamamının evli, yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu,
* Hastaların büyük çoğunluğunda sigara ve alkol kullanım öyküsünün bulunmadığı, tamamının bakımından sorumlu kişinin olduğu,
* Hastaların yarısına yakınının en az bir kronik hastalığı olduğu,
* Hastaların büyük çoğunluğunun hastalığa yönelik herhangi bir tıbbi tanı almadığı,
* Hastaların büyük çoğunluğunun Evre 2 hastası olduğu,
* Hastaların neredeyse tamamında başlangıç şikayetleri olduğu,
* Hastaların çoğunda hastalık başlangıcında kilo kaybı varlığının olduğu,
* Hastaların yarısından fazlasının ASA 2 skorunda olduğu,
* Hastaların büyük çoğunluğunun açık yöntemle cerrahi geçirdiği,
* Kolon kanseri tanılı hastaların çoğuna kolostomi açıldığı,
* Taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının “ev veya işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu”na yönelik sorun varlığını “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda belirgin şekilde azaldığı ancak girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği,
* Taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun “iyileşmek veya toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı”na “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda belirgin şekilde azaldığı ve girşim grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre daha kısa sürede “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirildiği,
* Taburculuk öncesi dönemde “özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı”na girişim grubu hastalarının yarısından fazlasının “orta düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubu hastalarının yarısının “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda sıkıntı düzeylerinin belirgin biçimde azaldığı ancak girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği,
* Taburculuk öncesi dönemde “cerrahi bölgede iyileşmenin bozulduğuna dair kanıt varlığı”na girişim ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada “sıkıntı yok” olarak bildirdiği ve aynı soruna ilişkin iki grup arasında taburculuk öncesi dönemde, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı,
* Taburculuk öncesi dönemde “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı”na girişim grubu hastalarının yarısının “hafif düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubunun hastalarının yarısından daha azının “sıkıntı yok” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da belirgin biçimde azaldığı ve “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı” açısından iki grup arasında taburculuk sonrası dördüncü haftada istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği,
* Taburculuk öncesi dönemde “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı”na girişim ve kontrol grubu hastalarının yaklaşık yarısının “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada belirgin düzeyde azaldığı ve “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” iki grup arasında taburculuk öncesi dönemde, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı,
* Taburculuk öncesi dönemde “etrafta hareket etmede güçlük durumu”na girişim grubu hastalarının yarısına yakını “hafif düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubunun hastalarının yarısı “orta düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada belirgin şekilde azaldığı ve iki grup arasında taburculuk öncesi dönemde, taburculuk sonrası ikinci ve dördüncü haftada girişim grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirildiği,
* Taburculuk öncesi dönemde “ağrı veya rahatsızlık durumu”na girişim grubu hastalarının yarısına yakını “orta düzeyde sıkıntılı” ve kontrol grubunun hastalarının yarısından daha azının “hafif düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizincihaftada belirgin şekilde azaldığı ve iki grup arasında taburculuk sonrası ikinci haftada girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği,
* Taburculuk öncesi dönemde “yorgunluk durumu”na girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının yaklaşık yarısına yakını “önemli düzeyde sıkıntılı” olarak bildirdiği, aynı soruna ilişkin sıkıntı bildiriminin her iki grupta da taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada belirgin şekilde azaldığı ve iki grup arasında taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada girişim grubu hastalarının çoğunluğunun kontrol grubu hastalarına göre daha hafif düzeyde sıkıntı bildirdiği,
* Girişim ve kontrol grubu hastalarının grup içinde izlem boyunca cerrahi iyileşme puan ortalamalarının arttığı ve izlem süresince cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu,
* Girişim ve kontrol grubu hastalarında gruplar arası karşılaştırmalarında taburculuk öncesi dönemde cerrahi iyileşme puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta cerrahi iyileşme puan ortalamlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu,
* Girişim ve kontrol grubu hastalarının cinsiyetleri, kronik hastalık varlığı, cerrahi tipi, cerrahi türü ve stoma varlığı ile cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre; *“Cerrahi sonrası standart bakım alan hastalar ile NIC kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitimi alan hastalar arasında cerrahi iyileşme yönünden fark vardır”* H1 hipotezi kabul edilmiştir.

**6.2. Öneriler**

Taburculuk eğitimi, cerrahi hastasının bakımının devamlılığını sağlamada çok önemlidir. Cerrahi iyileşmede gecikmelerin sık görüldüğü onkolojik cerrahi sonrası evde hastanın ağrı yönetimi, fiziksel aktivite, beslenme, öz bakımı güçlendirmeyle ilgili taburculuk eğitimi verilmesi gerekmektedir. Hastalara verilecek etkili taburculuk eğitimiyle evde görülebilecek sorunların yönetilmesi sağlanır ve cerrahi sonrası iyileşme hızlandırılır. Buna göre;

* NIC ve NOC’un klinik uygulamada ve hemşirelik araştırmalarında kullanımının yaygınlaştırılması,
* Taburculuk öncesinde hastaların evde cerrahi iyileşme durumlarını etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin yönetme becerisinin kazandırılması,
* Taburculuk öncesinde ve sonrasında hastanın cerrahi iyileşme durumunu ölçmede kullanılabilecek ölçeklerin geliştirilmesi,
* Taburculuk eğitiminde kullanılacak yazılı eğitim materyallerinin oluşturulması ve uygunluklarının test edilmesi,
* Taburculuk sonrasında hastalarda görülebilecek cerrahi iyileşmede gecikme ile ilişkili semptomların yönetebilmesi için hasta ve ailesine geliştirilmiş taburculuk eğitim kitapçıklarının verilmesi,
* Taburculuk sonrasında hastaların cerrahi iyileşme durumlarının takip edilmesi,
* Cerrahi iyileşme ve önemi ile ilgili hizmet içi eğitimlerin planlanması ve hemşirelerin konuyla ilişkili farkındalık kazandırılması önerilmektedir.

**KAYNAKLAR**

**Açıksöz S, Uzun Ş.** Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007,11: 8-16.

**Akbari M, Celik SS.** The Effects Of Discharge Training And Counseling On Post-Discharge Problems In Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research* 2015, 20(4): 442-449.

**Akcan A, Sözüer E, Akyıldız H, Küçük C, Çetin M.** Sol Kolon Patolojileri Nedeniyle Hartmann Kolostomi UygulananOlgularda Kolostomi Kapatılması İçin Geçmesi Gereken Sürenin Önemi ve Mekanik Barsak Temizliğinin Gerekliliği. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007, 17: 82-87.

**Akyüz N, Çavdar İ.** Sindirim Sisteminin (Gastrointestinal Sistem-GİS) Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı, İçinde: Cerrahi Hemşireliği II ( 2. Baskı), Akyolcu N, Kanan N ve Aksoy G (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018: 155-243.

**Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E.** Development Of A Questionnaire To Measure Patients Reported Postoperative Recovery: Content Validity And Intra‐Patient Reliability. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice* 2009, 15(3): 411-419.

**Alparslan GB, Ucuzal M.** Gastrointestinal Sistem Hastalıkları, İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği (3. Baskı), Çelik S ve Yeşilbakan ÖU (Çev. Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015:250-281.

**Altınel O, Demirbaş S.** Laparoskopik Kolorektal Cerrahi. *Turkiye Klinikleri General Surgery-Special Topics* 2011, 4(3): 51-59.

**Arnold M, Melina MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* 2016, 66(4): 683-691.

**Arslan FE, Arlı ŞK.** Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Bakım, İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte (2. Baskı), Arslan FE (Ed), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2017: 471-530.

**Aydın İ, Şehitoğlu İ, Özer E, Yücel AF, Pergel A, Bedir E, Güçer H, Şahin DA.** Kolorektal Kanser Nedeniyle Opere Ettiğimiz Hastaların Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi 2014*, 16: 102-109.

**Bektaş HA, Akdemir N.** Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2006, 26(5): 488-499.

**Boulind CE, Yeo M, Burkill C, Witt A, James E, Ewings P, Kennedy RH, Francis NK.** Factors Predicting Deviation From An Enhanced Recovery Programme And Delayed Discharge After Laparoscopic Colorectal Surgery. *Colorectal Disease* 2012, 14(3): 103-110.

**Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates Of İncidence And Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 2018, 68(6): 394-424.

**Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner C.** Nursing Interventions classification (NIC)-E-Book (7th Edition),Elsevier Health Sciences, United States of America, 2018.

**Calderón C, Jiménez-Fonseca P, Hernández R, del Mar Muñoz M, Mut M, Mangas-Izquierdo M, Vicente MA, Ramchandani A, Carmona-Bayonas A.** Quality Of Life, Coping, And Psychological And Physical Symptoms After Surgery For Non-Metastatic Digestive Tract Cancer. *Surgical Oncology*, 2019, 31: 26-32.

**Carrillo GM, Santamaría NP.** Life After A Gastrectomy: Experience of Patients With Gastric Cancer. *Enferm Clin* 2019, 29 (81): 27-33.

