



T.C.

İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK SAFRA KESESİ AMELİYATI OLAN
HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN
TABURCULUK SONRASI HASTALARIN
FİZYOLOJİK BULGULARA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif PEHLİVAN

ORCID:

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR

2024

TEZ KODU: İZTÜ.MSc.....



T.C.

İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan
Hastalara Verilen Video Destekli Eğitimin
Taburculuk Sonrası Hastaların
Fizyolojik Bulgulara Etkisi**

Yüksek Lisans Tezi

Elif PEHLİVAN

ORCID:

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Berna DİZER

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İZMİR

2024

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Dr.Öğr.Üyesi Gülay Oyur ÇELİK

.....

Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Berna DİZER

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülay Oyur ÇELİK

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

.....

KABUL VE ONAY SAYFASI



Etik Beyan

Tınaztepe Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada ;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

ELİF PEHLİVAN

Önsöz

Laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastalara verilen video destekli eğitimin; taburculuk sonrası fizyolojik bulgulara etkisi adlı çalışmamızda safra kesesi ve taşının ne olduğundan, safra kesesi ameliyatı ve ameliyat sonrası sürecin nasıl işlediğinden bahsettik.

Çalışmam boyunca şevklendirici tavrıyla cesaretlendiren, bilgi birikimiyle çok yönlü çalışmamı sağlayan bu süreci birlikte yürütmekten onur duyduğum Sayın Berna DİZER hocam ve Sayın Arzu TUNA hocamla; teorik dersler sırasında yaptığımız fikir alışverişleri sonucu bu konu başlığı hakkında çalışma yürütmeye karar verdik.

Saha çalışmalarımıza ülkemizi hatta dünyayı derinden sarsan 6 Şubat depremi sebebiyle gecikmeli başlayabildik. Öncelikle; lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini her daim hissettiğim; hayatım boyunca kendime örnek alacağım Arzu TUNA Hocama ve Berna DİZER Hocama teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca sadece tez çalışma sürecinde değil her zaman her koşulda yanımda olan, aldığım kararları destekleyen sevgili aileme sonsuz şükranlarımı sunar ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak bu tez çalışmamın uygulama basamağının gerçekleştirilmesindeki destek ve katkılarından dolayı Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Hastalıkları Bölümü çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Elif PEHLİVAN

İzmir, 2024

Özet

Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Video Destekli Eğitimin Taburculuk Sonrası Hastaların Fizyolojik Bulgulara Etkisi

Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları semptomlar ve hemşirelik yönetimi adlı yarı deneysel olarak yapılacak olan çalışmamızda laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastalara verilen video destekli eğitimin; taburculuk sonrası fizyolojik bulgulara etkisini gözlemlemek gayesiyle bu araştırma yapılacaktır. Çalışmamızda yer alan hastalarımıza laparoskopik kolesistektomi cerrahisinin ne olduğu, nasıl yapıldığı, laparoskopik kolesistektomi yönteminin avantajları, dezavantajları safra kesesi taşlarının hangi durumlarda oluştuğu, safra kesesi taşı oluşuktan sonra ne tür belirtiler yaşayabilecekleri, safra kesesi taşının tanılanma yöntemlerinin neler olduğu, ameliyat sonrası yaşayabilecekleri komplikasyonların neler olabileceği konularında eğitimler verilecektir. Çalışmamız yalnız broşür ile eğitim alan kontrol grubundan ile broşür + video destekli eğitim alan deney grubundan oluşacaktır. Veriler Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Formu (ateş, nabız, tansiyon, kan şekeri, defekasyonu, solunum parametreleri (solunum sayısı), bulantı, kusma, ağrı (1'den 10'a kadar), enfeksiyon (kızarıklık, akıntı, ödem var /yok), hastaneden çıkış şekli (yürüyerek/tekerlekli sandalye, ev içi yürüyüş, sokak yürüyüş varlığı ve süresi, merdiven çıkma), banyo yapma durumu) Visual Ağrı Değerlendirme formu ile değerlendirilecektir. Hastaların bulguları, taburculuk günü, taburculuk sonrası, ameliyattan sonra (5-7 gün sonra) hastaneye kontrole geldiği gün değerlendirilecektir. Elde edilen veriler SPSS 25 programında; sayı yüzde, ki kare, bağımsız gruplarda t testleri ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile istatistiksel olarak incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat Öncesi Eğitim, Safra Kesesi Ameliyatı, Hemşirelik, Video destekli eğitim

Summary

The Effect of Video-Assisted Education Given to Patients with Laparoscopic Gallbladder Surgery on Physiological Findings of Patients After Discharge

In our semi-experimental study called Symptoms and nursing management of patients who will have laparoscopic cholecystectomy, this research will be conducted in order to observe the effect of video-assisted education given to patients with laparoscopic gallbladder surgery on physiological findings after discharge. Located in our study, our patients of laparoscopic cholecystectomy the what, how, of the method of laparoscopic cholecystectomy advantages, disadvantages occur in cases of gallstones, gallstones occurs after symptoms what kind of experience they could tanilanma what are the methods of gallstones after surgery you will be given training on what could be the complications they can live. Our study will consist of a control group that receives training only with a brochure, and an experimental group that receives training with a brochure + video support. The data after discharge, the patient assessment form (pulse, blood pressure, blood sugar, defaecation, respiratory parameters (respiratory rate), nausea, vomiting, pain (1 to 10), infection (redness, discharge, swelling, Yes /No), the output shape from the hospital (Walk/Wheelchair, walking home, walking the street and duration of the presence of stair climbing), bath status) will be evaluated with visual pain assessment form. The findings of the patients will be evaluated on the day of discharge, post-discharge, after surgery (after 5-7 days), when they come to the hospital for control. The obtained data will be examined statistically in the SPSS 25 program; number percentage, chi square, t-tests in independent groups and variance analysis in repeated measurements.

Keywords: Preoperative Education, Gallbladder Surgery, Nursing, Video-assisted education

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| Tez Kabul ve Onay Sayfası..... | I |
| Etik beyan..... | II |
| Önsöz..... | III |
| Özet | IV |
| Abstract | V |
| İçindekiler | VI |
| Simgeler ve Kısaltmalar..... | IX |
| Tablolar Dizini..... | X |
| Şekiller Dizini..... | XI |
| 1. Giriş | 1 |
| 2. Genel Bilgiler..... | 2 |
| 2.1. Laparoskopi Cerrahisi | 2 |
| 2.2. Laparoskopik Kolesistektomi..... | 4 |
| 2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı..... | 6 |
| 2.4. Laparoskopik Kolesistektomi Yapılamayacak Durumlar..... | 6 |
| 2.4.1. Laparoskopik Kolesistektomide İstenilmeyen Durumlar | 7 |
| 2.4.2. Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar...7 | |
| 2.4.3. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrasında Oluşabilecek Komplikasyonlar7 | |
| 2.4.4. Laparoskopik Kolesistektomi Yönteminin Avantajları | 8 |
| 2.4.5. Laparoskopik Kolesistektominin Dezavantajları | 8 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.6. Kapalı Yöntemden Açık Yönteme Geçiş Sebepleri | 9 |
| 2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Fizyolojik Bulguları | 9 |
| 2.5.1. Ağrı..... | 9 |
| 2.5.2. Bulantı Kusma..... | 14 |
| 2.5.3. Enfeksiyon..... | 14 |
| 2.5.4 Eğitim..... | 15 |
| 2.6. Laparoskopik Yöntemi İle Safra Kesesinin Çıkarılması Sonrası Dönem..... | 18 |
| 2.7. Laparoskopik Yöntemi Kullanılarak Safra Kesesinin Çıkarılması İşleminde Hemşirelik Bakımı | 19 |
| 3. Gereç ve Yöntem..... | 20 |
| 3.1. Araştırmanın amacı ve Türü..... | 20 |
| 3.2. Araştırmanın gerçekleştirildiği zaman ve yer..... | 21 |
| 3.3. Araştırmanın Örneklemi Ve Evreni..... | 21 |
| 3.4. Verilerin Toplanması..... | 23 |
| 3.4.1. Veri Toplama Araçları..... | 23 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri..... | 24 |
| 3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi | 24 |
| 3.7. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri ve Sınırlılıkları | 25 |
| 3.8. Araştırmada Etik Kurullar..... | 25 |
| 3.9. Araştırmanın Planı..... | 25 |
| 4.Bulgular..... | 28 |

Tablo 1. Demografik bulgular

Tablo 2. Demografik bulgular ile gruplar arasındaki farklılıklar

Tablo 3. Ameliyat öncesi, taburculuk ve kontrol vital bulguları

Tablo 4. Vital bulguları ile gruplar arasındaki farklılıklar

Tablo 5. Hasta değerlendirme bulguları

Tablo 6. Hasta değerlendirme ile gruplar arasındaki farklılıklar

Tablo 7. Hastaların beslenme şekillerinde ilişkin bulgular

Tablo 8. Hastaların beslenme şekilleri ile gruplar arasındaki farklılıklar

| | |
|--|-----------|
| 5. Tartışm | 40 |
| 6. Sonuç | 45 |
| 7. Öneriler | 47 |
| 8. Kaynaklar | 48 |
| Ekler | 55 |
| EK-1: Gönüllü Onam Formu..... | 55 |
| EK-2: Hasta Tanılama Formu | 56 |
| EK- 3: Visual Ağrı Değerlendirme | 57 |
| EK -4: Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Formu | 58 |
| EK -5: Kolesistektomi Geçiren Hastaların Beslenme Şekilleri Formu..... | 60 |
| EK -6: Hasta Eğitim Broşürü..... | 61 |
| Etik kurul kararı | 64 |
| Teşekkür | 65 |
| Özgeçmiş | 66 |

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

MRCP: Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatograf

ERCP: Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi

CO2: Karbondioksit

POST OP: Post Operatif

V.B.: Ve Benzeri

DVT: Derin Ven Trombozu

BKİ: Beden Kütle İndeksi

SPO2: Kan Oksijen Doygunluğu

DK: Dakika

ASA: Amerikan Anesteziyoloji Derneği

GİS: Gastrointestinal Sistem

Tablolar Dizini

| | |
|---|----|
| Tablo 1: Demografik bulgular..... | 29 |
| Tablo 2: Demografik Bulgular İle Gruplar Arasındaki Farklılıklar..... | 30 |
| Tablo 3: Ameliyat Öncesi ,Taburculuk Ve Kontrol Vital Bulguları..... | 32 |
| Tablo 4: Vital Bulguları İle Gruplar Arasındaki Farklılıklar | 33 |
| Tablo 5: Hasta Değerlendirme Bulguları | 35 |
| Tablo 6: Hasta Değerlendirme İle Gruplar Arasındaki Farklılıklar..... | 36 |
| Tablo 7: Hastaların Beslenme Şekillerinde İlişkin Bulgular..... | 38 |
| Tablo 8: Hastaların Beslenme Şekilleri İle Gruplar Arasındaki Farklılıklar..... | 39 |

Şekiller Dizini

Şekil 1. Consort Akış Şeması.



1.Giriş

Laparoskopik kolesistektomi işlemleri genelde genel cerrahi servislerinde safra kesesi taşının alınması sırasında uygulanan cerrahi yöntemlerden biridir. (Mayo Klinik, 2022). Safra kesesinde eritrositlerin yıkımı ile bilirubin, kolesterol, safra tuzları ve fosfolipidlerin birleşimi ile sonucu safra kesesi taşları meydana gelmektedir. Safra kesesinde meydana gelen taşları semptomatik açıdan değerlendirildiğinde iki farklı grupta ele alınır (Çetinküner ve diğerleri, 2011). Safra kesesi taşı tedavi yöntemlerini ise iki şekilde ele alınabilir. Bunlar ise tıbbi tedavi ve tıbbi tedavinin dışında uygulanan cerrahi yöntemlerdir. (Albayrak, 2008). Koletiyazis cerrahisinde açık yöntem tercih edilmekteydi (Karasu ve Aykas, 2018). Yaşanılan teknolojik gelişmeler ile yeni yöntem olarak ortaya çıkan laparoskopi cerrahisi artık açık kolesistektomiden daha çok seçilmektedir. (Durgun, 2002; Gülay, 2005). Bu yöntemin daha çok tercih edilmesinin sebeplerinden birkaçını şu şekilde sıralayabiliriz: hastanın erken taburcu olabilmesi, ameliyat süresinin daha kısa olması ve bu sebeple de hastaya daha az miktarda anestetik madde verilmesi, hastanın hastane de bulunma süresinin daha kısa olması gibi sebepleri sıralayabiliriz. (Dinç, Tuna 2019). Her cerrahi işlemlerden sonra olduğu gibi laparoskopi kolesistektomi sonrasında hastalarda yaşanılması istenilmeyen fakat yaşanan durumlardan bir tanesi ağrıdır. Ağrı şikayetinin çözümlemeye iki farklı yöntem tercih edilmektedir. Bunlardan birincisi ilaç yönteminin kullanılması ile ağrının giderilmesi diğer yöntem ise farmakolojinin kullanılmadığı yöntemlerdir. Bu yöntemler içerisinde kişiye sevdiği müzikleri dinletmek dikkatini farklı yerlere çevirmek sayılabilir (Çankaya, 2018). Hastalarda cerrahi sonrası dönemde hatta cerrahi öncesi dönemde bulantı kusma semptomları görülebilir. Ameliyat sonrası dönemdeki bulantı, kusma genelde verilen anesteziye bağlı olarak gelişebilmektedir. Hastalarda yaşanan bu şikayetler de de tıbbi tedaviler ile birlikte sıvı desteği ile de kişiler eski konforuna ulaşabilmektedir. (Aygün, 2016). Her ameliyat sonrasında hastalarda yaşanabilecek olan bir durum ise enfeksiyon durumudur. Bunu önleyebilmek için gerek ameliyathanenin gerekse de servis ortamında enfeksiyonu önlemek için gerekli tedbirler alınmalıdır. (Aylaz ve diğerleri, 2018). Hastalara verilecek bakımın önemli bir bileşimi de eğitimidir. Hastalara verilen eğitimler ile hem hastalar hem de hemşireler açısından birçok olumlu yönü vardır. Hastalar açısından bakıldığında

hastaların hem anksiyete düzeylerinin daha minimal düzeylerde olduğu hem de diğer fizyolojik parametrelerinde daha az etkilenmeler olduğu; hemşireler açısından ise bilgilerinin hem yenilendiği hem de dinamik olduğu anlaşılmıştır. (Yıldırım ve diğerleri, 2017). Bu nedenle de laparoskopik yöntem kullanılarak çıkarılan safra kesesi ameliyatı geçirecek hastalara video + broşür desteği ile verilen eğitimler aracılığıyla kişilerde meydana gelen fizyolojik bulguları araştırılmak amacıyla araştırmamız yapılmıştır.

Hipotezler

H0: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilecek Olan Video Destekli Eğitimin, Hastaların Taburculuk Sonrası Fizyolojik Bulgularına Etkisi Yoktur.

H1: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilecek Olan Video Destekli Eğitimin, Hastaların Taburculuk Sonrası Fizyolojik Bulgularına Etkisi Vardır

2. Genel Bilgiler

2.1. Laparoskopi Cerrahisi

Dünyada ve ülkemizde her anlamda gelişim gösteren teknoloji her alanda olduğu gibi tıp alanında da gelişim göstermektedir. Tıp alanında yaşanan bu gelişmeler cerrahi girişim yöntemlerin de de kendini göstermiştir. Bu gelişimlerden biri de safra kesesi çıkarımı işlemi olarak adlandırılan laparoskopik kolesistektomidir. Kapalı yöntem olarak adlandırılan laparoskopik kolesistektomi yöntemi abdomen bölgesinde küçük kesiler açılarak safra kesesinin çıkarılması işlemidir (Tarhan, 2018; Akgün, 2011).

Uzun seneler boyunca vücutta kesiler açılması yöntemi ile gerçekleştirilen birçok ameliyat 1987 yılında ilk defa Kelling tarafından yapılan laparoskopi yöntemi ile denenmiş ve bu girişimden sonra dünyada tercih edilen ameliyat yöntemleri arasında yerini almış. Son zamanlarda uygun şartlar sağlanıp tercih edilen laparoskopi cerrahisi farklı branş dallarında da kullanımı yaygınlaşmaktadır. Buna örnek vermek gerekirse kadın doğum ve hastalıkları alanında tüp ligasyonunda, yumurta kistlerinin çıkarılması durumlarında; üroloji alanında böbreğin çıkarılması ameliyatlarında,

varikolesektomi durumlarında; genel cerrahi alanında ise dalağın çıkarılması yani splenektomi, apandisit ve safra kesesi ameliyatlarında kullanılmaktadır (Pearlston ve diğerleri, 1999; Aytur, 2001).

Birçok branşta kullanımı yaygınlaşan laparoskopi cerrahi yöntemi safra kesesi rahatsızlıklarında da kullanımı önem kazanmıştır. Her uygulanan cerrahi yöntemlerde olduğu gibi laparoskopi kolesistektomi yöntemi de olumlu sonuçlara sahip ve bundan dolayı da Dünya genelinde kullanımı en kısa sürede yaygınlaşmıştır. Dünya çapında her yıl laparoskopi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen kolesistektomi cerrahisi sayısında artış olduğu görülmektedir. Safra kesesi taşının neden olduğu şikayetleri az hisseden hastaların ve ameliyata karar veren hekimlerin laparoskopi yönteminin kolaylığından dolayı ameliyatın gerçekleşmesi konusunda ki kararını daha da kolaylaşmıştır. Daha az invaziv girişime sahip olan ve toplumda yaygınlık gösteren safra kesesi taşı rahatsızlığı sebebiyle kolesistektomi uygulamasında artış göstermektedir (Çalık, 2007). Safra kesesinde taşın olması olarak adlandırılan koletiazis dünya genelinde sık görülen hastalıklardan biridir. Koletiazis hastalığında uygulana iki tür cerrahi yöntem mevcuttur. Bunlar açık kolesistektomi ve laparoskopik kolesistektomi yöntemleridir. Uygulanan her iki yöntemde kendi içerisinde farklı komplikasyonlara sahiptir.

Teknolojide görülen gelişim sayesinde dünya çapında ve ülkemizde daha önce kullanılan cerrahi yöntemler yerine gelişmiş olan laparoskopi cerrahisi hızlıca yerini almıştır. Laparoskopik cerrahi yönteminin uygulamaya geçmesiyle birlikte daha önceleri zor geçen cerrahi işlemler bu yöntem sayesinde rahat ve sıkıntısız geçmeye başlamıştır. Kadın hastalıkları konu alan bilim dalı olan jinekoloji, safra kesesinin çıkarılması işlemlerinde kullanılan laparoskopi cerrahisi, birçok branşta kullanılabilir. Bunlar nefrektomi, apendektomi ve diğer cerrahi işlemleridir (Schwartz ve Galloway, 1999 ; Aslan ve Atan, 2010).

