

I. GİRİŞ

I.I. Problemin Tanımı ve Önemi

Cerrahi uygulamalar yıllar içerisinde değişmekte ve cerrahi hastalıkların tedavisinde geleneksel yaklaşımların yerini en az invaziv olan girişimler yer almaktadır. Yüzyıllar boyu açık teknikle yapılan cerrahi girişimler 20. yüzyılda ilk kez Kelling tarafından deneysel olarak yapılan laparoskopik cerrahi girişimle yeni bir boyut kazanmıştır (1,2,3,4,5). Daha önce jinekolojik amaçla kullanılan laparoskopi tekniği ilk kez 1987'de Dr. Phillipe Mourette tarafından kolesistektomi için kullanılmaya başlanmıştır (6,7,8). Yıllar geçtikçe bir çok değişik cerrahi gruplar, bağımsız olarak laparoskopi tekniğini geliştirmiştir. Günümüzde laparoskopi genel cerrahide; kolesistektomi, splenektomi, apendektomi, ürolojide; nefrektomi ve varikosektomi, jinekolojide; overian kistektomi, tübligasyon gibi pek çok alanda tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yüzyılda bilim ve teknolojiadaki ilerlemelerin sağlık alanına uygulanmasıyla cazip hale gelen laparoskopik kolesistektomi, günümüzde kolelitiazis tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi ilk tanıtıldığı andan itibaren hızla bütün dünyada yayılmış ve açık kolesistektominin yerini almıştır. Türkiye'de ilk laparoskopik kolesistektomi 1990 yılında Güney gerçekleştirilmiştir (1,3,9,10).

Laparoskopik kolesistektomi yönteminin, hastaların tedavi ve bakımlarını oldukça olumlu etkilediği bilinmektedir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastanın karın duvarında bulunan insizyonların açık kolesistektomi cerrahisine göre küçük olması, işleme bağlı ağrı ve komplikasyonların yok denecek kadar az olması, hastanın hastanede daha kısa süre kalması, günlük yaşam aktivitelerine ve iş yaşamına dönüş süresinin kısa olması, maliyetin 900 az olması ve bunların sonucunda da hasta memnuniyetinin yüksek olması bu yöntemin yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır (11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,42).

Dünyanın bir çok yerinde yaygın olarak uygulanan laparoskopik kolesistektominin, bütün avantajlarına ve güvenliğine rağmen kendine özgü komplikasyonları da bulunmaktadır (21). Avrupa ve Amerika'da laparoskopik kolesistektomi sonuçlarına ilişkin çok sayıda araştırma yayınlanmıştır. Bu

araştırmaların verilerine bakıldığında laparoskopik kolesistektominin komplikasyon oranı %2.2 ile %12 arasında değişmektedir (21,22). Laparoskopik kolesistektominin sözü edilen yararlarının yanında safra yolları yaralanması, safra kaçağı, koleksiyon, koledakta taş unutulması, intraabdominal abse, insizyonel herni, bağırsak yaralanması, ağrı, yara enfeksiyonu ve atalektezi gibi sorunlara yol açabileceği bilinmektedir (6,21,23,24). Young&O'Connell (2001) çalışmasında, laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların ilk 8 saatteki iyileşme dönemlerinde ağrı düzeylerinin en yüksek olduğu belirtilmektedir (25). Cosan (1996), laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %85'inin ağrılarının 1. günde şiddetli olduğu, 7. güne kadar sürdüğü fakat ağrı şiddetinin ilk güne oranla azaldığını bildirmektedir (26). Hession'ın (1998) çalışmasında da, laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrının sık görülen bir sorun olduğu ifade edilmektedir (27).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası ortak yakınmalar arasında mide bulantısı ve kusma da yer almaktadır (25,26,28,29). Singleton (1996) ve Hollington (1999), laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda mide bulantısı ve kusma görüldüğünü (28,30), Cosan (1996), hastaların %17'sinin ameliyat sonrası 7 günlük sürede sürekli mide bulantısı yakınmalarının olduğunu (26), Fleming (2000) de laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda kontrol edilemeyen kusmalar olduğunu, hastaların hastanede kalarak takip edilmesi gerekliliğini belirtmiştir (29).

Laparoskopik kolesistektomi günlük cerrahi kapsamındadır. Günlük cerrahi, hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (31,32). Günlük cerrahide ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi hazırlığı, hastanede yatan hastaların ameliyat öncesi hazırlığına eş değer bir hazırlık gerektirmektedir. Günlük cerrahi hastaneye yatış gerektirmediğinden hastane enfeksiyon riskinin azalması, hastanın beslenme düzeninin ve aile düzeninin fazla etkilenmemesi, hasta memnuniyetinin artması, kaynakların daha etkili ve verimli kullanımının sağlanması ve maliyetin azalması gibi olumlu yönleri vardır (18,29,31,33). Günlük cerrahinin bu olumlu yönleri günlük cerrahinin sayısal artışında rol oynamaktadır (34). ABD'de, günlük cerrahi merkezlerinin 2004 yılı raporuna göre Indiana'da günlük cerrahi merkez sayısının 125 olduğu ve bu merkezlerde toplam 391.469 hastaya, 497.054 cerrahi girişim uygulandığı

belirtilmiştir (www. İn.gov./isdh/regsuc/acc/asc/2004.htm). İngiltere’de, Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin (National Health Service) Günlük Cerrahi İş Merkezi Raporunda, yeni bin yılda tüm elektif cerrahi girişimlerin %50’sinin günlük cerrahi girişimlerden oluşacağı ve bazı düzenlemelerle bu oranın %80’e ulaşabileceği belirtilmiştir (36).Günlük cerrahinin avantajları nedeniyle açık kolesistektomiye göre daha fazla tercih edilen laparoskopik kolesistektomi günlük cerrahi içerisinde yaygın olarak yer almaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hasta, ameliyat günü ya da ameliyattan bir gün önce kliniğe alınıp, aynı günün ilerleyen saatlerinde ya da ameliyattan bir gün sonra taburcu olmaktadır (37). Bu konuyla ilgili araştırmaların verilerine bakıldığında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların yaklaşık % 90’ının ameliyat günü akşamı taburcu edildiği belirtilmektedir (18,19,38). Fleming’in (2000) çalışmasında, günlük cerrahide laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların % 84,5’inin memnun oldukları ifade edilmektedir (29). Keulemans’ın (1998) çalışmasında da, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların %92’sinin günlük cerrahiyi tercih ettikleri belirtilmektedir (18).

Laparoskopik kolesistektomi, uygulanacak olan hastaların kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar olan sürenin kısa olması nedeniyle hemşirenin hastayı ameliyat öncesi değerlendirmesi, hasta ve ailesine ameliyat öncesi gerekli bilgilendirmeyi yapması, ameliyat sonrası hastanın izlenmesi ve gereksinimleri doğrultusunda bakım verilmesi ve ameliyat sonrası komplikasyonların gözlenmesi kısıtlanmaktadır (39,40). Bu kısa süre içinde laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalara taburculuk aşamasında, evde bakımlarında yaşayacakları sorunlara yönelik olarak yeterince bilgi verilmemesi, hastanın kaygı duymasına, iyileşme sürecinin olumsuz yönde etkilenmesine, komplikasyonların geç fark edilmesine, bu komplikasyonların giderilmesinde ne yapılması, kime ve nereye başvurulması gerektiğinin bilinmemesi ile daha ciddi sorunlara neden olabilmektedir (37,41,96). Cajs ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada; laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların taburculuk aşamasında kendilerine kısa sürede verilen bilgiyi hatırlamadıkları ifade edilmektedir (42). Hastalara uygulanan planlı bir taburculuk eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, hastaların

kendi bakımları konusunda daha yeterli duruma gelebildiği, ameliyatın getirdiği değişikliğe daha kolay uyum sağlayabildiği, iyileşme sürecini daha kolay geçirebildiği, kişinin bireysel bağımsızlığının ve sosyal yaşama uyumunun desteklendiği buna bağlı yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca taburculuk eğitiminin, tedavi sonrası komplikasyon gelişme riskini ve hastaneye tekrar yatışları azalttığı belirtilmektedir (43,44,45,46,48). Aytur (2001) çalışmasında, laparoskopik abdominal cerrahi sonrası taburculuk eğitimi alan hastalarının, eğitim almayanlara göre evde bakımları sırasında daha az sorun yaşadıklarını belirtmiştir (44).

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat, ameliyat sonrası ve evde bakımın sürdürülmesinde interdisipliner yaklaşım rol oynamaktadır. İnterdisipliner ekip yaklaşımında, hastanın tedavi ve bakımı ekip üyelerinin işbirliğiyle karar verilen stratejiler doğrultusunda yürütülmektedir. Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından takip eden hemşirenin, ekip içi koordinasyonun sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (46,47,49,50). Hastalara hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitime yönelik olarak yapılan araştırmalarda, eğitim alan hastalarda komplikasyon görülme oranının azaldığı belirtilmektedir (51,52). Bumgarner (1999) laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastalara taburculuk eğitiminin verilmesinin hastaların memnuniyetini artırdığını belirtmektedir (53).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası hasta ve ailesine verilecek taburculuk eğitimi; yara bakımı, beslenme, ağrı kontrolü, ilaç, günlük yaşam aktiviteleri, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyon belirti ve bulguları, hastanın ne zaman kontrole geleceği konularını kapsamaktadır (37,41,54). Kleinbeck ve Hoffart'ın (1994) çalışmasında, laparoskopik kolesistektomi sonrası taburcu olup eve giden hastalarla, 2. ve 4. günlerde hemşireler telefon aracılığı ile görüşmüş ve hastalar ameliyat sonrasında eve ulaşım, ilk gün evde yapabileceği aktiviteler, komplikasyon belirtileri, araba kullanımı ve işe başlama konularında soruları olduklarını ifade etmişlerdir (41). Talamini (1999), laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların tıbbi tedavi, ağrının giderilmesi ve günlük yaşam aktiviteleri konularında, Burden (1994) ise, insizyonel rahatsızlık, beslenme, aktivite sınırlamaları, komplikasyon belirti ve bulguları, işe başlama ve araba kullanma

zamanı konularında bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmektedir (55,56). Casja ve arkadaşları'nın (2003) çalışmasında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların; ağrı, ağrı kesiciye duyulan gereksinim, mide bulantısı, kusma, yaraların bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyaçlarının olduğu ve telefonla takip edilmek istedikleri belirtilmektedir (42). Knudsen'in (1996) çalışmasında, laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara cerrahi yaralarının bakımı, ağrı kesici ve hastaların normal yaşantılarına ne zaman dönecekleri konusunda bilgi verilmediği belirtilmektedir (57).

Ülkemizde yapılan çalışmalara ve hemşirelik uygulamalarına bakıldığında; ameliyat olacak hastaların, hastanede kaldığı süre içindeki bakımının, genellikle fiziksel bakım ile sınırlı kaldığı, hemşirelik eylemlerine, doktor isteminde belirtilen işlemlerle sınırlı olarak yer verildiği, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecekleri sorunların çözümüne yol gösterecek, yaşamların daha kaliteli olmasını sağlayacak planlı bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı görülmektedir (51,58). Aydoğan (2005) çalışmasında; lomber disk herni ameliyatı sonrası taburculuk aşamasında hastaların evde bakımlarına ilişkin yeterli bilgi verilmediğini, hastaların evde bakımlarıyla ilgili pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğunu ve hastaların bu bilgiyi çoğunlukla doktordan aldığını belirtmiştir (59). Eke'nin (2004) çalışmasında da, kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların ameliyat sonrası taburculuk aşamasında hastalara evde bakımlarına ilişkin yeterli bilgi verilmediği, hastaların evde bakımlarıyla ilgili pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğu ifade edilmiştir (60).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası, planlı bir taburculuk eğitimi ile hastaların evde bakımlarında daha az güçlük yaşayacağı, anksiyete düzeylerinin azalacağı ve hastaneye geri yatışların önleneyeceği belirtilmektedir (40,44,52,61). Planlı bir taburculuk eğitimi, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkilemekte ve ameliyat sonrası dönemi komplikasyonsuz geçirmelerini sağlamaktadır (40,44,46,47). Gözlemlerimiz laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk aşamasında, planlı bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı, hastaların bilgi gereksiniminin yeterince karşılanmadığı doğrultusundadır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin

saptanmasının, bu doğrultuda oluşturulacak taburculuk eğitiminin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara etkin bir taburculuk eğitimi planlanabilmesi için hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

2. KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER

2.1. Laparoskopinin Tanımı ve Laparoskopik Kolesistektominin Tarihçesi

2.1.1. Laparoskopinin Tanımı;

Günümüz cerrahi gelişmelerinden biri olan laparoskopi, girişim süresi ve hastanede yatış süresi kısa ve ameliyat sonrası komplikasyon oranı az olan bir endoskopik cerrahi yöntemdir (1,62). Endoskopi ise; üzerinde ayna, ışık ve mercek sistemi bulunan, kolayca hareket ettirilebilen endoskop cihazı ile iç boş organların ve vücut boşlukların incelenmesidir (1,62). Endoskopik cerrahi işlem, incelenen vücut bölümlerine göre isimlendirilir. Abdominal boşluğun dolayısı ile üreme sistem organlarının (overler, uterus) karaciğer ve komşu organların endoskopik olarak izlenmesine “laparoskopi” ya da diğer bir adıyla “peritoneoskopi”, kullanılan araca ise “laparoskop” denilmektedir.

2.1.2. Laparoskopik Kolesistektominin Tarihçesi;

Açık kolesistektomi ilk kez Langenbuch tarafından 1882 yılında Berlin’de gerçekleştirilmiştir. Safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisi olarak benimsenmiş ve cerrahlar tarafından aynı şekilde uygulanmıştır (11,63). Kelling 20 yıl sonra laparoskopiyi köpekler üzerinde bir sistoskop aracılığı ile gerçekleştirmiştir. 1911 yılında Jacobeus, laparoskopiyi insanlar üzerinde Stokholm’de denemiştir. 1930’larda Veress iğnesinden batın içersine karbondioksit verilmiştir. Laparoskopi, jinekolojik hastaların tedavisinde uzun süredir kullanılan bir yöntem olmakla birlikte genel cerrahide kolelitiazis, apandisit, intraabdominal adhezyonlar gibi hastalıkların tedavisinde son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Laparoskopik kolesistektomi ilk defa 1985 yılında Almanya’da E. Mühe tarafından denenmiş, bundan iki yıl sonra Fransa’da Philippe Mourette tarafından insanda safra kesesini, karnı açmadan laparoskopik yöntemle çıkarmayı başarmasıyla, açık kolesistektominin yerini almasına neden olmuştur (10,65,66).

Türkiye’de ilk laparoskopik kolesistektomi 1990 yılında Prof. Dr. Ergün Güney gerçekleştirmiştir (66). Genel cerrahi alanında laparoskopi; kolesistektomi, splenektomi, apendektomi, herni onarımı ameliyatlarında tedavi, karın bölgesine gelen darbeler sonrası değerlendirme, biyopsi alınması, ve evrelendirilmesi gibi durumlarda tanı ve tedavi amacıyla uygulanmaktadır (17,68).

Günümüz teknolojik gelişmelerine paralel olarak; mercek sistemlerinin, trokar tekniğinin, kullanılan araçların, pnömoteriumun ve video sistemin gelişmesi ile laparoskopinin çeşitli alanlarda kullanımı artmaktadır (1,11,16,64, 77).

