

K.K.T.C.
YAKIN DO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ

LAPAROSKOP K KOLES STEKTOM UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUK ÖNCES B LG
GEREKS N MLER N N BEL RLENMES

Hasret Kübra ZENG N ÇAKIR

Hem irelik Programı

YÜKSEK L SANS TEZ

LEFKO A

HAZ RAN 2015

K.K.T.C.
YAKINDO ÜNİVERSİTESİ
SALIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUK ÖNCESİ BELGİ
GEREKİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ümran DAL

LEFKOŞA
HAZİRAN 2015

TE EKKÜR

Ara tırmamın gerçekte mesine katkılarında dolayı, a a ıda adı geçen ki i ve kurulu lara içtenlikle te ekkür ederim.

Sayın Doç. Dr. Ümran Dal, tez danı manım olarak çalı mamın planlanması, yürütülmesi ve rapor edilmesinde sabır ve anlayı göstermi , destek sa lamı tır.

Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölüm Ba kan Yardımcısı Sayın Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karata yüksek lisans ve tez çalı mamda katkı sa lamı lardır.

Ba kent Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölüm Ba kanı Sayın Prof. Dr. Nalan Özhan Elba tez çalı mamda önemli katkılar sa lamı tır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sa lık Bakanlığı , Yakın Do u Üniversitesi Etik Kurulu, Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Ba hekimi ve Ba hem ireli i çalı mamı yapabilmem için gerekli izni sa lamı lardır.

Çalı mamın yürütülmesinde, Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi Klinik efi Sayın Dr. Turgut Küçük, desteklerini esirgememi tir.

Genel Cerrahi Uzmanı Sayın Doç. Dr. H. O uz Koç, de erli bilgileri ile meslek hayatıma ve ara tırmama önemli katkıda bulunmu tur.

Ara tırmamın istatistik çalı malarında, Sayın Sedat Yüce çok önemli katkı sa lamı tır.

Ara tırmama katılan tüm cerrahi hastaları, de erli katılımlarıyla katkı sa lamı lardır.

Tez çalı mam süresince, de erli e im ve de erli ailem sonsuz sevgi, anlayı ve sabırla destek olmu lardır.

ÖZET

Zengin Çakır, H. K. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefko a, 2015.

Laparoskopik cerrahi, 20 yıldan beri üroloji, jinekoloji ve gastrointestinal cerrahide kullanılmaktadır ve günümüz modern cerrahisindeki en önemli gelişmelerden biridir. Günümüzde majör cerrahi gerektirecek alanlarda da kullanılmaya başlanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde ağrı, hastanede kalış süresi, kozmetik sonuçlar ve iyileşme süresi açısından açık cerrahiye üstünlüğü gösterildikten sonra, laparoskopik kolesistektomi uygulaması safra kesesi hastalıklarında altın standart olarak yerini almıştır. Araştırma, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemdeki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 15 Aralık 2014- 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan 78 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan soru formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin analizi için, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programında Frekans analizi ve Ki Kare testleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların %28.2'sine ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ilgili bilgi verilmediği, taburculuk sonrası doktora başvurulması gereken acil durumlar ile ilgili hastaların %83.3'üne bilgi verilmediği saptanmıştır. Hastaların evde bakım ile ilgili %85.9'unun yara bakımı, %92.3'ünün kullanılacak ilaçlar, %78.2'sinin beslenme, %30.7'sinin aktiviteler ve %5.1'inin evde karılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi edindiği saptanmıştır.

Hem irelerin, hastaların taburculuk e itimi sürecinde etkin rol üstlenmedikleri sonucuna varılmıştır. Hastaların bireysel özellikleri ve öğrenim gereksinimlerine uygun planlı taburculuk e itimi yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, Kolesistektomi, Hem irelik bakımı, Taburculuk e itimi

ABSTRACT

Zengin Çakır, H. K. Determination of the Needs of Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy Surgery for Information Before Being Discharged from the Hospital. Master's thesis from the Nursing Program at the Institute of Health Sciences of the Near East University, Nicosia, 2015.

The research was made as a definitive and cross-sectional study with the aim of determining the needs of patients undergoing Laparoscopic Cholecystectomy surgery for information in the period before being discharged from the hospital. The sampling of the study was composed of 78 patients undergoing Laparoscopic Cholecystectomy surgery at the Surgical Service of the Dr. Burhan Nalbanto lu State Hospital between 15 December 2014 and 31 May 2015. As a data collection tool, a questionnaire was used that was prepared by the researcher by scanning the related literature. The data was collected by the researcher in face-to-face interviews with the patients. The Analysis of Frequency and the Chi-Square tests in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 package program were used for analysis of the data.

According to the results of the study, it was determined that 28.2% of the patients were not given information related to surgery prior to the surgery and that 83.3% of the patients were not given information about their diseases for emergency situations when it would be necessary to consult a physician after being discharged from the hospital. It was determined that related to home care, 85.9% of the patients obtained information on wound care, 92.3% on the medications that would be used, 78.2% on nutrition, 30.7% on activities and 5.1% on problems that could be encountered at home.

The conclusion was reached that nurses did not assume an effective role in the process of training patients before being discharged from the hospital. It is proposed that training before discharge from the hospital should be made with a suitable plan for the individual characteristics and educational needs of the patients.

Key Words: Laparoscopic surgery, Cholecystectomy, Nursing care, Training discharge

Ç İ N D E K İ L E R

ONAY SAYFASI	iii
TE Ş EKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
S İ MGELELER VE KISALTMALAR D İ Z İ N İ	xi
TABLolar D İ Z İ N İ	xii
GRAF İ K D İ Z İ N İ	xiii
1. G İ R İ Ő	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Ara tırmanın Amacı	4
2. GENEL B İ LG İ LER	5
2.1. Laparoskopik Cerrahi	5
2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Tarişesi	6
2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulaması	6
2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları	8
2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrasında Görülebilecek Problemler	10
2.6. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hem İ relik Bakımı	12
2.7. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk E ğ İ timi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Ara tırmanın İ ekli	17
3.2. Ara tırmanın Yapıldı ğ İ Yeri ve Özellikleri	17
3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örnekleme	17
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.5. Veri Toplama Yöntemi	18
3.6. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	18
3.7. Ara tırma Verilerinin De ğ erlendirilmesi	19
3.8. Ara tırmanın Etik Yönü	20

4. BULGULAR	21
5. TARTI MA	36
6. SONUÇ VE ÖNER LER	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK-1: Anket Formu	52
EK-2: Aydınlatılmı Onam Formu	59
EK-3: Etik Kurul Onay Formu	61
EK-4: KKTC Sa lık Bakanlı ı Onay Formu	62
EK-5: Özgeçmi	63

S İMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CO₂	Karbon Dioksit
DM	Diyabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KVC	Kardiyo Vasküler Cerrahi
SİLS	Single Incision Laparoscopic Surgery
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar D Z N**Tablo No**

4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Da ılımı	21
4.2. Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyat ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	24
4.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Ameliyat ile İlgili Problem Ya ama Durumlarının Da ılımı	25
4.4. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Dönemde Yara Yeri ile İlgili Problem Ya ama ve Yara Bakımı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	26
4.5. Hastaların A rı Oldu unda Yapılması Gerekenler Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	27
4.6. Taburculuk Sonrası Kullanılacak laçlar ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	28
4.7. Taburculuk Sonrası Yapılacaklar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	29
4.8. Taburculuk Sonrası Evde Kar ıla ılabilecek Sorunlar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı	31
4.9. Taburcu Olurken Yazılı Doküman Alma Durumlarının Da ılımı	32
4.10. Ameliyat Sonrası Problem Ya ama Durumlarına Göre Bilgi Alma Durumlarının Kar ıla tırılması	33

GRAFİK DİZİNİ

1. Hastaların Tanısı Konmuş Kronik Hastalıklarının Bulunması 22
Durumlarının Dağılımı
2. Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı 23
3. Hastaların Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumlarının Dağılımı 23

1. G R

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Laparoskopik cerrahi; 20 yıldan beri üroloji, jinekoloji ve gastrointestinal cerrahide kullanılmaktadır ve günümüz modern cerrahisindeki en önemli gelişmelerden biridir. Günümüzde major cerrahi gerektirecek alanlarda da kullanılmaya başlanmıştır (Sanaok, 2008; Yigit ve ark. 2007). Laparoskopik cerrahinin ameliyat sonrası dönemde ağrı, hastanede kalış süresi, kozmetik sonuçlar ve iyileşme süresi açısından açık cerrahiye olan üstünlüğü gösterildikten sonra bu cerrahiye olan ilgi daha da artmıştır (Akgün, 2011; Aslan ve Atan 2010; Albayrak, 2008). Safra kesesi hastalığı kanıtlanmış ve semptomatik olan hastalarda kolesistektomi endikedir ve açık kolesistektomi için geçerli olan endikasyonlar, laparoskopik kolesistektomi için de geçerli olup, hastalar için en fazla tercih edilen yöntemdir (Robert Zollinger, 2003). Bu yöntemle; ucunda kamerası olan ve karın içerisini görmekte kullanılan endoskopik aletler aracılığıyla, karında açılan dört küçük delikten biri vasıtasıyla safra kesesi, karından dışarı çıkarılır (Lewis et. al 2007). Laparoskopik Kolesistektomi operasyonları yapılmaya başladığından bugüne kadar, çeşitli yöntemler ile trokar sayısının azaltılması hedeflenmiştir (Koca ve ark. 2014). Son yıllarda minimal invaziv cerrahi uygulamaları içinde tek insizyondan laparoskopik cerrahi (Single incision Laparoscopic Surgery = SILS) güncel olarak uygulanmaktadır (Koca ve ark. 2014, Mihmanlı ve ark. 2010). Tek insizyondan laparoskopik cerrahi uygulamalarında sıklıkla göbekten yapılan insizyon kullanılmaktadır. SILS uygulamalarında en önemli sorun, kozmetik açımda üç port uygulamalarına bakıldığında bir üstünlüğünün olup olmadığıdır (Koca ve ark. 2014, Sümer ve ark. 2010).

Laparoskopik Kolesistektomi; minimal invaziv cerrahide altın standart sayılır ve açık kolesistektomiden daha sık uygulanmaktadır. Minimal invaziv cerrahinin avantajları ;

- Komplikasyon oranı daha düşüktür ve yaygın değildir.
- Ölüm oranı çok düşüktür.
- Safra kanalı yaralanmaları nadirdir.

- Hastalar daha hızlı iyileşir.
- Ameliyat sonrası dönemde ağrı şiddeti daha azdır.
- Laparoskopik teknik ile safra kesesini çıkartmak; yara komplikasyonlarını azaltır (Ignatavicius and Workman 2006).

Laparoskopik Kolesistektomi her ne kadar avantajlı bir yöntem olarak kabul edilse de; ameliyat sonrası dönemde; ağrı, bulantı, kusma gibi problemlerle karşılaşılabilir (Gül, 2005; Erdil ve Elba , 2008). Yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası erken dönemde en yaygın olarak görülen sorunlardan biri ağrıdır, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrıları da yüksek saptanmıştır (Zverev ve Dal, 2011). Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında görülen ağrının kaynaklarından biri de karın duvarında bulunan insizyonlardır (Alver ve ark. 2010). Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında görülen ağrı, cerrahi manipülasyona, ameliyat süresince olan intraabdominal basınç artışına, intraperitoneal verilen karbondioksit irritasyonuna, ameliyat sırasında olan safra sızmalarına bağlı olarak görülen visseral orijinli ağrı ile trokarların giriş yerlerinden kaynaklanan insizyonlara bağlı somatik tipte bir ağrıdır (Mente ve ark. 2009).

Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında; ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı yüksek olarak bildirilmektedir (%46-72) ve bu durum aspirasyon riskini arttırmakta, yara yerinde açılmalara neden olabilmekte, hastalarda psikolojik strese neden olmakta ve taburculuk süresini uzatmaktadır (Fuji, 2008).

Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında görülebilen ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri hasta konforunu etkileyen sorunlardır. Ameliyat sonrası dönemde; hastanın bakımından primer sorumlu hemire hastayı iyi gözlemlemeli ve multidisipliner bir yaklaşımla, yaşanan sorunların çözümünde aktif rol almalıdır. Bu sebeplerden dolayı; ameliyat sonrası dönemdeki hemirelik bakımı ve hastaya verilecek olan taburculuk eğitimini; büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda; hemire tarafından ameliyat öncesi verilen bilgilendirici hemirelik eğitiminin, hastaların ameliyat öncesi bilgi, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi olduğu görülmüştür.

Bilgilendirici ve eğitici hemirelik yaklaşımının, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi durumlarını artırıcı, kaygı ve anksiyete düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Özkan Salkım, 2010; Yılmaz Elaltunta, 2008; Aytur, 2001). Öztürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; cerrahi hastalarının %54'ü hemireler tarafından kendilerine hasta eğitimi yapıldığını, %47'si eğitimi yeterli algıladığını, %55'i yapılan hasta eğitimlerinin sözlü kısa bilgilendirme şeklinde olduğunu ve hastaların %70'i taburculuk sonrası hastalıklarına yönelik eğitimlere katılacaklarını bildirmiştir. Özcan (2008) çalışmasında; hastaların taburculuk eğitimi öncesine göre, eğitim sonrasındaki taburculuk bilgi düzeylerinde artış olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda taburcu olacak hastaların; aktivite, yara bakımı, pansuman deşimi, ilaç kullanımı, anksiyete kontrolü, olası sorunlar, beslenme, hastaneye başvurulması gereken durumlar, cinsel yaşam, eğitim ve banyo yapma konularında soruları olduğu saptanmıştır (Orgun ve arkadaşları, 2012; Ercan, 2006; Aydoğan, 2005; Aytur, 2001).