2.2 Laparoskopik Kolesistektomi

Safra kesesinin çıkarılması cerrahisi olarak adlandırılan laparoskopik kolesistemi işlemleri genel cerrahi servislerinde yapılan cerrahi işlemlerden biridir (Mayo Klinik 2022). Safra kesesi laparoskopik ameliyatları genelde safra taşları için yapılır. Kolelitiazis safrada meydana gelmektedir. Bu taşlar; eritrositlerin yıkım ürünü olan bilirubin, safra tuzları, fosfolipidler ve kolesterol gibi çözülmüş olan katı maddelerin birleşimi sonucu oluşur. Safra kesesi taşları kendi arasında kolesterol ve pigment taşları olmak üzere ikiye ayrılır. Safraya rengine veren bilirubin yani pigment taşları ise kendi içerisinde iki sınıfa ayrılır: bunlardan bir tanesi siyah pigment diğeri ise kahverengi pigment taşıdır. Bazı kan hastalıkları nedeniyle siyah pigment taşı görülebilir. Pigment taşının bir diğeri çeşidi olan kahverengi pigment taşları ise hijyen koşullarının iyi olmadığı ve gelişmemiş bölgelerde görülme oranı fazladır. Yağlı beslenme alışkanlığı sebebiyle de daha çok kolesterol taşları görülür (Tarhan, 2018).

Safra kesesi taşı kaynaklı semptomlar farklı şekillerde görülebilmeleri nedeniyle safra taşları semptomatik ve asemptomatik olmak üzere iki şekilde sınıflanabilmektedir. Genel olarak; semptomatik safra taşı bulguları, yemek yedikten 15 dakika veya 1 saat sonra hissedilen kuvvetli ağrı ile olabilir. Ağrının nedeni ise genel olarak tüketilen besinin türü ile ilişkilidir. Bulantı, kusma gibi belirtiler de eşlik edebilir. (Çetinküner ve diğeri, 2011).

Safra kesesi taşı hastalığını tanılamak için hastadan kan, idrar, gaitanın incelenmesi ve muayene ile tanı konulur. Tanılama yöntemleri içerisinde hem maliyet açısından uygun olan hem de süre açısından hızlı olan yöntem ultrasonografi yöntemidir. Bu yöntemin dışında da kan tetkikleri ile bazı parametrelere bakılarak, hasta muayeneleri ile de tanılamak yapılabilmektedir.

- Abdominal X-ray

-Kolesistingrafi,

-Hepatobiliyer sistingrafi,

-MRCP ,

-Hepatobiliyer tarama

-ERCP yöntemleri ile safra kesesi hastalıkları tanılabilmektedir. (Sayın, 2021).

Safra kesesi oluşumundaki risk faktörleri değerlendirildiğinde ise; cinsiyet yönünden bakıldığında kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülebilmektedir. Irk boyutunda incelendiğinde ise; beyaz ırkta daha fazla görülebilmektedir. Ayrıca beden kütle indeksi yüksek olan kişilerde, kan lipit değerleri yüksek olan kişilerde, tip 1 diyabetli hastalarda, kalori oranı düşük beslenme alışkanlığı olan bireylerde, siroz ve bazı gastrointestinal sistem rahatsızlığı olan kişilerde görülebilmektedir. (Zhou ve diğerleri, 2020).

Safra kesesi taşları bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunlar arasında akut kolesistit, mukosel, ampiyem, akut pankreatit, sarılık yer almaktadır (Çoban, 2020).

Safra kesesi taşı tedavisinde tıbbi tedavi dışında, ameliyata karar verildiğinde hasta ameliyata planlı olarak hazırlanır. Tüm ameliyatlarda olduğu gibi; laparoskopi ameliyatı yapılacak hastalarda da, ilk olarak bu yöntemin yararı ve zararı bazı yaşanabilecek komplikasyonlar, ameliyat esnasında açık cerrahi yöntemine geçilebileceği konularında bilgilendirme yapılır. Bu bilgilendirmelerden sonra ise hastadan gerekli onamlar alınır. Ek hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli branşlardan tedavileri planlanır. Ameliyat öncesi gereken tetkikler yapılır (Albayrak, 2008).

Laparoskopi kolesistektomi ile safra kesesi çıkarılacak olan hastaya genel anestezi verilip hasta uyutulur. Hasta uyuduktan sonra hasta ameliyat için uygun olan pozisyona getirilir. Pozisyonu ayarlanan hasta için cerrah hastanın karın bölgesinde küçük birkaç kesi oluşturur. Bu açılan kesilerden biri genellikle göbek veya göbek deliğinde olur. Diğer kesileri de uygun yerler de açan cerrah bu kesi alanlarından trokar adı verilen cerrahi aletler aracılığıyla safra kesesine ulaşır. Bu kesilerden bir tanesi ile abdomen bölgeye CO2 gazı uygulanır. Bu sayede safra kesesi diğer organlardan ayrılmış olur ve cerrah safra kesesine rahat bir şekilde ulaşır. Safra kesesine ulaşan cerrah safra kesesini çıkartır. Safra kesesini çıkartan cerrah safra kesesinin damar ve arterlerini de bağlar. Safra kesesi çıkarılma işlemi tamamlandıktan sonra ve kontrolünü sağladıktan sonra yerleştirilen trokarlar uygun şekilde kesi yerlerinden çıkarılır. Cerrah son kesi alanından daha önce verilen CO2

gazını çıkartıp gereken kontrollerini de gerçekleştirdikten sonra kesi alanlarını kapatmaya başlar. Kesi alanlarının kapatılmasından sonra cerrah ameliyatı sonlandırır (Dinç ve Tuna, 2019).

2.3 Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı

Laparoskopi cerrahisinin uygulanacağı sırada hasta sol kısmına doğru 12-20 derecelik açıda döndürülerek uygun duruşu sağlanır. Bu verilen pozisyon ile ince bağırsağın ilk ve en kısa bölümü ve kalın bağırsak karaciğerden ayrılmış olur. Bu sayede safra kesesi açığa çıkar ve cerrahın ameliyatı daha kolay yapması ve keseyi çıkarması kolaylaşmış olacaktır. Cerrah keseyi çıkardıktan sonra safra kesesinin arterlerini ve toplardamarlarını bağlar. İşlemler bittikten sonra ameliyat öncesi vücuda yerleştirilen laparoskopik aletler uygun şekilde çıkartılır. Tüm trokarlar çıkarılmaya başladıktan sonra en son çıkartılacak olan trokarı bekletip karın içine daha önce verilmiş olan CO2 gazı boşaltıldıktan sonra sonuncu trokar da çıkartılır ve kesi yeri dikilip ameliyatı bitirir. (Koraş, 2018).

2.4 Laparoskopik Kolesistetomi Yapılamayacak Durumlar

- * Daha önce geçirilmiş batın bölgesi ameliyatı varlığı
- * Safra kesesi yapışıklığı
- * Hemoraji ve pıhtılaşma bozukluğu
- * Dolaşım sistemi sorunları
- * Pulmoner sistem bozuklukları
- * Aşırı kilo varlığı ya da çok zayıf olma durumları
- * Gebeliğin ilerlemiş olduğu dönem
- * Genel anesteziyi kaldıramayacak boyuttaki genel durum bozukluğu
- * Karın içi enfeksiyon varlığında
- * Kanda enfeksiyon varlığında
- * Karaciğer rahatsızlıkları durumlarında

- * Safra kanallarının iltihaplanması durumlarında
- * Safra kesesi iltihabı varlığında
- * Safra kanallarında safra kesesi taşının olduğu durumlarda (Dinç, ve Tuna, 2019).

2.4.1.Laparoskopi Kolesistektomide İstenilmeyen Durumlar

Minimal kesilerin açılarak ameliyat işleminin gerçekleştirildiği kapalı kolesistektomi cerrahisinin olumlu olduğu kadar yaşanılması istenilmeyen durumları da mevcuttur. Bu istenilmeyen durumlar laparoskopik cerrahisinin uygulandığı an veya bu yöntemin uygulandıktan sonra karşımıza çıkabilir.

2.4.2 Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar

- * Trokar girişinde abdomen bölgesi duvarı kanamaları abdomen bölge içerisinde yer alan organda hasar görülmesi
- * İnce bağırsağın en kısa bölümü olan, mideyi jejunum ile birleştiren alan ve bağırsağın diğer kısımlarının yaralanması.
- Safra kesesi kanallarının klempenmesi
- Sağ hepatik arter kısmında oluşan hasarlar. (Emre ve arkadaşları, 2016).

2.4.3 Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Oluşabilecek Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası bütün cerrahi işlemlerde olduğu gibi laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra da bazı komplikasyonlar olabilir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- * Vesica biliarisin anormal biçimde açılması
- * Hepatik arter hasarı
- * Hemoraji,
- * Vena porta hasarlanması,
- * Safra kesesine bağlı yapıların gastrointestinal sistem ile bağlantısının kuruldu kanalın hasar görmesi veya bağlanmasıdır (Aydın ve diğerleri, 2019).

2.4.4.Laparoskopik Kolesistektomi Yönteminin Avantajları

- Kapalı yöntemin uygulandığı ameliyatların avantajları; hastanın erken taburcu olabilmesi,
- Ameliyat süresinin daha kısa olması ve bu sebeple de hastaya daha az miktarda anestetik madde verilmesi
- Hastanın hastane de bulunma süresinin daha kısa olması,
- İyileşme sürecinin daha hızlı olması,
- Hem hasta açısından hem de ülke açısından maliyetin düşük olması,
- Hastanın minimal düzeylerde ağrı hissetmesi,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha erken sürede ulaşabilmesi,
- Beden imajı açısından daha az sayıda insizyon alanının olması,
- Hastaya hastane enfeksiyonu bulaş riskinin düşük olması,
- Hastanın erken dönemde mobilize olabilmesi,
- Açık kolesistektomiye göre laparoskopik kolesistektomi cerrahisinde daha az komplikasyonların görülmesi,
- Diğer cerrahi işlemlere göre hastaya dren takılma oranının daha az olması,
- Abdomen içindeki organların zarar görme oranının daha düşük olmasıdır (Dinç, ve Tuna, 2019).

2.4.5 LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN DEZAVANTAJLARI

Laparoskopik cerrahinin dezavantajları ise şu şekilde sıralanabilir. Cerrahin dokuyu hissetme oranının düşük olması, kamera hakimiyetinin cerrah dışındaki bir kişide olması, herhangi bir kanama durumunda hastaya müdahalenin daha güç olmasıdır.

Karın içi organları daha rahat görmek için hastaya verilen CO2'nin neden olabileceği, ağrı, distansiyon, bulantı kusma gibi istenmeyen durumlardır. (Önder, 2018).

2.4.6 Kapalı Yöntemden Açık Kolesistektomiye Geçiş Sebepleri

- Öd olarak adlandırılan safrayı taşıyan bölgenin ve ona bağlı kanalların hasar görmesi
- Arter ve diğer büyük damarların zarar görmesi
- Oniki parmak bağırsağı, kalın bağırsak ve diğer organların zarar gördüğü ,
- Vesicia biliarisin yarılmaması sonucu koletiazisin abdomene boşalması
- Obez kişilerde safra kesesinin net olarak fark edilememesi
- Karaciğere yapışık halde olan safranın ayrılamadığı durumlar da cerrah laparoskopi kolesistektomi yönteminden vazgeçip açık kolesistektomiye dönüş yapılabilir.

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Fizyolojik Bulgular

2.5.1 Ağrı

Ağrı tüm insizyon geçiren hastaların yaşayacağı bir enflamasyon yanıtıdır. Ancak laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında ameliyatta yapılan işlemlere yönelik de ağrı ortaya çıkabilmektedir. Ameliyat sırasında hastanın karın içi organlarını belirlemek için verilen CO2 gazı, hastalarda omuz ve visseral ağrı da yaşatabilir. Hastaya verilmiş olan CO2 gazı abdomen içindeki basıncı arttırdığından dolayı diyafragmayı etkileyebilir solunum sıkıntısı yaratabilir; bundan dolayı da hastaya verilmiş olan gaz tekrardan boşaltılır (Aydemir ve diğerleri, 2018; Carlomagno ve diğerleri, 2016; Çulhacı, 2015). Hastaların tarif edebileceği iki tür ağrı çeşidini şu şekilde tanımlayabiliriz: birincisi hastaların operasyon geçirdikten sonra tanımladığı visseral ağrı denilen bir ağrı yaşayabilmektedir. Bir diğeri ise kas iskelet sisteminde yaşanan travmatik durumlar da ya da kırık çıkık durumlarında hastalarda keskin zonklayıcı şekilde hissedilen ağrıya türü olan somatik ağrıdır. Laparoskopik kolesistektomi cerrahisinde hastaların somatik ağrı hissetmelerinin nedeni ise

trokarların cerrahi alana yerleştirilmesidir (Yu-Pei ve diğerleri, 2017). Somatik ağrı kendi içerisinde derin ve yüzeysel somatik ağrı olmak üzere sınıflandırılabilir. Kişiler somatik ağrıyı batma, zonklama ya da sızlama şeklinde hissedebilirler. Kramp şeklinde, lokalize olabilen ve iç organlarda hissedilen ağrı ise visseral ağrı olarak adlandırılır. İç organlar da hissedilen bu ağrının hangi organdan kaynaklandığı tam olarak bilinemez. (Tercan, 2015). Ağrı kişilerin huzursuzluk, kaygı seviyelerini de artırır. Bu nedenle ağrı yaşayan kişilerin kas gerilimi de artar. Bu da kişide laktik asit üretiminin artmasına neden olur. Bu artmış olan laktik asitte kişinin ağrı ya da kramp yaşamasına sebep olabilir (Pinto ve diğerleri, 2017; Rosen ve diğerleri, 2011). Kapalı yöntemle yapılmış operasyon sonrası dönemde ağrı şikayetinin kontrolünün yetersizliğine bağlı olarak kişiler ağrı şikayetinin tekrarlanacağı korkusuyla da solunum alma ritminde değişiklikler yaşayabiliyorlar. Bu değişiklikte genelde yüzeysel ve hızlı bir solunum oluşturur. Bu sebeple kişiler pulmoner disfonksiyon gibi şikayetler yaşayabilmektedir (Youssef ve Hassan, 2017). Ayrıca hastanın tolere edemediği düzeydeki ağrı; hem kişinin iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte hem de kişinin mobilizasyonunu engellemektedir. Bu sebeple kişilerde tromboemboli gelişme olasılığı artmaktadır (Sert ve diğerleri, 2017). Hastaların ameliyat sonrası ilk dönemlerde yaşamış olduğu ağrı ve anksiyetenin kontrolünün erken dönemde olması hastaların vital bulgularının normal sınırlarda olmasını ve daha erken zamanda iyileşmesini sağlayacaktır (Mavridou ve diğerleri, 2017; Vaughn ve diğerleri, 2007). Buna bağlı olarak da; hastaların yaşamış olduğu ağrı ve anksiyete semptomlarının kontrolünün birlikte olması gerektiği söylenilmiştir (Vaughn ve diğerleri, 2007; Mavridou ve diğerleri, 2017).

Post operatif dönemde hastaların yaşamış olduğu anksiyete, ağrı semptomları ilaç kullanmaksızın ve ilaç kullanılması yöntemleriyle yönetilir. Kullanılan farmakolojik yöntemler sonunda kişiler bazı olumsuz durumlar ile karşılaşabilir. Bunlar solunumun baskılanması, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, kaşıntı, kontraksiyon ve idrara çıkamamadır. Ağrı ve anksiyete semptomları yönetim tedavisinde farmakolojik olmayan yöntemde hemşirelik uygulamalarında kullanılabilir (McGuire, 2006; Yavuz, 2006; Ramkumar ve Prasad, 2006).

Ağrı değerlendirmesi yapılırken ağrı değerlendirme ölçeklerinden faydalanılır (Acar ve diğerleri, 2016). Bunlardan biri ise visseral ağrı değerlendirme ölçeğidir. Hastalık

uyarıcıları içerisinde ağrı ilk sıralarda yerini almaktadır. Bu uyarıcı ile kişi doktora başvurmaktadır. Kesin olarak açıklanamayan ağrı bulgusu, hastalıkları tanılamada kullanılan en önemli kriterler arasında yerini almaktadır (Öz, 2013).

Ağrı dünya çapında deneyimlenen ve uzun yıllarda tanımlanamayan, üzerinde çalışılan bir kavram olup şu an için en geçerli tasvirlenmiş haline Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği tarafından açıklanmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneğinin yapmış olduğu tanıma göre bedenin bir noktasında meydana gelen organik bir sebep ile olan veya olmayan, şahsın daha önceki yaşamıyla ilgili olan duygusal, hoş olmayan ve duygusal bir hissiyattır. Ağrı kişinin ifade ettiği ve kişiye aittir. Kişi bunu ifade ediyorsa vardır. (Öz, 2013).

Ağrı kavramı kişinin kendini acil olarak muhafaza ettiği mekanizmadır. Cerrahi operasyon sonrası kişilerde meydana gelen ağrı şikayetinin etki oranı birçok etkene bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bunlar içerisinde; duygusal durum, kişinin vücut yapısı gibi durumlar örnek olarak gösterilebilir (Michalolikaou ve diğerleri, 1996). Bu sebeple kişilerde cerrahi sonrası dönemde meydana gelen ağrı şikayetinde; ilk sırada kişide meydana gelecek hoş olmayan durumun ortadan kaldırılması, ya da minimal düzeye indirilmesi gerekmektedir.

Laparoskopi cerrahi yönteminde ameliyatın yarattığı travma dışında da abdominal bölgeye uygulanan CO₂ gazı bölgesel tahribat ve karın içi basınç oranında yükselişe post op dönemde ağrı şikayetinin meydana gelmesine neden olmaktadır (Çatav, 2011; Erdemli ve diğerleri, 2003)

Kişiler geçirmiş oldukları ameliyat sonrası bedenlerindeki birçok hormon düzeylerinde artış görülebilmektedir. Bu artış gösteren hormonlar ise kortizol, aldesteron, antidiüretik ve epinefrindir. Cerrahi sonrası kişilerin vücudunda değişime uğrayan prostaglandin, bradikinin ve serotonin gibi maddeler kişilerin organlarının çalışmasını, vücut ısısının sürdürülmesi v.b. gibi durumlara sebep olmaktadır (Sert ve diğerleri, 2017). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların ağrı şikayetleri azaltılmadığı takdirde kişilerde, kaygı, huzursuzluk durumları meydana getirebilmektedir. Bu da kişilerin kas dokusunda yükselişe sebep olarak kas dokusunun oksijen ihtiyacını artırmaktadır. Kaslarda artan oksijen tüketimi ile birlikte laktik asit birikerek buralarda kasın irade dışı ağrılı ve geçici olarak

kasılmasına neden olup kişilerin kardiyovasküler ve solunum sistemine etkilemektedir (Vaughn, 2007). Bunlar arasında akciğerin görevini yerine tam olarak getirememesi, öksürmenin gerçekleşmemesi, derin nefes alışverişi ile birlikte hastada hiperventilasyon tablosunu ortaya çıkar. (Wang ve Keck, 2004; Çöçelli ve diğerleri, 2008). Bu durumda kişinin akciğerlerin de bazı durumların yaşanmasına neden olabilir. Bunlar ise uyku problemleri, miyokard infarktüsü, pnömoni, akciğerlerin bir bölümünün veya tamamının sönmek içindeki havayı kaybetmesi, oksijen yetmezliği anlamına gelen hipoksi gibi durumların yaşanmasına neden olmaktadır. Her cerrahi sonrası karşılaşılan ağrı şikâyeti laparoskopik cerrahisi sonrası da yaşanabilmektedir ve yaşana bu ağrı şikâyeti kişinin daha erken hareket etmesine mani olması durumunda kişide DVT ve tromboemboli durumlarının yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların birçoğu postoperatif dönemin ilk sıralarında ağrı şikâyetini ifade etmektedir. Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarda yaşanan ağrı şikâyeti ile kardiyovasküler sistemde yaşanan direnç ve kalbin kasılıp gevşemesinden sorumlu olan ve kalp kasını oluşturan tabakada yaşanan oksijen alımının fazlalaşması sebebiyle kişide miyokard infarktüsü ve iskemi gelişebilmektedir (Whiteman ve diğerleri, 2000; Çalık, 2007; Koraş, 2018; Barış ve diğerleri, 1999; Aslan, 2014).

