



**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUK ÖNCESİ BİLGİ
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

HAZİRAN 2015



K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUK ÖNCESİ BİLGİ
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ümran DAL

LEFKOŞA
HAZİRAN 2015

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

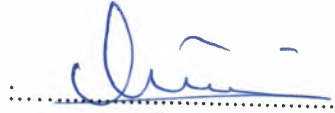
Bu çalışma, jürimiz tarafından **HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS**
PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı


.....
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş

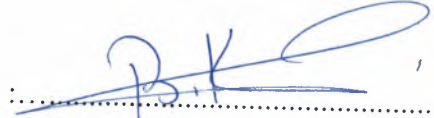
Başkent Üniversitesi

Üye (Danışman)


.....
Doç. Dr. Ümran Dal

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye


.....
Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş

Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



14

TEŞEKKÜR

Araştırmamın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür ederim.

Sayın Doç. Dr. Ümran Dal, tez danışmanım olarak çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve rapor edilmesinde sabır ve anlayış göstermiş, destek sağlamıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkan Yardımcısı Sayın Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş yüksek lisans ve tez çalışmamda katkı sağlamışlardır.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş tez çalışmamda önemli katkılar sağlamıştır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimi ve Başhemşireliği çalışmamı yapabilmem için gerekli izni sağlamışlardır.

Çalışmamın yürütülmesinde, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi Klinik Şefi Sayın Dr. Turgut Küçük, desteklerini esirgememiştir.

Genel Cerrahi Uzmanı Sayın Doç. Dr. H. Oğuz Koç, değerli bilgileri ile meslek hayatıma ve araştırmama önemli katkıda bulunmuştur.

Araştırmamın istatistik çalışmalarında, Sayın Sedat Yüce çok önemli katkı sağlamıştır.

Araştırmama katılan tüm cerrahi hastaları, değerli katılımlarıyla katkı sağlamışlardır.

Tez çalışmam süresince, değerli eşim ve değerli ailem sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

ÖZET

Zengin Çakır, H. K. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 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 belirlemesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 15 Aralık 2014- 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında Dr. Burhan Nalbantoğlu 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 karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi edindiği saptanmıştır.

Hemşirelerin, hastaların taburculuk eğitimi sürecinde etkin rol üstlenmedikleri sonucuna varılmıştır. Hastaların bireysel özellikleri ve öğrenim gereksinimlerine uygun planlı taburculuk eğitimi yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, Kolesistektomi, Hemşirelik bakımı, Taburculuk eğitimi

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 Nalbantoğlu 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

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GRAFİK DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Laparoskopik Cerrahi	5
2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Tarihçesi	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 Hemşirelik Bakımı	12
2.7. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.5. Veri Toplama Yöntemi	18
3.6. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	18
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	19
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	20

	X
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK-1: Anket Formu	52
EK-2: Aydınlatılmış Onam Formu	59
EK-3: Etik Kurul Onay Formu	61
EK-4: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu	62
EK-5: Özgeçmiş	63

SİMGELER 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 DİZİNİ

Tablo No

4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	21
4.2. Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	24
4.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Ameliyat İle İlgili Problem Yaşama Durumlarının Dağılımı	25
4.4. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Dönemde Yara Yeri İle İlgili Problem Yaşama ve Yara Bakımı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	26
4.5. Hastaların Ağrı Olduğunda Yapılması Gerekenler Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	27
4.6. Taburculuk Sonrası Kullanılacak İlaçlar ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	28
4.7. Taburculuk Sonrası Yapılacaklar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	29
4.8. Taburculuk Sonrası Evde Karşılaşılabilecek Sorunlar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	31
4.9. Taburcu Olurken Yazılı Doküman Alma Durumlarının Dağılımı	32
4.10. Ameliyat Sonrası Problem Yaşama Durumlarına Göre Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması	33

GRAFİK DİZİNİ

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

1. GİRİŞ

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 (Sağnak, 2008; Yiğit 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 aracılığı ile, karında açılan dört küçük delikten biri vasıtası ile 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 = SİLS) güncel olarak uygulanmaktadır (Koca ve ark. 2014, Mihmanlı ve ark. 2010). Tek insizyondan laparoskopik cerrahi uygulamalarında sıklıkla göbekten yapılan insizyon kullanılmaktadır. SİLS uygulamalarında en önemli soru, kozmetik dışında üç port uygulamalarına başka 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 Elbaş, 2008). Yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası erken dönemde en yaygın olarak görülen sorunlardan biri ağrıdır, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrıları da yüksek saptanmıştır (İzveren 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 karbondioksitin irritasyonuna, ameliyat sırasında olan safra sızmalarına bağlı olarak görülen visseral orijinli ağrı ile trokarların giriş yerlerinden kaynaklanan insizyonlara bağlı somatik tipte bir ağrıdır (Menteş 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 hemşire hastayı iyi gözlemlemeli ve multidisipliner bir yaklaşımla, yaşanan sorunların çözümünde aktif rol almalıdır. Bu sebeplerden dolayı; ameliyat sonrası dönemdeki hemşirelik bakımı ve hastaya verilecek olan taburculuk eğitimi; büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda; hemşire tarafından ameliyat öncesi verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin, hastaların ameliyat öncesi bilgi, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi olduğu görülmüştür.

Bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi durumlarını artırıcı, kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Özkan Salkım, 2010; Yılmaz Elaltuntaş, 2008; Aytur, 2001). Öztürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; cerrahi hastalarının %54'ü hemşireler 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) çalışmasında; hastaların taburculuk eğitimi öncesine göre, eğitim sonrasındaki taburculuk bilgi düzeylerinde artış olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda taburcu olacak hastaların; aktivite, yara bakımı, pansuman değişimi, ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, olası sorunlar, beslenme, hastaneye başvurulması gereken durumlar, cinsel yaşam, işe başlama ve banyo yapma konularında soruları olduğu saptanmıştır (Orgun ve Şen, 2012; Ercan, 2006; Aydoğan, 2005; Aytur, 2001).

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

Laparoskopik Kolesistektomi gününbirlik cerrahi kapsamında yapılan girişimdir. Hastanede yatış süresi kısa olduğundan, hemşire 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 hemşireler tarafından planlı taburculuk eğitimi verilmediği gözlenmiştir.