**Chen K, Mou YP, Xu XW, Cai JQ, Wu D, Pan Y, Zhang RC**. Short-Term Surgical And Long-Term Survival Outcomes After Laparoscopic Distal Gastrectomy With D 2 Lymphadenectomy For Gastric Cancer. *BMC Gastroenterology* 2014, 14(1), 41.

**Chi AC, Day TA, Neville BW.** Oral Cavity and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma-An Update. *CA Cancer J Clin* 2015, 65: 401-421.

**Chutikamo N, Navicharern R, Lohsiriwat V**. Comparative Study Of Health-Related Quality Of Life Between Colorectal Cancer Patients With Temporary And Permanent Stoma. *Siriraj Medical Journal* 2019, 71 (3): 196-200.

**Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, de Menezes TC, Raposo, MC.** Prevalence And Influence Of Gender, Age, And Type Of Surgery On Postoperative Pain. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2009, 59(3): 314–320.

**Çakabay B, Demirci S, Aksel B, Ünal E, Bayar S, Kocaoğlu H, Akgül H**.Mide Kanseri Cerrahisinde Fast-Track ve Geleneksel Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*2011, 27(2): 74-77.

**Dal Ü, Bulut H, Demir G.** Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012, 8(1): 33-40.

**Davis JL, Selby LV, Chou JF, Schattner M, Ilson DH, Capanu M, Brennan MF, Coit DG, Strong VE.** Patterns And Predictors Of Weight Loss After Gastrectomy For Cancer. *Annals of Surgical Oncology* 2016, 23: 1639-1645.

**Dawes AJ, Sacks GD, Russell MM, Lin AY, Gibbons MM, Winograd D, Chung HR, Tillou A, Hiatt JR, Ko C.** Preventable Readmissions To Surgical Services: Lessons Learned And Targets For İmprovement. *Journal of The American College of Surgeons* 2014, 219(3): 382-389.

**Delphino TM, Santana RF, Souza PA.** Concept Clarification Of «Delayed Surgical Recovery» For Clinical Practice Implementation. *Rev. Enferm. Referência*, 2015, 4(6), 131-9.

**Dursun HB, Yılmaz E.** Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015,2(3): 65-70.

**Favoriti P, Carbone G, Greco M, Pirozzi F, Pirozzi REM, Corcione F.** Woldwide Burden Of Colorectal Cancer: A Review. *Updates Surg* 2016, 68: 7-11.

**Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F.** Cancer İncidence And Mortality Worldwide: Sources, Methods And Major Patterns In GLOBOCAN. *Int J Cancer* 2015, 136: 359–386.

**Fortes RC, Monteiro TMRC, Kimura CA.** Quality Of Life From Oncological Patients With Definitive And Temporary Colostomy. *J Coloproctol* 2012, 32: 253-259.

**Garth AK, Newsome CM, Simmance N, Rowe TC.** Nutritional Status, Nutrition Practices And Postoperative Complications In Patients With Gastrointetinal Cancer. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2010, 23 (4): 393-401.

**Goldberg M, Aukett LK, Carmel J, Fellows J, Pittman J.** Management Of The Patient With A Fecal Ostomy: Best Practice Guideline For Clinicians. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2010, *37*(6): 596-598.

**Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R.** Development Of A Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*, 2013, 28(1): 70-78.

**Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J.** Adherence To The Enhanced Recovery After Surgery Protocol And Outcomes After Colorectal Cancer Surgery. *Archives of Surgery*, 2011, 146(5): 571-577.

**Güçlü A, Kurşun Ş.** Genel Cerrahi Hastalarının Taburculuk Eğitim Gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20 (2): 107-113.

**Gültekin M, Boztaş G.** Türkiye Kanser İstatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu* 43, 2014.

**Hartford K, Wong C, Zakaria D.** Randomized Controlled Trial Of A Telephone İntervention By Nurses To Provide İnformation And Support To Patients And Their Partners After Elective Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Effects Of Anxiety. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2002, 31(3): 199-206.

**Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR, Rafferty J.** Clinical Practice Guidelines For Ostomy Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2015, 58(4): 375-387.

**Jeong O, Ryu SY, Park YK.** Postoperative Functional Recovery After Gastrectomy In Patients Undergoing Enhanced Recovery After Surgery: A Prospective Assessment Using Standard Discharge Criteria. *Medicine* 2016, 95(14):1-7.

**Kahokehr A, Sammour T, Zargar-Shoshtari K, Srinivasa S, Hill AG.** Recovery After Open And Laparoscopic Right Hemicolectomy: A Comparison. *Journal of Surgical Research* 2010, 162(1): 11-16.

**Kang E, Gillespie BM, Tobiano G, Chaboyer W.**Discharge Education Delivered To General Surgical Patients İn Their Management Of Recovery Post Discharge–A Systematic Mixed Studies Review: Authors. *International Journal of Nursing Studies* 2018, 87: 1-13.

**Kapan M, Girgin S, Keleş C, Öncer A, Gümüş M.** Kolorektal Cerrahide Ostomi Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 2010; 17 (2): 94-106.

**Kassin M, Owen RM, Perez SD, Leeds I, Cox JC, Schnier K, Sadiraj C, Sweeney JF.** Risk Factors For 30-Day Hospital Readmission Among General Surgery Patients. *Journal of the American College of Surgeons* 2012, 215(3): 322-330.

**Kato H, Nakajima M.** Treatments for Esophageal Cancer: A Review. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2013, 61: 330-335.

**Kristjansson SR, Nesbakken A, Jordhøy MS, Skovlund E, Audisio RA, Johannessen HO, Bakka A, Wyller TB.** Comprehensive Geriatric Assessment Can Predict Complications In Elderly Patients After Elective Surgery For Colorectal Cancer: A Prospective Observational Cohort Study*. Critical Reviews İn Oncology/Hematology* 2010, 76 (3): 208-217.

**Kunisaki C, Makino H, Kosak, T, Oshima T, Fujii S, Takagawa R, Kimura J, Ono HA, Akiyama H, Taguri M, Morita S, Endo I.**Surgical Outcomes Of Laparoscopy-Assisted Gastrectomy Versus Open Gastrectomy For Gastric Cancer: A Case-Control Study. *Surgical Endoscopy*, 2012, 26(3): 804-810.

**Lam P, White CL, Runions S, Miller CA.** Continuity Of Care For Shortstay Neurosurgery Patients: A Quality Improvement Initiative. *Axone* 2001, 23: 14-21.

**McGrath C, Mihala G, Beesley VL, Lynch BM, Graves N, Gordon LG.** “Cancer Put My Life On Hold” Work Related Challenges Among Middle-aged Adults 12 Months After A Diagnosis Of Colorectal Cancer. *Cancer Nursing* 2017, 40 (2): 160-167.

**Norlyk A, Harder I.** Recovering At Home: Participating In A Fast‐Track Colon Cancer Surgery Programme. *Nursing Inquir*, 2011, 18(2): 165-173.

**Olsson U, Bergbom I, Bosaeus I.** Patients’ Experiences Of The Recovery Period 3 Months After Gastrointestinal Cancer Surgery. *European Journal of Cancer Care*2002, 11(1): 51-60.

**Pedrazzani C, Marrelli D, Rampone B, De Stefano A, Corso G, Fotia G, Pinto E, Roviello F.** Postoperative Complications And Functional Results After Subtotal Gastrectomy With Billroth II Reconstruction For Primary Gastric Cancer. *Digestive Diseases And Sciences* 2007, *52*(8): 1757-1763.

**Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Bednarski D, Garretson B.** Discharge Information Needs Of Patients After Surgery. *J. Wound Ostomy Cont. Nurs.*2006a, 33 (3): 281–290.

**Pieper B, Sieggreen, M, Nordstrom C, Kulwicki P, Freeland B, Palleschi MT, Sidor D, Dednarski D, Burns J, Frattaroli M.** Bariatric Surgery: Patient Incision Care And Discharge Concerns. *Ostomy Wound Manag.* 2006b, 52 (6): 48–52.

**Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Baghestani AR.** Burden Of Gastrointestinal Cancer İn Asia; An Overview. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2015, 8 (1): 19-27.

**Pringle W, Swan E.** Continuing Care After Discharge From Hospital For Stoma Patients. *British Journal of Nursing* 2001, 10(19):1275-1288.

**Rivera C.** Essentials of Oral Cancer. *Int J Clin Exp Pathol* 2015, 8 (9): 11884-11894.

**Saatçi E.** Dünyada ve Türkiyede Kanser Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014, *5*(2): 1-8.

**Santana RF, Amaral DMD, Pereira SK, Delphino TM, Cassiano KM.** The Occurrence Of The Delayed Surgical Recovery Nursing Diagnosis Among Adults And The Elderly. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014, *27*(1): 35-39.

**Santana RF, de Oliveira Lopes MV.** Measures Of Clinical Accuracy And İndicators Of The Nursing Diagnosis Of Delayed Surgical Recovery. *Collegian* 2015; 22(3), 275-282.

**Santana RF, Delphino TM, Henriques NM, de Souza PA, da Silva Soares T, Pereira, SK.** Nursing Diagnosis Of Delayed Surgical Recovery. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2014, *15*(3): 533-542.