Yapılan çalışmalarda; hastalara taburculuk eğitimi kitapçıkları verilerek eğitimin desteklenmesi ile evde yaşanan semptomların azaldığı, hastaların daha az kaygı yaşadıkları ve iyileşme sürecinin olumlu yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır (Yılmaz Elaltunta, 2008; Aytur, 2001). Taburculuk eğitiminin hastalar için olumlu yönde etkileri olmasına rağmen, Dal ve arkadaşları (2012) çalışmasında; cerrahi girişim uygulanan hastalara taburculuk sırasında yazılı eğitim materyali verilmediğini; ancak hastaların yazılı eğitim materyalinin verilmesini istediğini vurgulamıştır.

Laparoskopik Kolesistektomi günübirlik cerrahi kapsamında yapılan girişimdir. Hastanede yatış süresi kısa olduğundan, hemire hastayı kısıtlı bir zaman diliminde görmektedir. Bu sebeple taburculuk sonrasında hasta ve ailesi evinde birçok güçlüklerle karşılaşabilir (Sertelli, 2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Klinikte hastalara laparoskopik kolesistektomi sonrası hemireler tarafından planlı taburculuk eğitimi verilmediği gözlenmiştir.

Yapılan çalı malar hastaların taburculuk e itimi yapılmasını istedikleri sonucunu desteklemektedir.

Bu çalı manın sonucunda elde edilecek verilerin, ba langıçta Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi olmak üzere, tüm di er hastanelerde, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanacak olan tüm hastaların taburculuk e itimine katkısı olabilece i dü ünülmektedir.

1.2. Ara tırmanın Amacı

Ara tırma, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmı tır. Ara tırmamızda a a ıdaki sorulara yanıt aranmı tır.

1. Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesinde hangi bilgilere gereksinimleri vardır?
2. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bilgi gereksinimleri arasında ili ki var mıdır?

2. GENEL B LG LER

2.1. Laparoskopik Cerrahi

Laparoskopi; genellikle umblikustan küçük bir insizyon yapılarak batına girilmesi ve abdominal bo lu un optik sistem kullanılarak gözlenmesi anlamına gelmektedir (Yi it ve ark. 2007; Erdil ve Elba , 2008). Son 20 yılda video-endoskopik teknolojideki ve laparoskopik cihazlardaki geli meler ile birlikte; laparoskopik cerrahi daha yaygın kullanılır hale gelmi tir. Laparoskopik cerrahinin; hastanede kalı süresinin kısalması, günlük aktiviteye hızlı dönü , daha iyi kozmetik sonuçlar ve açık cerrahiye kıyasla benzer tedavi etkinli inin olması nedeniyle popülaritesi artmı tır (Demir ve ark. 2010).

Günümüzde laparoskopik giri imler tüm ço unlukca uygulanan cerrahi ameliyatların yerini alacak düzeye gelmeye ba lamı tır ve açık cerrahi ile yapılan splenektomi, kolektomi ve renal transplantasyon gibi majör cerrahi uygulamalar laparoskopik yöntemle mümkün olabilmektedir (Akgün, 2011; Cengiz ve ark. 2013).

Kulaço lu ve ark. (1997) hekimlerin laparoskopik cerrahiye bakı açılarını ara tıran çalı masında; kolesistektomi ameliyatı için hekimlerin büyük ço unlu unun standart yöntem haline gelen laparoskopik yakla ımı güvenilir ve öncelikli yöntem olarak tercih etti i görülmü tür. Laparoskopik Kolesistektominin laparoskopik cerrahi açısından önemi; bir dönüm noktası olmu olmasından ve günlük uygulamaya girmesiyle birlikte bu alanda ciddi bir ivme yaratmı olmasından ileri gelmektedir (Balık, 2007).

2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Tarihçesi

Laparoskopik kolesistektomi ilk olarak bir hayvan modeli üzerinde Frimberger ve arkadaşları tarafından 1979'da uygulanmıştır (Albayrak, 2008). Erich Mühe 1985 yılında, ilk laparoskopik safra kesesi ameliyatını yapmıştır ve 1987 yılında Philippe Mouret, 1988 yılında Francois Dubois, Mühe'yi takip etmiştir (Reynolds, 2001; Balık, 2007; Albayrak, 2008).

Türkiye'de ilk laparoskopik kolesistektomi uygulaması; 1990 yılında Prof. Dr. Ergün Göney ve ekibi tarafından o günkü adıyla İstanbul SSK Okmeydanı Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir (Bora ve ark. 1993). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ilk laparoskopik kolesistektomi uygulaması 14 Nisan 1996 yılında Dr. Tarık Zbul ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (Zbul, 1999). Günümüzde KKTC'de bulunan devlet hastaneleri ve özel hastanelerde laparoskopik kolesistektomi uygulaması safra kesesi hastalıklarında altın standart olarak yerini almıştır.

2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulaması

Safra kesesi hastalığı kanıtlanmış ve semptomatik olan hastalarda kolesistektomi endikedir ve açık kolesistektomi için geçerli olan endikasyonlar laparoskopik kolesistektomi için de geçerlidir. Ameliyat öncesinde hastaya anamnez ve fizik muayene ile birlikte batin ultrasonu da yapılmalıdır. Hastanın akciğer grafisi ve elektrokardiyografisi yapılmalı, endikasyon varsa kardiyopulmoner sistem için ilave tetkikler yapılmalıdır. Ayrıca hastanın rutin kan tetkikleri, karaciğer fonksiyon testleri ve koagülasyon tetkikleri mutlaka dosyasında hazır olmalıdır (Robert Zollinger, 2003; Erdil ve Elba, 2008).

Ameliyat için genellikle endotrakeal entübasyonla genel anestezi önerilmektedir. Ameliyat masasında hasta supine pozisyonunda olmalıdır. Hasta monitörize edilir ve uyutulduktan sonra, mide ve mesaneyi boşaltmak için nazogastrik sonda takılmalı ve üriner kateterizasyon uygulanmalıdır.

Pnömoperitoneum olu mu sırasında karın içi basınç artacağı için hastanın her iki bacağı elastik bandajla sarılmalıdır. Hastanın kolları, bacakları ve üst göğüs kısmı ısı kaybını azaltmak için örtülmelidir. Hastanın göğüs ön duvarının alt kısmı ve batin cildi temizli ni yapıp, hazırlanır (Robert Zollinger, 2003; Erdil ve Elba , 2008). Karın olası kitleler veya karaciğerin kölesinin bulunması açısından palpasyon ile muayene edilir. Cerrah ve kamera asistanı hastanın solunda, 1. asistan hastanın sağında yer alır. Umblikusun hemen altından bistüri ile bir cm'lik cilt kesisi yapılır ve karın ön duvarı göbeğin her iki tarafından çamaşır pansı ile kaldırılır.

Veress iğnesinin batin içerisinde olduğundan emin olduğunda pnömoperitoneum iğneme geçilir. Pnömoperitoneum iğneme amaç; batin duvarını abdominal organlardan uzaklaştırmaktır, bunu sağlamak için batin içerisine Karbon dioksit (CO₂) gazı verilir. CO₂ gazı kullanılmasının nedeni; venöz gaz embolisi bakımından düşük risklidir, batin içerisinde emildikten sonra akciğerlerden solunum yoluyla kolay atılabilir, yanıcı değildir ve elektrokoter kullanımını sağlar. Pnömoperitoneum ile; abdominal duvar iç organlardan ayrılır ve laparoskopinin yapılacağı ortam ve görüş alanı sağlanır. Veress iğnesi steril bir tüp yardımıyla insüflatör'e (CO₂ tankına bağlı gaz pompalayıcı) bağlanır. Pnömoperitoneuma bir veya iki litre/dakika olacak şekilde yavaş akım ile bağlanmalıdır. insüflatör ile 3-4 litre CO₂ gazı verilerek karın içi ortalama 10-14 mm Hg (maksimum 15 mm Hg) olacak şekilde pnömoperitoneum yapılır ve daha sonra veress iğnesi çıkartılır. Umblikus çamaşır klempisi ile kavrandıktan sonra 10 mm'lik trokar, yönü pelvise doğru olacak şekilde dönme hareketleri ile yerleştirilir.

Karın içinden direkt görüş altında diğer üç trokarın yerleştirimi sağlanır. 10 mm'lik ikinci trokar epigastriuma, ksifoidin yaklaşık 5 cm altından yerleştirilir. Daha sonra iki adet 5 mm'lik trokar yerleştirilir. Bir tanesi sağ üst kadranda kosta sınırının birkaç cm altında ve midklavikular hatta, diğeri de umblikus düzeyinde lateralde kalacak şekilde yerleştirilir. Hasta, en iyi görüş için 10- 15 derecelik hafif ters Trendelenburg pozisyonunda yatırılır. Calot üçgeninin incelenmesini kolaylaştırmak için safra kesesi, karaciğer kenarından yukarı doğru çekilerek iğneme bağlanır. Calot üçgeni üzerindeki periton ayrılarak ductus sisticus ve arteria

sistica izole edilir. Ductus sisticus, proksimal ve distaline konulan iki er adet klipsin arasından kesilir. Arteria sistica izole edilir, klemplenir ve aynı ekilde kesilir. nfundibulum ve kese boynu eleve edilerek elektrokoter ile karaci er yata ından disseke edilir. Bölge serum fizyolojik ile yıkanır ve dilue edilmi safra ve kan, karaci erin hemen kö esi üzerindeki alandan aspire edilir. Safra kesesinin son ba lantıları da karaci erden ayrılır ve safra kesesi karaci erin üzerine yerle tirilir. Videoskop umblikal porttan çıkarılır ve epigastrik porta yerle tirilir. Kavrama forsepsleri umblikal porttan geçirilerek parçayı sistik kanal bölgesinden kavramayı sa lar.

E er safra kesesi ta ları küçük ise, cerrah genellikle safra kesesini çıkarabilir. Orta büyüklükteki veya büyük ta ların çıkartılmasında bu i lemden önce ta ların kırılması veya kesinin geni letilmesi gerekebilir. Orta ve lateral portlar videoskopik kanama kontrolünü takiben çıkarılır. Videoskop çıkartılır, pnömoperitoneum bo altılır.

Kesi yerleri uzun etkili lokal anesteziklerle infiltre edilir (Bupivacaine gibi) ve 10 mm'lik port yerlerindeki fasya, absorbe olabilen bir veya iki diki le kapatılır. Cilt absorbe olabilen diki lerle kapatılır. (Kama ve ark 1994; Schwartz, 2002; Robert Zollinger, 2003).

2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezantajları

- Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları;
- Laparoskopik kolesistektomi uygulamasında açılan insizyonun küçük olması nedeniyle daha iyi kozmetik sonuç mevcuttur.
 - Ameliyat sonrası dönemde a rı iddeti daha azdır.
 - Hasta memnuniyeti daha fazladır.
 - Laparoskopik teknik ile safra kesesini çıkartmak; yara komplikasyonlarını azaltır.
 - Hastanede kalı süresi açık cerrahiye göre daha kısadır ve hastalar günlük ya am aktivitelerine daha kısa sürede dönebilmektedirler.

- iyileme açık cerrahiye göre daha hızlıdır.
- Safra kanalı yaralanmaları nadirdir.
- Komplikasyon oranı yaygın değildir.
- İntestinal sistem üzerine olan travmatik etkisi açık cerrahiye oranla daha azdır. Bu nedenle; gastrik ve intestinal bozuklukları açık cerrahiye göre daha az görülür.
- Kardiyopulmoner komplikasyonlar açık cerrahiye göre daha azdır.
- İmmün sistem açık cerrahiye oranla daha az baskılandığı için, hastaların ameliyat sonrası iyileme dönemini hem süre hem de kalite olarak olumlu yönde etkilemektedir.
- Laparoskopik kolesistektomide kullanılan teknik sistem sayesinde, direkt ve büyütülmüş görüntü altında, gözle görülemeyen yerlere ulaşılabilir.
- Ameliyatta bütün detaylar ekranda net olarak görüntülenebilir.
- Tüm ekip elemanları ameliyata aktif olarak katılır (Gül, 2005; Ignatavicius and Workman, 2006; Albayrak, 2008; Acar ve Tokta , 2010; Demir, 2010).

Laparoskopik Kolesistektominin Dezavantajları;

- Laparoskopik kolesistektomi endokamera görüntüsü izlenerek yapıldığından hekimin bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması gerekir.
- Derinlik hissinin kaybolması, el-göz koordinasyonunun sağlanması gereği, çok sayıda alet ve cihaza bağımlı olarak çalışması gerekir.
- Kanama kontrolü daha zordur (Gül, 2005; Acar ve Tokta , 2010).

