



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İNTERNET TABANLI EĞİTİMİN
TİROİDEKTOMİ OLAN HASTALARIN
ANKSİYETE VE AMELİYAT SONRASI
ERKEN DÖNEM İYİLEŞME ÖLÇÜTLERİNE
ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ
ÇALIŞMA**

Bahar CANDAS ALTINBAS

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON - 2019

ONAY

Bu tez Doktora Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Bahar CANDAS ALTINBAS'ın hazırladığı “İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayla GÜRSOY

.....

Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Özgül KARAYURT

.....

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY

.....

Prof. Dr. Nesrin NURAL

.....

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

.....

Tarih: / / 2019

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / ... / 2019 tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30/05/2019

Bahar CANDAŞ ALTINBAŞ

İthaf

Doktora tezimi, hayatıma her dokunuşu ile ayrı güzellik katan ve bu günlere gelmemde büyük emeği olan danışmanım Ayla GÜRSOY'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında büyük bir emekle sevgisini, anlayışını, eğitici ve öğretici ruhunu üzerimden eksik etmeyen, çalışmaktan onur ve gurur duyduğum, mesleki değerleri ile rol modelim, danışmanım Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

Emeği ve özverisi ile her zaman yanımda olan, akademik gelişimime ışık tutan ve tez çalışmamın her aşamasına titiz çalışması ile katkı sağlayan KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD Başkanı Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Eğitimim ve tez çalışmamdaki değerli katkıları için KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Başkanı Prof. Dr. Nesrin NURAL'a, eğitimimde emeği geçen KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünün tüm öğretim üyelerine,

İnternet sitesinin hazırlanmasında iş birliği içinde olduğum başta Dr. Öğr. Üyesi Muhammet BERİĞEL olmak üzere tüm KTÜ Uzaktan Eğitim Merkezi Birimine, sitenin tasarımını yapan Arş. Gör. Murat ATASOY'a, ses kaydını yapan Öğr. Gör. Özgün Arda NURAL'a, çalışmayı BAP projesi olarak destekleyen KTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine, tezimin şekilsel düzeltmelerini yapan Ömer LÜLECİ'ye,

Verilerin toplanması aşamasında desteklerini esirgemeyen KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Prof. Dr. Adnan ÇALIK'a, Prof. Dr. Serdar TÜRKYILMAZ'a, Prof. Dr. Akif ÇİNEL'e, Doç. Dr. Ali GÜNER'e ve başta Fatma TONYA olmak üzere tüm genel cerrahi servisi hemşirelerine,

İnternet sitesinin seslendirmesini yapan, tezimin her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli eşim Öğr. Gör. Gökhan ALTINBAŞ'a,

Varlıkları ile bana güç veren ve bugünlere gelmemde emeği olan sevgili dedem, babaannem, babam, annem ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Bahar CANDAŞ ALTINBAŞ

Bu çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje Numarası: THD-2018-7659

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY

BEYAN

İTHAF

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

RESİMLER DİZİNİ

xi

KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ

xii

1. ÖZET

1

2. SUMMARY

2

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3

4. GENEL BİLGİLER

6

4.1. Cerrahi Hastasının Eğitimi

6

4.2. Perioperatif Bakım Hemşiresinin Hasta Eğitimindeki Rolü

6

4.3. Cerrahide Anksiyete

11

4.3.1. Cerrahide Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler

12

4.3.2. Cerrahide Anksiyetenin Hasta Üzerindeki Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri

13

4.4. Cerrahi Hastasının Eğitiminin Anksiyeteye Etkisi

15

4.5. Cerrahi Hastasının Eğitiminin Ameliyat Sonrası Erken Dönem

İyileşme Ölçütlerine Etkisi

16

4.6. Cerrahi Hastasının Eğitiminde Kullanılan Yöntemler

17

4.7. Sağlık ile İlgili Bilgi Arayışında İnternetin Yeri

18

4.7.1. Türkiye’de ve Dünya’da İnternet Kullanım Durumu

18

4.7.2. Hastaların Sağlık ile İlgili Bilgi Edinmek İçin İnternet Kullanımı

20

4.7.3. Hasta Eğitiminde İnternet Kullanımı

20

4.7.4. İnternet Tabanlı Eğitimin Avantajları

24

4.8. Tiroid

25

4.8.1. Tiroid Anatomisi

25

4.8.2. Tiroid Cerrahisinin Tarihsel Gelişimi

26

4.9. Tiroidektomiye Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

28

4.9.1. Metabolik Komplikasyonlar	28
4.9.2. Metabolik Olmayan Komplikasyonlar	30
4.10. Tiroidektomi Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı ve Gereksinimleri	31
5. GEREÇ ve YÖNTEM	35
5.1. Birinci Aşama: Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin ve Ameliyat Sonrası Semptomlarının Belirlenmesi	35
5.1.1 Araştırmanın Tipi	35
5.1.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	35
5.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
5.1.4. Veri Toplama Aracı	36
5.1.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	37
5.1.4.2. Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu	37
5.1.4.3. Memorial Semptom Tanılama Ölçeği (MSAS)	37
5.1.4.4. Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Formu	38
5.1.5. Soru Formlarının Ön Uygulaması	38
5.1.6. Veri Toplama Yöntemi	38
5.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi	39
5.2. İkinci Aşama: İnternet Sitesi Aracılığı ile Hastaların Bilgilendirilmesi	39
5.2.1. Araştırmanın Tipi	39
5.2.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	39
5.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
5.2.4. Veri Toplama Aracı	40
5.2.4.1. STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği	41
5.2.4.2. Erken Dönem İyileşme Ölçütleri Değerlendirme Formu	41
5.2.4.3. İnternet Sitesi Etkinliği Değerlendirme Formu	42
5.2.5. İnternet Sitesinin Tasarımı	42
5.2.6. İnternet Sitesinin Ön Uygulaması	46
5.2.7. Veri Toplama Yöntemi	46
5.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	48
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
5.4. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	48
5.5. Araştırma Planı	49

6. BULGULAR	50
6.1. Birinci Aşama Bulguları	50
6.2. İkinci Aşama Bulguları	65
7. TARTIŞMA	80
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	87
8.1. Sonuçlar	87
8.2. Öneriler	89
9. KAYNAKLAR	90
10. EKLER	110
10.1. Ek 1. Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	110
10.2. Ek 2. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu	111
10.3. Ek 3. Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu	112
10.4. Ek 4. Memorial Semptom Tanılama Ölçeği (MSAS)	114
10.5. Ek 5. Memorial Semptom Tanılama Ölçeği Kullanım İzin Yazısı	116
10.6. Ek 6. Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Soru Formu	117
10.7. Ek 7. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Deney Grubu Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	118
10.8. Ek 8. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	119
10.9. Ek 9. STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği	120
10.10. Ek 10. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Erken Dönem İyileşme Ölçütleri Değerlendirme Formu	122
10.11. Ek 11. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin İnternet Sitesi Etkinliği Değerlendirme Formu	123
10.12. Ek 12. Kurum İzni	124
10.13. Ek 13. BAP Proje Kabul Yazısı	125
10.14. Ek 14. İnternet Sitesi Arayüz Örnekleri	126
11. ETİK KURUL ONAYI	131
12. ÖZGEÇMİŞ	134

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Son on yılda yapılan internet tabanlı hasta eğitimlerine ilişkin randomize kontrollü çalışma sonuçları	22
Tablo 2. Dünya’da ve ülkemizde yaş aralıklarına göre tiroid kanseri insidansı ve diğer kanser türlerine göre sıralaması	27
Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özellikleri	50
Tablo 4. Hastaların ameliyat öncesi bilgi gereksinimleri	51
Tablo 5. Hastaların bilgi kaynakları	52
Tablo 6. Hastalarda taburcu olurken var olan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme düzeyleri	54
Tablo 7. Hastaların taburcu olurken bilgi almak istediği konular	59
Tablo 8. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme düzeyleri	60
Tablo 9. Deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	65
Tablo 10. Deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sürecinde anksiyete puan değişimleri	67
Tablo 11. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi, sabahı ve sonrası durumluk anksiyete puanlarının karşılaştırılması	69
Tablo 12. Deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerinin karşılaştırılması	71
Tablo 13. Deney grubu hastalarının arayüzleri kullanım durumları	74
Tablo 14. Deney grubu hastalarının internet sitesinin özelliklerine ilişkin düşünceleri	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Perioperatif hasta odaklı model	9
Şekil 2. Dünyada internet kullanım durumu	18
Şekil 3. Türkiye’de 2009-2018 yılları arası internet ve bilgisayar kullanım durumu	19
Şekil 4. Tiroid bezi anatomisi	26
Şekil 5. Tiroidektomi komplikasyonları	28
Şekil 6. İkinci aşama veri toplama yöntemi	47
Şekil 7. Araştırma planı	49
Şekil 8. Hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanma durumu	52
Şekil 9. Hastalarda taburcu olurken var olan semptomlarının sıklık boyutlarının karşılaştırılması	57
Şekil 10. Hastaların taburcu olurken var olan semptomlarının şiddet boyutlarının karşılaştırılması	57
Şekil 11. Hastaların taburcu olurken var olan semptomlarının sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırılması	58
Şekil 12. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklık boyutlarının karşılaştırılması	62
Şekil 13. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların şiddet boyutlarının karşılaştırılması	63
Şekil 14. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomlar sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırılması	63
Şekil 15. Deney ve kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete düzeylerindeki değişim	68
Şekil 16. Deney ve kontrol grubu hastalarının erken dönem iyileşme ölçütleri	73
Şekil 17. Deney grubu hastalarının internet sitesini kullanım şekilleri	77
Şekil 18. İnternet sitesinin deney grubu hastalarının bilgi gereksinimi karşılama durumu	77

RESİMLER DİZİNİ

Resim	Sayfa
Resim 1. İnternet sitesinin ana sayfa görüntüsü	43
Resim 2. Tiroid yönetim paneli	45



KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
AORN	Association of Operating Room Nurse
DA	Durumluk Anksiyete
DAPO	Durumluk Anksiyete Puan Ortancası
IQR	Interquartile Range
İA	İstatistiksel Analiz
MAX	Maksimum
MIN	Minimum
MSAS	Memorial Symptom Tanılama Ölçeği
RLS	Rekürren Larengeal Sinir
SA	Sürekli Anksiyete
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Semboller

SS	Standart sapma
t	Bağımsız gruplarda T testi
U	Mann Whitney U testi
$\bar{X}$	Ortalama
X^2	Ki-kare testi

1. ÖZET

İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Araştırma, internet tabanlı hasta eğitimi geliştirmek ve tiroidektomi olan hastaların anksiyete ve erken dönem iyileşme ölçütlerine etkisini değerlendirmek amacıyla iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı özellikteki ilk aşamada veriler tiroidektomi olan 77 hasta ile taburculuk sırasında ve bir hafta sonra soru formları ve memorial semptom tanılama ölçeği aracılığı ile toplandı. Hastaların ameliyat öncesinde en çok ses kısıklığı (%75.3), taburculuk sırasında ise düş almaya (%50.6) ilişkin bilgi gereksinimleri olduğu belirlendi. Taburculuk sırasında ve sonrasında hastalarda en çok görülen ilk iki semptomun yutma güçlüğü (%87.0, %31.2) ve ağrı (%68.8, %26.0) olduğu saptandı. İkinci aşama deney ve kontrol grubuna randomize olarak dağıtılan 80 hasta ile tamamlandı. Deney grubu hastalarının eğitimi internet sitesi ile gerçekleştirilirken; kontrol grubu hastalarına farklı bir uygulama yapılmadı. Veriler soru formları ve STAI durumluk-sürekli anksiyete ölçeği ile toplandı. Ameliyat öncesinde her iki gruptaki hastaların anksiyete düzeyleri benzer iken ($p>0.05$); ameliyat sabahı ($p=0.000$) ve taburcu olduktan bir hafta sonra ($p=0.000$) deney grubu hastalarının anksiyetelerinin anlamlı şekilde daha az olduğu belirlendi ($p=0.000$). Ameliyat sonrası deney grubu hastalarının daha kısa süre içinde yürüdükleri ($p=0.016$), beslenmeye başladıkları ($p=0.034$), gaz çıkardıkları ($p=0.001$) ve defekasyonlarını gerçekleştirdikleri ($p=0.048$) saptandı. Ayrıca bu gruptaki hastaların ilk 24 saatteki ağrı şiddetinin ($p=0.000$), bulantı varlığının ($p=0.024$), bulantı şiddetinin ($p=0.000$), kusma sayısının ($p=0.001$) taburculuk sırasında ($p=0.000$) ve sonrasındaki ($p=0.006$) semptomlarının daha az olduğu belirlendi. Deney grubu hastaların tamamına yakını (%96.6) sitenin, bilgi gereksinimlerini karşıladığını belirttiler. Bu sonuçlar internet tabanlı eğitimin, hastaların ameliyata bağlı anksiyetelerini azalttığı ve erken dönem iyileşmeye destek sağlamadığını göstermiştir. Araştırma kapsamındaki hastalar internet sitesini rahatlıkla kullandılar ve bir eğitim aracı olarak önerdiler.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Erken İyileşme, İnternet Tabanlı Hasta Eğitimi, Perioperatif Hemşirelik

2. SUMMARY

The Effect of Web-Based Training on the Anxiety and Early Recovery Outcomes of Thyroidectomy Patients: Randomized Controlled Study

The study was carried out in two stages with the aim of to develop a web-based education intervention and evaluate its impact on patients' anxiety and early recovery outcomes among thyroidectomy patients. In the first stage on the descriptive feature, data were collected from 77 patients with thyroidectomy via questionnaires and memorial symptom diagnostic scale during discharge and one week later. The patients mostly need knowledge about hoarseness (75.3%) before surgery and showering (50.6%) during discharge. The two most common symptoms during and after discharge were dysphagia (87.0%, 31.2%) and pain (68.8, 26.0%). The second stage was completed with 80 patients randomly assigned to the experimental and control groups. Training of the experimental group patients was performed with the website and no different application was applied to the control group patients. Data were collected with questionnaires and STAI state-trait anxiety scale. The anxiety levels of the patients in both groups were similar before surgery ($p > 0.05$); On the day of surgery ($p=0.000$) and one week after discharge ($p=0.000$), anxiety levels of the experimental group patients were significantly less ($p=0.000$). After the surgery, it was determined that the patients in the experimental group walked in a shorter period of time ($p=0.016$), started feeding ($p=0.034$), flatulated ($p = 0.001$) and defecated ($p=0.048$). Also in this group of patients, the intensity of the pain ($p=0.000$), presence of nausea ($p=0.024$), nausea severity ($p=0.000$), the incidence of vomiting ($p=0.001$) in the first 24 hours ($p=0.000$), total symptom count ($p=0.006$) during and after discharge were less. Nearly all of the experimental group patients (96.6%) reported that the website met the information requirements. These results demonstrates that web-based education decreases the patients' operative anxiety and provides support for early recovery. The patients in the easily study used the website and suggested it as a training tool.

Keywords: Anxiety, Early Recovery, Perioperative Nursing, Web-Based Patient Education

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Hastanın ameliyat kararının alınması ile başlayıp, taburcu olduktan sonraki günlük yaşama dönene kadar devam eden sürece perioperatif dönem; bu dönemde bireye bakım veren hemşireye ise perioperatif bakım hemşiresi denilmektedir (1). Bu süreçte bakım veren hemşirenin Association of Operating Room Nurses (AORN) tarafından hazırlanan perioperatif hemşirelik uygulama standartları rehberliğinde bakım vermesi sürecin daha profesyonel olarak yönetilmesine katkı sağlamaktadır (2).

Perioperatif bakım hemşiresinin ameliyat süresi boyunca hastanın fizyolojik, psiko-sosyal ve manevi gereksinimlerini göz önünde bulundurarak bakım hizmeti ve eğitim verme sorumluluğu bulunmaktadır (1, 3). Perioperatif hasta eğitiminin temel amaçları hastanın aksiyetesini azaltmak, ameliyat sürecine uyumu kolaylaştırmak ve bunların sonucunda olumlu hasta çıktıları sağlamaktır. Ameliyat öncesi eğitim, hasta ve aileyi kapsayan cerrahi sürecin önemli parçalarından biridir (4-7).

Ameliyat olmaya bağlı yaşanan psikolojik ve fizyolojik sorunlar tedavi ve bakım sürecini güçleştiren etmenlerdir. Ameliyat olacak hastaların özellikle ameliyat sürecine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamalarının anksiyete ve endişeye neden olduğu bilinmektedir (8). Ameliyat öncesi yeterli bilgi alamayan hastalar ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete yaşayabilmekte ve yüksek anksiyete ameliyatın reddine neden olacak boyuta ulaşabilmektedir (9). Çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyetenin en yaygın nedenlerinden birinin bilinmezlik korkusu olduğu ifade edilmektedir (10, 11). Ameliyat öncesi hissedilen stres, anksiyete ve korku; ameliyat sırasında anestezi ilaç gereksinimin artmasına, ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünde güçlüklerle, beslenmeye başlamada gecikmelere, komplikasyon oranlarında artışa ve hasta memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (12-15). Ayrıca stres, immün sistemin zayıflamasına ve enfeksiyon riskinin artmasına yol açmaktadır (16).

Hastaların bilgi arama davranışlarının hekime danışma, hastalığı geçiren biri ile konuşma, ailesinden bilgi edinme, kitap ve broşür gibi kaynaklara başvurma olduğu bilinmektedir (17). Bu yöntemlerin yanı sıra, gelişen teknoloji ile internet kullanımının artmasına bağlı olarak hastaların internetten bilgi arama davranışları da her geçen gün artmaktadır. Özellikle internet üzerinden bilgiye erişim, özel bir mekana gereksinim duyulmaması, kendi sosyal ortamında erişim imkânı sağlaması, zaman sınırı olmaksızın

erişim imkânı olması ve bilgiye erişmek istediğı zaman konusunda bireye özgürlük tanınması gibi birçok nedene bağılı olarak tercih edilmektedir (17, 18).

Günümüzde teknolojiadaki ilerlemeler, hastanede yatış süresini kısaltmıştır. Bu durum nedeniyle iyileşme süreci evde tamamlanmakta ve hasta-hemşire etkileşimi azalmaktadır. Buna bağılı olarak, hasta eğitimin ameliyat öncesi erken dönemde başlaması ve taburculuk sonrası devam etmesi çok daha fazla önem kazanmıştır (19). Hasta eğitiminde sözel ve yazılı eğitim yöntemleri sıklıkla kullanılıyor olmakla birlikte teknolojiadaki ilerlemeler ve hasta tercihleri video, CD-ROM, DVD ya da internet gibi çoklu tabanlı eğitim yöntemlerine eğilimi artırmıştır (20). Ülkemiz interneti en çok kullanan ülkeler arasında yer almaktadır. Bu kapsamda internetten sağlıkla ilgili bilgi arama oranının %65.5 olduğu bilinmektedir. Hastalar genellikle arama motorlarına yazdıkları anahtar kelimeler ile arama yapmaktadırlar (21, 22). Her ne kadar internetten edinilen doğru bilgi hastalık sürecine katkı sağlıyor olsa da, yanlış bilgi tanı, tedavi ve bakım sürecini zorlaştırmakta ve hastanın sağlık profesyonelleri ile iletişimini güçleştirmektedir (23).

Yapılan literatür taramasında internet tabanlı eğitimlerin genellikle kronik hastalıklara özgü olduğu görülmektedir (24-26). Ameliyat sürecine ilişkin olarak ise genellikle tek bir dönemi ya da konuyu içeren internet tabanlı eğitimlerin yapıldığı bilinmekte olup perioperatif sürecin tamamını kapsayan bir internet sitesine ya da çalışmaya ulaşamamıştır.

Bu araştırmanın amacı perioperatif döneme (ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası) ilişkin internet destekli eğitim yapmak amacı ile oluşturulan bir internet sitesinin hastaların anksiyete ve ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütleri (hastanede kalış süresi, ilk oral beslenme zamanı, ilk mobilizasyon zamanı, ilk defekasyon süresi, ilk gaz çıkardığı zaman, ağrı, bulantı, kusma, tekrar hastaneye başvurma) üzerine etkisini saptamaktır.

Bu kapsamda çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir.

1. **H₀:** İnternet destekli hasta eğitiminin hastanın anksiyetesini azaltmada etkisi yoktur.

H₁: İnternet destekli hasta eğitimi hastanın anksiyetesini azaltmada etkilidir.

2. **H₀:** İnternet destekli hasta eğitimi hastanın erken dönem iyileşme ölçütlerini (hastanede kalış süresi, ilk oral beslenme zamanı, ilk mobilizasyon zamanı, ilk defekasyon süresi, ilk gaz çıkarma zamanı, ağrı, bulantı, kusma, tekrar hastaneye başvurma) olumlu yönde etkilemez.

H₁: İnternet destekli hasta eğitimi hastanın erken dönem iyileşme ölçütlerini (hastanede kalış süresi, ilk oral beslenme zamanı, ilk mobilizasyon zamanı, ilk defekasyon süresi, ilk gaz çıkardığı zaman, ağrı, bulantı, kusma, tekrar hastaneye başvurma) olumlu yönde etkiler.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Cerrahi Hastasının Eğitimi

Ameliyat öncesi eğitim, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve buna bağlı olarak da ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır (27). Ameliyat öncesi yeterli bilgi almayan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası emosyonel sorunlar ortaya çıkmakta ve ameliyat sonrası komplikasyonların görülme riski artmakta; bunların sonucunda da hastanede kalma süresi uzamaktadır (8, 28). Cerrahi hastalarında eğitim uzun süredir cerrahi sürecin bir parçası olarak kabul edilmektedir (4).

Ameliyat öncesi eğitim, hasta ve ailesinin ameliyat sürecine uyumunu kolaylaştırmak için sürece ilişkin açıklama yapmayı, süreç içerisinde gerçekleştirilecek aktiviteleri ve ameliyat sonrası bakım hizmetini tanımlamayı içerir (28, 29). Buna bağlı olarak, ameliyat öncesi tanı işlemleri, ameliyat hazırlığı, ameliyat süresi, ameliyat sonrası hastanın üzerinde bulunacak ya da bulunma ihtimali olan ekipmanlar, ziyaret sıklığı, hastanın yapması gereken egzersizler ya da kısıtlamalar hasta ve yakınlarına ameliyat öncesinde bilgi verilmesi gereken konulardan başlıcalarıdır (1).

Hasta eğitiminin amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir (5, 30-32):

- Hastanın ameliyat sürecine uyumunu kolaylaştırmak,
- Anksiyeteyi azaltmak,
- Ağrıyı azaltmak,
- Hastanın bilinçli olarak seçim yapmasını sağlamak,
- Hastaya tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek olumsuz durumlarla baş edebilme yetisi kazandırmak,
- Hastayı taburcu olmak için hazırlamak,
- Hasta memnuniyetini artırmak,
- Tedavi ve bakım maliyetini azaltmak.

4.2. Perioperatif Bakım Hemşiresinin Hasta Eğitimindeki Rolü

Perioperatif dönem, hastanın ameliyat kararının alınması ile başlayan, cerrahi süreç boyunca devam eden ve hastanın olağan günlük yaşam aktivitelerine dönene kadar kontrol altında tutulması gereken dönemdir. Bu dönem preoperatif (ameliyat

öncesi), intraoperatif (ameliyat sırası) ve postoperatif (ameliyat sonrası) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (33).

- Ameliyat öncesi dönem; ameliyat kararı ile başlayıp hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle sonlanan dönemdir.
- Ameliyat sırası dönem; hastanın ameliyathaneye girişi ile başlayıp ameliyat sonrası ilgili birime gönderilmesiyle sona eren dönemdir.
- Ameliyat sonrası dönem; hastanın ameliyathaneden ayrılmasıyla başlayıp olağan günlük yaşam aktivitelerine dönmesi ile biten dönemdir.

Bu doğrultuda perioperatif bakım hemşiresi bu üç dönemde hastanın gereksinimlerini saptayarak bakım veren hemşiredir (34). Özellikle son on yılda gelişme gösteren perioperatif hemşirelik kavramı ilk olarak 1978’de Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses-AORN) tarafından tanımlanmıştır. Bu birlik 1985’te cerrahi hastalarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak perioperatif bakım uygulamalarını geliştirmiş ve perioperatif bakım hemşireliğine “lisanslı hemşire” (Registered Nurse) kavramını getirmiştir (35, 36). Bu kavram ile AORN, günümüzde “Association of PeriOperative Registered Nurses” olarak bilinmektedir. Son olarak AORN 2000 yılında geliştirdiği standartlar ile, perioperatif hasta bakımında hasta odaklı bakım modelini tanımlamıştır (1, 36, 37).

Ameliyathane Hemşireliği Birliği tanımına göre “perioperatif bakım hemşiresi” (2, 37);

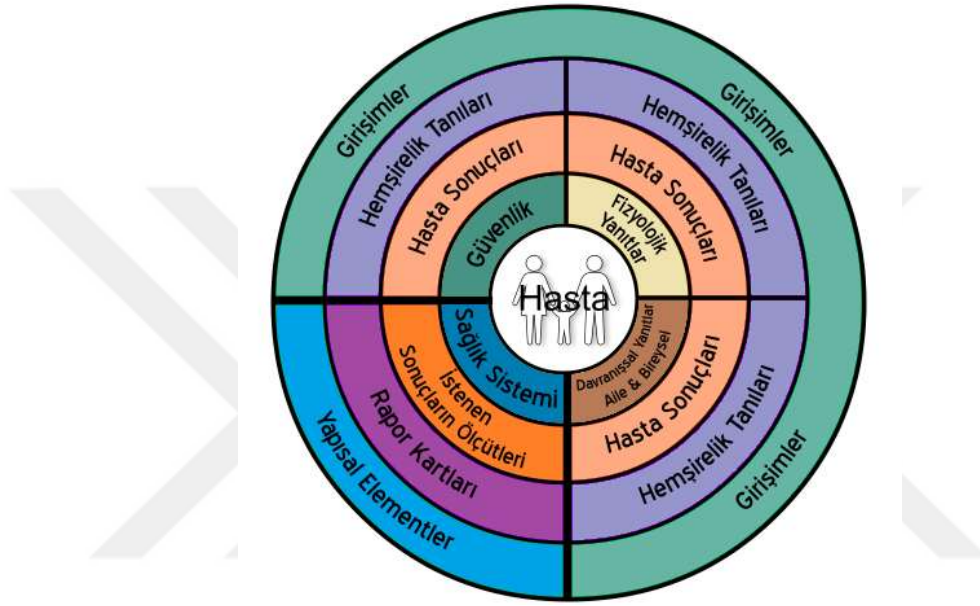
- Ameliyat öncesi ve sonrası tüm alanlarda uygulamalar yapan,
- Farmakolojik ajanlar dahil olmak üzere tedaviyi değerlendirerek akut ve kronik hastalıkların yönetimine katkıda bulunan,
- Hasta güvenliğinin artırılmasında aktif rol alan,
- Hasta savunuculuğu yapan,
- Toplumun var olan ve olası sağlık sorunlarına ilişkin tanı, tedavi ve bakımda hemşirelik becerilerini kullanan,
- Uygulamalarında perioperatif hemşirelik uygulama standartlarını temel alan,
- Ameliyat ve diğer invaziv girişimlerde hastaların bakımı için özel perioperatif hemşirelik bilgi ve becerilerini kullanan kişidir.

Bunların yanı sıra, perioperatif bakım hemşiresinin rol ve sorumlulukları literatürde şu şekilde sıralanmaktadır (1, 4, 34, 38, 39):

- Ameliyat olan ya da herhangi diğer invaziv girişimlerin uygulandığı hastalarda bireyselleştirilmiş bakım odaklı çalışmak ve hastaları koordine etmek,
- Hasta ihtiyaçlarını belirleyerek olumlu hasta sonuçlarına ulaşmak için hemşirelik girişimlerini ve aktivitelerini uygulamak,
- Bakım sırasında hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve manevi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak,
- Bilimsel temellere dayalı standart, bilgi ve becerileri kullanmak,
- Hasta bakım sürecinde kaliteyi artırmak için etik ilkelere uygun davranmak,
- Uygulamalarda kanıt temelli yaklaşımları kullanmak,
- Yaşam boyu öğrenme sorumluluğunun bilincinde olmak,
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hastayı kapsamlı olarak değerlendirmek,
- Çevre kontrolünü sağlamak,
- Hasta ve ailesini desteklemek,
- Hasta bakımına ilişkin uygulamaları koordine etmek,
- Sağlık profesyonelleri arasında ekip anlayışını benimseterek iletişim ve uyumu sağlamak,
- Diğer sağlık personelleri tarafından hastaya yapılan bilgilendirmeleri dikkate alarak hasta ile görüşmek,
- Mastektomi ya da kolostomi açılması gibi hastanın yaşamında kalışı değişiklikler ortaya çıkaran ameliyatlara için eğitim materyalleri geliştirmek,
- Yeniliklere açık olmak,
- Hasta için uygun eğitim ve bakım yöntemi belirleyebilmek,
- Teknolojiyi takip etmek ve öğrenmek,
- Hastanın kendi eğitim sürecine katılımını desteklemek,
- Eğitim aktivitelerini raporlamak,
- Kaynakları verimli kullanmak,
- Yardımcı personele danışmanlık yapmak.

Association of Operating Room Nurse tarafından hemşirelik uygulama standartları ve temel hemşirelik yönetimi dikkate alınarak Perioperatif Hemşirelik

Standartları hazırlanmıştır. Bu standartlar hemşirelik bakımı sürecinde profesyonel rol aktiviteleri geliştirmeye odaklanır (2, 37). Bu standartlara göre perioperatif bakım hemşiresi, bakım planı planlama, uygulama ve değerlendirme sürecinde hastanın istek ve tercihlerini dikkate almalıdır. Bu doğrultuda perioperatif bakım hemşiresi perioperatif hasta odaklı model (Şekil 1) yaklaşımı ile çalışır (37).



Şekil 1. Perioperatif hasta odaklı model (AORN, 37)

Perioperatif hasta odaklı model üçü hasta merkezli alanları temsil eden dört temel alandan oluşmaktadır. Bu alanlar;

1. Hasta güvenliği,
2. Hastanın ameliyat ve diğer invaziv girişimlere fizyolojik yanıtı,
3. Hasta ve yardımcı personelin ameliyat ve diğer invaziv girişimler için davranışsal yanıtı,
4. Dördüncü alan, perioperatif bakım hizmetinin verildiği sağlık sistemini temsil eder. Sağlık sistemi alanı, başarılı perioperatif sonuçlar için gerekli olan idari birim ve yapı unsurlarını belirler.

Model hasta odaklıdır, perioperatif bakımı temsil eder ve hasta modelin merkezindedir. Hemşirelik teorileri ve modelleri hemşirelik sürecinin tüm unsurlarını

kapsadığı için hasta odaklı hizmet önemlidir. Model, hasta ve hasta bakımını cerrahi ortamdaki diğer tüm değişkenler arasında ön plana çıkarır ve görünür hale getirir (40). Buna bağlı olarak perioperatif hemşirelik uygulamalarının Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) "Hemşirelik, sağlık ve yeteneklerin korunması, geliştirilmesi, en üst düzeye çıkarılması, hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, tanı ve tedavi yoluyla acının azaltılması, bireylerin, ailelerin ve toplumların bakımında savunuculuktur" tanımı ile uyumlu olduğu görülmektedir (37, 41).

Perioperatif bakım hemşiresinin cerrahi hastasının sorun, ihtiyaç ve isteklerine yanıt verebilmesi için hastanın ameliyat sürecine ilişkin bilgi sahibi olması kanıt temelli bakımın gerekliliklerindendir. Hemşirenin ameliyat olmanın herkes için farklı bir deneyim olduğunu, korku ve heyecanın bireysel farklılıklar gösterdiğini bilmesi gerekmektedir. Ameliyat süreci hastalar için kendilerini bir bilinmeze bırakmak ve teslim olmak anlamına gelmektedir. Böyle bir durumda hastanın desteklenmemesi ve güvensizlik hissetmesi sürecin daha da güçleşmesine neden olabilir. Bu süreçte hastaya en yakın olan sağlık personeli hemşiredir. Bu nedenle hemşire, hasta ile iletişim halinde olarak hastanın rahatlamasını sağlayabilir (42).

Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle hastanede yatış süreleri kısalmıştır. Buna bağlı olarak hastalar genellikle ameliyat sabahı hastaneye gelmekte ve ameliyat sonrası kısa sürede eve dönmektedir. Bireyin hastanede yattığı sürenin kısalması hemşire ve hastanın birbirleriyle iletişim ve etkileşim süresini azaltmaktadır. Bu nedenle hemşire-hasta ilişkisini güçlendirmek ve hasta eğitimini artırabilmek için hemşirelerin gelişen teknoloji paralelinde, hastaya evinde bakım ve hizmet sağlayabilecek yöntemler kullanması gerekmektedir (19, 20).

Lin ve Wang (2005) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, ameliyat öncesi hemşire tarafından yapılan bilgilendirmenin, abdominal cerrahide anksiyete ve ağrı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (43). Farklı çalışmalarda, ameliyat öncesi ameliyathane hemşiresi tarafından yapılan hasta bilgilendirmesinin hastaların anksiyetesini azalttığı görülmüştür (11, 44). Çalışmalardan da anlaşıldığı gibi, hemşirenin ameliyat öncesi eğitici rolünü kullanarak hastaya eğitim vermesi süreci kolaylaştıran bir etmendir (4).

Ameliyat öncesi hastanın yanı sıra hasta yakınlarının bilgilendirilmesi de gerekmektedir. Hasta yakınlarının ameliyat sürecine ilişkin bilgilendirilmesi ekip işidir ve hemşire hastaya uzun süre bakım veren sağlık profesyoneli olarak aileyi bilgilendirebilecek durumdadır. Bu doğrultuda hemşire, ailenin gereksimlerini belirleyerek ve bilgilendirme yaparak güçlüklerle baş etmelerine yardımcı olabilir (1). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda, genellikle hemşirelerin ameliyat öncesi hasta bilgilendirmede etkin olmadıkları buna bağlı olarak da bilgi gereksinimi olan hasta ve ailelerin ihtiyaçlarının yeterli şekilde karşılanmadığı bilinmektedir (4).

Fitzpatrick ve Hyde tarafından 12 hemşire ile nitel olarak yapılan bir çalışmada; hastaların hemşire eğitimini farklı yorumladığı ve hemşireler arasındaki uygulama farklılıklarının hastaların farklı düzeylerde bakım almasıyla sonuçlandığı ifade edilmektedir (45). Hasta eğitimi hemşirenin birincil sorumluluklarından biridir. Bu nedenle, hemşireler, bu rol ve sorumluluklarının bilincinde hastalara kendi bakım ve tedavileri konusunda bilinçli karar verebilmeleri için uygun bilgileri sağlamalıdır (37). Etkili hasta eğitimi aşağıdaki unsurları içermektedir (4):

- Eğitim süresince bilginin güncellenmesi,
- Hasta farklılıklarının göz ardı edilmemesi,
- Eğitimde uygun interaktif yöntem ve metodların kullanılması,
- Eğitimin sürekliliği,
- Rol ve sorumluluklarının bilincinde olunması
- Eğitim içeriğinin standardizasyonu vb. içerir.

4.3. Cerrahide Anksiyete

Hastaneye yatmak ve ameliyat olmak kavramları bireyi özellikle anksiyete, endişe ve korku olmak üzere birçok yönden etkilemekte ve anksiyetelerini artırmaktadır (29). Ameliyat olacak her dört hastadan birinin endişeli olduğu bilinmektedir (46, 47). Ayrıca hastaneye kabul, bireylerde bağımsızlık duygusunun kaybı ve beden imajında bozulma algısı da oluşturabilir. Bu durum bireyde depresyona sebep olabilmektedir (48-50). Yine, hastaneye yatan hastalarda invaziv testler, belirsiz bir tanı olasılığı, tedavi edilemez bir hastalığın olması ve ölüm korkusu anksiyete nedenleri arasındadır (48).