Kapalı yöntem kullanılarak çıkarılan safra kesesi ameliyatı post op döneminde hastada oluşan ağrı şikâyeti rahatsızlık vermeyecek düzeye alındığı takdirde kişinin analjezik tüketimi sayısında azalmalar, hastaneden daha erken çıkabilmesi ve daha erken dönemde önceki yaşam şekline dönebilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı şikâyeti istenilen düzeye indirilemediği takdirde ise kişide stresin artmasına, analjezik kullanımında artmaya ve hastaneden erken taburcu olamamasına neden olabilmektedir. Bu durumda kişinin nazokomiyal enfeksiyona yakalanma ihtimalinin artmasına, kaygı seviyesinin artmasına, kişiyi maddi ve manevi anlamda olumsuz etkilemekle birlikte yaşadığı ülkeyi maddi anlamda olumsuz etkilemektedir (Koraş, 2018; Jashi ve diğerleri, 2014; Ucuzal ve Kanan, 2014; Büyükyılmaz ve Aştı, 2010).

Laparoskopik tekniğiyle gerçekleştirilen safra kesesi çıkarılması cerrahisi sonrası hastada meydana gelen ağrı şikâyetinin birçok sebebi mevcuttur. Bunlardan birincisi

ameliyat sırasında kullanılan cerrahi aletin (trokarın) konulduğu yerlerden kaynaklı yaşanan pariyetal ağrı, ikincisi çoğunlukla ameliyat sırasında diğer organlara dokunulması sebebi ile yaşanan visseral ağrı ve sonuncusu olan omuz ağrısı ise ameliyat sırasında abdomen bölgeye uygulanan CO₂ gazının ameliyat sonrasında da abdomen boşlukta kalmasından dolayı oluşan ağrıdır. Ağrı şikâyeti çoğunlukla omuz, karnı alt, üst kısımlarında ve sırt kısımlarında hissedilebilir. Bunlar arasında en fazla karnın üst kısmında hissedilebilir. Cerrahi operasyonu geçiren kişiler çoğunlukla ağrıyı bir bölgede şiddetli ve derin şekilde tanımlarlar. Her şeye rağmen laparoskopi kolesistektomi yöntemi açık kolesistektomi yöntemine oranla kişide ağrı şikâyetinin daha az oranda olması ve kısa sürede ağrı şikâyeti geçmektedir. Ayrıca laparoskopik yöntemi ile gerçekleştirilen laparoskopi cerrahisinde doku bütünlüğünde az oranda hasar oluşmaktadır (Çatav, 2011; Joris ve diğerleri, 1996).

Yapılan çalışmalara bakıldığında zaman kişilerin ameliyat sonrası yaşadığı ağrı düzeyini ameliyat sırasında verilen CO₂ gazının basıncının şiddetine bağlı olarak değişkenlik gösterdiği anlaşılmıştır. Diğer yöntemlere kıyasla daha çok tercih edilen laparoskopi kolesistektomi cerrahisi işleminin tercih edilmesinin nedenleri şu şekilde sıralayabiliriz. Kesi yerlerinin daha az olması bununla birlikte ağrı ve komplikasyonların yaşanması oranının düşük olması, hastanın toparlanmasının eski yaşamına daha erken sürede dönmesi, daha erken taburculuğun gerçekleşmesi ve kesi yerlerinin erken dönemde iyileşmesidir (Çatav, 2011 ; Wallace ve diğerleri, 1997).

Kişilerde oluşan ağrı şikâyeti genellikle ameliyatı ile başlayıp zamanla azalmakta ve kesi yerlerinin toparlanması ile de daha da azalmaktadır. Post op dönemde çoğunlukla ağrı ilk 48 saatte çok görülmektedir. Bu sebeple ağrı şikâyeti daha da artmadan kişinin tolere edebileceği düzeye indirgenmelidir. Bu sebeple ağrı için hemşireler hastalara analjezik uygulamanın yanı sıra nonfarmakolojik yöntemleri de uygulamalıdır. Ayrıca hastanın vücut iç dengesini korunması, kaygı, stres düzeylerinin minimize edilmesi uygun duruşun sağlanması ile iyi dinlenme ve uyku ile de ağrı şikâyeti azaltılabilmektedir (Aytur, 2001; Çatav, 2011).

Laparoskopi safra kesesi ameliyatı geçiren kişiler öncelikle abdominal bölgede daha sonra da omuz ağrısı yaşayabilmektedir. Hasta da ki omuz ağrısının sebebi ise ameliyatı sırasında abdomen bölgeye uygulanan CO₂ gazının iç organlara uyguladığı

basınç ile oluşur. Kişide rezidüel kapasite ve vital kapasitenin azalmasının sebebi de uygulanan CO2 gazının diyafram, batin ve toraks kısmında kas hareketlerini etkilemesinden ötürüdür. Bu sebeple bu bölgelerdeki kas hareketlerini tekrar önceki haline döndürmek için solunum egzersizleri yaptırarak kişilerde rezidüel ve vital kapasite artırılarak kişinin ağrı hissiyatı azaltılır. Kişi ağrı şikayeti sebebiyle solunum egzersizlerini yapmadığı takdirde ise hem ağrı şikayetini hissetme zamanının uzamasına hem de akciğerlerde yaşanılması istenilmeyen durumlar görülebilir. Bunlar ise hipoksi ve pnömoni durumlarıdır (Çatav, 2011; Aytur, 2001). Hastanın ameliyat sonrası yaşadığı ağrı şikayeti taburcu olup evine gittiği vakitte beslenmesine dikkat etmediğinde de oluşabilmektedir. Bu ağrı şikayetini yaşamaması için ameliyattan sonraki ilk birkaç ay kişi kızartılmış hazır paket ürünlerden yağlı yiyeceklerden protein oranı yüksek olan kırmızı et, tavuk eti, yumurta vb kuru baklagillerden uzak durması gerekmektedir. Bunlar yerine sebze meyve ağırlıklı olan bir öğün tercihe edilmeli su alımını artırmalıdır (Carol ve Scott Conner, 2002; İnan ve diğerleri, 2004).

2.5.2 Bulantı Kusma

Hastalarda cerrahi sonrası dönemde hatta cerrahi öncesi dönemde bulantı kusma semptomları görülebilir. Ameliyat sonrası dönemdeki bulantı kusma genelde verilen anesteziye bağlı olarak gelişebilmektedir. Gelişen bulantı kusma semptomları genelde hastaların ağız yoluyla aldığı ilaç ve içeceklerin kesilmesine neden olabilir. Ayrıca bu semptomların sürekli devam etmesi durumunda ise hastalarda sıvı kaybı problemlerine yol açabilir. Hastalarda meydana gelen öğürme ve kusma refleksi kişilerde kanamaya, yara dudaklarının açılmasına ve kişinin mide içeriğinin yanlışlıkla akciğerlere geçmesinin yanı sıra kişilerin hastanede kalış süresinin uzamasına, hastanın hastaneden ayrıldıktan kısa bir süre sonra tekrardan hastaneye yatışının yapılmasına ve maliyetin artmasına sebebiyet verebilir. Bulantı kusma şikayetinin tedavisinde ise doktorların önerdiği antiemetik tedavinin yanı sıra sıvı desteği sağlanmalıdır (Aygin, 2016).

2.5.3 Enfeksiyon

Her ameliyat sonrası hastalık yapma potansiyeli olan mikrop ve virüslerin vücuda girmesiyle enfeksiyon dediğimiz durum gelişebilir. Bu durumun gelişmesini

önlemeye yönelik olarak sterilizasyon, ameliyathanenin hava sirkülasyonunun sağlanması, antimikrobiyal ajanların kullanılması, her türlü cerrahi teknikte asepsinin uygulamalarının yapılması gerekmektedir. Bu önlemlere laporoskopik ameliyatlarda da olduğu gibi; her cerrahi alan enfeksiyonunu önleme stratejileri içinde de yer verilir. Hastalar da cerrahi sonrası herhangi bir enfeksiyon bulgusu olduğu durumlarda hastanın taburculuğu gecikebilir, kişilerin antibiyotik tedavisi yoğunlaşabilir ve tedavi maliyetinde artışlar meydana gelebilmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önleyebilmek için enfeksiyona neden olabilecek etkenin bilinmesi, ameliyat öncesi-sırası ve sonrası kanıt temelli tüm önlemlere uyulması gerekmektedir (Aylaz ve diğerleri, 2018). Hastaların özellikle 38 derece ateş sonrası kan kültürünün alınması ağrı distansiyon öksürük idrar yaparken yanma gibi bulguların takibi ve kan kültürü olarak mikroorganizmaya yönelik antibiyotik tedavisinin yapılması önemlidir (National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual, 2022).

2.5.4 Eğitim

Hastalara uygulanacak olan tedavi kadar verilecek olan eğitimler de önemlidir. Hastalara verilecek olan taburculuk eğitimleri hem hasta için hem de sağlık bakım sistemleri açısından önemlidir. Hasta açısından bakıldığında hastaların bilinmeyene karşı olan kaygı düzeylerinde azalmalar, hastaların hastalıklarına alışmalarına, giderlerin azalmasına hastanedeki kalış günlerinde azalma, hastaların özerkliğinin artırılması, daha iyi bir yaşama sahip olmalarıdır. Hasta hoşnutluklarının sağlanması, hastalık ve ölümlerin azalması gibi önemli faydalar sağlamaktadır. Eğitimlerin sağlık sistemleri bakımından önemli olmasının nedeni ise; hemşireler açısından bilgi ve beceri düzeylerinde artış, verilen bakımın kalitesini artırmakta ve alınan önlemlerin etkililik düzeylerini de artırmaktadır. Bu sebeplerle hastalara verilecek olan eğitimler iyi bir hasta bakımının önemli basamaklarından biridir. (Yıldırım ve diğerleri, 2017).

Hasta eğitiminin amaçları ise hastanın başkası olmadan da kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi düzeyinin artırılmasını, refah düzeyinin artırılmasını ve hastaneye tekrardan yatış yapma oranının azalmasını sağlar. Hemşireler aracılığıyla verilen hasta eğitimleri periyodik bakımın mühim olan bileşenlerinden biridir (Orgun ve diğerleri, 2020). Hemşireler sadece hastanın tedavi ve bakımı ile ilgilenmezler aynı

zamanda da kişilerin eğitim gereksinimlerini de belirlemedeki en büyük role sahiptirler. Hasta eğitimi süreci birkaç basamaktan oluşmaktadır. Bunlar içerisinde en çok dikkat edilmesi gereken ikisi planlama ve uygulama aşamasıdır. Eğitim materyalinin kişiye özgü olması, kişinin öğrenmesine yönelik herhangi bir engel durumu olup olmadığı değerlendirilecektir. Eğitim verirken önemli noktalar ise eğitimi alan kişilere verilerin doğru bir şekilde aktarılması ve kişilerce de doğru anlaşılmasıdır. Verilerin kişilere aktarılmasını sağlayan objeler ve araçlar ise eğitim materyali olarak adlandırılır. Anlaşılması zor olan kavranamayan kelimeleri hastalar tarafından daha anlaşılır olmasını sağlayan materyaller, hasta yakınları ve kişilere karışık olan kavramları basite indirmeye ve kişilerin aldıkları eğitimlerin kişilere fayda düzeyinin yüksek olmasını sağlar. Hasta eğitim materyalleri arasında en çok kullanılanları ise broşür ve kitapçıktır (Orgun ve diğerleri, 2020).

Sağlık eğitimindeki gelişmeler ile birlikte hastalara verilen eğitimlerde kullanılan araç ve gereçlerde farklılık göstermeye başladı. Hastalara cerrahi geçirsiz veya geçirmesiz her durumda verilen eğitimler ile hastaların iyileşme sürelerini, daha erken zamanda taburcu olmaları ve hastalık sürecini daha kaliteli geçirmeleri konularında olumlu etkilere sahiptir. Bu sebeple de hastalara verilecek olan eğitimler çok önemlidir. Bu eğitimler verilirken birçok teknik kullanılarak eğitim gerçekleştirilir. Bu tekniklerden biri ise video eğitimleridir. Video eğitimi ile hastaların hem sözel hem de görsel algısına atıfta bulunulur. (Whyte ve Grant, 2005). Video eğitimi sadece hastanın değil aynı zamanda hasta yakınlarının da katılabildiği bir yöntemdir. Bu eğitim tekniğinde de hastaya eğitim verecek kişinin bilgiyi eğitimi alan kişiye geçirebilme becerisi, eğitimi alan kişinin öğrenme derecesi, sosyo ekonomik düzeyi, dili anlama düzeyi ve süre gibi konular önemlidir (Marcus, 2014; Whyte, ve Grant, 2005). Verilecek olan videolu eğitimde video da konunun güncel bilgileri kapsamalı, hastanın anlayabileceği dil kullanılmalıdır. Ayrıca hazırlanan video eğitimi hastanın gereksinim duyduğu konular üzerinde olmalıdır.

Dinç ve Tuna 2019 yılında ameliyat öncesi hastalara verdikleri eğitimde; ameliyatları hakkında bilgi alan hastaların akıllarına takılan sorulara cevap buldukları ve yapılan eğitimlerden memnun kaldıkları cerrahi operasyon hakkındaki bilinmezlik seviyesinde azalma olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Dinç ve Tuna, 2019). Öskan ve Tuna'nın 2022'de yapmış olduğu çalışma sonucuna bakıldığında ise hastalara

ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimle hastaların yaşam bulgularının olumlu etkilendiği, yaşadıkları anksiyete ve ağrı düzeylerinin azaldığı bilgilerine ulaşılmıştır (Ösken ve Tuna, 2022).

Blay ve arkadaşlarının 2005'te yapmış olduğu çalışmanın sonucunda ise laparoskopik kolesistektomi cerrahisi öncesi verilen hasta eğitimi ile hastaların cerrahi sonrası ağrı düzeylerinde azalmalar olduğu, hastaların evlerinde öz bakımını gerçekleştirme becerisini arttığı vurgulanmıştır. Ek olarak; hastaların öz bakım ihtiyacının azalması ve yaşanabilecek komplikasyonları ile mücadele etme konularındaki bilgi seviyelerinde artış olduğu sonucuna varmışlardır (Blay ve diğerleri, 2005).

Aytur ve Dicle'nin 2001'de yapmış oldukları çalışmanın sonucuna bakıldığında ise; araştırmada üzerinde durulan semptomların varlığına puan verilmiş broşür ile eğitim verilen deney grubu kişilerinin semptomlarının varlığı kontrol grubunda yer alan hastalara oranla daha minimal düzeyde olduğu hesaplanmıştır. (Aytur ve Dicle, 2001).

Laparoskopik kolesistektomi adaylarında ameliyat öncesi hemşirelik ziyaretinin ameliyat öncesi kaygı ve ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerine etkisini inceleyen Sadati ve arkadaşları 2013'te yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi ev ziyaretlerinin hastaların ağrı kontrolünü sağladığını, bulantı kusmasının azalttığını, erken mobilizasyonunu sağlandığını, hastalarda kaygının azaltıldığını göstermiştir (Sadati ve diğerleri, 2013).

Melloy ve arkadaşları 2016'da komplikasyonu en az, başarılı laparoskopik kolesistektomi ameliyatları; ASA 2 grubu hastaların seçilmesi, optimize edilmiş anestezi verilmesi, sağlam cerrahi tekniklerinin gününbirlik cerrahi için uygulanması, anestezi sonrası bakım ünitesinde hemşirenin bilgili olmasıdır. Görüldüğü gibi, hemşirelerin laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların bakımını yönetmesi, gününbirlik cerrahide en önemli ve en etkili stratejilerinden biri olarak verilmiştir (Melloy ve diğerleri, 2016).

Mak ve arkadaşları 2019 da yaptıkları araştırmada laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların ameliyata yönelik en çok önem verdikleri konuları:

- Uzun vadeli yaşam kalitesi nedir?
- Cerrahın teknik becerisi ve deneyim düzeyi nedir?
- Hasta olarak karar verme sürecine katılım nasıldır?
- *Cerrahın iletişim becerisi nasıldır?
- *Ortamın temizliği yeterli midir?
- *Etkili hemşirelik bakım standartları var mıdır? sorularına yanıt olarak belirlemişlerdir.

Kolesistektomi geçiren hastaların bakımına yönelik hemşirelik performansını artırmak için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği literatür de de görüldüğü gibi hasta memnuniyetinin artırılmasında en önemli önerilerden biridir. Hemşirelerin bu konu hakkında bilgi düzeyi arttıkça hasta bakım sonuçları da iyileşecektir (Elsayed ve diğerleri, 2021).

2.6. Laparoskopi Yöntemi ile Safra Kesesinin Çıkarılması Sonrası Dönem

Her ameliyat sonrası gibi safra kesesi alınımı sonrası da hastalar tarafından merak edilen konular vardır. Safra kesesi alınımında hastalara, cerrah tarafından ameliyatın yapılacağı yöntem belirtilir. Ameliyatın yönteminde değişiklik kararını cerrah ya ameliyat öncesi belirler ya da ameliyat sonrası planını değiştirebilir. Bu değişiklik hasta güvenliği için alınmış bir karardır. Kolesistektomi ameliyatı batın ameliyatları arasında ciddi olan bir ameliyat çeşididir ve ameliyat sonrası hastalar ağrı, bulantı ve kusma gibi durumları yaşayabilecekler. Hastalar ameliyat sonrası oral alımını gerçekleştirdiğinde, yediği yemeği ve tükettiği sıvıyı tolere edebildiyse ve herhangi bir problemi yoksa hastanın ya ameliyat olduğu gün veya bir sonraki gün hasta taburcu edilebilir. Hasta ameliyat sonrası yara yerinde herhangi bir problem yaşamıyorsa duşa girebilir. Hastanın ameliyat sonrası fiziksel aktiviteye başlama süreci ise hastanın kendini nasıl hissettiğine bağlıdır. Hasta ameliyattan sonraki bir hafta içerisinde de günlük aktivitelerine dönebilir (ağırlık kaldırma, araba kullanma ve merdiven çıkma). Hastalar ameliyattan sonraki bir hafta içerisinde işlerine tekrar başlayabilirler. Safra kesesi çıkarılırken açık kolesistektomi yöntemi kullanılmışsa hastaların normal hayatına dönmesi laparoskopik kolesistektomi yöntemine göre

daha uzun sürecektir. Bu süre genelde dört ile altı hafta arasında olmaktadır. Her ameliyat sonrası gibi kolesistektomi sonrası da hastaların 2 hafta içerisinde doktor kontrolüne gelmesi gerekmektedir. Ancak hastada aşağıdaki gibi herhangi bir durum gerçekleşmişse hastanın hemen doktora veya sağlık kuruluşuna başvurması gerekmektedir : Tekrarlayan ve 39 derecenin üzerinde seyreden ateş, hemoraji, kullanılan ağrı kesicilere rağmen hastada mevcut olan ağrı, hastada gittikçe artan distansiyon, kesilmeyen bulantı ve kusmanın olması, nefes alamama, üşüme ya da öksürük olması, hastanın ameliyat bölgesinin herhangi bir noktasında kızarıklık, ısı artışı veya akıntı varlığı, hastanın sıvı veya katı yiyeceklerden herhangi birini yiyemediği durumlardır (Tanaja ve diğerleri, 2021).