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrasında Görülebilecek Problemler

Laparoskopik kolesistektomi uygulaması günümüzde safra kesesi hastalıklarında her ne kadar altın standart haline gelmiş olsa da, uygulama sonrasında hastalarda bazı komplikasyonlar gelişmektedir. Laparoskopik Kolesistektomi uygulaması nedeniyle gelişebilecek bazı komplikasyonlar; safra kaçağı, safra yolu yaralanmaları, kanama, rezidüel safra taşları, subhepatik abse, safra fistülü ve safra peritonitidir (Altun, 2002; Erdil ve Elba, 2008).

Kanama: Safra kesesi ve safra yolları ameliyatlarından sonra erken dönemde görülen en önemli komplikasyonlardan birisi; intraabdominal kanamalardır. Kanama; laparoskopik kolesistektomi uygulamasında kullanılan veress i nesisi ve trokarların giriş yerlerinde epigastrik arter ve venlerden kaynaklanabileceği gibi; pıhtılaşma mekanizması bozukluğu nedeniyle de gelişebilir. Uygulama sonlandırılmadan önce büyük damarlar dikkatle incelenmelidir (Altun, 2002; Erdil ve Elba, 2008).

Safra yolu yaralanmaları: Laparoskopik Kolesistektomi sonrası oluşan safra yolu yaralanmaları, halen ciddi bir morbidite ve mortalite nedeni olarak görülmektedir. Safra kanalı yaralanmalarını artıran faktörler; Callot üçgenindeki gereksiz diseksiyonlar, safra kanallarına yakın koter kullanımı, safra kesesine fazla traksiyon uygulanması olarak sıralanabilir (Malik et al. 2008). Safra yolu yaralanması; Laparoskopik Kolesistektomi uygulamasının ilk yıllarında açık kolesistektomiye göre daha sık görülürdü. Açık kolesistektomide %0.1-0.2 olan komplikasyon oranı laparoskopik kolesistektomide %0.2-0.8 arasında değişmektedir (Sadıkoğlu ve ark. 2003). Yıllar geçtikçe uygulamadaki deneyimin artması ile komplikasyon oranları büyük ölçüde azalmıştır (Çerçi ve ark. 2008; Tekin ve ark. 2009).

Safra Fistülü: Kolesistektomi uygulaması sonrasında, koledok kanalına uygulanan girişim sonrasında, ameliyat sonrası dönemde safra sızıntısı olabilir. Yedi günden fazla süren ve drenler çıkarıldıktan sonra da safra sızıntısı devam eden olgularda safra fistülü geliştiği düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde batın içerisine safra birikimi olan hastada; karın ağrısı, hassasiyet, bulantı, kusma ve ileus bulguları görülebilir (Erdil ve Elba , 2008; Yılmaz, 2008).

Subhepatik Abse: Safra yolu ameliyatlarından sonra görülebilen en sık komplikasyonlardan birisidir. Nedenleri arasında; safra kesesinin umblikustan çıkarıldıktan sonra o bölgeye verilen serum fizyoloji in tamamının aspire edilmemesi ve safra kesesinin çıkarılma esnasında safra ile birlikte küçük ta ların peritona dü mesi sayılmaktadır. Ameliyat sonrasında bu bölgeye konulan drenler ile bu sorun önlenebilir. Ancak ameliyat sonrası dönemde nedeni bilinmeyen ate varsa, karın içi enfeksiyon mutlaka dü ünülmelidir (Lewis et al. 1996; Albayrak, 2008, Erdil ve Elba , 2008). Laparoskopik Kolesistektomi sonrası dönemde hasta; ağrısı, bulantı, kusma gibi problemler ya ayabilir (Gül, 2005; Erdil ve Elba , 2008; Demirhan ve Pınar, 2014).

Abdominal cerrahi giri im uygulanan hastalarda yapılan bir çalı mada; kusma sorunu bulantı sorununa göre dü ük oranda bulunmu tur ve ameliyat sonrası erken dönemde görülen sorunlardan biri olan ağrının, en yaygın olarak görüldü ü, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrıları da yüksek saptanmı tır (zveren ve Dal, 2011). Laparoskopik kolesistektomi sonrasında görülen ağrının kaynaklarından biri de karın duvarında bulunan insizyonlardır (Alver ve ark. 2010).

Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında görülen ağrı, cerrahi manipülasyona, ameliyat süresince olan intraabdominal basınç artı na, intraperitoneal verilen karbondioksidin irritasyonuna, umblikustan safra kesesi çıkarılırken bölgenin travmaya uğ raması, ameliyat sırasında olan safra sızmalarına ba lı olarak görülen visseral orijinli ağrı ile trokarların giri yerlerinden kaynaklanan insizyonlara ba lı somatik tipte bir ağrıdır (Mente ve ark. 2009). Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında; ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı yüksek olarak bildirilmektedir (% 46-72) ve bu durum aspirasyon riskini arttırmakta, yara yerinde açılmalara neden olabilmekte, hastalarda psikolojik strese neden olmakta ve taburculuk süresini uzatmaktadır (Fuji, 2008).

2.6. Laparoskopik Kolesistektomide Hem irelik Bakımı

Cerrahi hastalıkları hem ireli i; ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemlerdeki hastanın hem irelik bakımını kapsamaktadır. Laparoskopik kolesistektomi uygulaması sonrasında hastaya uygulanacak hem irelik bakımında, genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak, bu ameliyat nedeniyle geli ebilecek komplikasyonların tanınması ve önlenmesi yer almaktadır (Erdil ve Elba 2008). Ameliyat öncesi dönemde hem irelik bakımı; hastanın fiziksel hazırlı ı (beslenme, sıvı alımı, bo altım, cilt hazırlı ı, ilaçlar, protezler ve ya am bulgularının takibi), gerekti inde barsak temizli inin yapılması, laboratuvar ve radyolojik testlerin kontrol edilmesi, ya am bulgularının kontrolü ve hasta kayıtlarının do rulanmasını kapsar.

Ameliyat sırasında hem irelik bakımı; hastaya uygun pozisyon verilmesi, cilt hazırlı ının kontrolü, steril araçların hazır bulundurulması ve do ru biçimde açılması, katater, tüp ve drenlerin uygun biçimde korunması, ameliyatta kullanılan malzemelerin sayımı ve kontrol edilmesini kapsar. Ameliyat sonrası dönemde bakımın amacı; ameliyat nedeni ile bozulan homeostatik dengenin yeniden sa lanmasıdır. Ameliyat sonrası dönemde hem irelik bakımı; hastanın a rısının giderilmesi, ya am bulgularının takip edilmesi, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin ö retilmesi ve hastanın yapması için cesaretlendirilmesi, hastanın mobilize edilmesi, sıvı alımı ve takibi, üriner bo altım takibi ve yara bakımını kapsar. Ameliyat sonrası dönemdeki a rı, cerrahi giri imin yerine, süresine ve ameliyat esnasındaki travmanın derecesine göre de i mektedir ve hastanın konforunu etkilemektedir. Hem irenin a rı kontrolünde vazgeçilmez bir rolü vardır. Çünkü di er ekip üyelerine göre hem ire, hasta ile daha uzun süre birlikte, hastanın daha önceki a rı deneyimleri ve a rıyla nasıl ba etti i hakkında bilgi sahibidir (Erdil ve Elba , 2008; Kılıç ve Öztunç, 2012).

Hem ire; hastaya, a rı ile ba etme yollarını ö retir, planlanmı olan tedavisini uygular, tedavinin etkilerini ve sonuçlarını takip eder (Kılıç ve Öztunç, 2012). Hastaya bakım veren hem ire, doktor isteminde bulunan parenteral ve oral analjezikleri uygulamalıdır.

Ancak hekim istemiyle yapılan ilaçların dışında, hemirenin hastaya uyguladığı ilaçların etkilerini bilip hastayı takip etmesi ile a rı kontrolünde başarılanmaktadır. A rısı olan hasta etkin bir solunum yapamayabilir. Ameliyat esnasında hastaya verilen genel anestezi ve analjezik ilaçlar, akci erlerde mukosolunuma neden olur. Hastaya ö retilecek derin solunum ve öksürük egzersizleri ile akci erlerde olu an mukusun atılması kolaylaştırılır. Bu sebeple hastaya bakım veren hemire derin solunum ve öksürük egzersizlerini ö retmeli ve hastayı bu egzersizleri yapması için cesaretlendirmelidir. Hasta cerrahi açıdan herhangi bir engel yoksa, mümkün olan en kısa sürede mobilize edilmelidir. Böylece hastada oluabilecek solunum, dola m, üriner ve gastrointestinal komplikasyonlar önlenmi olur.

Ameliyat sonrası dönemde üriner ve bo altım sistemi hemire tarafından dikkatlice takip edilmelidir. Ameliyatta kullanılan anestezi ilaçları nedeniyle hastada mesane distansiyonu oluabilir. Ameliyattan sonraki sekiz saat içerisinde hasta idrarını yapmadıysa, hemire mutlaka hekime haber vermelidir. Ameliyattan sonra hemire, hastanın insizyon bölgesinin takibini dikkatlice yapmalıdır. E er hastada dren mevcut ise; gelen içeri in miktarı, rengi, içeri i mutlaka kayıt altına alınmalıdır (Erdil ve Elba , 2008; Düzel, 2008; Çöçelli ve ark. 2008; Büyükyılmaz ve A tı, 2009; Türgay, 2010; Akgün, 2011).

2.7. Laparoskopik Kolesistektomide Taburculuk E itimi

Laparoskopik Kolesistektomi günübirlik cerrahi kapsamında yapılan girişimdir. Hastanede yatı süresi kısa olduğundan, hemire hastayı kısıtlı bir zaman diliminde görmektedir. Bu sebeple taburculuk sonrasında hasta ve ailesi evinde birçok güçlüklerle karşılaşabilir ve bu güçlüklerle ba edebilmesi için taburculuk e itimi hasta ve ailesi için büyük önem taşımaktadır (Sertelli, 2013). Hasta e itimi sadece hastanın endi e düzeyini de il, aynı zamanda a rı kesici ihtiyacını da azaltır ve ameliyat sonrası dönemde sa lık bakım personeli ile hasta arasında iyi bir i birli i de sa lar (Kehlet et al. 2002). Yapılan çalışmalarda; hemire tarafından ameliyat öncesi verilen bilgilendirici hemirelik e itiminin,

hastaların ameliyat öncesi bilgi, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi olduğu görülmüştür.

Bilgilendirici ve eğitici hemirelik yaklaşımının, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi durumlarını artırıcı, kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Aytur, 2001; Yılmaz Elaltunta, 2008; Özkan Salkım, 2010). Dal ve ark (2012) cerrahi girişim uygulanan hastalarla olan çalışmada; taburculuk sonrası evde dikkat edilecek noktalara ilişkin (evde bakım) bilgi verilme oranının %57.1 olduğu, evde bakıma ilişkin bilgilerin daha çok kontrollere gelme (%36.7), kısıtlanması gereken aktiviteler (%22.4), ilaç kullanımı (%20.9) beslenme ve ağrı kontrolüne (%18.9) ilişkin olduğu belirlenmiştir. Öztürk ve ark. (2011) çalışmada; cerrahi hastalarının %54'ü hemireler tarafından kendilerine hasta eğitimi yapıldığını, %47'si eğitimi yeterli algıladığını, %55'i yapılan hasta eğitimlerinin sözlü kısa bilgilendirme şeklinde olduğunu ve hastaların %70'i taburculuk sonrası hastalıklarına yönelik eğitimlere katılacaklarını bildirmişlerdir.

Özcan (2008) çalışmada; hastaların taburculuk eğitimi öncesine göre, eğitim sonrasındaki taburculuk bilgi düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda taburcu olacak hastaların; aktivite, yara bakımı, pansuman değişimi, ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, normal ve anormal durumlar, beslenme, hastaneye başvurulması gereken durumlar, cinsel yaşam, idare ve banyo yapma konularında soruları olduğu saptanmıştır (Aytur, 2001; Aydın, 2005; Ercan, 2006; Orgun ve ark, 2012).

Ağrı Kontrolü: Laparoskopik Kolesistektomi sonrası hastalar trokar girişim yerlerinde bulunan insizyona bağlı ağrı, ilimde kullanılan karbondioksit gazının diyafragmaya yaptığı etki sonucunda oluşabilecek ağrı ve omuz, sırt ağrıları yaşayabilirler (Erdil ve Elba, 2008, Alver ve ark. 2010, Yılmaz ve ark. 2012).

Yara Bakımı: Yapılan çalışmada; cerrahi girişim sonrası hastaların %24.5'i evde ameliyat bölgesinin bakımına ilişkin sorun yaşadığı, %60.4'ünde cerrahi yara enfeksiyonunun olduğu ve hastaların %62.5'inin tekrar hastaneye başvurdukları belirtilmiştir (Dal ve ark. 2012).

Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların 1- 1.5 cm'lik dört adet insizyonu bulunmaktadır. Ameliyatta ciltten emilen ya da alınması gereken diki kullanılabilir. Eğer ciltten emilmeyen diki kullanımı ise 7. – 12. gün arasında alınabilir. Hastaya yara yerinde görülebilecek enfeksiyon belirti ve bulguları (ısı artışı, kızarıklık, şişlik, ağrı) ile ilgili bilgi verilmelidir. Beslenme; yara iyileşmesini etkilediği için, hastaya düzenli ve dengeli beslenmesi gerektiği söylenmelidir. Yara yerine pansuman yapılmasındaki amaç; yarayı dış etkilere korumak, travmalara karşı engel oluşturmak ve ağrıyı azaltmaktır. Bu nedenlerle pansuman her zaman temiz tutulmalı ve kuru, herhangi bir akıntının gelişmediği temiz yaralarda sık pansuman uygulamasına gerek yoktur. Yara 24-48 saat sonra açık bırakılabilir (Yüceyar, 2008; Kartolu, 2008).