Özellikle bedenin algılanan tehdiye karşı fizyolojik ve psikolojik yanıtları olan stres, endişe ve korku ameliyat olacak hastaların çoğunun yaşadığı ortak deneyimdir

(10, 51, 52). Ameliyat süreci cerrahi hastaları için anksiyeteyi uyaran bir durum olarak bilinmektedir (53). Hastanede yatmakta olan bireylerde anksiyete ve depresyon görülme sıklığı %20 ila %60 arasında değişmektedir (48). Ameliyat dışı nedenlerle hastaneye yatan hastalarda stres görülme oranı %10-30 iken; ameliyat olacak hastalarda bu oranın %60-80'lere yükseldiği rapor edilmiştir (9, 27, 54-56). Yine farklı çalışmalarda kardiyovasküler hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi cerrahi dışı nedenlerle hastaneye yatan hastaların yaklaşık %50'sinde anksiyete ve depresyon görüldüğü belirtilmektedir. Bu oranın koroner arter grefti gibi büyük ameliyat olan hastalarda %11 ile %88 arasında olduğunun tahmin edilmektedir (48).

Anksiyete teknolojideki ilerlemelere ve gelişen hasta güvenliğine rağmen cerrahinin önemli sorunlarından biri olarak olmaya devam etmektedir (55). Hastaların ameliyat olacaklarını öğrenmeleri korkuya; ameliyat dönemini ve sonrasını bilmemeleri strese neden olmaktadır (57). Ameliyat öncesi stres ameliyatın planlanması ile başlayıp, hastaneye yatış ile artmaktadır. Yaşanan bu stresin hastaların %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde olduğu saptanmıştır (9, 12, 27, 54).

4.3.1. Cerrahide Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler

Anksiyete, kaynağı genellikle kişiye özgü olmayan ve bilinmeyen; sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyonunun bir sonucu olarak anormal hemodinamiğe neden olduğu bilinen rahatsız edici bir his olarak tanımlanır (55). Ameliyat öncesi dönemde anksiyete yaşanmasında birçok faktör etkilidir. Anksiyete bireysel bir duygu olup; bireyin yaşı, cinsiyeti, önceki hastane deneyimleri, stresle baş etme becerisi gibi özelliklerle de ilişkilidir (58). Açlık süresi, ameliyatın türü, ameliyat hakkındaki bilinmezlikler, sosyal çevre, sevdiği kişi ve aktivitelerden ayrı kalma, işini kaybetme ihtimali, ameliyattan uyanamama düşüncesi, anestezi sırasında kimliğini ve kontrolünü kaybetme gibi faktörler ameliyat öncesi döneme ilişkin hastada strese neden olan faktörler arasındadır. Ameliyat sırasında gelişebilecek komplikasyonlar, bekleme süresi ve ameliyat sonrası duyulabilecek ağrı korkusu da güçlü stres ve anksiyete kaynaklarıdır (9, 59-61). Bu nedenlerin yanı sıra ameliyathanenin kapalı bir ortam olması, hastanın çalışanları tanımamasına bağlı iletişimin sınırlı olması, etraftaki bilinmeyen tıbbi araçlar stresi tetikleyen unsurlardandır. Ameliyat olmaya bağlı stresin en yaygın nedenlerinden

biri de, bilgi eksikliği ya da bilinmezlik korkusudur (10, 61-63). Yapılan bir çalışmada, hastaların bilinmezlik korkusu ve ameliyathane ortamına ilişkin korkularının ameliyat stresi nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı görüldü (11). Ameliyatın gerekliliğine ve yararlı olduğuna inanılmasına karşın ameliyatın büyüklüğüne ya da türüne bağlı olmaksızın hastalar olası tüm risklerden korkmaktadırlar (48).

Hastalar anksiyeteyi genellikle “kötü bir şey olacaktıymış hissi”, “hoş olmayan bir endişe hali” ya da “nedensiz bir korku” şeklinde ifade ederler. Ayrıca anksiyete dilimizde sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygının karşılığı olarak da sıklıkla kullanılmaktadır. Bir diğer ifade ile anksiyete bir belirti, durum ya da normalden sapmaya karşı verilen tepkidir ve korku ya da endişe duygusuyla birlikte ortaya çıkmaktadır (55, 64, 65). Genellikle tehdidin ortadan kalkmasıyla azalan ya da tamamen ortadan kalkan anksiyetenin bazı hastalarda tehdit ortadan kalkmasına karşın %20-30 oranında tedavi süresince devam ettiği belirlenmiştir (64). Yine Ala'nın belirttiğine göre, Koçak ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, hipertiroidi hastalarında depresyonun %45, anksiyetenin %55, hipotiroidi hastalarında ise depresyonun %41 ve anksiyetenin %59 oranında görüldüğü saptanmıştır (64, 66).

4.3.2. Cerrahide Anksiyetenin Hasta Üzerindeki Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri

Ameliyat öncesi yaşanan stres; bedenin fizyolojik stres yanıtını artırarak ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere cerrahi sürecin her aşamasında istenmedik durumlar ve komplikasyonlar ortaya çıkarabilmektedir. Stres ve anksiyete düzeyinin yüksek olması (14, 15, 43, 48, 53, 67, 68);

- Ameliyat öncesi premedikasyon gereksiniminin artmasına,
- Ameliyat sırasında anestezi ilaca gereksinimin artmasına,
- Ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünde güçlüklerle,
- Ameliyat sonrası analjezik gereksiniminin artmasına,
- Komplikasyon oranlarının artmasına,
- Hasta memnuniyetsizliğine,
- Cerrahi sürece uyumun azalmasına,
- Yaşam kalitesinde azalmasına,
- İntihar oranında artmalara,
- Günlük yaşama geri dönmede gecikmelere,

- Yara iyileşmesinde gecikmelere,
- Uyku düzeninde bozulmalara,
- Beslenmeye başlamada gecikmelere,
- Fiziksel aktivitelerin azalmasına,
- Morbidite oranının artmasına,
- Mortalite oranının artmasına,
- Hipertansiyon gibi patofizyolojik tepkilerin artmasına,
- Ameliyat sonrası ortaya çıkan semptomların artmasına,
- İmmün sistemin zayıflamasına,
- Enfeksiyon riskinin artmasına neden olabilmektedir.

Yaşanabilecek tüm bu olumsuzluklar hastanın hastanede yatış süresini uzatmakta ve maliyeti artırmaktadır. Ayrıca ameliyat sonrası yatış süresinin uzamasına bağlı hasta bakım ve tedavi kalitesinde azalma ve sağlık profesyonellerinde tükenmişlik ortaya çıkabilecek ikincil sorunlardır.

Ameliyat öncesi dönemde, hastanın bilgilendirilmesi ve psikolojik destek sağlanması ameliyat sırası ve sonrası komplikasyonları azaltmakta ve ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumlu etkilemektedir (16, 58, 69). Jawaaid ve arkadaşları (2007) tarafından ameliyat öncesi anksiyete nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, aile için endişeleniyor olmak ilk sırada (%89.6) yer alırken, bunu komplikasyon gelişme korkusu (%87.0), ameliyat sonuçlarına ilişkin korku (%82.4), ameliyat sonrası ağrı endişesi (%78.8) ve fiziksel yetersizlik korkusunun (%75.1) takip ettiği görülmüştür (12). Bunların yanı sıra, spinal anestezide anksiyetenin en fazla olduğu dönem ameliyatın hemen sonrası iken; genel anestezi uygulanan hastaların ameliyatı takiben birkaç gün sonra tanı, ağrı ve iyileşmeye bağlı sorunlar nedeni ile anksiyete yaşayabildiği bilinmektedir (9).

Ameliyata bağlı stresin oluşmasında fizyolojik ve psikolojik stresörler rol oynar. Ameliyat öncesi sağlık personelinin hastaya bilgilendirme yapması anksiyeteyi azaltmada oldukça etkilidir. Anksiyetenin azalmasına bağlı olarak hastanın narkotik gereksiniminin azaldığı, hastanede kalış süresinin kısaldığı, iyileşmesinin hızlandığı ve aktif yaşama geri dönüşünün kolaylaştırdığı konuya ilişkin yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (8, 68).

Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin hastaların duygusal durumlarına etkisini araştıran çalışmalar bulunmaktadır (57, 70, 71). Çalışma sonuçları ameliyat öncesi eğitimin hastanın stres ve ağrı düzeyini, ameliyat sonrası komplikasyonları ve ameliyatın ertelenme oranlarını azalttığını göstermektedir (72-74).

4.4. Cerrahi Hastasının Eğitiminin Anksiyeteye Etkisi

Cerrahi hastalarının endişeleri ve korkuları ile başa çıkmalarına yardımcı olmak bakım ve tedavi hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmeti sunan bireylerin ameliyat öncesi etkili müdahaleleri kullanarak hastaların cerrahi korkularını en aza indirmeleri önerilmektedir (75, 76). Ameliyat sürecine ilişkin bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir (77, 78). Cerrahi hastalarına gerekli bilgilerin verilmesi, derin solunum öksürük egzersizleri gibi becerilerinin kazandırılması, psikososyal destek sağlanması ameliyat öncesi müdahaleler arasında yer alan etkin yöntemlerdendir (75, 76, 79). Ameliyat öncesi hasta eğitimi ile bireyleri psiko-sosyal olarak desteklemek ve süreci yönetebilme yetisi kazandırmak ameliyat sonrası olumlu sonuçların ortaya çıkmasını sağlar (6). Farklı hastalar farklı endişe ve kaygılara sahiptir. Bu nedenle, hastalara yapılan müdahalenin etkileri hastadan hastaya farklılık gösterebilir (75, 80). Yine eğitim içeriği ve yöntemi hastanın yaş, eğitim, kültür ve yaşam koşullarına göre değişiklik gösterebilmektedir (77). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin hasta yaklaşımları cerrahini türüne ve hasta gereksinimlerine göre olmalıdır.

Ameliyat öncesi verilen eğitim hastanın anksiyetesini azaltmakta, kendisini iyi hissetmesini sağlamakta ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (6, 76, 81, 82). Literatüre bakıldığında Johansson ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde ameliyat öncesi ortopedi hastalarına verilen eğitimin anksiyeteyi azalttığı ve bilgi düzeyinde artış sağladığı görülmüştür (83). Pager ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada katarakt ameliyatı öncesi bilgilendirmenin hastalarda anksiyete düzeyini azalttığı, tedavi sürecinin daha iyi anlaşıldığı ve tedaviden memnuniyet oranının arttığı saptanmıştır (76, 84). Yine kalp hastaları ile yapılan randomize kontrollü çalışmada ameliyat öncesi eğitimin anksiyete ve korku üzerinde olumlu etkileri olduğu ancak ağrı, akut ağrı, yürüme yetisi, duygu durumu ve aktivite intoleransı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (76). Guo ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik derlemede ise, altı

çalışma incelenmiş, bazı çalışmalarda kalp cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat öncesi eğitimin fiziksel ve psiko-sosyal iyileşmeyi hızlandırdığı ifade edilirken; bazı çalışmalarda anksiyete, ağrı ya da hastanede kalış süresinin azaldığını gösteren kanıtlar olmadığı belirlenmiştir (6). Ameliyat öncesi hemşire tarafından değerlendirilen hastalar ile yapılan çalışmaların yer aldığı bir sistematik derlemede, ameliyatın iptal edilme oranlarında ve ameliyat sonrası mortalite ve morbidite oranlarında azalma; hasta memnuniyetinde artma olduğu saptanmıştır (85). Bel omurga cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bir başka çalışmada, görsellerden oluşan eğitim kitapçığı ile eğitim verilen hasta grubunda anksiyete ve ağrı düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu, hastaların ameliyat sonrası ağrı, anksiyete ve korku kontrollerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (75).

4.5. Cerrahi Hastasının Eğitiminin Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi

Ameliyat ve ameliyat sürecine ilişkin eğitim, taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyon ve semptomları önleme ve hasta üzerindeki etkilerini azaltmada önemli bir faktördür (86, 87). Bunun yanı sıra, ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, planlı postoperatif eğitim ve yakın hasta takibi ile hastaneye tekrar başvuru oranlarını %50 oranında önleyebildiği bilinmektedir (88, 89).

Cerrahi hastalarında ameliyat sonrası ağrı, yorgunluk ve cerrahi bir yaranın varlığına bağlı olarak öz bakım yönetiminde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ameliyat sürecine ilişkin bilgilendirme hastaların özellikle ameliyat sonrası semptom yönetimi, bağımsızlıklarını geri kazanma yeteneklerini geliştirme ve iyileşme sürelerini kısaltmada kritik öneme sahiptir. Bu süreçte hastaların ameliyat sürecine ilişkin gerekli bilgiye sahip olmaları eğitiminin temel işlevlerinden biridir (90, 91).

Ameliyat sonrası ortaya çıkan ağrı, ameliyat sonrası süreci önemli ölçüde etkileyen semptomlardan biridir (92). Ameliyat sürecine ilişkin hasta eğitiminin, hastaların ağrı ile baş etme yöntemleri geliştirmelerinde ve ağrının hasta üzerindeki etkilerinin azaltılmasında etkili olduğu bilinmektedir (93-95). Doering ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim verilen hasta grubun daha az ağrı kesici gereksinimi olduğu belirlenmiştir (96). Yine Gammon ve Mulholland tarafından ortopedi hastaları ile yürütülen ve ameliyattan bir gün önce hemşire tarafından eğitim

verilen çalışmada, hastaların intramüsküler analjezik gereksinimlerinin daha az olduğunu ve solunum/bacak egzersizlerini daha iyi yaptıkları belirlendi (97). Hemşire tarafından ameliyat öncesi eğitim verilen bir başka çalışmada hastaların ameliyat gecesi, taburculuktan bir ve iki gün sonra ağrı düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren farklı çalışmalar da bulunmaktadır (98).

Yine literatürde ameliyat öncesi yetersiz hazırlık ve bilgi eksikliğinin öz bakım, yorgunluk ve bulantı semptomları üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (99, 100). Ameliyat sonrası 24 saat içerisinde meydana gelen bulantı ve/ya da kusma olarak tanımlanan postoperatif bulantı ve kusma, hastaların %20-30'unu etkilemektedir (101). Stergiopoulou ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, eğitimin ameliyat sonrası görülen bulantı üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (100).

Ameliyat sonrası özellikle pulmoner komplikasyonlara bağlı olarak maliyet ve hastanede yatış süresinin uzadığı bilinmektedir (102). Avustralya 2009 yılında yapılan bir çalışmada postoperatif pulmoner komplikasyon oranı %13.0 olarak bulunmuş olup; bu durum hastanede yatış süresini önemli ölçüde uzattığı belirtilmiştir (103). Pulmoner komplikasyonların önlenmesi için bir çok yöntem denenmesine rağmen kanıt düzeyi yüksek uygulamalar çok sınırlıdır. Ancak bir sistematik derlemede derin soluk alıp verme egzersizi, spirometre kullanımını ve pozitif hava yolu basıncının postoperatif pulmoner komplikasyonları azalttığı belirtilmiştir (104). Bunların yanı sıra, ameliyat öncesi bilgilendirme ile ameliyat sonrası erken mobilizasyonun sağlanabildiği ve buna bağlı olarak postoperatif pulmoner komplikasyonların azaltılabileceği literatürde yer almaktadır (103).

4.6. Cerrahi Hastasının Eğitiminde Kullanılan Yöntemler

Hasta eğitimi, uzun yıllardır tartışılan ve günümüzde de önemini koruyan modern sağlık bakımının önemli unsurlarından biridir. Aynı zamanda hasta eğitimi hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artıran etmenlerdendir (105). Etkili eğitim hastanın sağlık çalışanına olan güvenini artırır, hasta-sağlık personeli etkileşimini güçlendirir ve hastanın ameliyat sürecine uyumunu kolaylaştırır (106).

Günümüzde ilerleyen biyomedikal teknolojiye bağlı olarak hastalar kendi sağlık bakımlarında aktif rol alma ve seçimlerini yapmakta zorlanmaktadırlar. Özellikle sağlık okuryazarlığının düşük olması bu süreci önemli ölçüde etkilemektedir. Hasta eğitimi,

sağlık okuryazarlığını artırmanın temel öğelerinden biridir. Bu doğrultuda bireylere hastalık süresince eğitimler planlamak bakım ve tedavi hizmetlerinin önemli unsurlardan biridir (20, 32, 105). Günümüzde sağlık okuryazarlığı göz önüne alındığında hasta eğitimde kullanılan üç güncel yöntemden bahsedilebilir. Bunlar (20, 32, 107).

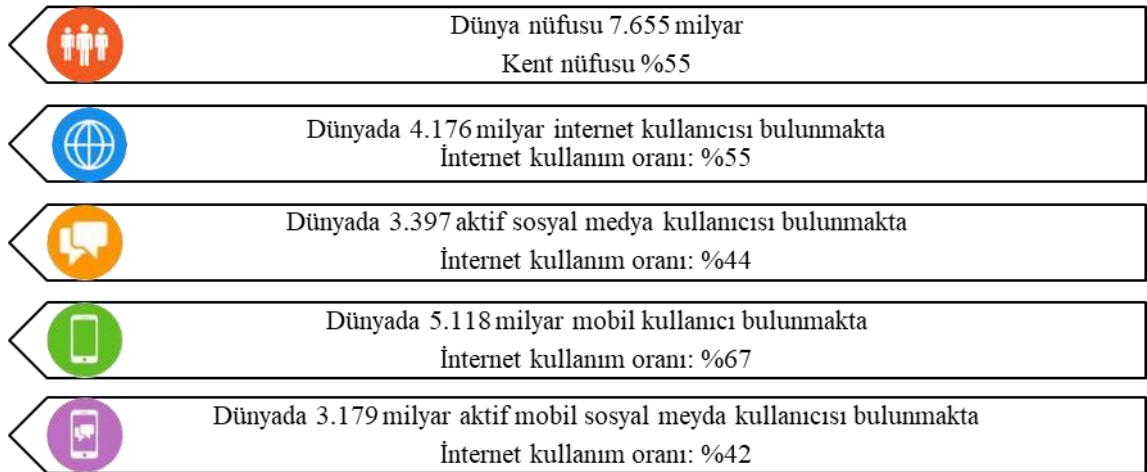
1. Sözel eğitim,
2. Yazılı eğitim,
3. Multimedya tabanlı eğitim (Video, CD-ROM, DVD ya da internet)

Multimedya tabanlı hasta eğitiminin, yazılı ya da sözlü olarak sunulan eğitime göre avantajları vardır. Bu yöntemler karşılaştırıldığında hastaların sözel eğitimle kendilerine yapılan bilgilendirmenin %20'sini, yazılı eğitim ile %40'ını, multimedya ile %80'ini hatırlayabildikleri bilinmektedir (20, 108).

4.7. Sağlık İle İlgili Bilgi Arayışında İnternetin Yeri

4.7.1. Türkiye’de ve Dünya’da İnternet Kullanım Durumu

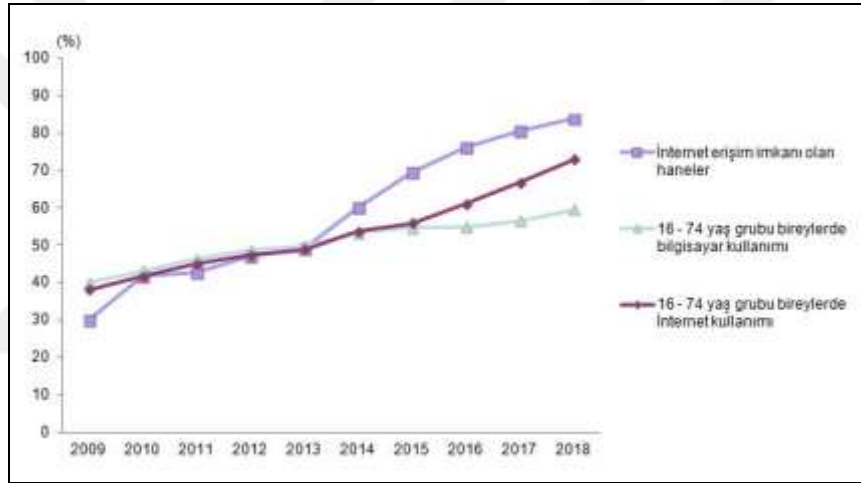
Gelişen teknoloji ile internet kullanımı Dünyada her yıl daha da artmaktadır. “We Are Social”ın 2018 yılı 4. çeyrek raporuna göre internet, sosyal medya ve mobil kullanıcı istatistikleri aşağıdaki gibidir (109);



Şekil 2. Dünyada internet kullanım durumu (109)

Yine aynı rapora göre son bir sene içinde internet kullanım oranı %7.0, sosyal medya kullanımı %10.0 artmıştır. Genellikle akıllı telefon olmak üzere 5.1 milyardan fazla birey cep telefonu kullanmaktadır (109).

Internet World State 2016 verilerine göre, Türkiye nüfusunun %57.5'i internet kullanmakta ve Türkiye, interneti en çok kullanan 20 ülke arasında yer almaktadır (22, 110). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2018 yılında bilgisayar ve internet kullanımının 16-74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %56.9 ve %72.9 oranında olduğu bilinmektedir. Bu oranlar 2016 yılında sırasıyla %54.9 ve %61.2; 2017 yılında ise sırasıyla %59.6 ve %66.8 dir (Şekil 3) (21).



Şekil 3. Türkiye’de 2009-2018 yılları arası internet ve bilgisayar kullanım durumu (TÜİK’den, 21)

Yine TÜİK verilerine göre (21);

- Bilgisayar ve internet kullanım oranları 16-74 yaş grubundaki erkeklerde %68.6 ile %80.4 iken, kadınlarda %50.6 ile %65.5’tir.
- Evden internete erişim oranı imkânı 2017 yılının nisan ayında %80.7 iken 2018 yılı nisan ayında %83.8 idi.
- Kablolu internet, fiber, ADSL vb. geniş bant bağlantıları ile internet bağlanma oranı 2017 yılı nisan ayında %78.3 iken bu oran 2018 yılı nisan ayında %82.5’e yükseldi.

“We are social” Türkiye raporuna göre ise 2017 yılında Türkiye nüfusunun %67.0’sinin internet; %54.0’ünün aktif olarak telefonlarında sosyal medya kullanmaktadır (109).

4.7.2. Hastaların Sağlık ile İlgili Bilgi Edinmek İçin İnternet Kullanımı

Hastaların bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında; ilk sırada hekim, hemşire, kitap ve aynı hastalığa sahip bireyler yer almaktadır (43, 111). Ancak günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte pek çok hasta interneti bilgi kaynağı olarak kullanmakta ve bunu faydalı bulmaktadır (112).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 2253 birey ile gerçekleştirilen bir araştırma sonucuna göre, erişkin nüfusun %74’ünün internet kullandığı, ortalama %61’inin internet üzerinden sağlıkla ilgili tarama yaptığı saptanmıştır. Bu oranın 2013 yılı itibari ile yetişkin nüfus içinde %85.0’e ulaştığı belirlenmiştir. Söz konusu kullanıcıların internet kullanım amaçları arasında sağlık ile ilgili bilgi arama oranının %72.0 olduğu tespit edilmiştir (113). Yine ABD de 2003 yılında 93 milyon kişinin internetten sağlık ile ilişkili arama yaptığı ve bu oranın 2002 yılına oranla %27.0 arttığı bilinmektedir (110). Yine İngiltere’de 2005 yılında %37.0 olan sağlıkla ilgili bilgi arama oranı 2007’de %68.0’e yükselmiştir (114). Kuzey Kore’de ise 2008 yılında toplumun %77.1’i internet kullanmıştır. Ancak diğer ülkelerin aksine sağlıkla ilgili bilgi edinme oranı yalnızca %16.0 olarak saptanmıştır (115). Bunun nedeni insanların internet erişimlerinin sınırlılığı ve güvenilir bilgi edinmenin güçlüğü olarak belirtilmiştir (114). Ülkemizde TÜİK verilerine göre internet kullanma amaçlarına bakıldığında, internetin sosyal medya kullanımdan sonra en çok sağlıkla ilgili bilgi (%65.5) aramak amacı ile kullanıldığı bilinmektedir (21). Hastaların internet üzerinden bilgi arama şekilleri incelendiğinde, bireylerin genellikle (%82.5) arama motorlarından anahtar kelime yazdıkları, sağlıkla ilgili sitelerden arama yaptıkları (%33.7) ya da özel sağlık sitelerinden bilgi edinmeye çalıştıkları (%12.5) bilinmektedir (116).

4.7.3. Hasta Eğitiminde İnternet Kullanımı

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknoloji ve sağlık bakım hizmetlerindeki ilerlemelere paralel olarak hastaların hastanede kalış süreleri kısaltmakta ve evde bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu nedenle hastaların taburculuk sonrası takip ve eğitimlerinin devamlılığı kaçınılmazdır. Bilim teknolojisinin ilerlemesi, eğitimin

devamlılığını bilgisayar ve internet ortamına taşımıştır. Özellikle son yıllarda yaygın olarak tıbbi bilgi kaynağı olarak kullanılan internet sayesinde bireyler bilgiye çok kolay ulaşmakta ve bilgi alış verişinde bulunabilmektedirler (20, 117, 118).

Yaklaşık 10 yıl öncesine kadar, hasta bilgilendirmeleri yüz yüze, broşür, kitapçık vb. ile yapılmıyordu. Ancak günümüzde bilgisayar tabanlı hasta bilgi sistemleri gittikçe daha fazla kullanılabilir hale gelmiştir. Bu durum hasta eğitiminde değişiklikleri de beraberinde getirmiş ve genelde yüz yüze olan hasta eğitimi günümüzde bilgisayar ve internet ortamına taşımıştır. Bilgisayar tabanlı hasta eğitimi sağlık hizmetlerinin sunumunu etkili bir şekilde artırabilir (17, 108). Literatürde internet tabanlı eğitimin etkinliğini gösteren çalışmalar yer almaktadır. Koroner arter bypass grefti uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından video ile yapılan bilgilendirmenin taburcu olurken ve taburculuktan bir yıl sonra bireylerin anksiyetelerini azalttığı ancak hastanede kalış süresini etkilemediği belirlenmiştir (119). Brennan ve arkadaşları tarafından teknoloji temelli uygulamaların etkilerini inceleyen çalışmalarında teknoloji destekli eğitim verilen hastaların birinci ve dördüncü aylarda fiziksel sağlık; birinci ve sekizinci aylarda mental sağlık yönünden diğer hastalara göre daha iyi oldukları belirlenmiştir (120). Yine diyabete ilişkin hazırlanan internet tabanlı eğitimin hastaların memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların internet tabanlı diyabet eğitimi programının formatı, içeriği ve doğruluğundan memnun olduklarını belirtmişlerdir (121). Boudreault ve arkadaşları tarafından internet tabanlı eğitimin hasta memnuniyeti, konsültasyon süreleri ve cerrahi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacı ile yapılan bir diğer çalışmada konsültasyondan önce eğitilen hastaların kendilerine yapılan konsültasyondan daha memnun oldukları ve deneyimlerini mükemmel olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (122). İnternet tabanlı hasta eğitimine ilişkin literatürde yer son 10 yıla ait randomize kontrollü çalışmalar Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Son on yılda yapılan internet tabanlı hasta eğitimlerine ilişkin randomize kontrollü çalışma sonuçları

Yazar (Yıl)	Çalışmanın Amacı	Araştırmanın Tasarımı	Örneklem ve Girişim	Bulgular
van Eck ve arkadaşları (2018) (123)	İntereaktif bir internet tabanlı eğitimin ortopedi cerrahisi sonrası hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek	Randomize kontrollü	177 hasta randomize olarak gruplara dağıtıldı. Deney grubu hastalarına (n=87) ameliyat önce uyulması gereken talimatlar, ameliyat günü ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirmelerin yapıldığı bir internet sitesinin erişimi açıldı. Kontrol grubuna (n=90) standart bakım uygulandı.	Deney grubunun hasta memnuniyet skoru kontrol grubundan daha yüksek olarak bulunmuştur.
Meij ve arkadaşları (2018) (124)	Laparoskopik abdominal cerrahi sonrası iyileşmeyi arttırmayı amaçlayan perioperatif e-sağlık uygulamasının değerlendirilmesi	Randomize kontrollü	173 deney grubu hastası bireyselleştirilmiş e-sağlık uygulaması kullandı. 171 kontrol grubu hastası standart hasta bakımı aldı.	Katılımcılar uygulamadan genel olarak memnun kalmışlardır.
Fraival ve arkadaşları (2015) (125)	Hasta bilgilendirmeye yönelik hazırlanan bir internet sitesinin elektif ortopedi ameliyatlarına etkisini değerlendirmek	Randomize kontrollü	103 deney grubu hastasına internet aracı ile bilgilendirme yapıldı, 108 kontrol grubu hastasına standart bakım uygulandı.	Deney grubu hastalarının bilgi düzeyleri ve memnuniyet düzeyleri kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anksiyete yönünden fark bulunmamıştır.
Lee ve arkadaşları (2014) (126)	Meme kanserinde internet tabanlı egzersiz ve diyet eğitiminin öz yönetime etkisini belirlemek	Randomize kontrollü	30 deney grubu hastasına eğitim verildi. 29 Kontrol grubu hastasına standart bakım uygulandı. Hastalar uygulama başladığında ve 12 hafta sonra değerlendirildiler.	Deney grubunun haftada en az 150 dakika aerobik egzersizi yaptığı ve beş porsiyon meyve sebze tükettiği; diyet alışkanlığı, fiziksel fonksiyon ve iştahlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.
Suhling ve arkadaşları (2014) (127)	Akciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda bilgisayar/tablet aracılığı ile yapılan bilgilendirme ile standart uygulamanın karşılaştırılması	Randomize kontrollü	32 deney grubu hastası bilgisayar/tablet aracılığı ile eğitildi. 32 kontrol grubu hastasına standart yaklaşım uygulandı.	6 ay sonra gruplar arasında immünosüpresif kullanım yönünden fark bulunmadı. İmmünosupresyona ilişkin bilgi düzeyinin arttığı ancak gruplar arasında farklılık saptanmıştır.

Tablo 1. (Devamı)

Martorella ve arkadaşları (2012) (128)	Kardiyak cerrahi hastalarda sanal uygulamasının ağrı üzerine etkisini saptamak	uygulanan hemşirelik etkisini	Randomize kontrollü	30 deney grubu hastası sanal gerçeklik programı ile eğitildi ve takip edildi. 30 kontrol grubu hastasına standart bakım uygulandı.	Gruplar arasında ağrının yoğunluğu yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Deney grubu hastalarının opioid kullanımlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.
Heikkinen ve arkadaşları (2012) (129)	Günübirlik ortopedik cerrahi hastalarının cerrahi işlem sırasındaki semptomlarındaki değişiklikleri değerlendirmek ve iki farklı hasta eğitimi yönteminin ayaktan cerrahi işlem sırasındaki hasta semptomları üzerinde etkili olup olmadığını karşılaştırmak		Randomize kontrollü	72 hastaya hemşire tarafında internet tabanlı eğitim, 75 hastaya hemşire tarafından yüz yüze eğitim verildi.	Gruplar arasında semptom görülme yönünden fark olmadığı görüldü. Hasta semptomlarının cerrahi işlemden bağımsız ve ameliyattan sonra şiddetli düzeyde görüldüğü saptandı. Bu nedenle, ayaktan ortopedik cerrahi hastalarıyla çalışırken her iki eğitim yönteminde önerilmiştir.
Heikkinen ve arkadaşları (2011) (130)	Günübirlik ortopedi uygulanan hastalarda internet tabanlı eğitimin zaman kullanımı, hemşireye başvuru ve sağlık profesyonellerine başvuru üzerine etkisini belirlemek	cerrahisi	Randomize kontrollü	71 deney grubu hastası internet üzerinden eğitilirken; 73 kontrol grubu hastasına yüz yüze eğitim verildi. Veriler ilk eğitim sonrası, ameliyattan 3 gün sonra, 2 hafta ve 4 hafta sonra toplandı.	Gruplar arasında maliyet, sağlık profesyonellerine başvuru, hemşireye başvuruları arasında fark tespit edilmiştir.
Lindsay ve arkadaşları (2009) (131)	Koroner arter hastalarının uzman desteği bittikten sonra kapalı bir grup ve bilgi kaynağı ile sağlık davranışlarındaki değişiklikleri sürdürüp sürdüremeyeceklerini değerlendirmek	uzman	Randomize kontrollü	108 hasta randomize kontrollü olarak iki gruba ayrıldı. Deney grubu hastalarına ev bilgisayarı ve 1 yıllık internet verildi; çevrimiçi sohbet odaları ve tartışma forumları aracılığıyla ek destek aldıkları şifre korumalı yardım portalına erişimleri açıldı. Kontrol grubu yardım portalına erişemedi. Başlangıçta, girişimden 6 ay sonra ve 9 ay sonra hastaların egzersiz ve diyet davranışları gruplar arasında karşılaştırıldı.	Deney grubu hastalarının kontrol grubuna göre haftalık egzersiz yapma oranının anlamlı düzeyde yüksek; zararlı besin tüketme oranının ise düşük olduğu saptanmıştır

4.7.4. İnternet Tabanlı Eğitimin Avantajları

İnternet tabanlı eğitimin avantajları aşağıda yer almaktadır (18, 32, 107, 108, 116, 132, 133).

- Taburcu olurken eksik kalmış, yanlış anlaşılmış ya da unutulmuş bilgilerin hastaya doğru şekilde iletilmesini sağlar,
- Etkili, verimli, hızlı ve hasta odaklıdır,
- Maliyeti düşüktür,
- Gelişmiş arama teknikleri ile doğru ve kesin bilgiye ulaşılabilirliği artırır,
- İnternet üzerinden erişim için herhangi bir özel mekana gereksinim duyulmaması, kişiye kendi sosyal ortamında bilgiye erişim imkanı sağlar,
- Zaman sınırı olmaksızın 24 saat erişim imkanı sağlar,
- Zaman konusunda bireye özgürlük tanır ve kendi kontrolünde istediği an, istediği bilgiye ulaşabilme imkanı sağlar,
- Hasta ile birlikte hasta yakınlarının bilgilenmesine de katkı sağlar,
- Eğitimin tekrarlanabilir olmasını sağlar,
- Bireylere edindikleri bilgi ile daha fazla karar verebilme, tedavi ve bakım süreçlerine katılabilme ve kendi cerrahi süreçlerini yönetebilme yetisi kazandırır,
- Bilgi düzeyi artan bireyin özgüveninin artmasını sağlar,
- Sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişkiyi güçlendirir,
- Hastanın sağlığıyla ilgili karar verme sürecine çok daha etkin olarak katılmasını sağlar,
- Hasta farkındalığını artırır,
- Hastanede yatış süresini azaltır,
- Eğitim materyallerine ulaşımı artırır,
- Olumlu hasta çıktıları artırır,
- Bilgiye ulaşmanın yanı sıra kişiler arası bilgi aktarımını sağlar.