2.7. Laparoskopik Yöntemi Kullanılarak Safra Kesesinin Çıkarılması İşleminde Hemşirelik Bakımı

Ülkemizde ve dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler yanı sıra hasta oranında artışlar görülmektedir. Kişilerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ile birlikte kişiler sağlıkları konusunda söz sahibi olmak, sağlık bakımı konusunda söz söyleyebilmek, sağlığının ne durumda olduğunun farkına varmak ve teşhislerini bilmeyi arzulamaktadır (Çalık, 2007).

Hasta kişi birime geldiğinde karşılanmalı, odasına götürülmeli ve servisi tanıtılmalıdır. Florance Nightingale'nin hemşirelik bakımı konusundaki düşüncesine göre bakım sadece kişi ile değil kişinin fiziksel çevresi ile de ilgilenilmelidir. Bu sayede kişi psikolojik açıdan daha iyi olabilecek, hastalığını kabullenmesi ve memnuniyet düzeyinde artış olacaktır. Odasına yerleşen hasta anksiyetesi azaldıktan sonra geçireceği operasyon konusunda birden fazla eğitim teknikleri ile eğitimi verilebilir. Eğitim için hasta açısından uygun ortam sağlandıktan sonra eğitime başlanır (Gürlek ve Yavuz, 2013).

Genel anlamda ameliyat sözcüğü kişilerde anksiyeteye, kaygıya, korkuya neden olabilmektedir. Bu durumda kişilerin yaşam bulguları üzerinde değişikliklere sebep olabilmektedir. Bu tablonun minimal düzeyde yaşanması için kişilere eğitim verilmesi önem arz etmektedir (Ertem, 2003; Çalık, 2007).

Hastalar verilecek eğitimlerin hasta için aklına takılan sorulara cevap olabilecek, kişinin konu hakkında bilgi sahibi olmasına ve yaşadıklarını rahatça ifade edebilmesini sağlamalıdır. Hastaya verilecek eğitim ile kişiler de korku ve kaygı seviyelerinin azalması ile yaşam bulguları da istenilen değer aralığında kalacaktır. (Yavuz, 1999 ; Erdil ve Elbaş, 2001; Inan ve arkadaşları, 2004).

Ameliyat öncesi dönemde uygulanan eğitimler ile kişilerin cerrahi sonrası dönemde geç olmayan dönemde harekete başlamasının, soluk alıp verme egzersizlerinin ehemmiyeti ve bu egzersizler sayesinde kardiyovasküler sistem ve solunum sistemine yararlarını göstermek gerekir. Kişilere verilecek taburculuk dönemi eğitimi ile kişilerin evde uygulayacağı analjezik ve antibiyotik ilaçları alımı konusunda bilgi sahibi olması sağlanmış olacaktır.

Hastaların ameliyat sonrası döneminin rahat geçmesi, hastaya uygulanacak hemşirelik bakımına bağlıdır. Henderson'un hemşirelik eğitimindeki gayesinin ne olduğu konusundaki düşüncesi şu şekilde açıklanabilir: kişinin bakımında yeterli olmadığı durumlarda kişinin desteklenmesi ve erken dönemde kişinin ihtiyaçlarını kendisinin karşılayabileceği düzeye gelmesi olarak ifade etmektedir (Çalık, 2007). Bu sebeplerle kişilere operasyon olmadan önceki döneminden başlanarak verilecek eğitimler ve yapılacak olan danışmanlık ile kişilerin kaygı düzeyi indirgenebilecek ve baş etme konularında daha iyi olabilecektir. Ve yaşanan bu olumlu gelişmeler ile kişinin yaşamsal değerlerinde iyileşmeler daha erken olacaktır.

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalara verilecek olan video destekli eğitimin, hastaların taburculuk sonrası fizyolojik bulgularına etkisi belirlemek amacıyla randomize olarak belirlenecek kontrol ve deney gruplarıyla yapılacak olan yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Zaman ve Yer

Araştırma Türkiye Cumhuriyeti Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yapıldı. Araştırma 01 Ekim 2023-17 Ocak 2024 tarihleri arasında Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi genel cerrahi servisinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Örnekleme ve Evreni

Örneklem deney ve kontrol grubundan oluşmaktadır. Deney ve kontrol grubunda ameliyat öncesi, ameliyattan sonra o gün (postoperatif sıfıncı gün), ameliyattan sonraki gün ve kontrol günü (5 veya 7.gün) yaşam bulguları, ağrı düzeyleri, bulantı, kusma, enfeksiyon, defekasyon, banyo yapma ve mobilite durumu değerlendirildi. Bu nedenle tekrarlı ölçümlerde p değeri 0.05, gücü 85 olarak hesaplanmış ve toplam örneklem sayısı 92 olarak bulunmuştur. Deney grubu 46, kontrol grubu 46 olarak belirlendi. Random sample bilgisayar programı desteği ile tüm hastalar rastgele deney ve kontrol grubuna atandı. Bu programdan atamalar istenen vaka sayısına ulaşıncaya kadar sürdü.

3.4 VERİLERİN TOPLANMASI

Hasta verileri ;

Ameliyat öncesi yüz yüze

Ameliyat olduğu gün (Postoperatif sıfıncı gün) yüz yüze

Ameliyattan bir gün sonra (Taburculuk günü) yüz yüze

Ameliyattan sonra hastanın kontrole geldiği gün (5-7. Gün) kontrole gelebilen hastalar ile yüz yüze gelemeyen hastalar ile telefonla görüşülerek toplandı.

Araştırmada kullanılacak olan bilgiler; araştırmaya katılan hastalardan hem sözel hem de yazılı olan Gönüllü Onam Formu (ek 1) ile sağlandı.

Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalarımız kontrol ve deney grubu olarak ikiye ayrıldı. Çalışmaya ilk olarak deney grubu ile başlandı. Deney grubu çalışmaları 01 Ekim 2023 – 30 Kasım 2023 tarihleri arasında yapıldı.

Hastalarla çalışmaya başlamadan önce yazılı onam imzalatıldı, çalışmanın içeriği hakkında bilgi verildi. çalışmada kullanılacak veriler için hastaya hasta tanılama formunda bulunan sorular yöneltildi. Hasta tanılama formunda yer alan sorular şu şekildedir: Adınız Soyadınız, Yaşınız, Medeni Durumunuz, Kaç Çocuk Sahibisiniz, Eğitim Durumunuz, Lisanınız, Boyunuz Ve Kilonuz, Beden Kütle İndeksiniz: Mesleğiniz, Kronik Hastalıklarınız, Ailesel Hastalıklarınız Geçirmiş Olduğunuz Operasyonlar Alışkanlıklarınız, (Sigara kullanıyorsanız ne kadar kullanıyorsunuz. Alkol kullanıyorsanız ne kadar sıklıkla kullandığınızı belirtiniz), Ağırlıklı Olarak Hangi Tür Besin Grubundan Besleniyorsunuz. Hastalarımıza hasta odasında bilgisayar aracılığıyla daha önce hazırlanmış olan laparoskopi kolesistektomi konulu eğitim videosu izletilerek, video ara ara durdurularak hastanın aklına takılan konular hakkında gerekli açıklamalar yapılarak ve daha sonrasında laparoskopi kolesistektomi hastaları için hazırlanmış olduğumuz broşürler verilir broşür içeriği sözel olarak tekrardan anlatılarak eğitimlerimizi sonlandırdık.

Daha sonra kontrol grubu çalışmalarımıza başladık. Çalışmamızı 01 Aralık 2023 – 17 Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirdik. Kontrol grubu hastalarımıza da deney grubunda olduğu gibi hastalar ile yüz yüze hasta odasında yazılı onamları imzalatılarak çalışmaya başlandı. Hastalardan tıpkı deney grubu hastalarına yönetilen hasta tanılama formunda yer alan soruların cevapları alınarak veriler toplanmaya devam edildi. Hastalara; safra kesesinin ne olduğu, safra kesesi taşının nasıl oluştuğu, taş belirtilerinin neler olduğu, tanılama yöntemlerinin neler olduğu, laparoskopik kolesistektomi cerrahisi ve avantajlarının neler olduğu, hangi durumlarda hastaneye başvuracağı, ameliyat sonrası dönemde beslenme, evde yara bakımı, enfeksiyon belirtilerinin neler olduğu, ağrı, bulantı- kusma nedenleri ve çözüm yollarının neler olduğu, operasyon sonrası dönemi hakkında bilgileri içeren broşür verildi ve broşür hakkında açıklamalarda bulunularak eğitim tamamlandı.

Deney ve kontrol grubundaki çalışmalarımızda herhangi bir girişimsel işlemde bulunulmayıp her iki grup için veri toplama süresi yaklaşık 20-30 dakika eğitim süresi ise yaklaşık 30-40 dakika arasında olmuştur.

3.4.1 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Her iki grupta da yer alan tüm hastalardan ameliyat öncesi, ameliyat olduğu gün (postoperatif sıfırıncı gün), ameliyattan bir gün sonrası, taburculuk sonrası kontrol günü (ameliyattan 5-7 gün sonra) aşağıdaki formlar ile veriler toplandı.

Gönüllü Onam Formu (Ek 1): Araştırma için gerekli olan ve hastalardan alınan yazılı bir formdur. Araştırma katılacak olan hastalara araştırmanın neden yapıldığı nasıl yapılacağı konularında bilgiler verilecektir. Hastalara kendileri ile alakalı vermiş olduğu bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağı ve bu araştırma süreci boyunca hem ücret talep edilmeyeceği hem de herhangi bir ücret ödenmeyeceği izah edildi.

Hasta Tanılama Formu (Ek -2) : Hasta tanılama formu olarak adlandırılan bu form hastanın adının, soyadının, yaşının, medeni durumunun, kaç çocuk sahibi olduğunun, eğitim durumunun belirlendiği sosyo-demografik verilerle birlikte; hastanın boyu, kilo, beden kütle indeksi, mesleği, kronik hastalıkları, ailesel hastalıkları, geçirmiş olduğu operasyonları, alışkanlıkları, ağırlıklı olarak hangi tür besin grubundan beslendiği konularını kapsayan suallerden meydana gelmektedir.

Visual Ağrı Skalası (EK-3): Kişide meydana gelen ağrı skorunu değerlendirmek için kullanılan ve hastanın ağrı düzeyini tam ifade edemediği durumlar da kullanılan bir ağrı değerlendirme ölçeğidir. Düz bir sayı doğrusu çizilir ve bu çizgi üzerine birden ona kadar sayılar yazılır. Bu sayı doğrusunun bir uç noktasına hiç ağrı yok yazısı diğer uç noktaya ise şiddetli ağrı ifadesi yazılır. Hastaya ağrısının şiddetini değerlendirebilmemiz için öncelikle bu ağrı değerlendirme ölçeği anlatılır ve ağrısının düzeyinin ne kadar olduğunu göstermesi istenir. Bunun içinde bu sayı doğrusu üzerinde ağrı şiddetini gösteren yere bir çizgi koyması istenir. Hastanın çizdiği nokta ile başlangıç noktası arasındaki mesafe ölçülür ve hastanın ağrısının düzeyi belirlenmiş olur. Ağrı değerlendirme formunda ameliyat öncesi ameliyattan sonra o gün (postoperatif sıfırıncı gün), ameliyattan sonraki gün ve taburculuk sonrası kontrol gününde ağrı puanı yazılacak, hastanın non-farmakolojik olarak kullandığı ağrı kontrolü yöntemleri belirlendi.

Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Değerlendirme Formu (EK-4): Bu formumuzda da ateş, nabız, tansiyon, kan şekeri, defekasyonu, solunum

parametreleri (solunum sayısı), bulantı, kusma, ağrı (1'den 10'a kadar), enfeksiyon (kızarıklık, akıntı, ödem var /yok), hastaneden çıkış şekli (yürüyerek/tekerlekli sandalye, ev içi yürüyüş, sokak yürüyüş varlığı ve süresi, merdiven çıkma), banyo yapma durumu gibi durumlar değerlendirildi.

Kolesistektomi Geçiren Hastaların Beslenme Şekilleri Formu (EK 5):

Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme durumu ile ilgili bilgileri değerlendireceği bu formda hastaların hangi tür besinleri tükettiği (sadece sıvı ya da sadece katı / sıvı –katı), yağlı gıda, sebze –meyve, şekerli gıda, süt-yumurta, beyaz /kırmızı et tüketimi varlığı / yokluğu gibi durumlar değerlendirildi.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişken: Video ve broşür ile eğitimin verilmesiydi.

Bağımsız Değişken: Hastanın yaşam bulguları, fizyolojik parametrelerinin (bulantı kusma, ağrı, enfeksiyon gibi), ek olarak hastaların hastaneden çıkış şeklinin, yürüme durumunun, banyo yapma durumunun değerlendirilmesidir.

3.6. Verilerinin Değerlendirilmesi

G power 3.1.9.6 programı kullanılarak yapılan güç analizine göre tekrarlı ölçümlerde p değeri 0.05, gücü 85 olarak hesaplanmış ve toplam örneklem sayısı 92 olarak bulundu. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan (ortanca) ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ifadelerin karşılaştırılmalarında Ki-kare testi kullanıldı. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerde Bağımsız Student t-testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri ve Sınırlılıkları

Araştırmaya konuşamayan, psikolojik yönden tanı almış olan, duyma sorunu yaşayan, bilinci açık olmayan, kendi kararlarını verecek irade sahip olamayan kişiler dahil edilmedi.

Araştırmanın sınırlılığı ise; yalnız bir hastanede gerçekleşmesi, sadece bir grup hastaya benzer video veya broşür destekli eğitimin verilmesidir.

3.8. ARAŞTIRMADA ETİK KURULLAR

Çalışmaya başlamadan önce Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve İzmir Tınaztepe Üniversitesi Klinik Araştırmalara Etik Kurulu'ndan 14/09/2022 tarihinde iztümükçe onay numarası 07 şeklinde izinler alınıp çalışmaya başlandı. Hastalar ile çalışmaya başlamadan önce çalışmayı hangi amaçla yapıldığı açıklandı ve gönüllü onam formu imzalatılıp çalışmaya başlandı.

3.9. Araştırmanın Planı

Araştırma izlen Akış Şeması (Consort) aşağıdaki gibiydi.

Şekil 1. Consort Akış Şeması. Diyagram, iki gruptan (deney ve kontrol grubu) hariç tutulan veya atanan katılımcılara yapılan girişimler anlatılmaktadır.

| Araştırma Örnekleme N=96 | |
|--|--|
| KONTROL GRUBU n=46 | DENEY GRUBU n=46 |
| Ameliyat Öncesi | |
| Hastanın tanı ve tedavisine ilişkin bilgiler değerlendirilmesi | Hastanın tanı ve tedavisine ilişkin bilgiler değerlendirilmesi |
| Sosyo demografik özelliklerin belirlenmesi | Sosyo demografik özelliklerin belirlenmesi |

| | |
|--|--|
| Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi (ateş, tansiyon, nabız, saturasyon) | Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi (ateş, tansiyon, nabız, saturasyon) |
| Hastanın ameliyat ve taburculuk sonrası fizyolojik parametrelerinin değerlendirilmesi (bulantı, kusma, ağrı, enfeksiyon, yürüme, hastaneden çıkış şekli, banyo yapma durumu) | Hastanın ameliyat ve taburculuk sonrası fizyolojik parametrelerinin değerlendirilmesi (bulantı, kusma, ağrı, enfeksiyon, yürüme, hastaneden çıkış şekli, banyo yapma durumu) |
| Broşür Destekli Eğitim Verilmesi | Video Destekli Eğitim Verilmesi |

| Ameliyat Sonrası Taburculuk Günü | |
|--|--|
| Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi | Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi |
| Hastanın fizyolojik parametrelerinin (bulantı kusma, ağrı, enfeksiyon gibi), ek olarak hastaların hastaneden çıkış şeklinin, yürüme durumunun, banyo yapma durumunun değerlendirilmesi | Hastanın fizyolojik parametrelerinin (bulantı kusma, ağrı, enfeksiyon gibi), ek olarak hastaların hastaneden çıkış şeklinin, yürüme durumunun, banyo yapma durumunun değerlendirilmesi |
| Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme şekillerinin ameliyat öncesi ve sonrası belirlenmesi | Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme şekillerinin ameliyat öncesi ve sonrası belirlenmesi |

| Ameliyat Sonrası Kontrol Günü | |
|--|--|
| Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi | Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi |
| Hastanın fizyolojik parametrelerinin (bulantı kusma, ağrı, enfeksiyon gibi), ek olarak hastaların hastaneden çıkış şeklinin, yürüme durumunun, banyo yapma durumunun değerlendirilmesi | Hastanın fizyolojik parametrelerinin (bulantı kusma, ağrı, enfeksiyon gibi), ek olarak hastaların hastaneden çıkış şeklinin, yürüme durumunun, banyo yapma durumunun değerlendirilmesi |
| Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme | Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme |

| | |
|--|--|
| şekillerinin ameliyat öncesi ve sonrası belirlenmesi | şekillerinin ameliyat öncesi ve sonrası belirlenmesi |
|--|--|



4. Bulgular

Çalışmaya laparoskopik safra kesesi ameliyatı 46'sı deney, 46'sı kontrol olmak üzere 92 hasta dahil edildi. Hastaların yaş dağılımları sırasıyla 16 (% 17,4)'sında 15-30, 69 (% 75)'unda 30-60, 7 (% 7,6)'sinde ise 60-90 yaş aralığında olduğu belirlendi. Kadın hasta sayısı 60 (%65,2), erkek hasta sayısı 32 (%34,8) idi.

Medeni durum açısından hastaların 88 (% 95,7)'sinin evli, % 4 (% 4,3)'ünün ise bekar oldukları tespit edildi. Çocuk sayısı hastalarda sırasıyla 63 (% 68,5)'ünde 0-5, 27 (% 29,3)'sinde 5-10, 2 (% 2,2)'sinde ise 10-15 arasında olduğu belirlendi.