Beslenme: Ameliyat, vücudun besin gereksinimini artırır. Yetersiz beslenen hasta, yara iyileşmesinde gecikme, yara enfeksiyonu ve sıvı elektrolit deşiklikleri açısından risk altındadır. Bu nedenle hastaya beslenmenin önemi anlatılmalıdır. Laparoskopik Kolesistektomi sonrasında hasta düzenli ve dengeli beslenmeli, sık sık ve azar azar yemeli, yiyecekleri iyi çiğneyerek tüketmelidir. Bir iki ay kadar yağlı gıdalardan uzak durmalıdır. Ağrıya yağlı, kızartma yiyecekler, soslar ve baharatlardan kaçınılmalıdır. Bunun yerine ha lanmış, ızgara veya fırında pişirilmiş et, tavuk veya balık tüketilmelidir (Cajsa et al. 2003; Türgay, 2010).

İlaç Kullanımı: Hastanın taburculuk sonrası evdeki konforunu devam ettirebilmesi için, ağrı kesici ilaçların doğru kullanımı ile ilgili bilgilendirilmelidir. Narkotik analjezik kullanımı olacaksa, alkol ve diğer santral sistemi baskılayıcılarının kullanımından sakınılması gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca; hastaya kullanılacak ilacın adı, ilacın dozu ve ilacı ne zaman içeceği, ilacın etkisi ve yan etkisi ve ilacın bir dozunu almayı unuttuğunda ne yapacağı konusunda bilgi alma önemlidir (Türgay, 2010; Sertelli, 2013).

Günlük Yaşam Aktiviteleri: Taburculuk sonrasında hastaya; a ırlık kaldırmaktan kaçınması, sıkı kıyafetler yerine rahat edebile i kıyafetleri tercih etmesi, a ır ı güç gerektiren aktivitelerden uzak durması gerekti i anlatılmalıdır (Sertelli, 2013).

Kontrol: Hastaya, kontrol randevusunun nerede ve ne zaman oldu u ve gerekti inde tıbbi yardım için kimi nereden ça ıraca ı gibi konularda bilgi verilmelidir (Ay ve Ertem, 2010).

Laparoskopik Kolesistektomide Geli ebilecek Komplikasyonların Belirti ve Bulguları:

Laparoskopik Kolesistektomi geçiren hastalarda ameliyat sonrası, kanama, safra kaça ı, safra peritoniti, subhepatik abse, safra fistülü ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar geli ebilir. Bu komplikasyonlara ili kin belirti ve bulgular unlardır; giderek iddeti artan a ır ı, yara yerinde ısı artı ı, kızarıklık, i lik, akıntı ve a ır ı, yara yerinde kanama, geçmeyen karın a rısı, bulantı ve kusma ikayetleri, nedeni bilinmeyen ve geçmeyen yüksek ate . Hastada bu belirti ve bulgular varsa, kontrol günü ve zamanı beklenmeden mutlaka sa lık kurulu una ba vurulmalıdır (Lewis et al. 1996; Albayrak, 2008; Erdil ve Elba , 2008; Yılmaz, 2008).

Yapılan çalı malarda; hastalara taburculuk e itim kitapçıkları verilerek e itimin desteklenmesi ile evde ya anan semptomların azaldı ı, hastaların daha az kaygı ya adıkları ve iyile me sürecinin olumlu yönde etkilendi i sonucuna varılmı tır (Aytur, 2001; Yılmaz Elaltunta , 2008). Dal ve ark. (2012) çalı masında; hastalara taburculuk sırasında yazılı e itim materyali verilmedi ini; ancak hastaların yazılı e itim materyalinin verilmesini istedi ini vurgulamı tır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Ara tırmanın ekli

Ara tırma tanımlayıcı olarak yapılmı tır.

3.2. Ara tırmanın Yapıldığı ı Yer ve Özellikleri

Ara tırma, KKTC Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi'nde yapılmı tır.

KKTC Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi ba kent Lefko a'da bulunmakta olup, KKTC'nin en üst düzeyde hizmet veren devlet hastanesidir. Organ nakli dı ında, her türlü tıbbi tetkik ve tedavi hizmeti verilebilmektedir. Hastane 513 normal yatak, 10 Acil ve 24 küvez kapasitesine sahiptir. Cerrahi servisinde toplam 7 doktor, bir sorumlu hem ire ve 16 hem ire görev yapmaktadır. Cerrahi servisinde hem ireler 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00-07:00 olmak üzere üç vardiya ekinde, sorumlu hem ire ise 07:45-15:30 mesai ekinde çalı maktadır. Ara tırma 15 Aralık 2014 - 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmı tır.

3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örneklemi

Ara tırmanın evrenini; Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde yatan ve safra kesesi cerrahisi uygulanmı hastalar olu turmu tur. 2013 yılı toplam uygulanan laparoskopik kolesistektomi sayısı: 102, 2014 yılı Kasım ayına kadar toplam yapılan laparoskopik kolesistektomi sayısı: 133'tür. Kesitsel olarak planlanan ara tırmanın örneklemi, Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi cerrahi klini inde yatan, laparoskopik safra kesesi cerrahisi uygulanan, 18 ya üstünde, sözel ileti im kurmakta bir engeli olmayan ve ara tırmaya katılmak için gönüllü olan 78 hasta olu turmu tur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Ara tırma veri toplama formlarının uygulanabilmesi için, KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan (EK-4), YDÜ Etik Kurulu'ndan (EK-3) yazılı ve Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Ba hekimli i ve Ba hem ireli i'nden sözlü izinler alınmıştır. Veri toplama formunun i lerli ini de erlendirmek amacıyla, Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi cerrahi klini inde yatan ve laparoskopik kolesistektomi uygulanan 5 hastaya 15 Aralık– 30 Aralık 2014 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Veriler, veri toplama formları kullanılarak toplanmıştır. Veri toplamaya ba lamadan önce, ara tırmaya katılan bütün hastalara Aydınlatılmış Onam Formu okutulmu , okumakta zorlanan hastalara ara tırmacı tarafından Aydınlatılmış Onam Formunda bulunan bilgiler okunmu ve yazılı- sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları ara tırmacı tarafından, hastaların tüm taburculuk i lemleri bitip, tüm sağlık personeli ile görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında, hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmu tur. Anket sorularının cevaplanma süresi ortalama 15 dakikalık bir zaman dilimini içermi tir.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Veriler, ara tırmacı tarafından ilgili literatür (Aytur, 2001; Aydoğan, 2005; Ercan, 2006; Çavuş, 2008; Zverev ve Dal, 2011) taranarak oluşturulan soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Soru formu iki bölümden ve toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun birinci bölümünde; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve sosyal güvence gibi hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren 11 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise; yara bakımı, ağrı kontrolü, ilaç kullanımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri gibi hasta bilgilendirilmesine ilişkin 33 soru bulunmaktadır.

3.5. Ara tırma Verilerinin De erlendirilmesi

Ara tırmada veri toplama aracı olarak kullanılan soru formundan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılmı tır. Elektronik ortama aktarılan veriler, anket formlarından tekrar kontrol edilerek olası hatalar giderilmi tir. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 20.0'nci sürümü kullanılmı tır.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve genel sa lık durumlarının gösterilmesinde frekans analizi kullanılmı ve sonuçlar frekans da ılım tabloları ile gösterilmi tir.

Hastaların, daha önce ameliyat geçirme ve ailede daha önce safra kesesi ameliyatı geçiren birey olması, hastalara ameliyat öncesinde ameliyatla ilgili bilgi verilme durumları, ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem ya ama durumları, ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem ya ama ve yara yeri ile ilgili bilgi verilme durumları, a rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda bilgi verilme durumları, taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgi verilme durumları, taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi verilme durumları, taburcu olduktan sonra banyo yapma ile ilgili bilgi verilme durumları, günlük aktivitelerle ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi verilme durumları, evde kar ıla ılabilecek sorunlar hakkında taburculuk e itimi verilme durumlarına ili kin çözümlemelerde frekans analizi kullanılmı ve sonuçlar frekans tabloları ile gösterilmi tir.

Hastalara taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili doküman verilme ve hastaların buna ili kin talepleri frekans analizi ve frekans tabloları ile belirlenmi tir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem ya ama ve yara yeri ile ilgili bilgi alma durumları, a rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumları, taburcu olduktan sonra kullanılacak ile ilgili bilgi alma durumları, taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi alma durumları, taburcu olduktan

sonra banyo yapma ile ilgili bilgi alma durumları, günlük aktivitelerle ilgili dikkat edilmesi gerek konularda bilgi alma durumları, evde karılaşılabilecek sorunlar hakkında taburculuk e itimi alma durumlarının karşılaştırılmasında Ki-kare (Chi Square) analizi kullanılmış ve sonuçlar çapraz tablolar ile verilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı izinler alınmıştır. Hastalara anket formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak yazılı/sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:78)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	50	64,10
Erkek	28	35,90
Ya		
18-29 ya	11	14,10
30-49 ya	35	44,87
50-69 ya	25	32,05
70 ya ve üzeri	7	8,97
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	1	1,28
İlkokul mezunu	21	26,92
Ortaokul mezunu	8	10,26
Lise mezunu	32	41,03
Üniversite mezunu	16	20,51
Çalışma Durumu		
Çalışan	31	39,74
Çalışmayan	47	60,26
Medeni Durum		
Evli	67	85,90
Bekar	11	14,10
Sosyal Güvence		
Var	68	87,18
Yok	10	12,82
Tanıdığı Konmuş Kronik Hastalık		
Olan	22	28,21
Olmayan	56	71,79
Hastalık Türü (n=22)		
Hipertansiyon (HT)	5	22,73
Diyabetes mellitus (DM)	11	50,00
HT+DM	2	9,09
Kalp hastalıkları	2	9,09
Hipotiroid	2	9,09

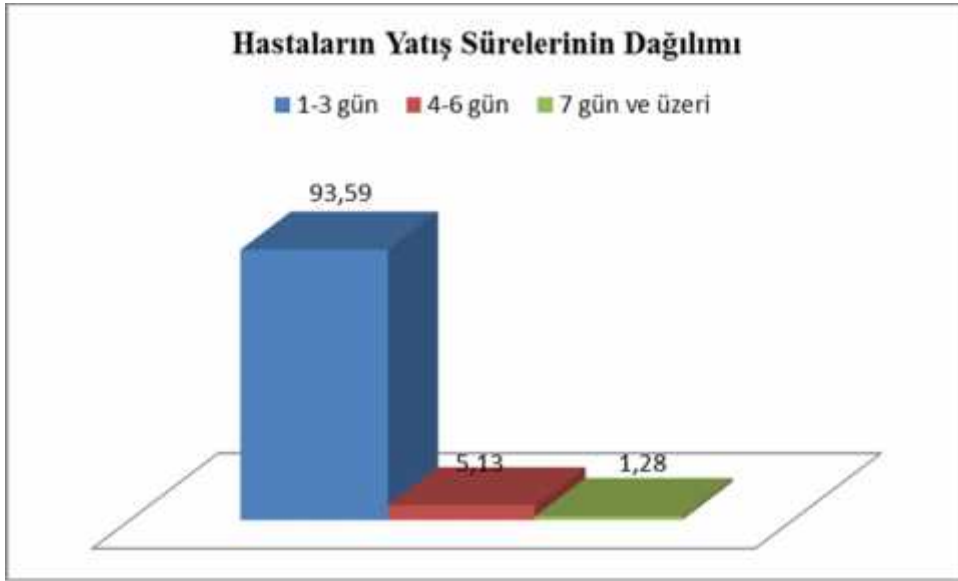
Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Ara tırmaya katılan hastaların %64,10'u kadın ve %35,90'ı erkektir. Hastaların %14,10'u 18-29 ya grubunda, %44,87'si 30-49 ya grubunda, %32,05'i 50-69 ya grubunda ve %8,97'si 70 ya ve üzeri ya grubunda yer almaktadır. Ara tırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumları incelendi inde, %26,92'sinin ilkokul mezunu oldu u, %10,26'sının ortaokul mezunu, %41,03'ünün lise mezunu ve %20,51'inin üniversite mezunu oldu u görülmektedir. Hastaların %17,95'i i ç i, %21,79'u memur, %17,95'i emekli ve %39,74'ü ev hanımıdır. Ara tırmaya dahil edilen hastaların %85,90'ı evli ve %14,10'u bekardır. Hastaların %87,18'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %28,21'inin doktor tarafından tanısı konmu kronik bir hastalığı bulunmakta, %71,79'unun ise tanısı konmu herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Doktor tarafından tanısı konmu kronik rahatsızlığı bulunan hastaların %22,73'ü hipertansiyon , %50'si diyabet hastasıdır. Ara tırma kapsamına alınan hastaların sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmaması durumu incelendi inde, hastaların %3,33'ünün sürekli kullandığı bir ilaç oldu u, %66,67'sinin düzenli olarak kullandığı bir ilaç olmadığı görülmektedir.