Yapılan alışmalar hastaların taburculuk eğitimi yapılmasını istedikleri sonucunu desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek verilerin, başlangıçta Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi olmak üzere, tüm diğer hastanelerde, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanacak olan tüm hastaların taburculuk eğitimine katkısı olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

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

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Laparoskopik Cerrahi

Laparoskopi; genellikle umblikustan küçük bir insizyon yapılarak batına girilmesi ve abdominal boşluğun optik sistem kullanılarak gözlenmesi anlamına gelmektedir (Yiğit ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş, 2008). Son 20 yılda video-endoskopik teknolojideki ve laparoskopik cihazlardaki gelişmeler ile birlikte; laparoskopik cerrahi daha yaygın kullanılır hale gelmiştir. Laparoskopik cerrahinin; hastanede kalış süresinin kısalması, günlük aktiviteye hızlı dönüş, daha iyi kozmetik sonuçlar ve açık cerrahiye kıyasla benzer tedavi etkinliğinin olması nedeniyle popülaritesi artmıştır (Demir ve ark. 2010).

Günümüzde laparoskopik girişimler tüm çoğunlukca uygulanan cerrahi ameliyatların yerini alacak düzeye gelmeye başlamıştır ve açık cerrahi ile yapılan splenektomi, kolektomi ve renal transplantasyon gibi majör cerrahi uygulamalar laparoskopik yöntemle mümkün olabilmektedir (Akgün, 2011; Cengiz ve ark. 2013).

Kulaçoğlu ve ark. (1997) hekimlerin laparoskopik cerrahiye bakış açılarını araştıran çalışmasında; kolesistektomi ameliyatı için hekimlerin büyük çoğunluğunun standart yöntem haline gelen laparoskopik yaklaşımı güvenilir ve öncelikli yöntem olarak tercih ettiği görülmüştür. Laparoskopik Kolesistektominin laparoskopik cerrahi açısından önemi; bir dönüm noktası olmuş olmasından ve günlük uygulamaya girmesiyle birlikte bu alanda ciddi bir ivme yaratmış 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 yapmış 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 İzbul ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (İzbul, 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 Elbaş, 2008).

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

Pnömoreperitoneum oluşumu 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 temizliği yapıp, hazırlanır (Robert Zollinger, 2003; Erdil ve Elbaş, 2008). Karın olası kitleler veya karaciğerin köşesinin 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 pensi ile kaldırılır.

Veress iğnesinin batin içerisinde olduğundan emin olduğunda pnömoreperitoneum işlemine geçilir. Pnömoreperitoneum işleminde 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. Pnömoreperitoneum 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. Pnömoreperitoneuma bir veya iki litre/dakika olacak şekilde yavaş akım ile başlanılmalıdır. İnsüflatör ile 3-4 litre CO₂ gazı verilerek karın içi ortalama 10-14 mm Hg (maksimum 15 mm Hg) olacak şekilde pnömoreperitoneum yapılır ve daha sonra veress iğnesi çıkartılır. Umblikus çamaşır klempsi ile kavrandıktan sonra 10 mm'lik trokar, yönü pelvise doğru olacak şekilde dönme hareketleri ile yerleştirilir.

Karın içinden direk görüş altında diğer üç trokarın yerleşimi 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 işleme başlanır. Calot üçgeni üzerindeki periton ayrılarak ductus sisticus ve arteria

sistica izole edilir. Ductus sisticus, proksimal ve distaline konulan ikişer adet klipsin arasından kesilir. Arteria sistica izole edilir, klempenir ve aynı şekilde kesilir. İfundibulum ve kese boynu eleve edilerek elektrokoter ile karaciğer yatağından disseke edilir. Bölge serum fizyolojik ile yıkanır ve dilue edilmiş safra ve kan, karaciğerin hemen köşesi üzerindeki alandan aspire edilir. Safra kesesinin son bağlantıları da karaciğerden ayrılır ve safra kesesi karaciğerin üzerine yerleştirilir. Videoskop umblikal porttan çıkarılır ve epigastrik porta yerleştirilir. Kavrama forsepsleri umblikal porttan geçirilerek parçayı sistik kanal bölgesinden kavramayı sağlar.

Eğer safra kesesi taşları küçük ise, cerrah genellikle safra kesesini çıkarabilir. Orta büyüklükteki veya büyük taşların çıkartılmasında bu işlemde önce taşların kırılması veya kesinin genişletilmesi gerekebilir. Orta ve lateral portlar videoskopik kanama kontrolünü takiben çıkarılır. Videoskop çıkartılır, pnömoperitoneum boşaltılır.

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

2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları

Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları;

- Laparoskopik kolesistektomi uygulamasında açılan insizyonun küçük olması nedeniyle daha iyi kozmetik sonuç mevcuttur.
- Ameliyat sonrası dönemde ağrı şiddeti daha azdır.
- Hasta memnuniyeti daha fazladır.
- Laparoskopik teknik ile safra kesesini çıkartmak; yara komplikasyonlarını azaltır.
- Hastanede kalış süresi açık cerrahiye göre daha kısadır ve hastalar günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönebilmektedirler.

- İyileşme 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 boşaltım bozukluğu açık cerrahiye göre daha az görülür.
- Kardiyopulmoner komplikasyonlar açık cerrahiye göre daha azdır.
- İmmun sistem açık cerrahiye oranla daha az baskılandığı için, hastaların ameliyat sonrası iyileşme dönemini hem süre hem de kalite olarak olumlu yönde etkilemektedir.
- Laparoskopik kolesistektomide kullanılan teknik sistem sayesinde, direk ve büyütülmüş görüş 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 Toktaş, 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 çalışılması gerekir.
- Kanama kontrolü daha zordur (Gül, 2005; Acar ve Toktaş, 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 gelişebilmektedir. Laparoskopik Kolesistektomi uygulaması nedeniyle gelişebilecek başlıca komplikasyonlar; safra kaçağı, safra yolu yaralanmaları, kanama, rezidüel safra taşları, subhepatik abse, safra fistülü ve safra peritonitidir (Altun, 2002; Erdil ve Elbaş, 2008).

Kanama: Safra kesesi ve safra yolları ameliyatlarından sonra erken dönemde görülen en önemli komplikasyonlardan birisi; intraabdominal kanamalardır. Kanama; laparoskopik kolesistektomi uygulamasında kullanılan veress iğnesi 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 Elbaş, 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 görülmüştü. 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 de 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 düşünülür.

Ameliyat sonrası dönemde batın içerisine safra birikimi olan hastada; karın ağrısı, hassasiyet, bulantı, kusma ve ileus bulguları görülebilir (Erdil ve Elbaş, 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 fizyolojinin tamamının aspire edilmemesi ve safra kesesinin çıkarılma esnasında safra ile birlikte küçük taşların peritona düşmesi sayılmaktadır. Ameliyat sonrasında bu bölgeye konulan drenler ile bu sorun önlenabilir. Ancak ameliyat sonrası dönemde nedeni bilinmeyen ateş varsa, karın içi enfeksiyon mutlaka düşünülmelidir (Lewis et al. 1996; Albayrak, 2008, Erdil ve Elbaş, 2008). Laparoskopik Kolesistektomi sonrası dönemde hasta; ağrı, bulantı, kusma gibi problemler yaşayabilir (Gül, 2005; Erdil ve Elbaş, 2008; Demirhan ve Pınar, 2014).

Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada; kusma sorunu bulantı sorununa göre düşük oranda bulunmuştur ve ameliyat sonrası erken dönemde görülen sorunlardan biri olan ağrının, en yaygın olarak görüldüğü, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrıları da yüksek saptanmıştır (İzveren 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 karbondioksidin irritasyonuna, umblikustan safra kesesi çıkarılırken bölgenin travmaya uğraması, ameliyat sırasında olan safra sızmalarına bağlı olarak görülen visseral orijinli ağrı ile trokarların giriş yerlerinden kaynaklanan insizyonlara bağlı somatik tipte bir ağrıdır (Menteş 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 Hemşirelik Bakımı

Cerrahi hastalıkları hemşireliği; ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemlerdeki hastanın hemşirelik bakımını kapsamaktadır. Laparoskopik kolesistektomi uygulaması sonrasında hastaya uygulanacak hemşirelik bakımında, genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak, bu ameliyat nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların tanınması ve önlenmesi yer almaktadır (Erdil ve Elbaş 2008). Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı; hastanın fiziksel hazırlığı (beslenme, sıvı alımı, boşaltım, cilt hazırlığı, ilaçlar, protezler ve yaşam bulgularının takibi), gerektiğinde barsak temizliğinin yapılması, laboratuvar ve radyolojik testlerin kontrol edilmesi, yaşam bulgularının kontrolü ve hasta kayıtlarının doğrulanmasını kapsar.

Ameliyat sırasında hemşirelik bakımı; hastaya uygun pozisyon verilmesi, cilt hazırlığının kontrolü, steril araçların hazır bulundurulması ve doğru 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 sağlanmasıdır. Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı; hastanın ağrısının giderilmesi, yaşam bulgularının takip edilmesi, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretilmesi ve hastanın yapması için cesaretlendirilmesi, hastanın mobilize edilmesi, sıvı alımı ve takibi, üriner boşaltım takibi ve yara bakımını kapsar. Ameliyat sonrası dönemdeki ağrı, cerrahi girişimin yerine, süresine ve ameliyat esnasındaki travmanın derecesine göre değişmektedir ve hastanın konforunu etkilemektedir. Hemşirenin ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir rolü vardır. Çünkü diğer ekip üyelerine göre hemşire, hasta ile daha uzun süre birlikte, hastanın daha önceki ağrı deneyimleri ve ağrıyla nasıl baş ettiği hakkında bilgi sahibidir (Erdil ve Elbaş, 2008; Kılıç ve Öztunç, 2012).

Hemşire; hastaya, ağrı ile baş etme yollarını öğretir, planlanmış olan tedavisini uygular, tedavinin etkilerini ve sonuçlarını takip eder (Kılıç ve Öztunç, 2012). Hastaya bakım veren hemşire, doktor isteminde bulunan parenteral ve oral analjezikleri uygulamalıdır.

Ancak hekim istemiyle yapılan ilaçların dışında, hemşirenin hastaya uyguladığı ilaçların etkilerini bilip hastayı takip etmesi ile ağrı kontrolünde başarı sağlanmaktadır. Ağrısı olan hasta etkin bir solunum yapamayabilir. Ameliyat esnasında hastaya verilen genel anestezi ve analjezik ilaçlar, akciğerlerde mukus oluşumuna neden olur. Hastaya öğretilecek derin solunum ve öksürük egzersizleri ile akciğerlerde oluşan mukusun atılması kolaylaşır. Bu sebeple hastaya bakım veren hemşire derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmeli ve hastayı bu egzersizleri yapması için cesaretlendirmelidir. Hasta cerrahi açıdan herhangi bir engel yoksa, mümkün olan en kısa sürede mobilize edilmelidir. Böylece hastada oluşabilecek solunum, dolaşım, üriner ve gastrointestinal komplikasyonlar önlenmiş olur.

Ameliyat sonrası dönemde üriner ve boşaltım sistemi hemşire tarafından dikkatlice takip edilmelidir. Ameliyatta kullanılan anestezi ilaçları nedeniyle hastada mesane distansiyonu oluşabilir. Ameliyattan sonraki sekiz saat içerisinde hasta idrarını yapmadıysa, hemşire mutlaka hekime haber vermelidir. Ameliyattan sonra hemşire, hastanın insizyon bölgesinin takibini dikkatlice yapmalıdır. Eğer hastada dren mevcut ise; gelen içeriğin miktarı, rengi, içeriği mutlaka kayıt altına alınmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2008; Düzel, 2008; Çöçelli ve ark. 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Türgay, 2010; Akgün, 2011).

2.7. Laparoskopik Kolesistektomide Taburculuk Eğitimi

Laparoskopik Kolesistektomi günübirlik cerrahi kapsamında yapılan girişimdir. Hastanede yatış süresi kısa olduğundan, hemşire hastayı kısıtlı bir zaman diliminde görmektedir. Bu sebeple taburculuk sonrasında hasta ve ailesi evinde birçok güçlükle karşılaşabilir ve bu güçlüklerle baş edebilmesi için taburculuk eğitimi hasta ve ailesi için büyük önem taşımaktadır (Sertelli, 2013). Hasta eğitimi sadece hastanın endişe düzeyini değil, aynı zamanda ağrı kesici ihtiyacını da azaltır ve ameliyat sonrası dönemde sağlık bakım personeli ile hasta arasında iyi bir işbirliği de sağlar (Kehlet et al. 2002). Yapılan çalışmalarda; hemşire tarafından ameliyat öncesi verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin,

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

Bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi durumlarını artırıcı, kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Aytur, 2001; Yılmaz Elaltuntaş, 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 hemşireler 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 olduğunu saptamıştır. 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, işe başlama ve banyo yapma konularında soruları olduğu saptanmıştır (Aytur, 2001; Aydoğan, 2005; Ercan, 2006; Orgun ve Şen, 2012).

Ağrı Kontrolü: Laparoskopik Kolesistektomi sonrası hastalar trokar giriş yerlerinde bulunan insizyona bağlı ağrı, işlemde kullanılan karbondioksit gazının diyafragma yapacağı etki sonucunda oluşabilecek ağrı ve omuz, sırt ağrıları yaşayabilirler (Erdil ve Elbaş, 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 dikiş kullanılabilir. Eğer ciltten emilmeyen dikiş kullanılmış 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; Kartoğlu, 2008).