2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulaması

Laparoskopik kolesistektomi için hasta önce monitörize edilir (EKG,kan basıncı, nabızı, oksijen saturasyonu) genel anestezi uygulandıktan sonra endotrakeal entübasyonu takiben, nazogastrik ve idrar sondası takılarak mide ve mesanesi boşaltılır. Hasta ameliyat masasına supine pozisyonda yatırılır. Cerrah ve kamera asistanı hastanın solunda, 1. asistan hastanın sağında yer alır. Umblikusun hemen altından bistüri ile 1-1.5 cm’lik küçük bir insizyon yapılır ve Veress iğnesi denilen özel bir iğne periton boşluğuna itilir. Veress iğnesinin periton boşluğuna itilen uç kısmından intestinal içerik veya kan gelip gelmediğini anlamak için enjektör yardımı ile aspirasyon yapılır, batın içine girildiğinden emin olunduktan sonra işleme devam edilir. Veress iğnesi steril bir tüp yardımıyla insüflatör’e (CO₂ tankına bağlı gaz pompalayıcı) bağlanır. İnsüflatör ile 3-4 litre CO₂ gazı verilerek karın içi ortalama 10-14 mm Hg (maksimum 15 mm Hg) olacak şekilde pnömoperitoneum yapılır. Pnömoperitoneum karın içinde gerekli manevraların yapılabilmesi ve net bir görüşün elde edilebilmesi için yeterli bir boşluğun sağlanması için uygulanır. Veress iğnesinin girdiği yerden 10 mm’lik trokar sokularak video kameraya bağlı laparoskop batına gönderilir. Laparoskop steril tüp sistemine bağlanır ve CO₂ akımı uygun basınç sağlamak için otomatiğe çevrilir. CO₂ gazı yanıcı olmaması, karın zarından kolaylıkla emildikten sonra akciğerlerden solunum yolu ile kolayca atılabilmesi ve diğer kullanılan bazı gazlara göre ucuz olması nedeniyle tercih edilmektedir. Laparoskop eşliğinde umblikus-ksifoid hattın ortasından, falsifor ligamentin sağından 10mm’lik trokar, sağ ön aksiller çizgi üzerinde umblikus hizasında 5mm’lik trokar, sağ midklaviküler çizgi üzerinde 5mm’lik trokar

yerleştirilir. Hastanın pozisyonu en iyi görüş için ayarlanır. 20⁰-30⁰ lik trandelenburg pozisyonu ve hastanın sol tarafa rotasyonu apendiksin net bir şekilde görüntülenmesini sağlar . Hastanın 10⁰-15⁰ lik ters trandelenburg pozisyonunda sola eğimi ile karaciğer ve safra kesesi net bir şekilde açığa çıkar. Trokarlardan sokulan aletlerin yardımı ile safra kesesi tutulur, önce sistik kanal sonra da sistik arter bağlanır. Safra kesesi karaciğere yapıştığı yerden endoskopik makas, koter gibi aletler yardımı ile ayrılır. Karın içinde serbest kalan safra kesesi kameranın sokulduğu göbekteki delikten ya da ksifoidin altındaki delikten çıkarılır. Eğer safra kesesi bu deliklerden çıkarılamayacak kadar büyükse ya da kese içindeki taşlar kesenin deliklerden geçmesine izin vermiyorsa, önce kesenin boyun kısmı delikten çıkarılır. Kesenin boynu açılarak içindeki safra aspire edilir. Kese yine çıkmazsa aletler yardımı ile içindeki taşlar gerekirse parçalanarak kese içi boşaltılır. Bazen kesenin çıkartılması için bu delikler hafifçe büyütülebilir (2,6,8,11,77,99).

Safra kesesi çıkarılmadan ve dolayısı ile karın içi gazın basıncı düşmeden önce endokamera ile bütün trokar girişleri kanama açısından kontrol edilir. Kese dışarı alındıktan sonra operasyon alanında kanama kontrolü yapılır ve gerektiğinde safra kesesinin karaciğerdeki yatağı serum fizyolojik ile yıkanır. Kanama kontrolü sonrası batın içerisindeki CO₂ tamamen boşaltılır. Tüm aletlerin çekilmesi gözlenir. Trokar girişlerindeki cilt kesileri kapatılarak operasyon sonlandırılır. Genellikle dren konulmaz. Ameliyat ortalama olarak 30-60 dk sürer (6,8,11).

2.3. Laparoskopik Kolesistektomiden Açık Kolesistektomiye Geçiş

Nedenleri:

Laparoskopik kolesistektomiden açık kolesistektomiye geçiş nedenleri arasında: (69,70)

- Hemoraji ,
- Safra yolu yaralanması ,
- Büyük damarların yaralanması ,
- Kolon, duodenum ve diğer organların yaralanması (diafragma gibi) ,
- Safra kesesinin delinerek safra taşlarının batın içine yayılması ,
- Safra kesesinin tutulamaması ,
- Yapışıklıklar nedeni ile diseksiyon yapılamaması ve

- Malignite, koledakta taş, genişlemiş safra kanalı veya sistik kanal,

kolesistoduodenal fistül, gibi beklenmeyen operasyon bulguları sayılabilir.

En önemli nokta ne zaman açık kolesistektomi yöntemine geçileceğinin bilinmesidir. Hasta emniyetinin bu teknikte sağlanamayacağı düşünüldüğü anda bu endikasyon konulmalı ve cerrahın bu konudaki kararı kesin olmalıdır. Cerrahın laparoskopik deneyimi arttıkça açık kolesistektomiye geçme oranının azaldığı bildirilmektedir (11). Değişik çalışmalarda laparoskopik kolesistektomi esnasında açık kolesistektomiye geçiş oranının % 5 civarında olduğu bildirilmekte en sık nedenleri safra kesesi anatomisinin açıklıkla anlaşılabilmesi, kanama, intestinal perforasyon, safra yolları yaralanmaları ve aşırı şişmanlık olarak belirtilmektedir (6, 71).

2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları

Laparoskopik kolesistektominin pek çok avantajlarının yanında bazı dezavantajları da bulunmaktadır (1,3,6,10,11,21,35,50).

2.4.1. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları

Laparoskopik kolesistektomi avantajları arasında;

- Anestezi süresinin ve hastaya verilen anestetik miktarın az olması,
- Hastanın ameliyat sonrası karın duvarındaki insizyonun küçük ve daha estetik olması,
- Ameliyat sonrası hastanın kısa süre içinde beslenmeye başlaması ve 24-48 saat içinde taburcu edilebilmesi,
- Hastane enfeksiyon riskinin düşük olması,
- Ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyon oranının düşük olması,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerine kısa sürede (1 haftada) dönebilmesi,
- Tedavi ve bakım maliyetinin az olması ve
- Hasta memnuniyetinin daha fazla olması sayılmaktadır (11,12,13,16, 17,18, 19,20).

2.4.2 Laparoskopik Kolesistektominin Dezavantajları

Laparoskopik kolesistektomi dezavantajları arasında;

- Cerrahin dokunma ve derinlik hissinin az olması,
- Kamera kontrolünün başkasında olması,
- Kanama kontrolünün daha zor olması,
- Karbondioksit bağılı komplikasyonların gelişmesi ve
- Safra yolu yaralanmalarının daha fazla olması, sayılmaktadır (6,21,65).

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi ve Sonrası Bakımlarına İlişkin Genel Bilgiler

2.5.1. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastaların hazırlık ve bakımları üç dönemde ele alınmaktadır:

1. Hastanın kliniğe kabulünden ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki

hazırlığı ve bakımı,

2. Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı ve bakımı,
3. Hastanın ameliyat günü hazırlığı ve bakımı (45,72).

2.5.1.1. Hastanın Kliniğe Kabulünden Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlığı ve Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar bir gün önce kliniğe kabul edilebileceği gibi ameliyat günü de kliniğe yatırılabilir. Planlanılmış bir ameliyat için polikliniğe başvuran hastaların laparoskopik kolesistektomi öncesi fizyolojik hazırlığı kapsamında tüm sistemlerine yönelik değerlendirmeler (kan, idrar testleri, akciğer grafisi, EKG sonuçları, anestezi ve dahiliye gibi birimlerin konsültasyonu) yapılır. Laparoskopik kolesistektomi amacıyla bir gün önce kliniğe yatırılan hastanın ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı ve bakımı hastanın psikolojik, yasal hazırlığını ve ameliyat öncesi eğitimi kapsamaktadır (45,47,72). Hastanın psikolojik hazırlığı; ameliyatın yarattığı bilinmezlik korkusunun

giderilmesi için hastanın duygularını ifade etmesine izin verilerek ve gerekli açıklamalar yapılarak anksiyete düzeyinin azaltılmasını kapsamaktadır. Yasal hazırlık olarak hastaya ameliyat izni belgesi imzalatılır (1,62,97). Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif katılması ve sorun gelişmeksizin kısa sürede iyileşmesi açısından önemlidir. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesinde, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için hastaya derin solunum, öksürük egzersizleri, yatak içinde yapacağı hareketler ve yataktan kalkma ve yürümede dikkat edilecek konularda bilgi verilir (72,73,74,75, 76).

2.5.1.2 Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi için hasta bir gün önce kliniğe yatırılmış ise; laparoskopik kolesistektomi'den önceki gece hastanın hazırlığı ve bakımında diğer ameliyat öncesi bakım ve hazırlık gibi; gastrointestinal sistem hazırlığının, anestezi hazırlığının yapılması, klinik için belirlenen kurallara uygun olarak vücut ve ameliyat bölge temizliğin yapılması ve hastanın geceyi dinlenerek ve yeterince uyuyarak geçirmesinin sağlanması yer almaktadır. Hasta ameliyat öncesi sabahı kliniğe kabul edilecekse evdeki gece hazırlığı konusunda (gece 12'den sonra besin ya da sıvı alımının kesilmesi, banyo yapması, geceyi dinlenerek ve uyuyarak geçirmesi) bilgilendirilmesi gerekmektedir (72,73,74,75,76).

2.5.1.3. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı

Hasta için yapılan ameliyat öncesi tüm hazırlıklar son kez kontrol edilir ve hastanın soruları varsa yanıtlanır. Hastanın yaşam bulguları değerlendirilir ve kaydedilir. Ayrıca hastanın ameliyathaneye gitmeden hemen önceki hazırlığı kapsamında hastanın idrarını yapması söylenir varsa öjeleri, takma dişleri, ve takıları çıkarılır. Hastanın üzerindeki her şeyi çıkarılarak ameliyathane gömleği giymesi sağlanır. Hastaya doktor isteminde belirtiler intravenöz sıvı verilir ve istem doğrultusunda premedikasyon yapılır. Hasta dosyası, hemşire gözlem kağıdı, varsa işlem sırasında verilecek olan antibiyotikle birlikte ameliyathaneye gönderilir. Hasta ailesine ameliyat süresince bekleyebilecekleri uygun yer gösterilir, hasta ile ilgili

bilgi alabilecekleri telefon numaraları ve kişilerin kim olduğu konusunda bilgi verilir (45,72,73,74,75,76).

2.5.2.Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Hasta laparoskopik kolesistektomi uygulandıktan hemen sonra ayılma odasına alınır. Hasta tamamen ayıldıktan ve yaşam bulguları stabil olduktan sonra kliniğe gönderilir. Hasta kliniğe getirildiğinde hastanın bakımının temel amacı, komplikasyonları önlemek ve kısa sürede iyleşmeyi sağlamaktır. Bu amaçla uygulanacak hemşirelik bakımında, genel ameliyat sonrası dönemdeki bakımın yanı sıra; laparoskopik kolesistektomi sonrası klinikte en sık rastlanan bulantı-kusma, abdominal, göğüs, omuz ve sırt ağrısı, abdomende gerginlik hissi ve baş dönmesi bununla birlikte daha az olarak da boğaz ağrısı, idrar yapma güçlüğü, ve kanama riskine yönelik bakım yer alır (1,77,78). İşlemden bir gün sonra herhangi bir komplikasyon gelişmezse karın bölgesinde bulunan insizyon alanlarındaki pansumanlar çıkarılarak hasta taburcu edilir.

2.5.2.1.Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyon görülme oranı %1-9 dur. Elektif olgularda mortalite %0.5'den az iken, acil girişimlerde %1-5 arasında değişmektedir. Kırsal kesimde çalışan doktorların laparoskopik kolesistektomi uygulama konusunda deneyimleri az olduğu için bu alanda yapılan laparoskopik kolesistektomi komplikasyon oranının yüksek olduğu, doktorların tecrübelerinin artmasıyla da bu oran azalmıştır (21,23).

Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları laparoskopiye ya da kolesistektomiye bağlıdır (6,11,21,23,26,42,64,65,72,80,82,83,94,95,97,98).

Laparoskopiye Bağlı Komplikasyonlar

Laparoskopiye bağlı komplikasyonlar arasında;

- Karın duvarından kanama,
- Organ ve büyük damar yaralanmaları,
- İnsizyonel herni,
- Pnömoperitoneuma ait komplikasyonlar,

- Gaz embolisi,
- Kardiyak aritmi ve arrest ,
- Yara yeri enfeksiyonu sayılmaktadır.

Kolesistektomiye Bağlı Komplikasyonlar

Kolesistektomiye bağlı komplikasyonlar arasında;

- Safra kaçağı,
- Safra yolları yaralanmaları ve striktürler,
- Arter yaralanmalar,
- Karaciğer kese yatağından kanama,
- Rezidüel safra kanalı taşı,
- Koleksiyon,
- Safra kesesinin delinmesi ve safra taşının periton boşluğuna düşmesi yer almaktadır.

Laparoskopik kolesistektomiye bağlı yukarda sayılan komplikasyonlar arasında en sık görülenler ağrı, kanama, subhepatik abse, yara yeri enfeksiyonu, safra peritoniti, insizyonel herni, safra yolu yaralanması ve safra yolu striktürüdür.

Ağrı: Laparoskopik kolesistektomi sırasında karın içinin daha iyi görülmesi için verilen CO₂ gazına bağlı omuz, sırt ve kol ağrıları olabilir. Ameliyat sırasında trokarların giriş yerlerindeki insizyonlar nedeniyle de hasta ağrı duyabilir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası ilk 48 saat insizyonel ağrının daha baskın olacağı, 2-3gün süren göğüs, sırt ve omuz ağrısı yaşanabileceği, ağrının zamanla azalacağı belirtilmektedir (26, 42, 94, 95, 99, 100, 102).

Laparoskopik kolesistektomiyi takiben görülen ağrı nedenleri arasında; peritonumun hızla şişirilmesi ile sinirler üzerinde travmatik traksiyon oluşması, abdominal duvarın travması, umblikustan safra kesesinin çıkarılması sırasında bölgenin travmaya uğraması, soğuk CO₂ uygulanması, yağlı yiyeceklerin tüketilmesi sayılabilir (94, 95).

Ameliyat sonrası genel anestezi nedeniyle mide ve bağırsakların etkilenmesine ve gaz sancısına bağlı yaşanan abdominal hassasiyet görülebilir. Ağrı stres, gerginlik, ani hareket, uygun olmayan yatış ya da oturma şekillerinden etkilenmektedir (79).

Kanama : Laparoskopik kolesistektomi sırasında Veress iğnesi ve trokar giriş yerlerinde epigastrik arter ve venlerde yaralanmalar olabilir. Büyük venöz yaralanmalarının fark edilmesi oldukça zordur. Çünkü; pnömoperitoneum sırasında abdomene verilen karbondioksitin oluşturduğu intra abdominal basınç ve hastaya verilen Trendelenburg pozisyonu nedeni ile venöz duvardaki defekt tamponlanır. İşlem sonunda intraabdominal basıncın normale dönmesi ile kanama başlayabilir ve hasta hipovolemik şoka girebilir. Damardaki klipsin gevşemesi ya da spazm gelişen damarın gevşemesi sonucunda da kanama olabilir. Bu nedenle işlem sonlandırılmadan önce büyük damarlar dikkatle incelenmelidir (21,23). Kanama, ameliyatta kanamanın kontrol altına alınamaması nedeniyle gelişebileceği gibi pıhtılaşma mekanizması bozukluğu nedeniyle de gelişebilir. Hastanın ameliyat sonrasında hızlı ve zayıf nabız, düşük kan basıncı gibi kanama belirtileri yönünden yakından izlenmesi önemlidir (72).

Subhepatik Abse: Laparoskopik kolesistektomi sonrası subhepatik absenin gelişmesinde; safra kesesinin umbilikustan çıkarılmasından hemen sonrasında serum fizyolojikle yıkanan suphepatik bölgeden sıvının tamamen aspire edilememesi, safra kesesinin çıkarılması sırasında kesenin delinmesi sonrasında safra ile birlikte küçük taşların periton boşluğuna düşmesi, işlem sonrası lenf ve peritoneal sıvının suphepatik bölgede birikmesi rol oynar. Laparoskopik kolesistektomi sırasında suphepatik bölgeye taş düşme oranı %10 dur. Ameliyat sonrasında nedeni bilinmeyen ateş varsa, karın içi enfeksiyon düşündürmelidir. Erken ameliyat sonu dönemde ciddi ağrı, distansiyon ve hastanın beden ısısının yakından izlenmesi böyle bir sorunun saptanmasında önemlidir (62, 65,80,98).