Grafik 1. Hastaların Tanısı Konmuş Kronik Hastalığının Bulunması Durumlarının Dağılımı



Grafik 2. Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı

Grafik 2. incelendiğinde hastaların %93,59'unun hastanede 1-3 gün arası süreyle, %5,13'ünün 4-6 gün ve %1,28'inin 7 gün ve üzeri süre ile yatışı görülmektedir.



Grafik 3. Hastaların Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumlarının Dağılımı

Grafik 3. incelendiğinde, ara tırmaya katılan hastaların %38,46'sının daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiği, %61,4'ünün ise daha önce hiç ameliyat geçirmediği görülmektedir.

Tablo 4.2. Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyat ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (N:78)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	56	71,79
Bilgi almayan	22	28,21
Bilgi veren kişi (n=56)		
Doktor	53	94,64
Hemşire	2	3,57
Diğer	1	1,79

Tablo 4.2.'de ara tırmaaya alınan hastaların ameliyat öncesinde ameliyatla ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Ara tırmaa kapsamına alınan hastaların %71,79'unun ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi aldığı, %28,21'inin ise ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi almadığı görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi alan hastaların %94,64'ünün doktor tarafından bilgilendirildiği, %3,57'sinin ise hemşire tarafından bilgilendirildiği saptanmıştır.

Tablo 4. 3. Ameliyat Sonrası Dönemde Ameliyat ile İlgili Problem Yaşadığı Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Problem yaşadığı durumu		
Yaşadığı	45	57,69
Yaşamayan	33	42,31
Yaşadığı problem (n=45)*		
Bulantı	8	17,78
Ağrı	26	57,78
Kusma	27	60,00

*Birden fazla seçeneği işaretlenebilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem yaşadığı durumlarının ve yaşadığı problemlerin dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların %57,69'unun ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem yaşadığı, %42,31'inin ise herhangi bir problem yaşamadığı saptanmıştır. Ameliyat sonrasında ameliyata ilişkin problem yaşamayan hastaların %60,0'ı kusma, %57,78'i ağrı, %17,78'i bulantı problemi ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir.

Tablo 4. 4. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Dönemde Yara Yeri ile İlgili Problem Yaşama ve Yara Bakımı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat sonrası dönemde yara yeri ile ilgili problem yaşama durumu		
Yaşayan	8	10,26
Yaşamayan	70	89,74
Yaşanan problem (n=8)		
Akıntı	5	62,50
Diğer	3	37,50
Yara bakımı ile ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	67	85,90
Bilgi almayan	11	14,10
Yara bakımı ile ilgili verilen bilgi (n=67)		
Yara bölgesinin temiz ve kuru tutulması gerektiği	59	88,06
Yara bölgesinde debridmanlar	3	4,48
Banyo	4	5,97
Hepsi	1	1,49
Bilgi alınan kişiler (n=67)		
Doktor	65	97,01
Hemşire	2	2,99

Tablo 4.4.'te araştırmaya katılan hastalara Laparoskopik Kolesistektomi sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşama ve yara bakımı ile ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %89,74'ü laparoskopik kolesistektomi sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşamazken, %10,26'sı yara yeri ile ilgili problemle karşılaşmıştır. Ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşayan hastaların %62,50'sinin akıntı problemi, %12,50'sinin kanama, %12,50'sinin yara yerinde açılma, %12,50'sinin ağrı ve akıntı problemi yaşadığı saptanmıştır. Tablo 4.4.'de yer alan sonuçları incelediğimizde, araştırmaya katılan hastaların %85,90'ına ameliyat sonrasında yara bakımı ile bilgi verildiği, %14,10'una ise yara bakımı ile ilgili herhangi bir bilgi

verilmediği saptanmıştır. Yara bakımı ile ilgili bilgi alan hastaların %88,06'sı yara bölgesinin temiz ve kuru tutulması gerektiği hakkında, %4,48'i yara bölgesinde kızarıklık, şişlik ve akıntı gibi belirtilerin ortaya çıkması halinde doktora başvurulması gerektiği, %5,97'si banyo yaparken ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Hastaların %97,01'ine yara bakımı ile ilgili bilgi doktor tarafından, %2,99'una ise hemşire tarafından verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların A rı Oldu unda Yapılması Gerekenler Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
A rı konusunda bilgi alma durumu		
Bilgi alan	70	89,74
Bilgi almayan	8	10,26
A rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda verilen bilgi (n=70)		
A rıyı artıran ve azaltan faktörler	1	1,43
ilaç kullanımı	69	98,57
Bilgi veren kişi (n=70)		
Doktor	70	100,00

Tablo 4.5.'te yer alan hastaların a rı oldu undan yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ara tırmaya katılan hastaların %89,74'ünün a rı olması durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirildiği tespit edilmiştir. Bu hususta bilgilendirilen hastaların %98,57'sinin ilaç kullanımı ve %1,43'ünün a rıyı artıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi konularında bilgilendirildiği görülmektedir. A rı oldu unda yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilen hastaların tamamına (%100) edindikleri bilgi doktor tarafından verilmiştir.

Tablo 4.6. Taburculuk Sonrası Kullanılacak İlaçlar ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	72	92,31
Bilgi almayan	6	7,69
Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar ile ilgili verilen bilgi (n=72)		
ilaçların isimleri	55	76,39
ilaçların etkisi	15	20,83
ilaçların yan etkileri	2	2,78
Bilgi veren kişi		
Doktor	70	97,22
Hemşire	2	2,78

Tablo 4.6’da ara tırmaya dahil edilen hastaların %92,31’i taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi almıştır. Hastaların %7,69’u ise kullanılacak ilaçlara ilişkin herhangi bir bilgi verilmediğini ifade etmiştir. Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alan hastaların %76,39’u ilaçların isimleri, %20,83’ü ilaçların etkisi ve %2,78’i ilaçların yan etkileri konularında bilgilendirilmiştir. Kullanılacak ilaçlar hakkında bilgilendirilen hastaların %97,22’si doktor tarafından, %2,78’i ise hemşire tarafından bilgilendirilmiştir.

Tablo 4.7. Taburculuk Sonrası Yapılacaklar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özel bir beslenme tedavisi önerilmesi durumu		
Önerilen	61	78,21
Önerilmeyen	17	21,79
Önerilen beslenme tedavisi (n=61)		
Yaşsız besinler	52	100,00
Bilgi veren kişiler (n=61)		
Doktor	61	100,00
Banyo ile ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	71	91,03
Bilgi almayan	7	8,97
Banyo ile ilgili verilen bilgi (n=71)		
Gerekli güvenlik önlemlerinin alınması	1	1,41
Düğümlerde yapılması gerektiği	37	52,11
Yara yerinin ovalanmaması gerektiği	33	46,48
Bilgi veren kişiler (n=71)		
Doktor	70	98,59
Hemşire	1	1,41
Taburcu olduktan sonra aktiviteler hakkında bilgi alma durumu		
Bilgi alan	24	30,77
Bilgi almayan	54	69,23
Aktiviteler hakkında verilen bilgi		
Yataktan kalkma pozisyonları	4	16,67
Ağırlık kaldırmaktan kaçınılması	20	83,33
Bilgi veren kişiler		
Doktor	24	100,00

Araştırma kapsamına alınan hastalara taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. incelendi inde ara tırmaya dahil edilen hastaların %78,21'ine taburcu olduktan sonra beslenme tedavisi önerildi i, %21,79'una ise herhangi bir beslenme tedavisi önerilmedi i tespit edilmi tir. Taburcu olduktan sonra beslenme tedavisi önerilen hastaların tamamına (%100) ya sız besinler tüketmesi yönünde bilgi verilmi ve bu bilgi doktor tarafından verilmi tir.

Hastaların %91,03'üne ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabilece i konusunda bilgi verilmi , %8,97'sine ise banyo konusunda herhangi bir bilgi verilmemi tir. Banyo ile ilgili bilgi alan hastaların %52,11'ine ayakta du ekleinde banyo yapılması gerekti i konusunda, %46,48'ine yara yerinin banyo esnasında ovalanmaması gerekti i ve %1,41'ine gerekli güvelik önlemlerinin alınması konusunda bilgi verilmi tir. Hastaların %98,59'u banyo konusunda doktor tarafından bilgilendirilmi tir.

Ara tırmaya dahil edilen hastaların %30,77'si taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmi , %69,23'ü ise bu hususta bilgilendirilmemi tir. Taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilen hastaların %16,67'sine yataktan uygun pozisyonda nasıl kalkması gerekti i ve %83,33'üne a ırlık kaldırmaktan kaçınması gerekti i yönünde bilgi verilmi ve hastaların tamamına (%100) bilgilendirme doktor tarafından yapılmı tir.

Tablo 4.8. Taburculuk Sonrası Evde Kar ıla ılabilecek Sorunlar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Da ılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaneden taburcu olurken evde kar ıla abilecek sorunlar hakkında taburculuk e itimi alma durumu		
E itim alan	4	5,13
E itim almayan	73	93,59
Bilgi veren ki i (n=4)		
Doktor	4	100,00
Taburcu olduktan sonra doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgi alma		
Bilgi alan	13	16,67
Bilgi almayan	65	83,33
Taburcu olduktan sonra doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında verilen bilgi (n=13)		
Bulantı ve kusma gibi ikayetlerin artması	2	15,38
Yara yerinde de i iklik olması	5	38,46
iddetlenen a rıların olması	6	46,15
Bilgi veren ki i		
Doktor	13	100,00

Ara tırma kapsamına alınan hastalara taburculuk sonrası evde kar ıla abilecek sorunlar ve doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgi alma durumlarının da ılımı Tablo 4.8.'de verilmi tir.

Ara tırmaya katılan hastaların %5,13'ü evde kar ıla abilecek sorunlar hakkında bilgilendirilmi , %93,59'una ise bu konuda herhangi bir bilgi verilmemi tir. Bu hususta bilgilendirilen hastaların tamamı doktor tarafından bilgilendirilmi tir. Hastaların %16,67'si taburcu olduktan sonra doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilmi , %83,33'üne ise bu konuda herhangi bir bilgi verilmemi tir. Doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilen hastaların %38,46'sı yara yerinizde kızarıklık, i lik, akıntı ve ısı artı ı olması durumunda doktora ba vurması gerekti i , %46,15', gittikçe iddetlenen a rıların olması ve %15,38'i bulantı ve kusma gibi ikayetlerin artması durumunda doktora ba vurması gerekti i konusunda

bilgilendirilmi tir. Hastaların tamamına, doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkındaki bilgilendirme doktor tarafından yapılmı tir.

Tablo 4.9. Taburcu Olurken Yazılı Doküman Alma Durumlarının Da ılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburculuk sırasında yazılı doküman verilmesi durumu		
Verilen	-	-
Verilmeyen	78	100,00
E itim kitapçısı verilmesini isteme durumu		
İsteyen	65	82,05
İstemeyen	13	16,67
Taburcu olurken verilecek kitapçıkta yer verilmesi istenen konular (n=65)*		
İlaç kullanımı	2	3,08
Evde kar ıla ılacak acil durumlar	3	4,62
A rı yönetimi	4	6,15
Ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme	7	10,77
Yara bakımı	24	36,92
Egzersiz	25	38,46
Beslenme	55	84,62

*Birden fazla seçenek i aretlenebilmektedir.

Tablo 4.9.'da ara tırma kapsamına alınan hastaların taburcu olurken yazılı doküman alma durumlarının da ılımı verilmi tir.

Tablo 4.9. incelendi inde ara tırmaya katılan hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili bro ür, kitapçık verilmedi i saptanmı tir. Hastaların %82,05'i taburcu olurken geçirilen ameliyat sonrası nelere dikkat edilmesi gerekti ini anlatan e itim kitapçısı verilmesini isterken, %16,67'sinin böyle bir talebi bulunmamaktadır. E itim kitapçısı isteyen hastaların %38,46'sı kitapçıkta egzersiz , %36,92'si yara bakımı, %3,08'i ilaç kullanımı , %4,62'si acil durumlarda yapılması gerekenler, %6,15'i a rı yönetimi, %10,77'si ise ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir.

Tablo 4.10. Ameliyat Sonrası Problem Ya amayan Durumlarına Göre Bilgi Alma Durumlarının Karılaştırılması

	Problem Ya amayan		Problem Ya amayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi alma						
Bilgi alan	32	71,11	24	72,73	0,02	0,88
Bilgi almayan	13	28,89	9	27,27		
Yara yeri bakımı ile ilgili bilgi alma durumu						
Bilgi alan	40	88,89	27	81,82	0,79	0,38
Bilgi almayan	5	11,11	6	18,18		
A rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumu						
Bilgi alan	42	93,33	28	84,85	1,49	0,22
Bilgi almayan	3	6,67	5	15,15		
Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgi alma durumu						
Bilgi alan	41	91,11	31	93,94	0,21	0,64
Bilgi almayan	4	8,89	2	6,06		
Taburculuk sonrası beslenme ile ilgili bilgi alma durumu						
Bilgi alan	34	77,27	27	84,38	0,59	0,44
Bilgi almayan	10	22,73	5	15,63		
Banyo konusunda bilgi alma durumu						
Bilgi alan	40	88,89	31	93,94	0,59	0,44
Bilgi almayan	5	11,11	2	6,06		
Aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi alma durumu						
Bilgi alan	12	26,67	12	36,36	0,84	0,36
Bilgi almayan	33	73,33	21	63,64		
Doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgi alma						
Bilgi alan	6	13,33	7	21,21	0,85	0,36
Bilgi almayan	39	86,67	26	78,79		

Tablo 4.10 incelendi inde ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların %72,73'üne, ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ise %71,11'ine ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi verilmiştir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya aya durumlarına göre ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi verilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ameliyat sonrası problem ya ayan ve ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgilendirilme düzeyleri benzerdir.