**Santana RF, Pereira SK, do Carmo TG, de Sousa Freire VEC, da Silva Soares T, do Amaral DM, Vaqueiro RD.** Effectiveness of a telephone follow‐up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice* 2018, 24:e12648.

**Santos RP, Fava SMCL, Dazio EMR.** Self-care Of Elderly People With Ostomy By Colorectal Cancer. *Journal of Coloproctology* 2019, 39 (3): 265-273.

**Sasaki VDM, Romanzini AE, de Jesus AP, de Carvalho E, Gomes JJ, Damiano VB.** Vigilância De İnfecção De Sítio Cirúrgico No Pós‐Alta Hospitalar De Cirurgia Cardíaca Reconstrutora. *Texto& ContextoEnfermagem* 2011, 20(2): 328–332.

**Sayin Y, Aksoy G.** The Nurse's Role İn Providing İnformation To Surgical Patients And Family Members In Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, 2012, 95(6), 772-787.

**Scanlon VC, Sanders T.**The Digestive System In Essentials of Anatomy and Physiology (7th Edition), F.A. Davis Company. Philadelphia, the. United States of America, 2018: 408-430.

**Schweitzer M, Aucoin J, Docherty SL, Rice HE, Thompson J, Sullivan DT.** Evaluation Of A Discharge Education Protocol For Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. *Journal of Pediatric Health Care* 2014, 28(5), 420-428.

**Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP.** Gastric Cancer: Epidemiology, Prevention, Classification, And Treatment. *Cancer Management And Research* 2018, 10: 239-248.

**Smyth EC, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D.** Gastric Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines For Diagnosis, Treatment And Follow-Up. *Annals of Oncology* 2016, *27* (Supplement 5): 38-49.

**Song Z, Wu Y, Yang J, Yang D, Fang X.** Progress In The Treatment Of Advanced Gastric Cancer. *Tumor Biology* 2017, *39*(7): 1-7.

**Şahin SY, İyigün E, Açıkel C.** Kolorektal Kanser Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015, 14(5): 401-406.

**Tanner J, Khan D, Aplin C, Ball J, Thomas M, Bankart J.** Post-Discharge Surveillance To İdentify Colorectal Surgical Site İnfection Rates And Related Costs. *Journal of Hospital Infection* 2009, 72(3), 243-250.

**TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\_Kanser\_Istatistikleri\_2015.pdf (20.10.2019)

**Terzi C, Ünek T.** Kolon Kanserinde Cerrahi Tedavi. *Turkiye Klinikleri Journal of Surgery* 2004; 9(1): 71-80.

**Ünalp HR, Akgüner T, Kamer E, Akıncılar E, Peşkersoy M, Önal MA.** İleri Evre Kolorektal Kanserlerde Palyatif Rezeksiyonların Ortalama Sağ Kalıma Etkisi. *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi* 2005, 15 (2):105-109.

**Van Cutsem E, Sagaert X, Topal B, Haustermans K, Prenen H.** Gastric Cancer. *The Lancet* 2016, *388*(10060): 2654-2664.

**Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM.** Discharge Education To Promote Self-Management Following Cardiovascular Surgery: An İntegrative Review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014, 13(1): 22-31.

**WEB\_1 (2019).**https://www.anatomi.gen.tr/mide-anatomi.html (6.10.2019).

**WEB\_2 (2019).** https://robotcaptcha4.info/robot3\_6/index.html?c=44ae4da1-d961-49ca-a61c-84398135b83b&a=l42545 (20.10.2019)

**WEB\_3 (2019).** http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/radyoloji/dr\_osman\_yucel\_ canca. pdf (20.10.2019)

**WEB\_4 (2019).**https://en.wikipedia.org/wiki/Colostomy (20.10.2019).

**WEB\_5 (2019).** https://tr.wikipedia.org/wiki/ASA\_skoru (25.11.2019).

**Wennström B, Stomberg MW, Modin M, Skullman S. (2010).** Patient Symptoms After Colonic Surgery İn The Era Of Enhanced Recovery–A Long‐Term Follow‐Up. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(5‐6): 666-672.

**Williams B.** Supporting Self-Care Of Patients Following General Abdominal Surgery. J. Clin. Nurs. 2008, 17 (5): 584–592.

**World Health Organization**. WHO guidelines for safe surgery. In:Safe Surgery Saves Lives. Switzerland, 2009.

**Wound, O.** WOCN Society Clinical Guideline. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2008, 45(1), 50-58.

**Yıldırım M, Bayraktar N.** Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecindeki Rolleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2010; 2(2): 73-81.

**Zheng MC, Zhang JE, Qin HY, Fang YJ, Wu XJ.** Telephone Follow-Up For Patients Returning Home With Colostomies: Views And Experiences Of Patients And Enterostomal Nurses. *European Journal of Oncology Nursing* 2013, *17*(2): 184-189.

**EKLER**

**Ek 1.** Hasta Tanıtım Formu

1. Yaşı:…………………………………………………..……………………………..……………
2. Cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durumu: ( ) Evli ( ) Bekar
4. Eğitim durumu:……………………………………………………………………........................
5. Mesleği:…………………………………………………………………………………………….
6. Gelir durumu: ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla
7. Evde yanında kalan kişi/ler:…………………………………………………….………………….
8. Bakımdan sorumlu olan kişi: ( ) Var ise:……………………………… ( ) Yok
9. Sigara kullanım durumu: ( ) Evet ise miktarı (tane/gün):…………… ………………….

( ) Hayır ( ) Bırakmış

1. Alkol kullanım durumu ( ) Evet ise miktarı (tane/gün):………….

( ) Hayır ( ) Bırakmış

1. Tıbbi tanı:………………………………………………………………………………….………
2. Hastalığa yönelik aldığı tıbbi tedavi varlığı: ( ) Evet ise ne olduğu:……………………..( ) Hayır
3. Klinik evre:………………………………………………………………………………..………………
4. Kronik hastalık öyküsü: ( ) Hipertansiyon ( ) Diyabetes Mellitus ( ) KOAH ( ) Diğer:……………………..
5. BKİ (kg/m²):..………………………………………………………………………..……….……
6. Son 6 ayda kilo kaybı varlığı: ( ) Evet ise miktarı: …………. ( ) Hayır
7. Hastalığın başlangıç şikayetleri:.….………………………………………………………………
8. Daha önceden geçirilen cerrahi varlığı: ( ) Evet ise ne olduğu:……………………….. ( ) Hayır
9. Geçirilen cerrahi:…………………………………..………………………………………………
10. Geçirilen cerrahinin yöntemi: ( ) Açık ( ) Laparoskopik ( ) Endoskopik
11. Anestezi türü:…………………………………………………………..………………………….
12. Hastanın ASA skoru: ………………………………………………..……………………………
13. Cerrahi öncesi hastanede kalış süresi: ……………………………………………………………
14. Cerrahi sonrası hastanede kalış süresi:……………………………………………………………
15. Toplam hastanede kalış süresi: …………………………………………………………………..
16. İnsizyon yeri (karın kadranlarına (sağ üst, sağ alt, sol üst, sol alt göre):…………………………
17. İnsizyon şekli:…………………………………………………………………………………….
18. Stoma varlığı: ( ) Evet ise (geçici/kalıcı):………………………………... ( ) Hayır

**Ek 2.** Hasta Değerlendirme Formu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taburcu olmadan/**  **Taburculuk Eğitiminden Önce** | **Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı** | **Önemli Düzeyde Sıkıntılı** | **Orta Düzeyde Sıkıntılı** | **Hafif**  **Düzeyde**  **Sıkıntılı** | **Sıkıntı**  **Yok** |
| Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu |  |  |  |  |  |
| İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı |  |  |  |  |  |
| Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı |  |  |  |  |  |
| Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) |  |  |  |  |  |
| Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Etrafta hareket etmede güçlük durumu |  |  |  |  |  |
| Ağrı veya rahatsızlık durumu |  |  |  |  |  |
| Yorgunluk |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taburculuk Sonrası**  **2. Hafta** | **Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı** | **Önemli Düzeyde Sıkıntılı** | **Orta Düzeyde Sıkıntılı** | **Hafif**  **Düzeyde**  **Sıkıntılı** | **Sıkıntı**  **Yok** |
| Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu |  |  |  |  |  |
| İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı |  |  |  |  |  |
| Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı |  |  |  |  |  |
| Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) |  |  |  |  |  |
| Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Etrafta hareket etmede güçlük durumu |  |  |  |  |  |
| Ağrı veya rahatsızlık durumu |  |  |  |  |  |
| Yorgunluk |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taburculuk Sonrası**  **4. Hafta** | **Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı** | **Önemli Düzeyde Sıkıntılı** | **Orta Düzeyde Sıkıntılı** | **Hafif**  **Düzeyde**  **Sıkıntılı** | **Sıkıntı**  **Yok** |
| Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu |  |  |  |  |  |
| İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı |  |  |  |  |  |
| Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı |  |  |  |  |  |
| Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) |  |  |  |  |  |
| Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Etrafta hareket etmede güçlük durumu |  |  |  |  |  |
| Ağrı veya rahatsızlık durumu |  |  |  |  |  |
| Yorgunluk |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taburculuk Sonrası**  **8.Hafta** | **Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı** | **Önemli Düzeyde Sıkıntılı** | **Orta Düzeyde Sıkıntılı** | **Hafif**  **Düzeyde**  **Sıkıntılı** | **Sıkıntı**  **Yok** |
| Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu |  |  |  |  |  |
| İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı |  |  |  |  |  |
| Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı |  |  |  |  |  |
| Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) |  |  |  |  |  |
| Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı |  |  |  |  |  |
| Etrafta hareket etmede güçlük durumu |  |  |  |  |  |
| Ağrı veya rahatsızlık durumu |  |  |  |  |  |
| Yorgunluk |  |  |  |  |  |