Yara yeri enfeksiyonu: Laparoskopik kolesistektomi sonrası yara enfeksiyonu daha sıklıkla safra kesesinin çıkarıldığı göbek altı insizyon bölgesinde görülmektedir. Enfeksiyon oranı % 0.5 ile %1 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalarda profilaktik antibiyotik tedavisinin yara yeri enfeksiyonunu önlemede etkili olmadığı belirtilmektedir. Enfeksiyonu belirleme yönünden hastanın ameliyat sonrası beden ısısının yüksekliği ve yara bölgesinde kızarıklık, akıntı, şişlik, ısı artışı belirtileri yakından takip edilmesi önemlidir (72,76,81,82).

Safra Peritoniti: Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra peritoniti, safra kanalı veya luschka kanalı yaralanması sonucu gelişir. En sık görülen nedeni sistik

kanal kaçağıdır. Sistik kanala uygun boyutta klip konulmaması veya klipin gevşemesi nedeniyle sistik kanal kacağı görülür. Safra peritonit belirtileri arasında ameliyattan birkaç gün sonra karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma sayılabilir (21,23,72).

İnsizyonel herni: Laparoskopik kolesistektomi sonrasında trokar giriş yerlerine bağırsak veya yağ dokusunun sıkışmasıyla insizyonel herni gelişebilmektedir. İnsizyonel herni en sık göbeğin hemen üzerinde olan insizyonlarda görülmektedir. İnsizyonel herni belirtileri ve bulguları arasında kitle, ağrı, bağırsak obstrüksiyonu sayılabilir (21,23).

Safra yolları yaralanmaları ve striktürler: Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanma oranı % 0.6 ile %1.5 arasında değişmektedir. Laparoskopik kolesistektomide görülen safra yolu yaralanma oranı açık kolesistektomide görülen yaralanma oranının yaklaşık 2 ya da 3 katıdır (64, 65, 98). Laparoskopik kolesistektomi sonrası karaciğer yatağındaki küçük safra kanallarından ya da koledak kanalındaki yaralanmaya bağlı safra sızıntısı olabilmektedir. Bu sızıntının 7 günden fazla sürmesi fistül geliştiğine işaret etmektedir. Safra yolu yaralanması geliştiğinde hastalarda ameliyat sonrası iştahsızlık, abdominal distansiyon, ağrı, ateş, sarılık gibi şikayetler görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası görülen safra yollu striktürlerinin %80'in nedeni safra yolu yaralanması ya da iskemisi olduğu belirtilmektedir. Safra yolu striktürünün %70'nin ilk 6 ay, % 80'nin ilk 1 yıl içerisinde tanımlanmaktadır (83). Safra yolu striktürü; abdominal ağrı, bulantı, kusma, ateş, halsizlik, dışkı renginde açılma, idrar renginde koyulaşma, cilt ve gözlerde sararma belirti ve bulguları ortaya çıkmaktadır.

2.5.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması

Taburculuk planı hasta bakımının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Taburculuk planlaması evde bakımın sürdürülmesi için hasta ve hasta yakınlarını hazırlamaya ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olan bir süreçtir (84). Taburculuk planlaması hizmeti alan bireyin iyileşme düzeyini artırdığı, en iyi durumda taburcu edilmesini sağladığı, hastalığa bağlı komplikasyonları azalttığı ve yeniden hastaneye yatışı önlediği yapılan

araştırmalarla saptanmıştır (44,53,61). Taburculuk planlaması dört aşamada gerçekleştirilir. Bunlar; veri toplama planlama, uygulama, ve değerlendirmedir (46,84). Veri toplama aşamasında sağlık hizmeti alan bireyin; ailesi, yaşadığı çevre, işi, geçmiş ve şimdiki sağlık durumu hakkında bilgi toplanmaktadır. Planlama aşamasında hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Hasta evine giderken iyileşme döneminde dikkat etmesi gerekenleri, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulgularını, tedavi kurumuna başvurması gereken durumlar ve daha sonraki sağlık kontrolü hakkında bilgi sahibi olabilmelidir (46,47,85). Hasta eğitimi, yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda yapılır. Hasta eğitiminde hasta ve ailesinin gereksinimlerinin, hastanın öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeyinin belirlenmesi gerekir. Öğrenme ortamının ise, öğrenmeyi destekleyecek şekilde olması önemlidir. Taburculuk planlamasının son aşaması hazırlanan planın, hasta ve ailelerin gereksinimlerini karşılama yönünden yapılacak değerlendirmeyi içermektedir. Taburculuk planlamasının değerlendirilmesi ev ziyareti, telefonla görüşme ya da bilgisayar ağı aracılığıyla sağlanabilmektedir. Telefon görüşmeleri ve ev ziyaretleri hastaların durumları ile ilgili veri oluştururken; aynı zamanda hastaların ameliyat deneyimleri ile ilgili kendilerini ifade etme olanağını, anlamadıkları ve sormayı unuttukları soruları sorma olanağını tanır. Ayrıca hastanede verilen taburculuk planlamasının sürekliliğinin sağlanması ve desteklenmesi açısından da önemlidir. Kısa süre hastanede yatan hastaların taburculuk eğitiminde sözel eğitime ek olarak yazılı bir belge verilmesi, hastaların evde bakımında gelişim sağlamaktadır (41,46,52,86,87).

Taburculuk eğitiminde, sağlık ekibi içinde hastayla en uzun süre birlikte olan hemşire anahtar kişi konumundadır. Hasta ve yakınlarının da katılımının sağlandığı interdisipliner ekip yaklaşımında, ekip üyeleri birlikte belirledikleri stratejiler doğrultusunda tedavi ve bakım uygularlar. Ekip içersinde hastayla en fazla birlikte olan hemşirenin, hasta ve yakınlarına verilecek eğitimin planlanması, uygulanması ve ekip içi koordinasyon sağlanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (45,46). İnterdisipliner ekibin birlikte çalışması eğitimin etkinliğini artırır. Bunun için ekip üyelerinin birbiriyle iletişim halinde olmaları gerekir. Ekip üyeleri arasında etkili iletişimi sağlamada kayıt önemli yer tutar (87).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası verilecek eğitimin; ağrı kontrolü, yara bakımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma, günlük işler, cinsel

yaşam, araba kullanma, çalışma yaşamına dönüş vb.), ilaç kullanımı, gelişebilecek komplikasyonlar ve doktora başvurulması gereken durumlara ilişkin bilgiler içermesi gerektiği belirtilmektedir (37,40,41,42,44,54,86,93,94,95,97,98).

1. Ağrı Kontrolü: Hastalara taburcu olduktan sonra CO₂ gazın diyafragmayı irite etmesine, trokarların giriş yerlerinde insizyonlara bağlı ağrı duyabilecekleri, ameliyat sonrası ilk 48 saat süresinde insizyonel ağrının daha baskın olacağı, 2-3gün süren göğüs, sırt ve omuz ağrısı yaşanabileceği, ağrının zamanla azalacağı, ağrının giderilmesi için doktorun önerdiği ilacı almaları ve yürüyüşler yapması gerektiği açıklanır (26,27,42,94,97).

2. Yara Bakımı: Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların abdomen de 1-1.5 cm'lik büyüklüğünde 4 insizyonu vardır. Ameliyat sonrası kullanılan dikiş materyalinin özelliğine göre cilt altından emilebilen ya da cilt üzerinde alınması gerektiren dikişler bulunabilmektedir. Dikişlerin alınması gerekiyorsa 1 hafta ya da 10 gün sonra aldırabileceği tavsiye edilmektedir. Yara iyileşmesi 20 gün kadar devam etmektedir. Hastalara yara iyileşmesinin normal süreci olarak işlemiden sonra yaklaşık 5 gün yarada kızarıklık görülebileceği, yara çevresindeki kızarıklığın 5. günden itibaren renginin açılması 12. günden sonra da beyaz renge dönüşmesi gerektiği yara yerinde ısı artışı, akıntı, kızarıklık, şişlik, ve vücut ısısında artış olması durumunda tedavi kurumuna başvurulması gerektiği açıklanır. Hastalara taburcu olduktan sonra yara iyileşmesi için; yara bölgesini temiz ve kuru tutulması, ameliyat yaranızı korumak için öksürürken ya da gülerken ameliyat olan bölgenizi küçük bir yastık ya da havlu ile desteklenmesi, banyonun duş şeklinde yapılması, yara bölgesinin ovulmaması, yara bölgesine merhem, krem gibi maddeler sürülmemesi, yara bölgesinde oluşan kabukların soymaması konularında dikkat edilmesi gerektiği açıklanır. Ayrıca yaranın iyileşmesi açısından dengeli beslenmenin önemli olduğu da belirtilir (72, 86).

3. Beslenme: Hastalara taburcu olduktan sonra dengeli beslenmenin iyileşme üzerinde etkili olduğu söylenir. Yağ oranı yüksek olan yiyecekler ağrıya neden olabileceğinden, ilk 6 hafta için az yağlı besinler almaları, sonraki haftalar için yağ oranını giderek artırabilecekleri, besinleri sık sık küçük öğünler alabilecekleri sonraki haftalarda normal beslenme alışkanlıklarını sürdürebilecekleri hastalara açıklanır. Hasta sağlıklı yara iyileşmesi için; protein, karbonhidrat, vitamin ve

mineraller belli oranlarda tüketmelidir. Hastaya gaz yaptığını bildiği yiyecekler almaması, yaşanabilecek kabızlık sorunun yara iyileşmesini süresini olumsuz etkileyebileceği açıklanır. Sıvı kısıtlaması gerektiren bir durum yoksa gün içinde bol sıvı (yaklaşık 2500cc) alınması, beslenmesinde bol sebze ve meyve tercih etmesi ve posalı gıdalar tüketilmesi gerektiği söylenir (42,86,97,98).

4. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Banyo Yapma: Hastalara taburcu olduktan bir gün sonra banyo yapabilecekleri, banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovulmaması, banyo suyunun ılık olması ve duş şeklinde banyo yapılması, ıslanmış olan yara yerinin bir pedle kurulanması gerektiği açıklanır (95).

Günlük İşler: Hastalar taburcu olup eve geldikleri zaman yatak istirahatının gerekli olmadığı, dinlenmek için ara ara uzanabilecekleri, ilk bir hafta için 5 kg üzerinde ağırlık kaldırmaması ve taşınmaması gerektiği, aşırı güç gerektiren spor ve çalışmadan uzak durması söylenir. Bayanlar için sıkı elbise giymemeleri, erkekler pantolonlarını karnının altında tutması gerektiği anlatılır (95,98).

Cinsel Yaşam: Hastalara taburcu olduktan sonra ilk 7 gün cinsel ilişkide bulunmaması gerektiği açıklanır (98).

Araba Kullanma: Hastalara taburcu olduktan sonra 3-5 gün sonra araba kullanabilecekleri söylenir (95).

Çalışma Yaşamına Dönüş: Taburcu olduktan sonra masa başı işlerde çalışan hastalara yaklaşık 2-5 gün sonra, ağır fiziksel kuvvet isteyen işlerde çalışanlara ise yaklaşık 1-2 hafta içinde çalışmaya başlayabilecekleri söylenir (26,29,42,98).

4. İlaç:Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalara verilen ağrı kesici ilacın ismi, kullandığı diğer ilaçlarla olan etkileşimi, ilacın hangi dozda, hangi sıklıkla, ne kadar süreyle, yan etkileri, hangi yolla kullanacakları ve ilaç kullanımı sırasında alınması gereken önlemler konusunda bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmelidir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara kullanılması için verilen ilaç; hastanın ağrısına yönelik ağrı kesici önerilir (86).

Ağrı Kesici: Hastalar taburcu olduktan sonra ağrılarının giderilmesi için 500 mg lık (Novalgin, Ibuprofen, Tylenol) yaklaşık 3-4 gün boyunca günde 4 kez 6 saat aralıklarla, ağızdan almaları gerektiği anlatılır. Hastalara kullandıkları başka bir ilaç varsa, ağrı gidericiyle olan etkileşme durumu açıklanır (42, 95).

5. Kontrol: Hastalara taburcu olduktan 7 gün sonra kontrole gelecekleri ve bu kontrol sırasında dikişlerinin alınacağı, ameliyat yarasının ve laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyonların değerlendirileceği açıklanır (85).

6. Gelişebilecek Komplikasyonların Belirti ve Bulguları

Hastalara taburcu olduktan sonra gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulguları olarak;

- Ağrı azalmıyor şiddeti giderek artıyor ve özelliği değişiyorsa,
- Ameliyat bölgesinde 5. günden sonra kızarıklık, şişlik, bölgesel ısı artışı, akıntı ve vücut ısısında yükselme oluyorsa,
- Bulantı ve kusma artıyor ve beslenmesini engelleniyorsa,
- Dışkının normal renkte olmayıp rengi açılıyorsa,
- 3 günden fazla ishal ya da kabızlık görülüyorsa,
- Sarılık varsa,
- Öksürük ,balgam çıkarmada zorluk ve solunum güçlüğü varsa
- Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, ağrı, idrarla ilgili renk, görünüm, kokuda değişiklikler olabileceği açıklanır (28,30,42,86,96).

Bu belirtiler görüldüğünde kontrol zamanını beklemeden hastalara tedavi kurumuna başvurması gerektiği açıklanır.

3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini saptama amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan ve araştırma yapılmasına izin veren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uygulanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde toplam 33 klinik bulunmaktadır. Bu kliniklerden 3'ünde genel cerrahi hastalarına bakım verilmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde kliniklerinden biri tadilat nedeniyle kapalı olduğundan araştırma 2 klinikte yapılmıştır. Bölüm 53, 30 yataklı ve bölüm 63, 28 yataklıdır. Bölüm 53 ve 63 de odalar 1 ya da 2 kişilik olup bu kliniklerde 9 hemşire ve 12 doktor çalışmaktadır. Hemşireler 08.00 – 16.00, 16.00 – 24.00, 24.00 – 08.00 olmak üzere 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar ameliyattan 1 gün önce ya da ameliyat günü yatırılıp ameliyattan 1 gün sonra taburcu edilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde taburculuk eğitimi kapsamında yapılan uygulamalar araştırıldığında, hastalara taburculuk sonrası bakıma ilişkin bilgilerin, taburcu olacakları gün ve bilgilerin çoğunlukla doktor tarafından verildiği, hemşirelerin hastalara planlı bir taburculuk eğitimi yapmadıkları görülmüştür. Hekim asistanların hastaların taburculuk döneminde hastaların soruları doğrultusunda günlük yaşam aktiviteleri ve kontrol zamanına ilişkin hastaları bilgilendirdikleri, aynı zamanda evde kullanacakları ilaçların reçetelerini verdikleri gözlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde Genel Cerrahi Klinik'lerinde laparoskopik kolesistektomi uygulanmış hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla Genel Cerrahi Klinik

kayıtlarından 01.09.2003 ile 01.09.2004 tarihleri arasındaki vakalar incelendiğinde 158 hastaya laparoskopik kolesistektomi yapıldığı belirlenmiştir.

Evrendeki eleman sayısını bilinmesi nedeniyle $n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d(N-1) + t \cdot p \cdot q}$ formülünden:

N =Evrendeki birey sayısı (158)

n =Örnekleme alınacak birey sayısı (?)

p =İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0.5)

q =İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p) (0.5)

t =Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri (1.96dır)

d =Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (%10 sapma 0.1 olarak) formüle uygulandığında örneklem 60 hasta olarak belirlenmiştir. 30.08.2005 tarihinde başlayarak laparoskopik kolesistektomi uygulanan, araştırmayı kabul eden, 18 yaşından büyük olan, görüşme yapmaya engel durumu olmayan ve taburcu olacak olan 60 hastaya ulaşınca kadar araştırmaya devam edilmiştir.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmada veriler, soru kağıdı kullanılarak toplanmıştır. Kullanılan soru kağıdı araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak ve gözlemlerden yararlanarak hazırlanmıştır (37,40,41,42,44,54,61,93,94,95,97,98). Soru kağıdı toplam 64 soru içermekte ve iki bölümden oluşmaktadır.

I.Bölümde: Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine yönelik 31 soru bulunmaktadır.

II.Bölümde: Hastalara laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk eğitiminde yara bakımı, ağrı kontrolü, ilaç kullanma, günlük yaşam aktivite (beslenme, banyo yapma, giyinme, yürüye bilme, cinsel yaşam,araba kullanma) sınırlılıkları, komplikasyonlar ve kontrole gelme konularına ilişkin bilgiler ve bu bilgileri veren kişilere yönelik 33 soru bulunmaktadır.