İnternet tabanlı eğitime ilişkin en yaygın endişe internetten elde edilen bilginin güvenilirliği ve doğruluğudur. Hastaları yanlış yönlendiren kaynaklar ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır (17). Arama motoruna yazılan anahtar kelimeye göre sağlıkla ilgili rastgele internet sitelerinden, portallardan, bloglardan, wikilerden, sosyal ağlardan ya da

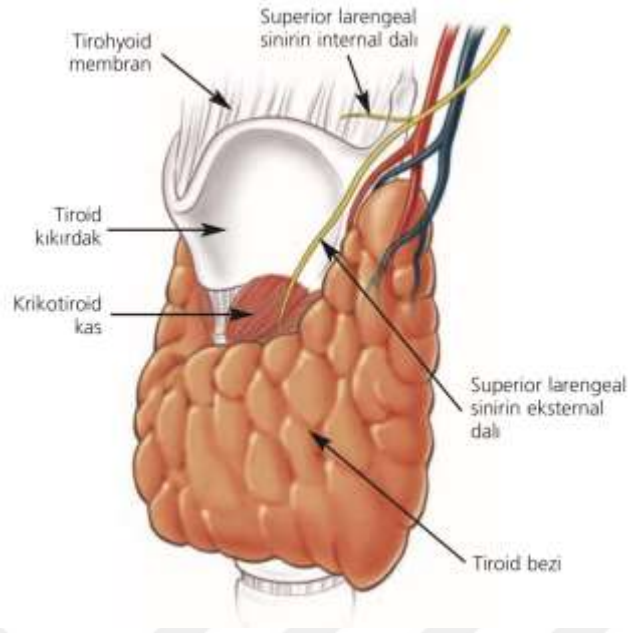
forum sitelerinden alınan yanlış bilgi hasta algı, tutum ve davranışlarında değişimlere sebep olabilmektedir. Ayrıca bu durum hastaların hekim, hemşire ya da diğer sağlık personelinin bilgi ve tecrübesini sorgulamasına yol açabilmektedir (23, 113). Resmi kaynaklardan edinilen bilgi hastalık sürecinin yönetilmesinde olumlu sonuçlar ortaya çıkarırken; resmi ya da güvenilir olmayan kaynaklar yanlış bilgi ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (23, 113, 134). Eysenbach ve arkadaşları tarafından yapılan internet tabanlı eğitim araçlarının değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcılar internet sitelerinin %70.0'nin kalitesiz olduğunu ifade ederken, yalnızca %9.0'u sitelerin yeterli kalitede olduklarını ifade etmişlerdir (24). Pamela ve arkadaşları tarafından 155 meme kanseri ile ilişkili internet sitesinin incelendiği çalışmada; ortalama düzeydeki bir internet sitesi, tasarım ve bilgi geçerlilik yapılarının çoğunluğunu içeriyorken; sadece üçte biri motivasyonel sağlık ya da sağlık okuryazarlık yapılarını oluşturmuyordu (135). Bu dezavantajların yanı sıra internet kullanım becerisi, teknolojiyi kullanmada isteksizlik, zayıf teknik dizayn internet tabanlı eğitimi engelleyen unsurlardandır (17).

4.8. Tiroid

Bu çalışma tiroidektomi olan hastalar ile yürütüldüğü için bu bölümde tiroid cerrahisi olan hastanın hemşirelik bakımına yer verilmiştir.

4.8.1. Tiroid Anatomisi

Tiroid bezi boynun ön bölümünde, 5. servikal ve 1. torakal vertebralar arasında yerleşmiş olan iki lobtan oluşan bir organdır (Şekil 4). Tiroid lobları krikoid kartilajın hemen altında yer alan istmus ile orta hatta bağlanır. Endokrin bezlerin en büyüğü olan tiroid bezinin ortalama ağırlığı 10-15 gr kadardır. Bu ağırlık kişiden kişiye yaş ve kilo ile orantılı olarak değişmektedir. Gebelik ve menstruasyon dönemlerinde de fizyolojik olarak büyür. Ayrıca diyet ve iyot alımına bağlı olarak da tiroid bezinin büyüklüğü artar. Tiroid bezi kan damarlarından zengindir (116, 136).



Şekil 4. Tiroid bezi anatomisi (İkiz'den, 136)

4.8.2. Tiroid Cerrahisinin Tarihsel Gelişimi

Tiroid bezi terimi Thomas Wharton'ın 1656 Adenographia eserine atfen ortaya çıkmıştır. Albrecht von Haller 1776'da, tiroidi kanalsız bir bez olarak tanımlanmış ve larenksi kayganlaştırdığını, beyne giden akımının sürekliliği sağlamak için depo görevi yaptığını ve kadınların boynunu güzelleştirme görevi olduğunu öne sürmüştür. Latin kökenli gutter (boğaz) kelimesinden gelen tiroide büyüme olarak tanımlanan guatr ilk olarak M.Ö 2700'de fark edilmiştir. Antik çağdan kalan belgelere göre boyundaki kitleler ilk olarak Celcus tarafından tanımlanmış ve bu kitlelerin çıkarılmasının tehlikeli olduğu belirtilmiştir (137).

Tiroid cerrahisinin temeli binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Kaynaklar 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar boyundaki kitlelerin bireyin boğulmasını önlemek amacıyla yapıldığını göstermektedir (138, 139). Tiroid cerrahisi ile ilgili ilk dokümanlara, 12. yüzyılda İtalya'da rastlanmıştır. Guatrın tedavi amacı ile tiroid cerrahisi, ilk olarak Roger Frugardi tarafından 1170'de uygulanmıştır. Ancak bu cerrahiye ilişkin sonuçlar son derece kötüdür (116, 138, 139). İlk başarılı parsiyel tiroidektomi Fransa'da Pierre Joseph Desault tarafında 1791 yılında uygulanmıştır. Yine Christian Albert, Theodore Billroth ve Emil Theodore Kocher tiroid cerrahisinin öncü isimlerindendir. Emil Theodore Kocher'in 1850-1877 yılları arasında uyguladığı 146

tiroidektomide %21.0, 1898 yılında ise 600 vakada %0.5 mortalite görülmüştür. Ayrıca tiroid cerrahisinde genel anestezi ilk olarak 1849'da Nikolai Pirogoff tarafından; genel anestezi lokal anestezi ile kombine edilerek ise 1940 yılında Stanley Rowbotham tarafından uygulandı (116, 138, 139).

Günümüzde değişen rehberler, güncel yaklaşımlar ve yeni paradigmalara bağlı olarak tiroid cerrahisine yaklaşım daha hassas ve seçici olmuş; tiroid kanserindeki yükseliş ve tiroid nodüllerinin erken saptanabilmesine bağlı olarak tiroid cerrahisi artmıştır (138-141). Tiroid kanseri Dünya'da ve ülkemizde en çok görülen kanser türlerinden biridir. Aşağıdaki tabloda Globocan 2018 verilerine göre, tiroid kanserinin tahmin edilen insidans ve tüm kanser türleri arasındaki sıralamaları yer almaktadır (Tablo 2) (142).

Tablo 2. Dünya'da ve ülkemizde yaş aralıklarına göre tiroid kanseri insidansı ve diğer kanser türlerine göre sıralaması

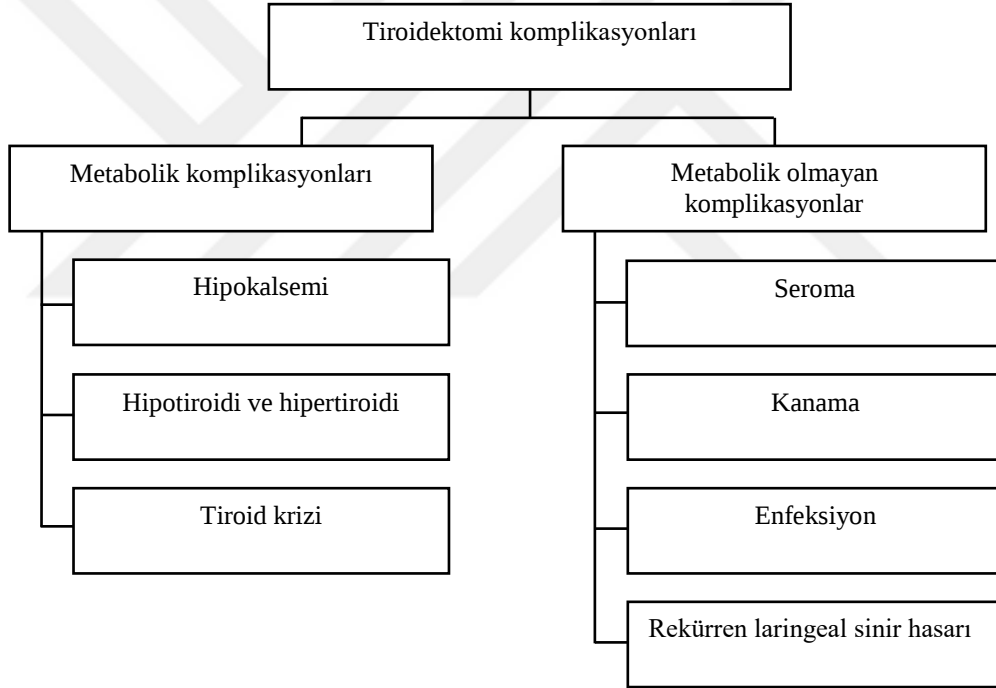
Yaş aralığı	Dünya						Türkiye					
	Kadın		Erkek		Her iki cinsiyet		Kadın		Erkek		Her iki cinsiyet	
	Sıra	%	Sıra	%	Sıra	%	Sıra	%	Sıra	%	Sıra	%
0-14	7.	2.0	10.	0.49	9	1.1	6.	4.3	Bilinmiyor		6.	2.4
15-29	1.	19.4	5.	6.4	1	13.9	1.	35.7	5.	8.7	1.	24.5
30-44	3.	11.4	4.	6.2	3	9.7	2.	23.3	2.	9.6	2.	18.9
45-59	4.	6.6	Bilinmiyor		7	4.5	2.	13.8	Bilinmiyor		4.	8.1
60-üstü	15.	1.9	Bilinmiyor		Bilinmiyor		7.	4.6	15.	8.5	12.	2.2

Tabloda 2'de görüldüğü gibi tiroid kanseri kadınlarda ve genç yaşta sıklıkla görülmektedir. Bu doğrultuda özellikle (138);

- Kanser gelişme riski yüksek olan,
- İlaç ile fazla hormon salınımı kontrol altına alınamayan hastalar,
- Solunum problemine neden olan guatrı olan ve
- Tiroid bezinin boynundaki görüntüsünden rahatsız olan hastalara tiroidektomi ameliyatı uygulanmaktadır.

4.9. Tiroidektomiye Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

Tiroid ameliyatları günümüzde sıklıkla uygulanan ve nadiren yaşamı tehdit edici komplikasyonların ortaya çıktığı genellikle güvenli ameliyatlardır. Tiroidektomiye bağlı ortaya çıkan komplikasyon oranları %1.0-4.0'dür (143). Tiroid cerrahisinin komplikasyonları gelişen teknikler sayesinde %1.0'lere kadar indirilmiş olsa da, halen cerrahlar için sorun oluşturmaktadır. Bu komplikasyonlar genel ameliyat sonrası komplikasyonlar ya da tiroid bezinin çıkarılmasına ilişkin ortaya çıkan komplikasyonlar olabilir. Bu nedenle, tiroidektomi komplikasyonları metabolik ve metabolik olmayan olarak ikiye ayrılır. Tiroidektomi sonrası en sık görülen komplikasyonlar aşağıda yer almaktadır (Şekil 5) (64, 143, 144).



Şekil 5. Tiroidektomi Komplikasyonları

4.9.1. Metabolik Komplikasyonlar

Hipokalsemi

Tiroidektomi sonrası hipokalsemi gelişme riski %0.32– 22.7 arasında olup bu oran özellikle total tiroidektomide %19.0-59.0'lara çıkabilmektedir (145). Tiroidektomi sonrası geçici ya da kalıcı hipokalsemi ortaya çıkabilmektedir. Tedavi en geç bir yıl

içerisinde hipokalsemi semptomları görülmüyorsa geçici; tedavinin sonlandırılması durumunda bir yıldan sonra da hipokalsemi devam ediyorsa kalıcı olarak adlandırılır (143, 144). Kalıcı hipokalsemi oldukça nadir görülen bir komplikasyon olmasına karşın geçici hipokalsemi daha sık görülmekte olup mekanizması tam olarak bilinmemektedir (144). Tiroidektomi sonrası geçici hipokalsemi oranı %6.9-49.0; kalıcı hipokalsemi oranı ise % 0.4-33.0 arasında değişmektedir. Geçici hipokalsemi genellikle ameliyattan 24-48 saat sonra ortaya çıkar (146, 147). Ameliyat sırasında paratiroid bezlerinin diseksiyonu sırasında bezin beslenmesinin bozulması, iskemiye uğraması ya da paratiroid bezlerinin çıkarılması tiroidektomi sonrası hipokalsemiye neden olmaktadır. Hipokalsemi; ağız çevresinde ve ekstremiteler uçlarında uyuşma, yorgunluk ve tetani ile kendini gösterebilmektedir (145, 148)

Hipotiroidi ve hipertiroidi

Hipotiroidizm, tiroidektominin sık görülen komplikasyonlarından biri olmasına rağmen, tedavi, takip ve kontrolü en kolay komplikasyondur. Özellikle total tiroidektomi sonrası ortaya çıkmaktadır. Tedavi edilmemesi durumunda hipotiroidizmin ilerlemesine bağlı miksödem koması gelişebilir (143). Ameliyat sonrası kilo alma, yorgunluk hissi, mental fonksiyonlarda bozulma, hipotermi, deride kuruluk gibi semptomların olması durumunda hipotiroidi düşünülmelidir (145, 149).

Tiroidektomi sonrası görülen hipertroidinin nedeni genellikle ameliyatta geride bırakılan tiroid dokusudur. Bırakılan dokunun 2-3 gramdan fazla olması riski artırmaktadır (149). Huzursuzluk, aşırı hareketlilik, sinirlilik, aşırı terleme gibi belirtiler hipertiroidi düşündürülebilir (150).

Tiroid krizi

Çoklu organ yetmezliğine yol açabilen, yaşamı tehdit edici tirotoksikoz belirtilerin ortaya çıktığı nadir görülen bir komplikasyondur. Tiroid krizi genellikle hipertiroidizmin yeterli kontrol edilemediği durumlarda tiroidektomi sırasında ya da ameliyat sonrası 6-18. saatlerde ortaya çıkar (143). Özellikle hipertiroidi vakalarında ameliyat öncesi doğru hazırlık ve kontroller ile tiroidektomiye bağlı gelişen tiroid krizi önlenir (146, 149).

4.9.2. Metabolik Olmayan Komplikasyonlar

Seroma

Seroma, cilt altında serum birikmesi olarak tanımlanır. Seroma pretiroid kasının ayrılması ve bu kaslara olan travmaya sekonder olarak gelişir. Genellikle postoperatif 4-5. günlerde ortaya çıkar ve kendiliğinden reabsorbe olur. Seroma semptomatik ise, aspire edilebilir (143, 145).

Kanama

Tiroid ameliyatı sonrası ortaya çıkan en tehlikeli ve trakeal kompresyon sonucu yaşamı tehdit edici olabilecek komplikasyondur (143, 145). Tiroidektomi sonrası kanama oranı %0.3-1 arasında değişmektedir (149). Kanama özellikle ameliyat sonrası ilk 6-12 saat içinde ortaya çıkabilir. Kanama hipoksi, stridor, solunum distresi, ciltte şişme ve gerginlik ile kendini gösterir. Ameliyat sonrası kanamanın olması durumunda hasta tekrar ameliyata alınıp hematoma boşaltılması gerekmektedir (143, 144, 148).

Enfeksiyon

Tiroidektomi sonrası enfeksiyon nadir görülen bir semptomdur. Tiroidektomi insizyonu temiz yara olarak kabul edilir ve profilaktik antibiyotik kullanılmaz. Ancak bazı durumlarda yüzeysel sellülitlerden derin boyun abselerine kadar değişik düzeylerde enfeksiyonlar görülebilir. Gerekli olduğunda enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra yara kenarları eksize edilerek tekrar suture edilmelidir (143, 145).

Rekürren laringeal sinir (RLS) hasarı

Tiroidektomi sonrası ortaya çıkan, cerrahlar ve özellikle hastaları en çok tedirgin eden komplikasyondur. Rekürren laringeal sinir lifleri üst göğüs kafesinde nervus vagustan dallara ayrılarak subklavien arteri (sağ RLS) ve arkus aortayı alttan ve arkadan dolanıp (sol RLS) trakeoözefageal oluktan yukarı uzanarak larinkse ulaşır. Rekürren laringeal sinir inferior tiroid arter ile komşudur. Bu nedenle tiroidektomi sırasında kopma, bağlama ya da traksiyona bağlı olarak zedelenebilir (116, 148, 149). Rekürren sinirin tek taraflı hasarı larinksin kontriktör, addüksiyon ve abdüksiyon kaslarının paralizine neden olabilir (143). Deneyimli cerrahlar tarafından yapılan tiroidektomilerde rekürren laringeal sinir hasarı riskinin %1'den az olduğu bilinmektedir (149).

Tiroidektomi sonrası görülen metabolik ve metabolik olmayan komplikasyonların yanı sıra literatürde adı geçen, özellikle organ yaralanmalarını kapsayan farklı komplikasyonlar da bulunmaktadır. Bunlar; pnömotoraks, trakea ve özefagus yaralanması, brakial pleksus yaralanması, servikal sempatik sinir zedelenmesi, trakeomalazi ve süperior laringeal sinir yaralanması şeklindedir (64, 143-145, 149).

4.10. Tiroidektomi Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı ve Gereksinimleri

Ameliyat sürecini yeterli ve etkin olarak yönetebilmek, ameliyat sırası ve sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek amacı ile hastanın ameliyat öncesi ve sonrası bakımı planlı olarak yapılmalıdır (148).

Ameliyat Öncesi Dönem

Ameliyat öncesi bakımın temel amacı hastanın ameliyat için fizyolojik hazırlığının yapılması, bilgilendirilmesi, anksiyetesinin azaltılması ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Ameliyat öncesi dönemde cerrahide uygulanan genel ameliyat öncesi bakımın yanı sıra bu dönemde tiroidektomi ameliyatına özgü olarak (64, 148, 150, 151);

- İlaç ve iyot preparatları ile hastanın tiroid hormon düzeylerinin normal olması sağlanır,
- Ameliyat sırasında kanama riskini ve tiroid vasküler viskozitesini azaltmak için potasyum çözeltisi verilir,
- Tirotoksikoz belirti ve bulguları değerlendirilerek kontrol altına alınır,
- Hasta hipertiroidizm ve hipotiroidizm belirti ve bulguları yönünden değerlendirilir,
- Ameliyat öncesi yaşam bulguları ve ses durumu değerlendirilir,
- Duygusal stres, tiroid krizine neden olabileceğinden dolayı hastada strese yol açan ya da açabilecek durumlar değerlendirilerek gerekli önlemler alınır,
- Ameliyat öncesi eğitim verilir. Bu eğitimde hastaya;
 - Derin solunum egzersizleri öğretilir,
 - Spirometre kullanımı öğretilir,
 - Erken mobilizasyonun önemi açıklanır,
 - Komplikasyonlar konusunda bilgilendirme yapılır,
 - Üriner kateter ve dren gibi ameliyat sonrası üzerinde bulunacak ya da bulunma ihtimali olan ekipmanlar konusunda bilgilendirme yapılır,

- Ameliyat sonrası ağrısının nasıl değerlendirileceği, ağrı süreci ve yönetimi konusunda bilgilendirme yapılır,
- İnsizyon bölgesinin nasıl destekleneceği anlatılır.

Ameliyat Sonrası Dönem

Tiroid ameliyatı sonrası bakımda temel hedef, genel ameliyat sonrası bakımın yanında tiroidektomi komplikasyonlarını önlemektir. Bu hedefler doğrultusunda hasta (64, 148, 150, 151);

- Solunum yolu obstrüksiyonu açısından değerlendirilir. Bunun için hasta;
 - Solunum sayısı ve niteliği yönünden değerlendirilir,
 - Solunum ve öksürük egzersizleri için desteklenir,
 - Gerekli durumlarda sekresyon atılımını kolaylaştırmak için nemli oksijen verilir,
 - Dispne ve siyanoz yönünden takip edilir,
 - Boyun bölgesi şişlik ya da sertlik yönünden takip edilir.
- Kanama riski değerlendirilir ve hasta takip edilir. Bu doğrultuda;
 - Yaşam bulguları kontrol edilir,
 - Dren takibi yapılır,
 - Hastanın pansuman ve yara bölgesi kanama yönünden takip edilir,
 - Sık yutkunma ve nefes almada zorlanma gibi semptomlar takip edilir.
- Tetani yönünden takip edilir. Bu doğrultuda;
 - Hipokalsemi belirtileri takip edilir,
 - Chvostek ve trousseau belirtileri değerlendirilir,
 - Kalsiyum glukonat ampülleri hazır durumda bulundurulur.
- Yara bölgesinde gerginlik oluşmaması için;
 - Hastaya ameliyat sonrası semi-fowler pozisyonu verilir,
 - Boyunun fleksiyonu ya da hiperekstansiyonu önlenir,
 - Kontraktür gelişmesini önlemek için boyun egzersizleri hastaya öğretilir.

- Hasta trioid krizi açısından değerlendirilir ve takip edilir,
- Hastanın ameliyat sonrası ses kısıklığı durumu ameliyat öncesi yapılan değerlendirme temel alınarak tekrardan değerlendirilir. Ameliyat sonrası 30-60 dakikada bir konuşması sağlanarak değişiklikler kaydedilir,
- Ameliyata bağlı olarak yutma güçlüğü olabilir. Bu nedenle oral beslenmeye geçişte hasta desteklenmelidir,
- İnsizyon bölgesi enfeksiyon açısından değerlendirilerek bakım sırasında aseptik tekniklere dikkat edilir.

Ameliyat öncesi hastanın bilgi edinmesinin, hastanın tedavi ve bakım sürecine ilişkin öz bakım yetisi kazanması, stresinin azalması ve hastalık sürecinin kontrolünü sağlaması üzerine önemli etkileri bulunmaktadır. Literatürde tiroid cerrahisi geçiren hastaların tedavi süresince ve sonrası psikolojik ihtiyaçları, bakım memnuniyetleri ve kendisine uygulanan girişimlere ilişkin algılarını içeren kapsamlı çalışmalar bulunmamaktadır. Çalışmalarda genellikle tiroid cerrahisi, tiroid kalıntısı ablasyonu ya da hormon terapisi gibi sınırlı alanlarda yaşam kalitesinin incelediği görülmektedir. (152, 153).

Yapılan literatür taramasında Tiroid Kanseri Birliği tarafından 2398 hasta ile 35 ülkede yapılan bir çalışmada hastaların %92.6'sına psikolojik destek sağlanmadığı, %84.1'ine kurumsal bilgilendirme yapılmadığı, %63.0'üne hastalık ya da tedaviye ilişkin açık yazılı bilgilendirme yapılmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların hipokalsemi (%38.8), ses problemleri (%36.2), uyuşukluk (%28.7) ya da kısıtlı boyun/omuz hareketi (%27.6) komplikasyonları yaşadıkları bildirilmiştir (152). Yine tiroid kanseri hastalarının anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunları kanser olmayan hastalara oranla daha fazla yaşadıkları; özellikle depresyonun bu hasta grubunda %4.0 ile %16.0 arasında değiştiği bilinmektedir (154).

Misra ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan nitel bir çalışmada, lokal-bölgesel tiroid kanseri nüksünün psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkarılmıştır. Aynı çalışmada sağlık personeline olan güvenin yanı sıra aile ya da sosyal ilişkilerden psikososyal desteğin, hastalık nüksüyle baş etmede yardımcı olabileceği belirtilmiştir (7, 155). İnternet aracılığı ile soru formu kullanılarak yapılan bir çalışmada hastaların %50.0'den azının kendilerine yapılan bilgilendirmeyi hatırladıkları saptanmıştır. Aynı

Çalışmada hasta bilgi gereksinimlerinin yaşı, cinsiyet ve tanı alma süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (156). Bu çalışmanın aksine, ülkemizde Temiz ve arkadaşları tarafından tiroidektomi sonrası hastaların bilgi ihtiyaçlarının belirlendiğı bir çalışmada bilgi gereksiniminin cinsiyet, yaşı ve medeni durum ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada tiroidektomi sonrası hastaları yüksek oranda bilgi ihtiyaçlarının olduğu ifade edilmektedir (157). Literatür bilgisi doğrultusunda bu çalışma, perioperatif döneme (ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası) ilişkin bilgi içeren bir internet sitesi ile yapılan hasta eğitiminin tiroidektomi olan hastaların anksiyete ve erken dönem iyileşme ölçütlerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı.



5. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma iki aşamalı olarak planlandı. İlk aşamada tiroidektomi uygulanan hastaların bilgi gereksinimleri ve ameliyat sonrası semptomlar; ikinci aşamada ise ilk aşamadan elde edilen veriler doğrultusunda hazırlanan internet sitesi ile eğitimin hastaların anksiyete ve ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerine (hastanede kalış süresi, ilk oral beslenmeye geçiş zamanı, ilk mobilizasyon zamanı, ilk defekasyon süresi, ilk gaz çıkarma zamanı, ağrı, bulantı, kusma, tekrar hastaneye başvurma) etkisi belirlendi.

5.1. Birinci Aşama: Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin ve Ameliyat Sonrası Semptomlarının Belirlenmesi

Birinci aşamanın amacı: Ameliyatın türü farketmeksizin ameliyat olacak hastaların ameliyata ilişkin merak ettikleri ve öğrenmek istedikleri ortak konular bulunmaktadır. Ancak bireyin geçireceği ameliyat türüne özgü olarak farklı konularda da gereksinimlerinin olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca her ameliyattan sonra ortaya çıkan semptomlar da farklılık göstermektedir. Bunların yanı sıra gereksinim temelli hasta eğitimin, anksiyeteyi azaltma, hasta memnuniyetini artırma ve eğitim için harcanan süreyi azaltma üzerine geleneksel hasta eğitimine kıyasla daha etkin olduğu bilinmektedir (158). Yapılan literatür taramasında özellikle tiroidektomi olan hastaların bilgi gereksinimlerine ilişkin kapsamlı bir kaynağa ulaşılamadı (64, 159). Bu nedenle çalışmanın yürütüleceği hastaneye başvuran hastaların bilgi gereksinimlerini ve ameliyat sonrası ortaya çıkan semptomları belirlemek hazırlanacak internet sitesinin etkinliğini artıracaktır. Birinci aşama bu amaçla gerçekleştirildi.

5.1.1 Araştırmanın Tipi

Çalışma tiroidektomi olan hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini saptamak ve taburcu olurken ve olduktan sonra var olan semptomları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.1.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Trabzon İl merkezinde bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde tiroidektomi ameliyatı olmak üzere yatan hastalar ile yürütüldü. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde yılda ortalama 306 tiroidektomi

ameliyatı yapılmaktadır. Tiroidektomi olan hastalar genel cerrahi kliniklerinde yatmaktadır. Genel cerrahi kliniklerinde 86 yatak bulunmakta olup 26 hemşire çalışmaktadır.

5.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesine tiroidektomi uygulanmak üzere üç ay süresince yatan hastalar oluşturdu. İlgili hastanede 1 Mart 2018–30 Mayıs 2018 tarihleri arasında 81 hastaya tiroidektomi cerrahisi uygulandı. Örneklem seçimine gidilmeksizin bu süre içinde evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi.

Örneklem kabul ölçütleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Planlı ameliyat olmak,
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmak.
- Bilgilendirilmiş hasta onam formunu (Ek 1) okuyup, imzalamış olmak.

Örneklem dışı bırakılma ölçütleri:

- Zihinsel engelli olmak,
- İşitme ve konuşma engelli olmak,
- Psikiyatrik bir hastalığı olmak,
- Daha önce tiroid cerrahisi geçirmiş olmak.
- Sağlıkla ilgili bir mesleğe (hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen vb.) sahip olmak

Bir hasta ameliyat sonrası yaşamını yitirdiği, bir hasta Türkçe bilmediği ve iki hasta ameliyat sonrası telefonla ulaşamadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Araştırma kabul ölçütlerini taşıyan 77 hasta ile tamamlandı. Çalışmaya katılım oranı %95.0'tir.

5.1.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 2) “Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu” (Ek 3) “Memorial Symptom Tanılama Ölçeği (MSAS)” (Ek 4) ve “Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Soru Formu” (Ek 6) kullanıldı.

5.1.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Formda hastalarda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, tıbbi tanı, uygulanan ameliyat, daha önce ameliyat olma durumu, evde bakım vericisi bulunma durumu, kendini taburculuğa hazır hissetme durumu ve ameliyat olacağını öğrenme zamanını belirlemeye yönelik 11 soru yer almaktadır (Ek 2).

5.1.4.2. Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu

Bu form araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklardan (152, 156, 157) yararlanılarak geliştirildi. Formda çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmak üzere dört ana soru bulunmaktadır. Sorulardan biri hastaların ameliyat öncesi ve sonrası ihtiyaç duydukları tanı, tedavi, ameliyat hazırlığı, ameliyathane, anestezi, ağrı, hijyen, yara iyileşmesi, psikolojik sorunlar, kişisel yaşam, hastalık ve beslenmeye ilişkin bilgi gereksinimlerini saptamaya yöneliktir. Diğer sorular hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri, bilgi edinmek için kullandıkları kaynaklar, bu kaynaklardan edinilen bilgilerin ihtiyaçlarını karşılama durumu ve ameliyat sürecinde özellikle eğitim almak istedikleri konuların belirlenmesine yöneliktir (Ek 3).

5.1.4.3. Memorial Symptom Tanılama Ölçeği (MSAS)

Portenoy ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş (160) olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Yıldırım ve arkadaşları (161) tarafından yapılmıştır (Ek 4). Ölçek, kanser hastalarının semptomlarını belirlemeye yöneliktir. İki bölüm ve 32 sorudan oluşan ölçek her soru sıklık, şiddet ve hastada ortaya çıkardığı sıkıntıyı belirlemeye yönelik likert tipi alt sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte her bir semptom varlık ya da yokluk yönünden incelenmekte ve semptom varsa sıklık için çok nadiren (1), bazen (arada sırada) (2), sık sık (3), nerdeyse sürekli (4); şiddet için hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4); sıkıntı için hiç (0), bir parça (biraz) (1), oldukça (2), biraz fazla (3), çok fazla (4) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça var olan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı artmaktadır Ölçek fiziksel alt boyut, psikolojik alt boyut ve genel durum indeksi olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Fizyolojik alt boyut iştahsızlık, halsizlik ya da enerji kaybı, ağrı, kendini uyukulu ya da sersemmiş gibi hissetme, kabızlık, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı, şişkinlik hissi, baş dönmesi semptomlarının ortalaması ile hesaplanır. Psikolojik alt boyut hesaplanırken

endişelenme, üzgün hissetme, kendini sinirli hissetme uyumada zorluk, hassas olma/hissetme, dikkatini toplamada zorluk semptomlarının ortalaması alınır. Yine genel durum indeksi: kendini üzgün hissetme, endişelenme, hassas olma/hissetme, kendini sinirli hissetme, iştahsızlık, halsizlik ya da enerji kaybı, ağrı, kendini uykulu ya da sersemmiş gibi hissetme, kabızlık, ağız kuruluşundan oluşan 10 semptomun ortalaması alınarak hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı, minimum maximum değerleri ve kesme noktası bulunmamaktadır. Orijinal ölçeğin cronbach alpha değerleri alt boyutlar için 0.83-0.87 arasında değişmektedir (162). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında ise bu oranlar 0.71 ile 0.84 arasında ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.78'dir (161). Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı taburcu olurken için 0.54, taburculuk sonrası için 0.48 dir. Ölçeğin tiroidektomi hastalarında kullanılması için gerekli izinler alınmıştır (Ek 5).

5.1.4.4. Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Formu

Taburcu olduktan sonra hastaların düş alma durumu, pansumana ilişkin uygulamaları, bilgi gereksinimi duyulan konular, tekrar hastaneye başvurma durumu ve nedenlerinin incelenmesini sağlayan dört sorudan oluşmaktadır (Ek 6).

5.1.5. Soru Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formları oluşturulduktan sonra iki genel cerrah, üç hemşirelik bölümü öğretim üyesi ve iki genel cerrahi kliniğinde çalışan hemşire olmak üzere yedi kişiden uzman görüşü alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı. Hazırlanan soru formu beş hastada uygulandı. Ön uygulama doğrultusunda formlarda hasta tarafından anlaşılmayan cümlelerde ve araştırmacı tarafından uygulanırken güçlük yaşanan bölümlerde (soru sıralaması, formların kullanım sırası vb.) değişiklikler yapıldı. Ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

5.1.6. Veri Toplama Yöntemi

Hastalar ile ilk olarak taburcu olacakları gün (ameliyattan ortalama 2.0 ± 0.4 gün sonra) hasta odasında tanışıldı ve çalışma için yazılı onamları alındı (Ek 1). Yazılı onamları alınan hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 2), Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu (Ek 3) ve Memorial Semptom Tanılama Ölçeği (Ek 4) uygulandı. Hastalar taburcu olduktan yedi gün sonra telefon ile aranarak evde yaşadıkları sürece yönelik bilgi gereksinimleri, semptom varlığı, acile başvuru

durumları, duş alma ve pansumana ilişkin uygulamalar belirlendi (Ek 6). Telefon görüşmesi yaklaşık 20 dakika idi.

5.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama testleri kullanıldı. Sonuçlarda %95 güven aralığı alınarak anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

5.2. İkinci Aşama: İnternet Sitesi Aracılığı ile Hastaların Bilgilendirilmesi

İkinci aşamanın amacı: Birinci aşamadan elde edilen veriler doğrultusunda hastaların ameliyat süresince kullanmaları için oluşturulan internet sitesi ile bilgilendirme yapılmasının anksiyete ve erken dönem iyileşme ölçütleri üzerine etkisini belirlemektir.

5.2.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

5.2.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın ikinci aşaması ilk aşama ile aynı kurum ve klinikte gerçekleştirildi. Bu nedenle, ikinci aşama araştırma yer ve özellikleri birinci aşama ile aynıdır (Bkz. Sayfa 35).

5.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesine tiroidektomi uygulanmak üzere yatan hastalar oluşturdu. Örneklem sayısını belirlemek için OpenEpi programında güç analizi yapıldı (163). Örneklem sayısını belirlemek için deney ve kontrol grupları arasındaki anksiyete oranı farkının %40 olacağı kabul edildi ve %90 güç ile istatistiksel analiz yapıldı. Bu doğrultuda, araştırmanın 32 deney ve 32 kontrol hastası ile yapılmasının yeterli olacağı saptandı. Ancak çalışmanın randomize kontrollü planlanması nedeni ile ortaya çıkabilecek kayıplar göz önüne alınarak çalışmaya 40 deney ve 40 kontrol grubu hastası olmak üzere 80 hasta dahil edildi.

Örnekleme kabul ölçütleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Planlı ameliyat olmak,
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmak,
- Okur yazar olmak,
- Ameliyattan en az bir gün önce ameliyat olacağını öğrenmek,
- İlk kez tiroidektomi uygulanıyor olmak,
- Total bilateral tiroidektomi uygulanıyor olmak,
- Evde ya da telefonunda internet bağlantısı olmak,
- Bilgisayar, tablet ya da akıllı telefonda birine sahip olmak,
- Bilgilendirilmiş hasta onam formunu (Ek 7) (Ek 8) okuyup, imzalamış olmak.

Örnekleme dışlama ölçütleri;

- Zihinsel engelli olmak,
- Görme, işitme ve konuşma engelli olmak,
- Psikiyatrik bir hastalığı olmak.