**Ek 3.** Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Evet**  **“1” puan** | **Hayır**  **“0” puan** |
| **A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)** | | |
| 1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabiliyor mu? |  |  |
| 2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı? |  |  |
| 3. Konu hedeflerle sınırlı mı? |  |  |
| 4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı? |  |  |
| **B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)** | | |
| 5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır? |  |  |
| 6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır? |  |  |
| 7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mikullanılmıştır? |  |  |
| 8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir? |  |  |
| 9. İleri organizasyon var mıdır? |  |  |
| **C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)** | | |
| 10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi? |  |  |
| 11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi? |  |  |
| 12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu? |  |  |
| 13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı? |  |  |
| 14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı? |  |  |
| **D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)** | | |
| 15. Resimler ilgili metnin yanında mı? |  |  |
| 16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı? |  |  |
| 17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı? |  |  |
| 18. Materyal dağınık görünüyor mu? |  |  |
| 19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı? |  |  |
| 20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutukullanılmış mı? |  |  |
| 21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış? |  |  |
| 22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı? |  |  |
| **E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)** | | |
| 23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı? |  |  |
| 24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modelle gösterilmiş mi? |  |  |
| 25. Davranış uygulanabilir halde mi? |  |  |
| **F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)** | | |
| 26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu? |  |  |
| 27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu? |  |  |

**Öneriler:**

**Ek 4.** DISCERN Ölçüm Aracı (Quality Criteria for Consumer Health Information)

**BÖLÜM 1**

**1-Bu kitapçık güvenilir mi?**(cevabınız hayır ise 3. soruya geçiniz)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**Bu kitapçığın başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

* Ne hakkında?
* Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
* Kimler için yararlı olur?

**2- Bu amaçlara ulaşılabilir mi?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:** Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşünün.

**3- Konu ile ilgili mi?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:** Bu kitapçıkta;

* Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı
* Cerrahi süreç ile ilgili bilgilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı

**4- Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
* Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

**Derecelendirme notu:** Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

**5- Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
* Kitapçığın baskı tarihine bakın.
* Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı).

**6- Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
* Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
* Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

**Dikkatli olunmalı eğer:**

* Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
* Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
* Bilgi; heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

**7- İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

**8- Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
* Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

**BÖLÜM 2**

Bu kitapçıkta tanımlanan cerrahi süreç ile ilgili bilgilere soruları uygulayın.

Cerrahi Süreç Konusunda Bilgi Kalitesi Nasıldır?

**9 –Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:** Her bir cerrahi sürecin ayrı ayrı ele alınıp alınmadığına bakın.

**10- Kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:** Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

**11- Cerrahi süreç sonunda olası riskleri tanımlıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**Taburculuk sonrası olası komplikasyonlara yer verilmiş olabilir.

**12- Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:** Eğim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

**13- Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**

* Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
* Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

**14- Cerrahi süreç ile ilgili bilgilerden hangi durumda faydalanacağına yer verilmiş mi?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**15-Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAYIR** | | **KISMEN** | **EVET** | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**İp Ucu:**Cerrahi süreç hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın.

**BÖLÜM 3**

Kitapçığın Genel Değerlendirmesi

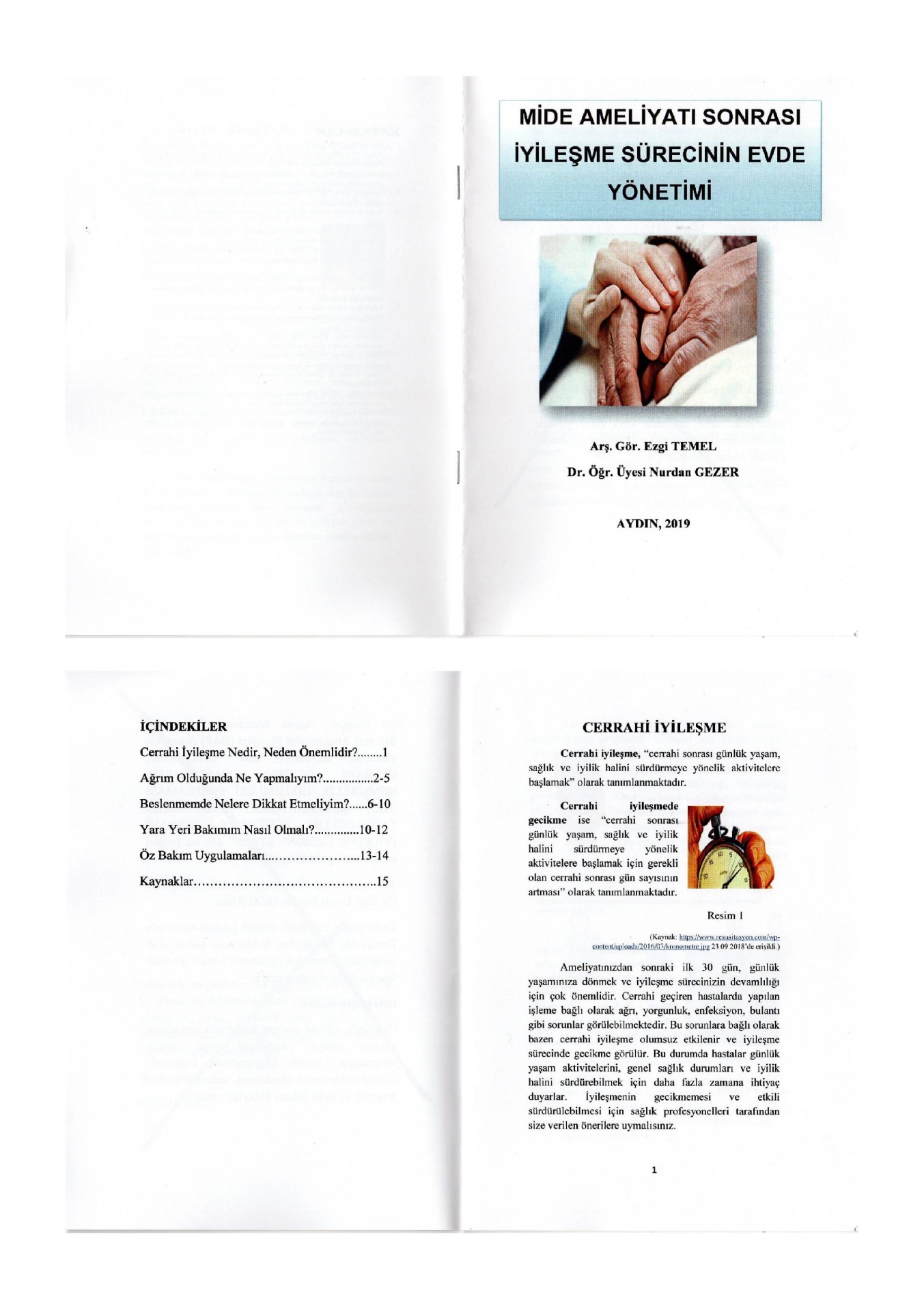
**16-Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak mide ameliyatı sonrası cerrahi süreç konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendirin.**