3.4.2.Soru Kağıdının Ön Uygulanması

Araştırma için hastane başhekimliğinden ve hastadan izin alındıktan sonra, soru kağıdının anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 01.07.2005 tarihinden itibaren laparoskopik kolesistektomi uygulanan toplam 6 hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre soru kağıdı üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar örneklem grubuna alınmamıştır.

3.4.3.Soru Kağıdının Uygulanması

Soru kağıdı araştırmacı tarafından 30.08.2005 tarihinde başlayarak laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarla taburculuk gününde görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kliniklerde hastalar 10:30 ile 14:00 saatleri arasında taburcu olmaktadır. Araştırmacı her gün ameliyata alınacak hastaların listesine bakıp, klinik hemşireleriyle görüşerek ameliyat olan hastaların ne zaman taburcu olacakları hakkında bilgi almıştır. Taburcu olacak hastaların isimleri öğrenilmiş ve hastaların taburcu oldukları gün taburculuk işlemleri bitirilip tüm sağlık personeliyle görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında ya da bekleme salonun da görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan sözel onay alınmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdının uygulanması ortalama 20 dk sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçları SPSS 11.5 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Soru kağıdında açık uçlu sorulara gelen yanıtlar uzman görüşü alınarak kendi içinde gruplanmış ve tablollaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve ki kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen veriler ve verilerin istatistiksel değerlendirilmesi yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.

n=60		
TANITICI BİLGİLER	Sayı	%
Yaş grupları*		
30-49 Yaş	31	51.7
50-69 Yaş	25	41.7
70 Yaş ve üzeri	4	6.6
Cinsiyet		
Kadın	49	81.7
Erkek	11	18.3
Medeni durumu		
Evli	53	88.3
Bekar	7	11.7
Eğitimi durumu		
Okur-yazar değil	3	5.0
Okur-yazar	2	3.3
İlkokul	10	16.7
Ortaokul	8	13.3
Lise	18	30.0
Fakülte- Yüksekokul	19	31.7
Çalışma durumu		
Memur	18	30.0
Emekli	16	26.7
Ev hanımı	26	43.3

Beden kitle indeksi **		
18,5-24,9 (Normal)	16	26.6
25,0-29,9 (Hafif Şişman)	21	35.0
30,0 ve + (Şişman)	23	38.4
Ailesinde safra kesesi taşı		
Bulunan	22	36.7
Bulunmayan	38	63.3
Yakın derecesi (n =22)***		
1.derece akrabalar(anne,baba,kardeş)	15	68.1
2.derece akrabalar (dayı,teyze,amca, hala vb.)	8	31.9
Tanı alma zamanı	Sayı	%
1 Yıldan önce	45	75.0
1-5 Yıl	12	20.0
5 Yıldan Fazla	3	5.0
Yakınmalar ***		(n=60)*
Ağrı ****	47	78.3
Mide bulantısı	12	20.0
Kusma	12	20.0
Gaita renginde açılma	1	1.6
İdrar renginde koyulaşma	1	1.6
İştahsızlık	4	6.6
Şişkinlik	2	3.3

*Yaşların ortalaması 49.50 olarak bulunmuştur.

**Beden Kitle İndeksi=Ağırlık – Kg / Boy – m²

*** Tabloda soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

****Karnın sağ tarafında, karnın orta kısmında, sırta vuran, belinin sağ tarafında, sağ omuzda

Tablo 4.1’de laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılım yer almaktadır.

Tablo 4.1’de örneklem kapsamına alınan hastaların %51.7’si 30-49 yaş grubunda yer aldığı ve %81.7’sinin kadın, % 88.3’ünün evli, % 31.7’sinin yüksek okul, %43.3’ünün ev hanımı olduğu görülmektedir.Hastaların BKİ ölçümlerine

bakıldığında, %73.4'ünün hafif şişman ve şişman kabul edilen grupta olduğu görülmektedir. Hastaların %36.7'sinin ailesinde safra kesesi taşı bulunduğu ve ailesinde safra kesesi taşı bulunan hastaların %68.1'inin birinci derece akraba olduğu görülmektedir. Hastaların %75'inin safra taşına yönelik 1 yıldan daha önce tanı aldığı, %78.3'ünün ağrı, % 20 'sinin bulantı ve kusma yakınması olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Hastalarda kolelitiazis hastalığı dışında sağlık sorunu bulunma durumunun, sağlık sorununun süresinin ve sağlık sorununa yönelik tedavinin dağılımı.

n =60

Safra taşı dışında sağlık sorunu	Sayı	%
Bulunan	33	55.0
Bulunmayan	27	45.0
Sağlık sorunu	(n =33)*	
Hipertansiyon	16	32.6
Troid bezi hastalığı	6	12.2
Diyabet	5	10.2
Astım	5	10.2
Gastrit	4	8.1
**Diğer	13	26.5
Sağlık sorunu süresi	(n = 33)	
1 yıldan az	5	15.1
1-5 yıl	9	27.2
6 yıldan fazla	19	57.7
Uygulanan tedavi***	(n =33)	
İlaç	28	84.8
Diyet	1	3,1

* Safra taşı dışında sağlık sorunu bulunan hasta sayısına göre soruya birden fazla cevap verildiği için n sayısı katlanmıştır ve yüzdeler bu sayıya göre alınmıştır.

**Epilepsi, kalp hastalığı,migren, kolesterol yüksekliği, miyom, bening prostat hipertrofisi

***Safra taşı dışında sağlı sorunu olan hasta sayısı 33 olup 4 hastanın tedavi almadığı belirlenmiştir, yüzdeler safra taşı dışında sağlık sorunu bulunan hasta sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.2’de hastalarda kolelitiazis hastalığı dışında sağlık sorunu bulunma durumunun, sağlık sorununun süresinin ve sağlık sorununa yönelik tedavinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2’de örnekleme alınan hastaların % 55’inde safra taşı hastalığı dışında sağlık sorunu bulunduğu , sağlık sorunu olan hastaların çoğunluğunun (%57.7) 6 yıl ve daha uzun süredir bu sorunun bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların, %32.6’sında hipertansiyon ,%12.2’sinde tiroit bezi hastalığı, %10.2’sinde diyabet ve astım, %8.1’inde gastrit olduğu ve hastaların %84.8’inin de sorunlarına yönelik ilaç aldığı görülmektedir.

Tablo 4.3.Hastaların laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumları, ameliyatın türü, zamanı, evde bakıma ilişkin bilgi alma durumları ve bilgi alınan konuların dağılımı.

n= 60

Laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat	Sayı	%
Olan	37	61.7
Olmayan	23	38.3
Yapılan ameliyat türü**	(n = 37)*	
Jinekoloji	16	43.2
Genel Cerrahi	13	35.1
Toraks ve Kalp Damar Cerrahisi	7	15.5
Ortopedi	4	8.8
Üroloji	3	6.6
Göz Cerrahisi	2	4.4
Ameliyat yapılış zamanı	(n = 37)*	
1-4 yıl önce	12	32.4
5-9 yıl önce	8	21.6
10 yıl önce	17	45.9
Evde bakıma ilişkin bilgi	(n=37)*	
Alan	13	35.2
Almayan	24	64.8

Bilgi alınan konular**		(n = 13)*
Ağrı	11	84.6
İlaç	10	76.9
Yara Bakımı	9	69.2
Günlük Yaşam Aktiviteleri	9	69.2
Kontrol	8	61.5
Beslenme	6	46.1
Sorunlar	4	30.7

*Tabloda yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

**Sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.3’de hastaların laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumları, ameliyatın türü, zamanı, evde bakıma ilişkin bilgi alma durumları ve bilgi alınan konuların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.3.’de örnekleme alınan hastaların % 61.7’sinin daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında bir nedenle ameliyat olduğu, ameliyat olanların %43.2’sine jinekolojik hastalıklara ilişkin ameliyat uygulandığı, ayrıca laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olan hastaların %45.9’un bu ameliyatı 10 yıl ve daha uzun süre öncesinde oldukları görülmektedir. Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat olan 37 hastanın %35.2’sinin ameliyata ilişkin bilgi aldığı ve bilgi alan hastaların büyük çoğunluğunun (%84.6) ağrı konusunda bilgi aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.4. Hastaların hastaneye yatmadan önce ve sonra laparoskopik kolesistektomiye yönelik bilgi alma durumları, bilgi alınan konu ve bilgi kaynaklarının dağılımı.

n=60

Hastaneye yatmadan önce		
laparoskopik kolesistektomi hakkında bilgi	Sayı	%
Alan	29	48.3
Almayan	31	51.7
Bilgi kaynakları		(n=29)*
TV, radyo, bilgisayar	10	34.4
Kitap, ansiklopedi vb.	2	6.8
Arkadaş, akraba, komşu	1	3.4
Önceki ameliyat deneyimi	7	24.1
Doktor	9	31.3
Bilgi alınan konuları		(n = 29)*
Ameliyat	13	44.8
Ameliyat ve ameliyat sonrası	13	44.8
Ameliyat öncesi dönem, ameliyat, ameliyat sonrası	3	10.4
Hastaneye yattıktan sonra		
laparoskopik kolesistektomi hakkında bilgi		(n=60)
Alan	35	58.3
Almayan	25	41.7
Bilgi alınan konular		(n=35)**
Ameliyat	27	77.1
Ameliyat ve ameliyat sonrası	7	20.0
Ameliyat öncesi dönem, ameliyat, ameliyat sonrası	1	2.9
Bilgi alınan sağlık personeli		(n=35)
Doktor	35	100.0

*Tabloda yüzdeler hastaneye yatmadan önce laparoskopik kolesistektomi hakkında bilgi alan hasta sayısına göre alınmıştır.

**Tabloda yüzdeler hastaneye yattıktan sonra laparoskopik kolesistektomi hakkında bilgi alan hasta sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.4’de hastaların hastaneye yatmadan önce ve sonra laparoskopik kolesistektomi’ye yönelik bilgi alma durumları, bilgi alınan konu ve kaynakların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.4’de örnekleme alınan hastaların hastaneye yatmadan önce laparoskopik kolesistektomi’ye yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında %48.3’ünün bilgi aldığı ve %34.4 ‘ünün bu bilgileri TV, radyo, bilgisayar yoluyla aldıkları ve alınan bilgilerin %10.4’ünün ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bakıma yönelik olduğu görülmektedir. Hastaların hastaneye yattıktan sonra laparoskopik kolesistektomi’ye yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında %58.3’ünün bilgi aldığı, alınan bilgilerin %2.9’unun ameliyat öncesi, ameliyat, ameliyat sonrası konularında olduğu ve bu bilgilerinin tamamının doktordan alındığı görülmektedir.

Tablo 4.5. Hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımına yönelik bilgi almaları gereken konularda bilgi alma durumu ve bilgi alınan sağlık personelinin dağılımı.

n=60

Evde bakıma yönelik bilgiler	Bilgi alma durumu				Bilgi alınan sağlık personeli *			
	Alan		Almayan		Doktor		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yara bakımı	51	85.0	9	15.0	51	100.0	-	-
Ağrı kontrolü	30	50.0	30	50.0	17	56.7	13	43.3
İlaç kullanımı	57	95.0	3	5.0	55	96.5	2	3.5
Beslenme	22	36.7	38	63.3	6	27.3	16	72.7
Günlük yaşam aktiviteleri	60	100	-	-	60	100.0	-	-
Banyo yapma	60	100	-	-	60	100.0	-	-
Günlük işler	7	11.7	53	88.3	6	85.7	1	14.3
Cinsel ilişki	1	1.7	59	98.3	1	100.0	-	-
İlk sağlık kontrolü zamanı	57	95.0	3	5.0	57	100.0	-	-
İlk sağlık kontrolün önemi	4	6.7	56	93.3	4	100.0	-	-
Doktora başvurulacak durumlar	-	0.0	60	100.0	-	-	-	-
Ulaşabilecekleri telefon numarası	-	0.0	60	100.0	-	-	-	-

alınmıştır.

Tablo 4.5’da hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik bilgi alınması gereken konularda bilgi alma durumu ve bilgi alınan sağlık personelinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.5’da hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik tamamının günlük yaşam aktiviteleri ve banyo, %95’inin ilaç kullanımı

ve ilk sağlık kontrolü, %85'inin yara bakımı, %50'sinin ağrı kontrolü, %36.7'sinin beslenme, %11.7'sinin günlük işler, % 6.7'sinin ilk sağlık kontrolün önemi ve %1.7'sinin cinsel ilişki konularında bilgi aldıkları görülmektedir. Ağrı kontrolü konusunda bilgi alan 30 hastanın %56.7'sinin doktordan, %43.3'ünün hemşireden; beslenme konusunda bilgi alan 22 hastanın %27.3'ünün doktordan, %72.7'sinin hemşireden; ilaĉ kullanımı konusunda bilgi alan 57 hastanın %96.5'inin doktordan, % 3.5'inin hemşireden; normal günlük aktiviteye dönülmesi gereken zaman konusunda bilgi alan 7 hastanın %85.7'sinin doktordan, %14.3'ünün hemşireden bilgi aldığı görülmektedir . Ayrıca yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, banyo yapma, cinsel ilişki, ilk sağlık kontrolü, ilk sağlık kontrolünün önemi konularında bilgi alan hastaların tamamının bilgiyi doktordan aldığı görülmektedir. Kontrol zamanından önce doktora başvurulması gereken durumlar, bu durumlarda ulaşılabilecek telefon numarası konularında hastaların tamamına bilgi verilmediği görülmektedir.

Tablo 4.6. Hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik bilgi alınması gereken konuların içeriğine ilişkin bilgi alma durumlarının dağılımı.

Hastaların evde bakımlarına yönelik bilgi almaları gereken konular	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Yara bakımı (n=51)*				
İyileşme sürecinin tanımlanması	0	0.0	51	100.0
Yara bölgesinin geriliminin önlenmesi	5	9.8	46	90.2
Dikişlerin özelliği	46	90.2	5	9.8
Banyo sırasında dikkat edilecekler	33	64.7	18	35.3
Enfeksiyondan koruma önlemleri	26	50.9	25	49.1
Enfeksiyon belirtileri	0	0.0	51	100.0
Ağrı kontrolü (n =30)*				
Ağrının tanımlanması	11	36.7	19	63.3
İlaç kullanımı	22	73.3	8	26.7
Ağrıyı artıran ve azaltan durumlar	11	36.7	19	63.3
Rahatlama teknikleri	12	40.0	18	60.0
Ağrı özelliği	1	3.3	29	96.7
İlaç (n=57)*				
İsmi	53	92.9	4	7.1
Etkisi	57	100.0	0	0.0
Kullanım sıklığı	55	96.4	2	3.6
Ne kadar süreyle kullanacağı	43	75.4	14	24.6
Yan etkisi	1	1.7	56	98.3
Beslenme (n =22)*				
İlk 6 hafta az yağlı besin alması	4	18.1	18	81.9
Sık aralarla küçük öğün beslenmesi	1	4.5	21	95.5
Bağırsak alışkanlıklarının düzenlenmesi	6	27.2	16	72.8
Gaz yapan yiyecekler almaması	16	72.7	6	27.3

Konstipasyon önlenmesi	14	63.6	8	36.4
Sıvı alım miktar	18	81.8	4	18.2
Günlük işler (n =7)*				
Yatak istirahati	1	14.3	6	85.7
Yataktan kalkarken dikkat edilecekler	2	28.6	5	71.4
Ev işlerine ne zaman başlayabileceği	7	100.0	0	0.0
Ağırlık taşıma	0	0.0	7	100.0
Spor ve çalışma	3	42.8	4	57.2
Giyilecek elbise türü	0	0.0	7	100.0
Araba kullanmaya başlama zamanı	0	0.0	7	100.0
Fiziksel kuvvet gerektiren işlere başlayabileceği	0	0.0	7	100.0
Banyo yapma *(n=60)				
Banyo zamanı	60	100.0	0	0.0
Duş şeklinde banyo	42	70.0	18	30.0
Yara yerinin keselenmemesi ve ovulmaması	32	53.3	28	46.7
Banyo suyunun ılık olması	29	48.3	31	51.7
İlk sağlık kontrol zamanı *(n=57)				
Kontrol gelme zamanı	57	100.0	0	0.0
Kontrole gelmenin önemi	4	7.1	53	92.9
Kontrolde yapılacak değerlendirmeler	0	0.0	57	100.