Sonlandırma ölçütleri;

- Ameliyattan sonra internet sitesini kullanmamış olmak,
- Ameliyattan sonra iletişim için hastaya ulaşamamak,
- Ameliyatı iptal edilmiş olmak,

Yukarıdaki sonlandırma kriterlerinden herhangi birine sahip olan hasta çalışmadan çıkarılacaktır.

Deney grubu hastalarından bir kişi ameliyatı iptal edildiği için ve üç kişi internet sitesini kullanmadığı için çalışmadan çıkarıldı. Çalışma 36 deney, 40 kontrol hastası ile tamamlandı.

5.2.4. Veri Toplama Aracı

İkinci aşamada veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 2), “Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Soru Formu” (Ek 6), “STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği” (Ek 9), “Erken Dönem İyileşme Ölçütleri Değerlendirme Formu” (Ek 10) ve “İnternet Sitesi Etkinliği Değerlendirme Formu” (Ek 11) kullanıldı.

“Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Soru Formu” ilk aşama formlarında tanıtılmıştır (Bkz. Sayfa 37-38). Diğer ölçek ve formların aşağıda yer almaktadır.

5.2.4.1. STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği

Çalışmada kullanılan dörtlü likert tipinde değerlendirilen ölçek Spielberger ve arkadaşları tarafından (1964) oluşturulmuş (164). Ölçek bireyin sürekli anksiyete yaşama durumunu ve içinde bulunduğu duruma karşı hissettiği anksiyete düzeyini belirlemeye yöneliktir. Ölçekte bireyin durumluk anksiyetesini inceleyen 20, süreklilik anksiyetesini inceleyen 20 olmak üzere toplam 40 soru bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi puanlama üzerinden yapılmaktadır. Durumluk anksiyete ölçeği 1-hiç, 2-biraz, 3-çok ve 4-tamamiyle olmak üzere; sürekli anksiyete ölçeği ise 1-hemen hiçbir zaman, 2-bazen, 3-çok zaman ve 4-hemen her zaman olmak üzere dörder maddeden oluşur. Yüksek puanlar yüksek anksiyete seviyelerini, düşük puanlar düşük anksiyete seviyelerini gösterir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Ölçekte doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Olumlu duyguları dile getiren tersine ifadeler puanlanırken 1 değerindeki cevaplar 4, 4 değerinde olanlar ise 1 olarak değerlendirilir. Yani doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar arttıkça anksiyete artar iken tersine dönmüş ifadelerde 1 değerindeki yanıtlar arttıkça anksiyete artar. Durumluk anksiyete ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler olmak üzere 10; sürekli anksiyete ölçeğinde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler olmak üzere yedi tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.86 ile 0.95; test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.65 ile 0.75 arasında değişmektedir (164). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le tarafından 1983’te gerçekleştirilmiştir. Kuder-Richardson 20 formülü ile hesaplanmış güvenirlik katsayıları durumluk anksiyete ölçeği için 0.94 ile 0.96; sürekli anksiyete ölçeği için 0.83 ile 0.87 bulunmuştur (165). Bizim çalışmamızda cronbach alfa değerleri durumluk anksiyete ölçeği için 0.84 ve sürekli anksiyete ölçeği için 0.81 olarak bulundu.

5.2.4.2. Erken Dönem İyileşme Ölçütleri Değerlendirme Formu

Bu form araştırmacı tarafından kaynaklardan yararlanılarak (166, 167) geliştirildi. Formda hastanın ameliyata giriş çıkış saatleri, ameliyat sonrası yürüme, yeme, gaz çıkarma, defekasyon, ağrı varlığı ve şiddeti, bulantı varlığı ve şiddeti, kusma varlığı ve

sayısı, hastanede yatış süresi ve komplikasyon gelişme durumunu içeren 11 soru yer almaktadır (Ek 10).

5.2.4.3. İnternet Sitesi Etkinliği Değerlendirme Formu

İnternet sitesi değerlendirme formu araştırmacı tarafından sitenin kullanım ve etkinliğini değerlendirmek amacı ile oluşturuldu. Form, internet sitesindeki resim ve yazıların boyut, renk ve anlaşılabilirliğini inceleyen sekiz ve internet sitesinin etkinliğini değerlendiren yedi sorudan oluşmaktadır (Ek 11).

5.2.5. İnternet Sitesinin Tasarımı

İnternet sitesinin tasarımı (resimler, yazılar, animasyon ve videolar); konu ile ilgili kaynaklar (168-170) ve gözlemler doğrultusunda araştırmacı tarafından belirlendi. İçeriği araştırmacı tarafından oluşturulan video ve animasyonlar grafiker tarafından hazırlandı. Ardından belirlenen kapsam doğrultusunda, web tasarımcısı tarafından internetin tasarımı yapıldı. Hazırlanan internet sitesi için dört cerrah, üç akademisyen ve üç hemşire olmak üzere on kişiden uzman görüşü alındı. Öneriler doğrultusunda internet sitesi kullanıma hazır hale getirildi.

İnternet sitesinin özellikleri;

- İnternet sitesinin dili Türkçedir.
- İnternet sitesi cep telefonu, tablet ve bilgisayar ile uyumludur.
- İnternet sitesine kullanıcı adı ve şifresi ile giriş yapılmaktadır. Kullanıcı adı ve şifresi kullanıcı tarafından hastaya özel olarak belirlenmektedir.
- İnternet sitesi altı arayüzden oluşmaktadır (Resim 1). Bu arayüzler “genel bilgiler, “ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim?”, “ameliyathanede neler yaşayacağım?” “ameliyattan sonra nelere dikkat etmeliyim”, “tiroid ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek sorunlar” ve “ameliyat sonrası yapmanız gereken egzersizler” şeklindedir.



Resim 1. İnternet sitesi anasayfa görüntüsü

Her bir arayüzün içerisinde yer alan bilgiler aşağıda yer almaktadır.

1. Genel bilgiler

- Tiroid bezi nedir?
- Tiroid bezinin fazla çalışması (hipertiroidi) nelere sebep olur?
- Tiroid bezinin az çalışması (hipotiroidi) nelere sebep olur?
- Tiroidektomi nedir?
- Kimler ameliyat olmalıdır?
- Tiroid kanseri nedir?
- Radyoaktif iyot tedavisi nedir?

2. Ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim?

- Ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim?
- Ameliyat olmak için hastaneye geldiğimde nelerle karşılaşacağım?

3. Ameliyathanede neler yaşayacağım?

- Ameliyathanede neler yaşayacağım
- Nasıl uyutulacağım ve ameliyatı duyacak mıyım?
- Ya ameliyattan sonra uyanamazsam!

- Ameliyatın nasıl yapıldığınız görmek için tıklayınız

4. Ameliyattan sonra nelere dikkat etmeliyim?

- Dren nedir?
- Dren takılı iken nelere dikkat etmeliyim?
- Ameliyat sonrası yatak içinde pozisyonum nasıl olmalı?
- Ameliyat sonrası ilk kez nasıl ayağa kalkacağım?
- Ameliyat sonrası nasıl beslenmeliyim?
- Ameliyat sonrası ağrım olursa neler yapmalıyım?
- Ameliyat sonrasında boğaz ağrısı, gıcık, balgam ve yutkunma güçlüğümlü olursa ne yapmalıyım?
- Ameliyat sonrasında bulantı, kusma yaşarsam ne yapmalıyım?
- Ameliyat sonrasında halsizlik/enerji kaybı yaşarsam ne yapmalıyım?
- Ameliyat sonrasında terlemem olursa ne yapmalıyım?
- Ameliyat sonrasında ağız kuruluğum olursa ne yapmalıyım?

5. Tiroid ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek sorunlar

- Kanama
- Hipokalsemi (Kalsiyum düşüklüğü)
- Ses kısıklığı
- Enfeksiyon

6. Ameliyat sonrası yapmanız gereken egzersizler

- Ameliyat sonrası solunum egzersizi
- Ameliyat sonrası öksürük egzersizi

- İnternet sitesinin sağ tarafında “en çok merak edilenler” bölümü bulunmaktadır. Bu bölümde aşağıdaki soruların yanıtları yer almaktadır (Resim 1);

- Ne zaman duş alabilirim?
- Hastanede ne kadar kalırım?
- Ne zaman araba kullanabilirim?
- Ne zaman günlük ev işlerime dönebilirim?
- Ne zaman cinsel hayata başlayabilirim?

- Ne zaman yemeye başlayacağım?
 - Ne zaman kontrole gelmeliyim?
 - Dikişlerim ne zaman alınacak?
 - Evde kendim pansuman yapabilir miyim?
 - Ameliyattan sonra hastalığım tekrarlar mı?
 - Ameliyat sonrası herhangi bir sorun yaşadığımda kime nasıl ulaşabilirim?
- İnternet sitesinde hastaların istedikleri zaman kullanıcıya soru sorabilecekleri “bir sorum var” mesaj bölümü yer almaktadır. Buradan hastanın yazdığı sorulara araştırmacı tarafından en geç 24 saat içerisinde cevap yazıldı. Cevaplar hastanın sistemine iletilirken aynı zamanda cep telefonlarına mesaj aracılığı ile otomatik olarak iletildi. Bu şekilde hastanın internet sitesini kullanmıyor olması durumund
 - a cevabı öğrenmesi sağlandı. Aynı şekilde hastaların soruları da araştırmacının hem sistemine hem de cep telefonuna mesaj olarak gelecek şekilde entegre edildi.
 - Sistemin yazı boyutu kullanıcı tarafından ayarlanabilir özelliktedir.
 - İnternet sitesinin araştırmacı tarafından takip edilen bir yönetim paneli bulunmaktadır (Resim 2)

Resim 2. Tiroid yönetim paneli

- Tiroid yönetim paneli sayesinde kullanıcıların internet sitesini kullanma durumları, okudukları konular ve her konunun ortalama okunma süresi takip edilebilmektedir. Kontrol panelinden kullanıcı adına ya da konuya göre takip sağlanabilmektedir.
- Panelde bulunan hasta bilgilerinin güvenliği açısından sistemde “ben robot değilim” güvenlik sistemi ile giriş yapılmaktadır.

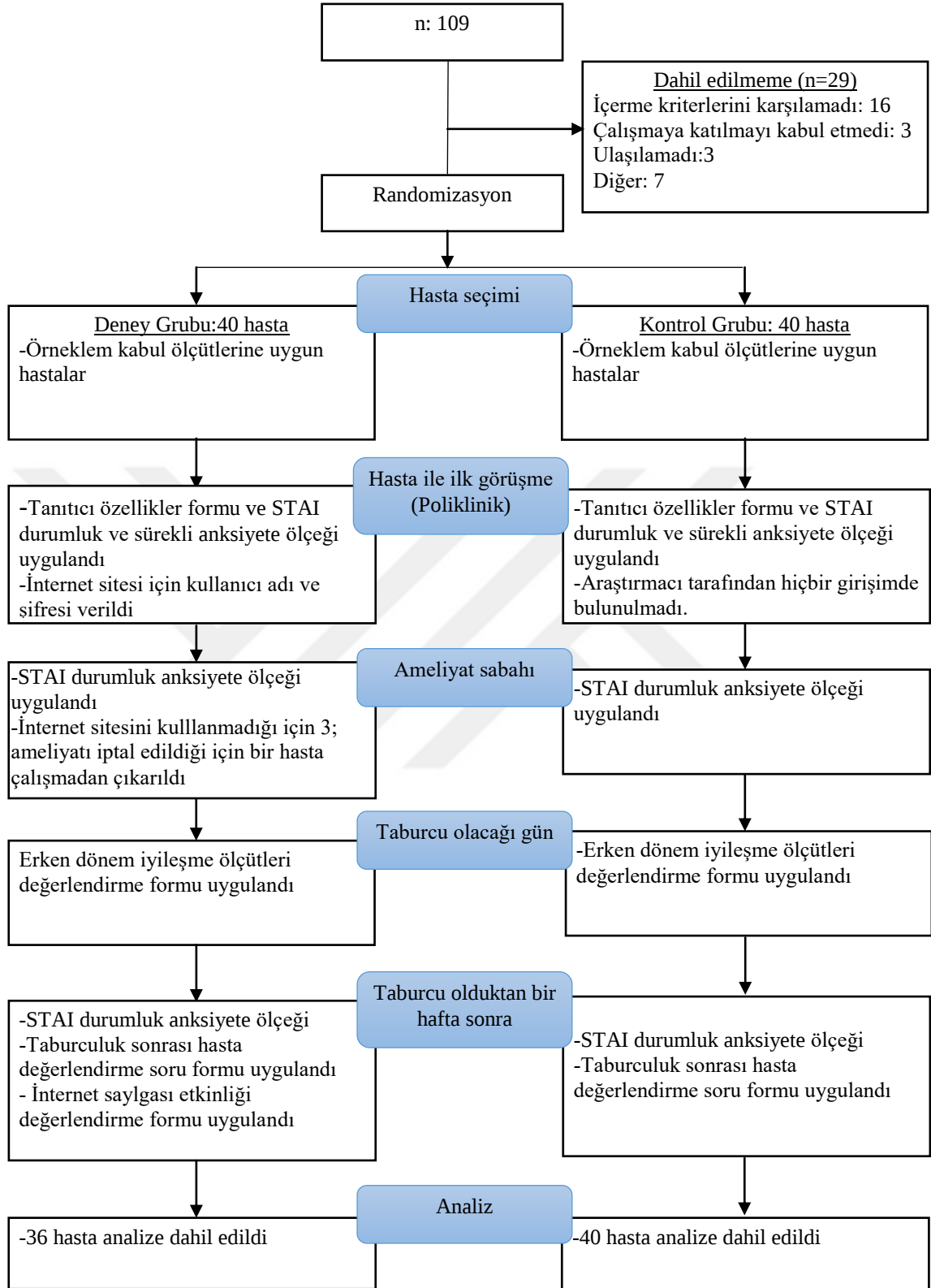
5.2.6. İnternet Sitesinin Ön Uygulaması

Veriler toplanmaya başlamadan önce üç hasta ile ön uygulama yapıldı ve sistemin kullanılabilirliği test edildi. Hastalar yazı boyutlarının küçük olduğunu ifade ettiler. Bu doğrultuda sitede gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulama kapsamındaki hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

5.2.7. Veri Toplama Yöntemi

Hasta verileri randomize kontrollü olarak toplandı. Randomizasyon yöntemi olarak “random number generator” programı ile elde edilen sıralama kullanıldı. Program ile rastgele 40 deney, 40 kontrol grubundan oluşacak iki seri oluşturuldu. Örneklem kriterlerine uyan hastalar programın verdiği sıraya göre deney ya da kontrol grubuna alındılar.

Tüm hastalar ile ameliyat olacaklarını öğrendiklerinde telefon ile, ameliyat günü ve taburcu olacakları gün yüz yüze; ve ameliyattan bir hafta sonra tekrar telefon ile olmak üzere dört kez görüşüldü. Deney grubunda yer alan hastalara internet sitesini kullanabilmeleri için kullanıcı adı ve şifresi verilerek site tanıtıldı. Kontrol grubundaki hastalara yalnızca veri toplama formları uygulandı, hiçbir konuda bilgilendirme yapılmadı. Veri toplama yöntemi algoritması Şekil 6’da yer almaktadır.



Şekil 6. İkinci aşama veri toplama yöntemi

5.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan kullanıldı. Normal dağılım testi için Kolmogorov Smirnov testi yapıldı. Normal dağılan verilerin ikili grup karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılmayan verilerde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üçlü grup karşılaştırmalarında ise normal dağılmayan veriler için ise Varyans analizi kullanıldı. Sonuçlar %95.0 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi. Normal dağılmayan çoklu verilerde Bonferroni Düzeltmesi yapıldı.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Birinci aşama: Hastalar hastaneye ameliyat olacakları gün yattıkları için, ameliyat olmadan önce merak edilenlere ilişkin sorular ameliyattan sonra soruldu. Hastalar merak ettiklerini konuların bazılarını unutmuş olabilir ya da artık kendisi için önemini kaybettiğini düşünerek ifade etmeyebilir. Bunların yanı sıra hastaların semptomlarını belirlemek için kullanılan MSAS'a ait güvenilirlik düzeyi düşüktür. Bunun nedeni ölçeğin kanser hastaları için oluşturulmuş olmasıdır.

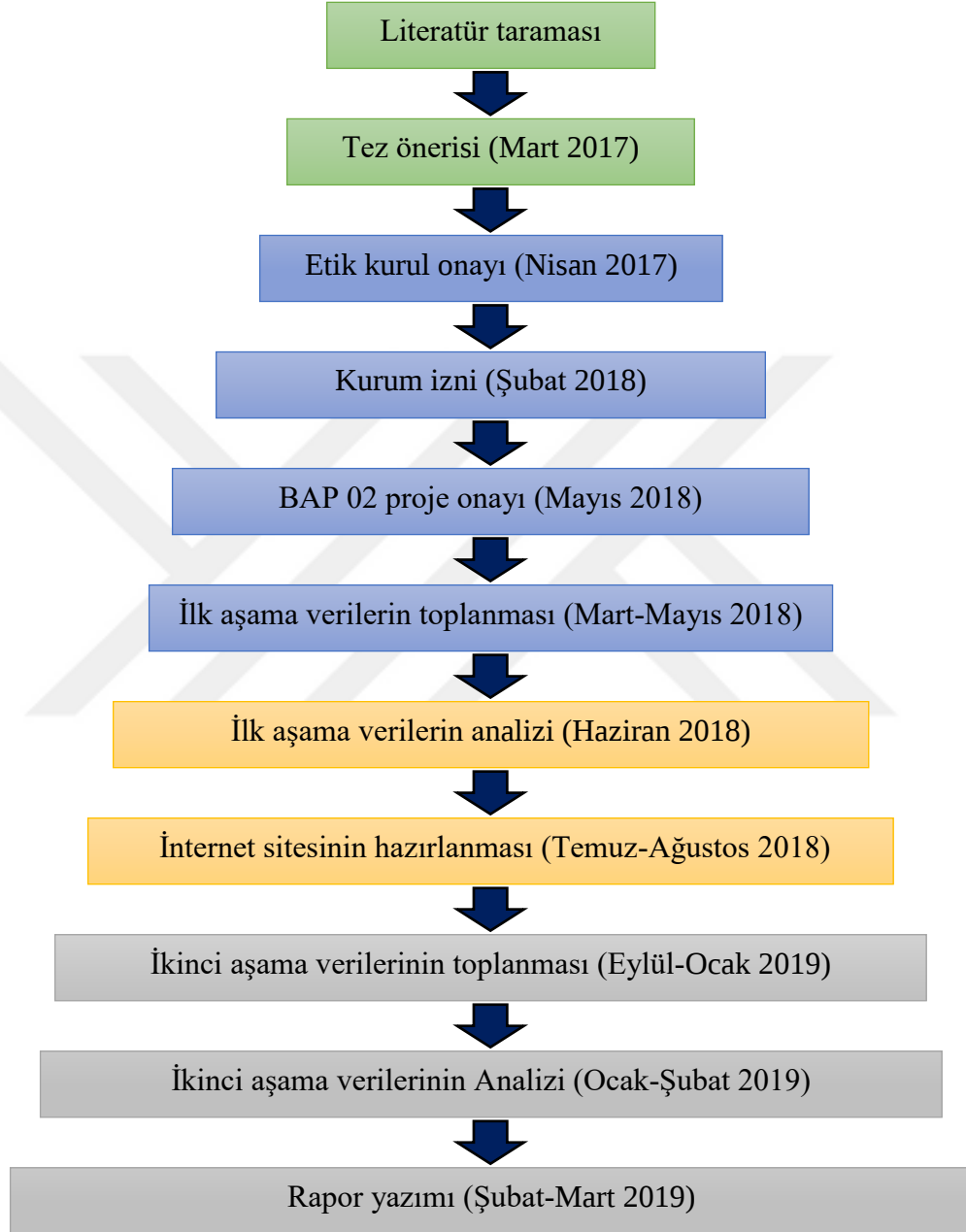
İkinci aşama: Hastalar ile ilk görüşme telefon aracılığı ile yapıldı. Bu nedenle internet sitesinin içeriği ve fonksiyonları ile ilgili bilgi hastalara telefon aracılığıyla verildi. Bu durum hastaların siteden yeterince faydalanmasını etkileyebilir. Bunun yanı sıra çalışmanın uygulandığı hastanede, iyileşme durumlarına bakılmaksızın hastalar ameliyat sonrası en erken ikinci günde taburcu edilmektedir. Bu durumun deney ve kontrol grubu hastaları arasında hastanede yatış süresinin değerlendirilmesini etkilemesi beklenmektedir. Bu unsurlar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

5.4. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 24.04.2017'de etik kurul izni (sayı:17524237859/241) (Bkz. Sayfa 131) ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden 22.03.2017 tez izni (sayı: 24296458) alındı. Ayrıca çalışmanın yürütüleceği Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nden yazılı izin (Sayı:48814514-299-E.1142) alındı (Ek 12). Bunun yanı sıra tüm katılımcılarının yazılı onamları alındı (Ek 1, Ek 7, Ek 8).

5.5. Araştırma Planı

Araştırmanın planı Şekil 7’de yer almaktadır.



Şekil 7. Araştırma planı

6. BULGULAR

6.1. Birinci Aşama Bulguları

Araştırma sonucunda elde edilen veriler hastaların tanıtıcı özellikleri, ameliyat öncesi ve sonrasına ilişkin bilgi gereksinimleri, taburcu olma esnasında ve taburcu olduktan sonra var olan semptomlar ve taburcu olduktan sonraki hasta uygulamaları olarak ele alındı.

Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=77)

Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	min-max
Yaş		50.9±10.71	30-75
Ameliyat olmak için evde beklenen süre (gün)		24.1±19.6	3-90
Hastanede yatış süresi (gün)		2.0±0.4	1-4
		n	%
Cinsiyet	Kadın	53	68.8
	Erkek	24	31.2
Medeni durum	Evli	68	88.3
	Bekar	9	11.7
Eğitim durumu	Orta öğretim ve altı	53	68.8
	Lise ve üstü	24	31.2
Meslek	Çalışıyor	26	33.8
	Çalışmıyor	51	66.2
Yaşadığı yer	İl	41	53.2
	İlçe	24	31.2
	Köy	12	15.6
Tanı	Tiroid kanseri	25	32.5
	Multinodüler guatr	25	32.5
	İyot eksikliğine bağlı diffüz endemik guatr	22	28.5
	Tiroid bozukluğu tanımlanmamış	5	6.5
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	43	55.8
	Hayır	34	44.2
Evde bakım verici varlığı	Var	75	97.4
	Yok	2	2.6
Taburcu olmaya hazır hissetme durumu	Evet	59	76.6
	Hayır	18	23.4

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 3'te yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalaması 50.9 ± 10.71 , %68.8'i kadın, %88.8'i evli, %68.8'i orta öğretim ya da altı eğitime sahip, %66.2'si çalışmıyor ve %53.2'si ilde yaşamaktadır. Hastaların %32.5'i tiroid kanseri ya da multinodüler guatr tanısı konulmuş ve %55.8'sinin daha önce her hangi bir nedenle ameliyat olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %97.4'ünün taburculuk sonrası evde bakım vericisi vardır ve bakım vericilerin %34.7'si eş, %28.0'i kız çocuk ve %20.0'si diğer aile üyeleridir. Bunun yanı sıra hastaların %76.6'sı kendilerini taburcu olmaya hazır hissetmektedirler. Taburcu olmaya hazır hissetmeyen hastaların gerekçeleri arasında ilk sırada ağrı (%72.0) yer almaktadır. Bunu hastanede güvende hissetme (%10.5), halsiz hissetme (%10.5) ve evde herhangi bir komplikasyon ortaya çıkması durumunda sağlık kurumuna uzak olma (%5.3) takip etmektedir. Hastalar ameliyat olacaklarını ameliyatlarından ortalama 24.1 ± 19.6 (min:3, mak:90) gün önce öğrenmişlerdir. Yine hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 2.0 ± 0.4 (min:1, mak:4) gündür.

Tablo 4. Hastaların ameliyat öncesi bilgi gereksinimleri (n=77)

Bilgi gereksinimleri*	n	%
Ses kısıklığı ve tedavisi	58	75.3
Tanı (hastalığın türü, nedeni, etkileri, evresi, prognozu, vb.)	38	49.4
Anestezi (teknik, komplikasyonlar, ölüm riski)	33	42.9
Ameliyathane (ortam, hasta mahremiyeti, sıcaklık)	30	39.0
Ağrı ve ağrı yönetimi	27	35.1
Cerrahi tedavi (Ameliyat nedeni, ameliyat teknik, başarı, nüks etme riski, olası alternatif seçenekleri)	23	29.9
Ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar	22	28.6
Günlük yaşama dönme süresi	18	23.4
Yara izi görünümü	7	9.1
Ameliyat öncesi ve ameliyat gecesi dikkat edilmesi gerekenler	7	9.1
Dren	3	3.9
Ameliyat sonrası bağımlılık durumu	3	3.9

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı

Hastaların ameliyat olacaklarını öğrendikleri andan itibaren ameliyat oldukları güne kadar bilgi gereksinimi duyduklarını ifade ettikleri konular Tablo 4'te

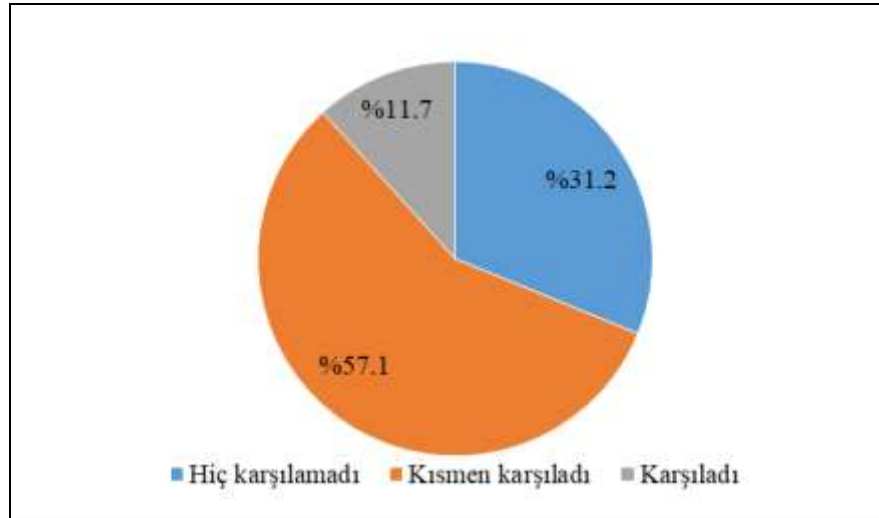
görülmektedir. Ameliyat öncesi en çok merak edilen konular ses kısıklığı ve tedavisidir (%75.3). Ses kısıklığını, tanıya ilişkin (%49.4) konular (hastalığın türü, nedeni, etkileri, evresi, prognozu, vb.) ve anesteziye ilişkin (%42.9) konular (teknigi, komplikasyonlar, ölüm riski) takip etmektedir.

Tablo 5. Hastaların bilgi kaynakları (n=77)

Bilgi kaynakları*	n	%
Aynı ameliyatı olmuş hasta	31	40.3
İnternet	28	36.4
Cerrah	26	33.8
Arkadaş	12	15.6
Hemşire	3	3.9

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Hastaların bilgi almak için başvurdukları kaynaklar arasında ilk sırada aynı ameliyatı olmuş hastalar gelmektedir (%40.3). Diğer bilgi kaynakları internet (%36.4), cerrah (%33.8), arkadaş (%15.6) ve hemşire (%3.9) şeklinde sıralanmaktadır (Tablo 5).



Şekil 8. Hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanma durumu

Hastaların kendi imkanları ile elde ettikleri bilginin ihtiyaçlarını karşılama durumu şekil 8’de gösterilmiştir. Araştırma kapsamında hastaların %57.1’i kaynaklardan edindikleri bilgilerin bilgi ihtiyaçlarını kısmen karşıladığını belirttiler.



Tablo 6. Hastalarda taburcu olurken var olan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme düzeyleri (n=77)

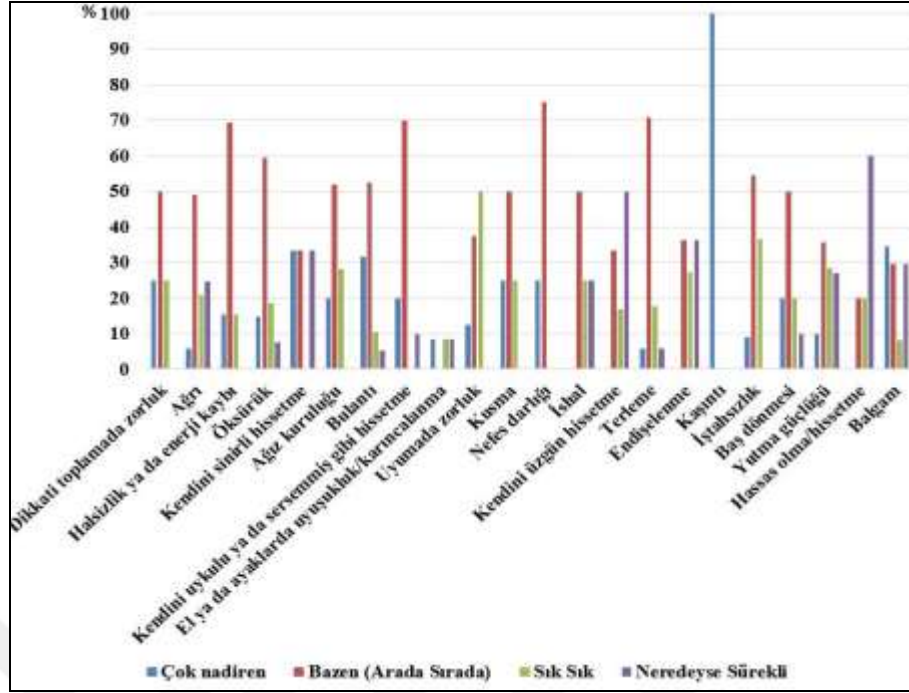
Semptom	SIKLIK					ŞİDDET					SIKINTI			
	Görülme	Çok Nadiren	Bazen (Arada Sırada)	Sık Sık	Neredeyse Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz Fazla	Çok Fazla
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dikkati toplamada zorluk	8 (10.4)	2 (25.0)	4 (50.0)	2 (25.0)	-	3 (37.5)	4 (50.0)	1 (12.5)	-	1 (12.5)	5 (62.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	-
Ağrı	53 (68.8)	3 (5.7)	26 (49.1)	11 (20.8)	13 (24.5)	9 (17.0)	22 (41.5)	10 (18.9)	12 (22.6)	-	13 (24.5)	17 (32.1)	8 (15.1)	15 (28.3)
Halsizlik ya da enerji kaybı	26 (33.8)	4 (15.4)	18 (69.2)	4 (15.4)	-	7 (26.9)	15 (57.7)	3 (11.5)	1 (3.8)	-	12 (46.2)	12 (46.2)	1 (3.8)	1 (3.8)
Öksürük	27 (35.1)	4 (14.8)	16 (59.3)	5 (18.5)	2 (7.4)	6 (22.2)	15 (55.6)	4 (14.8)	2 (7.4)	-	7 (25.9)	14 (51.9)	3 (11.1)	3 (11.1)
Kendini sınırlı hissetme	3 (3.9)	1 (33.3)	1 (33.3)	-	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	-	-	1 (33.3)	1 (33.3)	-	1 (33.3)
Ağız kuruluğu	25 (32.5)	5 (20.0)	13 (52.0)	7 (28.0)	-	5 (20.0)	11 (44.0)	9 (36.0)	-	-	8 (32.0)	9 (36.0)	8 (32.0)	-
Bulantı	19 (24.7)	6 (31.6)	10 (52.6)	2 (10.5)	1 (5.3)	6 (31.6)	11 (57.8)	1 (5.3)	1 (5.3)	-	11 (57.8)	6 (31.6)	1 (5.3)	1 (5.3)
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	10 (13.0)	2 (20.0)	7 (70.0)	-	1 (10.0)	2 (20.0)	7 (70.0)	1 (10.0)	-	-	4 (40.0)	5 (50.0)	1 (10.0)	-
El ya da ayaklarda uyuşukluk/ karıncalanma	12 (15.6)	1 (8.3)	9 (75.1)	1 (8.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	8 (66.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	-	5 (41.7)	6 (50.0)	-	1 (8.3)
Uyumada zorluk	8 (10.4)	1 (12.5)	3 (37.5)	4 (50.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Şişkinlik hissi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İdrar yapmada zorluk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kusma	4 (5.2)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	-	1 (25.0)	3 (75.0)	-	-	-	1 (25.0)	3 (75.0)	-	-
Nefes darlığı	4 (5.2)	1 (25.0)	3 (75.0)	-	-	2 (50.0)	2 (50.0)	-	-	-	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	-

Tablo 6. (Devamı)

[illegible]

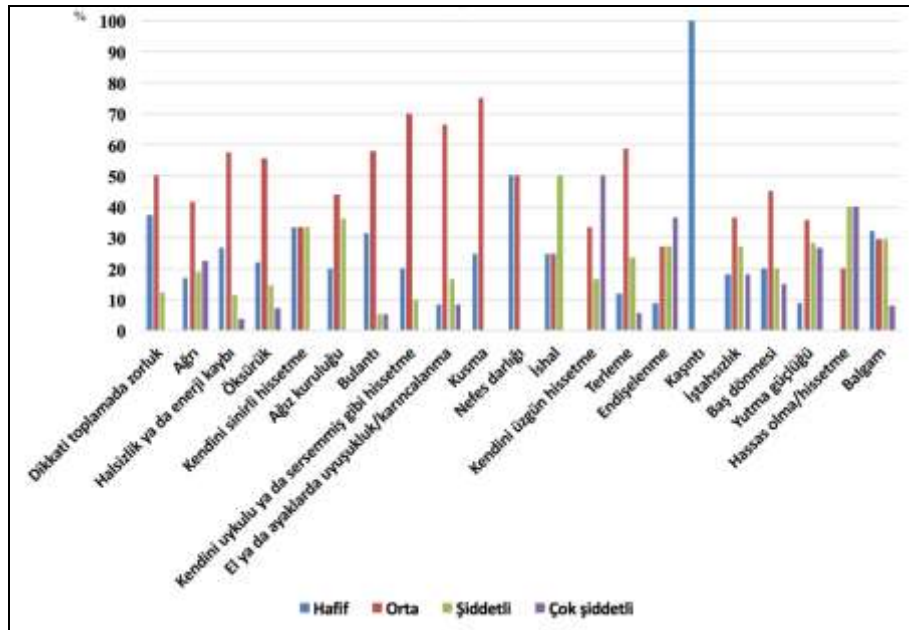
Hastalarda taburcu olurken var olan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme durumu düzeyleri Tablo 6’da gösterilmektedir. Hastalarda var olan ilk beş semptomun yutma güçlüğü (%87.0), ağrı (%68.8), öksürük (%35.1), halsizlik ya da enerji kaybı (%33.8) ve ağız kuruluğu (%32.5) olduğu görülmektedir. En az görülen beş semptom ise kaşıntı (%2.6), sinirli hissetme (%3.9), kusma (%5.2), nefes darlığı (%5.2), ishal (%5.2), hassas olma/hissetme (%6.5) ve kendini üzgün hissetme (%7.8) şeklindedir.

Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeğinde yer almayan ancak hastalarda taburcu olurken var olduğu saptanan semptom balgamdır. Hastaların %48.1’i balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Balgamı bulunan (n=37) hastaların %32.4’ü “çok nadiren”, %29.7’si “bazen (arada sırada)”, %8.1’i “sık sık” ve %29.7’si “neredeyse sürekli” balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Hastalarda var olan balgamın şiddetli genellikle “hafif” (%32.4) düzeyde olmakla birlikte hastalar %29.7’si “orta”, %29.7’si “çok şiddetli”, %8.1’i “şiddetli” düzeyde balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Yine balgamın hastalarda ortaya çıkardığı sıkıntının düzeyi incelendiğinde var olan balgamın hastaların %32.4’üne “bir parça (biraz)”, %29.7’sine “oldukça”, %8.1’ine “biraz fazla” ve %29.7’sine “çok fazla” sıkıntı verdiği belirlendi.



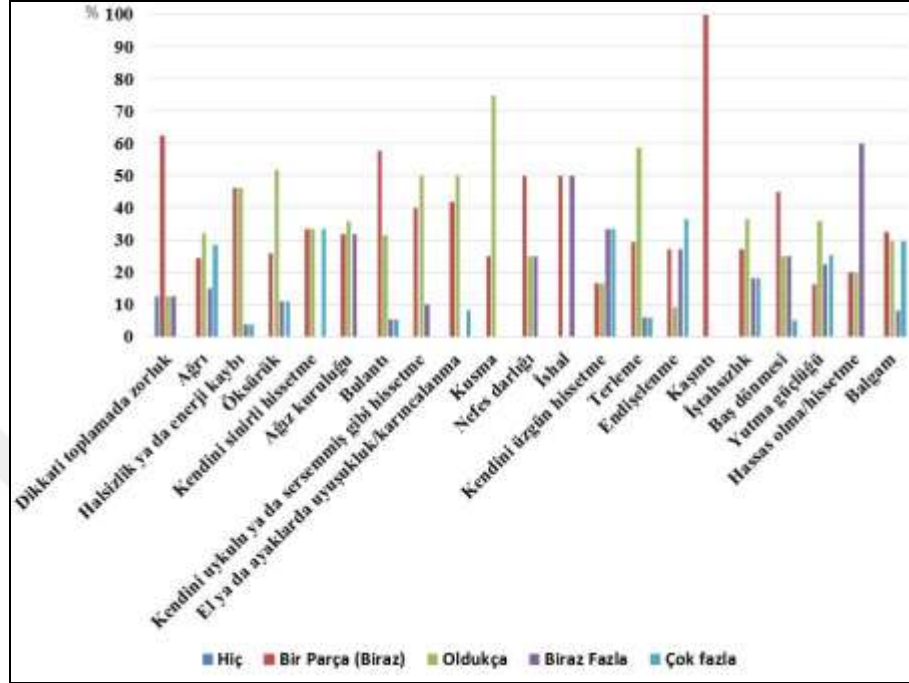
Şekil 9. Hastaların taburcu olurken var olan semptomlarının sıklık boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 9’da hastaların taburcu olurken var olan semptomların sıklık boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.



Şekil 10. Hastaların taburcu olurken var olan semptomlarının şiddet boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 10'da hastaların taburcu olurken var olan semptomların şiddet boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.



Şekil 11. Hastaların taburcu olurken var olan semptomlarının sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 11'de hastaların taburcu olurken var olan semptomların sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 7. Hastaların taburcu olurken bilgi almak istediği konular (n=77)

Konular*	n	%
Duş alma (ne zaman ve nasıl)	39	50.6
Günlük yaşama dönme süresi	27	35.1
Yara ve yara bakımı (yaranın yeri, şekli, büyüklüğü, pansuman şekli ve süresi)	26	33.8
Evde uyulması gereken diyet	18	23.4
Kontrole gelme zamanı	15	19.5
Cerrahi tedavi (Nüks etme riski, olası tedavi seçenekleri, ameliyatın vücut fonksiyonlarına etkisi)	10	13.0
Enfeksiyon belirtileri	11	14.3
Beklenmedik bir durum ortaya çıktığında başvurulabilecek kurumlar ya da telefonlar	8	10.4
Taburculuk sonrası dikkat edilmesi gerekenler	7	9.1
Taburculuk sonrası doktora bildirilmesi gereken konular	7	9.1
Evde ağrı görülme sıklığı ve ağrı yönetimi	6	7.8
Hastalığın tekrarladığını gösteren belirtiler	5	6.5

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı

Hastaların taburcu olurken en çok bilgi almak istedikleri ilk üç konunun duş alma zamanı ve nasıl duş alacakları (%50.6), günlük yaşam aktivitelerine dönme süreleri (%35.1) ve yara bakımı (%33.8) olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme düzeyleri (n=77)

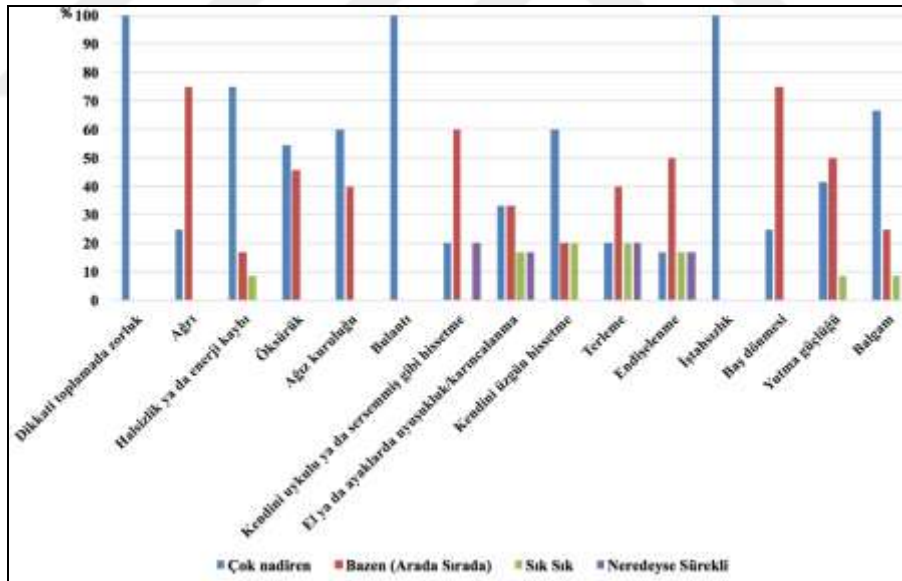
Semptom	SIKLIK					ŞİDDET					SIKINTI			
	Görülme	Çok Nadiren	Bazen (Arada Sırada)	Sık Sık	Neredeyse Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz Fazla	Çok Fazla
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dikkati toplamada zorluk	3 (3.9)	3(100.0)	-	-	-	3(100.0)	-	-	-	-	3 (100.0)	-	-	-
Ağrı	20 (26.0)	5 (25.0)	15 (75.0)	-	-	5 (25.0)	15 (75.0)	-	-	-	5 (25.0)	15 (75.0)	-	-
Halsizlik ya da enerji kaybı	12 (15.6)	9 (75.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	-	8 (66.7)	3 (25.0)	1 (8.3)	-	-	9 (75.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	-
Öksürük	11 (14.5)	6 (54.5)	5 (45.5)	-	-	7 (63.6)	4 (36.4)	-	-	-	7 (63.6)	4 (36.4)	-	-
Kendini sınırlı hissetme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ağız kuruluğu	5 (6.5)	3 (60.0)	2 (40.0)	-	-	3 (60.0)	2 (40.0)	-	-	-	3 (60.0)	2 (40.0)	-	-
Bulantı	1 (1.3)	1 (100.0)	-	-	-	1 (100.0)	-	-	-	-	1 (100.0)	-	-	-
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	5 (6.5)	1 (20.0)	3 (60.0)	-	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	-	1 (20.0)	-	2 (40.0)	2 (40.0)	-	1 (20.0)
El ya da ayaklarda uyuşukluk/ karıncalanma	6 (7.8)	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	-	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)
Uyumada zorluk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Şişkinlik hissi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İdrar yapmada zorluk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kusma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefes darlığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 8. (Devamı)

İshal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kendini üzgün hissetme	5 (6.5)	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	-	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	-	-	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	-
Terleme	10 (13.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	2 (%20.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	-	3 (30.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	2 (20.0)
Endişelenme	6 (7.8)	1 (16.7)	3 (49.9)	1 (16.7)	1 (%16.7)	1 (16.7)	3 (49.9)	1 (16.7)	1 (16.7)	-	1 (16.7)	3 (49.9)	1 (16.7)	1 (16.7)
Cinsel istek ya da aktivite ile ilgili sorunlar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kaşıntı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İştahsızlık	2 (2.6)	2 (100)	-	-	-	2 (100.0)	-	-	-	-	2 (100.0)	-	-	-
Baş dönmesi	4 (5.2)	1 (25.0.)	3 (75.0)	-	-	1 (25.0)	3 (75.0)	-	-	-	1 (25.0)	3 (75.0)	-	-
Yutma güçlüğü	24 (31.2)	10(41.7)	12 (50.0)	2 (8.3)	-	10(41.7)	11 (45.8)	3 (12.5)	-	-	10 (41.7)	12 (50)	2 (%8.3)	-
Hassas olma/ hissetme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ağız yaraları	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilo kaybı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saç dökülmesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kabızlık	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kol ve bacaklarda şişlik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ben kendimi sevmiyorum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deride değişiklik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

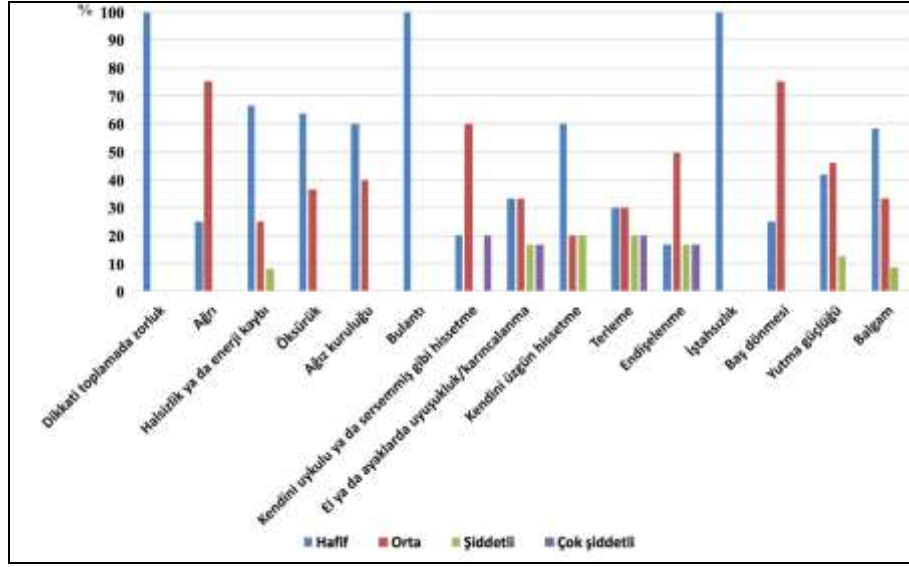
Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklık, şiddet ve sıkıntı verme durumu düzeyleri Tablo 8’de verildi. En sık ifade edilen ilk beş semptomun yutma güçlüğü (%31.2), ağrı (%26.0), halsizlik ya da enerji kaybı (%15.6), öksürük (%14.3) ve terleme (%13.0) olduğu saptandı.

Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeğinde yer almayan ancak hastalarda taburcu olurken var olan balgam sorununun taburculuk sonrası yedinci günde devam ettiği saptandı. Hastaların %15.6’sı (n=12) balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Balgamı olan hastaların (n=11) %66.7’si “çok nadiren”, %25.0’i “bazen (arada sırada)” ve %8.3’ü “sık sık” balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Hastalarda var olan balgamın şiddeti genellikle “hafif” (%58.3) düzeyde olmakla birlikte hastaların %33.3’ü “orta”, %8.3’ü “şiddetli” düzeyde balgamlarının olduğunu ifade ettiler. Yine balgamın hastalarda ortaya çıkardığı sıkıntının düzeyi incelendiğinde var olan balgamın hastaların %58.3’üne “bir parça (biraz)”, %33.3’üne “oldukça” ve %8.3’üne “biraz fazla” sıkıntı verdiği belirlendi.



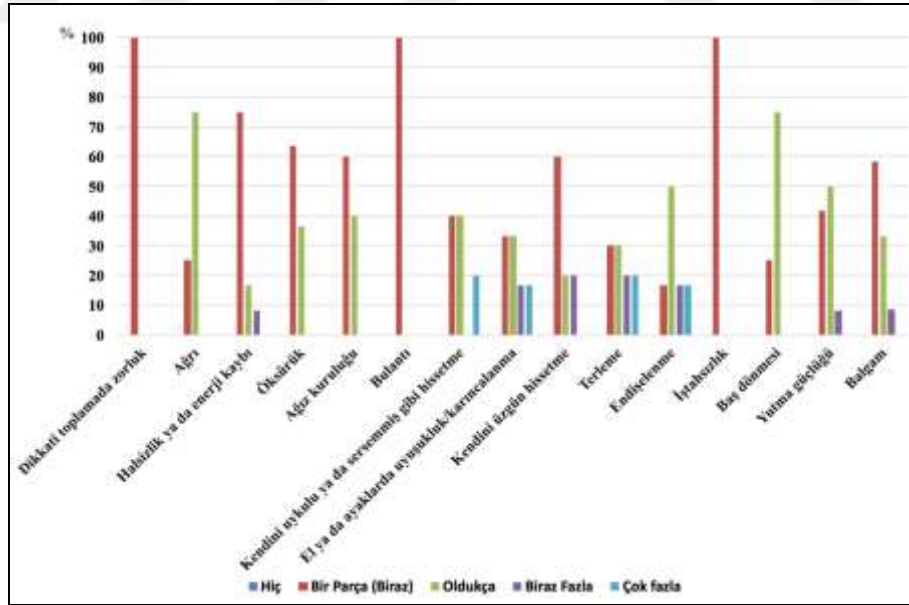
Şekil 12. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklık boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 12’de hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıklık boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.



Şekil 13. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların şiddet boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 13'te hastalarda olduktan sonra görülen semptomların şiddet boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.



Şekil 14. Hastalarda taburcu olduktan sonra görülen semptomların sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırılması

Şekil 14'te hastalarda olduktan sonra görülen semptomların sıkıntı verme boyutlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Hastaların sadece %5.2'sinin (n=4) taburcu olduktan sonra yedinci güne kadar tekrar acile başvurduğu görüldü. Başvuru nedenleri incelendiğinde üç hastanın kalsiyum düşüklüğü ve bir hastanın baş dönmesi, mide bulantısı, halsizlik semptomları ile acil başvurusu yaptığı saptandı.

Tabloda yer almamakla birlikte hastaların %88.3'ü duş alma ve pansuman hakkında taburculuk sırasında hekim tarafından bilgilendirildiklerini, tamamı (%100.0) beslenmeye ilişkin hiçbir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirilmediklerini ifade ettiler. Katılımcıların %62.3'ü kendilerine istedikleri zaman duş alabileceklerini söylediğini, %13.0'ü 10 gün sonra, %13.0'ü iki gün sonra duş alabileceklerinin söylediğini belirttiler. Duş alma konusundaki hasta yaklaşımları incelendiğinde hastaların %33.8'inin taburculuktan sonra yedinci günde duş almamış oldukları ve %23.4'ünün sadece boyunlarından aşağısını yıkadıkları saptandı. Taburcu olurken hastalara pansuman konusunda yapılan bilgilendirmeler incelendiğinde, hastaların %77.9'u kendilerine pansuman yapılmasına gerek olmadığını söylediğini belirttiler. Katılımcıların tamamı (%100.0) pansumanın kaç gün devam etmesine gerektiğine ilişkin kendilerine bilgilendirme yapılmadığını belittiler. Pansuman uygulamalarına ilişkin hasta davranışları incelendiğinde hastaların %67.5'inin pansuman yaptırmadığı, %20.8'inin evde kendi yaptığı ve %11.7'sinin her hangi bir sağlık kurumunda pansuman yaptırdığı belirlendi.

6.2. İkinci Aşama Bulguları

Bu bölümde araştırma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özelliklerine, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine, ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerine ve internet sitesini kullanım durumları ve siteye yönelik görüşlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 9. Deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=76)

Tanıtıcı Özellikler		Deney Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=40)		Toplam (n=76)		İstatistiksel Analiz p
		$\bar{X} \pm SS$ (min-max)		$\bar{X} \pm SS$ (min-max)		$\bar{X} \pm SS$ (min-max)		
Yaş		47.1±10.0 (25-68)		48.9±11.7 (21-70)		48.0±10.9 (21-70)		t=-0.708 p=0.458
Ameliyat olmak için evde beklenen süre (gün)		5.8±5.4 (1-18)		4.4±4.5 (1-20)		5.0±5.0 (1-20)		U=637.500 p=0.502
		S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet	Kadın	30	83.3	35	87.5	65	85.5	X ² = 0.266
	Erkek	6	16.7	5	12.5	11	14.5	p= 0.606
Medeni durum	Evli	32	88.9	35	87.5	67	88.2	X ² = 0.035
	Bekar	4	11.1	5	12.5	9	11.8	p=0.852
Eğitim durumu	Ortaöğretim ve altı	27	75.0	33	82.5	60	78.9	X ² = 0.641
	Lise ve üstü	9	25.0	7	17.5	16	21.1	p=0.423
Meslek	Çalışıyor	7	19.4	6	15.0	13	17.1	X ² = 0.264
	Çalışmıyor	29	80.6	34	85.0	63	82.9	p=0.607
Daha önce ameliyat olma durumu	Olan	26	72.2	25	62.5	51	67.1	X ² =0.811
	Olmayan	10	27.8	15	37.5	25	32.9	p=0.368
Tanı	Tiroid kanseri	19	52.8	15	37.5	34	44.7	X ² =1.789
	Multinodüler guatr	17	47.2	25	62.5	42	55.3	p=0.181

Tablo 9’da deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Deney grubu hastalarının yaş ortalaması 47.1±10.0, %82.5’inin kadın, %87.5’inin evli, %67.5’inin orta öğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu ve %80’inin çalışmadığı (ya da emekli) olduğu bulundu. Bu gruptaki hastaların %72.5’inin daha önce ameliyat deneyimi olduğu ve %50.0’sinin tiroid kanseri nedeniyle ameliyat olduğu belirlendi.

Kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması 48.9 ± 11.7 , %87.5'inin kadın, %87.5'inin evli, %82.5'inin orta öğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu ve %85.0'inin çalışmadığı saptandı. Yine kontrol grubu hastalarının %62.5'inin daha önce ameliyat deneyimi olduğu ve %62.5'inin multinodüler guatr tanısı nedeniyle ameliyat olduğu belirlendi. Her iki gruptaki hastaların tamamının (%100.0) total bilateral tiroidektomi olduğu ve evde bakım vericileri bulunduğu saptandı.

Deney ve kontrol grubu hastaları arasında yaş, ameliyat öncesi bekleme süresi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, daha önce ameliyat olma durumu ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).



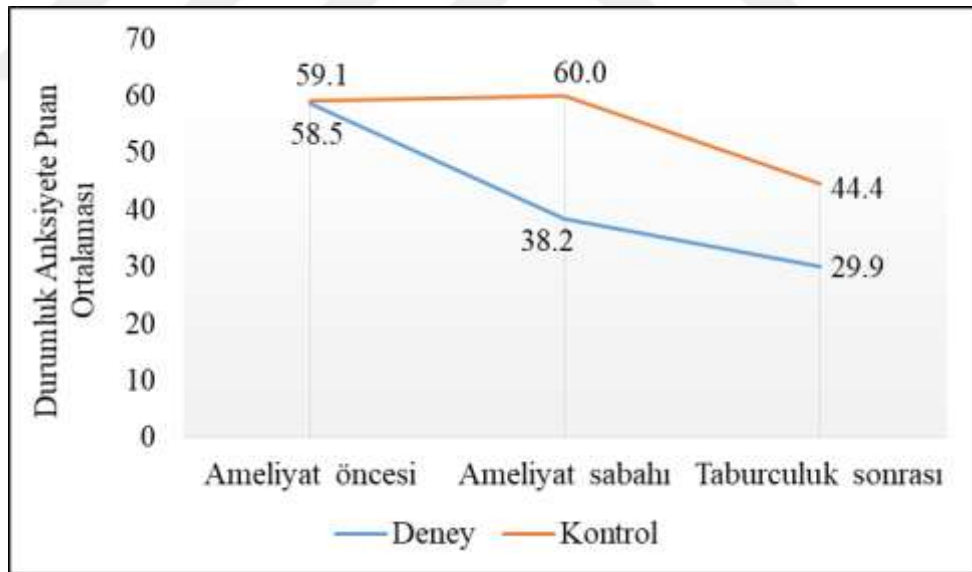
Tablo 10. Deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sürecinde anksiyete puan değişimleri

		Deney grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=40)		İstatistiksel Analiz	
SA	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)	n	$\bar{X} \pm SS$		Ortanca (IQR)
Ameliyat öncesi	36	40.0±7.3	41.0 (34-44)	40	44.3±8.0	44.0 (41.25-48.75)	t=-2.423 p=0.018
		Deney grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=40)			
DA		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)	
Ameliyat öncesi	36	58.5±9.6	61.0 (56-64)	40	59.1±8.5	61.0 (53-64)	U=712.50 p=0.938
Ameliyat sabahı	36	38.2±10.9	34.0 (30-43)	40	60.0±7.7	59.0 (55-64)	U=115.00 p=0.000
Taburcu olduktan sonra	36	29.9±9.1	28.0 (24-33)	40	44.4±13.7	44.0 (35-51)	U=258.00 p=0.000
İstatistiksel Analiz		X ² = 56.475 p= 0.000		X ² = 35.208 p= 0.000			

SA: Sürekli anksiyete, DA: durumluk anksiyete, IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler), X²: Friedman Testi

Tablo 10’da deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası farklı zamanlarda durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği ortalama puanları ve ortanca değerleri yer almaktadır.

Ameliyat öncesi deney grubu hastalarının sürekli anksiyete ölçeği puan ortalaması 40.0 ± 7.3 , kontrol grubu hastalarının ise 44.3 ± 8.0 ’dir. Gruplar arasında sürekli anksiyete yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0.018$). Deney grubu hastalarının ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması 58.5 ± 9.6 ; kontrol grubu hastalarının ise 59.1 ± 8.5 dir. Ameliyat sabahı deney grubu hastalarının durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması 38.2 ± 10.9 ; kontrol grubu hastalarının ise 60.0 ± 7.7 olup; taburcu olduktan sonra deney grubu hastalarının durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması 29.9 ± 9.1 ; kontrol grubu hastalarının ise 44.4 ± 13.7 ’dir. Durumluk anksiyete puanları açısından deney ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyattan önce anlamlı fark bulunmazken ($p=0.938$), ameliyat sabahı ($p=0.000$) ve taburcu olduktan sonraki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.000$).



Şekil 15. Deney ve kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete düzeylerindeki değişim

Şekil 15’de deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat süreci boyunca anksiyete düzeylerinde meydana gelen değişim yer almaktadır.

Tablo 11. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi, sabahı ve sonrası durumluk anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Ameliyat öncesi DAPO		Ameliyat sabahı DAPO		Ameliyat sonrası DAPO	
		Deney Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Deney Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Deney Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)
		Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)
Yaş	21-45 yaş	63.0 (60-66.5)	61.0 (53-64)	35.0 (31-40)	59.0 (55-66)	28.0 (23-34)	44.0 (39-56)
	46 yaş ve üzeri	57.0 (56-62)	61.0 (54-64.5)	34.0 (30-50)	59.0 (55-64)	28.0 (24-34)	47.0 (31-51)
İA		U=92.500 p=0.028	U=163.500 p=0.501	U=156.50 p=0.874	U=175.00 p=0.726	U=157.00 p=0.886	U=179.500 p=0.823
Cinsiyet	Kadın	61.0 (59.7-64)	61.0 (53-64)	36.0 (33-49.2)	60.0 (56-65)	28.0 (23-35.7)	47.0 (35-51)
	Erkek	59.0 (48.7-69)	63.0 (49.5-63.5)	29.0 (27-31)	55.0 (52.5-59)	28.5 (23.7-30)	39.0 (32.5-55.5)
İA		U=89.000 p=0.966	U=86.000 p=0.968	U=25.000 p=0.006	U=44.000 p=0.074	U=83.000 p=0.765	U=73.000 p=0.552
Medeni Durum	Evli	61.5 (56.2-64)	61.0 (53-64)	34.0 (30-43)	59.0 (55-64)	28.0 (23.2-33)	44.0 (35-51)
	Bekar	55.5 (37-62.5)	63.0 (55-69.5)	38.5 (30.2-57.2)	59.0 (56-65.5)	29.0 (28-36)	39.0 (34-51)
İA		U=39.500 p=0.216	U=66.500 p=0.389	U=50.500 p=0.495	U=86.000 p=0.951	U=48.000 p=0.418	U=81.500 p=0.806
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	61.0 (54.2-64)	61.0 (54-64)	34.0 (30-40)	57.0 (55-61)	28.0 (24-35.5)	44.0 (35-51)
	Hayır	61.5 (56-68)	61.0 (50-72)	36.0 (29-49.2)	60.0 (56-71)	27.0 (22.2-30)	39.0 (30-51)
İA		U=105.000 p=0.376	U=181.500 p=0.866	U=127.000 p=0.929	U=130.000 p=0.107	U=110.500 p=0.489	U=174.000 p=0.705

DAPO: Durumluk anksiyete puan ortancası, IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler), İA: İstatistiksel analiz

Tablo 11’de deney ve kontrol grubu hastalarının bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi, ameliyat sabahı ve ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortancası değerleri yer almaktadır. Deney gurubu hastalarının ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortancası değeri 21-45 yaş grubunda 63.0 (60-66.5), 46 yaş ve üzeri grupta ise 57.0 (56-62) olup; aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.028$).Yine deney grubu hastalarında ameliyat sabahı durumluk anksiyete puan ortancası değeri kadınlarda 36.0 (33-49.2), erkeklerde 29.0 (27-31) olup; aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (0.006). Tabloda yer alan diğer değişkenler incelendiğinde deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi, sabahı ve sonrası durumluk anksiyete puan ortancası değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

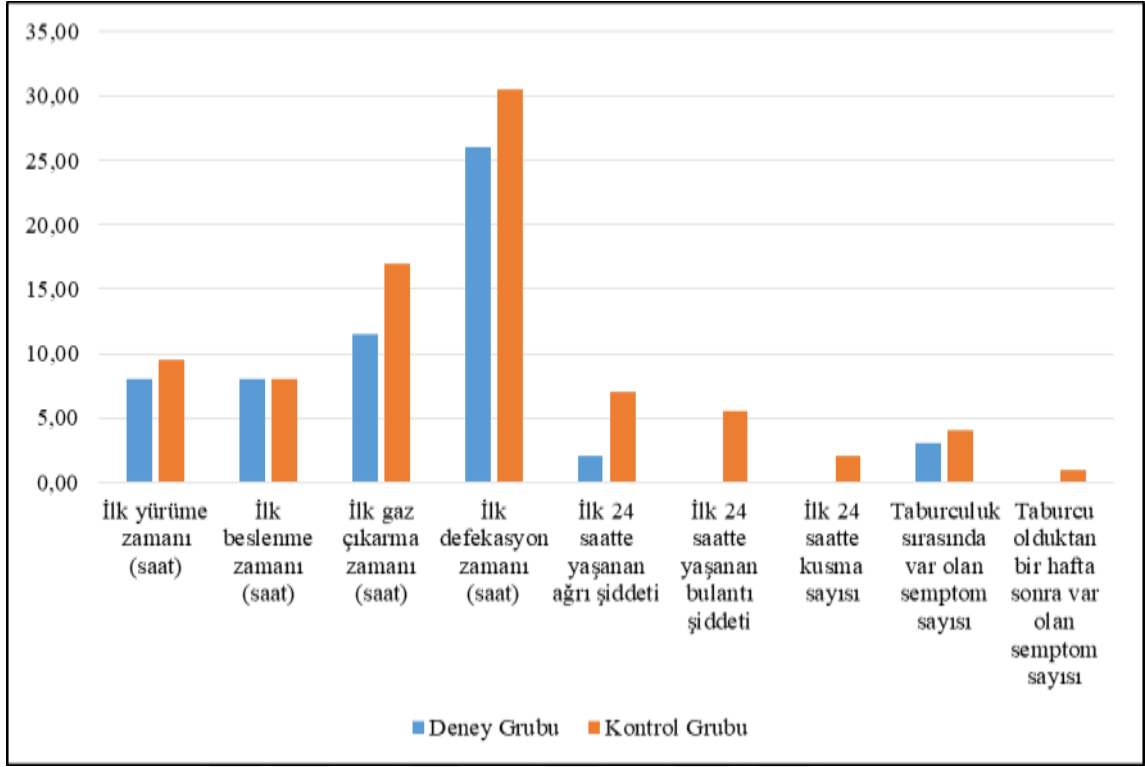
Tablo 12. Deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerinin karşılaştırılması (n=36, n=40)

Ölçütler		Deney Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Toplam (n=76)	İstatistiksel Analiz
		Ortanca(IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca(IQR)	
Ameliyathanede kalış süresi (dakika)		127.5 (120-150)	150.0 (120-180)	150.0 (120-180)	U=561.500 p=0.095
İlk yürüme zamanı (saat)		8 (7-8)	9.5 (6.25-12)	8.0 (7-11.5)	U=493.000 p=0.016
İlk beslenme zamanı (saat)		8 (8-8)	8 (8-10)	8.0 (8-9)	U=540.500 p=0.034
İlk gaz çıkarma zamanı (saat)		11.5 (8-15.75)	17 (10.5-24)	13.0 (8-20)	U=400.500 p=0.001
İlk defekasyon zamanı (saat)		26.0 (19-35)	30.5 (24-46.5)	28.0 (22.5-39.5)	U=530.500 p=0.048
İlk 24 saatte yaşanan ağrı şiddeti		2.0 (1-4)	7.0 (5-8)	5.0 (2-7)	U=227.500 p=0.000
İlk 24 saatte yaşanan bulantı şiddeti		0.0 (0-2.75)	5.5 (0-8.75)	2.0 (0-7)	U=387.000 p=0.000
İlk 24 saatte kusma sayısı		0.0 (0-1.75)	2.0 (0-3)	1.0 (0-2)	U=422.000 p=0.001
Taburculuk sırasında var olan semptom sayısı		3.0 (2-3)	4.0 (3-5)	3.0 (2-9)	U=374.000 p=0.000
Taburcu olduktan bir hafta sonra var olan semptom sayısı		0.0 (0-1)	1.0 (0-2)	0.5 (0-2)	U=475.000 p=0.006
Hastanede kalış süresi		2.0 (2-2)	2.0 (2-2)	2.0 (2-2)	U=622.500 P=0.070
		s (%)	s (%)		
Ameliyat sonrası ilk oral beslenmeyi tolere etme durumu	Evet	28 (77.8)	10 (25.0)	38 (50.0)	X ² =22.526 p=0.366
	Hayır	1 (2.8)	12 (30.0)	13 (17.1)	
	Kısmen	7 (19.4)	18 (45.0)	25 (32.9)	
İlk 24 saatte ağrı	Var	28 (77.8)	37 (92.5)	65 (85.5)	X ² = 3.318 p= 0.069
	Yok	8 (22.2)	3 (7.5)	11 (14.5)	
İlk 24 saatte bulantı	Var	17 (47.2)	29 (72.5)	46 (60.5)	X ² = 5.067 p=0.024
	Yok	19 (52.8)	5 (27.5)	30 (39.5)	

Tablo 12’de deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Ameliyat sonrası deney grubu hastaları 8 (7-8) saat; kontrol grubu hastaları 9.5 (6.25-12) saat sonra yürümeye başladı. Deney grubu hastalarının ilk beslenme zamanı ameliyattan 8 (8-8) saat sonra; kontrol grubu hastalarının 8 (8-10) saat sonra idi. Yine deney grubu hastalarının ilk gaz çıkarma zamanı ameliyattan 11.5 (8-15.75) saat sonra iken kontrol grubu hastalarının 17 (10.5-24) saattir. Deney grubu hastalarında 26 (19-35) saat; kontrol grubu hastalarında 30.5 (24-46.5) saat sonra defekasyon görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda deney ve kontrol grubu hastaları arasında; ameliyat sonrası ilk yürüme ($p=0.016$), ilk beslenme ($p=0.034$) ilk gaz çıkarma ($p=0.001$) ve ilk defekasyon ($p=0.048$) zamanı yönünden anlamlı bir fark olduğu bulundu.

Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastalarda var olan ağrının şiddeti deney grubu hastalarında 2.0 (1-4) iken kontrol grubu hastalarında 7.0 (5-8) olarak belirlendi. Deney grubu hastalarının %47.2 ($n=17$)’inde bulantı görüldüğü ve var olan bulantı şiddetinin ortancasının 0.0 (0-2.75); kontrol grubu hastalarının ise %72.5 ($n=29$)’inde bulantı görüldüğü ve şiddetinin ortancasının 5.5 (0-8.75) olduğu belirlendi. Deney grubu hastalarının kusma sayısı ortancası 0.0 (0-1.75) iken kontrol grubu hastalarının 2.0 (0-3) idi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda deney ve kontrol grupları arasında ilk 24 saatte yaşanan ağrı şiddeti ($p=0.000$), bulantı varlığı ($p=0.024$) ve var olan bulantının şiddeti ($p=0.000$) ve kusma sayısı ($p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı.

Taburculuk sırası ve sonrası yapılan incelemede deney grubu hastalarının taburculuk sırasında var olan semptom sayısı ortancası 3.0 (2-3), taburculuk sonrası ortancası 0.0 (0-1); kontrol grubu hastalarında ise taburculuk sırasında var olan semptom sayısı ortancası 4.0 (3-5) ve taburculuk sonrası ortancası 1.0 (0.2) olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda deney ve kontrol grupları arasında taburculuk sırasında ve sonrasında var olan semptom sayıları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0.000$, $p=0.006$). Ameliyathanede kalma süresi, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası ilk beslenmeyi tolere etme durumu ve ameliyat sonrası ilk 24 saatte ağrı görülme durumu yönünden deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).