1-2) Düşük/Ciddi/Aşırı Eksiklikleri Var

3-4) Orta/Önemli Eksiklikleri Var

5) Yüksek/Çok Az Ancak Ciddi Değil

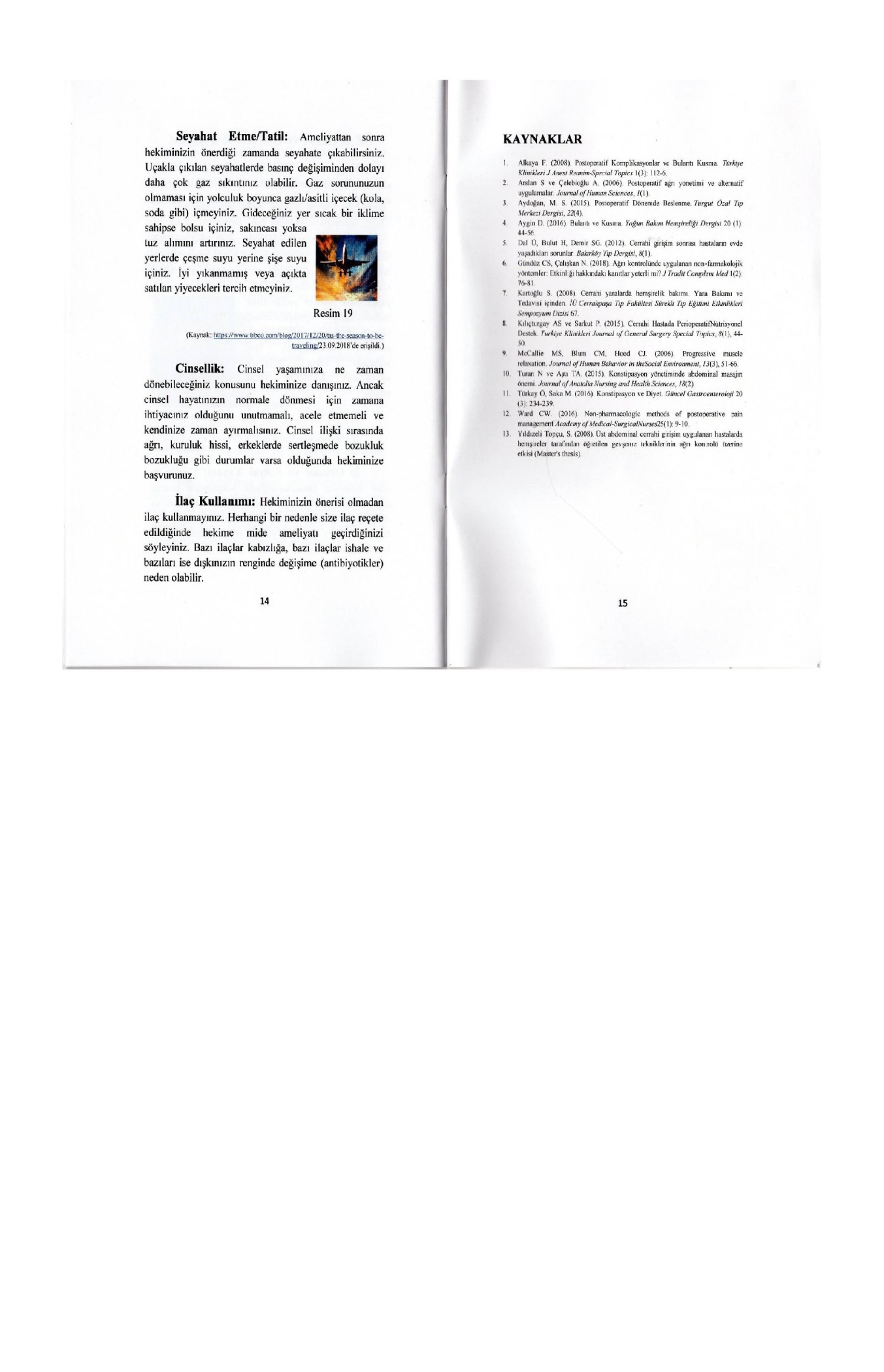
**Ek 5.** Mide Ameliyatı Geçiren Hastalar İçin Geliştirilen Eğitim Kitapçığı