Eğitim durumu açısından sırasıyla hastalardan 4 (% 4,3)'ünün okur yazar, 59 (% 64,1)'unun ilköğretim, 12 (% 13)'sinin lise, 2 (% 2,2)'sinin lisans, 15 (% 16,3)'inin ise okuma yazma bilmedikleri saptandı.

Beden kütle indeksinin (BKİ) dağılımı hastalarda sırasıyla 1 (% 1,1)'inde 15-18,5, 14 (% 15,2)'ünde 18,6-24,9, 37 (% 40,2)'sinde 25-29,9, 28 (% 30,4)'inde 30-34,9, 12 (% 13,0)'sinde ise 35-39,9 olduğu saptandı.

Meslek dağılımı hastaların 19 (% 20,7)'unda işçi, 60 (% 65,2)'inde ev hanımı, 3 (% 3,3)'ünde serbest meslek, 3 (% 3,3)'ünde memur, 7 (% 7,6)'sinde ise emekli şeklinde idi. Kronik hastalık bulgularına hastalardan 30 (% 32,6)'unda rastlanırken, ailesel hastalık bulgusu 45 (% 48,9) hastada tespit edildi.

Geçirmiş operasyon öyküsü hastalardan 44 (% 47,8)'ünde saptandı. Sigara/alkol kullanım alışkanlığı hastaların 19 (% 20,7)'unda tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Bulgular

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------------|----------|-----------|
| Yaş | | |
| 15-30 | 16 | 17,4 |
| 30-60 | 69 | 75 |
| 60-90 | 7 | 7,6 |
| Cinsiyeti | | |
| Kadın | 60 | 65,2 |
| Erkek | 32 | 34,8 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 88 | 95,7 |
| Bekar | 4 | 4,3 |

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Çocuk sayısı | | |
| 0-5 | 63 | 68,5 |
| 5-10 | 27 | 29,3 |
| 10-15 | 2 | 2,2 |
| Eğitim durumu | | |
| Okur yazar | 4 | 4,3 |
| İlköğretim | 59 | 64,1 |
| Lise | 12 | 13,0 |
| Lisans | 2 | 2,2 |
| Okuma yazma yok | 15 | 16,3 |
| Beden Kütle İndeksi (BKİ) | | |
| 15-18,5 | 1 | 1,1 |
| 18,6-24,9 | 14 | 15,2 |
| 25-29,9 | 37 | 40,2 |
| 30-34,9 | 28 | 30,4 |
| 35-39,9 | 12 | 13,0 |
| Mesleğiniz | | |
| İşçi | 19 | 20,7 |
| Ev hanımı | 60 | 65,2 |
| Serbest meslek | 3 | 3,3 |
| Memur | 3 | 3,3 |
| Emekli | 7 | 7,6 |
| Kronik hastalık | | |
| Var | 30 | 32,6 |
| Yok | 62 | 67,4 |

| | | |
|---------------------------------|----|------|
| Ailesel hastalık | | |
| Var | 45 | 48,9 |
| Yok | 47 | 51,1 |
| Geçirmiş operasyon | | |
| Var | 44 | 47,8 |
| Yok | 48 | 52,2 |
| Sigara/alkol alışkanlığı | | |
| Var | 19 | 20,7 |
| Yok | 73 | 79,3 |

Deney grubunda yer alan hastalarda cinsiyet, ailesel hastalık ile geçirmiş operasyon öyküsü oranlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (sırasıyla $p= 0,008$; $p=0,007$; $p=0,012$).

Deney ve kontrol grubu arasında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, beden kütle indeksi, çalışma durumu, kronik hastalık, sigara içme durumu arasında homojenite sağlandı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Demografik bulgular ile gruplar arasındaki farklılıklar

| | Deney | Kontrol | χ^2 | p |
|---------------------|---------------|----------------|----------|---------------|
| | (n=46) | (n=46) | | |
| | n(%) | n(%) | | |
| Yaş | | | | |
| 15-30 | 9 (19,6) | 7 (15,2) | 1,550 | 0,461 |
| 30-60 | 35 (76,1) | 34 (73,9) | | |
| 60-90 | 2 (4,3) | 5 (10,9) | | |
| Medeni durum | | | | |
| Bekar | 45 (97,8) | 43 (93,5) | 1,045 | 0,307 |
| Evli | 1 (2,2) | 3 (6,5) | | |
| Cinsiyeti | | | | |
| Kadın | 36(%60) | 24(%40) | 6,9 | 0.08** |
| Erkek | 10(31,3) | 22(%68,8) | | |

| | | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|-------|-------|
| Çocuk sayısı | | | | |
| 0-5 | 33 (71,7) | 30 (65,2) | 0,453 | 0,501 |
| 5 ve üzeri ^a | 13 (28,3) | 16 (34,8) | | |
| | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|-------|----------------|
| Eğitim durumu | | | | |
| Okur yazar ve altı ^b | 12 (26,1) | 7 (15,2) | 2,432 | 0,3 |
| İlköğretim | 26 (56,5) | 33 (71,7) | | |
| Lise ve üstü ^c | 8 (17,4) | 6 (13) | | |
| Beden Kütleye İndeksi (BKİ) | | | | |
| 24,9 ve altı ^d | 5 (10,9) | 10 (21,7) | 3,896 | 0,273 |
| 25-29,9 | 22 (47,8) | 15 (32,6) | | |
| 30-34,9 | 12 (26,1) | 16 (34,8) | | |
| 35-39,9 | 7 (15,2) | 5 (10,9) | | |
| Çalışma durumu | | | | |
| Çalışmıyor ^e | 37 (80,4) | 30 (65,2) | 2,691 | 0,101 |
| Çalışıyor ^f | 9 (19,6) | 16 (34,8) | | |
| Kronik hastalık | | | | |
| Var | 17 (37) | 13 (28,3) | 0,791 | 0,374 |
| Yok | 29 (63) | 33 (71,7) | | |
| Ailesel hastalık | | | | |
| Var | 29 (63) | 16 (34,8) | 7,351 | 0,007** |
| Yok | 17 (37) | 30 (65,2) | | |
| Geçirmiş operasyon | | | | |
| Var | 28 (60,9) | 16 (34,8) | 6,273 | 0,012* |
| Yok | 18 (39,1) | 30 (65,2) | | |
| Sigara/alkol alışkanlığı | | | | |
| Var | 8 (17,4) | 11 (23,9) | 0,597 | 0,440 |
| Yok | 38 (82,6) | 35 (76,1) | | |

a: çocuk sayısı 10-15 olan 2 hasta dahil edildi. b: Cinsiyet c: Okuma yazma bilmeyen 15 hasta dahil edildi.

Lisans mezunu 2 hasta dahil edildi. d: 15-18,5 BKİ değerine sahip 1 hasta dahil edildi.

e: Emekli olan 7 hasta dahil edildi. f: Memur olan 3, serbest meslek sahibi olan 3 hasta dahil edildi.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, χ^2 : Ki-kare

Tablo 3’de hastaların ameliyat öncesi, taburculuk ve kontrol sırasındaki vital bulguları özetlendi.

Tablo 3. Ameliyat öncesi, taburculuk ve kontrol vital bulguları

| | Ameliyat öncesi | Taburculuk Günü | Kontrol Günü |
|------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| | Ort±Ss | Ort±Ss | Ort±Ss |
| Ateş | 36,4±0,2 | 36,4±0,3 | 36,4±0,2 |
| Nabız | 79,6±7,5 | 79,8±9,6 | 80,8±5,5 |
| Sistolik | 123,8±6,4 | 124,5±7,5 | 123,3±7,3 |
| Diastolik | 67,9±7,0 | 69,1±8,6 | 72,1±7,9 |
| Kan şekeri | 97,4±7,9 | 97,9±10,9 | 98,5±16,2 |
| SPO ₂ | 97,7±1,8 | 97,3±1,7 | 97,5±1,8 |

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Hastaların ameliyat öncesi, taburculuk günü ve kontrol günü yaşam bulguları benzerdi ve normalden sapan bulgular yoktu (Tablo 3).

Tablo 4’de deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi, taburculuk, kontrol ile Delta(Δ) vital bulguları arasındaki farklılıklar incelendi. Deney grubunda yer alan hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalara göre ameliyat öncesi ateş, kan şekeri ve SPO₂ değerlerinin düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,007$; $p=0,033$). Ameliyat öncesi diğer vital bulguları ile gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalara göre taburculuk ateş bulgularının düşük olması anlamlı bulundu ($p=0,034$). Taburculuk sonrası diğer vital bulguları ile gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilemedi ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların kontrol ve Delta(Δ) vital bulguları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Vital Bulguları ile Gruplar Arasındaki Farklılıklar

| | Deney | Kontrol | t | p |
|------------------------|---------------|----------------|----------|--------------------|
| | (n=46) | (n=46) | | |
| | Ort±Ss | Ort±Ss | | |
| Ameliyat Öncesi | | | | |
| Ateş | 36,3±0,2 | 36,5±0,3 | -3,723 | <0,001** |
| Nabız | 80,0±7,9 | 79,1±7,1 | 0,570 | 0,570 |
| Sistolik | 124,8±6,6 | 122,8±6,2 | 1,467 | 0,146 |
| Diyastolik | 66,9±6,6 | 68,9±7,4 | -1,339 | 0,184 |
| Kan şekeri | 95,2±6,6 | 99,6±8,5 | -2,784 | 0,007** |
| SPO ₂ | 97,3±1,9 | 98,0±1,5 | -2,164 | 0,033* |
| Taburculuk Günü | | | | |
| Ateş | 36,3±0,4 | 36,5±0,3 | -2,153 | 0,034* |
| Nabız | 79,0±12,2 | 80,6±6,0 | -0,772 | 0,442 |
| Sistolik | 125,2±8,1 | 123,7±6,8 | 0,977 | 0,331 |
| Diyastolik | 68,5±8,7 | 69,8±8,6 | -0,725 | 0,470 |
| Kan şekeri | 96,5±9,5 | 99,2±12,1 | -1,189 | 0,237 |
| SPO ₂ | 97,4±1,8 | 97,3±1,7 | 0,178 | 0,859 |
| Kontrol Günü | | | | |
| Ateş | 36,4±0,2 | 36,5±0,3 | -0,894 | 0,374 |
| Nabız | 79,9±5,0 | 81,5±5,9 | -1,370 | 0,174 |
| Sistolik | 123,7±7,1 | 122,8±7,5 | 0,571 | 0,570 |
| Diyastolik | 71,5±8,7 | 72,6±7,1 | -0,656 | 0,513 |
| Kan şekeri | 97,4±16,3 | 99,6±16,1 | -0,642 | 0,523 |
| SPO ₂ | 97,6±1,8 | 97,3±1,8 | 0,640 | 0,524 |
| Delta(Δ) | | | | |
| Ateş | 0,015±0,5 | 0,046±0,3 | -0,380 | 0,705 |
| Nabız | 0,96±12,7 | -1,47±8,2 | 1,091 | 0,278 |
| Sistolik | -0,44±11,5 | -0,87±8,6 | 0,205 | 0,838 |
| Diyastolik | -1,52±11,5 | -0,87±11,5 | -0,271 | 0,787 |
| Kan şekeri | -1,37±10,4 | 0,35±13,8 | -0,673 | 0,502 |
| SPO ₂ | -0,10±2,4 | 0,74±2,1 | -1,796 | 0,076 |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, t: Bağımsız Student t-test, Delta(Δ): Ameliyat öncesi ile Taburculuk günü bulguları arasındaki fark

Tablo 5’de hastaların ameliyat öncesi, taburculuk ve kontrol dönemlerindeki hasta değerlendirme bulguları incelendi.

Hastaların 62 (% 67,4)'sinde ameliyat öncesi dönemde bulantı bulguları tespit edilirken; taburculuk sırasında 12 (% 13), kontrol sırasında ise 6 (% 6,5) hastanın bulantı şikayetlerinin devam ettiği saptandı.

Kusma bulguları ameliyat öncesinde hastaların 33 (% 35,9)'ünde gözlenirken; taburculuk sırasında 4 (% 4,3) hastada şikayetlerin devam ettiği, kontrol sırasında ise hastaların hiçbirinde kusma şikayetine rastlanılmadı.

Ağrı bulgusu hastaların 75 (% 81,5)'inde ameliyat öncesinde rastlanırken, taburculuk sırasında 73 (% 79,3), kontrol sırasında ise 3 (% 3,3) hastada ağrı bulgusu saptandı.

Defekasyon çıkışı hastalarda ameliyat öncesinde 80 (% 87) hastada, taburculuk sırasında 37 (% 40,2), kontrol sırasında ise 74 (% 80,4) hastada tespit edildi.

Kızarıklık ameliyat öncesinde hastaların hiçbirinde gözlenmezken; taburculuk sırasında 12 (% 13), kontrol sırasında ise 38 (% 41,3) hastada rastlanıldı. Akıntı ve ödem bulgularına hastaların hiçbirinde ameliyat öncesi, taburculuk ve kontrol zamanında rastlanılmadı.

Yürüyüş bulguları ameliyat öncesinde hastalardaki dağılımı sırasıyla 54 (% 58,7)'ünde 0-20 dk arası, 27 (% 29,3)'sinde 20-40 dk arası, 11 (% 12)'inde ise 40-60 dk arasında olduğu saptandı. Taburculuk sırasındaki dağılım hastaların 77 (% 83,7)'sinde 0-20 dk arası, 15 (% 16,3)'inde 20-40 dk arasında olduğu tespit edildi. Kontrol sırasındaki dağılım ise hastaların 60 (% 65,2)'inde 0-20 dk, 32 (% 34,8)'sinde 20-40 dk arasında olduğu belirlendi.

Banyo yapma ameliyat öncesi dönemde hastaların 90 (%97,8)'inde var iken, 2 (%2,2) hastada ailenin desteği ile yapılabildiği tespit edildi. Taburculuk sırasında hastaların 90 (%97,8)'i banyolarını yapamadıkları, 1 (%1,1)'inin yapabildiği, 1 (%1,1) hastanın ise aile desteği ile yapabildiği belirlendi. Kontrol sırasında ise hastalardan 16 (%17,4)'sının banyolarını yapamadığı, 11 (%12)'inin yapabildiği, 65 (%70,6) hastanın ise aile desteği ile banyolarını yapabildikleri tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta Değerlendirme Bulguları

| | Ameliyat öncesi | Taburculuk Günü | Kontrol Günü |
|----------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| Bulantı | | | |
| Var | 62 (67,4) | 12 (13) | 6 (6,5) |
| Yok | 30 (32,6) | 80 (87) | 86 (93,5) |
| Kusma | | | |
| Var | 33 (35,9) | 4 (4,3) | - |
| Yok | 59 (64,1) | 88 (95,7) | 92 (100) |
| Ağrı | | | |
| Var | 75 (81,5) | 73 (79,3) | 3 (3,3) |
| Yok | 17 (18,5) | 19 (20,7) | 89 (96,7) |
| Defekasyon çıkışı | | | |
| Var | 80 (87) | 37 (40,2) | 74 (80,4) |
| Yok | 12 (13) | 55 (59,8) | 18 (19,6) |
| Kızarıklık | | | |
| Var | - | 12 (13) | 38 (41,3) |
| Yok | 92 (100) | 80 (87) | 54 (58,7) |
| Akıntı | | | |
| Var | - | - | - |
| Yok | 92 (100) | 92 (100) | 92 (100) |
| Ödem | | | |
| Var | - | - | - |
| Yok | 92 (100) | 92 (100) | 92 (100) |
| Yürüyüş | | | |
| 0-20 dk | 54 (58,7) | 77 (83,7) | 60 (65,2) |
| 20-40 dk | 27 (29,3) | 15 (16,3) | 32 (34,8) |
| 40-60 dk | 11 (12) | - | - |
| Banyo yapma durumu | | | |
| Yok | - | 90 (97,8) | 16 (17,4) |
| Var | 90 (97,8) | 1 (1,1) | 11 (12) |
| Aile desteği ile yapabilir | 2 (2,2) | 1 (1,1) | 65 (70,6) |

Hastaların ameliyat öncesi değerlendirme formları incelendiğinde bulantı, kusma, yürüyüş ve banyo yapma durumları ile deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı ($p>0,05$). Ameliyat öncesi ağrı ve defekasyon

çıkışı oranlarının deney grubunda, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (sırasıyla $p=0,016$; $p=0,002$).

Taburculuk sırasında elde edilen değerlendirme formu bulgularına göre bulantı, defekasyon çıkışı, kızarıklık, yürüyüş ve banyo yapma durumu değişkenleri ile deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan hastalarda taburculuk sırasında kusma oranlarının düşük ($p=0,041$), ağrı oranlarının ise kontrol grubunda yer alan hastalara göre yüksek olması anlamlı bulundu ($p=0,001$). Taburculuk sırasındaki diğer hasta değerlendirme formları ile gruplar arasında anlamlı bir farklılığa ulaşamadı ($p>0,05$).

Kontrol gününde elde edilen değerlendirme formu bulgularına göre bulantı, ağrı ve yürüyüş oranları ile deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı ($p>0,05$). Deney grubunda, kontrol grubunda yer alan hastalara göre kontrol sırası defekasyon çıkışı oranlarının yüksek olması anlamlı bulundu ($p<0,001$). Kontrol günü deney grubunda yer alan hastalarda aile desteği ile banyo yapma durumunun oranı, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta değerlendirme ile gruplar arasındaki farklılıklar

| | Deney (n=46) | Kontrol (n=46) | χ^2 | p |
|----------------------------|-----------------|-------------------|----------|----------------|
| | n(%) | n(%) | | |
| Ameliyat öncesi | | | | |
| Bulantı | 32 (69,6) | 30 (65,2) | 0,198 | 0,656 |
| Kusma | 16 (34,8) | 17 (37) | 0,047 | 0,828 |
| Ağrı | 42 (91,3) | 33 (71,7) | 5,845 | 0,016* |
| Defekasyon çıkışı | 45 (97,8) | 35 (76,1) | 9,583 | 0,002** |
| Kızarıklık | - | - | - | - |
| Akıntı | - | - | - | - |
| Ödem | - | - | - | - |
| Yürüyüş | | | | |
| 0-20 dk | 28 (60,9) | 26 (56,5) | 0,498 | 0,779 |
| 20-40 dk | 12 (26,1) | 15 (32,6) | | |
| 40-60 dk | 6 (13) | 5 (10,9) | | |
| Banyo yapma durumu | | | | |
| Yok | - | - | 2,044 | 0,153 |
| Var | 44 (95,7) | 46 (100) | | |
| Aile desteği ile yapabilir | 2 (4,3) | - | | |

| Taburculuk Günü | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------|--------------------|
| Bulantı | 4 (8,7) | 8 (17,4) | 1,533 | 0,216 |
| Kusma | - | 4 (8,7) | 4,182 | 0,041* |
| Ağrı | 43 (93,5) | 30 (65,2) | 11,210 | 0,001** |
| Defekasyon çıkışı | 22 (47,8) | 15 (32,6) | 2,215 | 0,137 |
| Kızarıklık | 4 (8,7) | 8 (17,4) | 1,533 | 0,216 |
| Akıntı | - | - | - | - |
| Ödem | - | - | - | - |
| Yürüyüş | | | | |
| 0-20 dk | 40 (87) | 37 (80,4) | 0,717 | 0,397 |
| 20-40 dk | 6 (13) | 9 (19,6) | | |
| 40-60 dk | - | - | | |
| Banyo yapma durumu | | | | |
| Yok | - | 1 (2,2) | 2,000 | 0,368 |
| Var | 45 (97,8) | 45 (97,8) | | |
| Aile desteği ile yapabilir | 1 (2,2) | - | | |
| Kontrol Günü | | | | |
| Bulantı | 2 (4,3) | 4 (8,7) | 0,713 | 0,398 |
| Kusma | - | - | - | - |
| Ağrı | 1 (2,2) | 2 (4,3) | 0,345 | 0,557 |
| Defekasyon çıkışı | 45 (97,8) | 29 (63) | 17,682 | <0,001** |
| Kızarıklık | - | - | - | - |
| Akıntı | - | - | - | - |
| Ödem | - | - | - | - |
| Yürüyüş | | | | |
| 0-20 dk | 34 (73,9) | 26 (56,5) | 3,067 | 0,080 |
| 20-40 dk | 12 (26,1) | 20 (43,5) | | |
| 40-60 dk | - | - | | |
| Banyo yapma durumu | | | | |
| Yok | 2 (4,3) | 9 (19,6) | 15,151 | 0,001** |
| Var | 3 (6,5) | 13 (28,3) | | |
| Aile desteği ile yapan kişi | 41 (89,1) | 24 (52,2) | | |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, χ^2 : Ki-kare

Hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk beslenme şekilleri Tablo 7’de özetlendi.