Şekil 16. Deney ve kontrol grubu hastalarının erken dönem iyileşme ölçütleri

Şekil 16’da deney ve kontrol grubu hastalarının erken dönem iyileşme ölçütleri karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 13. Deney grubu hastalarının arayüzleri kullanım durumları (n=36)

Arayüz içeriği	Her bir arayüzü tıklayan hasta sayısı	İnternet sitesinin her bir konusunun kullanım süresi (saniye)		İnternet sitesindeki her bir arayüzün tıklanma sayısı	
	n (%)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)
Ameliyatın nasıl yapıldığını görmek için tıklayınız	27 (75.0)	134.1±129.5	95.0 (63.0-147.0)	1.8±1.1	1.0 (1-2)
Ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim	27 (75.0)	131.1±94.4	99.0 (68.0-176.0)	1.7±1.0	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrası solunum egzersizi	25 (69.4)	143.9±139.2	103.0 (32.0-191.5)	1.3±0.5	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrası nasıl beslenmeliyim	22 (61.1)	47.4±36.3	36.0 (25.5-58.5)	1.3±0.6	1.0 (1-2)
Ya ameliyattan sonra uyanamazsam	21 (58.3)	61.1±58.2	44.0 (20.0-77.0)	1.2±0.5	1.0 (1-1.5)
Ameliyat sonrası yatak içinde pozisyonum nasıl olmalı?	21 (58.3)	37.7±31.8	30.0 (15.0-51.0)	1.2±0.5	1.0 (1-1.5)
Ne zaman kontrole gelmeliyim?	21 (58.3)	28.9±39.8	12.0 (8.5-29.0)	1.5±0.8	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrasında boğaz ağrısı, gıcık, balgam ve yutkunma güçlüğüm olursa ne yapmalıyım	20 (55.5)	101.5±94.0	94.0 (29.7-140.0)	1.8±0.8	2.0 (1-2)
Hipokalsemi	20 (55.5)	90.4±80.5	64.0 (39.0-133.5)	1.0±0.2	1.0 (1-1)
Dren takılı iken nelere dikkat etmeliyim	20 (55.5)	36.3±23.4	36.3 (18.2-51.5)	1.3±0.5	1.0 (1-2)
Hastanede ne kadar kalırım	20 (55.5)	22.4±14.2	22.0 (10.0-29.7)	1.2±0.4	1.0 (1-1.7)
Dren nedir	19 (52.7)	95.0±126.6	63.0 (35.0-111.0)	1.3±0.4	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrasında ağız kuruluşum olursa ne yapmalıyım	19 (52.7)	71.4±64.8	56.0 (34.0-85.0)	1.4±0.6	1.0 (1-2)
Dikişlerim ne zaman alınacak	19 (52.7)	48.4±35.1	36.0 (26.0-77.0)	1.7±0.8	2.0 (1-3)
Ne zaman yemeye başlayacağım	19 (52.7)	41.3±36.7	29.0 (15.0-63.0)	2.1±1.2	2.0 (1-3)
Ses kısıklığı	18 (50.0)	127.5±115.8	65.0 (40.0-178.0)	1.3±0.4	1.0 (1-2)
Ameliyathanede neler yaşayacağım	18 (50.0)	77.4±62.2	56.0 (43.5-89.7)	1.2±0.5	1.0 (1-1.2)
Ameliyat sonrasında halsizlik/enerji kaybı yaşarsam ne yapmalıyım	18 (50.0)	52.9±50.2	41.5 (20.2-67.0)	1.6±0.7	1.0 (1-2)
Ne zaman günlük ev işlerime dönebilirim	18 (50.0)	36.7±19.5	32.5 (24.0-47.2)	1.3±0.6	1.0 (1-2)

Tablo 13. (Devamı)

Nasıl uyutulacağım ve ameliyatı duyacak mıyım	17 (47.2)	74.8±42.2	67.5 (48.2-95.0)	1.1±0.3	1.0 (1-1)
Ameliyat sonrası ağrım olursa neler yapmalıyım	17 (47.2)	57.4±98.6	30.0 (21.5-41.5)	1.2±0.4	1.0 (1-2)
Ameliyat olmak için hastaneye geldiğimde nelerle karşılaşacağım	17 (47.2)	52.2±56.0	26.0 (10.5-89.5)	1.4±0.7	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrasında terlemem olursa ne yapmalıyım	17 (47.2)	32.6±36.0	14.0 (10.5-50.0)	1.5±0.7	1.0 (1-2)
Ameliyattan sonra hastalığım tekrarlar mı	17 (47.2)	31.1±18.1	30.0 (20.0-40.0)	1.7±0.9	2.0 (1-2)
Ne zaman duş alabilirim	17 (47.2)	20.4±45.8	26.0 (19.5-74.0)	1.2±0.4	1.0 (1-2)
Ameliyat sonrası öksürük egzersizi	16 (44.4)	118.6±121.2	71.0 (134.7-157.7)	1.2±0.5	1.0 (1-1)
Ameliyat sonrası ilk kez nasıl ayağa kalkacağım	16 (44.4)	72.1±57.9	59.0 (40.0-72.7)	1.5±0.8	1.0 (1-2)
Kanama	16 (44.4)	42.0±34.5	31.5 (23.2-44.2)	1.1±0.5	1.0 (1-1)
Ameliyat sonrasında bulantı, kusma yaşarsam ne yapmalıyım	15 (41.6)	102.4±122.7	59.0 (37.0-94.0)	1.9±1.0	2.0 (1-3)
Evde kendim pansuman yapabilir miyim	14 (38.8)	30.5±45.0	15.0 (8.7-35.2)	1.2±0.7	1.0 (1-1)
Ne zaman cinsel hayata başlayabilirim	13 (36.1)	64.6±72.4	27.0 (9.0-133.5)	2.7±5.8	1.0 (1-1)
Ameliyat sonrası herhangi bir sorun yaşadığımda kime nasıl ulaşabilirim	13 (36.1)	38.1±29.1	33.0 (14.5-55.0)	1.2±0.5	1.0 (1-1)
Enfeksiyon	12 (33.3)	62.2±50.1	54.5 (24.0-77.0)	1.4±0.9	1.0 (1-1.7)
Tiroid kanseri nedir	11 (30.5)	56.8±49.1	43.0 (20.0-69.0)	1.4±0.9	1.0 (1-2)
Kimler ameliyat olmalıdır	11 (30.5)	42.2±51.0	22.0 (11.0-50.0)	1.0±0.3	1.0 (1-1)
Radyoaktif iyot tedavisi nedir	10 (27.7)	120.1±71.6	115.5 (56.7-185.0)	1.2±0.6	1.0 (1-1)
Tiroidektomi nedir	9 (25.0)	70.4±86.6	34.0 (10.0-125.0)	1.1±0.3	1.0 (1-1)
Tiroid bezi nedir	9 (25.0)	41.6±39.8	25.0 (17.5-64.5)	1.0±0.0	1.0 (1-1)
Ne zaman araba kullanabilirim	9 (25.0)	22.0±13.1	19.0 (10.0-33.0)	1.2±0.4	1.0 (1-1.5)
Tiroid bezinin fazla çalışması (hipertiroidi) nelere sebep olur	6 (16.6)	57.5±38.3	65.5 (16.5-92.0)	1.1±0.4	1.0 (1-1.2)
Tiroid bezinin az çalışması (hipotiroidi) nelere sebep olur	5 (13.8)	52.8±85.2	16.0 (11.0-113.0)	1.8±1.3	1.0 (1-3)

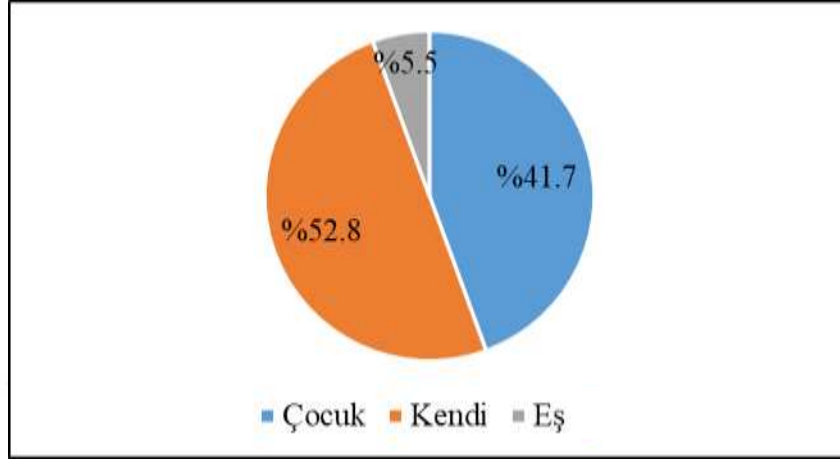
Deney grubu hastalarının internet sitesinin her bir arayüzünü kullanım durumları Tablo 13'te yer almaktadır. Kullanıcılar tarafından açılan ilk üç arayüz incelendiğinde; kullanıcıların %75.0'sinin (n=27) “ameliyatın nasıl yapıldığını görmek için tıklayınız” ve “ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim”, %69.4'ünün (n=25) “ameliyat sonrası solunum egzersizi” ve %61.1'inin (n=22) “ameliyat sonrası nasıl beslenmeliyim” arayüzlerini açtığı saptandı. En çok zaman geçirilen ilk üç arayüz ise “ameliyat sonrası solunum egzersizi” (143.9 ± 139.2), “ameliyatın nasıl yapıldığını görmek için tıklayınız” (134.1 ± 129.5) ve “ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim?” (131.1 ± 94.4) şeklinde sıralanmaktadır. Bunların yanı sıra her bir arayüzün açılma sayısı incelendiğinde; “ne zaman cinsel hayata başlayabilirim” (2.7 ± 5.8), “ne zaman yemeye başlayacağım?” (2.1 ± 1.2) ve “ameliyat sonrasında bulantı, kusma yaşarsam ne yapmalıyım?” (1.9 ± 1.0) ilk üçte yer alan arayüzlerdir.

Tablo 14. Deney grubu hastalarının internet sitesinin özelliklerine ilişkin düşünceleri (n=36)

Görüşler	Evet		Kısmen	
	S	%	S	%
Resimler kolaylıkla anlaşılıyor	36	100.0	-	-
Resimlerin boyutu iyi	35	97.2	1	2.8
Resimlerin rengi uygun	35	97.2	1	2.8
Resimlerin sayısı yeterli	31	86.1	5	13.9
Kullanılan yazı tipleri okumayı kolaylaştırıyor	35	97.2	1	2.8
Kullanılan yazı büyüklükleri okumayı kolaylaştırıyor	35	97.2	1	2.8
Arka plan rengi okumayı kolaylaştırıyor	35	97.2	1	2.8
İstek ve ihtiyaçlar arayüzlere doğru şekilde yerleştirilmiş	29	80.6	7	19.4

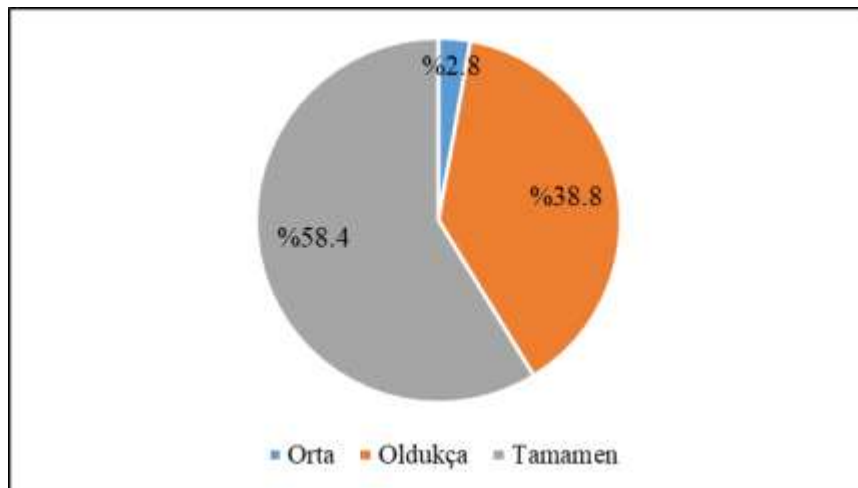
Deney grubu hastalarının internet sitesinin özelliklerine ilişkin görüşleri Tablo 14'te yer almaktadır. Hastaların tamamı (%100.0) sitede yer alan resimlerin kolaylıkla anlaşıldığını, %97.2'si boyutlarının iyi ve renklerinin uygun olduğunu ve %86.1'i sayılarının yeterli olduğunu belirttiler. Katılımcıların %97.2'si kullanılan yazı tipi, boyutu ve arka plan renginin okumayı kolaylaştırdığını ifade ettiler.

Hastaların %80.6'sı istek ve ihtiyaçların arayüzlere doğru yerleştirildiğini belirttiler. Bu tabloda yer alan sorulara hayır yanıtı veren hasta bulunmamaktadır.



Şekil 17. Deney grubu hastalarının internet sitesini kullanım şekilleri

Deney grubu hastalarının (n=36) %52.8'si sitesini kendisi kullanırken; %41.7'sinin çocuğundan ve %5.5'sinin eşinden yardım aldığı belirlendi (Şekil 17). Tablolarda yer almamakla birlikte yapılan istatistiksel analiz sonucunda internet sitesini kullanmada yardım alma ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkin bulunmadığı saptandı (p=0.128).



Şekil 18. İnternet sitesinin deney grubu hastalarının bilgi gereksinimi karşılama durumu

Deney grubu hastalarının %58.4'ü (n=21) internet sitesinin bilgi gereksinimlerini tamamen karşıladığını, %38.8'i (n=14) oldukça karşıladığını ve %2.8'i (n=1) orta düzeyde karşıladığını ifade ettiler (Şekil 18).

Tablolarda yer almamakla birlikte deney grubu hastalarının %22.2'si (n=8) internet sitesi kullanırken aynı zamanda başka yerden bilgi aradıklarını belirttiler. İnternet sitesinde bulunmayan ve eklenmesi istenen konuların ameliyat sonrası ilaç kullanımı (%50.0), patoloji sonucuna ilişkin detaylı bilgi (%25.0), görüntüleme yöntemleri (%12.5), tiroid kanserine ilişkin daha detaylı bilgi (%25.0), uyku problemi (%12.5) şeklinde olduğu saptandı.

Katılımcıların internet sitesine ilişkin görüşleri aşağıdaki yer almaktadır.

- Çok beğendim, çok güzel bir site. Hepsini okuduk, halen kullanıyoruz.
- Taburculuk sırasında kimseye soru sorma ihtiyacı duymadım, çünkü sorularımın cevaplarının hepsinin sizin sitesinde olduğunu biliyordum.
- Siteyi kullandıktan sonra ameliyatımın kolay bir ameliyat olduğunu düşündüm.
- Hemşire olduğunuz için bilgilerin güvenilirliğinden ve doğruluğundan hiç şüphe duymadım.
- Özellikle dreni öğrenmek çok iyi oldu. Dolunca ya da şişince hemen haber vermem gerektiğini biliyordum,
- Çok rahatlatıcıydı. Uyanırken neler yaşayacağımı bildiğim için çok rahat uyudum ve uyandım.
- Soru-cevap şeklinde olması çok güzeldi.
- Evde beklerken mesaj attığımda ulaşabileceğim birinin olduğunu bilmek çok rahatlatıcı.
- Çok kullanışlı ve özveri ile hazırlanmış bir site.

İnternet sitesi aracılığı ile dokuz hasta 12 soru sordu. Soruların genellikle ameliyat sonrasına ilişkin pozisyon, egzersiz, ağrı, yara bakımı, ameliyatı süresi ve komplikasyon, ameliyat öncesi iletişim, ilaç kullanımı ve uyku sorununa ilişkin olduğu saptandı. Hastaların soruları aşağıdaki gibidir.

1. Doktorum bana boynunu geriye esnetme ameliyat yerin esnemesin dedi. Bende öne doğru duruyorum. İyileştikten sonra esnettiğimde sorun yaşarmıyım acaba?
2. Gösterdiğiniz yatış pozisyonundayken evdeki yatakta rahatsız oldum. Sola ya da sağa dönerek yatmamda bir problem olur mu?
3. Grip oldum gibi aşırı değil ama arada hapşıırıyorum ve hapşırdığımda boğazım çok acıyor yırtılıyor resmen. Sorun teşkil eder mi?
4. Solunum egzersizini ameliyattan ne kadar süre sonra yapmak gerekiyor?
5. Ameliyattan çıktığım andan beri uyuyamıyorum ne yapmalıyım?
6. Alkol kullanmaya ne zaman başlarım?
7. Beni henüz kimse aramadı ve iletişim için telefon bulamadım. Yardımcı olurmusunuz? 29 Ocak ameliyat günüm.
8. Merhaba ben esmax 20mg ve euthyrox 100 mcg kullanmaktayım. Ameliyat gününden kaç gün önce ilaçlarımı bırakabilirim acaba?
9. Ameliyat sonrası boyun bölgemde ağrı yaşıyorum normal mi?
10. Sürekli kullanmam için verilen tiroid ilacını nasıl kullanmalıyım?
11. Hastanede iki gün kalınacağı yazıyor, buradaki bilgileri mi esas almamız gerekir yoksa ameliyata göre farklılık arz edebilir mi?
12. Ameliyat sonuçta ama zorluk derecesi nedir kaç saat sürebilir. Bu konuda da bilgi verirseniz memnun olurum.

7. TARTIŞMA

Cerrahi hastalarının bir çoğu ameliyat reddine neden olacak düzeyde anksiyete yaşayabilmektedirler (29). Ameliyat sürecine ilişkin hastalara verilen bilgi ve eğitiminin anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir (77). Günümüzde gelişen teknoloji ile hasta eğitimi sözel ya da yüz yüze eğitimden multimedya tabanlı eğitime dönüşmüştür. Özellikle internet temelli eğitimler günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır. Çalışmada öncelikle tiroidektomi hastalarının bilgi gereksinimleri ve yaşadıkları semptomlar belirlendi. Daha sonra tiroidektomi olan hastalar bu bilgilere dayalı olarak oluşturulan internet sitesi aracılığıyla eğitildi. Çalışma bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı.

İki aşamadan oluşan çalışmanın ilk aşamasında hastaların bilgi gereksinimleri ve semptomları saptandı. Çalışmamızda hastaların ameliyat öncesi en çok ses kısıklığı ve tedavisi, tanı ve anesteziye ilişkin konular hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu görüldü. Çalışmamızda taburcu olurken hastaların yarısının duş alma zamanını merak ettiği, yaklaşık üçte ikisinin de günlük yaşam aktivitelerine dönme süreleri ve yara iyileşmesine ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğu saptandı. Temiz ve arkadaşlarının çalışmamıza benzer şekilde tiroidektomi hastaları ile yaptığı çalışmada hastalar genel olarak tedavi ve komplikasyonlara ilişkin yara bakımı, ameliyatın yaşamları üzerindeki etkileri ve ilaç kullanımı ile ilgili konuları merak etmişlerdir (157). Farklı cerrahi hastaları ile yapılan benzer çalışmalarda ilaç kullanımı, günlük yaşam aktivitelerine dönüş, tedavi ve komplikasyonların cerrahi hastalarının en çok merak ettikleri konular arasında olduğu görülmüştür (171-174). Ameliyat türü fark etmeksizin hastaların cerrahiye özgü merak ettikleri ortak konuların olduğu ve ameliyat olan her grup hastada bilgi gereksiniminin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi bilgi kaynaklarının; aynı ameliyatı olmuş hasta, internet, cerrah, arkadaş ve hemşire olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda öncelik sıralaması farklı olmakla birlikte, internetin bilgi alınan kaynaklar arasında olduğu belirlenmiştir (22, 29, 111, 175-178). Geçmişte bilgi kaynağı olan hekim ve hemşirenin yerini internet almaya başlamıştır. Bu nedenle hasta bilgilendirmesi yapılırken bu eğilim dikkate alınmalıdır. Doğru bilgiye erişim için bu bilgi kaynağı sağlık ekibi üyeleri tarafından yönetilmelidir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı bilgi kaynaklarından elde ettikleri bilginin, gereksinimlerini kısmen karşıladığını ifade ettiler. Ertürk ve arkadaşlarının çalışmalarında da benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunun internetten edindikleri bilgiye kısmen güvendikleri saptanmıştır (22).

Hastaların tiroidektomi sonrası taburcu olurken var olan ilk beş semptomunun; yutma güçlüğü, ağrı, öksürük, halsizlik ya da enerji kaybı ve ağız kuruluğu olduğu; taburculuktan bir hafta sonra ise bu sıralamanın yutma güçlüğü, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı, öksürük ve terleme şeklinde değiştiği görülmektedir. Hastalarda bir hafta sonra devam eden semptomlar olmasına karşın önceliği değişen ya da ortaya çıkan yeni semptomların olması hastaların ameliyat sonrası izlemlerinin yapılmasının önemini ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra hastalarda taburculuk sonrası ve sonrası sadece var olan semptomların değil, semptomların sıklık, şiddet ve sıkıntı verme düzeylerinin de değiştiğini göstermektedir. Bu durum, hasta yaklaşım ve bakım planlamalarında var olan semptomun yanı sıra, bu semptomun hasta üzerindeki etkisi ve hastanın semptom algısındaki kısa ve uzun süreli değişimlerin de incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Park ve arkadaşları tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1., 3., 6., ve 12. aylarda yutma güçlüğüne karşılaştırıldığı bir çalışmada, takip süresince yutma güçlüğü azalma görüldüğü belirlenmiştir (179). Her ne kadar ameliyat sonrası uzun dönemde yutma güçlüğü iyileşme olsa da bir yıl sonra dahi ameliyat öncesi döneme kıyasla tam bir iyileşme olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda da benzer şekilde yutma güçlüğüne ilk sıradaki komplikasyon olması göz önüne alındığında hastaların uzun süre takip edilmesinin ve iyileşme sürecindeki değişikliklere yönelik girişimlerin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastalara hekim tarafından taburcu olduktan sonra istedikleri zaman düş alabilecekleri söylenmesine karşın çoğunluğunun taburcu oluktan yedi gün sonra düş aldıkları saptandı. Yine benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğu kendilerine pansuman yaptırmalarına gerek olmadığını söylenmiş olduğunu ifade etmelerine karşın yaklaşık yarısının evde ya da sağlık kuruluşunda pansuman yaptırdığı saptandı. Hastaya yapılan bilgilendirme ile hastaların yaptıkları arasındaki farklılıklar taburculuk eğitiminin yeterli ya da etkin olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmanın ilk aşamasında elde edilen veriler ikinci aşamada oluşturulacak internet sitesinin içeriğini belirlemek için kullanıldı. Böylece oluşturulan internet sitesinin, literatür bilgisi ötesinde tamamen hasta gereksinimine dayalı olmasını sağladı. Ayrıca çalışmanın bu aşaması literatüre tiroidektomi olan hastaların bilgi gereksinimleri ve yaşadıkları semptomlara ilişkin bilimsel bilgi kazandırdı. Bunun yanı sıra bu aşama sonuçlarının tiroidektomi olan hastalar için gelecekte planlanacak çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde internet sitesi aracılığı ile yapılan bilgilendirmenin hastaların anksiyete ve erken dönem iyileşme ölçütlerine etkisini kapsayan çalışmanın ikinci aşamasına ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar sosyodemografik özellikleri yönünden benzerdir. Kontrol grubu hastalarının sürekli anksiyete düzeylerinin deney grubundan daha yüksek olduğu saptandı. Sürekli anksiyete düzeyleri yüksek olan bireylerin duruma bağlı anksiyete puanlarının da yüksek olması beklenir. Ancak her iki gruptaki hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır. Bu sonuç, sürekli anksiyete puan farkının araştırmaya katılan bireylerin durumluk anksiyetelerini etkilemediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, ameliyat sabahı ve taburcu olduktan bir hafta sonra deney grubu hastalarının durumluk anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan düşük olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olduğu belirlendi. Deney grubu hastalarının bilgi ihtiyaçlarının karşılanmış olması, hemşire ile sürekli iletişim halinde olabilmeleri ve bunlara bağlı olarak kendilerini daha rahat hissetmeleri nedeni ile anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu söylenebilir. Literatürde ameliyat öncesi etkin bilgilendirme ve eğitimin hastaların cerrahiye bağlı yaşadıkları anksiyeteyi azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (22, 180). Araştırmamızda sadece ameliyat sabahı yaşanan anksiyeteyi cinsiyetin etkilediği belirlendi. Ameliyat sabahı cinsiyet dışındaki değişkenler ve ameliyat sonrası yaş, cinsiyet, medeni durum ve daha önce ameliyat olma durumunun her iki grup için anksiyeteyi etkileyen değişkenler olmadığı belirlendi.

Çalışmamızda ameliyat sonrası ilk yürüme, ilk beslenme, ilk gaz çıkarma, ilk defekasyon, ilk 24 saatte yaşanan ağrının şiddeti, bulantı varlığı ve var olan bulantının

şiddeti, kusma sayısı, taburculuk sırasında var olan semptom sayısı ve taburculuktan bir hafta sonra var olan semptom sayıları yönünden deney ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, çalışmada kullanılan yöntemin erken dönem iyileşme ölçütlerini olumlu etkilediğini göstermektedir. Ameliyat sonrası beslenmeye erken başlamanın bağırsak motilitesini artırdığı bilinmektedir (167). Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme ile kontrol grubuna göre daha erken beslenmeye ve yürümeye başlayan deney grubu hastalarının bağırsak hareketlerinin daha erken başladığı; buna bağlı olarak defekasyon ve gaz çıkarma sürelerinin kısalacağını söyleyebiliriz. Bununla birlikte deney ve kontrol grupları arasında ameliyat sonrası ağrı yönünden farklılık olmamasına rağmen, var olan ağrının şiddeti yönünden farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubu hastaları ağrılarının daha şiddetli olduğunu ifade ettiler. Yapılan bilgilendirmenin ağrıyı ortadan kaldıramadığı ancak ağrının hasta üzerindeki etkilerini azaltabildiği söylenebilir. Hastalara ağrıya ilişkin bilgi ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin öğretilmiş olmasının, hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetimlerini kolaylaştırdığı; buna bağlı olarak ağrının şiddetinin azalmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir. Yine yapılan çalışmalarda da, ameliyat öncesi yaşanan anksiyetenin ameliyat sonrası iyileşme, semptom gelişimi, ağrı, bulantı ve kusma üzerine etkisi olduğu; ameliyat öncesi anksiyetesi düşük olan bireylerin ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin de düşük olduğu belirtilmektedir (10, 39, 166, 181). Çalışmamızda da deney grubu hastalarının ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olma nedeninin anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine çalışmamızda deney ve kontrol grubu arasında ameliyat sonrası ortaya çıkan bulantı, kusma, taburculuk sırası ve sonrası semptom varlığı yönünden farklılık olduğu; deney grubu hastalarının bulantı, kusma oranları ile taburculuk sırası ve sonrası semptom sayılarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptadı. Bu sonuçların literatürle uyumlu şekilde ameliyat öncesi anksiyete düzeyindeki farklılık nedeni ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Deney grubundaki hastaların erken dönem iyileşme ölçütlerinin daha olumlu olmasına karşın gruplar arasında hastanede kalış süresi yönünden bir farklılık olmadığı saptandı. Bu sonuç kullanılan yöntemin hastanede kalış süresini etkilemediğini düşündürülebilir. Ancak çalışmanın yürütüldüğü hastanede hastanın iyileşme durumu göz önüne alınmaksızın tiroidektomi olan hastalar ortalama iki gün hastanede

yatmaktadırlar. Bu nedenle deney grubu hastaları ameliyat sonrası birinci günde taburcu edilebilecek durumda olmalarına rağmen protokol gereği taburcu edilmediler.

Deney grubu hastalarının internet sitesinde en çok “ameliyatın nasıl yapıldığını görmek için tıklayınız” ve “ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim” arayüzlerini açtığı belirlendi. Günümüzde hastalar çoğunlukla ameliyat sabahı hastaneye yatmaktadır. Bu nedenle ameliyat öncesi hasta eğitimi çoğunlukla yapılamamakta ve hasta hazırlıksız olarak ameliyata girmektedir. Hastaların özellikle “ameliyat olmak için evde beklerken nelere dikkat etmeliyim” bölümündeki bilgileri araştırmış olması ameliyat öncesi hazırlık adına sevindirici bir sonuçtur.

Deney grubu hastalarının açtıkları arayüzler arasında en çok “ameliyat sonrası solunum egzersizi” bölümünde zaman geçirdikleri saptandı. Özellikle genel anestezi uygulanan hastalarda fonksiyonel rezidüel kapasitedeki azalmaya bağlı olarak atelektazi görülebilmektedir. Atelektazi, sekresyonların atımını zorlaştırarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Tüm bunlara bağlı olarak hastalar, ameliyat sonrası solunum sistemi sorunları, pnömoni ve ölüm gibi sonuçlar ile karşılaşabilirler (182-184). Solunum egzersizlerinin ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek solunum komplikasyonları önlemede ve vital kapasiteyi artırmada etkili olduğu bilinmektedir (182, 185, 186). Solunum egzersizlerinin fizyolojik parametreler üzerindeki etkilerinin yanı sıra anksiyete üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (187-189). Bu doğrultuda hastaların özellikle solunum egzersizleri arayüzünde daha çok zaman geçirmiş olmalarının solunum sistemine ilişkin ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesine önemli katkı sağlayabileceği söylenebilir.

Deney grubu hastaların tamamı internet sitesinde yer alan resimlerin anlaşılır olduğunu ifade ettiler. Bunun yanı sıra katılımcıların tamamına yakını sitede yer alan resimlerin boyutlarının iyi ve renklerinin uygun olduğunu, kullanılan yazı tipi, boyutu ve arka plan renginin okumayı kolaylaştırdığını, istek ve ihtiyaçların arayüzlere doğru yerleştirildiğini belirttiler. Kullanıcı dostu programların hedef kitleye ulaşabilecek donanımda, kullanılabilir, pratik ve verimliliği artırabilir özellikte olması gerektiği belirtilmektedir (168). Hastaların siteye ilişkin görüşleri sitenin “*kullanıcı dostu*” bir iletişim aracının taşınması gereken bu özellikleri taşıdığını göstermektedir.

Deney grubu hastalarının yaklaşık yarısı siteyi kendisinin; diğer yarısının ise çocuğundan ya da eşinden yardım alarak kullandığı belirlendi. Teknoloji ile ilişki bir yöntemin kullanımında eğitim durumunun etkili olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle eğitim düzeyi düşük bireylerin siteyi kullanabilmek için ailelerinden yardım alması beklenebilir. Ancak çalışmamızdaki hastaların internet sitesini kullanmak için yardım alma durumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Bu sonuç sitenin eğitim durumu ile ilişkili olmaksızın, her eğitim düzeyindeki birey tarafından kullanılabilir olduğunu da göstermektedir. Siteyi aileleri ile birlikte kullanan hastaların bu bilgileri aileleri ile paylaşmak istedikleri ya da aile üyelerinin sitedeki bilgileri okumak için istekli oldukları düşünülebilir. Her iki durumda da sitenin dolaylı olarak hasta-aile iletişimini artırdığını ve aile üyelerinin site aracılığı ile hastaların öz bakımlarına katılmak üzere hazırlanmış olduğunu söyleyebiliriz. Aile desteğinin ameliyat çıktıları üzerine önemli etkilerinin olduğu, ameliyat sürecini kolaylaştırdığı, komplikasyon oranlarını azalttığı, kortizol düzeyini düşürdüğü, immün sistemi güçlendirdiği ve hızlandırmayı iyileştirdiği literatürde yer almaktadır (41, 153, 190, 191).

Çalışmamızda deney grubu hastaların yaklaşık yarısı internet sitesinin bilgi gereksinimlerini *tamamen* ve yarısına yakını da *oldukça* karşıladığını ifade ettiler. Bu durum sosyo-kültürel yapı ile ilişkilendirilebilir. Bireylerin tutum ve davranışları sosyo-kültürel yapıdan önemli ölçüde etkilenmektedir. Özellikle sosyal statü, roller, değer yargısı, eğitim düzeyi ve dini inanış gibi faktörler bireylerin karşısındaki birey ya da gruptan beklentisini şekillendirebilmektedir (192). Çalışmanın yürütüldüğü hastaneye başvuran hastaların bahsedilen sosyo-kültürel faktörlerle ilişkili olarak sağlık profesyonellerinden bakım ya da bilgilendirmeye yönelik beklentilerinin düşük olması olasıdır. Hastaların siteye yönelik değerlendirmelerinin içinde olumsuz/yetersiz ifade olmamasının nedeni bu şekilde bir uygulama ile ilk kez karşılaşmaları olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar ameliyat sonrası ilaç kullanımı, tiroid kanseri ve patoloji sonucuna ilişkin detaylı bilgi, görüntüleme yöntemleri ve uyku problemlerine ilişkin bilgilerin siteye eklenmesini istemişlerdir. Site, her ne kadar ön çalışma ya da literatür doğrultusunda oluşturulmuş olsa da ameliyat olmak bireysel bir deneyimdir. Her hastanın endişesi, beklentisi ve merak konusu farklıdır. Bu doğrultuda siteye

eklenmesi istenen konuların, katılımcıların bireysel özellikleri ve beklentileri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat olmak hastada korku ve endişe ortaya çıkarmakta; yaşanan bu korku anksiyeteye neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak, hastada fizyolojik ve psikolojik semptomlar ortaya çıkmakta, ameliyat sonrası komplikasyon oranları artmakta, iyileşme süreci yavaşlamakta ve ameliyat sürecinin yönetimi zorlaşmaktadır. Ameliyat öncesi anksiyetenin temel nedeninin bilgi eksikliği olduğu; ameliyat öncesi eğitimle var olan anksiyetenin azaltılabileceği bilinmektedir. Hastalar bilgi gereksinimlerini gidermek için farklı kaynaklardan bilgi arama davranışı göstermektedirler. Günümüzdeki teknolojik gelişmelere bağlı olarak hastaların bilgi arama davranışları değişmiş; bilgi kaynakları yazılı materyallerden elektronik materyallere dönüşmüştür. Hastalar özellikle internetten sağlıkla ilgili bilgi arama davranışı göstermektedirler. Ancak yanlış adreslerden yapılan aramalar bilgi gereksinimini gidermenin aksine olumsuz ve istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu doğrultuda hasta ile en çok iletişim halinde olan hemşire başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin hasta eğitimlerinin yön değiştirmesi ve çağımıza uygun yöntemler ile yapılması kaçınılmazdır. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan internet tabanlı eğitimlerin genellikle kronik hastalıklara özgü ya da ameliyat sürecinin bir bölümünü kapsayan nitelikte olduğu tespit edilmiştir (170, 193, 194). Bu doğrultu da çalışma, ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk sonrası olmak üzere ameliyat sürecini tüm yönlerini ile alan bir internet tabanlı eğitim aracı özelliği taşımakta ve H₁ hipotezlerini doğrulamaktadır. Ayrıca internet tabanlı eğitimin hemşire tarafında yapılıyor olması ve hasta-hemşire ilişkisini artırır nitelikte olması perioperatif dönemde anahtar rol alan hemşirenin eğitici rolünü görünür kılmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

İlk aşama sonuçları;

- Hastaların yaş ortalaması 50.9 ± 10.71 , çoğunluğu kadın, evli ortaöğretim ya da altı eğitime sahip, çalışmamakta, tiroid kanseri ya da multinodüler guatr tanısı bulunmaktadır.
- Hastaların ameliyat öncesi özellikle ses kısıklığı ve tedavisi, tanıya ilişkin konular ve anesteziye ilişkin konularda bilgi gereksinimleri olduğu belirlendi (Tablo 4)
- Hastaların en fazla aynı ameliyatı olmuş hasta, internet ve cerrahtan bilgi edindiği belirlendi (Tablo 5).
- Hastalarda taburculuk sırasında var olan ilk beş semptomun yutma güçlüğü, ağrı, öksürük, halsizlik ya da enerji kaybı ve ağız kuruluğu olduğu saptandı (Tablo 6).
- Hastaların taburcu olurken en çok düş alma zamanı ve nasıl düş alacakları, günlük yaşam aktivitelerine dönme süreleri, ve yara bakımı konusunda bilgi edinmek istedikleri belirlendi (Tablo 7).
- Hastalarda taburcu olduktan bir hafta sonra var olan ilk beş semptomun yutma güçlüğü, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı, öksürük ve terleme olduğu saptandı (Tablo 8).

İkinci aşama sonuçları;

- Deney ve kontrol grubu hastaları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, daha önce ameliyat olma durumu, tanı ve ameliyat öncesi bekleme süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 9).
- Ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$); sürekli anksiyete puan ortalaması yönünden anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p = 0.018$). Ameliyat sabahı ve taburcu olduktan bir hafta sonra deney grubu hastalarının

anksiyete düzeylerinin kontrol grubu hastalarına oranla anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlendi ($p=0.000$, $p=0.000$) (Tablo 10).