* Tabloda yüzdeler evde bakıma yönelik bilgi alan hasta sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.6’de hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik bilgi alınması gereken konuların içeriğine ilişkin bilgi alma durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.6’de örnekleme alınan hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda yara bakımı konusunda 51 hastanın bilgi aldığı , bilgi alan hastaların %90.2’sinin ameliyat dikişinin özelliğine, %64.7’sinin banyo sırasında dikkat

edilecekler, %50.9'unun enfeksiyondan korunma önlemlerine yönelik bilgi aldığı ayrıca yara bakımı konusunda bilgi alan hastaların hiçbirisinin iyileşme sürecinin tanımlanmasına yönelik bilgi almadığı görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda ağrı kontrolü konusunda 30 hastanın bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %73.3'ünün ağrı kontrolünde ilaç kullanımına, %40'ın rahatlatma tekniklerine, %36.7'sinin ağrının tanımlanmasına, ağrıyı artıran ve azaltan durumların belirlenmesine yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda 57 hastanın ilaç kullanımı konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %92.9'unun ilacın ismine, %96.4'ünün kullanım sıklığına, %75.4'ünün ne kadar süreyle kullanılacağına ve hastaların tamamının ilacın etkisine yönelik bilgi aldığı, hastaların çoğunluğunun (% 98.3) ilacın yan etkisi konularında bilgi almadığı görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda beslenme konusunda 22 hastanın bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %81.8'inin sıvı alım miktarı, %72.7'sinin gaz yapan yiyecekleri almaması konusunda, %63.6'sının kabızlığın önlenmesi, %27.7'sinin bağırsak alışkanlıkların düzenlenmesi, %18.1'inin ilk 6 hafta az yağlı besinler alınması ve %4.5'inin sık aralarla küçük öğünler şeklinde beslenilmesine yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda günlük yaşam aktivitelerine ilişkin hastaların tamamının bilgi almasına rağmen, günlük işler konusunda 7 hastanın bilgi aldığı ve bu bilgi alan hastaların tamamının ev işlerine, %42.8'inin spor ve çalışmaya ne zaman başlayacağına, %28.6'sının yataktan kalkarken dikkat edecekleri konulara ve %14.3'ünün cinsel aktivite ve yatak istirahatine yönelik bilgi aldığı, hastalara ağırlık taşıma, araba kullanmaya ve fiziksel kuvvet gerektiren işlere başlama zamanı konularında bilgi verilmediği görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda banyo yapma konusunda hastaların tamamının bilgi aldığı ve bilgi alan hastaların %70'inin banyonun duş şeklinde yapılmasına, %53.3'ünün yara yerinin keselenmemesine ve ovulmamasına, %48.3'ünün banyo suyunun ılık olmasına ve hastalarının tamamının banyonun ne zaman yapılacağına yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımda ilk sağlık kontrolü konusunda 57 hastanın bilgi aldığı ve bilgi alan hastaların tamamının kontrole gelme zamanına yönelik bilgi aldığı, bununla birlikte hastaların hiçbirisinin kontrolde yapılacak değerlendirmeler konusunda ve %92.9'unun kontrole gelmenin önemine yönelik bilgi almadığı görülmektedir.

Tabloda görülmemekle birlikte laparoskopik kolesistektomi sonrası hiçbir hastaya kontrol zamanından önce doktora başvurulması gereken durumlar ve ulaşılabilecek telefon numarasına yönelik bilgi verilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

Hastaların cinsiyetine göre laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, beslenme, kontrole gelme zamanına yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.1$) (Ek Tablo 1-2-3-4-5) fakat cinsiyetinin ilk kontrolün önemi konusunda bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı bulunmuştur ($p<0.1$) (Ek Tablo 6).

Hastaların yaş gruplarının laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, beslenme, kontrol zamanı ve ilk kontrolün önemine yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($p>0.1$) (Ek Tablo 7-8-9-10-11-12).

Hastaların laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat olma durumlarının laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, kontrol zamanı ve ilk kontrolün önemine yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($p>0.1$) (Ek Tablo 13-14-15-17-18).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hastaların tanıtıcı özellikleri ve taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerine ilişkin tartışmalar yer almaktadır

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tartışmalar

Çalışmamızda örneklem kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun (%81.7) kadın, %51.7'sinin 30-49 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 49.50 olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Yaş ve cinsiyet ile safra kesesi taşı oluşumu arasında ilişkinin incelendiği çalışmalarda; her iki cinste yaşın ilerlemesi ile taş oluşum sıklığının arttığı, erişkinlerde yaklaşık %10'unda safra taşı bulunduğu ve kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat fazla görüldüğü ve buna bağlı olarak kadınlara uygulanan laparoskopik kolesistektomi oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (49,90,92). Matthew ve arkadaşları laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların %68'inin kadın ve yaş ortalamalarının 58 olduğunu ve benzer şekilde Inan ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada örnekleme alınan hastaların %64.2'sinin kadın ve yaş ortalamasının 51.9 olduğunu saptamışlardır (99,101). Çalışmamızda elde edilen bulgular bu çalışmalarda yer alan bilgilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğunun (%73.4) BKİ değerlerinin normalin üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Obezite ile safra kesesi taşı oluşumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; obezite ve yüksek kolesterolü beslenmenin safra kesesi taşları oluşumunda önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (6, 90). Çalışmamızdaki hastaların BKİ değerinin yüksek olması, bu hastalarda fazla kilonun safra kesesi taşı gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir.

Çeşitli kaynaklarda safra kesesi taşına bağlı yakınmaların ağrı, mide bulantısı, kusma, gaita renginde açılma, idrar renginde koyulaşma, iştahsızlık, abdominal distansiyon olduğu belirtilmektedir (52,53,54,55,56,57,81,94,95,99). Safra kesesi taşı olan hastalarda ağrıların genellikle yemeklerden 2-3 saat sonra, gece uykudan uyandıran sırta doğru yayılan biller kolik ataklar şeklinde olduğu ve ağrının sağ üst veya epigastrik bölgede şiddetlendiği belirtilmektedir. Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun (%78.3) ağrı yakınması,

%20'sinin mide bulantısı ve kusması olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Çalışmamızda safra taşına bağlı olarak saptanan yakınmalar literatürde yer alan safra taşına bağlı yakınmalar ile benzerlik göstermektedir

Çalışmamızda, hastaların %55'inin başka bir sağlık sorunu bulunduğu, sağlık sorunu bulunan hastaların %32.6'sının hipertansiyonu olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). 6. Ulusal Hipertansiyon Böbrek Hastalıkları Kongresi'nde açıklanan araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon görülme yüzdesi %31.8'dir (94). Çalışmamızdaki bulguların ülkemiz için belirlenen hipertansiyon yüzdesi ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %61.7'sinin laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat oldukları ve ameliyat olan hastaların %43.2'sinin jinekolojik hastalıklara yönelik ameliyat olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.). Jinekolojik hastalıklara yönelik ameliyat oranının fazla olmasının nedeni; safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat olan hastaların %81.7'sinin kadın olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4.1). Laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olan hastaların evde bakımlarına ilişkin aldıkları bilgileri, laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerini etkileyebileceği düşünülmüştür. Laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olup evde bakımlarına yönelik bilgi alma (%35.2) bakımından istatistiksel farklılık yaratmadığı görülmüştür (Tablo 4.3., Ek Tablo 13-14-15-17-18).

Ameliyat sonrası hasta ve ailenin gereksinimleri belirlenerek, bu gereksinimler doğrultusunda interdisipliner ekip tarafından taburculuk eğitiminin planlanması büyük önem taşır. Hasta ve ailesinin gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan taburculuk eğitiminin, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkilediği ve ameliyat sonrası dönemi komplikasyonsuz geçirmelerini sağladığı bilinmektedir. Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara planlı taburculuk eğitimi verdiği çalışmasında, eğitim verilen hastaların taburculuk sonrası ağrı, defekasyon, solunum ve yara yeri problemlerini daha az yaşadıklarını belirtmektedir (44). Bizim çalışmamızda safra kesesi dışında ameliyat olan hastaların, bu ameliyatlara ilişkin %64.8'inin bilgi almamış olması safra kesesi ameliyatı sonrası bakımlarına ilişkin bilgilerini etkilemeyeceğini göstermektedir.

5.2.Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Tartışmalar

Çalışmamızda, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların hiçbirinin doktora başvurulması gereken durumlar ve bu durumlarda ulaşabilecek telefon numaralarına yönelik bilgi almadığı, hastaların %36.7'sinin beslenme, %11.7'sinin günlük işler, %6.7'sinin ilk sağlık kontrolünün önemi, %1.7'sinin cinsel ilişki konularında bilgi aldığı saptanmıştır. Hastaların taburculuk aşamasında çok az bir kısmının evde bakıma yönelik bilgi aldığı ve alınan bilgi içeriğinin yeterli olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5.). Hastaların çoğunluğuna (%85) yara bakımı konusunda bilgi verildiği, bilgi verilen bu hastaların yarısına enfeksiyondan korunmaya yönelik bilgi verildiği halde, hiçbirine enfeksiyon belirtileri ve yara iyileşmesi konularında bilgi verilmediği görülmüştür (Tablo 4.6.). Casja ve arkadaşları (2003); laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların yaraların iyileşme süreci ve enfeksiyon belirtileri konularında bilgi gereksinimleri olduklarını belirtmiştir (42). Knudsen (1996) laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara yara bakımına ilişkin yeterli bilgi verilmediğini (%30) ifade etmiştir (57). Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi sonrası hastaların çoğunluğunun (%87.5) yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi olduğunu ve verilen taburculuk eğitimi ile hastaların yara problemini daha az yaşadıklarını belirtmiştir (44). Çalışmamızda yara iyileşmesi konusunda hastaların çoğunluğuna bilgi verildiği halde bu verilen bilgilerin içeriğinin yeterli olmadığı ve bu da hastaların yara iyileşme sürecinde sorun yaşayabileceklerini düşündürülebilir.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların en çok yakınmaları ağrı olduğu halde, çalışmamızda sadece hastaların yarısına ağrı kontrolü konusunda bilgi verildiği ve ağrı kontrolü konusunda verilen bilginin çoğunlukla ağrı giderici ilaç kullanımına (%73.3) yönelik olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.,Tablo 4.6.). Cosan (1996) hastaların laparoskopik kolesistektomi uygulandığı gün ve ameliyat sonrası ilk gün ağrı kesici ihtiyacı olduğunu fakat ağrının ameliyattan sonra bir hafta da sürebileceğini, hastaların özellikle birinci gün omuz ağrıların olduğunu ve %13'ünün yedinci günde bile omuz ağrıların devam ettiğini belirtmiştir (26). Casja (2003) laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların üç gün ile bir hafta kadar ağrıların süreceğini ve bazı hastalarda özellikle sağ omuzda ağrı olduğunu ifade

etmiştir (42). Hastaların ağrı kontrolü konusunda bilgilendirilmemeleri günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına, acı çekmelerine hatta tekrar hastaneye yatmalarına neden olabilmektedir (26,27,42,94,97).

Çalışmamızda ilaç kullanımı konusunda hastaların% 95'inin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların sadece %1.7'sinin ilacın yan etkisi konusunda bilgi almış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Nancy (1998) taburculuk sonrası hasta eğitiminde hastaların daha çok tanı ve tedavi ile ilaçlar konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemiştir (105). Bizim çalışmamızda yer alan hastaların diğer sağlık sorunlarına yönelik (hipertansiyon, troit bezi hastalıkları, diyabet, astım, gastrit) aldıkları ilaçlar olabileceğinden hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası önerilen ağrı giderici ilacın yan etkisi ve diğer ilaçlarla olan etkileşimi konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Hastalara taburculuk eğitiminde ilaçlarla ilgili bilgi vermede hemşirelerin de sorumluluklarının olmasına karşın çalışmamızda bu bilgilerin çoğunluğunun (%96.5) doktor tarafından verildiği belirlenmiştir (Tablo4.5.). Yapılan çalışmalar da bizim bulgumuza benzer şekilde ilaçlar konusunda bilgilerin genellikle doktor tarafından verildiğini göstermektedir (59,60). Doktor tarafından hastaya verilen ilacın ismini, etkisini, yan etkilerini, kullanma sıklığını ve dozunu hemşireler taburculuk aşamasında hastaya açıklamalıdır. İlaç konusunda hastaya doktor tarafından verilen bilginin hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmelidir. King (2004) yaptığı çalışmada, hemşirelerin farmakolojik bilgisinin yetersiz olduğunu, hemşirelerin farmakolojiyle ilgili bilgi eksiklikleri giderildiğinde ilaç uygulamalarında ve hastaların ilaç kullanımı eğitiminde daha etkin olacaklarını belirtmektedir (105).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %36.7'sinin beslenme konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların büyük çoğunluğunun (%81.8)sıvı alımı konusunda, %18.1'inin ilk 6 hafta az yağlı besinler alınması ve %4.5'inin sık aralarla küçük öğünler beslenme konusunda bilgi aldığı görülmektedir. Taburculuk aşamasında beslenme konusunda bilgilerin çoğunlukla (%72.7) hemşire tarafından verilmiştir. Hemşirelerin bu konuda daha fazla bilgi vermesinin hastaların hastanede bulundukları sürede beslenme konusunda hastaların soruları rol oynamış olabilir (Tablo4.5., Tablo4.6).

Aytur (2001) laparoskopik abdominal cerrahi sonrasında hastaların en fazla aktivite konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmiştir (44). Çalışmamızda hastaların tamamının banyo konusunda bilgi aldığı, hiçbir hastaya ağırlık taşımaya, fiziksel kuvvet gerektiren işlere ve araba kullanmaya başlama zamanı konularında bilgi verilmediği belirlenmiştir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların günlük işler konusunda bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Lithner ve arkadaşları (2000) kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; hastaların %96'sının taburcu olurken hastalıklarının nedeni ve gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (106). Çilingir'in (2004) günlük cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmasında ise, hastaların %72.2'sinin evde yaşanabilecek sorunlara ve bu sorunların çözümlerine ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesini istediklerini saptamıştır (58). Ancak çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi uygulanan hiçbir hastaya doktora başvurulacak durumlar ve bu durumlarda ulaşılabilecek telefon numarası konularında bilgi verilmediği görülmektedir. Hastaların evde karşılaşılabilecekleri sorunların neyi ifade ettiğini ve nereye başvuracaklarını bilmemeleri, hastaların anksiyete yaşamalarına ve hastaneye tekrar başvurmalarına neden olabilmektedir (Tablo 4.5).

Literatürde laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk aşamasında hastaların evde bakımına yönelik olarak yara bakımı, ağrı, ilaç kullanımı, beslenme, doktora başvurulması gereken durumlar, kontrol konularında bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (26,42,44,55,56,57,58). Çalışmamızda yara bakımı, ağrı kontrolü, ilaç kullanımı, beslenme, günlük aktivite, ilk sağlık kontrolü ve önemi konularında bilgi verilmekle birlikte, bu bilgilerin içeriğinin yetersiz olduğu ve hiçbir hastaya doktora başvurulacak durumlar konusunda bilgi verilmediği belirlenmiştir. (Tablo4.5, Tablo4.6) Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara evde bakımlarına yönelik planlı ve etkin bir taburculuk eğitiminin yapılmaması, hastaların evde bakımlarında sorun yaşamalarına, iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesine, komplikasyon gelişmesine ve hastaneye tekrar yatışlara neden olabileceğini düşündürebilmektedir. Literatürde, laparoskopik kolesistektomi sonrası bulantı kusma nedeniyle hastaneye tekrarlı yatış olduğu, abdominal distansiyon, ishal görüldüğü, bu hastalara özel diyet uygulandıktan 6. ve 7. günlerden sonra sorunların

giderildiği belirtilmektedir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastanın yaşayacağı yukarıda sayılan bu sorunların önlenmesinde planlı bir taburculuk eğitiminin önemli rolü olacağı açık şekilde görülmektedir.

Çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik olarak yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, ilk sağlık kontrolü konularında bilgi alan hastaların tamamının ve diğer konularda bilgi alan hastaların çoğunluğunun doktordan, hastaların çok az bir kısmının ağrı kontrolü, ilaç kullanımı, beslenme, günlük işler konularında hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo4.5). Çilingir (2004) çalışmasında günlük cerrahideki hastaların %83.9'unun hekimden tıbbi tedavi hizmeti, hemşireden ise %89.1'inin bakım ve %78.3'ünün günlük cerrahi süreciyle ilgili bilgilendirilme hizmeti beklediklerini belirtmiştir (58). Çalışmamızdaki bulgular hemşirenin taburculuk planlamasında hastayı bilgilendirmede (yara bakımı, ağrı kontrolü, ilaç, beslenme, günlük yaşam aktiviteler, gelişebilecek sorunlar, ve belirtiler, sağlık kontrol konularında) diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde sorumluluklarını yerine getirmesi gerekirken, eğitimde yok denecek kadar az yer aldığı görülmektedir.