Ameliyat sonrası problem ya ayan hastaların %88,89'u ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ise %81,82'si yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirilmiştir. Ameliyat sonrası problem ya ayan ve ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya aya durumlarına göre a rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilme durumları incelendi inde, bu konuda ameliyat sonrası problem ya ayan hastaların %93,33'ünün ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların %84,85'inin bilgilendirildi i görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya aya durumlarına göre a rı oldu unda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Ara tırma kapsamına alınan ameliyat sonrası problem ya ayan hastaların %91,11'ine ve ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların %93,94'üne taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgi verilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya aya durumlarına göre taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ara tırmaya dahil edilen hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya aya durumlarına göre taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi alma durumları incelendi inde, ameliyat sonrası problem ya ayana hastaların %77,27'sinin, ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ise %84,38'inin bu konuda bilgilendirildi i görülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastalara ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabilece i konusunda bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ameliyat sonrası problem ya ayan hastaların %88,89'u ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ise %93,94'ü bu konuda bilgilendirilmi olup, ameliyat sonrası problem ya ayan ve ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların bilgilendirilme oranları benzerdir.

Taburcu olduktan sonra aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgilendirilen ameliyat sonrası problem ya ayan hastaların %26,67'si ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların ise %36,36'sı bilgilendirilmi tir. Ara tırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre taburcu olduktan sonra aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Ameliyat sonrası dönemde problem ya ayan hastaların %13,33'ü, problem ya amayan hastaların ise %21,21'i göre taburcu olduktan sonra doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilmi tir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre taburcu olduktan sonra doktora ba vurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadı ı tespit edilmi tir ($p>0,05$).

1. TARTI MA

Ara tırmamız, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmı tır.

Çalı mada, örneklem kapsamına alınan hastaların %64.1'inin kadın, %44.8'inin 30-49 ya arasında oldu u görülmektedir (Tablo 4.1). Tekin ve arkadaşları (2009) laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalı mada hastaların %55.5'inin kadın oldu u, Güllero lu (2008) yaptı ı çalı mada örnekleme alınan hastaların %72'sinin kadın oldu u ve benzer ekilde Gül (2005) çalı masında hastaların %71.7'sinin kadın oldu u ve ya ortalamasının 46.1 oldu u saptanmı tır. Umut ve ark. (2009), çalı malarında kadın hastaların sayısının erkek hastalara oranla fazla oldu unu ve ya ortalamasının 48.2 oldu unu saptamı tır. Çalı madan elde edilen bulgular, bu çalı malarda yer alan ya ve cinsiyet bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalı maya katılan hastaların %50'sinde diyabet hastalı ı ve %22.7'sinde hipertansiyon hastalı ı oldu u saptanmı tır (Tablo 4.1). KKTC Sa lık Bakanlığı 'nın 2008 yılında yapılan diyabet taraması sonuçlarına göre; 20-80 ya arası nüfusta diyabet oranının %11 oldu u açıklanmı tır. (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/arshive/2009/kasim2009/kasim2009.htm Eri im Tarihi 14.06.2015). Sertelli (2013) çalı masında; hastaların %24'ünde hipertansiyon, %17.3'ünde diyabet hastalı ı oldu unu saptamı tır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derne inin 2012 yılında Türkiye'de yaptı ı çalı manın sonucunda; eri kinlerdeki hipertansiyon görülme sıklı ı %30.3 olarak saptanmı tır.

Hastaların hastanede yatı sürelerinin da ılımını inceledi imizde, hastaların %93.5'inin hastanede 1-3 gün arası süre ile yattı ı görülmektedir. Hastaların yalnızca %5.13'ünün 4-6 gün ve %1.23'ünün 7 gün ve üzeri süre ile hastanede yattı ı görülmektedir (Grafik 2). Aydın ve ark.'nın (2005) laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarla yaptı ı çalı masında; hastaların hastanede 1-2 gün arası süre ile yattı ı saptanmı tır.

Umut ve ark.'nın (2009) çalı masında; laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların hastanede yatı süresinin 1 gün oldu u belirtilmi tir.

Çalı mada örneklem kapsamına alınan hastaların, daha önce ameliyat geçirme durumları incelendi inde; %38.4'ünün daha önce ameliyat geçirdi i sonucu elde edilmi tir (Grafik 3). Özkan Salkım (2010) çalı masında, hastaların %45.5'inin daha önce ameliyat öyküsü oldu unu saptamı tır. Hastaların ameliyat öncesinde ameliyat ile ilgili bilgi verilme durumları incelendi inde, hastaların %71.7'sine ameliyat ile ilgili bilgi verildi i ve bilgiyi veren ki inin %94.6 'sının doktor oldu u sonucu saptanmı tır (Tablo 4.2). Özkan Salkım (2010) çalı masında, hastaların %60.6'sının ameliyat ile ilgili bilgi aldı mı ve bilgi kayna ı olarak da %95'inin doktor oldu u sonucuna varmı tır.

zveren ve Dal'ın (2011) çalı masında; hastaların ameliyat öncesinde %58.2'sinin ameliyata ili kin bilgi aldı ı belirlenmi tir. Hasta bilgilendirilmesi yetersiz oldu unda; hastada anksiyete görülür, ba a çıkma yetene inde bozulma ve önerilen tedaviye uyumda azalma görülür. Bu durum; yeniden sa lık kurulu una ba vuru oranında artı a neden olur (Altun U ra ve ark. 2011). Hastaların hem ireler tarafından bilgilendirilmemi olmasının, hem irelerin a ırlıklı olarak hastaların tedavi, takip ve fiziksel bakımları ile ilgilenmeleri hasta gereksinimlerine yönelik planlı bir bilgilendirme yapamamaları ile ili kili oldu u dü ünülmektedir. Hastaların bilgilendirilmesinde hem irelerin sorumlulu u yadsınamaz (Özcan, 2008). Ara tırma sonucumuzun, literatürle paralellik gösterdi i görülmü tür.

Hastaların %97,4'ünün ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken egzersizler ile ilgili olarak bilgilendirilmedi i, ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken egzersizler konusunda bilgilendiren hastaların oranın %2,56 oldu u tespit edilmi tir. Yapılan di er çalı malarda, ameliyat sonrasında ya anabilecek sorunları önlemeye yönelik büyük önem ta ıyan egzersizlerin hastalara ö retilme oranlarının yetersiz oldu u saptanmı tır (zveren ve Dal, 2011; Sertelli, 2013).

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %57.6'sının ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem yaşadığını ve bu problemlerden ilk sırada %60 ile kusma, ikinci olarak da %57.7 ile ağrı problemi yaşadığını saptanmıştır (Tablo 4.3). Sloman ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada, cerrahi hastalarının %75'inin iddetli ve orta düzeyde ağrı hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan diğer bir çalışma; ameliyat sonrası erken dönemde en yaygın olarak görülen sorunlardan birinin ağrı olduğu, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrılarının fazla olduğu saptanmıştır. (Zverev ve Dal, 2011).

Fleming (2000) de laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda kontrol edilemeyen kusmalar olduğunu saptamıştır. Ara tırma sonucumuzun, literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların kronik hastalıklarına baktığımızda, %50'sinin DM hastası olduğunu ve %22.7'sinde de HT hastalığının olduğunu görmekteyiz. Bu durum ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesini olumsuz etkileyebilir. Ancak ara tırma kapsamına alınan hastaların %89,7'si ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşamamıştır. Umut ve ark. (2009) çalışmalarında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların ameliyat sonrasında yara yeri ile ilgili herhangi bir problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşayan hastaların %62,5'inin akıntı problemi yaşadığını saptanmıştır. Ara tırmaya katılan hastaların %85,9'una ameliyat sonrasında yara yeri bakımı ile bilgi verildiği ve bu bilgilerin %97'sinin doktor tarafından verildiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Sertelli (2013) çalışmasında, hastaların %54.1'ine yara bakımı ile ilgili bilgi verildiğini ve bilgiyi veren kişinin %86.5 doktor olduğunu saptamıştır. Ara tırma sonucumuzun, literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür.

Hastaların ağrı olmasında yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ara tırmaya katılan hastaların %89,7'sinin ağrı olması durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirildiği ve bilgilendirilen hastaların tamamına (%100) edindikleri bilgi doktor tarafından verilmiştir (Tablo 4.5).

Yılmaz ve Gürler (2011) çalışmasında, hem irelerin hastalara ameliyat sonrası a rı yönetimine ili kin bilgi vermediklerini saptamı tır. Hem irenin a rı kontrolünde vazgeçilmez bir rolü vardır. Çünkü di er ekip üyelerine göre hem ire, hasta ile daha uzun süre birlikte, hastanın daha önceki a rı deneyimleri ve a rıyla nasıl ba etti i hakkında bilgi sahibidir. Hem ire gerekti inde hastaya, a rı ile ba etme yollarını ö retir, planlanmı olan tedavisini uygular, tedavinin etkilerini ve sonuçlarını takip eder (Kılıç ve Öztunç, 2012). Hem ire a rı kontrolünde bu kadar önemli bir konumda yer alırken, çalı mamızda hem irelerin a rı ile ba etme konusunda aktif davranmadıklarını görüyoruz.

Ara tırmaya dahil edilen hastaların %92,3'üne taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlara ili kin bilgi verilmi tir. Bilgi alan hastaların %76,3'ü kullanılacak ilaçların isimleri hakkında bilgi almı ve hastaların %97,2'si doktor tarafından bilgilendirilmi tir (Tablo 4.6). Konu ile ilgili literatürü inceledi imizde, bizim çalı mamızda hastaların kullanacakları ilaçlara ili kin bilgi alma oranı yüksek bulunmu tur (Bonetti et all. 2000; Aydo an, 2005, Altun U ra ve ark. 2011).

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %78,2'sine taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi verildi i saptanmı tır (Tablo 4.7). Aydo an'ın (2005) çalışmasında beslenme konusunda e itim verilen hastaların %42, Özel'in (2010) çalışmasında % 46.4, Sertelli'nin (2013) çalışmasında %62 olarak saptanmı tır.

Hastaların %91'ine ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabilece i konusunda bilgi verilmi olup, hastaların %98,5'i banyo konusunda doktor tarafından bilgilendirilmi tir (Tablo 4.7). Ercan (2006) çalışmasında, hastaların banyo zamanı ile ilgili bilgiyi büyük oranda doktorlardan aldı ı saptanmı tır.

Ara tırmaya dahil edilen hastaların %69,2'si taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmemi tir (Tablo 4.7). Yapılan bir çalı mada, hastaların %11,8'inin ameliyat sonrası hareket ve egzersiz hakkında bilgilendirildi i sonucuna ula ılmı tır (Sertelli 2013).

Hastaların çoğunluğunun taburculuk sonrası aktiviteler konusunda bilgilendirilmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Ara tırmaya katılan hastaların %93,5'ine evde karşılaabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir (Tablo 4.8). Çilingir (2011) çalışmasında, hastaların %72.2'sinin evde karşılaabilecek sorunlara yönelik ayrıntılı bilgi ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Dal ve ark (2012) cerrahi girişim uygulanan hastalarla olan çalışmada; taburculuk sonrası evde dikkat edilecek noktalara ilişkin bilgi verilme oranının %57.1 olduğu saptanmıştır.

Ara tırmaya katılan hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili broşür, kitapçık vs. verilmemiştir (Tablo 4.9). Ara tırmaya katılan hastaların %82'si hastaneden taburcu olurken geçirilen ameliyat sonrası nelere dikkat edilmesi gerektiğini anlatan eğitim kitapçığı verilmesini istemiştir (Tablo 4.9). Hastalara verilecek yazılı dökümanlar, hastanın karşılaabilecek belirsizlikleri önlemede ve evde kendi bakımını üstlenmesi konusunda önemli rol oynamaktadır (Yaman, 2008). Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler hakkında eğitim kitapçığı isteyen hastaların eğitim kitapçığında; egzersiz, beslenme, yara bakımı, ilaç kullanımı, evde karşılaılacak acil durumlarda yapılması gerekenler, ağrı yönetimi ve ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir (Tablo 4.9). Jacops (2000) çalışmasında, hastalara taburculuk öncesi eğitim kitapçığı verilmiş ve kitapçık alan hastaların evde bakımlarını daha iyi yönettiğini ve daha az kaygı yaşadığını saptanmıştır.

Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi sonrası hastaların çoğunluğunun yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi olduğu ve verilen taburculuk eğitimi ile hastaların yara problemini daha az yaşadıklarını belirtmiştir. Hastaların ağrı kontrolüne ilişkin bilgilendirilmemeleri; günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına, acı çekmelerine hatta tekrar hastaneye yatmalarına neden olabilmektedir (Cajsa et al,2003).