- Ameliyat öncesi, ameliyat sabahı ve taburcu olduktan bir hafta deney grubu hastalarının anksiyete düzeyleri sürekli olarak azalırken; kontrol grubu hastalarının anksiyetelerinin ameliyat sabahı arttığı saptandı. Deney ve kontrol gruplarının ameliyat öncesi, ameliyat sabahı ve taburcu olduktan bir hafta sonraki anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p=0.000$, $p=0.000$) (Tablo 10).
- Medeni durum ve daha önce ameliyat olma durumunun hastaların ameliyat öncesi, sabahı ya da sonrası anksiyete düzeylerini etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 11).
- Deney ve kontrol grubu arasında ameliyat sonrası ilk yürüme ($p=0.016$), ilk beslenme ($p=0.034$) ilk gaz çıkarma ($p=0.001$), ilk defekasyon ($p=0.048$), ilk 24 saatte yaşanan ağrı şiddeti ($p=0.000$), bulantı varlığı ($p=0.024$) ve var olan bulantının şiddeti ($p=0.000$), kusma sayısı ($p=0.001$) taburculuk sırasında ($p=0.000$) ve sonrasında ($p=0.006$) var olan semptom sayıları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (Tablo 12).
- Deney grubu hastalarının 3/4'ünün ameliyatın nasıl yapıldığını ve evde beklerken nelere dikkat edilmesi gerektiğini merak ettikleri ve yarısından fazlasının ameliyat sonrası solunum egzersizleri arayüzünde uzun süre vakit geçirdikleri saptandı (Tablo 13).
- Deney grubu hastalarının tamamının sitede yer alan resimleri kolay anlaşılır bulduğu; tamamına yakınının resim, kullanılan yazı, yazı büyüklüğü ve tipi, renk ve isteklerin sayfalara yerleştirilmesi yönünden siteyi uygun buldukları belirlendi (Tablo 14).
- Deney grubu hastalarının yarısı siteyi kendi kullanırken; diğer yarısının eş ya da çocuğu ile birlikte kullandığı belirlendi (Şekil 17).
- İnternet sitesinin deney grubu hastalarının yaklaşık yarısının gereksinimini tamamen karşıladığı, 1/3'ünün ise oldukça karşıladığı saptandı (Şekil 18).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda;

1. Bu çalışma kapsamında oluşturulan internet sitesinin tiroidektomi olan hastalar tarafından kullanımının yaygınlaşması için hastanelerin internet sitelerine eklenmesini,
2. Geliştirilen sitenin karekodunun hazırlanarak polikliniklere, kliniklere ve hastaların görebilecekleri diğer alanlara asılmasını,
3. Sitenin farklı dillere çevrilerek farklı kültürlerde etkinliğinin değerlendirilmesini,
4. İnternet olmadan kullanım sağlayabilmek için oluşturulan sitenin aplikasyonunun yapılmasını,
5. Hastaların yanlış ve kirli bilgidan uzak tutulabilmesi için sağlıkla ilgili bilgilendirmelerin yapıldığı sitelerin mutlaka sağlık ekibi üyeleri tarafından hazırlanmasını,
6. İnternet tabanlı eğitim materyallerinin sağlık bakanlığı kontrolünde uygulanmasını,
7. Sitelerin hasta ile sağlık ekibi arasındaki güvene dayalı olan ilişkiyi tamamen ortadan kaldırmaması için mutlaka öncesinde hastanın hemşire tarafından görülmesini,
8. İnternet tabanlı eğitimlerde sitelerin, hemşireye mesaj gönderme, soru sorabilme, ulaşabilme gibi süreç boyunca hasta ile hemşire iletişim ve etkileşimini devam ettirebilecek özelliklerde tasarlanmasını önermekteyiz.

9. KAYNAKLAR

1. Dönmez YC (2006). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası (Good perioperative of nursing care scale)'nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
2. AORN (2014). AORN Position Statement on Advanced Practice Registered Nurses in the Perioperative Environment. 1-4.
3. Cerit B (2016). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 3(1): 27-36.
4. Uzun Ö (2000). Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2): 36-45.
5. Barksdale P, Backer J (2005). Health-related stressors experienced by patients who underwent total knee replacement seven days after being discharged home. Orthopaedic Nursing 24(5): 336-342.
6. Guo P (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. Journal of Clinical Nursing 24(1-2): 34-46.
7. Rajala M, Kaakinen P, Fordell M, Kaariainen M (2018). The quality of patient education in day surgery by adult patients. Journal of PeriAnesthesia Nursing 33(2): 177-187.
8. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A (2003). Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 6(1): 14-23.
9. Cimilli C (2001). Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi 4(3): 182-186.
10. Mitchell M (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. Journal of Advanced Nursing 66(5): 1059-1071.
11. Gursöy A, Candas B, Güner S, Yılmaz S (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. Journal of PeriAnesthesia Nursing 31(6): 495-503.

12. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 12(2): 145-148.
13. Cuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Yücel F, Dikmen B, Ceyhan A (2010). Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi* 38(5): 348-355.
14. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(4): 994-998.
15. Potter MQ, Sun GS, Fraser JA, Beckmann JT, Swenson JD, Maak TG, Aoki SK (2014). Psychological distress in hip arthroscopy patients affects postoperative pain control. *Arthroscopy* 30(2): 195-201.
16. Bailey L (2010). Oct. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal* 92(4): 445-457.
17. Win KT, Hassan NM, Bonney A, Iverson D (2015). Benefits of online health education: perception from consumers and health professionals. *Journal of Medical Systems* 39(3): 27.
18. Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS (2004). Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research. *Computers in Biology and Medicine* 34(2): 95-112.
19. Yiğit R, Dilmaç B, Deniz ME, Hamarta E (2011). Sürücülerin sürekli ve durumluk kaygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *International Journal of Eurasia Social Sciences* (4): 37-44.
20. Yıldız T (2015). Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 5(2):129-133.
21. Türkiye'nin internet kullanım alışkanlıkları [Erişilebilir] <http://www.guvenliweb.org.tr/haber-detay/turkiyenin-internet-kullanim-aliskanliklari-tuik-2018> . [Alındı 8 Aralık 2018].

22. Ertürk MY, Aksoy B, Başboğa K, Ay K, Gürsoy A (2019). Status of internet use to achieve health information among surgery patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 11(1): 17-24.
23. Yılmaz E (2013). Türkiye’de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta İletişimine etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 3: 93-108.
24. Eysenbach G (2003). The impact of the Internet on cancer outcomes. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 53(6): 356-371.
25. Westlake C, Evangelista LS, Stromberg A, Ter-Galstanyan A, Vazirani S, Dracup K (2007). Evaluation of a web-based education and counseling pilot program for older heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing* 22(1): 20-26.
26. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbo GH, Borosund E, Ellison MC (2013). Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing* 36(1): 6-17.
27. Tasdemir A, Erakgun A, Nuri Deniz M, Certug A (2013). Comparison of preoperative and postoperative anxiety levels with state-trait anxiety inventory test in preoperatively informed patients. *Turkish Journal of Anesthesia and Reanimation* 41: 44-49.
28. Akyolcu N (2003). Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 97-108.
29. Dolgun E, Candan Dönmez Y (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 3(3): 10-15.
30. Harvey CV (2005). Spinal surgery patient care. *Orthopaedic Nursing* 24(6): 426-440.
31. Aquilina R, Baldacchino D (2007). An exploratory study of Maltese patients’ perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing* 11(3-4): 194-203.

32. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J (2014). Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 97(1): 16-22.
33. Yavuz M. (2014). Cerrahi bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Ed: Karadakovan A, Aslan FE). Ankara, 22.
34. Spry C (2009). *Essentials of Perioperative Nursing. Introduction to Perioperative Nursing* Jones and Bartlett, Canada, 5-7.
35. Tollerud L, Botsford J, Hoglan MA, Price JL, Sawyer MM (1985). A model for perioperative nursing practice. *Association of Operating Room Nurses Journal* 41(188): 192-195.
36. Arakelian E, Swenne CL, Lindberg S, Rudolfsson G, von Vogelsang AC (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 26(17-18): 2527-2544.
37. AORN (2015). 2015 Guidelines for Perioperative Practice. *Standards of Perioperative Nursing*. 693-694.
38. Spruce L (2013). Bringing back the basics of perioperative nursing care. *AORN Journal* 98(5): 438-439.
39. Kain ZN, Vakharia S, Garson L, Engwall S, Schwarzkopf R, Gupta R, Cannesson M (2014). The perioperative surgical home as a future perioperative practice model. *Anesthesia & Analgesia* 118(5): 1126-1130.
40. Rothorck JC, Smith DA (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal* 71(5): 1030-1037.
41. Shamian J (2014). The role of nursing in health care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 67(6): 867-868.
42. Pulkkinen M, Junttila K, Lindwall L (2016). The perioperative dialogue-a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30(1): 145-153.

43. Liu JE, Mok E, Wong T (2005). Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *Journal of Advanced Nursing* 52(3): 262-270.
44. Diez-Alvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, Larranaga A, Arana JM (2012). Effectiveness of pre-operative education in reducing anxiety in surgical patients. *Enfermería Clínica* 22(1): 18-26.
45. Fitzpatrick E, Hyde A (2005). What characterizes the 'usual' preoperative education in clinical contexts? *Nursing & Health Sciences* 7(4): 251-258.
46. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 45(3): 298-307.
47. Roomruangwong C, Tangwongchai S, Chokchainon A (2012). Preoperative anxiety among patients who were about to receive uterine dilatation and curettage. *Journal of the Medical Association of Thailand* 95(10): 1344-1351.
48. Esteghamat SS, Moghaddami S, Esteghamat SS, Kazemi H, Kolivand PH, Gorji A (2014). The course of anxiety and depression in surgical and non-surgical patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 18(1): 16-20.
49. Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G (2003). Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders* 75(2): 155-162.
50. Shoar S, Naderan M, Aghajani M, Sahimi-Izadian E, Hosseini-Araghi N, Khorgami Z (2016). Prevalence and determinants of depression and anxiety symptoms in surgical patients. *Oman Medical Journal* 31(3): 176-181.
51. Fekrat F, Sahin A, Yazici KM, Aypar U (2006). Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *European Journal of Anaesthesiology* 23(3): 227-233.
52. Kagan I, Bar-Tal Y (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 17(5): 576-583.

53. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)* 65(1): 7-13.
54. Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8(11): 113-120.
55. Matthias AT, Samarasekera DN (2012). Preoperative anxiety in surgical patients experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica* 50(1): 3-6.
56. Jlaia HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 104(3): 369-374.
57. Karayurt Ö (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2(1): 20-26.
58. Pritchard MJ (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard* 23(51): 35-40.
59. Ayoğlu H, Uçan B, Taşçılar Ö, Atik L, Kaptan MY, Turan İÖ (2009). Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılması hastanın anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. *Journal of the Turkish Anaesthesiology&Intensive Care Society* 37(6): 374-382.
60. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation* 5(1): 7-13.
61. Gürsoy AA (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 1: 23-29.
62. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, Lertola K (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing* 35(2): 294-306.

63. van den Berg AA, Chitty DA, Jones RD, Sohel MS, Shahan A (2005). Intravenous or inhaled induction of anesthesia in adults? An audit of preoperative patient preferences. *Anesthesia & Analgesia* 100(5): 1422-1424.
64. Ala S (2007). Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
65. Carpenito-Moyet LJ (2010). Anksiyete. Hemşirelik Tanıları. 13. Baskı. Çeviren: Erdemir F, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 57.
66. Koçak P (1997). Tiroid bozukluklarında stres veren yaşam olaylarının önemi ve birlikte görülen psikiyatrik bozuklukların tedavisinde endokrinolojik tedaviyle birlikte verilen psikiyatrik tedavinin yeri. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
67. Vileikyte L (2007). Stress and wound healing. *Clinics in Dermatology* 25(1): 49-55.
68. Gürlek Ö, Yavuz M (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(1): 8-15.
69. Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(4): 38-44.
70. Güler H, Taşkın L (2001). Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5(2): 9-18.
71. Pinar G, Kurt A, Gungor T (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology* 9: 38.
72. Asilioglu K, Celik SS (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 53(1): 65-70.

73. Ng SK, Chau AW, Leung WK (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 32(3): 227-235.
74. Lee CK, Lee IF (2013). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 22(17-18): 2551-2561.
75. Lee CH, Liu JT, Lin SC, Hsu TY, Lin CY, Lin LY (2018). Effects of educational intervention on state anxiety and pain in people undergoing spinal surgery: A randomized controlled trial. *Pain Management Nursing* 19(2): 163-171.
76. Guo P, East L, Arthur A (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 49(2): 129-137.
77. Hounsborne J, Lee A, Greenhalgh J, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Coldwell CH, Smith AF (2017). A systematic review of information format and timing before scheduled adult surgery for peri-operative anxiety. *Anaesthesia* 72(10): 1265-1272.
78. Mitchell M (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing* 26(1-2): 225-237.
79. Devine EC (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling* 19(2): 129–142.
80. Lin CY, Yang SC, Lai WW, Su WC, Wang JD (2017). Rasch models suggested the satisfactory psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life-Brief among lung cancer patients. *Journal of Health Psychology* 22(4): 397-408.
81. Cheung LH, Callaghan P, Chang AM (2003). A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies* 40(2): 207-216.
82. Kekecs Z, Jakubovits E, Varga K, Gombos K (2014). Effects of patient education and therapeutic suggestions on cataract surgery patients: a randomized controlled clinical trial. *Patient Education and Counseling* 94(1): 116-122.

83. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salanterä S (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2): 212-223.
84. Pager CK (2005). Jan. Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *British Journal of Ophthalmology* 89(1): 10-13.
85. Sau-Man Conny C, Wan-Yim I (2016). The effectiveness of nurse-led preoperative assessment clinics for patients receiving elective orthopaedic surgery: A systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 31(6): 465-474.
86. Klaiber U, Stephan-Paulsen LM, Bruckner T, Muller G, Auer S, Farrenkopf I, Fink C, Dorr-Harim C, Diener MK, Buchler MW, Knebel P (2018). Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: the cluster randomized controlled PEDUCAT trial. *Trials* 19(1): 288.
87. Kang SH, Park YS, Park DJ, Kim HH, Ahn SH (2018). ASO author reflections: Multimodal enhanced recovery after surgery (ERAS) program in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: What have we learned? *Annals of Surgical Oncology* 25(3): 727-728.
88. Dawes AJ, Sacks GD, Russell MM, Lin AY, Maggard-Gibbons M, Winograd D, Chung HR, Tillou A, Hiatt JR, Ko C (2014). Preventable readmissions to surgical services: lessons learned and targets for improvement. *Journal of the American College of Surgeons* 219(3): 382-389.
89. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H (2002). The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. A randomized controlled clinical trial. *European Heart Journal* 23(8): 666-674.
90. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Bednarski D, Garretson B (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 33(3): 281-290.

91. Polster D (2015). Preventing readmissions with discharge education. *Nursing Management* 46(10): 30-37.
92. Lanitis S, Mimigianni C, Raptis D, Sourtse G, Sgourakis G, Karaliotas C (2015). The impact of educational status on the postoperative perception of pain. *Korean Journal of Pain* 28(4): 265-274.
93. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory Practice* 29(3): 175-194.
94. Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E (2012). Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology* 38(2): 91-94..
95. Bisbey CC, Ristau TA, Johnson MD, Streed MM, Bursiek AA, Grubbs PL (2017). The power of education: Preoperative class reduces anxiety and improves confidence. *MedSurg Nursing* 26(5): 324-326.
96. Doering S, Katzlberger F, Rumpold G, Roessler S, Hofstoetter B, Schatz DS, Behensky H, Krismer M, Luz G, Innerhofer P, Benzer H, Saria A, Schuessler G (2000). Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress. *Psychosomatic Medicine* 62: 365-373.
97. Gammon J, Mulholland CW (1996). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 33: 589-604.
98. McDonald DD, Freeland M, Thomas G, Moore J (2001). Testing a preoperative pain management intervention for elders. *Research in Nursing and Health* 24: 402–409.
99. Itisha C, Manu S (2016). Study on the effect of pre-operative patient education on post-operative outcomes *International Scholarly and Scientific Research & Innovation* 10(5): 285-293.

100. Stergiopoulou A, Birbas K, Katostaras T, Diomidous M, Mantas J (2006). The effect of a multimedia health educational program on the postoperative recovery of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Studies in Health Technology and Informatics* 124: 920-925.
101. McCracken G, Houston P, Lefebvre G, Society of O, Gynecologists of C (2008). Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 30(7): 600-607, 608-616.
102. Scholes RL, Browning L, Sztendur EM, Denehy L (2009). Duration of anaesthesia, type of surgery, respiratory co-morbidity, predicted VO₂max and smoking predict postoperative pulmonary complications after upper abdominal surgery: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy* 55(3): 191-198.
103. Samnani SS, Umer MF, Mehdi SH, Farid FN (2014). Impact of preoperative counselling on early postoperative mobilization and its role in smooth recovery. *International Scholarly Research Notices* 2014: 250536.
104. Lawrence VA, Cornell JE, Smetana GW (2006). Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 144(8): 596-608.
105. Patel CR, Cherla DV, Sanghvi S, Baredes S, Eloy JA (2013). Readability assessment of online thyroid surgery patient education materials. *Head Neck* 35(10): 1421-1425.
106. Marcus C (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 2(1): 482-495.
107. Gysels M, Higginson IJ (2007). Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer* 15(1): 7-20.
108. Keulers BJ, Welters CF, Spauwen PH, Houpt P (2007). Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education? A randomised trial. *Patient Education and Counseling* 67(1-2): 176-182.

109. Türkiye’de internet kullanımı ve sosyal medya [Erişilebilir]
<https://dijilopedi.com/2018-turkiye-internet-kullanim-ve-sosyal-medya-> [Alındı 19 Aralık 2018].
110. Internet world status [Online] <https://www.internetworldstats.com/top20.htm> .
[Accessed 15 November 2018].
111. Başkale HA, Serçekuş P, Günüşen NP (2015). Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinin beklentilerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 6(2): 65-70.
112. Aloweni FAB, Mostafa SS (2011). The use of internet to search for health information before surgery: A descriptive study. *Proceedings of Singapore Healthcare* 20(1): 20-25.
113. Zülfikar H (2014). Hastaların internet kullanımı ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 22(1): 46-52.
114. Cho J, Noh HI, Ha MH, Kang SN, Choi JY, Chang YJ (2011). What kind of cancer information do Internet users need? *Support Care Cancer* 19(9): 1465-1469.
115. van de Poll-Franse LV, van Eenbergen MC (2008). Internet use by cancer survivors: current use and future wishes. *Support Care Cancer* 16(10): 1189-1195.
116. Schwartz KL, Roe T, Northrup J, Meza J, Seifeldin R, Neale AV (2006). Family medicine patients’ use of the Internet for health information: a MetroNet study. *Journal of the American Board of Family Medicine* 19(1): 39-45.
117. Erdoğan Z, Bulut H (2017). Bilgisayar destekli hasta eğitimi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3): 13-18.
118. Ab Malik N, Zhang J, Lam OL, Jin L, McGrath C (2017). Effectiveness of computer-aided learning in oral health among patients and caregivers: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 24(1): 209-217.

119. Sorlie T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sorlie D (2007). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery--A randomized trial. *Patient Education and Counseling* 65(2): 180-188.
120. Brennan PF, Casper GR, Burke LJ, Johnson KA, Brown R, Valdez RS, Sebern M, Perez OA, Sturgeon B (2010). Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: home implementation and evaluation. *Heart Lung* 39(6 Suppl): S34-46.
121. Chau JP, Chung LC, Wong RY, Loo KM, Lo SH, So TT, Lau MS, Yeung TH, Leung BS, Tong ML, Li CY, Kwok WW, Thompson DR, Lee DT (2012). An evaluation of a web-based diabetes education program designed to enhance self-management among patients living with diabetes. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 30(12): 672-679.
122. Boudreault DJ, Li CS, Wong MS (2016). The effect of web-based education on patient satisfaction, consultation time and conversion to surgery. *Annals of Plastic Surgery* 76(1): 108-110.
123. van Eck CF, Toor A, Banffy MB, Gambardella RA (2018). Web-based education prior to outpatient orthopaedic surgery enhances early patient satisfaction scores: A prospective randomized controlled study. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine* 6(1): 2325967117751418.
124. van der Meij E, Huirne JA, Ten Cate AD, Stockmann HB, Scholten PC, Davids PH, Bonjer HJ, Anema JR (2018). A perioperative ehealth program to enhance postoperative recovery after abdominal surgery: Process evaluation of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 20(1): e1.
125. Fraval A, Chandrananth J, Chong YM, Coventry LS, Tran P (2015). Feb 7. Internet based patient education improves informed consent for elective orthopaedic surgery: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 16: 14.

126. Lee MK, Yun YH, Park HA, Lee ES, Jung KH, Noh DY (2014). A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 51(12): 1557-1567.
127. Suhling H, Rademacher J, Zinowsky I, Fuge J, Greer M, Warnecke G, Smits JM, Bertram A, Haverich A, Welte T, Gottlieb J (2014). Conventional vs. tablet computer-based patient education following lung transplantation-a randomized controlled trial. *PLoS One* 9(6): e90828.
128. Martorella G, Cote J, Racine M, Choiniere M (2012). 14. Web-based nursing intervention for self-management of pain after cardiac surgery: pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 14(6): e177.
129. Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Vahlberg T, Salanterä S (2012). Ambulatory orthopaedic surgery patients' symptoms with two different patient education methods. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 16(1): 13-20.
130. Heikkinen K, Salanterä S, Suomi R, Lindblom A, Leino-Kilpi H (2011). Ambulatory orthopaedic surgery patient education and cost of care. *Orthopaedic Nursing* 30(1): 20-28.
131. Lindsay S, Smith S, Bellaby P, Baker R (2009). The health impact of an online heart disease support group: a comparison of moderated versus unmoderated support. *Health Education Research* 24(4): 646-654.
132. Bastos BG, Ferrari DV (2011). Internet and education for the patient. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia* 15(04): 515-522.
133. Pazar B, İyigün E (2016). Hasta eğitiminde bilişim teknolojilerinin kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics* 2(1): 22-26.
134. Türkiye'nin ilk digital zirvesi [Erişilebilir] http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf . [Alındı 12 Mayıs 2018)
135. Whitten P, Nazione S, Lauckner C (2013). Tools for assessing the quality and accessibility of online health information: initial testing among breast cancer websites. *Inform Health Soc Care* 38(4): 366-381.

136. İkiz AÖ (2011). Tiroid ve paratiroid cerrahi anatomisi. Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi (Ed: Toprak M). İstanbul, 13-18.
137. Akcakaya A, Koc B, Ferhatoglu F (2012). Thyroid anatomy and surgical approach. The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital 28(Supplement 1): 1-9.
138. Gökcan MK, Ocak E, Küçük B (2011). Tiroid cerrahisi komplikasyonları. Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi (Ed: Toprak M). İstanbul, 217-220.
139. Longbottom J, Macnab R (2014). Thyroid disease and thyroid surgery. Anaesthesia & Intensive Care Medicine 15(10): 458-464.
140. Dhillon VK, Russell JO, Al Khadem MG, Tufano RP (2017). Preoperative information for thyroid surgery. Gland Surgery 6(5): 482-487.
141. Kitahara CM, Sosa JA (2016). The changing incidence of thyroid cancer. Nature Reviews Endocrinology 12: 646-653.
142. Globocan 2018 [Erişilebilir] G. <http://gco.iarc.fr/> . [Alındı 15 Aralık 2018]
143. Kara EP (2009). Tiroidektomi sonrası memnuniyet ve hastaların ameliyat sonrası takip ve tedavi uyumlarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
144. Özkaynak M (2005). Tiroidektomi sonrası hipokalsemi gelişmesine etki eden faktörler. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
145. Emir S (2008). Tiroidektomi sonrasında kalan dokunun ultrasonografik ve fonksiyonel açıdan değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
146. Bacuzzi A, Dionigi G, Del Bosco A, Cantone G, Sansone T, Di Losa E, Cuffari S (2008). Anaesthesia for thyroid surgery: perioperative management. International Journal of Surgery 6 (Suppl 1): S82-85.
147. Çiftçi F (2018). Hypocalcemia following total thyroidectomy. Kafkas Journal of Medical Sciences 8(50): 36-44.

148. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, (2018). Endokrin sistem hastalıkları. Cerrahi Hemşireliği II. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 313-319.
149. Altaca G, Onat D (2004). Tiroidektomi ve komplikasyonları. Temel Cerrahi. 3. Baskı. Güneş Kitapevi. Ankara, 1621.
150. Erdil F, Elbaş NÖ (2012). Tiroid bezi hastalıkları. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 7. Baskı. Aydoğdu Ofset Matbaacılık, Ankara, 733-745.
151. Çakır SK (2018). Endokrin sistem hastalıkları. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Ed: Çelik S). Antalya, 381.
152. Banach R, Bartès B, Farnell K, Rimmele H, Shey J, Singer S, Verburg FA, Luster M (2013). Results of the Thyroid Cancer Alliance international patient/survivor survey: psychosocial/informational support needs, treatment side effects and international differences in care. Hormones 12(3): 428-438.
153. Vega-Vazquez MA, Gonzalez-Rodriguez L, Santiago-Rodriguez EJ, Garces-Dominguez A, Shum LM, Tirado-Gomez M, Ramirez-Vick M (2015). Quality of life-in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the University Hospital of Puerto Rico. Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico 107(1): 25-31.
154. Choi HG, Park B, Ji YB, Tae K, Song CM (2019). Depressive Disorder in Thyroid Cancer Patients after Thyroidectomy: A Longitudinal Follow-up Study Using a National Cohort. Otolaryngol Head Neck Surg 160(2): 239-245.
155. Misra S, Meiyappan S, Heus L, Freeman J, Rotstein L, Brierley JD, Tsang RW, Rodin G, Ezzat S, Goldstein DP, Sawka AM (2013). Patients' experiences following local-regional recurrence of thyroid cancer: a qualitative study. Journal of Surgical Oncology 108(1): 47-51.
156. Morley S, Goldfarb M (2015). Support needs and survivorship concerns of thyroid cancer patients. Thyroid 25(6): 649-656.
157. Temiz Z, Ozturk D, Ugras GA, Oztekin SD, Sengul E (2016). Determination of patient learning needs after thyroidectomy. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 17(3): 1479-1483.

158. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P (2018). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: A randomized controlled trial. *World Journal of Surgery* 42(3): 666-674.
159. Demirkıran D (2011). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
160. Erdem E (2016). Lösemisi Olan Çocuklarda Semptom Kümelemesi ve Ebeveynlerin Bakım Yükü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
161. Yildirim Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu C, Uyar M, Uslu R (2011). Reliability and validity of the Turkish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 12(12): 3389-3396.
162. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L, Scher H (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer* 30A(9): 1326-1336.
163. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM (2015). Open source epidemiologic statistics for public health, version [online]. www.OpenEpi.com [Accessed 6 February 2017].
164. Spielberger CD, Sarason IG (1976). Stress and Anxiety. The Series in Clinical and Community Psychology. First edition. Hemisphere Publishing Corporation, London: 36-41.
165. Öner N, Le Compte A (1983). Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İlk baskı Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul: 1-26.
166. Aspari AR, Lakshman K (2018). Effects of pre-operative psychological status on post-operative recovery: A prospective study. *World Journal of Surgery* 42(1): 12-18.

167. Fujii T, Morita H, Sutoh T, Yajima R, Yamaguchi S, Tsutsumi S, Asao T, Kuwano H (2014). Benefit of oral feeding as early as one day after elective surgery for colorectal cancer: oral feeding on first versus second postoperative day. *International Surgery* 99(3): 211-215.
168. Kurşun E, Karakuş T, Yılmaz A, İşler KÇV, Gürdal S, Tezcan Ü (2012). Eğitim konsol yazılımları için kullanıcı arayüzü kılavuzu geliştirilmesi ve geçirme süreci. *Savunma Bilimleri Dergisi* 11(1): 177-186.
169. Tips for designing the best medical websites [Online] <https://wpamelia.com/best-medical-websites/> [Accessed 8 March 2018].
170. Demir Y, Gözümlü S (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; Web destekli sağlık eğitimi *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4(4): 196-203.
171. Deniz S, Erden S (2017). Assessment of learning needs in patients hospitalized in the general surgery clinic. *International Journal of Caring Sciences* 10(2): 764.
172. Soyer Öz, Dönmez YC, van Giersbergen MY (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(3): 200-208.
173. Yılmaz E, Özkan S (2015). Cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 18(2): 107-115.
174. Sendir M, Büyükyılmaz F, Musovi D (2013). Patients' discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: a quasi-qualitative pilot study. *Rehabil Nurs* 38(5): 264-271.
175. Kurup V, Considine A, Hersey D, Dai F, Senior A, Silverman DG, Dabu-Bondoc S (2013). Role of the Internet as an information resource for surgical patients: a survey of 877 patients. *British Journal of Anaesthesia* 110(1): 54-58.
176. Kurup V, Dabu-Bondoc S, Senior A, Dai F, Hersey D, Vadivelu N (2014). Concern for pain in the pre-operative period- is the internet being used for information by patients? *Pain Practice* 14(2): E69-75.

177. Kutlu A, Çetinkaya A (2004). Cerrahi servislerinde görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası bakıma ait uygulamaları: Manisa örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 7(2): 68-77.
178. Şahin A, Ayhan F, Öcal HS, Çayır A (2015). An assessment of the preoperative information given to patients in the province of Karaman. *International Journal of Human Sciences* 12(2): 1111-1119.
179. Park YM, Oh KH, Cho JG, Baek SK, Kwon SY, Jung KY, Woo JS (2018). Changes in voice- and swallowing-related symptoms after thyroidectomy: One-year follow-up study. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 127(3): 171-177.
180. Lemos MF, Lemos-Neto SV, Barrucand L, Vercosa N, Tibirica E (2019). [Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory]. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 69(1): 1-6.
181. Laufenberg-Feldmann R, Muller M, Ferner M, Engelhard K, Kappis B (2019). Is 'anxiety sensitivity' predictive of postoperative nausea and vomiting?: A prospective observational study. *European Journal of Anaesthesiology* 36(5): 369-374.
182. Carlsson M, Berthelsen O, Fagevik Olsén M (2018). Effects of a prolonged intervention of breathing exercises after cardiac surgery - a randomised controlled trial. *European Journal of Physiotherapy*, 1-7 doi: 10.5222/JTAICS.2011.106.
183. Celebioglu B (2011). What is the effect of positive end-expiratory pressure (peep) on postoperative pulmonary complications and mortality during general anaesthesia? *Journal of the Turkish Anaesthesiology and Intensive Care Society* 39(3): 106-114.
184. Ferreyra G, Long Y, Ranieri VM (2009). Respiratory complications after major surgery. *Current Opinion in Critical Care* 15(4): 342-348.
185. Wang YQ, Liu X, Jia Y, Xie J (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 28(5-6): 717-732.

186. Yavuz M, Şahn Köze B, Alkan D, Moradi Özkan D (2015). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(2): 1-7.
187. Janardan C, Madhavi K (2016). Influence of music therapy and breathing exercises on anxiety in post-operative cardiac diseased individuals. International Journal of Physiotherapy 3(1): 22-26.
188. Lim YC, Yobas P, Chen HC (2014). Efficacy of relaxation intervention on pain, self-efficacy, and stress-related variables in patients following total knee replacement surgery. Pain Management Nursing 15(4): 888-896.
189. Wong EM, Chan SW, Chair SY (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. Journal of Advanced Nursing 66(5): 1120-1131.
190. DeVries AC, Craft TK, Glasper ER, Neigh GN, Alexander JK (2007). 2006 Curt P. Richter award winner: Social influences on stress responses and health. Psychoneuroendocrinology 32(6): 587-603.
191. Turner-Cobb JM, Sephton SE, Koopman C, Blake-Mortimer J, Spiegel D (2000). Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. Psychosomatic Medicine 62(3): 337-345.
192. Aktaş SG, Gökçe O, Balaban G (2013). Sosyo-kültürel yapının üniversite öğrencilerinin bölüm seçimi üzerindeki etkisi, Anadolu Üniversitesi örneği. “İş,Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 15(4): 59-71.
193. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, Andersson G (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. American Journal of Psychiatry 163(12): 2119-2125.
194. Devineni T, Blanchard EB (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. Behaviour Research and Therapy 43(3): 277-292.

10. EKLER

10.1. Ek 1. Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

HASTA ONAM FORMU

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tiroid ameliyatı olan hastaların bir internet sitesi aracılığı ile ameliyat dönemine ilişkin bilgilendirilmelerinin iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır.

Giriş

Ben KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Bahar Candaş Altınbaş. Aynı zamanda KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ameliyat öncesi dönemde internet üzerinden hasta bilgilendirilmesinin hastalar üzerinde ki etkisini inceleyen bir çalışma yapıyoruz. Bu araştırma kapsamında öncelikle hastaların ameliyatlarına ilişkin bilgi gereksinimlerini belirliyoruz. Sizinle bir kez yüz yüze, bir kez telefon ile iki kez görüşme yapacağım. Görüşmelerim esnasında ameliyat olacağınızı öğrendiğiniz andan taburculuk sonrasına kadar ihtiyaç duyduğunuz bilgileri değerlendirmeye yönelik bir soru formu kullanacağım. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

AçıklamalarıYapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.2. Ek 2. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

İlk görüşme tarihi:

Katılımcı no:

Telefon No:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Medeni durum: () Evli () Bekar

4. Eğitim durumu

() İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü

5. Meslek

() Ev hanımı () Emekli () Memur () İşçi () Diğer.....

7. Daha önce ameliyat oldunuz mu? () Evet () Hayır

Evet ise ne ameliyatı olduğunu belirtiniz.....

7. Bakım verici var mı? () Evet () Hayır

Evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

8. Taburcu olmaya hazır hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Hayır ise nedenini belirtiniz.....

9. Tıbbi tanı:.....

10. Yapılacak cerrahi girişim:.....

11. Planlanan girişimin tarihi:.....

10.3. Ek 3. Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Bilgi Gereksinimi Belirleme Soru Formu

MADDELER		Taburcu Olma Zamanı
TANI	Hastalığının nedeni ne?	
	Hastalığım hangi aşamada?	
	Hastalığının türü ne?	
	Diğer	
TEDAVİ	Neden ameliyat olmam gerekiyor?	
	Bana nasıl bir ameliyat yapacaklar?	
	Ameliyat olduktan sonra hastalığım tekrar nükseder mi?	
	Başka tedavi seçenekleri var mı?	
	Diğer	
AMELİYAT HAZIRLIĞI	Ameliyat gününe kadar nelere dikkat etmeliyim?	
	Ameliyat öncesi beslenmemde değişiklik yapmalı mıyım?	
	Ameliyattan önceki gün nelere dikkat etmeliyim?	
	Diğer	
AMELİYATHANE	Ameliyathane nasıl bir yer?	
	Ameliyathanede üşüyecek miyim?	
	Diğer	
ANESTEZİ	Ameliyat sırasında tamamen uyuyacak mıyım?	
	Anesteziye uyandırılacak mıyım?	
	Diğer	
AĞRI	Ameliyat sonrası ağrım olacak mı?	
	Ağrım ne kadar sürecek ve bunu nasıl gödebilirim?	
	Diğer	
HİJYEN	Ameliyattan ne kadar süre sonra duş alabiliirim?	
	Duş alırken dikkat etmem gereken durumlar nelerdir?	
	Diğer	
YARA İYİLEŞMESİ	Ameliyat sonrası yaram tam olarak nerede ve ne büyüklükte olacak?	
	Ameliyat sonrası yara bakımımı kim yapacak?	
	Ameliyat sonrası yara bakımım ne sıklıkta yapılacaktır?	
	Diğer	
PSİKOSOSYAL SORUNLAR	Ameliyat sonrası boğazımda iz olacak mı?	
	Ameliyat sonrası ses kısıklığım olacak mı?	
	Ses kısıklığının tedavisi var mı?	
	Ameliyat sonrası ne gibi sorunlar yaşayacağım?	
	Diğer	
KİŞİSEL YAŞAM	Ameliyattan ne kadar süre sonra günlük yaşamıma dönebilirim?	
	Ameliyat sonrası birinin yardımına ihtiyacım olacak mı?	
	Ameliyat sonrası nelere dikkat etmeliyim?	
	Diğer	
HASTALIK	Eve gittikten sonra doktora bildirilmesi gereken önemli durumlar nelerdir?	
	Eve gittikten sonra sağlığımla ilgili beklenmedik bir durum ortaya çıktığında başvurabileceğim telefon numarası var mı?	
	Taburcu olduktan ne kadar zaman sonra kontrole gelmem gerekir?	
	Yaramda enfeksiyon olduğunu gösteren bulgular nelerdir?	
	Diğer	
BESLENME	Eve gittiğimde uymam gereken bir diyet olacak mı?	
	Diğer	
DİĞER		

10.3. Ek 3. (Devamı)

1. Taburcu olduktan sonra bilgi gereksiniminiz oldu mu? () Evet () Hayır
Evet ise hangi konuda bilgi gereksiniminiz olduğunu belirtiniz?