****

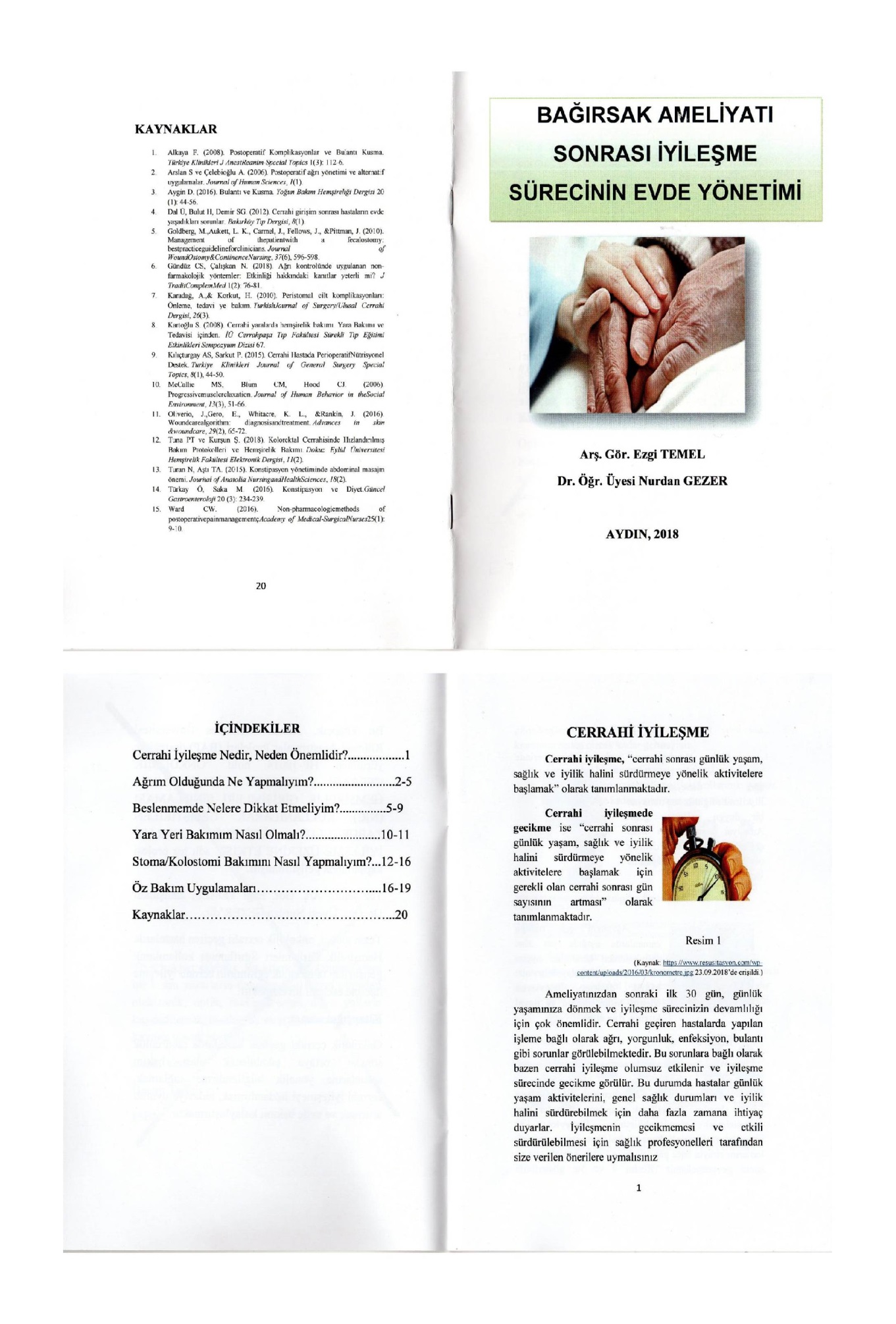
****

****

****

****

**Ek 6.** Bağırsak Ameliyatı Geçiren Hastalar İçin Geliştirilen Eğitim Kitapçığı

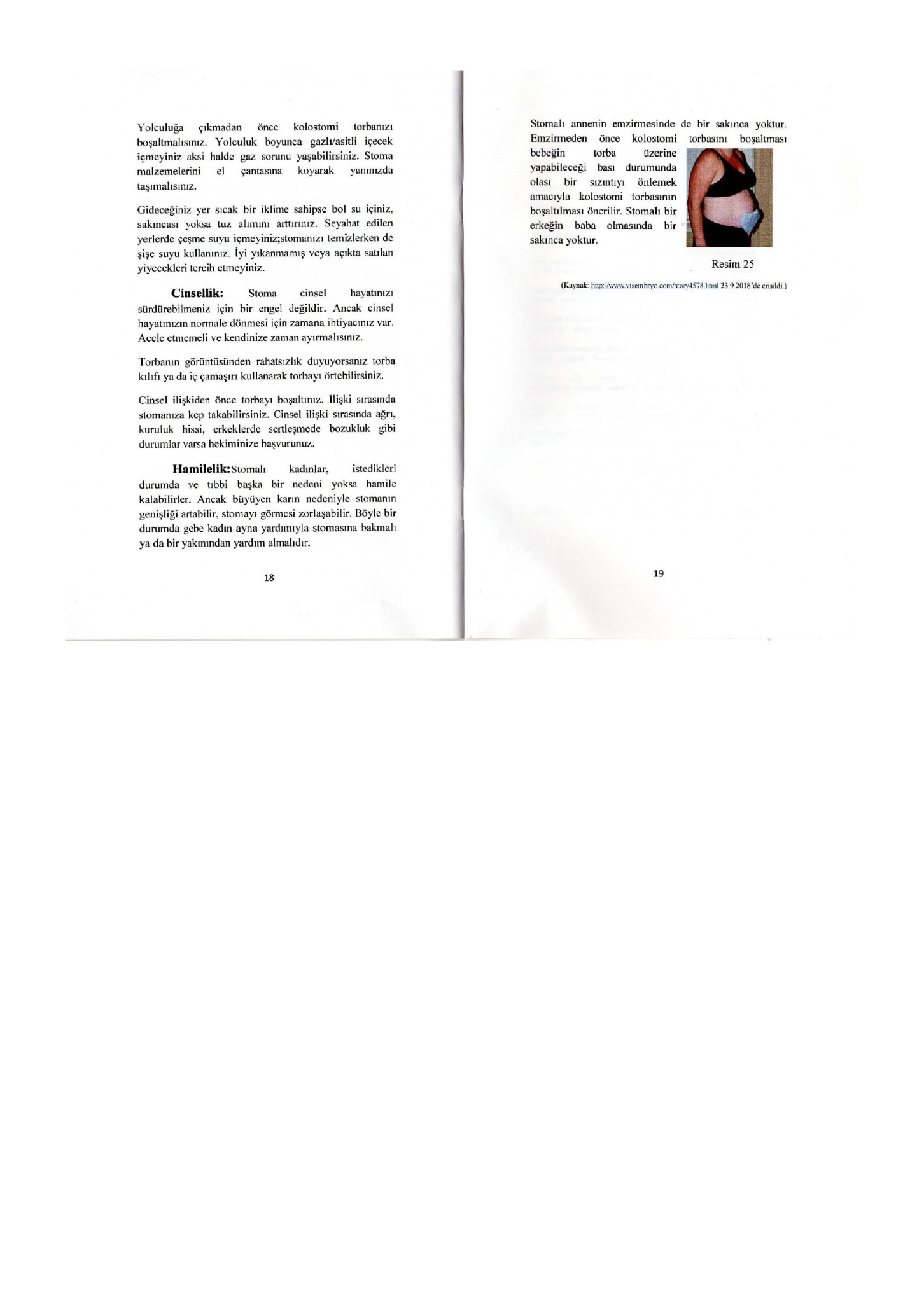












**Ek 7.** Girişim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

|  |
| --- |
| **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**  Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. |

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Ameliyat sonrasında iyileşme, “cerrahi sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak” olarak tanımlanmaktadır. İyileşmede gecikme ise “geçirdiğiniz ameliyat sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak için gerekli olan cerrahi sonrası gün sayısının artması” olarak tanımlanmaktadır. Mide ve bağırsak ameliyatlarında taburculuk sonrası evde yorgunluk, ağrı, ameliyat bölgesinde enfeksiyon, bulantı gibi sorunların görülebileceği bildirilmektedir. “Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Kullanılarak Geliştirilen Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme Üzerine Etkisi” adlı bu çalışmanın amacı; geçirmiş olduğunuz ameliyat sonrasında size verilecek taburculuk eğitiminin ameliyata bağlı cerrahi iyileşme durumunuza etkisini belirlemektir.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaş üstünde, Türkçe konuşabilme ve anlayabilme, kendinizin ya da yakınınızın iletişim kurulabilecek bir telefonu olması, mide veya kalın bağırsak cerrahisi geçirmiş olmanız ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Geçirdiğiniz ameliyattan sonra iyileşme durumunuzun incelenmesi, takip edilmesi ve verilen taburculuk eğitiminin iyileşme sürecinize etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, ameliyattan sonra taburcu olmadan bir gün önce sizinle yüz yüze görüşülecek ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu uygulanacaktır.

**I. Aşama;** cerrahi sonrasında taburcu olmadan bir gün önce araştırmacı, iyileşme durumunuzu belirlemek amacıyla 9 soru soracaktır. Bu dokuz soru, iyileşme durumuna yönelik bilimsel bilgilerden oluşturulmuştur. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. I. aşamada taburcu olmadan bir gün önceki değerlendirmeyi kapsamaktadır ve yüz yüze görüşülerek yapılacaktır. Değerlendirme sonrasında araştırmacı size taburculuk sonrası evde karşılaşabileceğiniz sorunlara yönelik ağrı, öz bakım uygulamaları, beslenme ve yara yeri bakımı başlıklarını içeren eğitim verecektir. Eğitimde ağrı, öz bakım uygulamaları, beslenme ve yara yeri bakımı konularında öneriler ve iyileşme sürecinde size destek olabilecek egzersizler bulunmaktadır. Eğitim süresi yaklaşık 30 dakikadır. Eğitim sonrasında size anlatılanların üzerinde yazılı olduğu bir kitapçık verilecektir. Araştırmanın ikinci, üçüncü ve dördüncü aşamasında iyileşme durumunuzun değerlendirilebilmesi için araştırmacıya size ulaşabileceği bir numara vermeniz gerekecektir. Araştırmanın ikinci, üçüncü ve dördüncü aşamasında araştırmacı size bu numaradan ulaşarak araştırmayı sürdürecektir.

**II.Aşama;** taburcu olduktan sonraki 2. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya verdiğiniz telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**III. Aşama;** taburcu olduktan sonraki 4. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya vereceğiniz bir telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**IV. Aşama;** taburcu olduktan sonraki 8. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya vereceğiniz bir telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir.Araştırma süresi boyunca tarafımızdan aranacağınız 2., 4., 8. haftada ya da bu zamanlar dışında herhangi bir zamanda size verilen numaradan araştırmacıya ulaşarak; yara bölgesinde kanama, akıntı, ağrı gibi sorunlarınızın olması durumunda ise hekiminize yönlendirileceksiniz.

**Sorumluluklarım nedir?**

Araştırma ile ilgili olarak taburculuk sonrası 2., 4. ve 8. haftada yapılacak telefon görüşmelerinin en az %75’ine cevap vermek sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 83’tür.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için ön görülen zamanınız 8 haftadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu araştırma, geçirdiğiniz cerrahi sonrası iyileşme sürecinizdeki değişimlere ve yara bölgenizdeki iyileşme konusunda farkındalık kazanmanızı sağlayacaktır.Bu araştırmada sizin için tıbbi olarak bir yarar sağlaması söz konusu değildir; araştırma amaçlıdır ve bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecek, konuyla ilişkili bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir risk ve yan etki bulunmamaktadır.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Taburculuk sonrası araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramalarının %75’inden azına cevap vermeniz halinde araştırmacı izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırma eğitim sonrası hasta değerlendirmesini içeren bir çalışma olduğundan araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek ve/veya araştırma hakkında ek bilgi almak için Araştırma Görevlisi Ezgi TEMEL’e 0 553 875 28 02 numaralı telefondan ya da e.temel@adu.edu.tr mail adresinden ve sorumlu araştırmacı Dr. Öğretim Üyesi Nurdan GEZER’e 0 256 213 88 66 numaralı telefondan ya da ngezer@yahoo.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 (üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ YA DA VASİNİN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| GÖREVİ |  |
| TARİH |  |

**Ek 8.** Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

|  |
| --- |
| **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**  Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. |

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Ameliyat sonrasında iyileşme, “cerrahi sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak” olarak tanımlanmaktadır. İyileşmede gecikme ise “geçirdiğiniz ameliyat sonrası günlük yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktivitelere başlamak için gerekli olan cerrahi sonrası gün sayısının artması” olarak tanımlanmaktadır. Mide ve bağırsak ameliyatlarında taburculuk sonrası evde yorgunluk, ağrı, ameliyat bölgesinde enfeksiyon, bulantı gibi sorunların görülebileceği bildirilmektedir. “Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Kullanılarak Geliştirilen Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme Üzerine Etkisi” adlı bu çalışmanın amacı; geçirmiş olduğunuz ameliyat sonrasında ameliyata bağlı cerrahi iyileşme durumunuzun belirlenmesidir.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaş üstünde, Türkçe konuşabilme ve anlayabilme, kendinizin ya da yakınınızın iletişim kurulabilecek bir telefonu olması, mide veya kalın bağırsak cerrahisi geçirmiş olmanız ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Geçirdiğiniz ameliyattan sonra iyileşme durumunuzun takip edilmesi ve incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, ameliyattan sonra taburcu olmadan bir gün önce sizinle görüşülecek ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu uygulanacaktır.

**I. Aşama;** cerrahi sonrasında taburcu olmadan bir gün önce araştırmacı, iyileşme durumunuzu belirlemek amacıyla 9 soru soracaktır. Bu dokuz soru, iyileşme durumuna yönelik bilimsel bilgilerden oluşturulmuştur. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın derecesine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. I. aşamada taburcu olmadan bir gün önceki değerlendirmeyi kapsamaktadır ve yüz yüze görüşülerek yapılacaktır. Araştırmanın ikinci, üçüncü ve dördüncü aşamasında iyileşme durumunuzun değerlendirilebilmesi için araştırmacıya size ulaşabileceği bir numara vermeniz gerekecektir. Araştırmanın ikinci, üçüncü ve dördüncü aşamasında araştırmacı size bu numaradan ulaşarak araştırmayı sürdürecektir.