Beslenme: Ameliyat, vücudun besin gereksinimini artırır. Yetersiz beslenen hasta, yara iyileşmesinde gecikme, yara enfeksiyonu ve sıvı elektrolit değişiklikleri 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. Aşırı yağlı, kızartma yiyecekler, soslar ve baharatlardan kaçınılmalıdır. Bunun yerine haşlanmış, 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 kullanacağı 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; ağırlık kaldırmaktan kaçınması, sıkı kıyafetler yerine rahat edebileceği kıyafetleri tercih etmesi, aşırı güç gerektiren aktivitelerden uzak durması gerektiği anlatılmalıdır (Sertelli, 2013).

Kontrol: Hastaya, kontrol randevusunun nerede ve ne zaman olduğu ve gerektiğinde tıbbi yardım için kimi nereden çağıracağı gibi konularda bilgi verilmelidir (Ay ve Ertem, 2010).

Laparoskopik Kolesistektomide Gelişebilecek Komplikasyonların Belirti ve Bulguları:

Laparoskopik Kolesistektomi geçiren hastalarda ameliyat sonrası, kanama, safra kaçağı, safra peritoniti, subhepatik abse, safra fistülü ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlara ilişkin belirti ve bulgular şunlardır; giderek şiddeti artan ağrı, yara yerinde ısı artışı, kızarıklık, şişlik, akıntı ve ağrı, yara yerinde kanama, geçmeyen karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri, nedeni bilinmeyen ve geçmeyen yüksek ateş. Hastada bu belirti ve bulgular varsa, kontrol günü ve zamanı beklenmeden mutlaka sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Lewis et al. 1996; Albayrak, 2008; Erdil ve Elbaş, 2008; Yılmaz, 2008).

Yapılan çalışmalarda; hastalara taburculuk eğitim kitapçıkları verilerek eğitimin desteklenmesi ile evde yaşanan semptomların azaldığı, hastaların daha az kaygı yaşadıkları ve iyileşme sürecinin olumlu yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır (Aytur, 2001; Yılmaz Elaltuntaş, 2008). Dal ve ark. (2012) çalışmasında; hastalara taburculuk sırasında yazılı eğitim materyali verilmediğini; ancak hastaların yazılı eğitim materyalinin verilmesini istediğini vurgulamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi'nde yapılmıştır.

KKTC Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi başkent Lefkoşa'da bulunmakta olup, KKTC'nin en üst düzeyde hizmet veren devlet hastanesidir. Organ nakli dışında, 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 hemşire ve 16 hemşire görev yapmaktadır. Cerrahi servisinde hemşireler 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00-07:00 olmak üzere üç vardiya şeklinde, sorumlu hemşire ise 07:45-15:30 mesai şeklinde çalışmaktadır. Araştırma 15 Aralık 2014 - 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde yatan ve safra kesesi cerrahisi uygulanmış hastalar oluşturmuştur. 2013 yılı toplam uygulanan laparoskopik kolesistektomi sayısı: 102, 2014 yılı Kasım ayına kadar toplam yapılan laparoskopik kolesistektomi sayısı: 133'tür. Kesitsel olarak planlanan araştırmanın örneklemini, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi cerrahi kliniğinde yatan, laparoskopik safra kesesi cerrahisi uygulanan, 18 yaş üstünde, sözel iletişim kurmakta bir engeli olmayan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan 78 hasta oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma veri toplama formlarının uygulanabilmesi için, KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan (EK-4), YDÜ Etik Kurulu'ndan (EK-3) yazılı ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği ve Başhemşireliği'nden sözlü izinler alınmıştır. Veri toplama formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi cerrahi kliniğinde 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 başlamadan önce, araştırmaya katılan bütün hastalara Aydınlatılmış Onam Formu okutulmuş, okumakta zorlanan hastalara araştırmacı tarafından Aydınlatılmış Onam Formunda bulunan bilgiler okunmuş ve yazılı- sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından, hastaların tüm taburculuk işlemleri bitip, tüm sağlık personeli ile görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında, hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anket sorularının cevaplanma süresi ortalama 15 dakikalık bir zaman dilimini içermiştir.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatür (Aytur, 2001; Aydoğan, 2005; Ercan, 2006; Çavuş, 2008; İzveren 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. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan soru formundan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılmıştır. Elektronik ortama aktarılan veriler, anket formlarından tekrar kontrol edilerek olası hatalar giderilmiştir. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 20.0'nci sürümü kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve genel sağlık durumlarının gösterilmesinde frekans analizi kullanılmış ve sonuçlar frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir.

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 yaşama durumları, ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşama ve yara yeri ile ilgili bilgi verilme durumları, ağrı olduğunda 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 karşılaşılabilecek sorunlar hakkında taburculuk eğitimi verilme durumlarına ilişkin çözümlemelerde frekans analizi kullanılmış ve sonuçlar frekans tabloları ile gösterilmiştir.

Hastalara taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili doküman verilme ve hastaların buna ilişkin talepleri frekans analizi ve frekans tabloları ile belirlenmiştir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama durumlarına göre ameliyat sonrası dönemde yara ile ilgili problem yaşama ve yara yeri ile ilgili bilgi alma durumları, ağrı olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumları, taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar 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 karşılaşılabilecek sorunlar hakkında taburculuk eğitimi 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
Yaş		
18-29 yaş	11	14,10
30-49 yaş	35	44,87
50-69 yaş	25	32,05
70 yaş 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
Tanısı 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.

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

Araştırma kapsamına alınan hastaların %28,21'inin doktor tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığı bulunmakta, %71,79'unun ise tanısı konmuş herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Doktor tarafından tanısı konmuş kronik rahatsızlığı bulunan hastaların %22,73'ü hipertansiyon , %50'si diyabet hastasıdır. Araştırma kapsamına alınan hastaların sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmaması durumu incelendiğinde, hastaların %3,33'ünün sürekli kullandığı bir ilaç olduğu, %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 yattığı görülmektedir.



Grafik 3. Hastaların Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumlarının Dağılımı

Grafik 3. incelendiğinde, araştırmaya 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 İle 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 araştırmaya alınan hastaların ameliyat öncesinde ameliyatla ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Araştırma 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 İle İlgili Problem Yaşama Durumlarının Dağılımı

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

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.*

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde ameliyat ile ilgili problem yaşama durumlarının ve yaşanan 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 yaşayan 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 İle İlgili Problem Yaşama ve Yara Bakımı İle 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
Yaşanılan 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 değişiklikler	3	4,48
Banyo	4	5,97
Hepsi	1	1,49
Bilgi alınan kişi (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 karşı karşıya kalmıştır. 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 sonuçlar incelediğinde, 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 Ağrı Olduğunda Yapılması Gerekenler Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı konusunda bilgi alma durumu		
Bilgi alan	70	89,74
Bilgi almayan	8	10,26
Ağrı olduğunda yapılması gerekenler konusunda verilen bilgi (n=70)		
Ağrıyı artıran ve azaltan faktörler	1	1,43
İlaç kullanımı	69	98,57
Bilgi veren kişi (n=70)		
Doktor	70	100,00

Tablo 4.5.'te yer alan hastaların ağrı olduğundan yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %89,74'ünün ağrı olması durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirildiği tespit edilmiştir. Bu hususta bilgilendirilen hastaların %98,57'sinin ilaç kullanımı ve %1,43'ünün ağrıyı artıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi konularında bilgilendirildiği görülmektedir. Ağrı olduğunda yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilen hastaların tamamına (%100) edindikleri bilgi doktor tarafından verilmiştir.