2. İhtiyaç duyduğunuz bilgilere ulaşmak için hangi kaynakları kullandınız?

- | | |
|---|---|
| ☐ Cerrah | ☐ Hasta yakınları |
| ☐ Hemşire | ☐ Dergi, gazete, kitap |
| ☐ Diğer sağlık çalışanı(.....) | ☐ Broşür |
| ☐ Aile | ☐ Televizyon |
| ☐ Arkadaş | ☐ Radyo |
| ☐ Komşu | ☐ İnternet |
| ☐ Aynı ameliyatı olmuş hasta | ☐ Diğer(.....) |

3. Edindiğiniz bu bilgiler bilgi ihtiyacınızı ne oranda karşıladı?

- ☐ Hiç karşılamadı
☐ Kısmen karşıladı
☐ Karşıladı

4. Hastalığınıza ilişkin bilgi almak konusunda önerileriniz var mı?

10.4. Ek 4. Memorial Semptom Tanılama Ölçeği (MSAS)

MEMORIAL SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ														
Anket No:						Tarih:								
Bölüm I														
Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyunuz. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu NE SIKLIKTA yaşadığınızı, genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ veya NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPTOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.														
GEÇEN HAFTA BOYUNCA	YAŞAMADIM	EĞER EVET İSE NE SIKLIKTA yaşadınız?				EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Çok Nadiren	Bazen (Arada sırada)	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?														
Dikkati toplamada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik yada enerji kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini sinirli hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini uyuklu yada sersemlemiş gibi hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutma güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Hassas olma/ hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

10.4. Ek 4. (Devamı)

Bölüm 2:										
Yönerge: Aşağıda sıralanmış 8 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ ya da NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPATOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.										
GEÇEN HAFTA BOYUNCA Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?	Y A Ş A M A D I M	<u>EĞER EVET İSE</u> Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				<u>EĞER EVET İSE</u> Sizi ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Ağız yaraları		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç dökülmesi		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişlik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ben kendimi sevmiyorum		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Deride değişiklikler		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Geçen hafta boyunca herhangi başka bir semptom yaşadığınız, lütfen aşağıya yazınız ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ işaretleyiniz.										
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4

10.5. Ek 5. Memorial Semptom Tanılama Ölçeği Kullanım İzin Yazısı

From: **Bahar Candas** bahcan@ous-hf.no 
Subject: VS: Memorial Semptom Tanılama Skalası(MSAS)
Date: 18 October 2017 10:58
To: cnds88@hotmail.com

BC

*Bahar Candas
Research Assistant
Karadeniz Technical University
Health Science Faculty
Department of Surgical Disease Nursing*

e-mail: baharcandas@ktu.edu.tr



Oslo
universitetssykehus

Denne meldingen inneholder ikke sensitiv informasjon som bryter med OUS krav til informasjonssikkerhet.
In compliance with the Security Policy of OUS, the content of this message (including any attachments) is of a non-sensitive nature.

Fra: Yasemin Yıldırım [<mailto:yaseminkyildirim@hotmail.com>]
Sendt: 17 Ekim 2017 Salı 14:54
Til: Bahar Candas
Emne: Fw: Memorial Semptom Tanılama Skalası(MSAS)

Sayın Candaş
Memorial Semptom Tanılama Skalası'nı çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM



3389-96 c11.25
Yildirim .pdf



MSAS-
sonnn.doc

10.6. Ek 6. Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Soru Formu

Anket No:

1. Ameliyat sonrası tekrar hastaneye başvurdu mu? () Evet () Hayır

✓ Evet ise;

- Postoperatif kaçınıcı günde başvurdu?..... gün
- Başvuru nedeni ne idi?.....
- Yatış gerekti mi?..... () Evet () Hayır
 - Evet ise;
 - Yatış nedeni ne idi?.....
 - Kaç gün yattınız?..... gün

2. Duş aldı mı? () Evet () Hayır

✓ Evet ise

- Taburculuktan hemen sonra
- Taburculuktan 7 gün sonra
- Boyundan aşağıyı hemen yıkadı
- Diğer.....

3. Pansuman yaptırdı mı? () Evet () Hayır

✓ Evet ise

- Evde kendi yaptı
- Sağlık kuruluşunda yaptı
- Diğer.....

4. Taburcu olduktan sonra merak ettiği konular

- ☐ Patoloji sonucu
- ☐ Ses kısıklığı tedavisi
- ☐ Radyoiyot tedavisi
- ☐ Duş zamanı
- ☐ Diğer.....

10.7. Ek 7. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Deney Grubu Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tiroid ameliyatı olan hastaların bir internet sitesi ile ameliyat dönemine ilişkin bilgilendirilmelerinin iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır.

Giriş

Ben KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Bahar Candaş Altınbaş. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ameliyat öncesi dönemde internet üzerinden hasta bilgilendirmesinin hastalar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma yapıyoruz. Bu araştırma kapsamında sizinle dört kez yüz yüze iki kez de telefonla olmak üzere altı görüşme yapacağım. Ameliyat olana kadar, olduktan sonra ve taburculuk sonrası ihtiyaç duyabileceğiniz tüm bilgilerin içinde olduğu bir internet sitesini size tanıtmak ve kullanımınızı sağlamak istiyorum. Görüşmelerim esnasında ameliyat stresinizi ve ameliyat sonrası bulantı, kusma, ilk kez ayağa kalkma, ilk kez yemek yeme gibi bazı ölçütleri değerlendirmeye yönelik bazı soru formları ve ölçekler kullanacağım. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

AçıklamalarıYapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.8. Ek 8. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tiroid ameliyatı olan hastaların bir internet sitesi aracılığı ile ameliyat dönemine ilişkin bilgilendirilmelerinin iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır.

Giriş

Ben KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Bahar Candaş Altınbaş. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ameliyat öncesi dönemde internet üzerinden hasta bilgilendirmesinin hastalar üzerinde ki etkisini inceleyen bir çalışma yapıyoruz. Bu araştırma kapsamında sizinle üç kez yüz yüze, iki kez telefon ile görüşme yapacağım. Görüşmelerim esnasında ameliyat stresinizi ve ameliyat sonrası bulantı, kusma, ilk kez ayağa kalkma, ilk kez yemek yeme gibi bazı ölçütleri değerlendirmeye yönelik bazı soru formları ve ölçekler kullanacağım. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir

baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.9. Ek 9. STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği

STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

10.9. Ek 9. (Devamı)

STAI FORM TX – 2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

10.10. Ek 10. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Erken Dönem İyileşme Ölçütleri Değerlendirme Formu

Anket No:

1. Ameliyata giriş saati:
2. Ameliyattan çıkış saati:
3. Ameliyattan kaç saat sonra ilk kez yürüdü? saat
Yürüme mesafesi:
Odanın içinde () Koridorda () Diğer.....
4. Ameliyattan kaç saat sonra oral beslenmeye başladı? saat
Yemeği tolere etme durumu:
Evet () Hayır () Kısmen ()
5. Ameliyattan kaç saat sonra ilk kez gaz çıkardı? saat/gün
6. Ameliyattan kaç saat sonra ilk kez defekasyon görüldü? saat/gün
7. Ağrı var mı? () Evet () Hayır
Evet ise derecesi

Görsel Analog Skala →

Ağrı yok	Dayanılmaz bulantı
0	100

8. Bulantı var mı? () Evet () Hayır
Evet ise derecesi

Görsel Analog Skala →

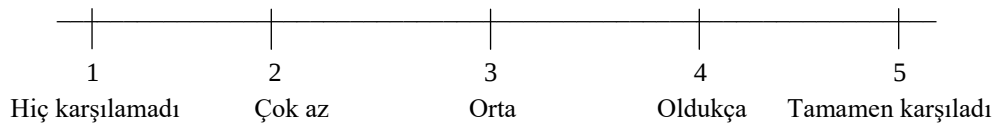
Bulantı yok	Dayanılmaz bulantı
0	100

9. Kusma var mı? () Evet () Hayır Evet ise günlük sayısı
10. Hastanede yatış süresi gün
11. Komplikasyon gelişti mi? Evet ise

10.11. Ek 11. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin İnternet Sitesi Etkinliği Değerlendirme Formu

İnternet sitesinin özellikleri	Evet	Kısmen	Hayır
1. Resimlerin boyutu iyi			
2. Resimlerin sayısı yeterli			
3. Resimlerin rengi uygun			
4. Resimler kolaylıkla anlaşılıyor			
5. Kullanılan yazı tipleri okumayı kolaylaştırıyor			
6. Kullanılan yazı büyüklükleri okumayı kolaylaştırıyor			
7. Arka plan rengi okumayı kolaylaştırıyor			
8. İstek ve ihtiyaçlar arayüzlere doğru şekilde yerleştirilmiş			
9. İnternet sitesi sayesinde ameliyat öncesi rahatlamamı sağladı			
10. İnternet sitesinin tüm hastalara kullanılmasını öneririm			
11. İnternet sitesi kullanırken başka yerden bilgi arama ihtiyacım oldu Cevabınız evet ya da kısmen ise belirtiniz.....			
12. İnternet sitesini kullanabilmek için yardıma ihtiyacım oldu Cevabınız evet ise belirtiniz.....			

13. İnternet sitesinin ameliyata ilişkin bilgi gereksinimini ne kadar karşıladı?



14. Sizce internet sitesine eklenmesi gereken konular var mı?

Evet ise belirtiniz

15. İnternet sitesine ilişkin diğer önerileriniz?

10.12. Ek 12. Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Konu : Arş. Gör. Bahar CANDAS'ın Anket Çalışması

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DEKANLIĞINA

- İlgi: a) 24.10.2014 tarihli ve 145 sayılı yazınız.
b) 17.03.2017 tarihli ve E.2203 sayılı yazınız.
c) 05.02.2018 tarihli ve E.113 sayılı yazınız.

İlgi (a), (b) ve (c) yazılara konu olan Arş. Gör. Bahar CANDAS'ın "İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Sonrası Hastalarda Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli tez çalışması kapsamındaki anketin, ibraz edilen Etik Kurulu kararı ve ilgili Anabilim Dalı öğretim üyelerinin yazılı uygun görüşleri esas alınarak, hastanemiz Genel Cerrahi kliniğinde tedavi gören tiroid hastalarına uygulanması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90 (462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için lütfen

Şef Emine DİNÇ

eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa

1 / 1



e-imzalıdır

Evrak teyidine <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514-299-E.1142 ve Barkod Num.:1603623 bilgileriyle erişebilirsiniz.

10.13. Ek 13. BAP Proje Kabul Yazısı



T.C
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Konu: Yürürlüğe Giren Proje Öneriniz

Tarih
31.05.2018

Sayın Doç.Dr. DİLEK ÇİLİNGİR

Aşağıda bilgileri özetlenen proje önerinize yönelik değerlendirme süreci tamamlanmış ve BAP Komisyonu tarafından desteklenmesi uygun görülen projeniz, proje sözleşmesinin Rektörlük Makamı tarafından onaylanmasıyla yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Tebrik eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,

Doç.Dr. Hakan ERSOY
Koordinatör

Proje Başlığı: İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi Randomize Kontrollü Çalışma

Proje No: THD-2018-7659

Proje Türü: H. Destek

Süresi: 12 ay

Başlama Tarihi: 31.05.2018

Onaylanan Bütçesi: 8.260,00 TL

Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. DİLEK ÇİLİNGİR

Araştırmacı(lar): ARŞ.GÖR. BAHAR CANDAŞ, PROF.DR. AYLA GÜRSOY

10.14. Ek 14. İnternet Sitesi Arayüz Örnekleri

Ana Sayfa

Genel Bilgiler

Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

AMELİYATHANEDE NELER YAŞAYACAĞIM?

Yan Fante + -

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım

Nasıl Uyutulacağım ve Ameliyatı Duyacak Mıyım?

Ya Ameliyattan Sonra Uyanamazsam!

Ameliyatın Nasıl Yapıldığını Görmek İçin Tıklayınız

Tiroid Ameliyatı Nasıl Gerçekleştirilmektedir?

TROID

AMELİYATI NASIL GERÇEKLEŞTİRİLİR

0:00 / 0:47

Ana Sayfa

Genel Bilgiler

Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

AMELİYAT OLMAK İÇİN EVDE BEKLERKEN NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

Yan Fante + -

Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyat Olmak İçin Hastaneye Geldiğimde Nelerle Karşılaşacağım?

AMELİYAT OLMAK İÇİN HASTANEYE GELDİĞİMDE NELERLE KARŞILAŞACAĞIM?

Hastaneye ilk geldiğinizde hemşirelerden biri tarafından karşılanacaksınız.

Odanıza yerleşmeden önce sizden bazı bilgiler alınacak ve hemşireler tarafından formlar doldurulacaktır.

Odanız size tanıtılacak ve odanıza yerleşmeniz için size yardımcı olunacaktır.

Odanızda size ait bir adet dolap, bir adet başınızın yanında dolap ve bir yatağınız olacaktır.

Odanıza yerleşmenizden ardından gerekli tedavilerin başlayabilmesi için size kolunuzdan bir damaryolu açılacaktır.

10.14. Ek 14. (Devamı)

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

Ameliyat Sonrasında Boğaz Ağrısı, Gıcık, Balgam Ve Yutkunma Güçlüğümlü Olursa Ne Yapmalıyım?

Ameliyat sırasında uyumanız için gerekli olan gazların akciğerinize gönderilebilmesi için boğazınıza bir tüp yerleştirilecektir. Siz bu tüpün takıldığını hissetmeyecek ya da tüp sizde herhangi bir ağrı ortaya çıkarmayacaktır. Ameliyat sırasında takılması zorunlu olan bu tüp bazı hastalarda nefes borusunda bir miktar tahriş yapabilir.

Boğazınızdaki tahrişe bağlı olarak ameliyat sonrası yaklaşık 5 gün kadar boğazınızda hafif düzeyde ağrı hissedebilir, gıcık hissi yaşayabilir, balgam çıkarabilir ve yutkunurken zorlanabilirsiniz. Bunlar ameliyat sonrası olması beklenen durumlardır.

Bu gibi durumlarda ılık içecekler tüketmek, sıvı alımını artırmak ve solunum ve öksürük egzersizlerinizi yapmak sizi rahatlatacaktır.

HEP HATIRLA!
ORTAYA ÇIKABİLECEK BU DURUMLARDA HEKİM VE HEMŞİRENİZ TARAFINDAN TAKİP EDİLİYOR OLACAKSINIZ.

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

Ana Sayfa

Genel Bilgiler

Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

Ameliyat Sonrası Solunum Egzersizi

Ameliyat Sonrası Öksürük Egzersizi

Ameliyat Sonrası Solunum Egzersizi

Ameliyat sonrası yapacağınız solunum ve öksürük egzersizleri sayesinde; Daha kolay nefes alıp verecek ve kendinizi daha rahat hissedeceksiniz. Ayrıca bu egzersizler balgam oluşumunu önlemekte ve oluşan balgamı kolay atmanızı sağlamaktadır. Yine solunum egzersizleri vücudunuza giren oksijen miktarını artırır ve artan oksijen miktarı yara iyileşmesini hızlandırır. Bu sayede ameliyat sonrası günlük hayatınıza daha çabuk dönebilirsiniz.

Solunum egzersizi nasıl yapılır?

10.14. Ek 14. (Devamı)

Ana Sayfa

Genel Bilgiler

Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

AMELİYATTAN SONRA NELERE DİKKAT ETMELİYİM

Flaş Kartlar ➔

Dren Nedir?

Dren Takılı İken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyat Sonrası Yatak İçinde Pozisyonum Nasıl Olmalı?

Ameliyat Sonrası İlk Kez Nasıl Ayğa Kalkacağım?

Ameliyat Sonrası Nasıl Beslenmeliyim?

Ameliyat Sonrası Ağrım Olursa Neler Yapmalıyım?

Ameliyat Sonrasında Boğaz Ağrısı, Gıcık, Balgam ve Yutkunma Güçlüğü Olursa Ne Yapmalıyım?

Ameliyat Sonrasında Bulantı, Kusma Yağarsam Ne Yapmalıyım?

Ameliyat Sonrasında Halsizlik / Enerji Kaybı Yağarsam Ne Yapmalıyım?

Ameliyat Sonrasında Terlemem Olursa Ne Yapmalıyım?

Ameliyat Sonrasında Ağzı Kuruluğum Olursa Ne Yapmalıyım?

Ameliyat sonrası yatak içinde pozisyonum nasıl olmalı?

Ameliyat sonrası yara yerinizde gerginlik olabilir ve bu durumda ağrı yaşayabilirsiniz. Yara yerindeki gerginliği önlemek için ameliyat sonrası **yarı oturur pozisyonda** yatarmanız gerekmektedir.



Yarı oturur pozisyon

Ayrıca baş ve boynunuzu yastık ile desteklemeniz rahatsızlanmanızı sağlar.

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

NASIL UYUTULACAĞIM VE AMELİYATI DUYACAK MIYIM?

1. Ameliyathaneye geldiklerinde ameliyathane ekibi tarafından karşılanacak ve ameliyat olacağınız masaya alınacaksınız.
2. Ameliyat boyunca yaşamsal fonksiyonlarınızı yakından izlenilmesini için üzerinize bazı cihazlar yapıştırılacaktır. Bunlar hissettle ağrı ve acıdır.
3. Yüzünüze bir maske takılarak nefes alıp vermeniz size söylenecek. Bu işlem sırasında size koklatılan gaz ile uyumaya başlayacaksınız.
4. So uyuduktan sonra nefes alıp vermenizi devam ettirmesi için bığınızda bir tüp yerleştirilecek. Hiç bir şekilde bu tüpü hareket ettirmeyerek, dokunmayarak ve görmeyeceksiniz.
5. Bu tüp ile vücudunuzda gaz gönderilmeye devam edilecek. Bu gazlar emildiği sürece anestezi devam eder.
6. Uyuduktan sonra sadece ameliyat bölgenizi açtık kalacak şekilde tüm vücudunuz kapatılacaktır. Ameliyat bölgenizi antiseptik solüsyon ile temizledikten sonra ameliyathaneye başlanacaktır.
7. Ameliyat sonrası gaz kesildikten kısa bir süre sonra anestezi sonlandırılmış olacak ve uyanmaya başlayacaksınız.

HEP HATIRLA!

Ameliyatınızı başlattığı andan itibaren kadar doktor, hemşire ve anestezi teknisyeni siz yakından izliyor olacak

AMELİYAT SIRASINDA OLAN HİÇBİR ŞEYİ AMELİYATTAN SONRA HATIRLAMAYACAKSINIZ

10.14. Ek 14. (Devamı)

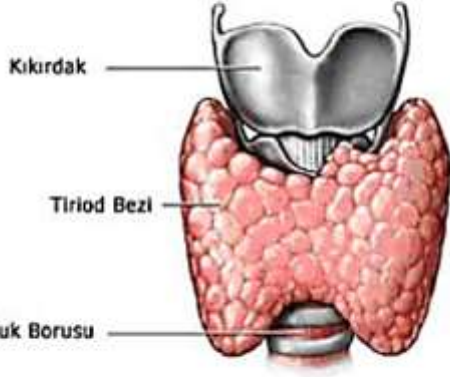
Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

TİROİD BEZİ NEDİR?

Tiroid bezi organizma için çok önemli hormonlar salgılayan bir organdır. Bez çeşitli nedenlerle az ya da fazla hormon üretebilmektedir. Hormon üretimindeki bu dengesizlik bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.



Kıkırdak

Tiroid Bezi

Soluk Borusu

Tiroid bezi boyunda adam elmasının üstünde soluk borusunun her iki yanında ve kısmen önünde yer alan kelebek şeklinde bir organdır. Yutak ya da soluk borusunun içine girmez.

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

GENEL BİLGİLER

Tiroid Bezi Nedir?

Tiroid Bezinin Faalla Çalışması (Hipertroidi) Nelere Sebep Olur?

Tiroid Bezinin Az Çalışması (Hipotroidi) Nelere Sebep Olur?

Tiroidite Nedir?

Kimler Ameliyat Olmalıdır?

Tiroid Kanseri Nedir?

Radasyotif İyot Tedavisi Nedir?

TİROİDEKTOMİ NEDİR?

Tiroidektomi daha çok tiroid kanseri kuşkusuyla nadiren de fonksiyonları düzenlemek amacıyla yapılan tiroid bezinin çıkarılması ameliyatıdır.

Bu ameliyat halk arasında guatr ameliyatı olarak bilinir. Bu işlem sırasında tiroid bezi tiroidin durumuna ya da hastalığın cinsine göre tek taraflı (sağ ya da sol tiroid) ya da iki taraflı olarak planlanmaktadır.



10.14. Ek 14. (Devamı)



Ameliyat sonrası bekleme odası

Ameliyathanede sizi uyutacaklar. Uyumanız için yapılan bu işleme genel anestezi denmektedir. Bu işlem ağrısız ve acısızdır. Ameliyathaneden çıktıktan sonra anesteziye bağlı olarak ameliyatta ilgili hiçbir şeyi hatırlamayacaksınız.



Ameliyat Olmak İçin Evde Beklerken Nelere Dikkat Etmeliyim?

Ameliyathanede Neler Yaşayacağım?

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Etmeliyim?

Tiroid Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Ameliyat Sonrası Yapmanız Gereken Egzersizler

Ameliyaten Nasıl Yapıldığını Görmek İçin Tıklayınız

Ameliyat olacağınız sabah hemşireler tarafından hazırlanacaksınız. Duş sonrası hazırlanmanız ve kıyafetlerinizin değiştirilmesine gibi gerekli hazırlıklarınız tamamlandıktan sonra bir görevli ve bir hemşire eşliğinde ameliyathaneye gönderileceksiniz.

Aşağıda ameliyat olacağınız hastanenin ameliyathane fotoğrafları yer almaktadır.

EN ÇOK MERAK EDİLENLER

Nasıl uyanacağımı?

Ne zaman duş alabilirim?

Hastanede ne kadar kalırım?

Ne zaman araba kullanabilirim?

Ne zaman günlük ev işlerime dönebilirim?

Ne zaman cinsel hayata başlayabilirim?

Ameliyathaneye bu kapıdan girecek ve çıkacaksınız

Ameliyathane koridoru

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI |

Sayı : 24237859-241
Konu: Etik Kurul onay belgesi

24/04/2017

Sayın; Prof. Dr. Ayla GÜRSOY
Hemşirelik ABD.

"İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı etik kurul 2017/67 protokol numaralı tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

11. (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2017/ 67		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayla GÜRSOY		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Bahar CANDAŞ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

11. (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 14	Tarih: 17/04/2017
	Prof.Dr.Ayla GÜRİSOY'un sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Bahar CANDAS'a ait "İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı 2017/67 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raporör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad, Soyad : Bahar CANDAS ALTINBAS
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 18. 05.1988 / Trabzon-Beşikdüzü
Medeni Hali : Evli
E-posta : baharcandas@ktu.edu.tr
Yazışma Adresi : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Süre
Doktora	KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD	2014-
Y. Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD	2011-2014
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu	2006-2010

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Yıldızlı Güven Hastanesi/Trabzon	2010-2011
Hemşire	Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Trabzon	2011-2013
Araş. Gör.	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-

YABANCI DİL

İngilizce: İyi düzeyde

YAYINLAR/BİLDİRİLER

Uluslararası Dergilerde Yayınlanan Makale

1. **Candaş B**, Bulut E, Çilingir D, Gürsoy A, Yavuz ME, Aydın A (2017). Surgical count implementations in the operating rooms: an example from Turkey. Journal of Surgery 13: 51-52.

2. **Candaş B**, Gürsoy A (2016). Patient safety in operating room: thoughts of surgery team members on implementing the safe surgery checklist (an example from Turkey). *Perioperative Care and Operating Room Management* 5: 1-6.
3. Gürsoy A, **Candaş B**, Güner Ş, Yılmaz S (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal of Perianesthesia Nursing* 2: 1-9.

Ulusal Dergilerde Yayınlanan Makale

1. **Candaş B**, Gürsoy A (2017). Hemşireler için harekete geçme zamanı: kanıta dayalı uygulamalardan bakım paketlerine. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14(3): 233-238.
2. Çilingir Ç, **Candaş B** (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(1): 137-143.
3. **Candaş B**, Gürsoy A. Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3(1): 40-50.
4. Öztürk H, **Candaş B**, Babacan E (2015). Devlet hastaneleri, toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 1(2): 25-36.
5. Gürsoy A, **Candaş B** (2015). Sağlık profesyonellerinin organ bağışına bakışı. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* 16: 17-19.

Uluslararası Hakemli Kongre / Sempozyum Kitaplarında Yer Alan Bildiriler

1. **Candaş B**, Gürsoy A (2019). Tiroidektomi uygulanan hastaların bilgi gereksinim ve ameliyat sonrası semptomlarının değerlendirilmesi. 3. International Congress on Nursing, Kıbrıs, 7-9 Mart 2019.
2. Yavuz ME, **Candaş B**, Gürsoy A (2018). Recipients' psychological problems after organ transplantation and the nursing approach. 1st International Transplant Network Congress, Antalya, 17-21 Ekim 2018.
3. **Candaş B**, Yavuz ME, Gürsoy A (2018). Nursing role in the protection of donor's psychological health in organ transplantation. 1st International Transplant Network Congress, Antalya, 17-21 Ekim 2018.

4. Ögce F, **Candaş B**, Damar HT, Çelik B, Karayurt Ö, Çakmakçı M, Kalaca Ç, Gürsoy A, Sayek İ (2017). Güvenli cerrahi kontrol listesine ilişkin Türkiye'deki uygulamalar ve cerrahi ekibin düşünceleri. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.
5. **Candaş B**, Gürsoy A, Çilingir D, Ertürk M, Aydın A, Bulut E (2017). Surgical count implementations in the operating rooms: an example from Turkey. 8th EORNA Congress the Colossus of Perioperative Nursing, Rodos, 4-7 Mayıs 2017.
6. **Candaş B**, Özterzi B, Kutlu P, Gürsoy A (2017). Surgical nurses opinions and practices related to patients discharge information: an example from Turkey. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos, 4-7 Mayıs 2017.
7. Ertürk M, Çilingir D, Bulut E, **Candas B**, Aydın A, Gürsoy A (2017). The Perception of patient safety culture among surgical nursing. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos, 4-7 Mayıs 2017.
8. **Candaş B**, Gürsoy A (2017). From evidence based practice to care bundle: Time for nurses to make the move. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos, 4-7 Mayıs, 2017.
9. Çilingir D, **Candaş B** (2017). Enhanced recovery after surgery protocol and nurses' roles. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos, 4-7 Mayıs 2017.
10. **Candaş B**, Kemer AS, Çaylak E, Gürsoy A (2017). Turkish operating room nurses' experiences regarding their profession: a qualitative research. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, 4-7 Mayıs 2017.
11. **Candaş B**, Gürsoy A, Bulut E (2017). Patient safety in the operating room: the importance of surgical counting. 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, 4-7 Mayıs 2017.
12. Hintistan S, Çilingir D, Kahriman İ, Yavuz ME, **Candaş B**, Günel NT, Ünsal Ü, Şimşek P (2017). An investigation on the cases with regard to artistic education of the students who are studying at the department of nursing and health management. International Congress of Black Sea Nursing Education, Samsun, 12-13 Ekim 2017, 110.

13. Gümrükçüoğlu N, Sarıme Mehmet D, Hintistan S, **Candaş B**, Serdar G (2017). Functional food awareness of vocational high school students. 1th International Congress on Medicinal and Aromatic Plants, Ankara, 9-12 Mayıs 2017.
14. Sarıme Mehmet D, Gümrükçüoğlu N, Hintistan S, **Candaş B**, Serdar G (2017). Evalution of information and reflectives of complementary and alternative methods of health service vocational school students. 1th International Congress on Medicinal and Aromatic Plants, Ankara, 9-12 Mayıs 2017.
15. **Candas B**, Gürsoy A (2015). The thoughts of surgery team towards implementing safe surgery checklist: an example from turkey. 7th EORNA Congress The Art of Perioperative Care: Eternally Evolving, Roma, 7-10 Mayıs 2015.
16. Gürsoy A, **Candaş B**, Güner Ş, Yılmaz S (2015). The effects of operating room nurse's visit on patients' preoperative anxiety. 7th EORNA Congress The Art of Perioperative Care: Eternally Evolving, Roma, 7-10 Mayıs 2015

Ulusal Hakemli Kongre / Sempozyum Kitaplarında Yer Alan Bildiriler

1. Aksoy B, Köybaşı E, Yüksel Ö, **Candaş B**, Gürsoy B, Kavgacı A, Tor E (2017). Tohumdan fidana, fidandan ağaca hemşirelik: emekli, çalışan ve öğrenci hemşirelerin mesleğe ilişkin görüşleri. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, 26-28 Nisan 2017.
2. Ertürk M, Çilingir D, Bulut E, **Candaş B**, Aydın A, Gürsoy A (2017). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısı. 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13- 17 Nisan 2016.
3. **Candaş B**, Gürsoy A, Çilingir D, Ertürk M, Aydın A, Bulut E (2015). Ameliyatlarda alet ve malzeme sayımı yapılmasına ilişkin durum saptaması. 9.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015, 156.
4. Çilingir D, **Candaş B** (2014). Ventilator ilişkili pnömoni (vip) ve kanıta dayalı uygulamalar. Karadeniz Yoğun Bakım Kongresi, Trabzon, 22-24 Ekim 2014.
5. Gürsoy A, Güner Ş, Yılmaz S, **Candaş B** (2013). Ameliyathane hemşiresi ziyaretinin hastaların ameliyat stresi üzerine etkisi. 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, İzmir, 21-24 Kasım 2013.

6. Öztürk H, **Candaş B**, Babacan E (2010). Devlet hastaneleri toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin sorunları. 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, İzmir, 21-23 Ekim 2010.
7. Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, **Candaş B** (2010). Yoğun bakımlarda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HAHUM) I. Ulusal Kongresi, Sağlıkta Haklar, Sorunlar ve Sorumluluklar Konferansı, Trabzon, 21-25 Eylül 2010.
8. **Candaş B**, Gürsoy A (2016). Kanıta dayalı uygulamalardan bakım paketlerine: hemşireler için harekete geçme zamanı. 20. Ulusal Cerrahi Kongresi&15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13-17 Nisan 2016.
9. **Candaş B**, Gürsoy A (2015). Ameliyathanede hasta güvenliği: cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanışına ilişkin düşünceleri. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015.
10. **Candaş B**, Kemer AS, Çaylak E (2015). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliğine ilişkin düşünceleri: nitel bir çalışma. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015.
11. **Candaş B**, Gürsoy A, Bulut E (2015). Ameliyathanede hasta güvenliği: alet ve malzeme sayımına bakış. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015.
12. Koçan S, Gürsoy A, **Candaş B** (2015). Preoperatif dönem hasta beslenmesine ilişkin güncel yaklaşımlar. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015.
13. **Candaş B** (2015). Yaşlı bakımında madeleine leninger'in transkültürel bakım teorisi. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, Trabzon, 13-15 Mayıs 2015.
14. Çilingir D, Ertürk M, Bulut E, **Candaş B** (2015). Meme kanserinin aile üzerindeki etkileri. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, Trabzon, 13-15 Mayıs 2015, 257.

15. Çilingir D, **Candaş B**, Çakır G, Aydın A (2015). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin yaşadığı sorunlar. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, Trabzon, 13-15 Mayıs 2015.
16. **Candaş B**, Çilingir D, Bulut E (2015). Cerrahiden sonra hızlandırılmış iyileştirme protokolü ve protokolün hemşirelik hizmetlerindeki yeri. 6. Uludağ Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Bursa, 19-22 Mart 2015.
17. **Candaş B**, Çilingir D, Ertürk M (2015). Dorethea E. Orem'in öz bakım teorisi'ne göre modifiye radikal mastektomi ameliyatı olan hastanın bakımı (olgu sunumu). 6. Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı, Bursa, 19-22 Mart 2015, PB32.
18. **Candaş B**, Gürsoy A (2014). Ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanmasında güvenli cerrahi kontrol listesinin yeri. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014.
19. **Candaş B**, Bulut H, Erdoğan B, Sezen M, Tamtürk S, Yolcu S (2014). Hemşirelik öğrencilerinin teorik ders ve klinik uygulamalardan etkilenme durumlarının belirlenmesi. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014.

Kitap Bölüm Yazarlığı

1. **Candaş B** (2018). Kazazedenin değerlendirilmesi ve triyaj. Temel İlk Yardım Bilgi ve Uygulamaları (Ed: Gürsoy A, Çilingir D). Adana, 10-23.
2. **Candaş B**, Gürsoy A (2016). Sağlığı korunması ve geliştirilmesinde erken tanının önemi. Sağlığı Koruma ve Geliştirme (Ed: Demirbağ BC). Ankara, 275-290.

DESTEKLENEN PROJELER

1. Çilingir D, **Candaş B**, Gürsoy A (2013). İnternet Tabanlı Eğitimin Tiroidektomi Olan Hastaların Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Erken Dönem İyileşme Ölçütlerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Karadeniz Teknik Üniversitesi BAP02-THD-2018-7659, Araştırmacı, Tamamlandı.

2. Yavuz ME, Çilingir D, **Candaş B** (2018). Bilgisayar temelli iletişim aracının mekanik ventilatöre bağlı hastaların sözel olmayan iletişimlerini sağlamadaki etkinliğinin değerlendirilmesi. TÜBİTAK 1002 Projesi-216S937, Bursiyer, Tamamlandı.

ÖDÜLLER

1. Sözel Bildiri İkincilik Ödülü

Öğce F, **Candaş B**, Damar HT, Çelik B, Karayurt Ö, Çakmakçı M, Kalaca Ç, Gürsoy A, Sayek İ (2017). Güvenli cerrahi kontrol listesine ilişkin türkiye'deki uygulamalar ve cerrahi ekibin düşünceleri. 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, 2-5 Kasım 2017.

2. Onursal Başkan Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu Mansiyon Ödülü

Candaş B, Gürsoy A, Çilingir D, Ertürk M, Aydın A, Bulut E (2015). Ameliyatlarda alet ve malzeme sayımı yapılmasına ilişkin durum saptaması. 9.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015, s:156.

3. Sözel Bildiri İkincilik Ödülü

Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, **Candaş B** (2010). Yoğun bakımlarda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HAHUM) I. Ulusal Kongresi, Sağlıkta Haklar, Sorunlar ve Sorumluluklar Konferansı, Trabzon, 21-25 Eylül 2010.