**II.Aşama;** taburcu olduktan sonraki 2. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya vereceğiniz bir telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**III. Aşama;** taburcu olduktan sonraki 4. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya vereceğiniz bir telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**IV. Aşama;** taburcu olduktan sonraki 8. haftada iyileşme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan 9 soru araştırmacıya vereceğiniz bir telefon numarası aracılığıyla, araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramasıyla sorulacaktır. Araştırmacının yönelttiği sorularda sıkıntınızın varlığı ve sıkıntınızın şiddetine göre “şiddetli, önemli düzeyde, orta düzeyde, hafif düzeyde, sıkıntı yok” şeklinde cevap vermeniz gerekmektedir. Telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürecektir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında (2., 4. veya 8. haftada) komplikasyonların ifade edilmesi durumunda (yara bölgesinde kanama, akıntı, ağrı gibi) hekiminize yönlendirileceksiniz.

**Sorumluluklarım nedir?**

Araştırma ile ilgili olarak taburculuk sonrası 2., 4. ve 8. haftada yapılacak telefon görüşmelerinin en az %75’ine cevap vermek sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 83’tür.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 8 haftadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu araştırmada sizin için tıbbi olarak bir yarar sağlaması söz konusu değildir. Bu çalışma araştırma amaçlıdır ve bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecek, konuyla ilişkili bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir risk ve yan etki bulunmamaktadır.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Taburculuk sonrası araştırmacı tarafından yapılacak telefon aramalarının %75’inden azına cevap vermeniz halinde araştırmacı izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırma eğitim sonrası hasta değerlendirmesini içeren bir çalışma olduğundan araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek ve/veya araştırma hakkında ek bilgi almak için Araştırma Görevlisi Ezgi TEMEL’e 0 553 875 28 02 numaralı telefondan ya da e.temel@adu.edu.tr mail adresinden ve sorumlu araştırmacı Dr. Öğretim Üyesi Nurdan GEZER’e 0 256 213 88 66 numaralı telefondan ya da ngezer@yahoo.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 (üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

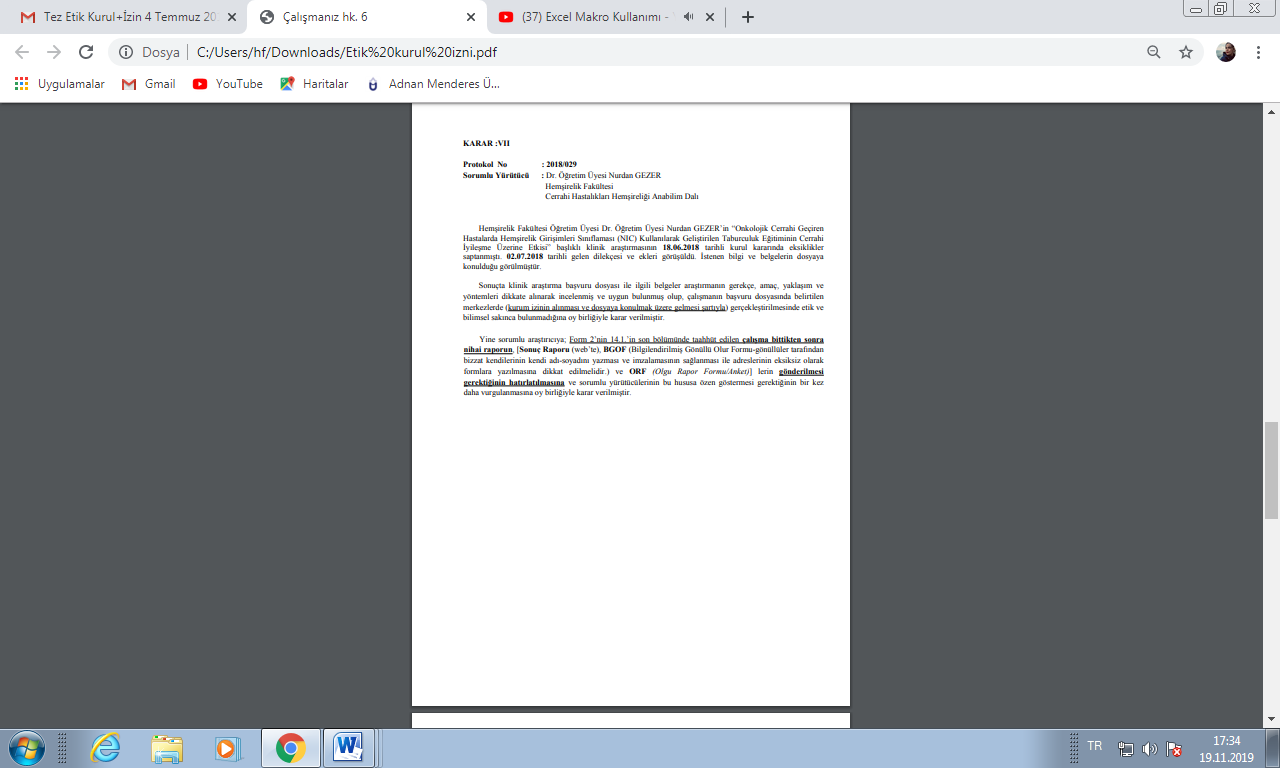
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

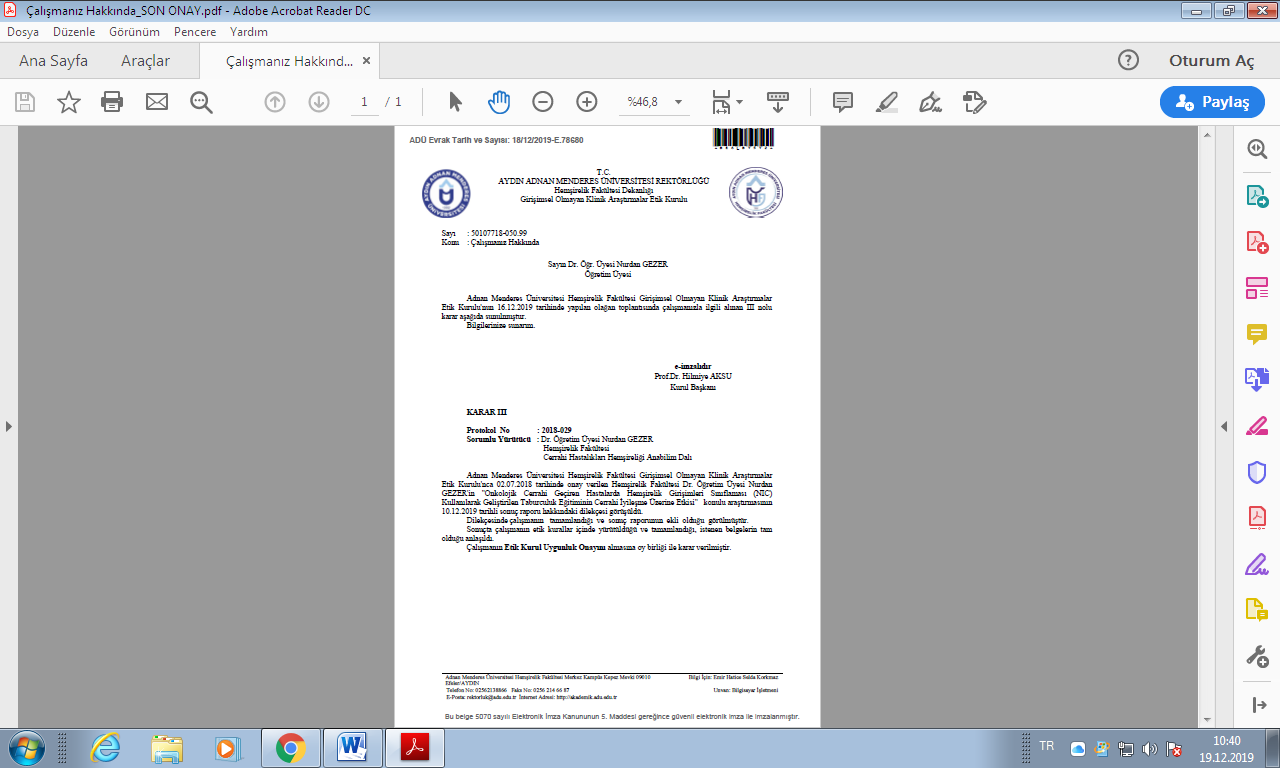
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ YA DA VASİNİN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