Tablo 4.6. Taburculuk Sonrası Kullanılacak İlaçlar İle 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)		
İlaçların isimleri	55	76,39
İlaçların etkisi	15	20,83
İlaçların yan etkileri	2	2,78
Bilgi veren kişi		
Doktor	70	97,22
Hemşire	2	2,78

Tablo 4.6’da araştırmaya 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)		
Yağsız besinler	52	100,00
Bilgi veren kişi(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
Düş şeklinde yapılması gerektiği	37	52,11
Yara yerinin ovalanmaması gerektiği	33	46,48
Bilgi veren kişi (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 kişi		
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. incelendiğinde araştırmaya dahil edilen hastaların %78,21'ine taburcu olduktan sonra beslenme tedavisi önerildiği, %21,79'una ise herhangi bir beslenme tedavisi önerilmediği tespit edilmiştir. Taburcu olduktan sonra beslenme tedavisi önerilen hastaların tamamına (%100) yağsız besinler tüketmesi yönünde bilgi verilmiş ve bu bilgi doktor tarafından verilmiştir.

Hastaların %91,03'üne ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabileceği konusunda bilgi verilmiş, %8,97'sine ise banyo konusunda herhangi bir bilgi verilmemiştir. Banyo ile ilgili bilgi alan hastaların %52,11'ine ayakta düş şeklinde banyo yapılması gerektiği konusunda, %46,48'ine yara yerinin banyo esnasında ovalanmaması gerektiği ve %1,41'ine gerekli güvelik önlemlerinin alınması konusunda bilgi verilmiştir. Hastaların %98,59'u banyo konusunda doktor tarafından bilgilendirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %30,77'si taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmiş, %69,23'ü ise bu hususta bilgilendirilmemiştir. Taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilen hastaların %16,67'sine yataktan uygun pozisyonda nasıl kalkması gerektiği ve %83,33'üne ağırlık kaldırmaktan kaçınması gerektiği yönünde bilgi verilmiş ve hastaların tamamına (%100) bilgilendirme doktor tarafından yapılmıştır.

Tablo 4.8. Taburculuk Sonrası Evde Karşılaşılabilecek Sorunlar Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaneden taburcu olurken evde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında taburculuk eğitimi alma durumu		
Eğitim alan	4	5,13
Eğitim almayan	73	93,59
Bilgi veren kişi (n=4)		
Doktor	4	100,00
Taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgi alma		
Bilgi alan	13	16,67
Bilgi almayan	65	83,33
Taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında verilen bilgi (n=13)		
Bulantı ve kusma gibi şikayetlerin artması	2	15,38
Yara yerinde değişiklik olması	5	38,46
Şiddetlenen ağrıların olması	6	46,15
Bilgi veren kişi		
Doktor	13	100,00

Araştırma kapsamına alınan hastalara taburculuk sonrası evde karşılaşılabilecek sorunlar ve doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgi alma durumlarının dağılımı Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %5,13'ü evde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgilendirilmiş, %93,59'una ise bu konuda herhangi bir bilgi verilmemiştir. Bu hususta bilgilendirilen hastaların tamamı doktor tarafından bilgilendirilmiştir. Hastaların %16,67'si taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilmiş, %83,33'üne ise bu konuda herhangi bir bilgi verilmemiştir. Doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilen hastaların %38,46'sı yara yerinizde kızarıklık, şişlik, akıntı ve ısı artışı olması durumunda doktora başvurması gerektiği, %46,15', gittikçe şiddetlenen ağrıların olması ve %15,38'i bulantı ve kusma gibi şikayetlerin artması durumunda doktora başvurması gerektiği konusunda

bilgilendirilmiştir. Hastaların tamamına, doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkındaki bilgilendirme doktor tarafından yapılmıştır.

Tablo 4.9. Taburcu Olurken Yazılı Doküman Alma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburculuk sırasında yazılı doküman verilmesi durumu		
Verilen	-	-
Verilmeyen	78	100,00
Eğitim kitapçığı 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 karşılaşılabilecek acil durumlar	3	4,62
Ağrı 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 işaretlenebilmektedir.

Tablo 4.9.'da araştırma kapsamına alınan hastaların taburcu olurken yazılı doküman alma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.9. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili broşür, kitapçık verilmediği saptanmıştır. Hastaların %82,05'i taburcu olurken geçirilen ameliyat sonrası nelere dikkat edilmesi gerektiğini anlatan eğitim kitapçığı verilmesini isterken, %16,67'sinin böyle bir talebi bulunmamaktadır. Eğitim kitapçığı 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 ağrı yönetimi, %10,77'si ise ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir.

Tablo 4.10. Ameliyat Sonrası Problem Yaşama Durumlarına Göre Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

	Problem Yaşayan		Problem Yaşamayan		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		
Ağrı olduğunda 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 incelendiğinde ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların %72,73'üne, ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların ise %71,11'ine ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi verilmiştir.

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

Ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların %88,89'u ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların ise %81,82'si yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirilmiştir. Ameliyat sonrası problem yaşayan ve ameliyat sonrası problem yaşamayan 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 yaşama durumlarına göre ağrı olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilme durumları incelendiğinde, bu konuda ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların %93,33'ünün ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların %84,85'inin bilgilendirildiği görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama durumlarına göre ağrı olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

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

Araştırmaya dahil edilen hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama durumlarına göre taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi alma durumları incelendiğinde, ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların %77,27'sinin, ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların ise %84,38'inin bu konuda bilgilendirildiği görülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama 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 yaşama durumlarına göre ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabileceği konusunda bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların %88,89'u ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların ise %93,94'ü bu konuda bilgilendirilmiş olup, ameliyat sonrası problem yaşayan ve ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların bilgilendirilme oranları benzerdir.