Çalışma sonuçlarımız; taburculuk aşamasında hastaların yeterince bilgilendirilmediği, hastalara bu sınırlı bilginin çoğunlukla doktor tarafından verildiğini, hastaların aldıkları bilgi içeriğinin yeterli olmadığını göstermiştir. Taburculuk eğitiminde ekip yaklaşımının olmadığı ve hemşirenin etkin bir şekilde yer almadığı belirlenmiştir. Hasta bakımından sorumlu kişi olan hemşire taburculuk eğitimin planlanılmasında ekip üyeleri arasında ve ekip üyeleri ile hasta arasında koordinasyonu sağlayan kişidir. Hemşirenin sağlık hizmetinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici alanların hepsinde önemli sorumluluklarından biri olan eğitim fonksiyonunu hastaların taburculuk aşamasında yeterince yerine getiremediği belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Hastaların %51.7'sinin 30-49 yaş grubunda, %81.7'sinin kadın, %88.3'ünün evli, %31.7'sinin yüksek okul mezunu ve %43.3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Hastaların BKİ ölçümlerine bakıldığında, %73.4'ünün hafif şişman ve şişman kabul edilen grupta olduğu, %36.7'sinin ailesinde safra kesesi taşı bulunduğu ve ailesinde safra kesesi taşı bulunan hastaların %68.1'inin birinci derece akraba olduğu saptanmıştır (Tablo4.1.).

6.1.2. Hastaların %75'inin safra taşına yönelik 1 yıldan daha önce tanı aldığı, %78.3'ünün ağrı, % 20 'sinin bulantı ve kusma yakınması olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

6.1.3. Hastaların % 55'inde safra taşı hastalığı dışında sağlık sorunu olduğu, safra taşı dışında sağlık sorunu olan hastaların %32.6'sında hipertansiyon olduğu ve hastaların %57.7'sinin 6 yıl ve daha uzun süredir safra taşı dışında sağlık sorunu yaşadığı ve hastaların %84.8'inin de sorunlarına yönelik ilaç aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.).

6.1.4. Hastaların % 61.7'sinin daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında bir nedenle ameliyat olduğu, ameliyat olanların %43.2'sine jinekolojik hastalıklara ilişkin ameliyat uygulandığı, ayrıca laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olan hastaların %45.9'un bu ameliyatı 10 yıl ve daha uzun süre öncesinde oldukları, daha önce ameliyat olan hastaların %35.2'sinin ameliyata ilişkin bilgi aldığı ve bilgi alan hastaların %84.6'sının ağrı konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.3.).

6.1.5. Hastaneye yatmadan önce hastaların %48.3'ünün laparoskopik kolesistektomi'ye yönelik bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %34.4 'ünün bu bilgileri TV, radyo, bilgisayar yoluyla aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.4.).

6.1.6.Hastaneye yattıktan sonra hastaların %58.3'ünün laparoskopik kolesistektomi'ye yönelik bilgi aldığı, alınan bilgilerin %77.1'inin ameliyat konusunda olduğu ve bu bilgilerin tamamının doktor tarafından verildiği saptanmıştır (Tablo 4.4.).

6.1.7. Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik hastaların tamamının günlük yaşam aktiviteleri ve banyo, %95'inin ilaç kullanımı ve ilk sağlık kontrolü, %85'inin yara bakımı, %50'sinin ağrı kontrolü, %36.7'sinin beslenme, %11.7'sinin günlük işler, % 6.7'sinin ilk sağlık kontrolünün önemi, %1.7'sinin cinsel ilişki konularında bilgi aldıkları ve hastaların hiçbirine kontrol zamanından önce doktora başvurulması gereken durumlar, bu durumlarda ulaşılacak telefon numarası konularında bilgi verilmediği saptanmıştır (Tablo 4.5.).

6.1.8.Laparoskopik kolesistektomi sonrası evde bakıma yönelik hastaların tamamının yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, banyo yapma, cinsel ilişki, ilk sağlık kontrolü, ilk sağlık kontrolünün önemi konularında bilgiyi doktordan aldığı, ağrı konusunda bilgi alan hastaların %43.3'ünün, beslenme konusunda bilgi alan hastaların %72.7'sinin, ilaç kullanımı konusunda bilgi alan hastaların % 3.5'inin, normal günlük aktiviteye dönülmesi gereken zaman konusunda bilgi alan hastaların %14.3'ünün hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

6.1.9. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %85'inin yara bakımı konusunda bilgi verildiği, bilgi verilen hastaların büyük çoğunluğunun (%90.2) ameliyat dikişinin özelliğine yönelik bilgi aldığı, yara bakımı konusunda bilgi alan hastaların yarısına enfeksiyondan korunmaya yönelik bilgi verildiği halde hastaların hiçbirine enfeksiyon belirtileri ve yara iyileşmesi konularında bilgi verilmediği saptanmıştır (Tablo 4.5., Tablo4.6.).

6.1.10.Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların yarısının ağrı kontrolü konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların büyük çoğunluğunun (%73.3) ağrı giderici ilaca ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.6.).

6.1.11. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %95'inin ağrı giderici ilaç kullanımı konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının ilacın etkisine, %92.9'unun ilacın ismine, %96.4'ünün kullanım sıklığına, %75.4'ünün ne kadar süreyle kullanılacağına yönelik bilgi aldığı ancak hastaların çoğunluğunun (% 98.3) ilacın yan etkileri konularında bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 4.5., Tablo4.6.).

6.1.12. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %36.7'sinin beslenme konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %81.8'inin sıvı alım miktarı, %72.7'sinin gaz yapan yiyecekler ve %63.6'sının konstipasyonun önlenmesi konularında bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.5., Tablo 4.6.).

6.1.13. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %11.7'sinin günlük yaşam aktiviteler içinde yer alan günlük işler konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %42.8'inin spora ve çalışmaya ne zaman başlayacağına yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.5., Tablo 4.6.).

6.1.14. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların tamamının banyo yapma zamanına yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.6.).

6.1.15. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların %95'inin ilk sağlık kontrolü konusunda bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının kontrole gelme zamanına yönelik bilgi aldığı, hastaların hiçbirisine kontrolde yapılacak değerlendirmeler, %92.9'una kontrole gelmenin önemi konusunda bilgi verilmediği saptanmıştır (Tablo 4.5., Tablo 4.6.).

6.1.16. Hastaların cinsiyetine göre laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, beslenme, kontrole gelme zamanına yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.1$) (Ek Tablo 1-2-3-4-5).

6.1.17. Hastaların cinsiyetine göre laparoskopik kolesistektomi sonrası ilk kontrolün önemi konusunda bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.1$) (Ek Tablo 6).

6.1.18. Hastaların yaş gruplarının laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, beslenme, kontrol zamanı ve ilk kontrolün önemine yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($p>0.1$) (Ek Tablo 7-8-9-10-11-12).

6.1.19. Hastaların laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat olma durumlarının laparoskopik kolesistektomi sonrası yara bakımı, ağrı, kullanılacak ilaç, kontrol zamanı ve ilk kontrolün önemine yönelik bilgi alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($p>0.1$) (Ek Tablo 13-14-15-17-18).

6.1.20. Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat olan hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası beslenme konusuna yönelik bilgi alma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu ($p<0.1$) (Ek Tablo 16).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; hastalara taburculuk aşamasında ameliyat sonrası bakımlarına ilişkin yeterli bilgi verilmediği, hastaların bakımlarıyla ilgili pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğu, hastaların aldığı sınırlı bilgiyi çoğunlukla doktordan aldığı, taburculuk eğitiminde hemşirenin yeterince yer almadığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Yatıştan itibaren taburculuk planı yapılarak bu kapsamda evde bakıma yönelik eğitimin interdisipliner ekip yaklaşımıyla verilmesi, bu amaçla görsel ve işitsel eğitim araçlarının (kitapçık, broşür, video kaset vb.) geliştirilmesi,

6.2.2. Hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin bir şekilde yer almamasının nedenlerinin araştırılması ve temel hemşirelik eğitimlerinde kazanılan hasta eğitimine ilişkin bilgi ve becerileri geliştirmek, yinelemek amacı ile sürekli hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yavuz, M., Laparoskopik Günöbirlik Cerrahi Uygulamaları, Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları, İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, 10-11, 1999.
2. Schwesinger, W.H., Diehl, A.K., Changing İndication For Laparoscopic Cholecystectomy, Surg. Clin. Of North America, Laparoscopic Surgery 76, 3, 459-493, 1996.
3. Dudley, N.E., Harrison, B.J., Comparision of Open Posterior Versus Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy, British Journal of Surgery, 86, 5, 656-660, 1999.
4. Swanstrom, L.L., Jobe, B., et al., Esophageal Motility and Outcomes Following Laparoscopic Paraesophageal Hernia Repair and Fundoplication, The American Journal of Surgery, 177, 5, 359-363, 1999.
5. Çeti, M., Çeti, A., Arslan, M., Taşyurt, A., İnfertil Kadınlarda Tubal Açıklığın Değerlendirilmesinde Histerosalpingografi ve Laparoskopinin Karşılaştırılması, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 10, 3, 177-179, 1999.
6. Uğur, M., Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanmasında Erken ve Geç Dönem Komplikasyonlar, Genel Cerrahi A.B.D., Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2002.
7. Berke, E., Açık ve Kapalı Kolesistektomilerde Cerrahi Strese Karşı Endokrin Cevap ve Solunum Fonksiyonları Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Genel Cerrahi A.B.D., Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1995.
8. Jones, D.B., Laparoscopic Cholecystectomy, Laparoscopic Surgery Principles and Procedures, Quality Medical Publishing, 127-144, 1997.
9. Rattner, D., Beyond the Laparoscope: Minimally İnvasive Surgert in The New Millennium, Surgery, 1, 125, 1999.
10. Park, A., Schwartz, R., Tandan, V., et.al., Laparoscopic Pancreatic Surgery, American Journal of Surgery, 177, 2, 158-163, 1999.
11. Avcı, C., Videolaporoskopik Kolesistektomi, Kalaycı, G., (ed) Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 763-773, 2002.

12. Grace, P. A., Quereshi, A., Coleman, J., Reduced Postoperative Hospitalization After Laparoscopic Cholecystectomy, *Br.J.Surg.*, 78,160-162, 1991.
13. Johson, A. G., Reduced Postoperative Hospitalization After Laparoscopic Cholecystectomy, *Br.J.Surg.*,76,1019, 1991.
14. Bresadola, F., Pasqualucci, A., Donini, A., et.al., Elective Transumbilical Compared with Standard Laparoscopic Cholecystectomy, *European Journal Surgical* , 165, 29-34, 1999.
15. Arozullah, M., Ferreira, M., Bennett, R., et. al., Racial Variation in Use Laparoscopic Cholecystectomy in the Department of Veterans Affairs Medical System, *American College of Surgeons* , 188,6,604-622,1999.
16. Fletcher, D., Fracs, M., Valinsky, L., et. al., Complications of Cholecystectomy: Risks of the Laparoscopic Approach and Protective Effects of operative Cholangiography, *Annals of Surgery* ,229,4,449-457,1999.
17. Ricci, M., Puente, O., Shapiro, K., et. al., Open and Laparoscopic Cholecystectomy in Acquired Immunodeficiency Sydrom: Indications and Results in Fifty-three Patient, *Surgery*, 125,2,172-177, 1999.
18. Keulemans, Y., Eshuis, J., Wit, T., & Gouma, D.J., Laparoscopic cholecystectomy : day-care versus clinical observation, *Annals of Surgery*, 6, 734-740, 1998.
19. Willsher, P.C., Urbach, G., Cole, D., Schumacher, S., Litwin, D.E.M., Outpatient Laparoscopic surgery, *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 68, 769-773, 1998.
20. Beal, K.L., Dues, G.A., Intraoperative advances: Laparoscopic cholecystectomy, *Seminars in Preoperative Nursing* 1, 96-202, 1992.
21. Altun, H., Laparoskopik Kolesistektomi' de Görülen Komplikasyonlar ve Komplikasyon Gelişimini Etkileyen Faktörler, *Genel Cerrahi A.B.D., Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Ankara*, 2002.
22. Larson, G. M., Vitale, G. C., Cosey, J., Multipractice Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy in 1,983 Patients, *Am.J.Surg.*, 163, 221-226, 1992.

23. Erol, H. S., Elektif Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Komplikasyonlar ve Bunların Tanı Yöntemleri, Genel Cerrahi A.B.D., Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, 2000.
24. Carol, E.H., Scott-Conner, M.D., Laparoscopic Gastrointestinal Surgery. Med.Clin.N.Am., 86,1401-1422, 2002.
25. Young, J., & O'Connell, B., Recovery Following Laparoscopic Cholecystectomy in Either a 23 hour or an 8 hour Facility, Journal of Quality in Clinical Practice, 21, 2-7, 2001.
26. Cason, C., Seidel, L., & Bushmaier, M., Recovery from Laparoscopic cholecystectomy procedures. Official Journal of the Association of Operating Room Nurses, 6, 1099-1116, 1996.
27. Hession, M., Factor Influencing Successful Discharge After Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy, Journal of Perianesthesia Nursing, 1, 11-15, 1998.
28. Singleton, R.J., Rudkin, G.E., Osborne, G.A., Watkins, D.S., & Williams, J.A.R., Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedures, Anaesthesia and Intensive Care, 22, 231-236, 1996.
29. Fleming, W.R., Mitchell, L., Douglas, M., Audit of Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy, Australian and New Zealand Journal of Surgery, 70, 423-427, 2000.
30. Hollington, P., Toogood, G.J., Padbury, R.T.A., A Prospective Randomized Trial of Day-Stay Only Versus Overnightstay Laparoscopic Cholecystectomy, Australian and New Zealand Journal of Surgery, 69, 841-843, 1999.
31. Coll, A.M., Torrance, C., Fine Tuning the Day Surgery, Ambulatory Surgery, 7, 3, 155-157, 1999.
32. Friend, B., The Difference A Day Makes, Nursing Times, 95, 9, 26-28, 1999.
33. Beyea, S.C., Nicoll, L.H., Evaluating Patient Care Programs, AORN Journal, 71, 1, 228-231, 2000.
34. Yavuz, M., Dramalı, A., Pediatrik Günöbirlik Cerrahide Hasta ve Ailesinin Taburculuğa Hazırlanması ve Taburcu Edilme Kriterleri, Hemşirelik Formu, 1, 6, 266-269, 1998.

35. _____ Ambulatory Surgical Centers' Utilization Report (2004), Available from www.in.gov/isdh/regsuc/acc/asc/2004.htm accessed 27.07.2006
36. Mitchell, M., Patients' Perceptions of Day Surgery: A Literature Review, *Ambulatory Surgery*, 7,2,65-73,1999.
37. Oetker-Black, S., Teeters, D., Cukr, P., Rininger, S., Self-Efficacy Enhanced Preoperative Instruction, *AORN J.* Nov. 66,854-864, 1997.
38. Brigman, S., Anderberg, B., Heikkinen, T., Nyberg, B., Peterson, E., Hansen, K., Ramel, S., Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy. A Prospective Study With 100 Consecutive Patients, *Ambulatory Surgery* 9,983-986,2001.
39. Kaplan, H., Yalaz, S., Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Hemşirelik Yüksekokulu, Ege Üniversitesi, İzmir, 1999.
40. Lemone, R., Burke, K.M., *Medical Surgical Nursing*, 1501-1510,1998.
41. Keinbeck, M., Hoffart, T., Outpatient Recovery After Laparoscopic Choleystectomy, *AORN Journal*,60,3,394-402, 1994.
42. Cajsa, B., Kim, L., Anderberg, B., Nordstrom, G., Patients' Experiences of Laparoscopic Choleystectomy in Day Surgery, 12,253-259,2003.
43. Dai, Y., Chang, Y., Hsieh, C., Tai, T., Effectiveness of a Pilot Project of Discharge Planning in Taiwan, *Research in Nursing&Health*, 26, 53-63, 2003.
44. Aytur, T., Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir,2001.
45. Craven, R.F., Hirnle, C.J., *Fundamentals of Nursing Human Health and Function: Perioperative Nursing*, 4th Edition., Lippincott, Philadelphia,2002.
46. Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A., *Community Health Nursing*, Delmar Publishers, Albany, 1996.
47. Neighbors, M., Monohan, F.D., *Medical Surgical Nursing in the Home*, Saunders Company, New York, 2002.
48. Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., Eilgsti, D.G., *Comprehensive Health Nursing*, 5th Edition, Mosby, USA, 1998.