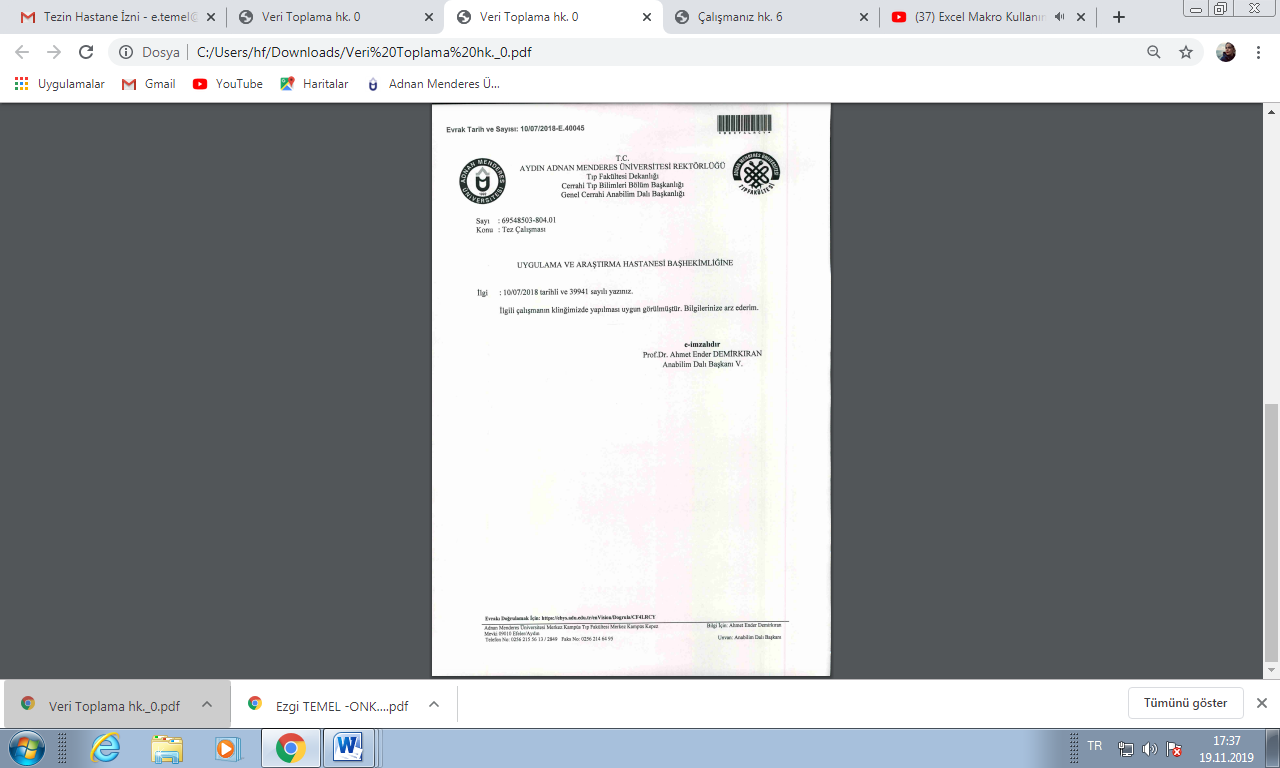
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| GÖREVİ |  |
| TARİH |  |

**Ek 9.** Aydın Adnan Menderes Ünivesitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı





**Ek 10.** Aydın Adnan Menderes Ünivesitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



**ÖZGEÇMİŞ**

**Soyadı, adı** : TEMEL, Ezgi

**Uyruk** : T. C.

**Doğum Yeri ve Tarihi** : Eskişehir, 17.05.1992

**Telefon** : 0 (553) 875 28 02

**E-mail** : e.temel@adu.edu.tr

**Yabancı dil** : İngilizce

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet Tarihi** |
| Doktora | - | - |
| Yüksek Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | 2019 |
| Lisans | Hacettepe Üniversitesi | 2015 |

**BURSLAR VE ÖDÜLLER**

**-**

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Unvan** |
| 2017-Halen | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | Araştırma Görevlisi |
| 2015-2017 | Eskişehir Devlet Hastanesi | Hemşire |

**AKADEMİK YAYINLAR**

**1- MAKALELER**

**Temel Ezgi**, Şahin Büşra (2019). Üniversiteli Gençlerin Erkek Hemşirelere Bakış Açıları. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (1): 1-7. (Yayın No: 5508688).

**Temel Ezgi**, Şahin Büşra, Gezer Nurdan, Çam Rahşan (2019). Üniversite Öğrencilerinin Temel İlkyardım Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 1 (3): 34-38. (Yayın No: 4943299).

Gezer Nurdan, **Temel Ezgi** (2019). Ülkemizde Parenteral Beslenmede Hemşirelik Uygulamaları: Bir Literatür İncelemesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3 (2): 131-139. (Yayın No: 5508679).

Mohammad Reza Heidari, Asgarpour Hossein, Reza Norouzzadeh, **Temel Ezgi**, Şahin Büşra (2017). Assessment Patients’ Satisfaction Related on Quality of Care: A Cross-sectional Descriptive Study. Asian Journal of Medicine and Health, 5 (4): 1-8. (Yayın No: 3555238).

**2- PROJELER**

Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Kullanılarak Geliştirilen Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme Üzerine Etkisi. Yükseköğretim Kurumları Tarafından Destekli Bilimsel Araştırma Projesi, Yürütücü: Nurdan GEZER, Araştırmacı: **Temel Ezgi**. 19/09/2018 (Devam Ediyor).

**3- BİLDİRİLER**

**A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

Gezer Nurdan, **Temel Ezgi** (2019). Ostomi Hemşireliğinde Yenilikler: Yara, Ostomi ve İnkontinans Hemşireleri Derneği 2018 Klinik Rehberi. 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 5508342).

Gezer Nurdan, **Temel Ezgi** (2019). Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Klinik Performans Öz Yeterliliğinin Belirlenmesi. 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5508381).

Çam Rahşan, Kandemir Altay, Şahin Büşra, **Temel Ezgi** (2019). Effects of Listening to Music on Patients’ Anxiety and Pain During Colonoscopy: A Randomized Controlled Trial. 9TH EORNA CONGRESS (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 5508532).

Gezer Nurdan, Çam Rahşan, **Temel Ezgi**, Şahin Büşra (2019). A Survey of the Clinical Nurses’ Knowledge and Practices of Nurses on Thromboembolism Prophylaxis in Turkey. 9TH EORNA CONGRESS (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 5508583).

Çam Rahşan, Şahin Büşra, **Temel Ezgi** (2019). Relevant Complications of Surgical Smoking in Doctors and Nurses in Operating Room Clinics. 9TH EORNA CONGRESS (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5508525).

**Temel Ezgi**, Şahin Büşra, Çam Rahşan (2019). Basic First Aid Knowledge Levels of University Students. 9TH EORNA CONGRESS (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:5508568).

**Temel Ezgi**, Gezer Nurdan, Yazar Arzu (2019). Knowledge and Attitudes of Nurses Towards Nutritional Support. 9TH EORNA CONGRESS (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:5508602).

**Temel Ezgi**, Çam Rahşan, Gezer Nurdan (2018). Orem Özbakım Eksikliği Hemşireliği Kuramı’na Göre İskelet Traksiyonu Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu. 1. Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4677862).

Gezer Nurdan, **Temel Ezgi** (2018). Ülkemizde Parenteral Beslenmede Hemşirelik Uygulamaları: Bir Literatür İncelemesi. 1. Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 4678024).

**Temel Ezgi**, Gezer Nurdan (2018). Parenteral Beslenme Desteğinde Kanıta Dayalı Hemşirelik: Güncel Bakış. 1st International Health Sciences and Life Congress 02-05 May 2018 Burdur/TÜRKİYE (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 4294230).

Gezer Nurdan, **Temel Ezg**i (2018). Hemşirelik Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Planlarının İncelenmesi. 1st International Health Sciences and Life Congress 02-05 May 2018 Burdur/TÜRKİYE (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 4294231).

Çam Rahşan, Gezer Nurdan, Yönem Havva, Kunter Dilara, **Temel Ezgi** (2017). Acil Servise Başvuran Travmalı Hastalarda Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:3772900).

Asgarpour Hossein, Şahin Büşra, **Temel Ezgi** (2017). Dahili-Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Ateşli Hastalarda Periferik Soğutma ve Antipiretik Tedavi Yöntemlerinin Hemodinamik Parametrelere Etkisi. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:4027014).

Agarpour Hossein, **Temel Ezgi**, Norouzzadeh Mohammed Reza Heidari,Öğüt Serdal, Gökçe Serap (2017). Therapeutic Properties of Zingiber Officinale Roscoe: A Review. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4026456).

Asgarpour Hossein, Heidari Mohammad Reza, Norouzzade Reza, **Temel Ezgi**, Şahin Büşra. (2017). Assessment Patients’ Satisfaction Related on Quality of Care: A Cross-sectional Descriptive Study. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:4025956).

**B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

Gezer Nurdan, **Temel Ezgi** (2019). Yapılandırılmış Vaka Çalışması Oturumlarının Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Performans Öz Yeterliliğine Etkisi. Hemşirelik Eğitiminin Geleceği II: Ölçme Değerlendirme, Program Değerlendirme, Sürekli İyileştirme (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5508436).

**4- ULUSAL/ULUSLARARASI KİTAPLAR VEYA KİTAPLARDAKİ BÖLÜMLER**

Sistemlere İlişkin Laboratuvar Tetkikleri ve Tanı Yöntemleri, Bölüm adı: Gastrointestinal Sistemlere İlişkin Laboratuvar Tetkikleri ve Tanı Yöntemleri (2015). Asgarpour Hossein, Şahin Büşra, **Temel Ezgi**, Ankara Nobel Tıp Kitabevi, Editör: Hossein Asgarpour, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 439, ISBN: 9876059215527, Türkçe (Bilimsel Kitap).