Taburcu olduktan sonra aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgilendirilen ameliyat sonrası problem yaşayan hastaların %26,67'si ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların ise %36,36'sı bilgilendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama 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 yaşayan hastaların %13,33'ü, problem yaşamayan hastaların ise %21,21'i göre taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama durumlarına göre taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken acil durumlar hakkında bilgilendirilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

1. TARTIŞMA

Araştırmamız, Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemde bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada, örneklem kapsamına alınan hastaların %64.1'inin kadın, %44.8'inin 30-49 yaş arasında olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Tekin ve arkadaşları (2009) laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların %55.5'inin kadın olduğu, Gülleroğlu (2008) yaptığı çalışmada örnekleme alınan hastaların %72'sinin kadın olduğu ve benzer şekilde Gül (2005) çalışmasında hastaların %71.7'sinin kadın olduğu ve yaş ortalamasının 46.1 olduğu saptanmıştır. Umut ve ark. (2009), çalışmalarında kadın hastaların sayısının erkek hastalara oranla fazla olduğunu ve yaş ortalamasının 48.2 olduğunu saptamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular, bu çalışmalarda yer alan yaş ve cinsiyet bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %50'sinde diyabet hastalığı ve %22.7'sinde hipertansiyon hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). KKTC Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yapılan diyabet taraması sonuçlarına göre; 20-80 yaş arası nüfusta diyabet oranının %11 olduğu açıklanmıştır. (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/arshive/2009/kasim2009/kasim2009.htm Erişim Tarihi 14.06.2015). Sertelli (2013) çalışmasında; hastaların %24'ünde hipertansiyon, %17.3'ünde diyabet hastalığı olduğunu saptamıştır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğinin 2012 yılında Türkiye'de yaptığı çalışmanın sonucunda; erişkinlerdeki hipertansiyon görülme sıklığı %30.3 olarak saptanmıştır.

Hastaların hastanede yatış sürelerinin dağılımını incelediğimizde, hastaların %93.5'inin hastanede 1-3 gün arası süre ile yattığı görülmektedir. Hastaların yalnızca %5.13'ünün 4-6 gün ve %1.23'ünün 7 gün ve üzeri süre ile hastanede yattığı görülmektedir (Grafik 2). Aydın ve ark.'nın (2005) laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında; hastaların hastanede 1-2 gün arası süre ile yattığı saptanmıştır.

Umut ve ark.'nın (2009) çalışmasında; laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların hastanede yatış süresinin 1 gün olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada örneklem kapsamına alınan hastaların, daha önce ameliyat geçirme durumları incelendiğinde; %38.4'ünün daha önce ameliyat geçirdiği sonucu elde edilmiştir (Grafik 3). Özkan Salkım (2010) çalışmasında, hastaların %45.5'inin daha önce ameliyat öyküsü olduğunu saptamıştır. Hastaların ameliyat öncesinde ameliyat ile ilgili bilgi verilme durumları incelendiğinde, hastaların %71.7'sine ameliyat ile ilgili bilgi verildiği ve bilgiyi veren kişinin %94.6 'sının doktor olduğu sonucu saptanmıştır (Tablo 4.2). Özkan Salkım (2010) çalışmasında, hastaların %60.6'sının ameliyat ile ilgili bilgi aldığını ve bilgi kaynağı olarak da %95'inin doktor olduğu sonucuna varmıştır.

İzveren ve Dal'ın (2011) çalışmasında; hastaların ameliyat öncesinde %58.2'sinin ameliyata ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir. Hasta bilgilendirilmesi yetersiz olduğunda; hastada anksiyete görülür, başa çıkma yeteneğinde bozulma ve önerilen tedaviye uyumda azalma görülür. Bu durum; yeniden sağlık kuruluşuna başvuru oranında artışa neden olur (Altun Uğraş ve ark. 2011). Hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olmasının, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi, takip ve fiziksel bakımları ile ilgilenmeleri hasta gereksinimlerine yönelik planlı bir bilgilendirme yapamamaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların bilgilendirilmesinde hemşirelerin sorumluluğu yadsınamaz (Özcan, 2008). Araştırma sonucumuzun, literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür.

Hastaların %97,4'ünün ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken egzersizler ile ilgili olarak bilgilendirilmediği, ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken egzersizler konusunda bilgilendiren hastaların oranın %2,56 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda, ameliyat sonrasında yaşanabilecek sorunları önlemeye yönelik büyük önem taşıyan egzersizlerin hastalara öğretilme oranlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (İzveren ve Dal, 2011; Sertelli, 2013).

Araştırma 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 yaşandığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Sloman ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada, cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada; ameliyat sonrası erken dönemde en yaygın olarak görülen sorunlardan birinin ağrı olduğu, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrıların fazla olduğu saptanmıştır. (İzveren ve Dal, 2011).

Fleming (2000) de laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda kontrol edilemeyen kusmalar olduğunu saptamıştır. Araştırma 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 araştırma 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 yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %85,9'ına 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. Araştırma sonucumuzun, literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür.

Hastaların ağrı olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, araştırmaya 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, hemşirelerin hastalara ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi vermediklerini saptamıştır. Hemşirenin ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir rolü vardır. Çünkü diğer ekip üyelerine göre hemşire, hasta ile daha uzun süre birlikte, hastanın daha önceki ağrı deneyimleri ve ağrıyla nasıl baş ettiği hakkında bilgi sahibidir. Hemşire gerektiğinde hastaya, ağrı ile baş etme yollarını öğretir, planlanmış olan tedavisini uygular, tedavinin etkilerini ve sonuçlarını takip eder (Kılıç ve Öztunç, 2012). Hemşire ağrı kontrolünde bu kadar önemli bir konumda yer alırken, çalışmamızda hemşirelerin ağrı ile baş etme konusunda aktif davranmadıklarını görüyoruz.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %92,3'üne taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi verilmiştir. Bilgi alan hastaların %76,3'ü kullanılacak ilaçların isimleri hakkında bilgi almış ve hastaların %97,2'si doktor tarafından bilgilendirilmiştir (Tablo 4.6). Konu ile ilgili literatürü incelediğimizde, bizim çalışmamızda hastaların kullanacakları ilaçlara ilişkin bilgi alma oranı yüksek bulunmuştur (Bonetti et al. 2000; Aydoğan, 2005, Altun Uğraş ve ark. 2011).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %78,2'sine taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 4.7). Aydoğan'ın (2005) çalışmasında beslenme konusunda eğitim verilen hastaların %42, Özel'in (2010) çalışmasında % 46.4, Sertelli'nin (2013) çalışmasında %62 olarak saptanmıştır.

Hastaların %91'ine ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabileceği konusunda bilgi verilmiş olup, hastaların %98,5'i banyo konusunda doktor tarafından bilgilendirilmiştir (Tablo 4.7). Ercan (2006) çalışmasında, hastaların banyo zamanı ile ilgili bilgiyi büyük oranda doktorlardan aldığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %69,2'si taburcu olduktan sonraki aktiviteler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmemiştir (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada, hastaların %11,8'inin ameliyat sonrası hareket ve egzersiz hakkında bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır (Sertelli 2013).