Ameliyat sonrası problem ya ayan ve ameliyat sonrası problem ya amayan hastaların yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Cajska et al. (2003); laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların yaralarının iyileşme süreci ve enfeksiyon belirtileri konularında bilgi gereksinimleri olduklarını belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre taburcu olduktan sonra aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi sonrasında hastaların en fazla aktivite konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem ya ama durumlarına göre taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Lithner et al. (2000) kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; hastaların %96'sının taburcu olurken gelebilecek komplikasyonlara yönelik bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Çilingir'in (2004) günlük cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada ise, hastaların %72.2'sinin evde ya anabilecek sorunlara ve bu sorunların çözümlerine ilişkin ayrıntılı bilgi almak istediklerini saptamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların %64.1'inin kadın, %44.8'inin 30-49 yaş arasında olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklarına baktığımızda, %50'sinin DM hastası olduğu ve %22.7'sinde de HT hastası olduğu görülmektedir. Hastaların %93.5'inin hastanede 1-3 gün arası süre ile yatması görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların, %38.4'ü daha önce ameliyat geçirmiştir.

Hastaların %71.7'sine ameliyat ile ilgili bilgi verildiği ve bilgiyi veren kişinin %94.6'sının doktor olduğu sonucu saptanmıştır. Hastaların %97,4'ünün ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken egzersizler ile ilgili olarak bilgilendirilmediği belirlenmiştir.

Hastaların %57.6'sının ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem yaşadığını ve bu problemlerden ilk sırada %60 ile kusma, ikinci olarak da %57.7 ile ağrı problemi yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %89,7'si ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşamamıştır. Hastaların %89,7'sinin ağrı olması durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirildiği ve bilgilendirilen hastaların tamamına (%100) edindikleri bilgi doktor tarafından verilmiştir.

Hastaların %92,3'üne taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi verilmiştir. Hastaların %91'ine ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabileceği konusunda bilgi verilmiştir, hastaların %98,5'i banyo konusunda doktor tarafından bilgilendirilmiştir. Hastaların %69,2'si taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmemiştir.

Hastaların %93,5'ine evde kar ıla abilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi verilmemi tir. Hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili bro ür, kitapçık vs. verilmedi i ve hastaların %82'si hastaneden taburcu olurken geçirilen ameliyat sonrası nelere dikkat edilmesi gerekti ini anlatan e itim kitapç ı verilmesini istediklerini belirtmi lerdir.

Hastalar e itim kitapç ında; egzersiz, beslenme, yara bakımı, ilaç kullanımı, evde kar ıla ılacak acil durumlarda yapılması gerekenler, a rı yönetimi ve ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir.

1.2. Öneriler

- Taburculuk bilgilerine ili kin hasta e itim kitapç ı hazırlanması önerilebilir.
- Taburculuk e itiminde hem irelerin daha fazla yer alması konusunda, hizmet içi e itimlerin uygulanması

KAYNAKLAR

Acar, C. , Tokta , C. (2010). Laparoskopik Cerrahinin Temel Fizyolojik Etkileri. Türk Üroloji Seminerleri, 1: 119-125

Akgün M. (2011), Laparoskopik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Hemirenin Rolü. Hemirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8 (2) : 11-17.

Albayrak, D. (2008). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Uygulanan Açık ve Laparoskopik Kolesistektomilerin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne (Yayınlanmamış Tez)

Altun, H.(2002). Laparoskopik Kolesistektomi’de Görülen Komplikasyonlar ve Komplikasyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Altun Ura , G. , Öztekin, D. , Kanan, N. (2011). Kulak Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgilendirilme Durumu. Anadolu Hemirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14: 1 ; 24-30

Alver, E. , Canbek, M. , Yavuz, N. , Özgen, S. (2010). Tek Port Laparoskopik Kolesistektomi Ve Multi Port Laparoskopik Kolesistektomi Olgularının Postoperatif Ağrı Ve Bulantı Kusma Açısından Karşılaştırılması. 17.Ulusal Cerrahi Kongresi, Ankara.

Aslan, Y. , Atan, A. (2010). Laparoskopik Giriş ve Sütür Teknikleri. Türk Üroloji Seminerleri, 1: 134-41

Ay, F. , Ertem, Ü. (2010). Hasta Kabulü ve Taburculuk . Ay, F.(Ed.) . Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (s. 646-665) . Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. ti.

Aydın, Ç. , Aytekin, F. , Tekin, K. , Yılmaz, S. , Kabay, B. , Sungurtekin, U. , Özden, A. , Erdem, E. (2005). İleri Yaşlı Hastalarda Laparoskopik Kolesistektomi. Ulusal Cerrahi Dergisi. 21(4); 179-183.

Aydoğan, N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamış Tez)

Aytur, T. (2001). Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitimlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir (Yayınlanmamış Tez)

Balık, E. (2007). Laparoskopik Kolorektal Cerrahi için Gerekli Altyapı ve Eğitim. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 17: 36-45

Bonetti, P. O. , Hartman, K. , Kuhn, M. Et al. (2000). Potential Drug Interactions and Number of Prescription Drugs with Special Instructions at Hospital Discharge. Praxis 89 (5) : 182-189

Bora, S. , Saydam, S. , Özman, . , Füzün, M., Gülay, H., Soylu, M. (1993). Laparoskopik Kolesistektominin İlk 6 aylık Sonuçları. Klin Den Cer Derg. 1, 213-215.

Büyükyılmaz, F. , Açı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Dergisi. 12; 84-93

Cajsa, B. , Kim, L. , Anderberg, B. , Nordstrom, G. (2003). Patients' Experiences of Laparoscopic Cholecystectomy in Day Surgery, 12,253-259

Cengiz, F. , İlhan, E. , Yakan, S. , Zengel, B. (2013). Değişmeyen Cerrahi-Değişen Teknikler; Laparoskopik ve Endoskopik Cerrahinin Dünü Bugünü Geleceği. J Clin Anal Med, 4(1): 72-75

Çavuş, D. (2008). Kanser Hastalarının Hemireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir (Yayınlanmamış Tez)

Çilingir, D. (2004). Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi Hastalıkları Hemireli i Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Çilingir D., Bayraktar N. (2011). Information Requirements and Difficulties Experienced After Discharge in Day Surgery Patients: A Descriptive Cross-Sectional Survey, Türkiye Klinikleri J Med Csi, 31(1):164-175.

Çerçi, C. , enol, A. , Koçkar, M. C. , Akçao lu, M. , Kaymakçio lu, N.(2008). Laparoskopik Kolesistektomiye Ba lı Safra Yolları Yaralanmalarının Endoskopik Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi, 25:102-106

Çöçelli, L.P. , Bacaksız, B. D. , Ovayolu, N. (2008). A rı Tedavisinde Hem irenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14; 53-58

Dal, Ü. , Bulut, H. , Demir, S. G. (2012). Cerrahi Giri im Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi, 8: 34-40

Demir, Ö. , Öztürk, B. , E riboyun, S. , Adil Esen, A. (2010) Klini imizde Laparoskopik Cerrahide İlk Deneyimlerimiz ve Ö renme Süreci. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24, (3) : 105-112

Demirhan, . , Pınar, G. (2014). Postoperatif yilemenin Hızlandırılması ve Hem irelik Yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hem irelik E- Dergisi, 2 (1): 43-53

Düzel, V. (2008). Hem ire ve Hastaların Postoperatif A rı De erlendirmelerinin Kar ıla tırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana (Yayınlanmamı Tez)

Ercan, E. (2006). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk A amasındaki Bilgi Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamı Tez)

Erdil, F. , Özhan Elba , N. (2008). Cerrahi Hastalıkları Hemireli i. Ankara: Aydo du Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. ti.

Fleming, W.R., Mitchell, L., Douglas, M., (2000). Audit of Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy, Australian and New Zealand Journal of Surgery, 70, 423-427.

Fuji Y. , Nakayama M. (2008) Prevention of postoperative nausea and vomiting with a small dose of propofol alone and combined with dexamethasone in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: A prospective, randomized, double-blind study. Surg Endosc ; 22: 1268–1271

Gül, G. (2005). Laparoskopik kolesistektomide preoperatif deksametazon uygulamasının postoperatif hasta konforu üzerine etkilerinin de erlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, stanbul (Yayınlanmamı Tez)

Güllero lu, A. (2008). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonlarında Karın ç i Basınç Artı nın Solunum Mekani i, Hemodinami ve Metabolizma Üzerindeki Etkileri. Uzmanlık Tezi, stanbul (Yayınlanmamı Tez)

Ignatavicius D , Workman L. (2006). Interventions for Clients with Problems of the Biliary System and Pancreas . Medical - Surgical Nursing Critical Thinking For Collaborative Care (Fifth Edition) (1400-1401). United States of America: Elsevier Inc.

zbul, T., zbul, S. (1999). Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimimiz: İlk 100 Olgumuzun Analizi. End.-Lap. ve Minimal nvaziv Cerrahi Derg. 6: 172-176, 1999

zveren , A. , Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Giri im Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hem irelik Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Dergisi, 18(2) 36-46

Jacobs, V. (2000). nformational needs of surgical patients following discharge. Applied Nursing Research ; 13(1):12-18

Kama, N. , Göçmen, E. , Öner, Z. (1994). Laparoskopik Kolesistektomi. Türkiye Klinikleri Med Sci, 14(2): 100-110

Kartolu, S. (2008). Cerrahi Yaralarda Hemirelik Bakımı. Ü Cerrahpa a Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eitimi Etkinlikleri, Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi, 67; 25-30

Kehlet, H. , Wilmore, D. W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. The American Journal of Surgery, 183(6): 630-641

Kılıç, M. , Öztunç, G. (2012). A rı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemirenin Rolü. Fırat Sa lık Hizmetleri Dergisi. 21: 35-51

Koca, Y. , U ur, M. , Yıldız, . (2014). Tek nsizyondan Yapılan Laparoskopik Kolesistektominin Standart Laparoskopi le Kar ıla tırılması. Journal of Clinical and Analytical Medicine. DOI: 10.4328/JCAM.2928

Kulaço lu, H. . , Kama, N. A. , Tümer, A. R. , Eyüpo lu, B. , Yavuz, H. (1997). Hekimler Laparoskopik Cerrahiye Nasıl Bakıyorlar? ‘Anket Çalı ma’’. Türk Gastroenteroloji Dergisi, 8: 464-469

Lewis, M.S., Collier, C. ., Heitkemper, M. M. (1996). Medical Surgical Nursing, 4th Edition ,Mosby, 1153-1155,1299,1540

Lewis, S. L. , Heitkemper, M. M. , Dirksen, S. R. , O'Brien, P. G. , Bucher, L. (2007). Liver, Pancreas, and Biliary Tract Problems. Medical - Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems (Seventh Edition) (1129). China: Elsevier Inc.

Lithner, M., Zilling, T.(2000). Pre and Postoperative nformation Needs, Patient Education and Counseling, 40,29-37.

Malik, A. M. , Laghari, A.A., Talpur, A. H. , Khan, A.(2008). Iatrogenic biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy. A continuing threat. Int J Surg., 6(5): 392-395.

Mente O, Harlak A, Eryılmaz M, Balkan M, Kozak O, Arslan , C. Tufan T. (2009). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası A rı Tedavisinde Tramadolun Devamlı nfuzyon ve Hasta Kontrollü Analjezi ile Uygulanmasının Kar ıla tırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 51: 6-10

Mihmanlı, M. , Demir, U. , Dilege, E. , Kaya, C. , Bostancı, Ö. , Karabay, Ö. , Atun, T. , Arısoy, M. , Okul, . , I ıl, G. (2010). Tek nsizyondan Laparoskopik Kolesistektomi. i li Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44(1): 1-4.

Orgun, F. , en, G. (2012). Bir Devlet Hastanesinin Cerrahi Birimlerinde Yatan Hastaların Ö renim Gereksinimlerinin Saptanması. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sa lık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 2(4), 52-64

Özcan, H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hem ireler Tarafından Verilen Taburculuk E itiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne (Yayınlanmamı Tez)

Özel, S. (2010). Cerrahi Giri im Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul (Yayınlanmamı Tez)

Özkan Salkım, Ö. (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hem ire Tarafından Verilen E itimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve A rı Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamı Tez)

Öztürk, H. , Çilingir, D. , Hintistan, S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hem irelerin Yaptı ı Hasta E itimlerini De erlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(4), 153-158

Reynolds W Jr. (2001). The First Laparoscopic Cholecystectomy. JSLS , 5(1) :89-94

Robert M. Zollinger, Jr. , Robert M. Zollinger, Sr. (2003). Zollinger'in Cerrahi Atlası (M. Mahir Özmen ve skender Sayek, Çev.). Ankara: Güne Kitabevi Ltd. ti

Sadıko lu, M. Y. , Sadıko lu, G. , Erdo an, C. (2003). Safra Yolu Yaralanmalarının Perkütan Biliyer Drenaj ile Tedavisi. Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (1): 1-5

Sa nak, N. (2008). Preoperatif Oral Karbonhidrat Solüsyonu Kullanımının Stres Yanıtı Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Ara tırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Klini i Uzmanlık Tezi

Schwartz, S. I. (2002). Cerrahi Prensipler El Kitabı. stanbul. Nobel Kitabevi

Sertelli, B. (2013). Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Taburculuklarında Gereken Bilgilerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, stanbul (Yayınlanmamı Tez)

Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. (2005). Nurses Assesment Of Pain n Surgical Patients. Journal Of Advanced Nursing; 52 (2): 125-132.