49. Barbara, K.B., Monitoring Ambulatory Patients After Surgery, Aorn Journal ,67, 6, 1151,1998.
50. Warner, İ.,Telehealth İn Home Care Practice, Jona, 28,6,3-6,1998.
51. Yılmaz, M., Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi , Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000.
52. Lithner, M., Zilling, T., Pre and Postoperative Information Needs, Patient Education and Counseling, 40,29-37,2000.
53. Burngarner, S.D., Evans, M.L., Clinical Care Map for The Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy Patient, Journal of Perianesthesia Nursing 14,1,12-16,1999.
54. Kaar, J.,The RN First Assistant's Role in a Laparoscopic Choleystectomy, Aorn Journal, 70,3,455-460, 1999.
55. Burden, N., Patient and Family Education in The Ambulatory Surgery Setting , Semin Perioperatif Nursing 3,3,145-152,1994.
56. Talamini, M.A. Outpatient Laparoscopic Choleystectomy : Patient and Nirsing Perspective, Surgial Laparoscopy Endoscopy&Percutaneus Techniques 9,85,333-337,1999.
57. Knudsen, V.J., An Audit for Day Surgery Carers, Journal of One- Day Surgery, 5,5-9, 1996.
58. Çilingir,D., Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
59. Aydoğan, N., Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi hastalıkları Hemşireliği Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
60. Eke, P., Hastaların Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Bakımlarına İlişkin Bilgileri, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.

61. Johansson, F., Leina-Kilpi, H., Salanterä, S., ve ark., Need for Change in Patient Education: Finish Survey From The Patient's Perspective, Patient Education and Counselling, 51, 239-245, 2003.
62. Lewis, M.S., Collier, C.I., Heitkemper, M.M., Medical Surgical Nursing, 4th Edition, Mosby, 1153-1155, 1299, 1540, 1996.
63. Dubois, F., Berthelot, G., Levard, h., Laparoscopic Cholecystectomy: Historical Perspective and Personal Experience, Surg. Laparosc. Endosc., 1, 52-57, 1991.
64. Avcı, C., Laparoskopik Kolesistektomi, Ergüney S.(ed), Güncel Cerrahi Tedavi , İstanbul ,Avrupa Tıp Kitapçılık, 1139-1145, 2001.
65. Jones, D.B., Laparoscopic Cholecystectomy, Laparoscopic Surgery Principles and Procedures, Quality Medical Publishing, 127-141, 1997.
66. Deveney, K.E., The Early Experience With Laparoscopic cholecystectomy in Oregon, Arch. Surg. 128, 627-632, 1993.
67. Bora, S., Saydam, S., Özman, İ., Füzün, M., Gülay, H., Soylu, M., Laparoskopik Kolesistektominin İlk 6 Aylık Sonuçları, Klin. Den. Cer. Derg., 1, 213-215, 1993.
68. Silecchia, G., Fantini, A., Raparelli, L., et.al., Management of Abdominal Lymphoproliferative Diseases in The Era of Laparoscopy. The American Journal of Surgery, 177, 4, 325-330, 1999.
69. Ihasz, M., Hung, C.M., Regoley- Merei, J., Fazekas, T., et.al., Complications of Laparoscopic Cholecystectomy in Hungary: A multicentre study of 13833 Patient, Eur. J. Surg., 163, 267-274, 1997.
70. Lee, V.S., Chari, R.S., Cucchiaro, G., Meyers, W.C., Complication of Laparoscopic Cholecystectomy, Am. J. Surg., 165, 527-532, 1993.
71. Fred, M.G., Barkum, J.S., Sigman, H., Factors Determining Conversion to Laparotomy in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy, Am. Journ. Surg., 167, 35-41, 1994.
72. Erdil, F., Elbaş, N.Ö., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2. Baskı, Ankara, 1997.
73. Berman, A., Synder, S., Kozier, B., Erb, G., Techniques in Clinical Nursing , 2002.
74. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Neurosurgery Perioperative Nursing Consideration, Brunner and Suddarh's Text Book of Medical and Surgical Nursing, Lippincott , 1996.

75. Tucker, S.M., Canabbio, M.M., Paquette, E.V., Wells, M.E., Patient Care Standarts, sixth edition, Mosby USA,1996.
76. Kawalski, M.T., Rosdahl, C.B., Wound Care, Textbook of Basic Nursing Eight Edition, 780-790, 2003.
77. Yavuz, M., Günöbirlik Cerrahi Hastalıkların Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlenmesi ,Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi ,İzmir 1998.
78. Brockway, P.M., The Ambulatory Surgical Nurse, Nursing Clinics North America 32,2,387-3384.1997.
79. Keskin, A., Bostanoğlu,Ş., Atalay, F., Akoğlu, M., ve ark., Laparoskopik Kolesistektomi : 1270 olgunun analizi, End- Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi 3,168-171,1996.
80. Akın, M.L., Erenoğlu, C., Filiz, E., Batkın, A., Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşan intraoperatif minör komplikasyonların tedavisi , End- Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi 5,91-95,1998.
81. Harling,R., Moorjani, N., Perry, C.,MacGowan, A.P.,Thompson, M.H., A Prospective, Radndomised Trial of Prophylactic Antibiotics Versus Bag Extraction in The Prophylaxis of Wound İnfection in Laparoscopic Choleystectomy, Ann. R.Coll.SURG.Engl. 82,408-410, 2000.
82. Tocchi, A., Lepre, L.,Costa,G.,Liotta, G.,Mazzoni, G.,Maggiolini, F., The Need for Antibiotic Prophylaxis in Elective Laparoscopic Choleystectomy: A Prospective Randomized Study, Arch Surg., 135,67-70,2000.
83. Malazgirt, Z., Özen, n., Özkan, K., İatrojenik Bilier Striktürler, Cerrahi Tıp Bülteni, 71-75, 1992.
84. Clemen, S., McGuire, S.L., Eilgsti, D.G., Comprehensive Health Nursin, Mosby, New York, 1998.
85. Postoperative Education That Works, AORN Journal, 67,5-23,1998.
86. Canobbio, M.M., Mosby's Handbook of Patient Teaching, Missauri, 183-190, 1996.
87. London, F.,How The Prepare Families For Disharge in The Limited Time Available, Pediatric Nursing, 3,212-216,2004.

88. Ehrenfeld, M., Nursing and Home Care in Europe, *İnt. Nurs. Rev.*, 45,2,61-64,1998.
89. Chewitt, M., Fallis, W.M., Suski, M.C., The Surgical Hotline, *JONA* 27,12,42-49, 1997.
90. Baykan, D., Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Ankara, 1997.
91. Aran, Ö., Safra Yolları Hastalıkları, Sayek İ(ed). *Temel Cerrahi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 1293-1310, 1996.
92. Hipertansiyon Görülme Oranı , Türk Kardiyoloji Derneği [online] <http://www.tkd.org.tr> [03.08.2006]
93. Vicki, J.Fox., Postoperative Education That Works, *Association of Operating Room Nurses, AORN Journal*, 67,5,1010-1017,1998.
94. Alexander ,J.I., Pain After Laparoscopy, *British Journal of Anaesthesia*, 79,3,369-379,1997.
95. Calland, J.F., Tanaka, B.A., et.al., Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy: Patient Outcomes After Implementation of a Clinical Pathway ,*Annals of Surgery* 233,5,704-715, 2001.
96. Oetker-Black, S., Teeters,D., Cukr,P.,Rininger,S.,Self-Efficacy Enhanced Preoperative Instruction, *AORN Journal*66,854-864,1997.
97. Inan, A.,Sen,M., Dener, C., LOCAL Anesthesia Us efor Laparoscopic Cholecystectomy, *World J. Surg.* 28,741-744, 2004.
98. Carol, E.H., Scott-Conner, M.D., Laparoscopic Gastrointestinal Surgery, *Med Clin. N. America.*,1401-1422,2002.
99. Kaar, J., The RN FirstAssistant's Role in a Laparoscopic Cholecystectomy, *AORN Journal*, 70,455-460, 1999.
100. Lee, I.O., Kim, S.H., Kong, M.H., et.al., Pain After Laparoscopic Cholecystectomy: The Effect and Timing of Incisional and İntraperitoneal Bupivacaine, *Can. J. Anaesth.*,48,545,2001.
101. Matthew, L., David, L.C., Jonathan, R.H., Edward, H.P.,Symptoms Before and After Laparoscopic Cholecystectomy for Gallstones, *The American Surgeon*, 70,10,863-867, 2004.

102. Karadeniz, Ü., Erdemli, Ö., Ünver S., Yaşıtlı, H., Ayoğlu, Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Postoperatif Ağrı Tedavisinde İntraperitoneal Bupivakain Enjeksiyon ve İnfüzyonu, *Anestezi Dergisi*, 11,3,226-230, 2003.
103. Güneş, P., Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi , Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Sivas, 2001.
104. Nancy, L., Wasson,D., Anderson,M., et.al., Asurvey of Patient Education Postdisharge, *Journal of Nursing Care Quality* , 13,1, 63-70, 1998.
105. King,R.L., Nurses' Perceptions of Their Pharmacology Educational Needs, *Journal of Advanced Nursing*, 45,4,392-400,2004.
106. Lithner, M., Zilling,T.,Pre and Postoperative Information Needs, *Patient Education and Ageing*, 29,3-4,2000.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1975 yılında Kayseri’de doğmuştur. İlkokulu çeşitli illerde, ortaokul ve liseyi Ankara’da tamamlamıştır. Üniversite öğrenimini 1995-2000 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda yapmıştır.

Araştırmacı 2001-2005 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi’nde Çocuk Acil Poliklinliğinde acil hemşiresi olarak çalışmış ve 2005 Kasım ayı itibariyle halen görev yaptığı Hacettepe Çocuk Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğünde Supervisor olarak görevlendirilmiştir.

EK 1**LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI HASTALARIN
EVDE BAKIMLARINA İLİŞKİN BİLGİLERİ****SORU KAĞDI**

Soru Kağıdı No :

Hastanın Yattığı Klinik :

Hasta Protokol No :

Hastanın Adı ve Soyadı :

Yatış Tarihi :

Ameliyat Tarihi:

Taburculuk Tarihi :

I. SOSYODEMOGRAFIK ve TANITICI BİLGİLER

1. Doğum Tarihi :

2. Cinsiyeti : () Kadın () Erkek

3. Boy :

4. Kilo :

5. Medeni Durumunuz : () Evli () Bekar

6. Eğitim Durumunuz :

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur- yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Yüksek okul \ Üniversite mezunu

7. Mesleğiniz – İşiniz

- a) Öğrenci
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Emekli
- e) Ev Hanımı

8. Safra taşı (kolelitiazis) teşhisi ne zaman konuldu ?
9. Hangi şikayetlerle başvurdunuz ?
10. Hastalığınızın ne olduğu size açıklandı mı ? () Evet () Hayır (12.soruya geçin)
11. Cevabınız evet ise ; kim tarafından açıklandı
12. Ailenizde başka safra kesesi ameliyatı olan var mı ? () Evet () Hayır (14. soruya geçin)
13. Cevabınız evet ise ; yakınlık derecesi nedir ?
- a) Anne
- b) Baba
- c) Kardeş
- d) Diğer.....
- 14.Safra taşı dışında başka bir hastalığınız var mı ? () Evet () Hayır(16. soruya geçin)
15. Cevabınız evet ise ;
- Hastalık :
- Süresi :
- Uygulanan Tedavi :
16. Safra kesesi ameliyatı dışında başka bir ameliyat oldunuz mu ?
- ()Evet () Hayır (21.soruya geçin)
17. Bu ameliyatta ne yapılmıştı ?
18. Bu ameliyat ne zaman yapılmıştı ?
19. Daha önce yapılan ameliyata ilişkin evde bakımınızla ilgili bilgi verilmiş miydi?
- () Evet () Hayır (21. soruya geçin)
- 20.Cevabınız evet ise ; size daha önce yapılan ameliyattan sonra evde bakımınızla ilgili olarak hangi bilgiler verilmişti ?
- a) Yara bakımı
- b) Ağrı
- c) İlaç
- d) Günlük yaşam aktiviteleri
- e) Beslenme

- f) Sorunlar
- g) Kontrol

21.Hastaneye yatmadan önce , safra kesesi ameliyatı ile ilgili herhangi bir yerden yada kişiden bilgi almış mıydınız ?

() Evet () Hayır (24.soruya geçin)

22.Hastaneye yatmadan önce ,safra kesesi ameliyatıyla ilgili olarak hangi bilgi \bilgiler e sahiptir ?

- Ameliyat öncesi dönemle ilgili olarak : Ameliyata hazırlık aşamasında yapılanlar....

- Ameliyata ilişkin ; Ameliyat yöntemi , süresi, ameliyathane ortamı

- Ameliyat sonrası ilgili olarak ; Beslenme ,yara bakımı, ağrı kontrolü, ilaçlar, egzersiz, kontrol, sorunların önlenmesi...

23. Hastaneye yatmadan önce , safra kesesi ameliyatı ile ilgili olarak bu bilgileri nerden elde etmişiniz ?

- a) Kitap, Dergi
- b) TV, Radyo,
- c) Internet
- d) Diğer...

24. Ameliyatınızdan önce hastanede bulunduğunuz süre içinde ,safra kesesi ameliyatı ile ilgili herhangi bir kişiden bilgi aldınız mı?

() Evet () Hayır (27.soruya geçin)

25.Ameliyatınızdan önce hastanede bulunduğunuz süre içinde ,safra kesesi ameliyatı ile ilgili olarak hangi bilgi \ bilgiler verildi ?

- Ameliyat öncesi dönemle ilgili olarak : Ameliyata hazırlık aşamasında yapılanlar....

- Ameliyata ilişkin ; Ameliyat yöntemi , süresi, ameliyathane ortamı

- Ameliyat sonrası ilgili olarak ; Beslenme ,yara bakımı , ağrı kontrolü, ilaçlar, egzersiz, kontrol, sorunların önlenmesi...

26. Ameliyatınızdan önce , hastanede bulunduğunuz süre içinde , safra kesesi ameliyatı ile ilgili olarak bu bilgileri kimden aldınız ?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

27. Hastaneden taburcu olacağınız ne zaman bildirildi?

28. Hastaneden taburcu olacağınız kim tarafından bildirildi ?

29. Bu safra kesesi ameliyatınıza ilişkin evde bakımınızla ilgili bilgi verildi mi? () Evet () Hayır (32.soruya geçin)

30. Cevabınız evet ise ;bu ameliyatınıza ilişkin evde bakımınızla ilgili olarak hangi bilgi/ bilgiler verildi mi?

- a) Yara bakımı
- b) Ağrı
- c) İlaç kullanımı
- d) Beslenme
- e) Günlük yaşam aktiviteleri
- f) Komplikasyonlar
- g) Kontrol

31. Safra kesesi ameliyatınıza ilişkin evde bakımınızla ilgili bu bilgi / bilgiler kim tarafından verildi ?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

II. TABURCULUK AŞAMASINDA VERİLEN BİLGİLER VE BİLGİLERİN VEREN KİŞİLER

A-) YARA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİLER

32. Ameliyat bölgenizin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi verildi ? () Verildi () Verilmedi (35.soruya geçin)

33. Cevabınız verildi ise: ameliyat bölgenizin iyileşebilmesi için dikkat edilmesi gereken hangi bilgi yada bilgiler verildi ?

a) Ameliyat yerinde yara yüzeyleri 24-48 saat içinde birleşmesi gerektiği

b) İlk 5 gün yara gerilim gücü düşük olduğundan ameliyat bölgesini desteklemesi ve

7-10 gün içinde de daha güçlenmiş pembe renkli yeni doku oluşması gerektiği.

c) Ameliyat bölgenizde kullanılan ipliklerin tipine göre emilebilen dikişlerin alınması gerekmediği ,dikişleriniz alınması gerekiyorsa bir hafta sonra alınması gerektiği.

d) Banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği .

e) Ameliyat bölgesinin enfeksiyondan korunması için temiz tutulması gerektiği .

f) Yara iyileşmesini hızlandırmak için düzenli beslenerek sebze, meyve ve proteinden zengin besinler alınız.