Hastaların çoğunluğunun taburculuk sonrası aktiviteler konusunda bilgilendirilmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %93,5'ine evde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir (Tablo 4.8). Çilingir (2011) çalışmasında, hastaların %72.2'sinin evde yaşanabilecek sorunlara yönelik ayrıntılı bilgi ihtiyaçlarının olduğunu belirlemiştir. Dal ve ark (2012) cerrahi girişim uygulanan hastalarla olan çalışmasında; taburculuk sonrası evde dikkat edilecek noktalara ilişkin bilgi verilme oranının %57.1 olduğunu saptamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili broşür, kitapçık vs. verilmediği saptanmıştır (Tablo 4.9). Araştırmaya 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 yaşayabileceği 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 karşılaşılabilecek 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 saptamıştır.

Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi sonrası hastaların çoğunluğunun yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi olduğunu 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 yaşayan ve ameliyat sonrası problem yaşamayan hastaların yara yeri bakımı ile ilgili bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Cajs et al. (2003); laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların yaraların iyileşme süreci ve enfeksiyon belirtileri konularında bilgi gereksinimleri olduklarını belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde problem yaşama 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 yaşama 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 gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Çilingir'in (2004) günlük cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmasında ise, hastaların %72.2'sinin evde yaşanabilecek 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 çalışma sonucunda 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 olduğunu ve %22.7'sinde de HT hastalığının olduğunu görmekteyiz. Hastaların %93.5'inin hastanede 1-3 gün arası süre ile yattığı 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 yaşandığı 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 verilmiş, 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 karşılaşılabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir. Hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili broşür, kitapçık vs. verilmediği ve hastaların %82'si hastaneden taburcu olurken geçirilen ameliyat sonrası nelere dikkat edilmesi gerektiğini anlatan eğitim kitapçığı verilmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Hastalar eğitim kitapçığında; egzersiz, beslenme, yara bakımı, ilaç kullanımı, evde karşılaşılabilecek acil durumlarda yapılması gerekenler, ağrı yönetimi ve ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir.

1.2. Öneriler

- Taburculuk bilgilerine ilişkin hasta eğitim kitapçığı hazırlanması önerilebilir.
- Taburculuk eğitiminde hemşirelerin daha fazla yer alması konusunda, hizmet içi eğitimlerin uygulanması

KAYNAKLAR

- Acar, C. , Toktaş, C. (2010). Laparoskopik Cerrahinin Temel Fizyolojik Etkileri. Türk Üroloji Seminerleri, 1: 119-125
- Akgün M. (2011), Laparoskopik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelikte 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 Uğraş, G. , Öztekin, D. , Kanan, N. (2011). Kulak Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgilendirilme Durumu. Anadolu Hemşirelik 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. Şti.
- Aydın, Ç. , Aytekin, F. , Tekin, K. , Yılmaz, S. , Kabay, B. , Sungurtekin, U. , Özden, A. , Erdem, E. (2005). İleri Yaştaki 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 Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir (Yayınlanmamış Tez)

Balık, E. (2007). Laparoskopik Kolorektal Cerrahi İçin 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, İ. ,Füzün, M.,Gülay, H., Soylu, M. (1993). Laparoskopik Kolesistektominin İlk 6 aylık Sonuçları. Klin Den Cer Derg. 1, 213-215.

Büyükyılmaz, F. , Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik 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 Dünyü Bugünü Geleceği. J Clin Anal Med, 4(1): 72-75

Çavuş, D. (2008). Kanseri Hastalarının Hemşireler 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 Yaşadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 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. , Şenol, A. , Koçkar, M. C. , Akçaoğlu, M. , Kaymakçıoğlu, N.(2008). Laparoskopik Kolesistektomiye Bağlı Safra Yolları Yaralanmalarının Endoskopik Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi, 25:102-106

Çöçelli, L.P. , Bacaksız, B. D. , Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14; 53-58

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

Demir, Ö. , Öztürk, B. , Eğriboyun, S. , Adil Esen, A. (2010) Kliniğimizde Laparoskopik Cerrahide İlk Deneyimlerimiz ve Öğrenme Süreci. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24, (3) : 105-112

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

Düzel, V. (2008). Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana (Yayınlanmamış Tez)

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

Erdil, F. , Özhan Elbaş, N. (2008). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti.

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 değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul (Yayınlanmamış Tez)

Gülleroğlu, A. (2008). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonlarında Karın İçi Basınç Artışının Solunum Mekaniği, Hemodinami ve Metabolizma Üzerindeki Etkileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul (Yayınlanmamış 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.

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

İzveren , A. , Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2) 36-46

Jacobs, V. (2000). Informational 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

Kartoğlu, S. (2008). Cerrahi Yaralarda Hemşirelik Bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi 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). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 21: 35-51

Koca, Y. , Uğur, M. , Yıldız, İ. (2014). Tek İnsizyondan Yapılan Laparoskopik Kolesistektominin Standart Laparoskopi İle Karşılaştırılması. Journal of Clinical and Analytical Medicine. DOI: 10.4328/JCAM.2928

Kulaçoğlu, H.İ. , Kama, N. A. , Tümer, A. R. , Eyüpoğlu, B. , Yavuz, H. (1997). Hekimler Laparoskopik Cerrahiye Nasıl Bakıyorlar? "Anket Çalışma". Türk Gastroenteroloji Dergisi, 8: 464-469

Lewis, M.S., Collier, C. İ ., 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 Information 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.

- Menteş O, Harlak A, Eryılmaz M, Balkan M, Kozak O, Arslan İ, C. Tufan T. (2009). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Ağrı Tedavisinde Tramadolun Devamlı İnfüzyon ve Hasta Kontrollü Analjezi ile Uygulanmasının Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51: 6-10
- Mihmanlı, M. , Demir, U. , Dilege, E. , Kaya, C. , Bostancı, Ö. , Karabay, Ö. , Atun, T. , Arısoy, M. , Okul, Ş. , Işıl, G. (2010). Tek İnsizyondan Laparoskopik Kolesistektomi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(1): 1-4.
- Orgun, F. , Şen, G. (2012). Bir Devlet Hastanesinin Cerrahi Birimlerinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(4), 52-64
- Özcan, H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne (Yayınlanmamış Tez)
- Özel, S. (2010). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Yayınlanmamış Tez)
- Özkan Salkım, Ö. (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamış Tez)
- Öztürk, H. , Çilingir, D. , Hintistan, S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik 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 İskender Sayek, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti

Sadıkoğlu, M. Y. , Sadıkoğlu, G. , Erdoğan, C. (2003). Safra Yolu Yaralanmalarının Perkütan Biliyer Drenaj ile Tedavisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (1): 1-5

Sağnak, N. (2008). Preoperatif Oral Karbonhidrat Solüsyonu Kullanımının Stres Yanıtı Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi

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

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

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

Sümer, A. , Barbaros, U. , Kemik, Ö. , Ölmez, A. , Hasirci, İ. , İliklerden, Ü. , Kışlı, E. , Kotan, Ç. (2010). Tek İnsizyondan Laparoskopik Kolesistektomi (TİLK). Üniversitemizdeki İlk Olgu. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(3): 199-202.

Tekin, A. , Küçükkartallar, T. , Belviranlı, M. , Vatansev, C. , Aksoy, F. , Tekin, Ş. , Kartal, A.(2009). Akut Kolesistit İçin 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. Şti.

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

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

Yaman, Y. (2008). Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara (Yayınlanmamış Tez)

Yılmaz Elaltuntaş, E. (2008). Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir (Yayınlanmamış Tez)

Yılmaz, M. , Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri, Ağrı, 23(2): 71-79

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

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

Yiğit 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. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 67; 17-24

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

EK-1

**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUK ÖNCESİ BİLGİ 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) Öğrenci b) İşçi 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 başka 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 bölgenizde kullanılan ipliklerin tipine göre emilebilen dikişlerin alınması gerekmediği ,dikişleriniz alınması gerekiyorsa bir hafta sonra alınması gerektiği
 - e) Yara yerinin iyileşmesini hızlandırmak için proteinden zengin besinler alınması gerektiği
 - f) Hepsi

- 19- Yara yerinizin bakımı ile ilgili bilgiyi size kim verdi?
- a) Doktor
 - b) Hemşire
 - c) Sekreter
 - d) Hasta bakıcı
 - e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

AĞRI KONTROLÜNE İLİŞKİN BİLGİLER

- 20- Ağrınız olduğunda ne yapacağınız konusunda size bilgi verildi mi?
- a) Evet
 - b) Hayır
- Cevabınız evet ise sonraki soruya, hayır ise 23.soruya geçiniz.
- 21- Ağrı durumunda yapabilecekleriniz ile ilgili hangi bilgiler verildi?
- a) Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi
 - b) Gevşeme teknikleri
 - c) İlaç kullanımı
- 22- Ağrı durumunda yapabilecekleriniz ile ilgili bilgiyi size kim verdi?
- a) Doktor
 - b) Hemşire
 - c) Sekreter
 - d) Hasta bakıcı
 - e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLER

23- Taburcu olduktan sonra hangi ilaçları kullanacağınız 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 bakıcı
e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

BESLENMEYE İLİŞKİN BİLGİLER

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 yaşadığınız 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) Hemşire
 - c) Sekreter
 - d) Hasta bakıcı
 - e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

30- Ameliyattan kaç gün sonra banyo yapabileceğiniz 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) Hemşire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Diğer (lütfen belirtiniz.....)

32- Banyo ile ilgili hangi konularda bilgi verildi?

- a) Ayakta duş şeklinde yapılması gerektiği
- b) Yara yerinin ovalanmaması gerektiği
- c) Aşırı sıcak su ile yıkanılmaması gerektiği
- 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) Hemşire
- c) Sekreter
- d) Hasta bakıcı
- e) Diğer (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 yatağın kenarına sarkıtıp yatakta oturabilirsiniz
- b) Ağırlık kaldırmaktan kaçınılması gerektiği
- c) Sıkı kıyafetler giyilmemesi

36- Hastaneden taburcu olurken evde karşılaşılabileceğiniz sorunlar hakkında size taburculuk eğitimi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

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

37- Size taburculuk eğitimi ile ilgili bilgiyi kim verdi?

- a) Doktor b) Hemşire c) Diğer (Lütfen belirtiniz)

38- Taburcu olduktan sonra doktora başvurmanız 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 başvurmanız gereken acil durumlar hakkında bilgiyi size kim verdi?

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

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

- a) Yara yerinizde kızarıklık, şişlik, akıntı ve ısı artışı olması
- b) Gittikçe şiddetlenen ağrıların olması
- c) Bulantı ve kusma şikayetlerinin artması
- d) Solunum güçlüğüünün olması
- e) İdrara çıkmada problem yaşanması

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

- a) Evet b) Hayır

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

42- Taburcu olurken size verilen broşür,kitapçık vs size nelere dikkat etmeniz gerektiği konusunda yardımcı oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

- 43-** Hastaneden taburcu olurken geçirdiğiniz ameliyat sonrası nelere dikkat etmeniz gerektiğini anlatan eğitim kitapçığı verilmesini ister misiniz?
- a) Evet b) Hayır

44- Taburcu olurken size verilecek kitapçıkta hangi konularla ilgili bilgilerin olmasını istersiniz?

Lütfen yazınız.....

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

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

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, 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. Araştırmadan 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, Hemşirelik Bölümü

Lefkoşa/KKTC

Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR

Yüksek Lisans Öğrencisi

hkz1222@hotmail.com

0542 878 02 18

Katılımcının Beyanı:

Sayın Hasret Kübra ZENGİN ÇAKIR tarafından, araştırmaya ilişkin tüm bilgiler bana aktarıldı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma 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 araştırmaya katılmayı kendi isteğim ile kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, Soyadı: Hasret Kübra ZENGİN

ÇAKIR

Adres: YDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Tel: 0542 878 02 18

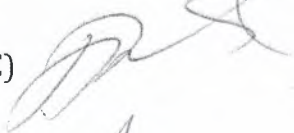
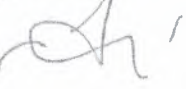
İmza:

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME
ETİK KURULU (YDÜBADEK)**

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 11.12.2014
Toplantı No : 2014/26
Proje No : 160

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Doç.Dr. Ümran Dal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2014/26-160 proje numaralı ve **“Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|--|
| 1. Prof. Dr. Rüştü Onur | (BAŞKAN) |  |
| 2. Prof. Dr. Tümay Sözen | (ÜYE) | KATILMADI |
| 3. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder | (ÜYE) |  |
| 4. Prof. Dr. Tamer Yılmaz | (ÜYE) |  |
| 5. Prof. Dr. Hasan Besim | (ÜYE) |  |
| 6. Prof. Dr. Şahan Saygı | (ÜYE) |  |
| 7. Prof. Dr. Füsün Baba | (ÜYE) | KATILMADI |
| 8. Doç. Dr. Ümran Dal | (ÜYE) | KATILMADI |
| 9. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar | (ÜYE) |  |
| 10. Yrd. Doç.Dr. Amber Eker | (ÜYE) |  |
| 11. Erden Algun | (SİVİL ÜYE) | KATILMADI |



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 :**ÖZGEÇMİŞ**

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