Yağlı gıda tüketimine hastaların 91 (% 98,9)’inde ameliyat öncesinde, taburculuk sırasında ise sadece 1 (% 1,1) hastada tespit edildi.

Sebze-meyve tüketimine hastaların 90 (% 97,8)’ında ameliyat öncesinde, 2 (% 2,2)’sinde ise taburculuk sırasında saptandı.

Şekerli gıda tüketimine hastaların 91 (% 98,9)’inde ameliyat öncesinde, taburculuk sırasında ise sadece 1 (% 1,1) hastada tespit edildi.

Yağlı süt tüketimine hastaların 90 (% 97,8)'ında ameliyat öncesinde, 1 (% 1,1) hastada ise taburculuk sırasında saptandı.

Beyaz et tüketimine hastaların 90 (% 97,8)'ında ameliyat öncesinde, 3 (% 3,3)'ünde ise taburculuk sırasında tespit edildi.

Yağlı kırmızı et tüketimine ameliyat öncesinde 91 (% 98,9) hastada, taburculuk sırasında ise sadece 3 (% 3,3) hastada rastlanıldı (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların beslenme şekillerine ilişkin bulgular

| | Ameliyat öncesi | Kontrol Günü |
|---|-----------------|--------------|
| Yağlı gıda tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 91 (98,9) | 1 (1,1) |
| Yok | 1 (1,1) | 91 (98,9) |
| Sebze-Meyve tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 90 (97,8) | 2 (2,2) |
| Yok | 2 (2,2) | 90 (97,8) |
| Şekerli Gıda tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 91 (98,9) | 3 (3,3) |
| Yok | 1 (1,1) | 89 (96,7) |
| Yağlı Süt tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 90 (97,8) | 1 (1,1) |
| Yok | 2 (2,2) | 91 (98,9) |
| Beyaz et tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 90 (97,8) | 3 (3,3) |
| Yok | 2 (2,2) | 89 (96,7) |
| Yağlı Kırmızı et tüketimi (n(%)) | | |
| Var | 91 (98,9) | 3 (3,3) |
| Yok | 1 (1,1) | 89 (96,7) |

Deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ameliyat öncesi ve kontrol günü sırasındaki beslenme şekilleri arasındaki dağılımların istatistiksel açıdan benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların beslenme şekilleri ile gruplar arasındaki farklılıklar

| | Deney | Kontrol | χ^2 | p |
|---------------------------|---------------|----------------|----------|----------|
| | (n=46) | (n=46) | | |
| | n(%) | n(%) | | |
| Ameliyat öncesi | | | | |
| Yağlı gıda tüketimi | 46 (100) | 45 (97,8) | 1,011 | 0,315 |
| Sebze-Meyve tüketimi | 46 (100) | 44 (95,7) | 2,044 | 0,153 |
| Şekerli Gıda tüketimi | 46 (100) | 45 (97,8) | 1,011 | 0,315 |
| Yağlı Süt tüketimi | 46 (100) | 44 (95,7) | 2,044 | 0,153 |
| Beyaz et tüketimi | 46 (100) | 44 (95,7) | 2,044 | 0,153 |
| Yağlı kırmızı et tüketimi | 46 (100) | 45 (97,8) | 1,011 | 0,315 |
| Kontrol Günü | | | | |
| Yağlı gıda tüketimi | - | 1 (2,2) | 1,011 | 0,315 |
| Sebze-Meyve tüketimi | 46 (100) | 46(100) | 0,000 | 1,000 |
| Şekerli Gıda tüketimi | 1 (2,2) | 1 (4,3) | 0,345 | 0,557 |
| Yağlı Süt tüketimi | - | 1 (2,2) | 1,011 | 0,315 |
| Beyaz et tüketimi | 46 (100) | 46 (100) | 0,000 | 1,000 |
| Yağlı kırmızı et tüketimi | 1 (2,2) | 2 (4,3) | 0,345 | 0,557 |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, χ^2 : Ki-kare

5. Tartışma

Araştırmada laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan 46'sı deney hastasına ameliyat sürecini ve taburculuğu kapsayan video destekli eğitim verildi. Kontrol grubundaki 46 hastaya aynı eğitim broşür destekli eğitim olarak verildi. Böylelikle 92 hastaya ameliyat süreci ve taburculuğa yönelik yapılması gerekenler bir hemşirelik hizmeti olarak, bir eğitim materyali kullanılarak verilmiş oldu.

Deney ve kontrol grubu hastalarının kadın hasta sayısı 60 (%65,2) idi. Hastaların % 95,7'si evli,% 64,1' ilköğretim mezunu, hastaların % 65,2'sinin işi yoktu ve ev hanımıydı. Beden kütle indekslerine göre hastaların %40,2'si normal, %30,4'ü obez olarak saptandı. Kronik hastalığı olan hasta % 32,6 idi. Hastaların % 47,8'ü geçmişte ameliyat deneyimi geçirmişti. Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, beden kütle indeksi, çalışma durumu, kronik hastalık, sigara içme durumu deney ve kontrol grubu arasında homojenite sağlandı ($p>0.05$).

Hastaların ameliyat öncesi, taburculuk günü ve kontrol günü vital/yaşam bulguları benzerdi ve normalden sapan bulgular yoktu. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalara verilecek olan video destekli eğitimin hastaların taburculuk sonrası fizyolojik bulgularına (ateş, nabız, sistolik/diyastolik, kan şekeri ve saturasyon oksijen düzeylerine) etkisi, broşür eğitimi verilen hastalardan farklı ve normal dışı bulgu olarak; ameliyat öncesi ve taburculuk gününde saptanmadı ($p>0.05$). Dinç ve Tuna'nın (2019) benzer grupta yaptıkları araştırmada da broşür eğitimi alan ve sadece broşür verilen deney ve kontrol grubu vital bulgular arasında arasında fark bulunmamıştır. Hastalara planlı verilen video destekli eğitim ve benzer içerikli broşür eğitiminde hastaların anksiyete düzeyleri alınan bilgi ile azalabilir. Hastalara verilen eğitimin içeriği artıkça hastaların anksiyete düzeyleri de artabilir. Bu nedenle; her hastanın ihtiyacı olan doğru bilgiyi ameliyat öncesi dönemde doğru dozda vermeye başlamak (hastanın anksiyetesini artırabilecek fazla bilgiyi vermemek), hastaların anksiyetesine olumlu etki sağlayacaktır (Demir ve arkadaşları, 2010, Çetkin ve Tuna, 2019; Dinç ve Tuna, 2019).

Hastalara verilen ameliyat öncesi eğitimler hastaların anksiyete düzeylerinin ameliyat sürecinde düşük olmasına sebep olabilir, böylelikle hastaların vital/yaşam bulguları da normal sınırlarda kalabilir.

Öskan ve Tuna'nın (2022) de yaptığı araştırmada da sanal gerçeklik gözlüğü ile verilen video eğitiminin laparoskopik safra kesesi olan hastaların anksiyetelerini

azalttığı, ameliyattan 1 saat sonrası hastaların ağrı puanlarını broşür eğitimine göre daha çok azalttığı belirlenmiştir. Yine aynı saatte yapılan vital/yaşamsal bulguların ölçümlerini de de olumlu etkilediği düşünülmektedir ve bu değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Ameliyattan 8 ve 24 saat sonra sanal gerçeklik gözlüğü ile video eğitimi yapılan veya broşür destekli eğitim verilen hastaların ağrı, anksiyete ve yaşam bulguları benzer bulunmuştur. Bu araştırmada elde edilen yaşam bulgularının broşür ve video destekli eğitim alan hastalarda normal sınırlarda olması ile Öskan ve Tuna'nın (2022) araştırması benzerlik göstermektedir.

Ek olarak hastaların Amerikan Anestezi Derneği anestezi alacak hasta sınıflandırmasına göre ASA I-II-III seviyesinde hastaların deney ve kontrol grubuna alınmış olması ve kapalı laparoskopik safra kesesi ameliyatlarında ASA sınıflandırmasına göre hastalara verilen anestezi hastaların fizyolojik vitallerine etki edebilir. Ayrıca hastaların ameliyat öncesi batın içi enflamasyonu olup olmadığı, hastaların batınına verilen karbondioksit oranı bu araştırmada belirlenmediği için araştırmanın sınırlılıkları içinde yer alması ve hastaların yaşam bulgularına bu durumların da etki edebileceği unutulmamalıdır (Van ve arkadaşları, 2015).

Araştırmada hastaların % 67,4'ünde ameliyat öncesi dönemde bulantı bulguları tespit edilirken; taburculuk günü % 13, kontrol günü ise % 6,5 hastanın bulantı şikayetlerinin devam ettiği saptandı. Kusma bulguları ameliyat öncesinde hastaların % 35,9'ünde gözlenirken; taburculuk sırasında kontrol grubundaki hastalarda % 4,3 bu şikayetinin devam ettiği belirlendi. Kontrol sırasında ise hastaların hiçbirinde kusma şikayetine rastlanılmadı.

Bu araştırmada hastaların ameliyat sonrası yürümesi, beslenmesi, sıvı alması gibi bulantı kusmayı etkileyecek girişimler hemşire araştırmacı tarafından video veya broşür ile hastalara iletilmiştir. Hastaların rutininde yer alan bulantı/kusma ilaçları doktor istemi ile tüm hastalara verilmiştir. Ancak; hastaların bulantı kusma bulgularına verilen anestetik ilaç mı, batın içi enflamasyon veya karbondioksite bağlı karın içi basıncı mı etkiledi sorusu söz konusudur (Van ve arkadaşları, 2015). Bu nedenle broşür veya video destekli hasta eğitiminde bahsi geçen bilgiler de araştırma bulgularını fazla etkilememiş olabilir. Özellikle hastalarda bulantı kusmayı azaltacak teknikler ekip ile koordine olarak belirli standartlar ile yapılması daha etkili olabilir.

Ağrı bulgusu hastaların %81,5'inde ameliyat öncesinde rastlanırken, taburculuk günü %79,3, kontrol günü ise %3,3 olarak tespit edilmiştir. Video destekli

eğitim alan deney grubundaki hastaların ağrı hissi kontrol grubundaki hastalardan taburcu oldukları g¼n daha fazla saptanmıştır ($p < 0,001$) Her iki grubun ağrı hissi hastaneye kontrole geldikleri g¼n benzer bulunmuştur. Bu sonuçlara g¼re ağrının varlığı hastalara verilen broř¼r destekli ya da video destekli eğitim ile etkilenmeyebilir. Ek olarak; hastaların ameliyat b¼lgesi kızarıklık bulgusu taburculuk sırasında %13, kontrol g¼n¼ ise %41,3't¼r. Akıntı ve ¼dem bulgularına hastaların hiçbirinde taburculuk ve kontrol zamanında rastlanılmamıştır. Bu bulgular hastalarda enflamasyon olduğunu, enfeksiyon durumunun olmadığını g¼sterebilir. Ek olarak; hastaların ağrı ve yara yerindeki enflamasyonu arasında ilişki vardır (Zhang ve An, 2007). Bu nedenle hastaların ağrı d¼zeyi hastalara verilen eğitimden çok enflamasyon varlığına bağlı artabilir ya da azalabilir.

Araştırmada; hastaların defekasyon çıkışı hastalarda ameliyat ¼ncesinde % 87 hastada, taburculuk sırasında % 40,2, kontrol g¼n¼ ise % 80,4 hastada tespit edildi. Hastaların ameliyat ¼ncesi d¼nemdeki bağırsak alışkanlığına kontrol g¼n¼nde de yaklaşılmasının nedeni hastalara broř¼r veya video destekli eğitimin etkisi olabilir. Ek olarak; hastaların taburculuk g¼n¼ hala defekasyon çıkışının ameliyat ¼ncesi d¼neme benzer olmayışının nedeni de hastalara verilen genel anestezi, batına verilen karbondioksit gazının etkisi olabilir (Van ve arkadaşları, 2015).

Laparoskopik ameliyatlardan sonra gastrointestinal sisteme y¼nelik bulantı kusma distansiyon, tahta karın, paralitik ileus gibi bulgular ortaya çıkabilir. Hastaların GİS ameliyatlarından sonra bağırsak hareketlerinin en erken d¼nemde başlaması için erken mobilizasyonun desteklenmesi buna y¼nelik hasta eğitimlerinin verilmesi etkili olabilir (Akkurt ve G¼rkan, 2019).

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların y¼r¼y¼ř durumu ameliyat ¼ncesinde % 58,7, 0-20 dk arası, % 29,3 20-40 dk arasında g¼nl¼k olarak yapılırken; taburculuk g¼n¼ taburculuk % 83,7'sinde 0-20 dk arası, % 16,3'¼nde 20-40 dk arasında olduğu tespit edilmiştir. Kontrol g¼n¼ hastaların % 65,2'sinde 0-20 dk, % 34,8'sinde 20-40 dk y¼r¼y¼ř yapabildikleri tespit edilmiştir. Her iki grupta da hastalar ameliyattan 6 saat sonra yataktan kaldırılmış ve erken mobilizasyonu sağlanmıştır. Hastaların y¼r¼y¼ř dakikalarının artması ve y¼r¼yen hastaların sayısının ameliyattan ¼nceki d¼neme g¼re artmasının nedeni; video veya broř¼r destekli eğitimler olabilir (Akkurt ve G¼rkan, 2019).

Gastrointestinal sistem ameliyatı olan hastaların GİS fonksiyonlarının geriye gelmesinde verilen anestezinin tipi, miktarı ve verilme şekli, hastaya verilen opioid ağrı kesicileri tercih etmek yerine steroid olmayan antiinflamatuvar ağrı kesicilerin verilmesi, ameliyattan sonra erken mobilizasyon, hastaların erken dönemde oral sıvı alımı ile beslenmeye başlaması, hastalara sakız çiğnetme, distansiyonu olan hastalara batin masajı yapma hastaların GİS hareketlerini artırabilir. Hastalara verilen video destekli eğitim veya broşür destekli eğitimde de benzer girişimler hastalara iletilmiştir. Hastalara ameliyat sonrası antiinflamatuvar özellikle ilaçlar doktor istemiyle verilmiş, opioid etkili ağrı kesiciler verilmemiştir. Bu nedenle deney ve kontrol grubundaki hastaların GİS'e yönelik distansiyon ve defekasyon çıkışı bulguları benzer olabilir (Fearon ve arkadaşları 2005; Junger ve arkadaşları 2007; Leier ve arkadaşları 2007; Crainic ve arkadaşları 2009).

Ancak, hastaların ameliyat öncesinde defekasyon çıkışı kontrol gününe geldikleri gün değişmiştir. Kontrol günü defekasyon çıkışı; deney grubundaki hasta sayısında kontrol grubundaki hasta sayısına göre daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,001$). Aynı bilgiler hem broşür eğitimiyle hem de video eğitim ile hastalara verilmiş olmasına rağmen, deney grubundaki hastalarda, video destekli hasta eğitimi defekasyon çıkışında daha etkili bulunmuştur.

Araştırmada aile desteği ile banyo yapan deney grubu hastalarının sayısı da kontrol grubundan fazladır. Video destekli eğitim hastaların banyo yapmasını da kolaylaştırmış ve onlara cesaretlendirmiştir ($p<0,001$).

Broşür veya video destekli eğitim ile bilgi alan hastaların ameliyat öncesi yedikleri besinler ile kontrol gününe (ameliyattan bir hafta sonra) geldikleri gün tükettikleri besinler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Her iki grupta yağlı beslenmemeye, beyaz et tüketmeye, sebze meyve ağırlıklı beslenmeye başlamıştır. Her iki grupta da hastalara verilen beslenme bilgilerini her iki grup da uygulamaya başlamıştır. Mayo Klinik safra kesesi beslenme rehberine göre; hastaların yağsız beslenmesi, lifli gıdalar alması, az az sık sık beslenmesi önerilmektedir (Mayo Klinik Safra Kesesi Ameliyatı Beslenme Önerileri 2024). Safra kesesi ameliyatı olmuş hastalar sağlıklı bir öğünde sebze, meyve ve tam tahılların yanı sıra kümes hayvanları, balık veya yağsız süt ürünleri gibi az miktarda yağsız protein bulundurulmalıdır. Hastalar diyare olduklarında kafein, süt ürünleri, çok tatlı yiyeceklerde tüketmemelidir.

Bu bilgiler ile planlanan eğitime uyum sağlayan ve kontrol gününde beslenme şeklini ifade eden deney ve kontrol grubu arasında benzerlik bulunmaktadır.

Hemşirelerin ameliyat öncesi hastalara verdikleri eğitimde ameliyat süreci ve ameliyat sonrası bakım ve tedaviye yönelik temel kavramlar yer alır. Eğitimin içeriğinde ameliyat öncesi, sonrası günlük yaşamdaki rutinler, beslenme, banyo, egzersiz, yürüyüş, kullanılacak ilaçlar, kontrol günleri gibi bilgiler yer alır. Hastalara yardım edecek onların öz bakım gücünü artıracak bilgiler yer almalıdır (Malley ve arkadaşları, 2015).

Çeşitli eğitim teknikleri verilen sağlık eğitimlerinde kullanılabilir (Whyte& Grant, 2005). Bu eğitim tekniklerinden biri broşür ile eğitim, biri de video eğitimidir. Her sağlık eğitiminde dil açık olmalı hasta ve yakınları anlatılanları anlayabilmelidir. Eğitimde kullanılan görsel ya da işitsel materyaller doğru ve en etkili mesajlarla anlatılmalıdır. Her eğitim sadece hastaya değil hasta yakınlarına da hitap etmelidir. Dili ve anlaşılabilirliği hasta ve yakınlarının sosyodemografik yapısına göre planlanmalıdır. Günümüzde internet, cep telefonu, bilgisayar gibi teknolojilerde hasta ve yakınları sağlık eğitimine ulaşabilmektedir. Hastalar taburculuk döneminde video destekli eğitimi evde izleyebilir. (Aldridge, 2004). Broşürleri de evde okuyabilir.