34. Ameliyat bölgenizin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi ?

a) Doktor

b) Hemşire

c) Diyetisyen

d) Diğer.....

35. Ameliyat yaranızla ilgili olarak dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?

() Verildi (İlk 4 gün yara bölgenizde kızarıklık, ısı artışı, şişlik, ağrı olabileceği sonraki günlerde ameliyat bölgenizde kızarıklık ve şişlik oluşursa,dikiş yerinde azalması beklenen ağrı azalmazsa giderek artarsa ,gülme , öksürme, hareket

ederken akıntı olursa, ateşiniz olursa ameliyat yaranızda enfeksiyon (mikrop) gelişmiş olabileceğinden doktora başvurulması gerektiği.)

() Verilmedi (37.soruya geçin)Ameliyat yaranızla ilgili olarak dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi yada bilgiler size kim tarafından verildi?

36. Ameliyat yaranızla ilgili olarak dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi yada bilgiler size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

AĞRI KONTROLÜNE İLİŞKİN SORULAR

37. Ağrınız olduğunda ne yapmanız gerektiği konusunda bilgi verildi mi?

() Verildi () Verilmedi (40.soruya geçin)

38. Cevabınız verildi ise ; ağrınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili olarak hangi bilgi yada bilgilere sahiptir ?

a) Ameliyat sonrası genel anestezi nedeniyle mide ve bağırsakların etkilenmesi ve gaz sancısına bağlı 3 gün karında hassasiyet yaşanabileceği bunu azaltmak için sık sık yürüyüş yapılması gerektiği.

b) Ağrınız olmasa da önerilen ağrı kesicinizi düzenli alınması ağrınız başladıktan sonra alacağınız ağrı kesici hemen ağrınızı geçirmeyeceği düzenli olarak ağrı kesici almanız ağrı yaşamınızı önleyecektir.

c) Ağrınızı artıran ve azaltan durumları belirleyip ağrınızı artıran durumlardan kaçınılması gerektiği.

d) Ağrıyı azaltmada; hoşunuza giden bir uğraşla ilgilenme , müzik dinleme,yürüyüş yapma, birisiyle konuşma gibi sizi rahatlatan tekniklerden yararlanılması gerektiği.

e) Ağrı kesici ilacı almanız ve diğer tekniklerden yararlanmanıza rağmen ;ağrınız azalmıyorsa ,şiddeti giderek artıyorsa ,her zamanki ağrınızdan farklı özellik gösteriyorsa randevu gününü beklemeden polikliniğe \ acile başvurulması gerektiği.

39. Ağrınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?
- a) Doktor
 - b) Hemşire
 - c) Diyetisyen
 - d) Diğer.....

İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLER

40. Hastaneden taburcu olduktan sonra hangi ilacı kullanmanız gerektiği konusunda bilgi verildi mi?

() Verildi () Verilmedi (43.soruya geçin)

41. Hastaneden taburcu olduktan sonra kullanmanız gereken ilaçla ilgili olarak hangi bilgi yada bilgiler verildi ?

İlacın adı (Novalgin, Parol).....İlacın etkisi (ağrı kesici).....Hangi sıklıkla kullanacağı (altı saatte bir).....Ne kadar süreyle kullanacağı (üç gün) İlacın yan etkisi.....

42. Hastaneden taburcu olduktan sonra hangi ilacı kullanmanız gerektiği ve ilaçla ilgili bilgi yada bilgiler kim tarafından verildi ?

- a. Doktor
- b. Hemşire
- c. Diyetisyen
- d. Diğer

BESLENMEYE İLİŞKİN BİLGİLER

43. Beslenmenizle ilgili bir düzenleme (özel bir diyet) var mı ?

() Evet () Hayır(45.soruya geçin)

44. Var ise ; diyetinizin özelliği nedir?

- a. Diyabetik diyet
- b. Ülser diyeti
- c. Kolesterol ve yağdan fakir diyet
- d. Zayıflatıcı diyet
- e. Diğer.....

45. Taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenlerle ilgili bilgi verildi mi?

() Verildi () Verilmedi (48.soruya geçin)

46. Cevabınız verildi ise ; taburcu olduktan sonra beslenmenize ilişkin hangi bilgi yada bilgiler verildi?

a. Yüksek yağlı yiyecekler ağrıya neden olabileceğinden, ilk 6 hafta için az yağlı besinler ,sonraki haftalar için yağ oranını giderek artırılması gerektiği.

b. Az yağlı ,yüksek karbonhidratlı, yüksek proteinli besinleri sık sık az öğünler şeklinde alınabileceği , sonraki haftalarda normal beslenme alışkanlığının sürdürülmesi gerektiği .

c. Bağırsak alışkanlığınızı kolaylaştırmak ve yara iyileştirmesini hızlandırmak için ; sebze ve meyvelerden zengin (domates,salatalık,portakal,elma..), proteinden zengin (et,peynir,..) besin alınması gerektiği.

d. Gaz yaptığını düşündüğünüz ve bildiğiniz yiyeceklerden (kuru fasulye, süt, nohut, lahana...) kaçınılması gerektiği.

e. Normal yaşantınızda kabızlık durumu yaşıyorsanız bu dönemde şikayetlerinizin artmaması için bol sıvı ve posalı (yeşil yapraklı sebzeler,portakal,kuru kaysı,erik..) gıdalar alınması gerektiği.

f. Günde en az 2,5 litre=12-14 bardak (herhangi bir kalp , böbrek hastalığı vb haricinde) sıvı alınması gerektiği.

47. Taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a. Doktor
- b. Hemşire
- c. Diyetisyen
- d. Diğer

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

48. Eve döndüğünüzde ne zaman banyo yapabileceğiniz hakkında bilgi verildi mi?

() Verildi (Ne zaman.....)

() Verilmedi (50. soruya geçin)

49. Eve döndüğünüz de ne zaman banyo yapabileceğinizi size kim söyledi ?

a. Doktor

b. Hemşire

c. Diyetisyen

d. Diğer.....

50. Banyo yaparken dikkat etmeniz gerekenlere ilişkin hangi bilgi yada bilgiler verildi?

a. Yara yerinin keselenmemesi, ovulmaması gerektiği

b. Banyo suyunun ılık olması gerektiği

c. Ayakta duş alınması gerektiği

51. Banyo yaparken dikkat etmeniz gerekenlere ilişkin bilgiler size kim tarafından verildi?

a. Doktor

b. Hemşire

c. Diyetisyen

d. Diğer.....

52. Taburcu olduktan ne kadar zaman sonra cinsel ilişkiye başlayabileceğiniz konusunda bilgi verildi mi?

() Verildi (Yedi gün sonra)

() Verilmedi (54. soruya geçin)

53. Taburcu olduktan ne kadar zaman sonra cinsel ilişkiye başlayabileceğinizi size kim tarafından söylendi ?

a. Doktor

b. Hemşire

c. Diyetisyen

d. Diğer.....

54. Eve döndüğünüzde dikkat etmeniz gereken aktivitelere ilişkin hangi bilgi yada bilgiler verildi?

- a) Eve geldiğiniz zaman yatağınızda bir süre dinlenebilir, yatağınızdan sandalyeye yada koltuğa geçerek oturabilir, ev içinde yürüye bilirsiniz.
- b) Yataktan kalkarken dirsek yada kolunuzdan destek alarak ayaklarınızı yatağınızın kenarına sarkıtarak yatakta oturabilirsiniz.
- c) Olasılıkla 2 gün içinde normal aktiviteye dönülmesi gerektiği
- d) İlk 1 hafta için 5 kg üzerinde ağırlık kaldırmaktan kaçınılması gerektiği
- e) İlk 1 hafta için spor ve çalışmadan uzak durması gerektiği
- f) Bayanlar için beli sıkı elbise giyilmemesi, erkekler pantolonlarını karınlarının altına indirerek giymeleri gerektiği
- g) İlk 3-5 gün sonra araba kullanabileceği
- h) İlk 2 hafta ağır fiziksel kuvvet gerektiren işten uzak durulması gerektiği

55. Eve döndüğünüzde dikkat etmeniz gereken aktivitelere ilişkin bilgi yada bilgiler size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

KONTROLLERE İLİŞKİN SORULAR

56. Taburcu olduktan sonra ilk kontrole ne zaman geleceğiniz konusunda bilgi verildi mi?

- () Verildi (Bir hafta sonra)
- () Verilmedi(58.soruya geçin)

57. Kontrol zamanına ilişkin bu bilgi size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

58. Kontrole gelmeniz sizin için neden önemli olduğu konusunda bilgi verildi mi?

() Verildi (Açıklarmısınız.....ameliyat yarasının değerdendirilmesi, ağrının değerdendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerine uyumun değerdendirilmesi)

() Verilmedi (60.soruya geçin)

59. Kontrollerin önemine ilişkin bu bilgi size kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

60. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi verildi mi?

() Verildi

() Verilmedi (63.soruya geçin)

61. Cevabınız verildi ise ;hangi konuda bilgi yada bilgiler verildi?

- a) Bulantı ve kusmanız artıyorsa ,beslenmeniz engelleniyorsa
- b) İlk 4 gün sonra ameliyat yerinizde şişlik, akıntı, kızarıklık , açılma, ve ateşiniz varsa,
- c) Ameliyattan sonra ilk üç gün ağrınız olabileceği ama ağrınız azalmıyor şiddeti giderek artıyor ve özelliği değişiyorsa
- d) Dışkınız normal renkte olmayıp , açılmaya başlaması
- e) 3 günden fazla ishal veya kabızlığınız uzarsa
- f) Sarılık
- g) Kilo kaybı
- h)  ks r ğ n z ,balgam çıkarmada zorluğunuz ve solunum g  l ğ n z varsa
- ı) Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ,ağrı, idrarınızla ilgili renk, görünüm, kokuda değişiklik olursa

62. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

63. Kontrole gelmeden önce doktora başvurmanız gereken durumlar olduğunda ulaşabileceğiniz bir telefon numarası ve kiminle görüşebileceğiniz konusunda bilgi verildi mi?

() Verildi () Verilmedi

64. Cevabınız verildi ise ; bu bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Diyetisyen
- d) Diğer.....

EK 2 EK TABLOLAR

Ek Tablo 2.1 Hastaların cinsiyetine göre ameliyat yaraları ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	Ameliyat yaraları ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	42	85.7	7	14.3
Erkek	9	81.8	2	18.2
TOPLAM	51	85.0	9	15.0

P=0.7444 $X^2=0.107$

Ek Tablo 2.2. Hastaların cinsiyetine göre ameliyat sonrası ağrı konusunda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	Ameliyat sonrası ağrı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	23	46.9	26	53.1
Erkek	7	63.6	4	36.3
TOPLAM	30	50.0	30	50.0

P=0.317 $X^2=1.002$

Ek Tablo 2.3. Hastaların cinsiyetine göre ilaç kullanımı konusunda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	İlaç kullanımı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	46	93.9	3	6.1
Erkek	11	100.0	0	0
TOPLAM	57	95.0	3	5.0

P=0.400 $X^2=0.709$

Ek Tablo 2.4. Hastaların cinsiyetine göre beslenmede dikkat edilecekler konusunda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	Beslenmede dikkat edilecekler konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	14	29.2	34	70.8
Erkek	8	36.3	14	63.7
TOPLAM	22	20	48	80

P=0.400 $X^2=0.709$

Ek Tablo 2.5. Hastaların cinsiyetine göre ameliyat sonrası ilk kontrol zamanını konusunda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	Ameliyat sonrası ilk kontrol zamanı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	46	93.9	3	6.1
Erkek	11	100.0	0	0.0
TOPLAM	57	95.0	3	15.0

P=0.400 $X^2=0.709$

Ek Tablo 2.6. Hastaların cinsiyetine göre ameliyat sonrası ilk kontrollün önemi konusunda bilgi alma durumu.

Cinsiyet	Ameliyat sonrası ilk kontrollün önemi konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	1	2.0	48	98.0
Erkek	3	27.3	8	72.7
TOPLAM	4	6.7	56	93.3

P=0.002 $X^2=9.192$

Ek Tablo 2.7. Hastaların yaş grubuna göre ameliyat yaraları ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Ameliyat yaraları ile ilgili dikkat edilmesi gereken konularda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	24	77.4	7	22.6
50-69 Yaş	24	96.0	1	4.0
70-89 Yaş	3	75.0	1	25.0
TOPLAM	51	85.0	9	15.0

P=0.130 $X^2 = 4.083$

Ek Tablo 2.8. Hastaların yaş grubuna göre ameliyat sonrası ağrı konusunda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Ameliyat sonrası ağrı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	14	45.2	17	54.8
50-69 Yaş	15	60.0	10	40.0
70-89 Yaş	1	25.0	3	75.0
TOPLAM	30	50.0	30	50.0

P=0.318 $X^2 = 2.290$

Ek Tablo 2.9. Hastaların yaş grubuna göre ameliyat sonrası ilaç kullanımı konusunda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Ameliyat sonrası ilaç kullanımı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	29	93.5	2	6.5
50-69 Yaş	24	96.0	1	4.0
70-89 Yaş	4	100.0	0	0.0
TOPLAM	57	95.0	3	5.0

P=0.818 $X^2 = 0.401$

Ek Tablo 2.10. Hastaların yaş grubuna göre beslenmede dikkat edilecekler konusunda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Beslenmede dikkat edilecekler konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	12	38.7	19	61.3
50-69 Yaş	10	40.0	15	60.0
70-89 Yaş	0	0.0	4	100.0
TOPLAM	22	36.7	38	63.3

P=0.288 $X^2 = 2.491$

Ek Tablo 2.11. Hastaların yaş grubuna göre ameliyat sonrası ilk kontrol zamanını konusunda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Ameliyat sonrası ilk kontrol zamanı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	28	90.3	3	9.7
50-69 Yaş	25	100.0	0	0.0
70-89 Yaş	4	100.0	0	0.0
TOPLAM	57	95.0	3	5.0

P=0.228 $X^2 = 2.954$

Ek Tablo 2.12. Hastaların yaş grubuna göre ameliyat sonrası ilk kontrollün önemi konusunda bilgi alma durumu.

Yaş grubu	Ameliyat sonrası ilk kontrollün önemi konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
30-49 Yaş	3	9.7	28	90.3
50-69 Yaş	1	4.0	24	96.0
70-89 Yaş	0	0.0	4	100.0
TOPLAM	4	6.7	56	93.3

P=0.600 $X^2 = 1.023$

Ek Tablo 2.13. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası yara bakımı konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Yara bakımı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	32	86.5	5	13.5
Olmayan	19	82.6	4	6.7
TOPLAM	51	85.0	9	15.0

P=0.683 $X^2 = 0.167$

Ek Tablo 2.14. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası ağrı kontrolü konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Ameliyat sonrası ağrı kontrolü konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	18	48.6	19	51.4
Olmayan	12	52.2	11	47.8
TOPLAM	30	50.0	30	50.0

P=0.791 $X^2 = 0.071$

Ek Tablo 2.15. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası ilaç kullanımı konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Ameliyat sonrası ilaç kullanımı konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	34	91.9	3	8.1
Olmayan	23	100.0	0	0.0
TOPLAM	57	95.0	3	5.0

P=0.161 $X^2 = 1.963$

Ek Tablo 2.16. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası beslenme konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Ameliyat sonrası beslenme konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	10	27.0	27	73.0
Olmayan	12	52.2	11	47.8
TOPLAM	22	36.7	38	63.3

P=0.049 $X^2 = 3.862$

Ek Tablo 2.17. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna göre ameliyat sonrası kontrol konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Ameliyat sonrası kontrol konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	36	97.3	1	2.7
Olmayan	21	91.3	2	8.7
TOPLAM	57	95.0	3	5.0

P=0.300 $X^2 = 1.072$

Ek Tablo 2.18. Daha önce laparoskopik kolesistektomi dışında ameliyat olma durumuna ameliyat sonrası kontrolün önemi konusunda bilgi alma durumu.

Laparoskopik kolesistektomi dışında daha önce ameliyat	Ameliyat sonrası kontrolün önemi konusunda bilgi			
	Alan		Almayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Olan	3	8.1	34	91.9
Olmayan	1	4.3	22	95.7
TOPLAM	4	6.7	56	93.3

P=0.570 $X^2 = 0.322$