Sümer, A. , Barbaros, U. , Kemik, Ö. , Ölmez, A. , Hasirci, . , liklerden, Ü. , Kı lı, E. , Kotan, Ç. (2010). Tek nsizyondan Laparoskopik Kolesistektomi (T LK). Üniversitemizdeki İlk Olgu. Tıp Ara tırmaları Dergisi, 8(3): 199-202.

Tekin, A. , Küçük kartallar, T. , Belviranlı, M. , Vatansev, C. , Aksoy, F. , Tekin, . , Kartal, A.(2009). Akut Kolesistit için Erken Laparoskopik Kolesistektomi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 15(1):62-66

Türgay, A. (2010). Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Bakım. Ay, F.(Ed.) . Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (s. 646-665) . Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. ti.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derne i (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2

Umut, B. , Sümer, A. , Dinçça , A. , Sarı, S. , Gözkün, O. , Mercan, S. , Seven, R. , Budak, D. (2009). Tek nsizyondan Laparoskopik Cerrahi (T LC) Deneyimlerimiz. Ulusal Cerrahi Dergisi. 25(3): 109-113

Yaman, Y. (2008). Kalp Kapa ı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk E itiminin De erlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamı Tez)

Yılmaz Elaltunta , E. (2008). Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk E itiminin Ya am Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, zmir (Yayınlanmamı Tez)

Yılmaz, M. , Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Ya adıkları A rıya Yönelik Hem irelik Yakla ımları: Hasta Görü leri, A rı, 23(2): 71-79

Yılmaz, K. , Arıkan, Y. , Sıvacı, R. (2012). Laparoskopik Kolesistektomide Trokar Yerine Bupivakain Enjeksiyonunun Postoperatif A rıya Etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal, 13: 13-18

Yılmaz, S. (2008). Postoperatif Safra Fistülleri ve ERCP (ki Olgunun Sunumu). Afyon Kocatepe Üniversitesi Kocatepe Tıp Dergisi, 9: 19-22

Yi it T, O Kozak, Çetiner S ve ark. (2007). Robotik Kolon Cerrahisi. Kolon Rektum Hast Dergisi; 17:112–120.

Yüceyar, S. (2008). Cerrahi Yaraların Takip ve Tedavisi. .Ü Cerrahpa a Tıp Fakültesi Sürekli Tıp E itimi Etkinlikleri, Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 67; 17-24

http://www.saglikbakanligi.com/html_files/arshive/2009/kasim2009/kasim2009.htm Eri im Tarihi 14.06.2015

EK-1**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUK ÖNCESİ BELİRLİ GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİNE İLİŞKİN SORU FORMU****1. Bölüm Sosyo-Demografik Özellikler**

- 1- Cinsiyetiniz nedir? a) Bayan b) Erkek
- 2- Kaç yaşındasınız?
a) 18-29 b) 30-49 c) 50-69 d) 70 ve üzeri
- 3- Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu
d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisans ve üstü
- 4- Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar
- 5- Mesleğiniz nedir?
a) Örenci b) Çi c) Memur d) Emekli e) Ev Hanımı
- 6- Sosyal güvenceniz var mı? a) Var b) Yok
- 7- Hastanede kaç gün yattınız?
a) 1-3 gün b) 4-6 gün c) 7 gün ve üzeri
- 8- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
a) Var Lütfen yazınız.....
b) Yok
- 9- Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?
a) Var Lütfen yazınız.....
b) Yok
- 10- Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?
a) Evet Lütfen yazınız.....
b) Hayır

11- Ailenizde ba ka safra kesesi ameliyatı olan var mı?

- a) Evet b) Hayır

2. Bölüm Hasta Bilgilendirilmesine İlişkin Bilgiler

12- Ameliyat öncesi dönemde , geçireceğiniz ameliyat ile ilgili size bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız Evet ise sonraki soruya geçiniz. Cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz.

13- Ameliyatınız ile ilgili bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
b) Hemşire
c) Sekreter
d) Hasta bakıcı
e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

14- Ameliyat öncesi dönemde size yapmanız gereken egzersizler ile ilgili bilgi verildi mi?

- a) Evet (Lütfen yazınız.....)
b) Hayır

15- Ameliyat sonrası dönemde ameliyatınız ile ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?

- a) Evet (Lütfen belirtiniz.....)
b) Hayır

YARA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİLER

16- Ameliyat sonrası dönemde yara yeriniz ile ilgili herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı?

- a) Evet (Lütfen belirtiniz.....)
b) Hayır

17- Yara yerinizin bakımı ile ilgili size bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, cevabınız hayır ise 20. soruya geçiniz.

18- Yara yerinizin bakımı ile ilgili hangi bilgiler verildi?

- a) Yara bölgesinin temiz ve kuru tutulması gerektiği
- b) Yara bölgesinde kızarıklık, şişlik ve akıntı gibi belirtilerin ortaya çıkması halinde hemen doktora başvurulması gerektiği
- c) Banyo yaparken ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği
- d) Yara bölgesinde kullanılan ipliklerin tipine göre emilebilen diki lerin alınması gerekmediği, diki leriniz alınması gerekiyorsa bir hafta sonra alınması gerektiği
- e) Yara yerinin iyileşmesini hızlandırmak için proteinden zengin besinler alınması gerektiği
- f) Hepsisi

19- Yara yerinizin bakımı ile ilgili bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

A R I KONTROLÜNE ALINAN KLİNİK BULGULAR

20- Ameliyatınız oldu ğ unda ne yapacağ ınız konusunda size bilgi verildi mi?

- a) Evet
- b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 23.soruya geçiniz.

21- Ameliyat ınız durumunda yapabilecekleriniz ile ilgili hangi bilgiler verildi?

- a) Ameliyat ınız ı arttıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi
- b) Geveme teknikleri
- c) İlaç kullanımı

22- Ameliyat ınız durumunda yapabilecekleriniz ile ilgili bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

LAÇ KULLANIMINA L K N B LG LER

23- Taburcu olduktan sonra hangi ilaçları kullanacağımız ile ilgili size bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 26. soruya geçiniz.

24- Taburcu olduktan sonra kullanmanız gereken ilaçlarla ilgili olarak hangi bilgiler verildi ?

- a) Kullanılacak ilaçların isimleri
b) Kullanılacak ilaçların etkisi
c) Kullanılacak ilaçların yan etkileri
d) İlacın bir dozunu almayı unuttuğunda ne yapılacağı
e) Diğer (Lütfen yazınız.....)

25- Taburcu olduktan sonra kullanmanız gereken ilaçlarla ilgili olarak bilgiler size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
b) Hemşire
c) Sekreter
d) Hasta bakıcısı
e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

BESLENMEYE L K N B LG LER

26- Beslenmeniz ile ilgili olarak size özel bir beslenme tedavisi önerildi mi?

- a) Evet (Lütfen yazınız.....)
b) Hayır

27- Taburcu olduktan sonra beslenmeniz ile ilgili dikkat etmeniz gerekenler konusunda size bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 30. soruya geçiniz.

28- Taburcu olduktan sonra beslenmeniz ile ilgili dikkat etmeniz gerekenler konusunda size hangi bilgiler verildi?

- a) Yağdan fakir besinler alınması
b) Yüksek proteinli besinlerin sık sık ve az öğünler şeklinde tüketilmesi
c) Yediğinizde gaz problemi yaşadığımız besinlerin tüketiminden kaçınılması
d) Bol sıvı tüketilmesi

29- Taburcu olduktan sonra beslenmeniz ile ilgili dikkat etmeniz gerekenler konusundaki bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
- b) Hem ire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Di er (lütfen belirtiniz.....)

GÜNLÜK YA AMAKT V TELER NE L K N B LG LER

30- Ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabilece iniz konusunda size bilgi verildi mi?

- a) Evet
 - b) Hayır
- Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 33. soruya geçiniz.

31- Banyo ile ilgili bilgi size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hem ire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Di er (lütfen belirtiniz.....)

32- Banyo ile ilgili hangi konularda bilgi verildi?

- a) Ayakta du ekleinde yapılması gerekti i
- b) Yara yerinin ovalanmaması gerekti i
- c) A ır ı sıcak su ile yıkanılmaması gerekti i
- d) Gerekli güvenlik önlemlerinin alınması

33- Taburcu olduktan sonra aktiviteleriniz ile ilgili dikkat etmeniz gereken konularda size bilgi verildi mi?

- a) Evet
 - b) Hayır
- Cevabınız evet ise lütfen sonraki soruya, hayır ise 36. soruya geçiniz.

34. Taburculuk sonrası aktiviteleriniz ile ilgili dikkat etmeniz gereken konularda bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
- b) Hem ire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Di er (lütfen belirtiniz.....)

35- Taburculuk sonrası aktiviteleriniz ile ilgili dikkat etmeniz gereken konulardan hangileri ile ilgili size bilgi verildi?

- a) Yataktan kalkarken kolunuzdan destek alarak ayaklarınızı yata n kenarına sarkıtıp yatakta oturabilirsiniz
- b) A ırlık kaldırmaktan kaçınılması gerekti i
- c) Sıkı kıyafetler giyilmemesi

36- Hastaneden taburcu olurken evde kar ıla abilece iniz sorunlar hakkında size taburculuk e itimi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruyu, hayır ise 38. soruya geçiniz.

37- Size taburculuk e itimi ile ilgili bilgiyi kim verdi?

- a) Doktor b) Hem ire c) Di er (Lütfen belirtiniz)

38- Taburcu olduktan sonra doktora ba vurmanız gereken acil durumlar hakkında size bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 41. soruya geçiniz.

39- Taburcu olduktan sonra doktora ba vurmanız gereken acil durumlar hakkında bilgiyi size kim verdi?

- a) Doktor
- b) Hem ire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Di er (lütfen belirtiniz.....)

40- Taburcu olduktan sonra doktora ba vurmanız gereken acil durumlar hakkında hangi bilgiler verildi?

- a) Yara yerinizde kızarıklık, i lik, akıntı ve ısı artı ı olması
- b) Gittikçe iddetlenen a rıların olması
- c) Bulantı ve kusma ikayetlerinin artması
- d) Solunum güçlü ünün olması
- e) drara çıkmada problem ya anması

41- Hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili bro ür,kitapçık vs. verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 43. soruya geçiniz.

42- Taburcu olurken size verilen bro ür,kitapçık vs size nelere dikkat etmeniz gerekti i konusunda yardımcı oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

EK-2**Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu**

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi, Cerrahi Servisinde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile hazırlanmış Bilgilendirme Onay Alma Formu

Ara tırmanın açıklaması:

Bu ara tırma, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Anket soruları toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Soruları içtenlikle yanıtlamanız; çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Ara tırmadan elde edilen sonuçlar; bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemirelik Bölümü

Lefko a/KKTC

Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR

Yüksek Lisans Öğrencisi

hkz1222@hotmail.com

0542 878 02 18

Katılımcının Beyanı:

Sayın Hasret Kübra ZENG N ÇAKIR tarafından, ara tırmaya ilişkin tüm bilgiler bana aktarıldı. Ara tırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Ara tırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana bu çalışmaya katıldığım için herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım ve ara tırmaya katılmayı kendi isteğim ile kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

mza:

Görüşme Tanı 1:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

mza:

Katılımcı ile görüşen ara tırmacı:

Adı, Soyadı: Hasret Kübra ZENG N

ÇAKIR

Adres: YDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemirelik Bölümü

Tel: 0542 878 02 18

mza:

EK-3:



256

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı. YTK.0.00-19/79-14/ 3841

Lefkoşa : 05.12.2014

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Dr. Akçiçek Hastanesi Başhekimliği,
Cengiz Topel Hastanesi Başhekimliği,

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik yüksek Lisans Programı' na kayıtlı olan öğrenciler Hülya Yıldız, Hasret Kübra, Zengin Çakır, Havva Bulut ve Gülşah Bektaş' ın, ekte belirtilen çalışma konuları ve anket formları aracılığı ile anketi kabul eden Hemşirelere hizmetleri aksamayacak şekilde ve tez çalışmasının raporlarını Bakanlığımızla paylaşmak kaydıyla Aralık 2014 – Mart 2015 tarihleri arasında hastanenizde yapmaları Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Dr. Yeşim GÜMÜŞDAĞ
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekim

Dağıtım: Yakın Doğu Üniversitesi Rektörlüğü,
Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

NM.

EK-5 :**ÖZGEÇM**

Hasret Kübra ZENG N ÇAKIR 1986 yılında Niksar'da doğdu. İlk, Orta ve Lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemirelik Bölümü'nden 2012 yılında mezun oldu. 2012 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemirelikte Yüksek Lisans Programı eğitimine hak kazandı ve Cerrahi Hastalıkları Hemireliği alanında Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2012-2014 yılları arasında Kolan British Hospital'de Endoskopi Ünitesi ve Yataklı Servisi'nde hemire olarak çalıştı. 2014 yılından itibaren Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Servisinde görev yapmaktadır.