Bu araştırmada video destekli eğitimlerin, hastaların beslenme, defekasyon çıkışı, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerini broşür eğitimine göre olumlu etkileyebileceği ortaya çıktı. Ancak hastaların ağrı kontrolünde etkisi eğitim teknikleri arasında farklılık göstermedi. Hem broşür hem de video destekli eğitim alan hastaların yaşam bulguları da normal sınırlarda tespit edildi.

6. Sonuç

Araştırmada laparoskopik safra kesesi ameliyatı olacak hastalar randomize kontrollü olarak belirlendi; deney ve kontrol grubunda homojenite sağlandıktan sonra deney grubuna video destekli hasta eğitimi, kontrol grubuna broşür destekli hasta eğitimi hemşire tarafından verildi. Her iki eğitim yaklaşık 20-30 dakika sürmüş ve hastaların soruları yanıtlandı. Her iki eğitimde de hastaların ameliyattan sonra kullanacakları ilaçlar, bulantı, kusma ve ağrı kontrolü için yapılması gerekenler, hastaların ameliyat sonrası beslenme şekli, erken mobilizasyonun önemi, sıvı alımının önemi, yara yeri bakımı, banyo yapma günü, doktor kontrolü gibi konular verildi.

Video destekli eğitim alan deney grubu hastaları ile, broşür destekli eğitim alan kontrol grubu hastaları arasında;

Hem broşür hem de video destekli eğitim alan hastaların yaşam bulguları benzerdi ve normal sınırlardaydı.

Ameliyat öncesi deney ve kontrol grubunda hastaların incelendiğinde bulantı, kusma, yürüyüş ve banyo yapma durumları ile deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı. Sadece deney grubundaki hastalarda defekasyona çıkma durumu kontrol grubundaki hastalara göre daha fazlaydı.

Taburculuk günü elde edilen bulgulara göre deney ve kontrol grubu arasında bulantı, defekasyon çıkışı, kızarıklık, yürüyüş ve banyo yapma durumu değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi.

Taburculuk günü kusma bulgusu arasında anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubunda kusan hasta deney grubuna göre fazlaydı.

Deney ve kontrol grubu hastalarının kontrole geldikleri günde bulantı, ağrı ve yürüyüş oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı. Sadece deney grubunun kontrol grubuna göre defekasyon çıkışı yaşayan hastası daha fazlaydı.

Deney grubunda, kontrol grubunda yer alan hastalara göre kontrol sırası defekasyon çıkışı oranlarının yüksek olması anlamlı bulundu ($p<0,001$). Kontrol günü deney grubunda yer alan hastalarda aile desteği ile onun oranı, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,001$)

Banyo yapma durumu da kontrol gününe gelen deney ve kontrol grubu hastaları arasında farklıydı. Deney grubu hastaları kontrol grubu hastalarına göre ailelerinden destek alarak banyo yapabiliyordu.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ameliyat öncesi ve kontrol günü beslenme şekilleri incelendiğinde her iki grubunda eğitime uyumlu olduğu birbirleri arasında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; H1 hipotezi yani laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalara verilecek olan video destekli eğitimin, hastaların taburculuk sonrası fizyolojik bulgularına etkisi vardır; denilebilir. Ancak broşür eğitimine göre bazı konularda da video destekli eğitim daha etkilidir; cümlesi eklenebilir.



7.Öneriler

Araştırmada video destekli eğitim ve broşür destekli eğitim laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastalara bir hizmet sunmak adına da yapılmıştır. Benzer eğitimler tüm cerrahi geçirecek hastalara hizmet vermek ve verilen hizmetin hasta sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılabilir.

Hastalara ameliyat öncesi verilen sağlık eğitimleri görsel, işitsel olarak hasta ve yakınlarına hitap ettikçe, hastaların soru sormasını cesaretlendirdikçe hasta bakım sonuçları daha pozitif çıkabilir. Bu nedenle; video destekli veya broşür destekli eğitimlerin ameliyat olacak tüm hasta ve yakınlarına verilmesi önerilmektedir.

Bazı bilgiler broşür destekli bazı bilgiler video destekli eğitimde hastalarda daha etkili olduğu tespit edildiği için her iki materyalinde hasta ve yakınlarına anlatılması daha kalıcı bilgilerin oluşmasını destekleyebilir.

Benzer araştırmaların diğer ameliyatlara için de yapılması önerilir.

8. Kaynaklar

- Acar, K., Aygin, D., (2016) Laparoskopik Cerrahi Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Bakımı. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. (Cilt 1, Sayı 2, 17-22).
- Akgün, M. (2011). Laparoskopik cerrahide hasta hazırlığı ve hemşirenin rolü. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 8(2):11-17
- Akkurt, T., Gürkan, Ö.C., (2019). Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen Ilık Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Albayrak, D., Hoşçoşkun, Z., (2008). Trakya ünivesitesi tıp fakültesi genel cerrahi kliniğinde uygulanan açık ve laparoskopik kolesistektomilerin karşılaştırılması. Uzmanlık tezi ;<http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/271> ,Erişim tarihi : 13.06.2022
- Aldridge Michael,D., (2004). Writing and Designing Readable Patient Education Materials. J Nephrol Nursing,(31(4),373-377).
- Aslan, E.F., (2014). Ağrı Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi,
- Aslan, Y., Atan, A.,(2010). Laparoskopik girifl ve sütür teknikleri. Adım adım laparoskopik cerrahi. Türk Üroloji Seminerleri, (1:134-141).
- Aydemir, Ö., Aslan, F.E., Karabacak, Ü. ve ark., (2018).The effect of exaggerated lithotomy position on shoulder pain after laparoscopic cholecystectomy. Pain Manag Nurs.(19(6): 663–70).
- Aydın, M., Tarak, N., Öner, E., Oğuz, A., (2019). Laparoskopik kolesistektominin nadir bir komplikasyonu: Koledok Bağlanması. MKÜ Tıp Dergisi, (10(37): 67-69).
- Aygin, D., (2016). Bulantı ve kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; (20(1):44-56).
- Aylaz, R., Şahin, F., ve Yıldırım, H., (2018). Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonu Konusuna İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, (7(2), 67-73).
- Aytur, T,Dicle, A., (2001). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Aytur, T., (2001). Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk

- Aytur, T., (2001). Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk
- Barış, S., Sarıhasan, B., Tür, A., (1999). Preemptif analjezi postoperatif ağrı tedavisindeki yeri. Sendrom, (11(1):110-113).
- Büyükyılmaz, F., Aştı, T., (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, (12(2):84-93).
- Carlomagno, N., Tammaro, V., Scotti, A., Candida, M., Calogero, A., Santangelo, M.L., (2016). Is day-surgery laparoscopic cholecystectomy contraindicated in the elderly? Results from a retrospective study and literature review. Int J Surg.,(33: 103-7).
- Carol, E.H., Scott-Conner, M.D., (2002). Laparoscopic gastrointestinal surgery, Med Clin. N. America, (1401-1422).
- Cetkin, H.E., Tuna, A., (2019) How does health education given to lung cancer patients before thoracotomy affect pain, anxiety, and respiratory functions? Journal of Cancer Education,(34 (5), 966-972).
- Chiu, C., Aleshi, P., Esserman, L.J., Inglis-Arkell, C., Yap, E., Whitlock, E.L., Harbell ,M.W., (2018) Improved Analgesia And Reduced Post-Operative Nausea and Vomiting After Implementation Of An Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathway For Total Mastectomy. BMC Anesthesiology. (18: 4).
- Crainic, C., Erickson, K., Janet, G., Haberman, S., Patten, P., (2009). Comparison of methods to facilitate postoperative bowel function. Medical Surgical Nursing.(18:235-238).
- Çalık, E. (2007). Laparoskopik kolesistektomi öncesi öğretiminin ameliyat sonrası solunum konforu, ağrı ve memnuniyete etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.
- Çalık, E., (2007). Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Öğretiminin Ameliyat Sonrası Solunum Konforu, Ağrı ve Memnuniyete Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.
- Çatav, S., (2011). Laparoskopik Kolesistektomilerde Postoperatif Ağrı Kontrolünde Dekametazon Kullanımının Analjezik Tüketimine Etkisi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Çetinküner, S., Tokgöz, S., Tokaç, M., ve ark., (2011). Safra kesesi polibi olan hastalarda kolesistektominin hayat kalitesine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi. (12(2) ,2, 5-10).

Çoban, C., Çalışkan, İ., (2020). Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., Ovayolu, N., (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, (14(2):53-8).

Çulhacı, A., (2015). Obez hastalarda laparoskopik cerrahide rekrutment manevrası ve eşit oranlı mekanik ventilasyonun (1:1) etkilerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Denizli, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi.

Demir, A., Akyurt, D., Ergün, B., Haytural, C., Yiğit, T., Taşoğlu, İ., ve arkadaşları (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, (18(3):177-182).

Dinç M., Tuna, A., (2019). Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalara Broşür Destekli Eğitimin Anksiyete, Ağrı ve Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Gaziantep.

Dinç, M, Tuna, A. (2019). Laparoskopik kolesistektomi olacak hastalara broşür destekli eğitimin anksiyete, ağrı ve yaşam bulgularına etkisinin incelenmesi. SANKO Üniversitesi lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.

Elsayed, A.M., Taha, N.M., Metwaly, E.A., (2021). Nurses Knowledge and practice regarding care for patients undergoing cholecystectomy. Zagazig Nursing Journal.(17 (1), 13-25).

Emre, Ş., TOPUZLU, G., Şenyüz, O.,(2016). Çocuk Cerrahisi Dergisi (30, (Ek sayı 3):197-202).

Erdemli, Ö., Karadeniz, Ü., Yaşıtılı, H., Ünver, S., (2003). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Postoperatif Ağrı Tedavisinde İntraperitoneal Bupivakain Enjeksiyonu Ve İnfüzyonu. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi. Ankara.

Erdil, F., Özhan Elbaş, N., (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (4. Baskı) Ankara s: (293-296).

Ertem, G., (2003). Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir.

Fearon, K.C.H., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C.H.C, Lassen, K., (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*. (24:466-477).

Gürlek, Ö., Yavuz, M., (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (16(1):8-15).

Inan, A., Sen, M., Dener, C., (2004). Local anesthesia use for laparoscopic cholecystectomy. *World Journal Of Surgery*,(28(8):741-744).

Joris, J., Thiry, E., Paris, P., Weerts, J., Lamy, M., (1996). Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. *Survey of Anesthesiology*, (40(4):246).

Joshi, GP., Beck DE., Emerson, RH., Halaszynski, TM., Jahr, JS., Lipman, AG., et al., (2014). Defining new directions for more effective management of surgical pain in the united states: highlights of the inaugural surgical pain congress™. *The American Surgeon*, (80(3):219-228).

Junger, M., Schoenberg, M.H., (2007). Postoperative care in fast- track rehabilitation for elective colonic surgery. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine*. (9:66-77).

Koraş, K., (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Cerrahisinde Ayak Masajının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Erzurum.

Leier, H., (2007). Does gum chewing help prevent impaired gastrit motility in the postoperative period? *Journal of the American Academy of Practitioners*. (19:133-136).

Malley, A., Kenner, C., Tiffany, K., Blakeney, B., (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions *AORN J*,(102(2),1-9).

Marcus, C., (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health Psychol Behav Med*. (2(1): 482-495).

Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E.A., (2017).survey of patients' preoperative need for information about postoperative pain-effect of previous surgery experience. J Perianesth Nurs.(5, 438-44).

Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2022), Cholecystectomy-(gallbladderremoval)

<https://www.mayoclinic.org/testsprocedures/cholecystectomy/about/pac-20384818> Available: 14.06.2022.

McGuire, L., (2006). Pain: The fifth vital sign Ignatavicius, DD, ML, Workman (Eds.), Medical Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care (5th ed.), Elsevier Saunders, Canada, (63-69).

Melloy, A., Rouw, R., Wysocki, B., (2016). Proactive nursing care is the key to successful day case laparoscopic cholecystectomy at a rural hospital. J Adv Med Pharma Sci.(9 (4), 1-5)

Michaloliakou, C., Chung, F., Sharma, S., (1996). Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Anesthesia &Analgesia, (82(1):44-51).

National Healthcare Safety Network (NHSN), (2022). Patient Safety Component Manual.

Orgun, F., Akkoç, C., (2020). Hasta eğitim materyallerinin değerlendirilmesi: Okunabilirlik Formülleri ve Materyal Değerlendirme Araçları. Türkiye klinikleri J Nurs. Cci.(12(3):412-8).

Önder, H., Çayır, G., (2019). Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı kusma ve ağrı üzerine etkisi. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Öskan, D., Tuna, A.(2022). Laparoskopik kolesistektomi cerrahi geçirecek hastalara sanal gerçeklik ile verilen eğitimin hastaların yaşam bulgularına ağrı ve anksiyetelerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.

Öz, G., (2013). Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı, Songür Yayıncılık, Ankara.

Öztekin, D., (2011). Ameliyat sonrası bakım uygulamaları. N. Akyolcu, G. Aksoy ve N. Kanan (Ed.), Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi içinde. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, (33-68).

Pearlstone, DB., Mansfield, PF., Curley, SA., Kumparatana, M., Cook, P., Feig, BW., (1999). Laparoscopy in 533 patients with abdominal malignancy. Surgery, 125(1):67-72.

Pinto, P.R., Vieira, A., Pereira, D., Almeida, A.,(2017). Predictors of acute post-surgical pain following inguinal hernioplasty. *J Pain.*;(18, 947-955).

Ramkumar, V., Prasad, K.N.,(2006).Management of postoperative pain. *Indian J Anaesth* (50, 345-354).

Rosen, I.H., Bergh, H.I., Oden, A., et al., (2011). Patients' experiences of pain following day surgery—At 48 hours, seven days and three months. *Open Nurs.*(5. 52-59).

Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., et al., (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci.*(27 (4), 994-998).

Sayın, Y., (2021). Hepatopankreatobiliyer sistemi cerrahi hastalıkları, Ed: Çelik S. Nobel Tıp Kitabevi. Antalya. (503-551).

Schwartz, S.S., Galloway, D.F., (1999). Cerrahinin ilkeleri. Minimal invazif cerrahi.7th ed. Çeviri, A. Yağmurlu. İstanbul: Baran Ofset Matbaacılık, (2171-2175).

Sert, İ., İpekci, F., Engin, Ö., Karaoğlan, M., Özhan, Ö., (2017).Outcomes of early cholecystectomy (within 7 days of admission) for acute cholecystitis according to diagnosis and severity grading by Tokyo 2013 Guideline *Turk J Surg.* (2, 80-86).

Tanaja, J., Lopez, R.A., Meer, J.M., (2021). Cholethiasis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Tarhan, Ö. (2018). www.turkcerrahi.com. Tıbbi makaleler. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları. Erişim tarihi: 26.04.2019.

Tarhan, Ö., (2018). Safra Kesesi ve Safra Yolları Hastalıkları, Tıbbi Makaleler, www.turkcerrahi.com. Erişim tarihi: 12.06.2022

Ucuzal, M., Kanan, N., (2014). Foot massage: effectiveness on postoperative pain in breast surgery patients. *Pain Management Nursing*, (15(2), 458-465).

Van Wijk, R. M., Watts, R. W., Ledowski, T., Trochsler, M., Moran, J. L. and Arenas, G. W. N., (2015) Deep neuromuscular block reduces intra-abdominal pressure requirements during laparoscopic cholecystectomy: a prospective observational study . *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* (59 434–440).

Vaughn, F., Wichowski, H., Bosworth, G., (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain.*AORN J.*(3, 589-594).

Vaughn, F., Wichowski, H., Bosworth, G., (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? AORN journal, (85(3):589-604).

Wallace, D.H., Serpell, M.G., Baxter, J.N., O'dwyer, P.J., (1997). Randomized trial of different insufflation pressures for laparoscopic cholecystectomy. British Journal of Surgery, (84(4):455-458).

Wang, H.L., Keck, J.F. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. Pain Management Nursing, (5(2):59-65).

Whiteman, B., Grealish, L., Lomasney, A., (2000). Foot massage: a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. Cancer Nursing, (23(3):237-243).

Whyte, R.I., Grant P.D., (2005). Preoperative Patient Education in Thoracic Surgery. Thorac Surg Clin. (15,195-201).

Yavuz, M., (1999). Laparoskopik Günübirlik Cerrahi Uygulamaları, Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları, İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, (10-11).

Yavuz, M., (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İstanbul . F.E. Aslan (Ed.), Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık. (135-148).

Yıldırım, N., Çiftçi, B., Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi Verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi.(14,217 – 231).

Youssef, N.F.A., Hassan, A.D.A., (2017). The effect of hand and foot massage on alleviating pain and anxiety of abdominal post-operative patients at a university hospital: A randomized control trial. IOSR J Nurs Health Sci.(3, 56-65).

Yu Pei ,L., Shen-Nien, W., King Teh, L.,(2017). Robotic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: A comparative study of medical resource utilization and clinic outcomes. Kaohsiung JMed Sci.:(33,201-206).

Zhang, J.M, Cytokines, A.J., (2007). Inflammation and Pain. Int Anesthesiol Clin. (45(2): 27–37).

Zhou, DK., Huang, Y., Kong, Y., et al.,(2020). Complete laparoscopic cholecystectomy for a duplicated gallbladder Medicine. (99:1).

EKLER

EK-1.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmacıların veri toplama araçlarını (anket, ölçekler, görüşme ve gözlem formu, vs.) uygularken herhangi bir sıkıntıyla karşılaşmamaları ve anket yapılan kişinin detaylı bilgi sahibi olabilmesi amacıyla, veri toplama araçlarına EK BİLGİ eklenmesi gerekmektedir.

Aşağıdaki kutucuk ve içindeki bilgi, noktalı yerler araştırmaya göre doldurularak, her veri toplama aracının ilk sayfasının başına (her sayfaya değil) eklenmelidir.

Veri toplama araçlarının başına üstte sizin için verilen bilgileri değil, sadece altta bulunan kutucuğu ekleyiniz:

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Hemşire ELİF PEHLİVAN, tarafından yürütülen “**Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Video Destekli Eğitimin Taburculuk Sonrası Fizyolojik Bulgulara Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniziz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

EK-2:

Grup:

Kontrol

Deney

Hasta Tanılama Formu

Adınız Soyadınız :

Yaşınız :

Medeni Durumunuz :

Kaç Çocuk Sahibisiniz :

Eğitim Durumunuz :

Lisanınız :

Boyunuz ve Kilonuz :

Beden Kütle İndeksiniz :

Mesleğiniz :

Kronik Hastalıklarınız :

Ailesel Hastalıklarınız :

Geçirmiş Olduğunuz Operasyonlar:

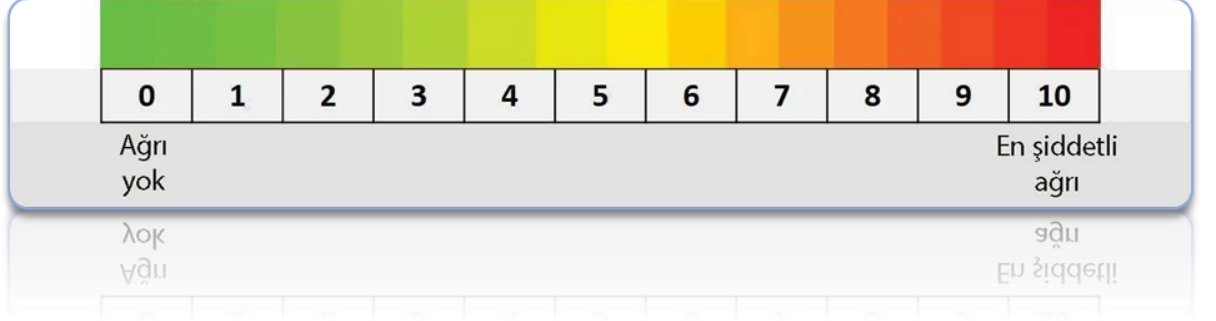
Alışkanlıklarınız :

Sigara kullanıyorsanız ne kadar kullanıyorsunuz.

Alkol kullanıyorsanız ne kadar sıklıkla kullandığınızı belirtiniz.

Ağırlıklı Olarak Hangi Tür Besin Grubundan Besleniyorsunuz?

EK-3: Visual ağrı değerlendirme formu



Visual ağrı skalamızda:

0 ile 3 arasındaki bir ağrı puanlamasından ağrının olmadığı anlamına geliyor.

4 ile 7 arasındaki bir değerlendirme orta düzeyde bir ağrı varlığından bahsedilir. Müdahale olarak ise orta düzey ağrı kesicilerdir.

8 ve 10 arasındaki bir ağrı varlığında ise opioid analjezik tedavisine başvurulabilir. (Şahan, Tuna 2022).

EK-4: Taburculuk Sonrası Hasta Değerlendirme Formu

| BULGULAR | AMELİYAT ÖNCESİ | AMELİYATTAN SONRAKİ TABURCULUK GÜNÜ Hastanede değerlendirilecek | KONTROL GÜNÜ (5-7 GÜN) |
|---|-----------------|---|------------------------|
| Ateş | | | |
| Nabız | | | |
| Tansiyon | | | |
| Kan şekeri | | | |
| Solunum Parametreleri Solunum sayısı | | | |
| Bulantı Var /yok | | | |
| Kusma Var / yok | | | |
| Ağrı 1'den 10 kadar | | | |

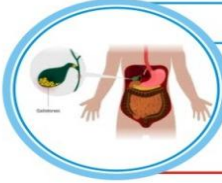
| BULGULAR | AMELİYAT ÖNCESİ | AMELİYATTAN SONRAKİ TABURCULUK GÜNÜ Hastanede değerlendirilecek | KONTROL GÜNÜ (5-7 gün) |
|--|-----------------|---|------------------------|
| Defekasyon | | | |
| Enfeksiyon Kızarıklık var / yok Akıntı var / yok Ödem var / yok) | | | |
| Hastaneden yürüyerek çıkma Tekerlekli sandalye ile çıkma Ev içi yürüyüş var / yok Sokak yürüyüşü var/yok Sokak yürüyüş ... dakika Merdiven çıkma var /yok | | | |
| Banyo Yapma Durumu | | | |

Ek-5: Kolesistektomi geçiren hastaların beslenme şekilleri formu

| KOLESİSTEKTOMİ GEÇİREN HASTALARIN BESLENME ŞEKİLLERİ | | | | |
|---|------------------------|------------|---|------------|
| SORULAR | AMELİYAT ÖNCESİ | | AMELİYAT SONRASI TABURCULUK DÖNEMİ | |
| | VAR | YOK | VAR | YOK |
| Hangi tür besinleri tüketiyorsunuz | | | | |
| Yağlı gıda tüketimi | | | | |
| Sebze-meyve tüketimi | | | | |
| Şekerli gıda tüketimi | | | | |
| Süt/yumurta tüketimi | | | | |
| Balık/kırmızı et tüketimi | | | | |

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

Elif Pehlivan



SAFRA KESESİ NEDİR?

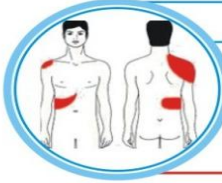
- Safra kesesi, küçük bir armut şekli ve boyutunda bir organdır.
- Karnın sağ tarafında bulunur.
- Karaciğer tarafından salgılanan sıvı ve safranın toplandığı keseye safra kesesi denilmektedir.

Vücudun yağlı yiyecekleri sindirmek için ihtiyacı olana kadar safrayı tutar.



SAFRA KESESİ TAŞI NASIL OLUŞUR?

- Safrada alyuvarların yıkım ürünü olan bilirubin,
- Safra tuzları,
- Fosfolipidler ve kolesterol gibi çözülmüş olan yağlı katı maddelerin birleşimi sonucu safra kesesi taşları meydana gelmektedir.



SAFRA KESESİ TAŞI BELİRTİLERİ

- Karnın sağ tarafında sırta veya omuza ulaşabilen ağrı olabilir.
- Yemek yedikten 1 saat veya 15 dakika sonra ağrı olabilir.
- Hissedilen kuvvetli ağrının nedeni ise tüketilen besinin türü ile ilişkilidir.

Şişkinlik hissi, Bulantı kusma, Ateş, Sarılık (sarı görünümlü cilt) ve İdrar renginde koyulaşma gibi bulgular ortaya çıkabilir



SAFRA KESESİ TAŞI TANILAMA YÖNTEMLERİ

- Ultrason ve karın X-rayi-röntgeni
- Kan tetkikleri
- Hikaye ve fiziki muayene ile tanı konur



LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ NEDİR?

Safra kesesinin çıkarılması olarak adlandırılan kolesistektomi işlemi iki şekilde yapılabilmektedir. Bunlar ise açık kolesistektomi ve kapalı yöntem olarak adlandırılan laparoskopik kolesistektomi yöntemidir. Kapalı yani laparoskopik kolesistektomi yöntemi genel anestezi verilerek hastaların uyutulup ameliyatın gerçekleştirildiği yöntemidir. Bu yöntemde hasta uyuştuktan sonra karın bölgesinde 4 farklı bölgeden cerrah kesiler açmaya başlar ve açılan bu kesi alanlarından trokar adı verilen cerrahi aletler ile safra kesesini bulunduğu alandan çıkarmaya çalışır. Uygun şekilde çıkarılan safra kesesi sonrası cerrah son bir defa kontrolünü sağlar ve 4 farklı noktadan vücut içine yerleşmiş olduğu trokaran çıkarır ve kontrolü sağladıktan sonra ameliyatı sonlandırır.

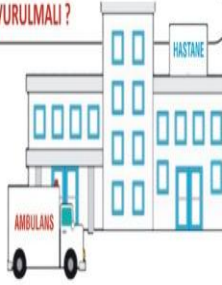
LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ CERRAHİSİNİN AVANTAJLARI

- Hastanın erken taburcu olabilmesi,
- Ameliyat süresinin daha kısa olması ve bu sebeple de hastaya daha az miktarda anestetik madde verilmesi,
- Hastanın hastane de bulunma süresi daha kısa olması,
- iyileşme sürecinin daha hızlı olması,
- Hem hasta açısından hem de ülke açısından maliyetin düşük olması,
- Hastanın çok az seviyede ağrı hissetmesi,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha erken sürede ulaşabilmesi,
- Vücudun görüntüsü (beden imajı) açısından daha az sayıda insizyon yani kesi alanının olması,
- Hastaya hastaneden ulaşabilecek mikrop riskinin (hastane enfeksiyonunun riskinin) düşük olması,
- Hasta erken dönemde yürütülmesi ile hastanın akciğerlerinin erken dönemde oksijenlenmesi, bacıklarında pıhtı oluşumunun engellenmesi, dolayısıyla hızlanması sağlanmaktadır.



HANGİ DURUMLARDA HASTANEYE BAŞVURULMALI ?

1. 38 derecenin üzerinde devamlı ateş.
2. Kanama.
3. Gittikçe artan karın şişliği-gaz.
4. İlaçların azaltamadığı ağrı.
5. Devamlı bulantı ve kusma.
6. Titreme/üşüme.
7. Öksürük ya da nefes kesilmesi.
8. Herhangi bir kesiden cehahtlı (irin) olarak akıntı gelmesi, yara yerinde büyüyen kızamıklık olmasıdır.



AMELİYAT SONRASI BESLENME NASIL OLMALI ?

- Ameliyat olduktan sonraki ilk bir hafta yağ oranı fazla olan yiyecek ve soslar yerine yağsız ve yağ oranı az olan yiyecekler.
- Yemek tercihlerinde lif oranı yüksek olan sebze meyve gibi besinler tercih edilmeli ve bu tercihlerinde belli bir düzeyde olması gerekmektedir. Fazla oranda lif alındığı zamanda kişilerin gaz ve kramp şikayetleri daha da kötüleşebilir.
- Az az ve sık olacak şekilde öğünlerinizi planlayınız.
- Yara yeri iyileşmesini hızlandırılması açısından yumurta, hindi, kırmızı et, balık eti gibi ürünler tercih edebilirsiniz.
- İsthal olmanıza neden olabilecek kafein, süt ürünleri, tuzlu yiyecekler ve bunlara benzer şekilde isthal olmanıza neden olabilecek yiyecekleri tercih etmemelisiniz.
- İsthal durumunuz varsa muz, şeftali, patates lapası gibi ürünler tercih edebilirsiniz.
- Hem kayısı suyu hem de hareket etmek gaz atmanızı kolaylaştıracaktır.
- Gün içinde herhangi bir kısıtlaması yoksa 3 lt su içmeniz önemlidir.



AMELİYAT SONRASI ENFEKSİYON ADINA BAKILMASI GEREKENLER

- Ameliyat bölgesinde kızamıklık artıyorsa.
- Akıntı varsa.
- Akıntı da koku varsa.
- Yara yerinde ısı artışı varsa.
- Ateşiniz (37.5 üstü) varsa yara yeriniz mikrop kapmış olabilir. Ameliyat sonrası Kontrolünüze mutlaka gidiniz.
- Yara yerinde enfeksiyon-mikrop kapma olmaması için doktorunuzun önerdiği antibiyotigi tam saatinde alınız.



EVDE YARA YERİ BAKIMINI NASIL YAPMALISINIZ?

- Yara yerinin pansumanına başlamadan öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır
- El hijyeni sağlanmadan yara dokusuna dokunulmamalıdır.
- Mümkünse yara yerinin bakımı yapılırken eldiven giyilmelidir.
- Pansumana başladıktan sonra çıkarılan kirli malzemelerden sonra eller tekrardan yıkandıktan temiz malzemelerle pansumana devam edilmelidir.
- Batikon gibi antiseptik solüsyonlar aracıyla yara dokusu temizlenmeli mikropolar yara yerinden uzaklaştırılmalıdır.
- Pansuman bittikten sonra tekrardan yara dokusu temiz bir şekilde kapatılmalıdır.
- Yara yerinize su değirmeden PH 5.5 sabunlarla banyonuzu yapabilirsiniz.



AĞRI

Ameliyat sonrası hastaların yaşayabileceği şikayetlerden biri de ağrıdır. Yaşanan bu şikayet ameliyat kesisine bağlı yara yeri çevresinde sıvı birikmesi yani enflamasyonun sinir uçlarına basıncı yapması nedeniyle olur. Ayrıca ameliyat esnasında hastalara verilen karbondioksit gazının karında gaz yapması da ağrıyı artırır. Yaşayabileceğiniz bu ağrı şikayetini ilaç ile tedavi etmek için doktorunuzun önerdiği ağrı kesiciyi almanız önemlidir. Ek olarak;

AĞRI İLE BAŞ EDEBİLMEZ İÇİN

- Ağrı kesicilerinizi doğru doz ve zamanında almalısınız.
- Ağrınız şiddetlenmeden ilaçlarınızı kullanmalısınız.
- Kaygılı ve stresli olmanız ağrı şikayetinizin daha çok artmasına sebep olacaktır bundan dolayı stres düzeyinizi azaltmalısınız.
- Ağrılarınızı azaltmada kullanılan ilaçsız yöntemlerde kullanabilirsiniz bunlar ise müzik dinlemek, kitap okumak, sosyal medyaya bakmak, sırtınıza masaj yaptırmak, ılık bir banyo yapıp uyumak gibi dikkatinizi farklı yöne çekecek yöntemlerdir.
- Karmanızda gaz varsa yürümeniz yorulduğunuzda dinlenmeniz önemlidir. Tuvalette büyük abdestiniz gelene kadar oturmanız (15-20 dk.) lifli besinler tüketmeniz, gaz yapıcı besinleri yara yeriniz iyileşene kadar (lahana, kuru fasulye, mercimek, çiy soğan,) tüketmemeniz ve gazı vücudunuzdan atmanız ağrınızı da hafifletecektir.



BULANTI İLE İLGİLİ ÖNERİLER

Her ameliyat sonrası hastaların yaşadığı bulantı şikayeti safra kesesi taşı ameliyatı olan hastalarda da görülebilmektedir. Bu şikayet genellikle ameliyat sonrası ağrı ve ameliyat sırasında verilen anestetik maddeye bağlı olarak gelişebilmektedir.

KUSMA: Kişilerin mide içeriğinin dışarı çıkması olayına denir.





YARA YERİ İZLEMİ YAPARKEN NELERE DİKKAT ETMELİSİNİZ?

- Yara çevresinde büyüme
- Yara yerinden pis kokulu akıntı
- Yara çevresinde kızarıklıkta artış
- Yara çevresinde ısı artışı
- Yarada siyahlaşma

gibi durumlardan biri ile karşılaştığınızda mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.

UYKU İLE İLGİLİ ÖNERİLER

- Uyandıktan sonra yatakta vakit geçirmeyiniz.
- Uyumadan 4-6 saat önce kafein içeren yiyeceklerden kaçınınız.
- Gün içinde kendinizi iyi hissettiğiniz dönemlerde kısa mesafeler yürümeye özen gösteriniz.
- Gündüz uyku sürenizi mümkün olduğunca kısa tutunuz ve gün içinde uyumamaya çalışınız.
- Mümkünse yatmadan önce ılık bir duş alınız.
- Yatmadan en az 1 saat önce stresli aktivitelerden kaçınınız.
- Yetişkinler için 6-8 saatlik gece uykusunu uyumaya çalışın.
- Gece yatmadan önce tualete gidin ve idrarınızı yapınız.
- Uyurken yatak odanızı sessiz ve karanlık tutunuz.
- Odanızın sıcaklığının rahat edeceğiniz şekilde ayarlayınız.
- Rahatlatıcı nefes kontrol egzersizini yatmadan önce yapın, 3 derin nefes burundan alıp ağızdan verin, 1 derin nefes alıp öksürün. Bu egzersiz aynı zamanda akciğerinizin genişlemesine ve oksijenlenmenize neden olacaktır.
- Yatarken rahatlatıcı müzik dinlemek, kitap okumak daha rahat uyumanıza yardımcı olabilir.



SAFRA KESESİ AMELİYATI SONRASI DÖNEMİ

- Ameliyat sonrası ağrı, bulantı, kusma gibi durumlar yaşanabilir.
- Hastalar ameliyat sonrası oral alımını gerçekleştirdiğinde, yediği yemeği ve tükettiği sıvıyı tolere edebildiyse ve herhangi bir problemi yoksa hastanın ya ameliyat olduğu gün veya bir sonraki gün hasta taburcu edilebilir.
- Hasta ameliyat sonrası yara yerinde herhangi bir problem yoksa duşa girebilir.
- Hastanın ameliyat sonrası fiziksel aktiviteye başlama süreci ise hastanın kendini nasıl hissettiğine bağlıdır.
- Hasta ameliyattan sonraki bir hafta içerisinde de günlük aktivitelerine dönebilir (araç vs merdiven çıkma gibi).
- Ameliyat bölgesi karında olduğu için ağır kaldırmak fıtık yapabilir (3 kilodan fazla ağırlık kaldırılmamalıdır.)
- Hastalar ameliyattan sonraki bir hafta içerisinde işlerine tekrar başlayabilirler.
- Safra kesesi çıkarılırken açık kolesistektomi yöntemi kullanılmışsa hastaların normal hayatına dönmesi laparoskopik kolesistektomi yöntemine göre daha uzun sürecektir. Bu süre 4-6 hafta arasında olmaktadır.
- Her ameliyat sonrası gibi kolesistektomi yani safra kesesi alınması ameliyatından sonra da hastaların 2 hafta içerisinde doktor kontrolüne gelmesi gerekmektedir.

EGZERSİZ

Ameliyat sonrası herhangi bir sıkıntınız yoksa ve doktorunuzun bilgisi dahilinde 6-8 saat içerisinde ayağa kalkmanız, yürümeniz ve gazınızı çıkarmanız önemlidir.

- a) Herhangi bir sıkıntınız yoksa yürüyüşe en kısa zamanda başlamalısınız.
- b) Bacağınızda kan pıhtılarını önlemek için hergün yürüyüş yapınız. Gün gün dakikanızı artırarak yürümelisiniz.
- c) İlk gün 15 dakika ile başlamalı bu yürüyüşünüzü günler içinde kademeli olarak 40 dakikaya ulaştırmalısınız.
- d) Yavaş yavaş aktivitelerinizi arttırmalısınız.
- e) Yapacağınız yürüyüşler sayesinde kabızlık problemi yaşama oranınız da azalacaktır. Akciğerleriniz genişleyecek oksijenlenmeniz artacaktır.

Etik Kurul Kararı

Teşekkür

Hayatımın her noktasında her daim her anlamda destekçim olan her düştüğüm anda ayağa tekrardan kaldıran, umudumu yitirdiğim noktada umudu yeniden oluşturan karanlığımı aydınlatan, yüksek lisans çalışmamın en büyük yardımcıları ve daha nice desteklerine karşılık kelimelerin kifayetsiz kaldığı canım aileme, tez çalışmama başladığım andan itibaren her an yanımda olan , hemşirelik mesleğini anlamlandıran, sevdiren lisans ve yüksek lisans dönemimdeki rol model aldığım sevgili danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Berna DİZER ve Prof.Dr. Arzu TUNA'YA , yüksek lisans tez çalışmamı destekleyen Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi hekimlerine, güler yüzleriyle ve desteklerini hissettiren Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde görev alan sevgili meslektaşlarıma ve diğer çalışma arkadaşlarıma, tez çalışmamı her anlamda destekleyen sevgili arkadaşlarıma ve bu çalışmayı yapmamı sağlayan sevgili hastalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Elif PEHLİVAN

İzmir, 9 Şubat 2024

Özgeçmiş

Adı Soyadı : Elif PEHLİVAN

Doğum tarihi:

Doğum Yeri :

Mesleği :

Telefon :

E-posta :

Orcid No :

Mezun olduğu üniversite:

Çalıştığı Kurumlar: