

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI
HASTALARIN BİLGİ VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

FATMA TARGAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2019

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI
HASTALARIN BİLGİ VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

FATMA TARGAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ayla YAVA

GAZİANTEP

2019



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Fatma TARGAN** tarafından hazırlanan “**Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi**” başlıklı 25.07.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

**Tez Danışmanı:
(Jüri Başkanı)**

Prof. Dr. Ayla YAVA
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Jüri Üyesi:

Prof. Dr. Arzu TUNA
Sanko Üniversitesi SBF

Jüri Üyesi:

Dr. Öğr. Üyesi Betül TOSUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü**

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla beni yönlendiren sevgili hocam ve danışmanım Prof. Dr. Ayla YAVA'ya,

Çalışmanın veri toplaması aşamasında bana yardım ve desteklerini esirgemeyen Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi hekim ve hemşireleri başta olmak üzere tüm çalışanlarına, mesleki hayatım boyunca, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışma saatlerimi düzenleyip eğitimime sonuna kadar destek veren klinik sorumlu hemşirem Tülay BAŞPINAR'a,

Hayatım boyunca bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan, beni her zaman destekleyen ve her seferinde daha umutla, daha sabırla hayata inanmamı sağlayan sevgili annem Gülten BEKİROĞLU'na, halam Sevilay TOSUN ve eşi Abdullah TOSUN'a,

Çalışmama gönüllü olarak katılan hastalara,

Tez çalışmam süresince yardımı ve manevi desteğini esirgemeyen kuzenime,

Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen asla yardımını esirgemeyen sevgili eşim Gürcan TARGAN'a, mesafelerin yarattığı her türlü zorluk ve sıkıntıya rağmen birlikte her türlü engelin aşılabileceğini gösteren, bana güç veren canım çocuklarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Fatma TARGAN

ÖZET

Fatma TARGAN, Laparoskopik kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 51.89 ± 15.32 yıldır. Hastaların 41'i erkek, 75'i kadın olmak üzere 116 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda hastalara hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği uygulanmıştır. Hastalara uygulanan hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği Croncbah alpha katsayı değeri 0,982 olarak hesaplanmıştır. HÖGÖ toplam ölçek puan ortalamasının 211.2 ± 32.0 olduğu gözlenirken, alt ölçek boyutları en düşük 19.9 ± 4.3 , en yüksek 38.8 ± 5.7 ortalama arasında değişim gösterdiği bulunmuştur. Çalışmada yer alan hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, çalışma durumu, vakanın tipi, kronik hastalık varlığı ve taburculuk eğitimi alma değişkenleri ile HÖGÖ'den almış oldukları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Hastaların ameliyat ile ilgili bilgi alma değişkeni ile HÖGÖ'den almış oldukları puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Sonuç olarak araştırmaya katılan hastaların öğrenim gereksinim düzeyleri yüksek bulunmuştur. Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalara cerrahi yöntemler konusunda ameliyat öncesinde bilgi verilmesinin hastalara yararlı olacağı önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genel Cerrahi, Hasta, HÖGÖ, Laparoskopik Kolesistektomi

ABSTRACT

Fatma TARGAN, The Determination of Information and Training Needs of the Patients after Laparoscopic Cholecystectomy, Nursing Program, Master's Thesis, Gaziantep, 2019. It was aimed in this study to determine the information and training needs of the patients after the operation of Laparoscopic Cholecystectomy. The mean age of the patients was 51.89 ± 15.32 years. The study was conducted with 116 patients, 41 of whom were male and 75 of whom were female. In accordance with the purpose of this study, the Scale of Patient Learning Needs was applied to the patients. Cronbach alpha coefficient of the Scale of Patient Learning Needs was calculated as 0.982. While it was observed that the mean score of the total scale was 211.20 ± 32.00 , it was found that the subscale dimensions changed between 19.90 ± 4.30 and 38.80 ± 5.70 . The difference between the variables of gender, marital status, educational status, age, working status, type of case, presence of chronic disease, and getting discharge training and the mean scores that the patients obtained from the PLNS was not statistically significant ($p > 0.05$). The difference between the variable of the patients' getting information about the surgery and the mean score that they obtained from PLNS was found statistically significant ($p < 0.05$). As a result, the educational needs of the patients participating in the study were found to be high. It was suggested that it would be beneficial to inform the patients who would undergo laparoscopic cholecystectomy before surgery about the surgical methods.

Key Words: General Surgery, Patient, PLNS, Laparoscopic Cholecystectomy

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
SİMGE VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Laparoskopinin Tanımı.....	5
2.2. Laparoskopik Kolesistektominin Tarihi.....	5
2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanması	6
2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Endikasyonları	7
2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar.....	8
2.6. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonları.....	8
2.7. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması	9
2.8. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi ve Sonrası Bakım.....	9
2.8.1. Ameliyat Öncesi Değerlendirme	9
2.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Hemşirelik Bakımı	10
2.8.3. Hastanın Kliniğe Kabulünden Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlığı ve Bakımı	10
2.8.4. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı.....	11
2.8.5. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı.....	11
2.8.6. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	12
2.8.7. Ameliyat Sonrası Taburculuk Kriterleri	13
2.9. Laparoskopik Kolesistektomi Avantajları ve Dezavantajları	14
2.10. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması	15

2.10.1. Taburculuk Planlaması Sürecinin Tanımı	15
2.10.2. Taburculuk Planlanması Sürecinin Aşamaları.....	15
2.10.3. Taburculuk Planlaması Ekibi ve Ekip İçinde Hemşirenin Rolü	16
2.10.4. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması	17
2.11. Hasta Eğitimi	18
2.11.1. Hasta Eğitiminde Temel Kavramlar	18
2.11.2. Hasta Eğitiminin Temel Amaçları	18
2.11.3. Hasta Eğitimi Standartları.....	19
2.11.4. Hasta Eğitim Süreci	20
2.11.4.1. Hasta Eğitiminde Veri Toplama	20
2.11.4.2. Hasta Eğitiminde Tanılama.....	20
2.11.4.3. Hasta Eğitiminde Planlama.....	21
2.11.4.4. Hasta Eğitiminde Uygulama	21
2.11.4.5. Hasta Eğitiminde Değerlendirme.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırma Soruları.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.7. Araştırmanın Uygulanması	25
3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenilirliği	25
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	26
4. BULGULAR	27
4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	27
4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	31
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Öğrenim Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	33
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	50
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50

KAYNAKLAR.....51

EKLER59

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Onayı

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

Ek 3. Kurum İzni

Ek 4. Tanıtıcı Özellik Formu

Ek 5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

Ek 6. Ölçek İzin Formu

Ek 7. Gönüllüler Onam Formu

Ek 8. İntihal Formu

Ek 9. İntihal Raporu

Ek 10. Özgeçmiş



TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

25.07.2019

Fatma TARGAN



TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. Ölçeklerin Skorlanmasına İlişkin Dağılımlar	23
Tablo 3.2. Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Alt Ölçek Boyutlarının Güvenirlilik Katsayı Değerleri	26
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
Tablo 4.3. Katılımcıların Taburculuk Sırasında Aldıkları Bilgi ve Eğitim Konularına İlişkin Bulgular	30
Tablo 4.4. Katılımcıların Taburculuktan Sonra Aldıkları Bilgi ve Eğitim Konularının Kim Tarafından Verildiğine İlişkin Bulgular	31
Tablo 4.5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	32
Tablo 4.6. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Ölçek Boyutlarına İlişkin Dağılımlar	34
Tablo 4.7. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.10. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.11. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.12. Vakanın Tipi Değişkeni ile Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.13. Kronik Hastalık Değişkeni ile Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	41
Tablo 4.14. Ameliyat ile İlgili Bilgi Alma Değişkeni ile Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	42
Tablo 4.15. Taburculuk Eğitimi Alma Değişkeni ile Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	25



SİMGE VE KISALTMALAR

%	: Yüzde
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anesteziolojistler Birliği)
CO₂	: Karbondioksit
EKG	: Elektrokardiyografi
JCAHO	: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Örgütü'nün Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
mmHg	: Milimetre Cıva
N	: Sayı
Ort	: Ortalama
ss	: Standart Sapma

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Laparoskopi kelimesi Latince “karın” ve “izlemek” anlamına gelen “laparo” ve “skop” kelimelerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir. Laparoskopik kolesistektomi, benign safra kesesi hastalıklarının tedavisinde sıkça kullanılmaktadır. Günümüzde kolesistektomilerin %90’ı laparoskopik olarak yapılmaktadır (1).

1987’de ilk olarak Philippe Mouret tarafından gerçekleştirilen laparoskopik girişim genel cerrahi kliniklerinin günümüzde en çok başvurdukları ameliyat yöntemlerinden biridir (2). Laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomi ile karşılaştırıldığında, hastanede kalış süresinin kısalığı, daha iyi estetik sonuçlar, ameliyat sonrası daha az ağrı ve ileus nedeniyle kısa sürede yaygınlaşmış ve kolesistektomilerin önemli bir bölümünde altın standart haline gelmiştir (3).

Kolesistektomilerin laparotomik veya laparoskopik yöntem ile yapılmasının mortalite açısından farkı bulunmamasına rağmen, hastanede kalış süresini kısaltması ve çok daha hızlı iyileşme süresine sahip olması nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yaygın olarak tercih edilmektedir (4). Günümüzde laparoskopik kolesistektomi sonrasında pek çok hasta kontrol edilememiş ağrıdan yakınmaktadır. Bu hastalarda etkin bir postoperatif analjezi sağlanamaması iyileşme sürecini olumsuz etkilemekle birlikte taburculuk süresini de uzatmaktadır (5).

Laparoskopik cerrahi işlemlerde ortaya çıkabilen komplikasyonlar hastanın tedavi sürecinde başvurulan diğer cerrahi girişimlerde de karşılaşılmaktadır. Önemli olan hastaya uygulanması planlanan cerrahi işlemlerde operasyonu yürüten ekibin gerekli bilgi, eğitim ve tecrübeye sahip olmasının yanında, hastaya doğru tedavi yöntemini uygulayarak oluşabilecek komplikasyon oranlarını en aza indirmektir. Komplikasyon durumunda ise hasta morbiditesini azaltmak ve problemi çözmekte etkili en önemli faktör, komplikasyonun erken tanınmasıdır. Ancak, laparoskopide komplikasyonların erken tanısını zorlaştıran faktörler söz konusu olabilir. Bunlardan bazıları cerrahi sahanın bütününe aynı anda görüntüde olmaması, kanamanın görüntüyü engelleyebilmesi ve deneyimi az cerrah için laparoskopik olarak anatomik görüntünün açık cerrahiden farklı olmasıdır (6).

Laparoskopik kolesistektomi; elektif olarak planlanan, fazla doku hasarı olmayan, tekniği ve süresi hastalar arasında önemli farklılık göstermeyen bir ameliyat

yöntemidir (7). 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 az olması ve bunların sonucunda da hasta memnuniyetinin yüksek olması bu yöntemin yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır (7,8)

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumlarında en kabul edilebilir yaklaşım türü olarak bütüncül yada holistik yaklaşım şeklinde vurgulanmaktadır. Bütüncül yaklaşım türüne göre hastalar; zihinsel, fiziksel, duygusal, manevi ve sosyokültürel boyutları ile birlikte ele alınmaktadır. Bu açıdan tüm boyutlar birbirine bağlı ve birbirleri ile karşılıklı ilişkilidirler (9).

Laparoskopik kolesistektomi gününbirlik cerrahi kapsamına girmektedir. Gününbirlik cerrahinin; hastaların hastanede kalma süresinin kısalması, hastaların ameliyat günü evlerine dönebilmesi, ameliyatın ertelenme riskinin az olması, çapraz enfeksiyon riskinin azalması, birey ve ailesinde daha az psikolojik stres yaratması süresi kısa olduğundan, hemşire hastayı kısıtlı bir zaman diliminde görmektedir. Bu kısıtlı süre içinde verilen eğitim oldukça önemlidir. Yetersiz taburculuk eğitimi nedeniyle hasta ve ailesi evde; yara yeri akıntısı, yara yerinde kızarıklık, şişlik, kanama gibi nedenlerle acil servise başvurmaktadır (10,11).

Taburculuğa tam olarak hazırlanamayan hastalar farklı komplikasyonlar ile karşılaşabilmektedir. Hastalara uygulanan cerrahi operasyonlar sonrasında hastalar daha çok yara bakımları, ağrı yönetimleri, oluşabilecek komplikasyonların takipleri, semptom yöntemleri, eliminasyonlar ve yaşam kalitesi gibi konularda kaygılandıkları bilinmektedir. Bu sorunlara yönelik en iyi çözüm uygun taburculuk planlanmasını yapmaktır (12-14). Laparoskopik kolesistektomi işlemi sonrasında, planlanan taburculuk eğitimleriyle hastaların evde bakım süreçlerinde daha az güçlük yaşayacağı, anksiyete düzeylerinin azalmasıyla hastaneye geri yatmalarının önlenebileceği belirtilmektedir (1). Planlı taburculuk eğitiminde, operasyon geçiren hastaların iyileşme aşamalarını pozitif etkilemekte ve operasyon sonrasında komplikasyon yaşamalarının önüne geçilmesini sağlamaktadır (13). Diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi laparoskopik cerrahide de taburculuk eğitimi hastayla ilk karşılaştığı andan hastanın taburcu olacağı ana kadar devam eder. Eğitimin başarısı ekip çalışmasıyla etkin hale gelir. Ekip içindeki herkes kendi sorumluluğunu bilmelidir. Bu ekibin içinde yer alan hemşire, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında hastayla en çok vakit geçiren buna bağlı olarak koordinasyonu sağlayacak ve

hastanın eğitim planını hazırlayıp uygulayacak kişi olduğu için önemli bir rol üstlenmektedir (15).

Cerrahi girişim sonrası hasta bakımını en iyi düzeyde sağlamak, hastayı erken mobilize edebilmek ve ameliyat sonrası komplikasyon oranını azaltabilmek için ağrı kontrolü de çok önemlidir (16). Ameliyat sonrası dönemde gelişen ağrının şiddeti, cerrahi travmanın büyüklüğüne, anestezi yaklaşımına, hastaya ait fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyokültürel faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Cerrahi girişim sonrası oluşan ağrının etkin kontrolüyle gelişebilecek komplikasyonlar azaltılabilmektedir (17).

Laparoskopik cerrahide taburculuk eğitimi hastalar ile ilk karşılaşılma anından, hastanın taburcu edildiği ana kadar devam eden bir süreci kapsar. Verilen eğitim başarısı da ekibin birlikte çalışabilmesi ile etkili hale gelir. Ekip içerisinde var olan bireylerin kendilerine düşen sorumluluğu sistematik bir şekilde yerine getirmesi ile başarı elde edilir. Ekibin içerisinde yer alan hemşireler ise hastanın ameliyattan önceki, ameliyat anında ve ameliyat sonrasında hastanın tedavisinin başarılı olabilmesi için önemli rol oynamaktadır (15,18). Günümüzdeki uygulamalarda; hastaların hastanede geçirdikleri sürenin az olması, servise ameliyat gününde alınmaları, ameliyat öncesinde yapılması gereken hazırlıkların hasta tarafından yapılmasından kaynaklı ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım eğitimi konusunda bir takım aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (19). Yapılan bir çalışmada; ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası seyri etkileyebileceği için bütün hastaların ameliyattan yaklaşık 48- 72 saat önce eğitim başlaması gerektiği vurgulanmıştır (20). Diğer bir çalışma da ise hasta eğitiminde hastaya; planlanmakta olan ameliyat hakkında genel bir tanımlamanın yanı sıra, genel anesteziye bağlı ve ameliyat süresinde oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirme yapılması gerektiği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında oluşabilecek ağrının kontrolü ve solunum fonksiyonlarının desteklenmesinde kullanılan egzersizler konusunda bilgilendirilme yapılması gerektiği ifade edilmiştir (21).

Laparoskopik kolesistektomi işlemi sonrasında, planlanan taburculuk eğitimleriyle hastaların evde bakım süreçlerinde daha az güçlük yaşayacağı, anksiyete düzeylerinin azalmasıyla hastaneye geri yatmalarının önlenebileceği belirtilmektedir (13,22). Planlı taburculuk eğitiminde, operasyon geçiren hastaların iyileşme aşamalarını pozitif etkilemekte ve operasyon sonrasında komplikasyon yaşamalarının önüne geçilmesini sağlamaktadır (1).

Klinik gözlemlerimize göre laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda yara yeri enfeksiyonu, uzun süre antibiyotik kullanımı, ameliyat sonrası yeterli analjezik

kullanmama ya da gereğinden fazla kullanma ve beslenme konusunda yetersizlik gibi sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Ayrıca hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin bir şekilde yer almadıkları yine gözlemlenmektedir. Bu alanda yapılacak çalışma sonuçlarının hemşirelerin hastalara yönelik bilgi ve eğitim planlarında kullanılmasını sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Laparoskopinin Tanımı

Laparoskopi kelimesi Latince “karın” ve “izlemek” anlamına gelen “laparo” ve “skop” kelimelerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir. Laparoskopik kolesistektomi, iyi huylusafra kesesi hastalıklarının tedavisinde sıkça kullanılmaktadır (1). Günümüzde kolesistektomilerin %90’ı laparoskopik olarak yapılmaktadır (23-25). Laparoskopi işlemi ilk başlarda tanısız amaçlı kullanılmaya başlanırken, günümüz cerrahi ameliyatlarında açık cerrahiye göre daha az morbidite ile karşılaşılması, hastanın daha hızlı iyileşme sürecine etki etmesinden dolayı daha çok kullanılmaktadır. Ayrıca günümüzde laparoskopi işlemleri sadece genel cerrahi operasyonlarda değil ürologlar tarafından da yaygın kullanılmaya başlanmış, hastalar tarafından da tercih edilen bir ameliyat metodu haline alarak kullanılmaktadır (26,27).

Dünyada ve Türkiye’de her alanda gelişmekte olan teknoloji şüphesiz son yıllarda tıp alanında da kullanılan teknolojik araç ve gereçler gelişmekte olup hızla artmaktadır. Bu alanlardan biride cerrahi operasyonlardır. Bu cerrahi operasyonların başında ise laparoskopik kolesistektomi gelmektedir. Laparoskopik kolesistektomi safra kesesinin karında küçük kesikler oluşturularak cerrahi yöntemlerle çıkarma işlemidir (28,29).

Yüz yıllar boyu açık teknikle yapılan cerrahi ameliyatlar 20. Yüz yılda Kelling tarafından 1987’de ilk defa deneysel olarak uygulanan Laparoskopik ameliyat yeni bir boyut kazanılmış ve bundan sonra dünyada uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Laparoskopik cerrahi yöntemi son 30 yılda uygun klinik durumlarda tercih edilerek ve çok farklı alanlarda da kullanımı gittikçe artmaktadır. Genel cerrahide; splenektomi, apendektomi ve kolesistektomi gibi Jinekolojide; tübligasyon ve overian kistektomi gibi Ürolojide; varikokelektomi ve nefroktomi gibi pek çok dalda tanı ve tedavi amaçlı yaygın olarak kullanılmaktadır (30,31).

2.2. Laparoskopik Kolesistektominin Tarihçesi

Langebuch 1882’de ilk defa kolesistektomiyi gerçekleştirirken, Filipi laparoskopik kolesistektomiyi 1985 yılında hayvan deneyi olarak uygulandı. İnsanda ise laparoskopik kolesistektomi denemesi Mouret tarafından 1985 tarihinde yapıldı ancak istenilen sonuçlar alınamadı (32). George Kelling tarafından 1901’de Nitzesistoskobu kullanılarak, canlı bir köpeğin karın boşluğu incelenerek ilk laparoskopik uygulaması yapılmıştır. Kelling bu

işleme “koelioskopi” adını vermiştir (33,34). 1919 yılında Jacobaeus tarafından insan üzerinde ilk başarılı laparoskopi uygulaması yapılmıştır. Laparoskopi cerrahi işlemlerinde kullanılan araç ve ekipmanların gelişim göstermesi ise Jacobaeus tarafından uygulanan başarılı laparoskopi sonrasında yaygınlaşmıştır. 1927 yılına gelindiğinde ise Korbsch tarafından ilk laparo-torakopi el kitabı çıkartılmıştır (35). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de 2000’li yılların başından itibaren kolorektal cerrahide laparoskopi kullanımı başlamıştır, ancak halen belli başlı referans merkezlerinde uygulanmaktadır. Laparoskopik kolorektal cerrahinin hızla yaygınlaşmamasının ana nedeninin uzun öğrenme eğrisi olduğu üzerinde durulmaktadır (36). Türkiye’de ilk laparoskopik kolesistektomi 1990 yılında Prof. Dr. Ergün Göney tarafından gerçekleştirmiştir (10).

2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanması

Laparoskopik kolesistektomi dünyada en sık görülen laparoskopik işlemdir. Başarılı laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşı olan hastaların % 95’inde etkili olmaktadır (1). Kolesistektomi spesimenleri bir patoloji laboratuvarında rutin olarak incelemeye alınan, sıkça karşılaşılan bir spesimen türüdür. Genellikle, safra kesesinden ibaret olan bu spesimenler bazen küçük karaciğer dokusu veya lenf nodu da içermektedir (37).

Laparoskopik kolesistektomi için hasta önce monitörize edilir Elektrokardiyografi (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, birinci asistan hastanın sağında yer alır. Umblikusun hemen altından bistüri ile 1-1.5cm’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’liktrokar 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. 20°-30°'lik trandelenburg pozisyonu ve hastanın sol tarafa rotasyonu apendiksini net bir şekilde görüntülenmesini sağlar. Hastanın 10°-15°'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 (38-40).

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 dakika sürer (39,41).

2.4. Laparoskopik Kolesistektominin Endikasyonları

Akut kolesistit, semptomatik kolelitiazis, pozitif safra kültürü salmonella taşıyıcıları, porselen (kalsifiye) safra kesesi, orak hücreli anemi, çocuklarda safra kesesinde taşı, semptomatik safra kesesi polipleri, tümörleri gibi durumlarda kesin kolesistektomi endikasyonu mevcuttur (42,43).

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar

Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar aşağıda verilmiştir (44,45):

- Ciddi safra yolu hasarı
- Safra sızıntısı
- Ana damar hasarları
- Arteri yer hasarı
- Batında safra taşının kalması
- Bağırsak yaralanmaları
- Safra kesesi perforasyonu
- Solid organ yaralanmaları
- Batın duvarı kanamaları
- Kanama
- Karın içine safra taşının düşmesi
- Kalp ve akciğer sistemi komplikasyonları (ritim değişikliği, hipotansiyon, akciğerde atelettazi gibi)
- Gastrointestinal sistem yaralanma riski
- Karaciğer ve dalak yaralanma riskleri.

2.6. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonları

Cerrahi işlemlerde karşılaşılan komplikasyonlara, laparoskopik cerrahide de karşılaşılması kaçınılmazdır. Önemli olan gerekli ve yeterli eğitim ile uygulayıcıların gerekli tecrübeyi edinmeleri, doğru teknikleri kullanarak oluşabilecek komplikasyon oranlarını en aza indirgemesidir. Komplikasyon ile karşılaşıldığında ise hastaların morbidite oranlarını azaltmanın yanısıra, problemi çözmekte etkili olmasının, komplikasyonun erken tanınması açısından önemlidir (6).

Pnömooperiton oluşumda; intaperitoneal yaralanmalar ve kardiyak komplikasyonlar gözlenmektedir (46,47).

Tüm ameliyatların riskleri vardır. Safra kesesi ameliyatının riskleri şunlardır (48):

- Kanama riski
- Enfeksiyon riski
- Koledok yaralanma riski

- Bacaklarda derin ven trombozu riski
- Safra sızıntıları riski
- Kesi yerlerinde fitik riski
- Pnömoni riski
- Pnömotraks riski
- Akciğerlerde gaz embolisi riski
- Hipotansiyon / hipertansiyon riskleri
- Aritmi riski
- Omentum ve karın duvarından kanama riski
- Hipotermi riski
- Retroperitoneal hematom riski
- Büyük damar yaralanmaları riski
- Akut miyokard iskemisi riski
- Karın zarı iltihaplanması
- Yara yerleri enfeksiyonu
- Trokar yerlerine bağlı ağrı oluşumu
- Anestezi ilaçları nedeniyle bulantı, kusma
- CO2 gazının fazla verilmesiyle kaynaklı solunum asi dozu

2.7. 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 (37). 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 (35,48).

2.8. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi ve Sonrası Bakım

2.8.1. Ameliyat Öncesi Değerlendirme

Ameliyat öncesinde poliklinikte hastanın ayrıntılı tıbbi hikâyesinin alınması ve kapsamlı fiziksel muayenesinin yapılması gerekmektedir (20). Yapılan muayene sonucunda hastaya gününbirlik cerrahi uygulanmasına karar verilmektedir (5). Hastaların

tıbbi durumlarının değerlendirilmesinde Amerikan Anesteziyolojistler Birliği (ASA) tarafından altı sınıfta toplanan kriterlere uyulması gerekmektedir. Bu kriterler (49):

- Sınıf I: Sağlıklı hasta (cerrahi girişim gerektiren durum dışında hastalığı olmayan bireyler),
- Sınıf II: Ameliyat olmasına neden olan duruma yada herhangi bir hastalığa bağlı olarak orta dereceli sistemik hastalığı olan hastalar,
- Sınıf III: Ciddi sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- Sınıf IV: Yaşamı tehdit edici, sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- Sınıf V: Ameliyattan sağ çıkması beklenmeyen hasta,
- Sınıf VI: Beyin ölümü gerçekleşmiş, organ nakline donör olabilecek hastalar.

ASA'ya göre I. ve II. sınıf grubuna giren hastaları gününbirlik cerrahi için uygundur (50). Laparoskopik kolesistektomi için uygun olan hasta kliniğe geldiğinde hastanın ve ailesinin psikolojik, yasal hazırlığına ve eğitimine yer verilmelidir (1).

2.8.2. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi öncesi hastaların hazırlık ve bakımları üç dönemde ele alınmaktadır (51,52):

- Hastanın kliniğe kabulünden ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı ve bakımı,
- Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı ve bakımı,
- Hastanın ameliyat günü hazırlığı ve bakımı.

2.8.3. 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. Planlanmış 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 (31,51,52). 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 (40,53). 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 hastaların derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapabildiği, yatak içerisinde yapacağı hareketler ile yataktan kalkma ve yürümede dikkat edilecek konularda bilgi verilir (36,52).

2.8.4. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi için hasta bir gün önce kliniğe yatırılmış ise; laparoskopik kolesistektomiden 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, katı gıdalar, süt ve süt ürünü içeren gıdalar için ameliyat öncesi 6 saatlik aç kalma süresinin yeterli olduğu, banyo yapması, geceyi dinlenerek ve uyuyarak geçirmesi şeklinde ifade edilmektedir. Buna ek olarak hastaların planlanan ameliyatlarda uzun süre aç ve susuz bırakılmalarından dolayı, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde olumsuz birçok psikolojik ve metabolik değişiklik ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı hastalara 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alımları gastrik hacim ve gastrik pH değerini değiştirmede, hatta ameliyat sonrasında bulantı, kusmayı azaltması ve hastaların konforunu arttırmasından dolayı tercih edilebilir.) bilgilendirilmesi gerekmektedir (23,52).

2.8.5. 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 ojeleri, 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 kâğıdı, 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 (51,52).

2.8.6. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Dünyada ve Türkiye’de artan teknolojik gelişmelerinin yanında hasta sayısında da artış gözlenmektedir. Bireylerin eğitim düzeyleri artıkça kendi sağlığı hakkında karar verip kendi sağlık bakımına katılmak, sağlık durumunun ne olduğunu anlamak ve tanıları bilmek istemektedir (54).

Hasta ilk servise geldiğinde hemşire güler yüzle ve güzel bir şekilde karşılayıp hastanede kalacağı süre boyunca odasına götürülmelidir. Hemşire aynı zamanda hastanın kalacağı odanın fiziksel çevresine de önem vermelidir. Florence Nightingale’e göre hemşirelik bakımının yalnız hastaya değil aynı zamanda hastanın çevresini de kapsadığını belirtmektedir. Çünkü fiziksel çevre; hastanın psikolojik durumuna, hastalığını kabullenmesine ve hastanede kalma süresince hastaya verilen bakım ve tedaviden memnuniyetini etkilemektedir. Hasta odasına yerleşip sakinleştikten sonra olacağı ameliyat hakkında görsel işitsel broşür eğitimi verilebilir. Eğitime başlamadan önce hasta için rahat ve sessiz bir ortam sağlanarak hastanın dış ortamdan etkilenmemesi için odadaki refakatçi sayısını en aza indirmek gerekir (55).

Genel olarak ameliyat kelimesinin hastalarda korku, stres ve anksiyete düzeylerini artırmaktadır. Bu da hastanın yaşam bulgularını (nabız sayısında artış, kan basıncında artma, solunum sayısında artış ve kan şekeri düzeyinde artış) etkilemektedir. Bu durumları hasta en az derecede yaşamasını sağlamak için hastalara eğitim verilmesi önemlidir (54,56).

Yapılan araştırmalarda hastaların hemşirelerle duygusal paylaşımlarını yaparak hastaların stres ve anksiyete düzeylerini belirli bir oranda azaldığı sonucu gözlemlenmiştir. Hastanın ameliyat hakkındaki bilinmezliğini gidermek için hastanın duygularını ifade etmesini sağlayacak ve kafasındaki tüm soru işaretlerine cevap verebilecek hasta eğitimi verilmelidir. Bu eğitim; hastanın ameliyat öncesinde ağrısını azaltarak, stres ve anksiyete düzeyini düşürecek ve hastaların yaşam bulgularının (nabız sayısı, kan basıncını, solunum sayısını ve kan şekeri düzeyinin) normal değerlerde kalmasını sağlayacaktır (53,57).

Ameliyat öncesi verilen broşür ile yapılan eğitiminde; hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyon, derin solunum alıp verme ve öksürtme egzersizinin önemi, bu egzersizlerin kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemi üzerindeki faydalarını öğretmek gerekir. Hastaların taburculuk sonrası evde kullanılacak ağrı kesici ve antibiyotik enflamasyonu azaltacak ilaçların kullanımı hakkında da bilgilendirme önemlidir (52).

Yapılacak hemşirelik bakımı uygulamaları hastanın ameliyat sonrasındaki süreci daha da rahatlatmak içindir. Henderson'a göre verilen hemşirelik eğitiminin amacı; hastanın bakımında başarısız olduğu durumlarda hastayı desteklemek ve kısa sürede hastanın yeterli ve bağımsız hale gelmesini sağlamaktır (54). Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi dönemden itibaren bilgilendirilmesi ve danışmanlık verilmesi hastaların stresle bahşetmesini sağlayabilir, anksiyetesini azaltabilir. Tüm bu yanıtlar yaşamsal bulgularını olumlu etkileyebilir.

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 iyileşmeyi 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 (34,40). İşlemden bir gün sonra herhangi bir komplikasyon gelişmezse karın bölgesinde bulunan insizyon alanlarındaki pansumanlar çıkarılarak hasta taburcu edilir (58).

2.8.7. Ameliyat Sonrası Taburculuk Kriterleri

Taburculuk kriterleri hastanın taburcu olmaya hazır olup olmadığı konusunda sağlık ekibine yardımcı olur. Bu kriterler (31,59);

- Ameliyat sonrası hastaların yaşamsal bulgularının normal seyrinde olması,
- Yeterli solunum fonksiyonu,
- Uyanık ve oryante olması,
- Duyu ve dolaşımın yeterli olması,
- Yutma, öksürme, öğürme refleksinin varlığı,
- Oral alımının yeterli olması,
- İdrar yapabilmesi,

- Cilt renginin normal olması,
- Ağrısının kontrol altına alınmış olması,
- Bulantı-kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması,
- Yara yerinde kanama, hematoma, enfeksiyon belirtisi olmaması,
- Yazılan ilaçların kullanımını anlaması,
- İlk 48 saat içinde evde bakımını üstlenebilecek bir yakınının olmasıdır.

2.9. Laparoskopik Kolesistektomi Avantajları ve Dezavantajları

Laparoskopik kolesistektominin pek çok avantajlarının yanında bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi avantajları arasında (41,58,60);

- 24-36 saat içinde taburcu olmak
- Ameliyat süresinin 30 ile 60 dakika olması
- Ameliyat süresinin kısıllığından verilen anestezi miktarının azalması
- Hastanede kalma süresinde azalması
- Ülkeye ve hastaya olan maliyetin azalması
- Açık ameliyata göre daha hızlı iyileşmenin sağlanması
- Açık ameliyata göre hastanın daha az ağrı yaşaması
- Hastanın en kısa sürede eski yaşam tarzına ve iş hayatına erken dönmesi
- Estetik görünüm açısından sadece 3 küçük kesinin olması
- Kişinin hastane enfeksiyonuna yakalanma riskini azalması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre yan etkileri oldukça az olması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının açık kolesistektomi ameliyatına göre kalp ve akciğer sorunlarının daha az yaşanması
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatında hastada dren yoktur (buda hastanın psikolojik yönden daha iyi hissetmesine yardımcı olması)
- Yara yeri enfeksiyonu, iltihaplı sıvısının gelmesi, hastanın fazla ağrı çekmemesi ve estetik açıdan yara yeri izinden kaçınılmış olması
- Karın içindeki organlar daha az hasar görmesi
- Hasta memnuniyetinin daha fazla olması sayılmaktadır.

Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları olarak;

- Ameliyat esnasında kamera kontrolünün sağlık çalışanında olması

- Kanama esnasında kanamanın durdurulmasının kontrolü daha zor olması
- Karbondioksit (CO2) gazına bağlı solunum sistemi komplikasyonlarının gelişmesi
- Safra kanallarının yaralanmaları daha fazla olması
- Safranin karaciğere yapışık olması ve iltihaplı olması ameliyatı zorlaştırmaktadır (39,60,61).

2.10. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması

Laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk planlaması; taburculuk planlaması sürecinin tanımı, taburculuk planlanması sürecinin aşamaları, taburculuk planlaması ekibi ve ekip içinde hemşirenin rolü ve laparoskopik kolesistektomi sonrası taburculuk planlaması olmak üzere toplam dört farklı başlık altında toplanmaktadır.

2.10.1. Taburculuk Planlaması Sürecinin Tanımı

Taburculuk planı hasta bakımının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastanın hastaneye kabulü ile başlayan, hastaneden ayrılmasıyla evde bakımını kaliteli bir şekilde sürdürebilmesi için hasta ve hasta yakınlarını hazırlamaya ve bu aşama için düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olan bir süreçtir. Sürecin başarısı, hasta, ailesi ve sağlık çalışanlarının koordinasyonlarına bağlıdır (12,31,62).

Taburculuk planlaması, sağlık hizmeti uygulamalarına, 1960'lı yıllarda girmiştir. Hastaneden eve geçişte uygulanmasının dışında, rehabilitasyon merkezi, huzurevi gibi diğer kurumlarda devam eden bakımın en iyi şekilde sürdürülmesini sağlar (12,63).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) taburculuk planlamasını, “hastayı kendine bakım, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır (12,22).

Taburculuk eğitimi verilen hastanın iyileşme düzeyinin arttığı, en iyi durumda taburcu edilmesinin sağlandığı, hastalığa bağlı komplikasyonları azalttığı ve yeniden hastaneye yatışı önlediği yapılan araştırmalarda saptanmıştır (15,22).

2.10.2. Taburculuk Planlanması Sürecinin Aşamaları

Taburculuk planlanması süreci; veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını kapsar (22,59).

Veri Toplama: Hasta ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve hastanın hastanede yattığı süre boyunca devam eder. Veriler, hastaların kendisi, aileleri, yakınları, sağlık ekibinin diğer çalışanları, tıbbi kayıtlar, fiziksel muayene, laboratuvar test sonuçları, hasta ve ailesi ile yüz yüze görüşme, dinleme, gözlem ve soru-cevap şeklinde bilgi edinme gibi yöntemlerle elde edilir (22,31,64).

Planlama: Taburculuk planı hasta bakımının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Dikkatli bir şekilde yapılan planlamalar hasta eğitiminde başarılı olmayı sağlayan en önemli faktördür. Taburculuk planlaması sürecinin yönetilmesinde sağlık ekibine yol göstermesi amacı ile yazılı bir taburculuk planı oluşturulur. Bu plan; verilecek hizmetin amaçlarının ve hasta bakımından beklenen sonuçların belirlenmesini; uygulama aşamasının hangi sırayla, ne zaman ve nasıl yapılması gerektiği; değerlendirmenin nasıl yapılacağını; ailelerin süreçte nasıl rol alacağını; hastalara verilmesi gereken eğitimin içeriğini, nasıl ve hangi yöntemle değerlendirileceğini, kullanılacağını bilmesi gerektiği; taburculuk sonrası hastaların ve ailelerinin gereksinim duyacağı gerekli hizmet ve kaynaklara ulaşmalarının nasıl olması gerektiği konularını kapsamaktadır. Eğitim planı ulaşılabilir ve uzun vadeyi kapsamalıdır. İyi bir eğitim planı için uygun eğitim materyalleri hazırlanmalı, uygun öğretim yolu seçilmeli, öğretilecek konu belirlenmeli, öğretim planı kaydedilmelidir (22,31,64).

Uygulama: Uygulama aşaması; büyük ölçüde planlanan taburculuk eğitiminin verilmesini, planlama aşamasında belirlenen girişimlerinin planlandığı şekilde gerçekleştirilmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve hastaya bakım verecek kişi/kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanmasını içerir (31).

Değerlendirme: Eğitim planının uygulanmasının ardından değerlendirmenin yapılması gereklidir. Değerlendirme olmadan, öğretim-öğrenimin yeterliliği hakkında doğru karar vermek imkânsızdır. Hasta eğitiminde değerlendirme; hastada gözlenen doğru ve istenen davranışların desteklenmesi; yanlış davranışların düzeltilmesi; hastanın öğrenme düzeyinin belirlenmesi; etkin öğretim strateji, yöntem ve tekniklerin seçilmesi için önemlidir (59,63).

2.10.3. Taburculuk Planlaması Ekibi ve Ekip İçinde Hemşirenin Rolü

Taburculuk planlaması, hizmet alan bireyin de kararlara katılarak içinde yer aldığı bir sağlık ekibi tarafından interdisipliner yaklaşımla yapılmalıdır. Sağlık ekibi içerisinde hekim, hemşire, diyetisyen, eczacı, psikolog, solunum terapisti, fizyoterapist, sosyal hizmet

uzmanı, evde bakım personeli yer almaktadır. Ekip üyeleri birlikte belirledikleri stratejiler doğrultusunda tedavi ve bakımı interdisipliner bir yaklaşımla uygularlar. Taburculuk planının başarılı olması için bütün bakım vericiler birlikte ve işbirliği içerisinde çalışmalıdır (50,63).

Sağlık ekibi içinde hasta ile en uzun süre birlikte olan hemşire, taburculuk planlaması sürecinde anahtar bir rol oynamaktadır. Hemşire, hastanın taburculuk planlaması ihtiyaçlarını belirlemeli ve sağlık ekibinin bütün üyelerinin bu ihtiyaçlardan haberdar olduğundan emin olmalıdır. Bunun yanı sıra hemşire; hasta ve hastaya bakım veren kişilere verilecek eğitimin planlanması ve uygulanmasında etkin rol almalı, ekip içi koordinasyonu sağlamalı, bakımın mümkün olduğunca kesintisiz bir şekilde yeni ortamda devam etmesini sağlamak için hastanın gideceği kurumdaki bakım verenlerle iletişim kurmalıdır. Hemşire bu sorumluluklarını yerine getirmek için gerekli bilgi donanımına, deneyime sahip olmalı ve bilgilerini uygulamaya aktarabilmelidir. Hastalar; taburculuk sonrasında yaşadıkları sıkıntılarda ya da danışmanlık gereksinimleri olduğunda ilk olarak kendileri ile daha çok zaman geçiren hemşireye ulaşmaktadırlar. Bu nedenle hemşirenin; taburculuk planlamasının değerlendirme aşamasındaki önemi yadsınamaz (50,59,68).

2.10.4. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Taburculuk Planlaması

Günümüzde laparoskopi ameliyatları, çoğunlukla gününbirlik cerrahinin içinde yer aldığı için hastanede kalma süresini azaltması sonucunda, hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım planlamasının uygulanması ve değerlendirmesinin çok kısa sürede yapılmasını gerektirmektedir. Bu sebeple taburculuk eğitimini, ameliyat öncesi, sırası, ameliyat sonrası ve taburcu olduktan sonra evde bakım konularını içermeli, yazılı kaynakla eğitimin verimliliği artırılmalıdır (13,22,31).

Duygusal durumun cerrahi girişim sonrası iyileşmeyi etkileyeceğinden taburculuk eğitiminin planlanması sırasında hastaya ameliyat öncesi ve sonrası hakkındaki endişelerini ve bilgi eksikliğini ifade etmesi istenmelidir (31,65).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası verilecek eğitim konuları; ağrı kontrolü, yara bakımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma, günlük işler, cinsel yaşam, araba kullanma, çalışma yaşamına dönme vb.), ilaç kullanımı, gelişebilecek komplikasyonlar ve hekime başvurulması gereken durumlardır (22).

2.11. Hasta Eğitimi

2.11.1. Hasta Eğitiminde Temel Kavramlar

Eğitim: Eğitim kavramı kişilerin toplum içerisindeki standardını, inancını ve yaşamındaki refah düzeyini kazanabilmesinde etkili olan sosyal süreçlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (66). Başka bir çalışmada eğitim kavramı; kişilerin davranışlarını kendi yaşamları ile kasıtlı olarak isteyerek değişime meydana getirme süreci olarak ifade edilmektedir (67).

Sağlık eğitimi, 1950’li yıllarda kullanılmaya başlanarak; sağlık tanıtımları, öğretimleri bilgilendirmeler gibi kavramlarla aynı amaç doğrultusunda kullanılmışlardır. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu hasta eğitimini: “Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek” olarak tanımlamaktadır (68).

Öğrenme: Öğrenme kavramı insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri adına çevrelerinde var olan değişimlere ayak uydurabilmeleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda öğrenme kavramı uyumun sağlanabilmesi için önem taşımaktadır. Ayrıca bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri adına ihtiyaç duydukları bilgiler, beceriler, tutum ve davranışların büyük bölümleri öğrenilerek kazanılmaktadır (66).

Öğretim: Öğretim kavramsal olarak; öğrenmenin gerçekleştirilmesine dönük ortamsal kesimlerin planlanarak, uygulanarak değerlendirilme süreci şeklinde tanımlanmaktadır.

Öğretme: Öğrenme sürecini tamamlayan ve onun ayrılmaz bir parçası olarak ele alınan ve genelde belli durumlar veya koşullar altında belli davranımda bulunması için bireyin çevresini düzenleme süreci olarak tanımlanmaktadır. TDK’na göre öğretme; bilinmeyen bir konuda bilgi sahibi olmasını sağlama işidir (69).

2.11.2. Hasta Eğitiminin Temel Amaçları

ABD’de sağlık bakım organizasyonu (Health Care Organization)’na göre hastaların eğitilmesinin amacı; hastaların tedavi sürecindeki bakım kararlarını katılabilmelerine, sağlık davranışlarının yükselmesine yardım etmek ve hemen işlerine geri dönebilmeleri için sağlık sonuçlarının düzeltilmesi şeklinde belirtilmiştir (70). Nitelikli sağlık hizmetlerinin önemli bir faktörü olan hasta eğitimlerinin temel amacı olarak; hastaların sağlık alanlarında pozitif tutum değişikliği göstermektir. Başka bir ifade ile hasta

eğitimlerinin diğer amaçları olarak; hasta bireylerin sağlıkları ile ilgili tutumlarını düzeltme, sağlıklarını koruma alışkanlığı kazanma, hastalıklarla baş edebilme ve uyum sağlanabilmesi konularında yardımcı olma, sağlık ve sağlık bakımı ile ilgili karar yetenekleri kazanabilme, hastalara sağlıksız davranışlarını gösterebilme ve en üst sağlık düzeylerine ulaşabilmesini sağlamak şeklinde ifade edilmektedir (71). Belirtilen amaçlara ulaşabilme adına eğitimlerin, sunulan sağlık hizmetlerinin parçası olması gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin hastaların eğitimleri ve taburculuk planlamalarında önemli konuma sahiptirler. Hasta eğitimleri, belirli temel ilkeler kapsamında, her hastanın özel yada bireysel eğitim alması ile ilişkidir. Bu açıdan hemşirelik ve eğitim süreçleri arasında bir ilişkinin varlığından söz edilirken, ikisinin aynı kavram olmadığı vurgulanmaktadır. Hemşirelik bakım süreci; hastaların tüm sağlık bakım ihtiyaçlarına ait durumlarının belirlenmesi başka bir ifade ile, sağlık bakımlarıyla ilgili tüm konulara ait verilerin toplanması gerekmektedir. Eğitim sürecinde ise, hastaların öğrenme ihtiyaçlarına, arzularına ve hazır oluşları ile öğrenme kapasitelerine odaklanılmaktadır (72).

2.11.3. Hasta Eğitimi Standartları

Hasta eğitimi aşamasında bir takım standartlar vardır. Bunlar; hasta eğitimi verilen kişilerin sağlıklarını daha üst düzeye çıkarılabilmesi ve hastalara verilen eğitimlerin kaliteli ve sistematik bir biçimde uygulanabilmesi adına birtakım kurallar kapsamında yürütülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Hastaların eğitimlerinde temel ilkeleri belirleyen standartlarda ise hasta ve aile eğitimleri sağlık bakımı yetkililerine yön verilmektedir. 1995 yılında ABD bünyesinde Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) adı ile sağlık kuruluşları akreditasyonu ortak komisyonu tarafından bir takım standartlar belirlenmiştir. Bu standartlar aşağıda belirtilmiştir (70):

- Hasta ve ailesine iyileşmesini ve fonksiyonlarının düzelmesini sağlamak için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
- Hastaların karar verme aşamasına katılım sağlamaları ve eğitim süreçlerinde ailelerinde dahil edilmeleri,
- Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik ve hasta tercihlerine uygun bir eğitim programının uygulanması,
- Hastaların ilaç kullanma konusunda güvenli ve etkili kullanabilmeleri adına eğitim verilmesi,

- Hastaların kullandıkları araç-gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımını ile ilgili eğitilmesi,
- Hastalara besin-ilaç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması.

2.11.4. Hasta Eğitim Süreci

Hasta eğitimleri hastaların istenilen davranış ve tutumları kazanmasının, hastanın sağlığına en kısa sürede ulaşabilmesini amacı ile uygulanmaktadır. Hastaların eğitim süreçleri tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları olmak üzere dört farklı aşamadan oluşmaktadır. Dört aşama hastaların iyileşme süreçlerinde birbirleri ile etkileşim içerisindedir. Bu açıdan hastalar hemşirelik sürecine girmesi ile birlikte hasta eğitim aşamaları uygulama sürecine de girmiş sayılmaktadır. Başka bir ifade ile hasta eğitim süreci, hasta eğitimine bilimsel ve planlı bir yaklaşım getirmiştir (71). Hemşire; hastaların sağlık bakım hizmeti sürecinde sağlığın tekrardan kazanabilmeleri, hastalıklarla baş edebilmeleri gibi amaçlar başta olmakla birlikte hastalara uygulanan tedavinin uygulanma aşamasında süreç konusunda bilgi sahibi olmalı ve süreci başarı ile uygulayabilmelidir. Hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi hemşirelik sürecinin başlaması ile başladığından hastaların eğitim ihtiyaçlarının karşılanma süreci de başlamaktadır. Bu nedenle öğrenim gereksinimine ilişkin bir tanı konduğunda öğretim bakım planının bir parçası olur ve böylece öğretim süreci de başlar. Hasta eğitim sürecinin basamakları veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşmaktadır (73).

2.11.4.1. Hasta Eğitiminde Veri Toplama

Hemşireler bireylerin sağlık bakımlarında sorunlarının belirlenmesi ile birlikte sorunların çözüm aşamaları ve hastaların eğitilme aşamalarında da rol almaktadırlar. Başka bir ifade ile hastaların verileri toplanması aşamasında hasta bireyler veya yakınlarıyla ilk karşılaşılma anında başlayan ve tedavinin sonlanmasına kadar olan süreci kapsamaktadır. Verilerin doğru ve eksiksiz bir şekilde toplanabilmesi tedavinin başarılı olması açısından önemlidir (74).

2.11.4.2. Hasta Eğitiminde Tanılama

Hasta eğitimlerinin süreçlerinin tamamlanmasının ikinci aşamasında hemşireler, toplanan verilerin çözümlenmesi, yorumlanması, gruplandırılması hastaların spesifik öğrenme ihtiyaçlarının neler olduğu ile ilgili kararların verilmesi ve sorunların

tanımlanması şeklindedir. Sorunların doğru ve tam zamanında tanılanabilmesi için hemşirelerin; özel bilgiler, deneyimleri ve akıl yürütme güçlerine sahip olmalarını gerektirmektedir (40).

2.11.4.3. Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta eğitimleri planlanmış bir süreçtir. Eğitim planının düzenlenmesi ilk olarak hastaların öğrenim ihtiyaçlarına yönelik öğrenme amaçları ve bu amaçlara ulaşabilme adına hangi davranışların kazanılması gerektiği belirlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda belirlenen amaçların kısa yada uzun vadeli olabilir. Bu amaçların ulaşılabilmesi, anlaşılabilmesi, hastaya özel, gözlenebilmesi ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır (74).

2.11.4.4. Hasta Eğitiminde Uygulama

Hastaların eğitimlerinin uygulama aşaması genel olarak hasta ve ailelerin öğrenmelerini sağlama/destekleme amacıyla planlanan eğitim etkinlikleridir. Bu açıdan hastaların eğitimlerinde kullanılan yöntem ve tekniklerin seçimlerinde; hastaların öğrenme ihtiyaçlarının/amaç davranışların, hastalar ve hemşirelerin özelliği ve tercihleri, içerikleri, ortamları, uygulama süreleri ve mevcut olan kaynakların tamamının dikkate alınması gerekmektedir (73).

2.11.4.5. Hasta Eğitiminde Değerlendirme

Eğitim, bir davranış değiştirme sürecidir. Söz konusu olan değişme, kuşkusuz, istenilen yönde ve doğrultudaki bir değişmedir (74). Hastalara uygulanan eğitimlerin uygulanıp uygulanmadığının tahmin edilmesinin zor olmasından dolayı, eğitimler sıklıkla tekrarlanmaktadır. Hemşirelerde verilen eğitimin takibini yaparak hastaların öğrenme-öğretme süreçlerinin her aşamalarını ve her öğelerini sistematik bir şekilde sürekli değerlendirmektedirler. Amaç; elde edilen sonuçları, öğrenme hedefleri ile karşılaştırarak öğretimin etkinliğinin, aksaklıklarının ve yapılması gereken değişikliklerin neler olduğuna karar vermektir (73).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıda belirlenen soruların yanıtları incelenmiştir. Bunlar;

- Hastalara verilen taburculuk sonrası bilgi gereksinimi düzeyleri,
- Hastaların tanıtıcı özelliklerin öğrenim gereksinimleri üzerine etkisi, incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Adana ili Sarıçam ilçesinde yer alan Çukurova Üniversitesi Balcalı hastanesinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla ilişki tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yeri: Çalışma Adana ili Sarıçam ilçesinde yer alan Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi 1 Servisi ve Genel Cerrahi 2 Servisi kliniğinde tedavi amaçlı yatan hastalarla yürütülmüştür.

Araştırmanın zamanı: Çalışma verileri 01/06/2018– 31/01/2019 tarihleri arasında hafta içi günlerde araştırmacının mesai saatleri içerisinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın gerek üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalarından etik kurul onayları (Ek 3), gerekse de ilgili hastane içerisinde uygulanabilmesi (Ek 4) için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımcılara araştırmanın amacı doğrultusunda bilgilendirilmiş onam koşulu sağlanmıştır (Ek 8). Bu bağlamda katılımcılara araştırmacı tarafından araştırmaya katılıp katılmadıkları beyan edilerek, onay alınan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi 1 Servisi ve Genel Cerrahi 2 Servisi'nde araştırma verilerinin toplandığı dönemde laparoskopik kolesistektomi cerrahisi geçiren 151 hasta oluşturmuştur. Araştırma kapsamında yer alan 151 hastadan 18 hastayla Türkçe bilmediği için, 17 hasta ise

çalışmaya katılmak istemediği için 116 hasta ile tamamlanmıştır. Aşağıdaki örneklem ölçütlerini sağlayan 116 hasta araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

Örneklem ölçütleri:

- Planlı veya acil laparoskopik kolesistektomi uygulanan,
- 18 yaş ve üzerinde,
- Okuduklarını yada dinlediklerini anlamada herhangi bir problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmada gönüllü olan hastalar olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda (8), araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 5) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır (Ek 6).

Tanıtıcı Bilgiler Formu hastaların sosyo-demografik verilerinin yer aldığı; doğum tarihi, cinsiyetleri, medeni halleri, öğrenim durumları, sosyal güvenceleri, meslek durumları, vakanın tipi, kronik hastalığı olup olmama durumu, kronik hastalığı varsa neler olduğu, hastaneye yatmadan önce safra kesesi ameliyatı ile ilgili nereden bilgi edindiği, taburculuk eğitimi alıp almadığı ve alınan taburculuk eğitiminin kimler tarafından verildiği üzerine toplam 13 sorudan oluşturuldu.

Tablo 3.1. Ölçeklerin skorlanmasına ilişkin dağılımlar

Alt ölçek boyutu	Madde sayısı	Madde numaraları	Alınabilecek en düşük ve en yüksek skor puanlaması
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve izlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma ilişkin duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği: Bubela ve ark., tarafından 1990 yılında geliştirilmiş; Emine Çatal tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (75). Ölçeğin alt ölçek boyutu ve madde skorlanması Tablo 3.1'de özetlendi.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği puanlaması yapılırken katılımcılara beşli Likert formunda cevaplamaları için seçenekler sunuldu. Buna göre 'önemli değil = 1 puan skoru', 'biraz önemli = 2 puan skoru', 'ne az ne çok önemli = 3 puan skoru', 'çok önemli =

4 puan skoru', 'son derece önemli = 5 puan skoru' şeklinde ölçek puanları skorlandı. Hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarından ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt ölçek boyutlarının yüksek olması hastaların öğrenim gereksinimlerinin önemlilik düzeylerini vurgulamaktadır

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Yapılan araştırmada veriler 01.06.2018 – 31.01.2019 tarihleri arasında Adana ili Sarıçam İlçesi Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel cerrahi bir ve iki servislerinde toplandı. Genel cerrahi bir ve iki servisleri genel cerrahi anabilim dalına bağlı olarak çalışmaktadır.

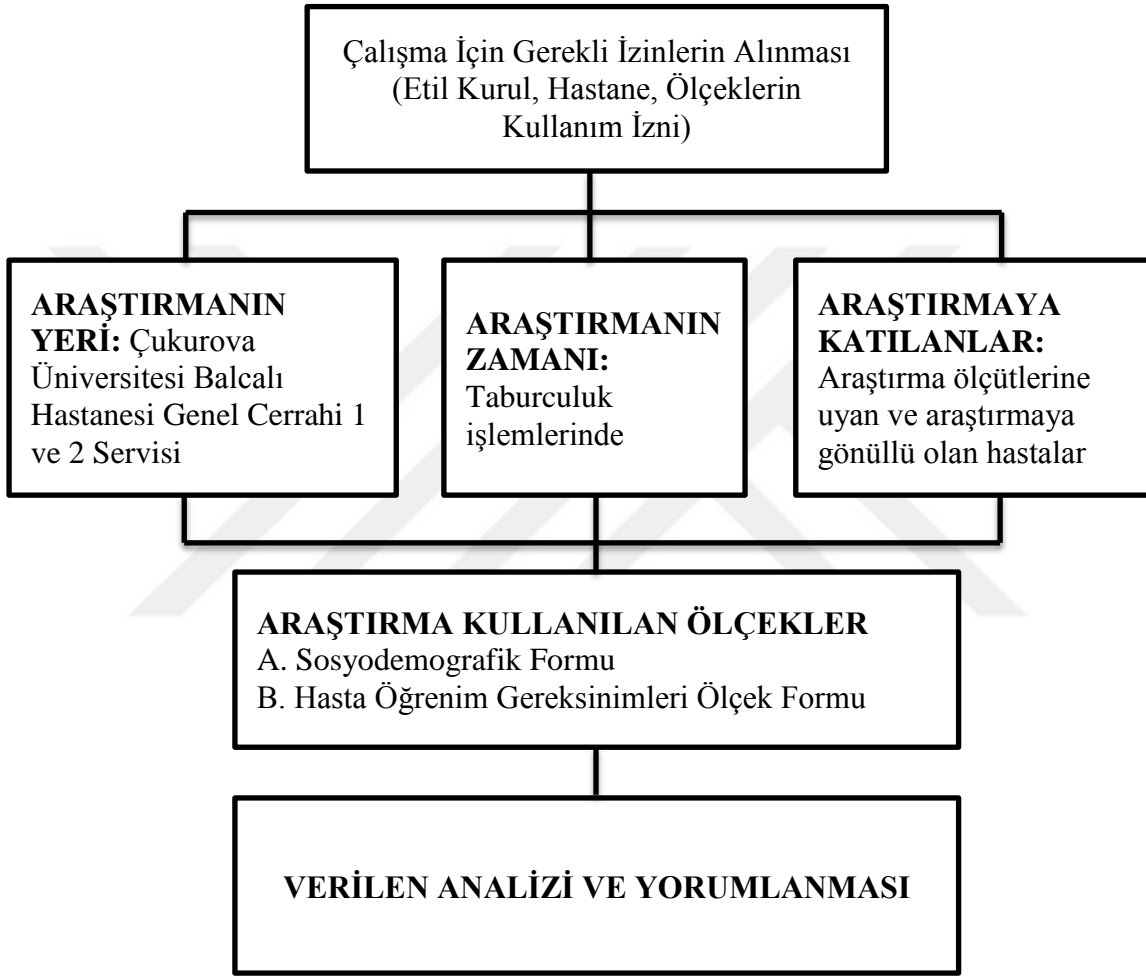
Genel cerrahi bir ve iki servislerinde toplam 74 yatak mevcut olup; genel cerrahi bir servisi 37, genel cerrahi iki servisi 37 yataklı şeklinde dağılım göstermektedir. Cerrahi servislerde sorumlu hemşirelerde dahil olmak üzere toplam 21 hemşire mevcut olup; genel cerrahi bir servisinde sorumlu hemşire dahil 11, genel cerrahi iki servisinde sorumlu hemşire dahil 10 hemşire görev almaktadır. Araştırmanın yapıldığı genel cerrahi servislerinde taburculuk eğitimine yönelik herhangi bir eğitim protokolü yoktur. Buna karşın hastanın taburculuk sırasında ilgili doktorlar hastaya hastalığın iyileşme süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi sözel olarak yapmaktadırlar. Hastaların taburcu olduktan 10 gün sonra kontrol zamanı verilmektedir. Bir sonraki kontrolleri ilgili doktor istemine göre değişim gösterebilmektedir.

Genel cerrahi bir servisinde gündüz çalışma saatlerin sorumlu hemşire dahil dört hemşire çalışmakta iken, genel cerrahi iki servisinde gündüz çalışma saatlerinde sorumlu hemşire dahil üç kişi çalışmaktadır. Gece çalışma saatlerinde ise her iki klinikte de sorumlu hemşireler görev almazken, ikişer hemşire ve birer hasta bakıcı olarak görev almaktadır. Genel cerrahi servislerinde gece çalışma saatlerinde bir hemşireye 18 hasta düşmektedir.

Genel cerrahi bir ve iki servislerinde toplam 12 öğretim üyesi, 13 araştırma görevlisi ve üç tane de yan dal araştırma görevlisi olmak üzere toplam 28 genel cerrahi doktoru görev almaktadır. Gece nöbetinde üç araştırma görevlisi nöbet tutarken, bir tane öğretim üyesi icap nöbeti tutmakta olup, bir tane de onkoloji yan dal araştırma görevlisi toplamda beş doktor görev almaktadır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri toplanma aşamasında laparoskopik kolesistektomi uygulanması planlanan hastaların ameliyat tarihleri randevu sistemi ile belirlendi. Belirlenen hastalar taburculuk işlemleri sırasında araştırmacı tarafından çalışmanın amacı doğrultusunda kullanılması planlanan ölçekler yüz yüze görüşme tekniği yöntemi ile yürütüldü.



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama süreci

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile ilk olarak tanıtıcı özelliklere ve hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğine ilişkin sorular yöneltildi (Şekil 3.1).

3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenilirliği

Araştırma kullanılan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin alt ölçek boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 3.2'de özetlendi. Çalışmada kullanılan

hasta öğrenim gereksinimlerinin toplam ölçek boyutu 0.982, alt ölçek boyutları olarak ilaçlar 0.926, yaşam aktiviteleri 0.925, toplum ve izlem 0.834, duruma ilişkin duygular 0.860, tedavi ve komplikasyonlar 0.932, yaşam kalitesi 0.925 ve cilt bakımı 0.832 olarak hesaplandı (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Alt Ölçek Boyutlarının Güvenirlilik Katsayı Değerleri

Alt ölçek boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
İlaçlar (3,8,16,18,37,39,44,45)	8	0.926
Yaşam aktiviteleri (2,5,14,17,27,28,29,30,48)	9	0.925
Toplum ve izlem (6,9,22,31,36,41)	6	0.834
Duruma ilişkin duygular (7,24,32,35,42)	5	0.860
Tedavi ve komplikasyonlar (1,4,10,19,20,23,26,38,47)	9	0.932
Yaşam kalitesi (11,13,15,21,34,40,46,50)	8	0.925
Cilt bakımı (12,25,33,43,49)	5	0.832
Toplam ölçek boyutu	50	0.982

Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları, 0,60-0,80 arasında ölçek oldukça güvenilir; 0,80-1,00 arasında ise, ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu kabul edilmektedir (76). Bu kapsamda her bir boyutun ve Ölçek genel toplamında güvenilirliğin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, değişken sayısına göre normal dağılım gösteren parametreler için Student t-test veya Tek yönlü Varyans analizi, normal dağılım göstermeyen parametrelere de Mann Whitney U testi ve ya Kruskal Wallis testi kullanıldı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin uyum ve güvenilirliği Cronbach Alfa-Reability test ile test edildi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi (p) <0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan elde edilen tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular Tablo 4.1’de özetlendi.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=116)

Tanıtıcı özellikler		n	%
Yaş (ort±ss) (en küçük-en büyük)		51.89±15.32	(19-83)
Yaş grubu	19 - 29	10	8.6
	30 - 59	65	56.0
	60 ve üzeri	41	35.4
Cinsiyet	Kadın	75	64.7
	Erkek	41	35.3
Medeni hali	Bekar	19	16.4
	Evli	97	83.6
Öğrenim durumu	Okuma-yazma biliyorum	15	12.9
	İlkokul mezunu	46	39.6
	Ortaöğretim	30	25.9
	Lisans ve üstü mezunu	25	21.6
SGK	Var	109	94.0
	Yok	7	6.0
Meslek ve çalışma durumu	Aktif çalışan: işçi-memur-serbest	37	31.9
	Emekli	18	15.5
	Ev hanımı	54	46.6
	Öğrenci	7	6.0
Toplam		116	100.0

Katılımcıların yaş ortalaması 51.89±15.32 yıl olduğu gözlenirken, % 56.0 (n=65)’sının 30 ila 59 yaş grubunda oldukları saptandı. Hastaların % 64.7 (n=75)’si kadın, % 35.3 (n=41)’ü erkek idi. Çalışmada yer alan hastaların % 83.6 (n=97)’sı evli iken, % 16.4 (n=19)’ü bekar idi. Öğrenim durumu açısından hastaların % 39.6 (n=46)’sı ilköğretim mezunu iken, % 94.0 (n=109)’ünün sağlık güvencesi SGK idi. Meslek grupları açısından hastaların % 46.6 (n=54)’sı ev hanımı iken, % 31.9 (n=37)’u aktif çalışan: işçi-memur-serbest meslek erbabı sınıfında, % 15.5 (n=18)’i emekli, % 6.0 (n=7)’sı ise öğrenci idi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular(N=116)

Tanıttıcı özellikler		n	%
Vakanın tipi	Acil	36	31.0
	Planlı	80	69.0
Kronik hastalık	Var	56	48.3
	Yok	60	51.7
Kronik hastalığın varlığı	Yüksek tansiyon	33	28.4
	Şeker hastalığı	15	12.9
	Böbrek hastalığı	2	1.7
	Astım hastalığı	4	3.4
	Diğer	25	21.6
Ameliyat ile ilgili bilgi aldınız mı?	Hayır	53	45.7
	Evet	63	54.3
Hastaneye yatmadan önce, safra kesesi ameliyatı ile ilgili bilginin nereden alındığı	Hekim	33	52.4
	Hemşire	3	4.7
	TV, radyo, internet	14	22.3
	Ameliyat olmuş diğer hastalardan	12	19.0
	Diğer	1	1.6
Taburculuk eğitimi aldınız mı?	Evet	82	70.7
	Hayır	34	29.3
Toplam		116	100.0

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özellikler Tablo 4.2’de özetlendi. Buna göre hastaların % 69.0 (n=80)’u vaka tipi olarak planlı iken, % 31.0 (n=36)’i acil olarak tedaviye alındığı belirlendi. Hastaların % 48.3 (n=56)’ünde kronik hastalık varlığı gözlenirken, kronik hastalığı olanların % 28.4 (n=33)’ünde yüksek tansiyon, % 21.6 (n=25)’sında diğer rahatsızlıkların varlığına rastlandı. Katılımcıların % 54.3 (n=63)’ü ameliyat ile ilgili bilgi aldıkları gözlenirken, % 45.7 (n=53)’sinde ameliyat ile ilgili herhangi bir bilgi almadığı belirlendi. Ameliyat ile ilgili bilgi alan hastaların % 52.4 (n=33)’ünün hekimden bilgi aldığı belirlenirken, % 22.3 (n=14)’ünde TV, radyo ve internet gibi unsurlardan bilgi aldıkları saptandı. Hastaların % 70.7 (n=82)’sinin taburculuk eğitimi aldığı tespit edilirken, % 29.3 (n=34)’ünde taburculuk eğitimi konusunda herhangi bir eğitim almadıkları anlaşıldı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların Taburculuk Sırasında Aldıkları Bilgi ve Eğitim Konularına İlişkin Bulgular

Bilgi ve eğitim konuları		n (116)	%
Ağrı yönetimi	Hayır	105	90.5
	Analjezik kullanımı	11	9.5
Yara bakımı	Hayır	53	45.7
	Pansuman sıklığı	54	46.6
	Dikiş aldırma	9	7.8
Beslenme	Hayır	43	37.1
	Yağsız beslenme	40	34.5
	Sıvı gıdalar	33	28.4
Günlük yaşam aktiviteleri	Hayır	56	48.3
	Banyo yapma	18	15.5
	Mobilizasyon	28	24.1
	Ağırlık kaldırmama	14	12.1
İlaçları kullanımı	Hayır	58	50.0
	İlacın adı ve etkisi	32	27.6
	İlacın kullanım sıklığı	26	22.4
Ameliyat sonrası oluşabilecek problemler	Hayır	112	96.6
	Artan ağrıda doktora başvuru	4	3.4
Kontrol zamanı	Hayır	37	31.9
	Evet	79	68.1
Toplam		116	100.0

Hastaların taburculuk sırasında aldıkları bilgi ve eğitim konularına ait bulgular Tablo 4.3’de verildi. Buna göre hastaların % 90.5 (n=105)’inin ağrı yönetimi konusunda herhangi bir bilgi ve eğitimi almadıkları anlaşılırken, % 9.5 (n=11)’inin ağrı yönetimi konusunda analjezik kullanımı konusunda bilgi ve eğitim aldıkları gözlemlendi. Yara bakımı konusunda hastaların % 46.6 (n=54)’ünün pansuman sıklığı, % 7.8 (n=9)’inin dikiş aldırma bilgi ve eğitimi aldıkları saptanırken, % 45.7 (n=53)’ünün yara bakımı konusunda herhangi bir bilgi ve eğitimi almadıkları tespit edildi. Beslenme konusunda hastaların % 34.5 (n=40)’inin yağsız beslenme, % 28.4 (n=33)’ünün ise sıvı gıdalar konusunda bilgi ve eğitim aldıkları anlaşılırken, % 37.1 (n=43)’inin beslenme konusunda herhangi bir bilgi ve eğitimi almadıkları tespit edildi. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri konusunda % 48.3 (n=56)’ünün herhangi bir bilgi ve eğitim almadıkları saptanırken, % 24.1 (n=28)’inin mobilizasyon, % 15.5 (n=18)’inin banyo yapma ve % 12.1 (n=14)’inin ise ağırlık kaldırmama konusunda bilgi ve eğitim aldıkları belirlendi. İlaçların kullanımı konusunda

% 50.0 (n=58)'sinin herhangi bir bilgi ve eğitim almadıkları belirlenirken, % 27.6 (n=32)'sı ilacın adı ve etkisi, % 22.4 (n=26)'ünün ise ilacın kullanım sıklığı konularında bilgi ve eğitim aldıkları saptandı. Ameliyat sonrası oluşabilecek problemler konusunda hastaların % 3.4 (n=4)'ü artan ağrıda doktora başvuru konusunda bilgi ve eğitim aldıkları saptanırken, % 96.6 (n=112)'sının ameliyat sonrasında oluşabilecek problemler konusunda herhangi bir bilgi ve eğitim almadıkları tespit edildi. Hastaların % 68.1 (n=79)'inin kontrol zamanı konusunda bilgi ve eğitim aldıkları gözlenirken, % 31.9 (n=37)'unun kontrol zamanı konusunda bilgi ve eğitim almadıkları belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların Taburculuktan Sonra Aldıkları Bilgi ve Eğitim Konularının Kim Tarafından Verildiğine İlişkin Bulgular

	Eğitim konuları	Eğitim veren	n	%
Kim tarafından verildi	Ağrı yönetimi (n = 11)	Doktor	11	100.0
		Hemşire	-	-
		Diğer	-	-
	Yara bakımı (n = 63)	Doktor	61	96.8
		Hemşire	2	3.2
		Diğer	-	-
	Beslenme (n = 73)	Doktor	70	95.9
		Hemşire	3	4.1
		Diğer	-	-
	Günlük yaşam aktiviteleri (n = 60)	Doktor	56	93.4
		Hemşire	4	6.6
		Diğer	-	-
	İlaçları kullanımı (n = 58)	Doktor	56	96.5
		Hemşire	2	3.5
		Diğer	-	-
	Ameliyat sonrası oluşabilecek problemler (n = 4)	Doktor	4	100.0
		Hemşire	-	-
		Diğer	-	-
Kontrol zamanı (n = 79)	Doktor	74	93.6	
	Hemşire	5	6.4	
	Diğer	-	-	

Hastaların taburculuktan sonra aldıkları bilgi ve eğitim konularının kim tarafından aldıklarına ilişkin bulgular Tablo 4.4'de özetlendi. Buna göre ağrı yönetimi konusunda hastaların % 100.0 (n=11)'ünün doktor, yara bakımı konusunda % 96.8 (n=61)'inin doktor, beslenme konusunda % 95.9 (n=70)'unun doktor, günlük yaşam aktivitelerinde % 93.4 (n=56)'ünün doktor, ilaçları kullanımı konusunda % 96.5 (n=56)'inin doktor, ameliyat sonrası oluşabilecek problemler konusunda % 100 (n=4)'ünün doktor, kontrol zamanı konusunda da % 93.6 (n=74)'sının doktorlar tarafından bilgi ve eğitim aldıkları tespit edildi (Tablo 4.4).

4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Hastalara yöneltilen 50 maddeden oluşan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğine hastaların verdikleri yanıtların dağılımlarına ait bulgular Tablo 4.5’de özetlendi.

Tablo 4.5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Önemli değil n(%)	Biraz önemli n(%)	Ne az ne çok önemli n(%)	Çok önemli n(%)	Son derece önemli n(%)	Ort±ss (En Küçük-En Büyük)
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	-	1(0.9)	5(4.3)	60(51.7)	50(43.1)	4.37±0.6 (2-5)
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	8(6.9)	62(53.4)	43(37.1)	4.24±0.7 (1-5)
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	-	3(2.6)	8(6.9)	58(50.0)	47(40.5)	4.28±0.7 (2-5)
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	4(3.4)	3(2.6)	4(3.4)	57(49.1)	48(41.4)	4.22±0.9 (1-5)
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	2(1.7)	1(0.9)	5(4.3)	54(46.6)	54(46.6)	4.35±0.7 (1-5)
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	8(6.9)	55(47.4)	50(43.1)	4.30±0.7 (1-5)
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	5(4.3)	10(8.6)	17(14.7)	50(43.1)	34(29.3)	3.84±1.0 (1-5)
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	9(7.8)	58(50.0)	46(39.7)	4.25±0.7 (1-5)
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	3(2.6)	4(3.4)	9(7.8)	60(51.7)	40(34.5)	4.12±0.8 (1-5)
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	-	3(2.6)	8(6.9)	55(47.4)	50(43.1)	4.31±0.7 (2-5)
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1(0.9)	1(0.9)	5(4.3)	60(51.7)	49(42.2)	4.33±0.6 (1-5)
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	-	7(6.0)	7(6.0)	51(44.0)	51(44.0)	4.25±0.8 (2-5)
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	3(2.6)	3(2.6)	7(6.0)	56(48.3)	47(40.5)	4.21±0.8 (1-5)
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	7(6.0)	5(4.3)	9(7.8)	48(41.4)	47(40.5)	4.06±1.0 (1-5)
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	-	4(3.4)	4(3.4)	55(47.4)	53(45.7)	4.35±0.7 (2-5)
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	6(5.2)	57(49.1)	50(43.1)	4.31±0.7 (1-5)
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1(0.9)	2(1.7)	7(6.0)	54(46.6)	52(44.8)	4.32±0.7 (1-5)
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1(0.9)	6(5.2)	5(4.3)	52(44.8)	52(44.8)	4.27±0.8 (1-5)
19. Tedavimi kim takip edecek?	2(1.7)	2(1.7)	8(6.9)	52(44.8)	52(44.8)	4.29±0.8 (1-5)
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	-	1(0.9)	9(7.8)	48(41.4)	58(50.0)	4.40±0.6 (2-5)
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	5(4.3)	57(49.1)	51(44.0)	4.33±0.7 (1-5)
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	4(3.4)	1(0.9)	7(6.0)	48(41.4)	56(48.3)	4.30±0.8 (1-5)
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	7(6.0)	2(1.7)	6(5.2)	50(43.1)	51(44.0)	4.17±1.0 (1-5)
24. Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?	4(3.4)	1(0.9)	8(6.9)	52(44.8)	51(44.0)	4.25±0.8 (1-5)
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	6(5.2)	46(39.7)	61(52.6)	4.41±0.7 (1-5)
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1(0.9)	3(2.6)	7(6.0)	52(44.8)	53(45.7)	4.31±0.7 (1-5)

Tablo 4.5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğine İlişkin Bulgular'ın Devamı

27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	5(4.3)	48(41.4)	60(51.7)	4.41±0.7 (1-5)
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1(0.9)	1(0.9)	5(4.3)	49(42.2)	60(51.7)	4.43±0.7 (1-5)
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	4(3.4)	1(0.9)	13(11.2)	51(44.0)	47(40.5)	4.17±0.9 (1-5)
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kald ırnak gibi) nelerdir?	3(2.6)	1(0.9)	8(6.9)	49(42.2)	55(47.4)	4.31±0.8 (1-5)
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	2(1.7)	2(1.7)	7(6.0)	51(44.0)	54(46.6)	4.31±0.8 (1-5)
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	13(11.2)	4(3.4)	17(14.7)	41(35.3)	41(35.3)	3.80±1.2 (1-5)
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	9(7.8)	9(7.8)	17(14.7)	50(43.1)	31(26.7)	3.73±1.1 (1-5)
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	4(3.4)	4(3.4)	6(5.2)	47(40.5)	55(47.4)	4.25±0.9 (1-5)
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	6(5.2)	5(4.3)	12(10.3)	47(40.5)	46(39.7)	4.05±1.0 (1-5)
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	26(22.4)	5(4.3)	23(19.8)	34(29.3)	28(24.1)	3.28±1.4 (1-5)
37. İlaçlarımin her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1(0.9)	1(0.9)	8(6.9)	54(46.6)	52(44.8)	4.33±0.7 (1-5)
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1(0.9)	2(1.7)	8(6.9)	49(42.2)	56(48.6)	4.35±0.7 (1-5)
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	2(1.7)	4(3.4)	6(5.2)	47(40.5)	57(49.1)	4.31±0.8 (1-5)
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	4(3.4)	3(2.6)	9(7.8)	52(44.8)	48(41.4)	4.18±0.9 (1-5)
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	10(8.6)	7(6.0)	15(12.9)	45(38.8)	39(33.6)	3.82±1.2 (1-5)
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	7(6.0)	5(4.3)	12(10.3)	46(39.7)	46(39.7)	4.02±1.1 (1-5)
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	3(2.6)	3(2.6)	11(9.5)	44(37.9)	55(47.4)	4.25±0.9 (1-5)
44. İlaçlarımin her birini ne zaman almalıyım?	1(0.9)	2(1.7)	8(6.9)	48(41.4)	57(49.1)	4.36±0.7 (1-5)
45. İlaçlarımla nereden/nasıl temin edebilirim?	5(4.3)	2(1.7)	10(8.6)	47(40.5)	52(44.8)	4.19±0.9 (1-5)
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	5(4.3)	1(0.9)	9(7.8)	49(42.2)	52(44.8)	4.22±0.9 (1-5)
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1(0.9)	3(2.6)	6(5.2)	50(43.1)	56(48.3)	4.35±0.7 (1-5)
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1(0.9)	2(1.7)	8(6.9)	48(41.4)	57(49.1)	4.36±0.7 (1-5)
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	-	3(2.6)	9(7.8)	49(42.2)	55(47.4)	4.34±0.7 (2-5)
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	-	2(1.7)	7(6.0)	47(40.5)	60(51.7)	4.42±0.6 (2-5)

Tablo 4.5 incelendiğinde; “28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?” değişkeninin 4.43±0.7 (1-5) ortalama ile en yüksek değere sahip olduğu gözlenirken, “36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?” değişkeninin 3.28±1.4 (1-5) ortalama ile en düşük değere sahip olduğu tespit edildi.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği; İlaçlar, Yaşam aktiviteleri, Toplum ve izlem, Duruma ilişkin duygular, Tedavi ve komplikasyonlar, Yaşam kalitesi ve Cilt bakımı olmak üzere yedi farklı alt ölçek boyutundan oluşmaktadır.

Tablo 4.6. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Ölçek Boyutlarına İlişkin Dağılımlar

Alt ölçek boyutları	Ort±ss (En Küçük-En Büyük)
İlaçlar	34.5±5.1 (16-40)
Yaşam aktiviteleri	38.6±5.8 (18-45)
Toplum ve izlem	24.1±4.5 (9-30)
Duruma ilişkin duygular	19.9±4.3 (5-25)
Tedavi ve komplikasyonlar	38.8±5.7 (18-45)
Yaşam kalitesi	34.3±5.3 (16-40)
Cilt bakımı	21±3.4 (10-25)
Toplam ölçek boyutu	211.2±32.0 (100-250)

Tablo 4.6’da İlaçlar, Yaşam aktiviteleri, Toplum ve izlem, Duruma ilişkin duygular, Tedavi ve komplikasyonlar, Yaşam kalitesi ve Cilt bakımından oluşan yedi alt ölçek boyutu ortalama ve standart sapma değerleri ile toplam ölçek boyutuna ilişkin ortalamaları ile standart sapmaları özetlendi. Tablo 4.6 incelendiğinde; alt ölçek boyutlarından en düşük ortalama duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu, en yüksek ortalama ise tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu olduğu belirlendi. Toplam ölçek boyutunda ise hastaların öğrenim gereksinim düzeyinin yüksek olduğu belirdi.

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Öğrenim Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamında yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri arasındaki farklılıklara ait hipotezlere ilişkin bulgular incelendi.

Tablo 4.7. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri		n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Kadın	75	33.8±5.32	-1.565	0.120
	Erkek	41	35.3±4.81		
Yaşam Aktiviteleri	Kadın	75	38.0±6.19	-1.522	0.131
	Erkek	41	39.7±4.97		
Toplum ve İzlem	Kadın	75	23.8±4.13	-1.130	0.261
	Erkek	41	24.8±5.30		
Duruma İlişkin Duygular	Kadın	75	19.8±4.33	-0.535	0.597
	Erkek	41	20.2±4.44		
Tedavi ve Komplikasyon	Kadın	75	38.2±5.89	-1.499	0.137
	Erkek	41	39.8±5.37		
Yaşam Kalitesi	Kadın	75	33.8±5.54	-1.311	0.193
	Erkek	41	35.1±4.88		
Cilt Bakımı	Kadın	75	20.9±3.43	-0.280	0.780
	Erkek	41	21.1±3.53		
Toplam Boyut	Kadın	75	208.4±32.6	-1.279	0.203
	Erkek	41	216.4±30.7		

Tablo 4.7 incelendiğinde hastaların cinsiyet değişkeni ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.203$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.120$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.131$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.261$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.597$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.137$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.193$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.780$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Medeni hali	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Bekar	19	35.4±4.40	1.030	0.305
	Evli	97	34.1±5.31		
Yaşam Aktiviteleri	Bekar	19	39.4±5.65	0.610	0.543
	Evli	97	38.5±5.88		
Toplum ve İzlem	Bekar	19	25.0±3.59	0.933	0.353
	Evli	97	23.9±4.74		
Duruma İlişkin Duygular	Bekar	19	20.8±3.20	0.947	0.345
	Evli	97	19.8±4.55		
Tedavi ve Komplikasyon	Bekar	19	39.4±5.45	0.555	0.580
	Evli	97	38.6±5.82		
Yaşam Kalitesi	Bekar	19	35.6±4.80	1.174	0.243
	Evli	97	34.0±5.42		
Cilt Bakımı	Bekar	19	21.2±3.01	0.362	0.718
	Evli	97	20.9±3.54		
Toplam Boyut	Bekar	19	217.1±27.7	0.873	0.384
	Evli	97	210.1±32.8		

Hastaların medeni durumları ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.384$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.305$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.543$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.353$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.345$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.580$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.243$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.718$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Eğitim durumu	n	Ort±ss	F	p
İlaçlar	Okuma yazma biliyor	15	33.5±5.82	0.263	0.852
	İlkokul	46	34.3±5.19		
	Ortaöğretim	30	34.1±5.62		
	Lisans ve üstü	25	35.0±4.38		
Yaşam Aktiviteleri	Okuma yazma biliyor	15	38.1±6.87	0.182	0.908
	İlkokul	46	38.5±5.82		
	Ortaöğretim	30	38.5±6.42		
	Lisans ve üstü	25	39.4±4.60		
Toplum ve İzlem	Okuma yazma biliyor	15	23.6±3.77	0.378	0.769
	İlkokul	46	24.2±4.68		
	Ortaöğretim	30	23.6±5.48		
	Lisans ve üstü	25	24.8±3.71		
Duruma İlişkin Duygular	Okuma yazma biliyor	15	20.4±3.62	0.456	0.714
	İlkokul	46	20.4±4.03		
	Ortaöğretim	30	19.4±5.04		
	Lisans ve üstü	25	19.5±4.60		
Tedavi ve Komplikasyon	Okuma yazma biliyor	15	38.2±5.32	0.880	0.454
	İlkokul	46	38.1±6.11		
	Ortaöğretim	30	38.7±6.03		
	Lisans ve üstü	25	40.4±4.91		
Yaşam Kalitesi	Okuma yazma biliyor	15	34.4±4.42	0.363	0.780
	İlkokul	46	33.9±5.67		
	Ortaöğretim	30	34.0±5.95		
	Lisans ve üstü	25	35.2±4.54		
Cilt Bakımı	Okuma yazma biliyor	15	21.2±3.45	0.044	0.988
	İlkokul	46	21.0±3.67		
	Ortaöğretim	30	20.8±3.58		
	Lisans ve üstü	25	21.0±3.05		
Toplam Boyut	Okuma yazma biliyor	15	209.6±31.08	0.188	0.904
	İlkokul	46	210.7±33.70		
	Ortaöğretim	30	209.4±35.15		
	Lisans ve üstü	25	215.4±26.81		

Tablo 4.9 incelendiğinde hastaların eğitim düzeyleri ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu (p=0,904), ilaçlar alt ölçek boyutu (p=0,852), yaşam

aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0,908$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0,769$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0,714$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0,454$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0,780$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0,988$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Yaş durumu	n	Ort±ss	F	p
İlaçlar	19 – 29 yaş arası	10	37.0±3.55	1.443	0.241
	30 – 59 yaş arası	65	34.0±5.19		
	60 ve üzeri	41	34.1±5.41		
Yaşam Aktiviteleri	19 – 29 yaş arası	10	39.6±5.62	0.368	0.693
	30 – 59 yaş arası	65	38.8±5.72		
	60 ve üzeri	41	38.0±6.13		
Toplum ve İzlem	19 – 29 yaş arası	10	25.6±3.56	0.553	0.577
	30 – 59 yaş arası	65	24.0±4.52		
	60 ve üzeri	41	23.9±4.92		
Duruma İlişkin Duygular	19 – 29 yaş arası	10	21.5±3.53	0.669	0.514
	30 – 59 yaş arası	65	19.8±4.54		
	60 ve üzeri	41	19.7±4.28		
Tedavi ve Komplikasyon	19 – 29 yaş arası	10	40.5±5.40	1.068	0.347
	30 – 59 yaş arası	65	39.1±5.29		
	60 ve üzeri	41	37.8±6.47		
Yaşam Kalitesi	19 – 29 yaş arası	10	36.5±4.27	1.108	0.334
	30 – 59 yaş arası	65	34.3±5.12		
	60 ve üzeri	41	33.7±5.85		
Cilt Bakımı	19 – 29 yaş arası	10	21.8±2.97	0.305	0.738
	30 – 59 yaş arası	65	20.8±3.31		
	60 ve üzeri	41	21.0±3.82		
Toplam Boyut	19 – 29 yaş arası	10	222.5±26.59	0.756	0.472
	30 – 59 yaş arası	65	211.2±31.00		
	60 ve üzeri	41	208.5±34.95		

Hastaların yaş grupları ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri toplam Ölçek boyutu ($p=0.472$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.241$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.693$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.577$), duruma ilişkin duygular alt ölçek

boyutu ($p=0.514$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.347$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.334$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.738$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Çalışma Durumu	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Çalışıyor	37	35.0±4.55	0.957	0.340
	Çalışmıyor	79	34.0±5.45		
Yaşam Aktiviteleri	Çalışıyor	37	39.8±4.67	1.516	0.132
	Çalışmıyor	79	38.1±6.24		
Toplum ve İzlem	Çalışıyor	37	24.2±4.84	0.141	0.888
	Çalışmıyor	79	24.1±4.48		
Duruma İlişkin Duygular	Çalışıyor	37	19.5±4.74	-0.731	0.466
	Çalışmıyor	79	20.1±4.19		
Tedavi ve Komplikasyon	Çalışıyor	37	39.9±5.08	1.474	0.143
	Çalışmıyor	79	38.2±5.99		
Yaşam Kalitesi	Çalışıyor	37	34.9±5.01	0.827	0.410
	Çalışmıyor	79	34.0±5.49		
Cilt Bakımı	Çalışıyor	37	21.1±3.60	0.344	0.731
	Çalışmıyor	79	20.9±3.40		
Toplam Boyut	Çalışıyor	37	214.7±29.95	0.786	0.433
	Çalışmıyor	79	209.6±33.08		

Tablo 4.11 incelendiğinde hastaların çalışma durumları ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.433$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.340$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.132$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.888$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.466$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.143$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.410$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.731$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Katılımcıların Vakanın Tiplerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Vakanın Tipi	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Acil	36	33.5±4.98	-1.113	0.268
	Planlı	80	34.7±5.26		
Yaşam Aktiviteleri	Acil	36	38.0±5.99	-0.763	0.447
	Planlı	80	38.9±5.77		
Toplum ve İzlem	Acil	36	23.7±4.42	-0.593	0.554
	Planlı	80	24.3±4.67		
Duruma İlişkin Duygular	Acil	36	19.3±4.29	-1.108	0.270
	Planlı	80	20.2±4.38		
Tedavi ve Komplikasyon	Acil	36	38.0±5.86	-0.902	0.369
	Planlı	80	39.1±5.70		
Yaşam Kalitesi	Acil	36	33.5±5.24	-1.033	0.304
	Planlı	80	34.6±5.37		
Cilt Bakımı	Acil	36	20.4±3.63	-1.163	0.247
	Planlı	80	21.2±3.36		
Toplam Boyut	Acil	36	206.7±31.81	-1.013	0.313
	Planlı	80	213.3±32.18		

Hastaların vaka tipleri ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.313$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.268$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.447$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.554$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.270$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.369$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.304$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.247$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Katılımcıların Kronik Hastalık Gruplarına Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Kronik hastalık	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Var	56	34.2±4.79	-0.135	0.893
	Yok	60	34.4±5.56		
Yaşam Aktiviteleri	Var	56	38.1±6.13	-0.912	0.364
	Yok	60	24.3±4.02		
Toplum ve İzlem	Var	56	23.9±5.07	0.457	0.649
	Yok	60	201±3.59		
Duruma İlişkin Duygular	Var	56	20.1±3.59	0.443	0.658
	Yok	60	19.8±5.00		
Tedavi ve Komplikasyon	Var	56	38.5±5.45	-0.447	0.655
	Yok	60	39.0±6.04		
Yaşam Kalitesi	Var	56	34.3±5.12	0.039	0.969
	Yok	60	34.3±5.57		
Cilt Bakımı	Var	56	20.9±3.33	-0.161	0.873
	Yok	60	21.0±3.59		
Toplam Boyut	Var	56	210.8±30.49	-0.153	0.879
	Yok	60	211.7±33.7		

Tablo 4.13 incelendiğinde hastaların kronik hastalık varlıkları ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.879$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.893$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.364$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.649$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.658$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.655$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.969$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.873$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Katılımcıların Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Ameliyat ile ilgili bilgi alma	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Hayır	53	34.5±4.56	0.332	0.262
	Evet	63	34.2±5.68		
Yaşam Aktiviteleri	Hayır	53	39.0±4.96	0.553	0.151
	Evet	63	38.3±6.49		
Toplum ve İzlem	Hayır	53	24.2±4.07	0.112	0.236
	Evet	63	24.1±5.00		
Duruma İlişkin Duygular	Hayır	53	20.4±3.71	1.041	0.040*
	Evet	63	19.5±4.83		
Tedavi ve Komplikasyon	Hayır	53	38.8±5.01	0.049	0.109
	Evet	63	38.7±6.34		
Yaşam Kalitesi	Hayır	53	34.3±5.06	0.003	0.439
	Evet	63	34.3±5.60		
Cilt Bakımı	Hayır	53	21.4±3.01	1.243	0.213
	Evet	63	20.6±3.77		
Toplam Boyut	Hayır	53	212.7±28.16	0.454	0.127
	Evet	63	210.0±35.20		

* p<0,05

Hastaların ameliyat ile ilgili bilgi alma durumları ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu (p=0.127), ilaçlar alt ölçek boyutu (p=0.262), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu (p=0.151), toplum ve izlem alt ölçek boyutu (p=0.236), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu (p=0.109), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu (p=0.439) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları (p=0.213) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı (p>0.05) (Tablo 4.14). Hastalardan ameliyat ile ilgili bilgi almayanların hasta öğrenim bilgi gereksinim düzeylerinin, hastalardan ameliyat ile ilgili bilgi alanların duruma ilişkin duygular konusunda daha düşük aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi (p=0.040; p<0.05).

Tablo 4.15. Katılımcıların Taburculuk Eğitimi Alma Durumlarına Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta öğrenim gereksinimleri	Taburculuk eğitimi alma	n	Ort±ss	t	p
İlaçlar	Evet	82	34.6±5.23	0.984	0.406
	Hayır	34	33.6±5.06		
Yaşam Aktiviteleri	Evet	82	39.0±5.48	1.116	0.959
	Hayır	34	37.7±6.58		
Toplum ve İzlem	Evet	82	24.2±4.80	0.500	0.364
	Hayır	34	23.8±4.06		
Duruma İlişkin Duygular	Evet	82	19.8±4.65	-0.367	0.219
	Hayır	34	20.2±3.62		
Tedavi ve Komplikasyon	Evet	82	39.0±5.77	0.717	0.291
	Hayır	34	38.2±5.73		
Yaşam Kalitesi	Evet	82	34.5±5.30	0.604	0.820
	Hayır	34	33.8±5.47		
Cilt Bakımı	Evet	82	21.3±3.33	1.604	0.682
	Hayır	34	20.2±3.65		
Toplam Boyut	Evet	82	212.7±32.02	0.783	0.508
	Hayır	34	207.6±32.38		

Tablo 4.15 incelendiğinde hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ile hasta öğrenim gereksinimleri toplam ölçek boyutu ($p=0.508$), ilaçlar alt ölçek boyutu ($p=0.406$), yaşam aktiviteleri alt ölçek boyutu ($p=0.959$), toplum ve izlem alt ölçek boyutu ($p=0.364$), duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutu ($p=0.219$), tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek boyutu ($p=0.291$), yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ($p=0.820$) ve cilt bakımından oluşan alt ölçek boyutları ($p=0.682$) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinin incelendiği bu çalışmada, elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldı. Yapılan incelemede hastaların hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği yardımı ile laparoskopik kolesistektomi sonrasında ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimleri düzeyleri hastaların tanıtıcı özellikleri ile arasındaki farklılıklar incelendi.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının açık ameliyatlara göre hastada enfeksiyon riskinin azaltma, konforun artırma, hastanede kalış süresini kısaltma, hasta memnuniyetini artırma ve maliyeti düşürme etkileri vardır (54,59). Tüm olumlu etkilere rağmen laparoskopik kolesistektomi ameliyatı da cerrahi kesi gerektiren bir ameliyat olmasından dolayı hastaların laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrasında oluşabilecek durumları konusunda hastada endişe yaratan bir durumdur (20). Bu nedenle hastalara ameliyat sonrası verilecek planlı hasta eğitimlerinin hastaların ameliyat sonrasında oluşabilecek endişe düzeyleri azaltabileceği gibi, karşılaşılabilecekleri olası durumlar konusunda da bilgi sahibi olmaları sağlanabilir. Diğer yandan hastaların bazı konularda fazla bilgili olmalarının endişe düzeylerini de artırabileceği unutulmamalıdır. Buna karşın hastaların ameliyat sonrasında yaşayabilecekleri olası olumsuz durumlar konusunda bilgi sahibi olmalarının, hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri komplikasyonlarında önüne geçileceği ifade edilebilir (7,31,77).

Çalışmamızda hastaların % 64.7 (n=75)'sinin kadın, % 56.0 (n=65)'sının 30 ila 59 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 51,89 yıl olduğu tespit edildi. Hastaların % 83.6 (n=97)'sının evli, % 39.6 (n=46)'sının ilkokul mezunu, % 94.0 (n=109)'ünün SGK var olduğu ve % 46.6 (n=54)'sının ev hanımı olduğu saptandı. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların yaş ve cinsiyet değişkenleri konusunda; hastaların yaş düzeylerinin ilerlemesinin safra taşı oluşum sıklığını arttırdığını ve kadınlar hastaların, erkek hastaların oranına göre 3-4 kat daha fazla görüldüğü ve buna bağlı olarak kadınlara uygulanan laparoskopik kolesistektomi oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (2,37,78,79). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %68'inin kadın ve yaş ortalamalarının 58 olduğu gözlenirken (1), benzer şekilde İnan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da örnekleme alınan hastaların %64.2'sinin kadın ve yaş ortalamasının 51.9 olduğunu saptamışlardır (53). Bu açıdan yapılan çalışmamızdan elde edilen bulguların literatürde yer alan bilgilerle paralellik gösterdiği gözlenmiştir.

Çalışmamızda yer alan hastaların % 69.0'unun planlı olduğu gözlenirken, % 48.3'ünde kronik hastalık varlığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). 6. Ulusal Hipertansiyon Böbrek Hastalıkları Kongresi'nde açıklanan araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon görülme yüzdesi % 31.8'dir (80). Çalışmamızdaki bulgularda kronik rahatsızlığı olan hastaların % 28.4'ünde yüksek tansiyon bulgularına rastlandı. Elde edilen bu sonuç ülkemiz için belirlenen hipertansiyon yüzdesine benzerlik göstermektedir.

Zengin Çakır ve Dal Yılmaz'ın laparoskopik kolesistektomi olan hastaların taburculuk öncesi bilgi düzeylerinin inceledikleri çalışmada; hastaların % 71.7'sinin ameliyat öncesinde yapılacak ameliyat ile ilgili bilgi aldıkları, % 94.6'sının ise doktorlar tarafından bilgilendirildikleri gözlenmiştir (81). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %58.2'sinin ameliyat öncesi bilgilendirildikleri gözlenirken, % 92.1'i ameliyat hakkında bilgilendirmeyi doktorlar tarafından aldıkları, % 80.1'inin de taburculuk eğitimi aldıkları saptanmıştır (19). Bu çalışmada ise yer alan hastaların % 54.3'ünün ameliyat ile ilgili bilgilendirme aldıkları belirlenirken, uygulanacak ameliyat ile ilgili bilgilendirmeyi % 52.4'ünün doktorlar tarafından aldıkları tespit edilirken, % 70.7'sine taburculuk eğitimi verildiği belirlenmiştir.

Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların taburculuk öncesi bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada; hastaların % 89.7'sinin ağrı kontrolüne ilişkin bilgilendirildikleri, % 57.6'sı ağrı kontrolüne ilişki sorun yaşadıkları, % 100.0'ünün ağrı kontrolünü hekimler tarafından aldıkları gözlenirken, % 10.2'sinin yara bakımı konusunda sorun yaşadıkları, % 92.3'ünün ilaç kullanma konusunda bilgilendirildikleri, % 97.2'sinin de ilaç kullanımı konusunda hekimlerden bilgilendirme aldıkları saptanmıştır (81). Cajs ve ark.nın, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada ise, hastaların yaraların iyileşme süreci ve enfeksiyon belirtileri konularında bilgi gereksinimleri olduklarını belirtmişlerdir (82). Aytur ise çalışmasında hastaların çoğunluğunun yara bakımında bilgi gereksinime ihtiyaç duydukları ve taburculuk eğitimi ile yara problemlerinin önüne geçilebileceği inancı olduğunu vurgulamıştır (31). Zengin Çakır ve Dal Yılmaz yaptıkları çalışmada hastaların % 89.7'sinin beslenme ile ilgili sorun yaşadıkları, % 78.2'sininde beslenme konusunda bilgilendirildikleri, % 100.0'ünün ise beslenme konusunda bilgilendirmeyi hekimlerden aldıkları tespit edilmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri konusunda hastaların % 85.9'unun sorun yaşadığı, % 30.7'sinin günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgilendirildikleri, % 95.8'inin ise hekimler tarafından bilgilendirildikleri belirlenmiştir (81). Aytur da yaptığı çalışmada hastaların aktive konusunda bilgi gereksinimi duyduklarını belirtmiştir (31). Sloman ve arkadaşları

tarafından yapılan çalışmada ise; ameliyat sonrası erken dönemde en yaygın olarak görülen sorunlardan birinin ağrı olduğu, kolesistektomi ve splenektomi ameliyatı olan hastaların ağrılarının fazla olduğu saptanmıştır (83). Bizim çalışmamızda hastaların % 9.5'i ağrı yönetiminde analjezik kullanımı konusunda, % 46.6'sı yara bakımında pansuman sıklığı konusunda, % 34.5'i beslenmesinde yağsız beslenme konusunda, % 24.1'i günlük yaşam aktivitelerinde mobilizasyon konusunda, % 27.6'sı ilaçların kullanımında ilacın adı ve etkisi konusunda, % 3.4'ü ameliyat sonrasında oluşabilecek problemlerde artan ağrıda doktora başvuru konusunda, % 68.1'i de kontrol zamanı konularında bilgi ve eğitim aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda hastaların taburculuktan sonra ağrı yönetimi, yara bakımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçların kullanımı, ameliyat sonrası oluşabilecek problemler ve kontrol zamanları konularında doktorlardan bilgi ve eğitim aldıkları gözlenmiştir. Yılmaz ve Gürler yaptıkları çalışmada da hastalara; ağrı yönetimi, yara bakımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçların kullanımı, ameliyat sonrası oluşabilecek problemler ve kontrol zamanları konuları doktorlar tarafından verildiği saptanmıştır (16).

Soyer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta gereksinimi toplam ölçek boyutu 205.0 olduğu gözlenirken, alt ölçek boyutları; ilaçlar 33.9, yaşam aktiviteleri 36.7, toplum ve izlem 23.8, duruma ilişkin duygular 19.4, tedavi ve komplikasyonlar 37.3, yaşam kalitesi 33.5 ve cilt bakımı 20.0 ortalama şeklinde bulundu (84). Çatal ve Dicle'nin yaptığı çalışmadan elde edilen bulgulara bakıldığında hasta gereksinimi toplam ölçek boyutu 190.81 olduğu gözlenirken, alt ölçek boyutları; ilaçlar 31.96, yaşam aktiviteleri 34.83, toplum ve izlem 21.42, duruma ilişkin duygular 17.31, tedavi ve komplikasyonlar 35.54, yaşam kalitesi 30.67 ve cilt bakımı 19.7 ortalama şeklinde olduğu gözlendi (85). Bizim çalışmamızda ise hasta gereksinimi toplam ölçek boyutu 211.5 olduğu gözlenirken, alt ölçek boyutları; ilaçlar 34.5, yaşam aktiviteleri 38.6, toplum ve izlem 24.1, duruma ilişkin duygular 19.9, tedavi ve komplikasyonlar 38.8, yaşam kalitesi 34.3 ve cilt bakımı 21.0 ortalama şeklinde bulunmuştur. Özel'in yaptığı çalışmanın sonuçlarında toplam ölçek boyutu 199.19 olduğu gözlenirken, bizim çalışmamızla paralellik gösterdiği anlaşılmıştır (65). Çalışma sonuçlarından elde edilen bulgular arasındaki farklılıkların hasta özelliklerinden ve kurumların hasta eğitim politikalarındaki farklılıklardan kaynaklandığı varsayılmaktadır.

Demirkıran'ın koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar üzerine gerçekleştirdiği çalışmada hastaların cinsiyet değişkeni ile yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi alt ölçek boyutu ile aralarında

farklılıklar olmadığı gözlenirken, kadın hastaların; ilaçlar, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutu ortalamalarının, erkek hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (67). Deniz ve ark.nın genel cerrahi kliniğinde yatan hastalar ile yaptığı çalışmada hastalardan erkek olanların ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutu açısından kadın hastaların oranlarına göre daha yüksek olduğu gözlenirken, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular ve cilt bakımları açısından aralarında farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir (86). Bizim çalışmamızda ise hastaların cinsiyet değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Suhonen ve ark.nın (87) yaptığı çalışmada bizim çalışma sonuçları ile benzer şekilde hastaların cinsiyetleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarıyla aralarında farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Demirkıran (67) ile Deniz ve ark.nın çalışmalarında hastaların medeni durum değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (86). Bu araştırmada literatür ile paralellik göstererek hastaların medeni durum değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Demirkıran'ın çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri ile ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutları arasında anlamlı farklılıklar olmadığı gözlenirken, hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı alt ölçek boyutları ortalama değerlerinde azalma meydana geldiği belirlenmiştir (67). Deniz ve ark.nın yaptıkları çalışmada hastaların eğitim düzeyleri arttıkça; toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutlarında hasta öğrenim gereksinim düzeylerinde azalma meydana geldikleri saptanırken, ilaçlar, yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt ölçek boyutları puan ortalamaları ve toplam ölçek boyutu ile aralarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir (86). Bu araştırmada ise hastaların eğitim durumu değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Suhonen ve ark.nın yaptığı çalışmada bizim çalışma sonuçları ile paralellik göstererek hastaların eğitim düzeyleri ile hasta öğrenim gereksinim

düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarıyla aralarında farklılık olmadığı saptanmıştır (87).

Deniz ve arkadaşlarının çalışması (86) ile Demirkıran'ın çalışmasında hastaların yaş grupları ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (67). Bizim çalışmamızda ise hastaların yaş grupları değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumu değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Demirkıran'ının yaptığı çalışmada ise hastalardan çalışmayanların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutlarında çalışan hastaların oranlarından daha yüksek olduğu gözlenirken, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi alt ölçek boyutlarında herhangi bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (67). Hastaların mesleklerine göre çalışma durumlarının farklılık gösterebileceği gibi, hasta öğrenim gereksinim düzeylerinin de birbirinden farklı olabileceği varsayılmaktadır.

Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastalardan acil olanların oranlarının toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutlarında planlı grubunda yer alan hastaların oranlarından daha yüksek olduğu gözlenirken, ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutu ile aralarında farklılık olmadığı belirlenmiştir (86). Bizim çalışmamızda ise hastaların vaka tipi değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Çalışmada hastaların kronik hastalık varlığı değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Demirkıran'ının yaptığı çalışmada bizim çalışmanın sonuçları ile paralellik göstererek hastaların hastalık durumları ile ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (67).

Demirkıran'ın yaptığı çalışmada hastaların ameliyat ile ilgili bilgi almayanların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutunda ameliyat ile ilgili bilgi alanların oranlarından daha düşük olduğu

ve aralarında farklılıklar olduğu gözlenmiştir (67). Bu çalışmada ise hastaların ameliyat ile ilgili bilgi alma değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Buna karşın hastalardan ameliyat ile ilgili bilgi alanların duruma ilişkin duygular konusunda, ameliyat ile ilgili bilgi almayanlara göre

Çalışmada hastaların taburculuk eğitimi alma değişkenleri ile hasta öğrenim gereksinim düzeyleri toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Demirkıran'ının yaptığı ise hastalardan eğitim almayanların oranlarının ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutları oranlarından daha yüksek oldukları saptanırken, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi alt ölçek boyutları arasında anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir (67). Elde edilen sonuçlar ışığında katılımcıların ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat sonrası bilgi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla uygulanan araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Çalışmada yer alan hastaların toplam ölçek boyutu 211.2 ± 32.0 ortalama ile hastaların yüksek gereksinim düzeyine sahip oldukları anlaşıldı.
- Çalışmada yer alan hastaların en önemli gereksinim alt ölçek boyutu 38.8 ± 5.7 ortalama ile yaşam aktiviteleri olduğu, en az önemli öğrenim gereksinim alt ölçek boyutu ise 19.9 ± 4.3 ortalama ile duruma ilişkin duygular idi.
- Kadın hastalar ile erkek hastalar arasında; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarındaki fark anlamlı değildi ($p > 0.05$).
- Bekar ve evli hastalarında ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarında da farklılık yoktu ($p > 0.05$).
- Eğitim düzeyi açısından hastalar arasında; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarındaki fark anlamlı değildi ($p > 0.05$).
- Yaş grubunda hastaların; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarında da farklılık yoktu ($p > 0.05$).
- Hastaların çalışma ve çalışmama durumları ile ilgili hastalar arasında; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarındaki fark anlamlı değildi ($p > 0.05$).
- Acil ve planlı cerrahi geçiren hastalar; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarında da farklılık yoktu ($p > 0.05$).

- Kronik hastalık varlığı ve yokluğu grubunda yer alan hastalar arasında; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarındaki fark anlamlı değildi ($p>0.05$).
- Ameliyat ile ilgili bilgi alan ve almayan hastaların; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarında da farklılık yoktu ($p>0.05$). Buna karşın duruma ilişkin duygular alt ölçek boyutunda ameliyat ile ilgili bilgi alan hastaların öğrenim gereksinim düzeylerinin, ameliyat ile ilgili bilgi almayan hastalara göre daha düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).
- Taburculuk eğitimi alan ve almayan hastaların; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyon, yaşam kalitesi, cilt bakım alt ölçek boyutu ve toplam ölçek boyutları ile aralarında da farklılık yoktu ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler getirilmiştir:

- Çalışmamızda elde edilen hasta öğrenim gereksinim düzeyi oranının yüksek olması, hastalara uygun taburculuk eğitim programının hazırlanması gerektiği,
- Hastaların hasta öğrenim gereksinim düzeylerinin hastaların taburculuk eğitimi alması konusunda hemşirelere daha aktif görevler verilmesi gerektiği,
- Yapılacak araştırmalarda çalışmaya farklı hastanelerden elde edilen bulgularında dahil edilmesi gerektiği, önerilmektedir.

6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sonuçları Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi genel cerrahi bir ve iki servisinde laparoskopik kolesistektomi olan 116 hasta ile yürütülmüş olup, sonuçlar genellenemez. Çalışma sırasında hasta yakınlarının hastaları etkiledikleri görülmüştür. Bu çalışmada hasta yakınları dahil edilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Urcanoğlu ÖB. (2017). Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Sakız Çiğnemenin Barsak Motilitesine, Erken Mobilizasyona, Ameliyat Sonrası Ağrıya ve Erken Taburculuğa Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
2. Kanat BH, Girgin M. (2012). Üç Porttan Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimi. J Kartal TR, 23: 18-20.
3. Emre Ş, Tekant Topuzlu G, Şenyüz OF. (2016). Laparoskopik Kolesistektomi, Çocuk Cerrahisi Dergisi, 30: 197-202.
4. Tunç M. (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Planlanan Olgularda İndüksiyonda Yüksek Doz Roküronyum Uygulamasının Perioperatif Etkileri, Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
5. Dülgeroğlu O, Gölboyu BE, Aksun M, Girgin S, Ahıskaloğlu A, Karaca Baysal P, Ekinci M. (2016). Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatlarında %0,25 Levobupivakain İnfiltrasyon Zamanının Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi, Kocaeli Medical J, 5: 15-20.
6. Öbek C. (2005). Ürolojik Laparoskopide Komplikasyonlar ve Önlenmesi, Üroloji Bülteni, 2: 3-8.
7. Özkan Salkım Ö. (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeylerine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
8. Sertelli B. (2013). Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Taburculuklarında Gereken Bilgilerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
9. Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 5(3): 34-38.
10. Zengin Çakır HK, Dal Yılmaz Ü. (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 10(2): 115-121.

11. Çakır HKZ. (2015). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
12. Ergün A. (2010). Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, Adana.
13. Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N, Tepe A. (2010). Günübürlük Cerrahiyi Takiben Hastaların Ev Ortamındaki Deneyim ve Güçlükleri. HEMAR-G, 3: 38-48.
14. Acar K, Aygin D. (2016). Laparoskopik Cerrahi Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Bakımı. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 1: 17-22.
15. İyilikçi Tulgar G. (2012). Cerrahi Birimlerde Taburculuk Sürecinde Hemşirenin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
16. Yılmaz M, Gürler H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri, Ağrı, 23: 71-79.
17. Yolcu S, Akın S, Durna Z. (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13: 129-138.
18. Balık E. (2007). Laparoskopik Kolorektal Cerrahi İçin Gerekli Alt Yapı ve Eğitim, Kolon Rektum Hast Derg, 17: 36-45.
19. İzveren AÖ, Dal Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 36-46.
20. Akyüz İ. (2012). Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalarda Eğitim ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
21. Kelleci E. (2012). Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Postoperatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
22. Ercan E. (2006). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

23. Gürkaynak D. (2013). Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Karın İçi Basıç Değişikliğinin Alt Ekstremitte Perfüzyonuna Etkisinin Noninvaziv Yöntem İle Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
24. Cucinotta E, Lorenzini C, Melita G, Iapichino G, Curro G. (2005). Incidental Gall Bladder Carcinoma: Does The Surgical Approach Influence The Outcome. *Anz J. Surg*, 75: 795-798.
25. Gurusamy KS, Davidson BR. (2010). Surgical Treatment Of Gallstones. *Gastroenterol Clin. North Am*, 39: 229-244.
26. Ateş M, Karalar M. (2010). Laparoskopik Radikal Prostatektomi. *Endoüroloji Bülteni*, 12: 36-42.
27. Ateş M, Karalar M, Keleş İ. (2013). İleri Laparoskopik Cerrahi İçin Yeni Bir Klinik Nasıl Kurulur? *Endoüroloji Bülteni*, 1-3.
28. Akgün M. (2011). Laparoskopik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Hemşirenin Rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8: 11-17.
29. Tarhan Ö. (2018). Safra Kesesi ve Safra Yolları Hastalıkları. www.turkcerrahi.com.
30. Pearlstone DB, Mansfield PF, Curley SA, Kumparatana M, Cook P, Feig BW. (1999). Laparoscopy İn 533 Patients With Abdominal Malignancy. *Surgery*, 125: 67-72.
31. Aytur T. (2001). Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Uzmanlığı Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
32. Kesler O. (2008). Akut Pankreatit Tedavisinde Erken Kolesistektominin Yeri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
33. Taşkın M, Zengin K. (1995). Laparoskopik Cerrahinin Tarihçesi. *Laparoskopik Cerrah*, İstanbul Üniversitesi Basım ve Film Merkezi, İstanbul.
34. Gümrükçü A. (2006). Laparoskopik Kolesistektomilerde Levobupivakain Ya Da Bupivakain İle Yara Yeri İnfiltrasyonunun Postoperatif Analjezi Açısından Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
35. Eminsoy MG. (2008). Paket Ameliyatlardan Laparoskopik Kolesistektominin Hizmet Maliyetlerinin Belirlenmesi ve But-Sut Fiyatlarıyla Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

36. Dural AC. (2009). Rektum Tümörü Cerrahisinde Laparoskopinin Çevresel Cerrahi Sınır Pozitifliği ve Sağkalım Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
37. Amiraslanov A, Yusif-Zade K, Musayev J. (2015). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Olgularda Safra Kesesinin Histopatolojik Profili, Marmara Medical Journal, 28: 32-37.
38. Schwesinger WH, Diehl AK. (1996). Changing İndication For Laparoscopic Cholecystectomy, Surg. Clin. Of North America, 3: 459-493.
39. Uğur M. (2002). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanmasında Erken ve Geç Dönem Komplikasyonlar,Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,İzmir.
40. Yavuz M. (1998). Günübürlük Cerrahi Hastalıkların Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlenmesi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
41. Avcı C. (2002). Videolaporoskopik Kolesistektomi, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
42. Aydın Ç, Aytekin F, Tekin K, Yılmaz S, Kabay B, Sungurtekin U. (2005). İleri Yaştaki Hastalarda Laparoskopik Kolesistektomi, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 21: 179-183.
43. Sanaç Y. (2004). Safra Kesesi, Güneş Kitabevi, Ankara.
44. Gülleroğlu A. (2008). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonlarında Karın İçi Basınç Artışının Solunum Mekaniği, Hemodinami ve Metabolizma Üzerindeki Etkileri, Uzmanlık Tezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul.
45. Barthelsson C, Lützen Kanderberg B. Nordström G. (2003). Patients' Experiences of Laparoscopic Cholecystectomy in Day Surgery, Journal Of Clinical Nursing, 12: 253-259.
46. Aydın A. (2000). Video Laparoskopik Cerrahide Hasta Seçimi ve Genel Komplikasyonlar,Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul.
47. Ecer HD. (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Aylıma Ünitesinde Müziğin Hastaların Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

48. Yavuz M. (1999). Laparoskopik Günübirlık Cerrahi Uygulamaları. Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları, İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, İstanbul.
49. <https://docplayer.biz.tr/10976347-1-ameliyathane-hemsireligi-gorev-yetki-ve-sorumluluklari.html>, Erişim tarihi: 12.02.2019.]
50. Aksoy G, Yazıcı Sayın Y. (2004). Günübirlık Cerrahide Hastanın Bakımı,C. Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 39-46.
51. Craven RF, Hirnle CJ. (2002).Fundamentals Of Nursing Human Health And Function: Perioperative Nursing,Philadelphia,Lippincott.
52. Erdil F, Elbaş NÖ. (1997).Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,Nobel Kitabevi,Ankara.
53. İnan A, Şen M, Dener C. (2004). LOCAL Anesthesia Us Efor Laparoscopic Cholecystectomy, World J. Surg, 28: 741-744.
54. Çalık E. (2007). Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Öğretiminin Ameliyat Sonrası Solunum Konforu, Ağrı ve Memnuniyete Etkisi,Yüksek Lisans Tezi,Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
55. Gürlek Ö, Yavuz M. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 16:8-15.
56. Ertem G. (2003).Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi,Doktora Tezi,İzmir Devlet Hastanesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir.
57. Menteş Ö, Harlak A, Eryılmaz M, Balkan M, Kozak O, Arslan İ, Tufan CT. (2009). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Ağrı Tedavisinde Tramadolün Devamlı İnfüzyon ve Hasta Kontrollü Analjezi İle Uygulanmasının Karşılaştırılması,Gülhane Tıp Dergisi, 51: 6-10.
58. Bresadola F, Pasqualucci A, Donini A. (1999). Elective Transumbilical Compared With Standard Laparoscopic Cholecystectomy, European Journal Surgical, 165: 29-34.
59. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 4: 153-158.

60. Altun H. (2002). Laparoskopik Kolesistektomi'de Görülen Komplikasyonlar ve Komplikasyon Gelişimini Etkileyen Faktörler,Uzmanlık Tezi,Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
61. Jones DB. (1997). Laparoscopic Choleystectomy, Laparoscopic Surgery Principles and Procedures. Quality Medical Publishing, 127-141.
62. Çilingir D, Bayraktar N. (2006). Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 69-81.
63. Yıldırım M. (2007). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler,Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
64. Sabuncu N. (2009). Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar, Alter Yayıncılık, Ankara.
65. Özel S. (2010). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi,Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
66. Yıldırım A. (1998). Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
67. Demirkıran G. (2011). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
68. Özer C, Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z. (2002). Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Sted, 11(1): 11-14.
69. TDK (2005). Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara.
70. Özkan S. (2003).Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü, I. Ulusal ve Uluslararası &V Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi,İstanbul.
71. Olgun N, Ulupınar S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi, Diyabet Forumu, 1: 1-16.
72. Uzun Ö. (2000). Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3: 36-45.
73. Bayat M. (2005). Öğretim Süreci ve Hemşirelik.Hemşirelik Özel Sayısı, Sağlık Bilimleri Dergisi, 66-72.
74. Akçin E. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Etkinlikler. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

75. Çatal E. (2007). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
76. Yaşar M. (2014). İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36: 59-75.
77. Çetkin H. (2017). Akciğer Kanseri Hastalara Torakotomi Öncesi Verilen Sağlık Eğitiminin Ağrı, Kaygı Düzeyi ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
78. Gülmen M, Yücel T, Kurt N, Gülhan Y, Kasar K. (1994). Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimimiz, Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri, 5: 461-463.
79. Derici S, Değirmenci AK, Çevlik AD. (2017). Laparoskopik Kolesistektomide Güvenli Cerrahi, Med Bull Haseki, 55: 235-238.
80. Yılmaz ME, Çolak A. (2018). Elektif Cerrahi Girişimlerde Uygulanan Farklı Anestezi Tekniklerinin Perfüzyon İndeksine Etkilerinin Karşılaştırılması, 7. International Trakya Family Medicine Congress, 7. International Trakya Family Medicine Congress, 139-145.
81. Zengin Çakır HK, Dal Yılmaz Ü. (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 10: 115-121.
82. Cajsja B, Kim L, Anderberg B, Nordstrom G. (2003). Patients Experiences Of Laparoscopic Choleystectomy in Day Surgery, J Clin Nurs, 12: 253-259.
83. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. (2005). Nurses Assesment Of Pain İn Surgical Patients. J Adv Nurs, 52: 125-132.
84. Soyer Ö, Candan Dönmez Y, Yavuz M, Giersbergen V. (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11: 200-208.
85. Çatal E, Dicle A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 1: 19-32.
86. Deniz S, Gezer D, Erden S, Arslan S. (2017). Assessment of Learning Needs in Patients Hospitalized in The General Surgery Clinic. International Journal Of Caring Sciences, 10: 764-770.

87. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Valimaki M. (2005). Patients Informaitonal Needs and Information Needs and Information Received Do Not Correspond in Hospital, *Journal Of Clinical Nursing*, 14: 1167-1176.



EKLER

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Onayı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.1907220020
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:22.07.2019

Sayın Fatma TARGAN

Enstitü Yönetim Kurulunun 17.4.2018 tarih ve 2018/013 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayla YAVA
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
174101055 Fatma TARGAN	Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP
Tel : +90 342 211 80 80
Fax : +90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Web : www.hku.edu.tr
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.1907220020&ErisimKodu=f8a535cb>

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

06.06.2018

Sayın Fatma TARGAN

“...Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi...” konulu çalışmanız 06.06.2018 tarih ve 2018-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 3. Kurum İzni



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Büro :

Sayı : 40525243/

Adana/...../.....

Konu :

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI
27.04.2018	8

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Akademik Kurulu 27.04.2018 tarihinde Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Cem Kaan PARSAK başkanlığında olağan üstü toplanarak, görüşmelerde bulunmuş ve aşağıdaki kararları almıştır.

Dr.Öğr.Üyesi Abdullah ÜLKÜ'nün, 27.04.2018 tarih ve 33 sayılı, 23-36 Mayıs 2018 tarihleri arasında LİZBON/PORTEKİZ'de düzenlenecek olan "ILTS 2018 Annual Cogress" e dinleyici olarak gündeliksiz ve yolluksuz katılma talebine ilişkin dilekçesinin gündeme alınması oylandı, konunun gündeme alınmasına oy birliği ile karar verildi.

KARAR NO 1) Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapan Fatma TARGAN'ın, 24.04.2018 tarih ve 32 sayılı, "Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniklerinde yapma talebinin Dr.Öğr.Üyesi Abdullah ÜLKÜ ile koordine bir şekilde yapılmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Hüsnü SÖNMEZ
Üye

Prof. Dr. Ömer ALABAZ
Üye

KATILMADI
Doç. Dr. Atılğan Tolga AKÇAM
Üye

KATILMADI
Dr.Öğr.Üyesi Orçun YALAV
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Kubilay DALCI
Üye

Prof. Dr. Cem Kaan PARSAK
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Mustafa Yalçın KEKEÇ
Üye

Prof. Dr. Gürhan SAKMAN
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Abdullah ÜLKÜ
Üye

Dr.Öğr.Üyesi İsmail Cem ERAY
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Ahmet RENCÜZOĞULLARI
Üye

Ek 4. Tanıtıcı Özellik Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Veri Toplama Tarihi:

1. Doğum Tarihi:

2. Cinsiyet:

a)Kadın b)Erkek

3. Medeni Hali:

a)Bekar b)Evli

4. Öğrenim Durumunuz nedir?

a) Okuma-yazma biliyorum

b) Okuma-yazma bilmiyorum

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise Mezunu

f) Lisans Ve Üstü Mezunu

5. Sosyal Güvencesi:

a) SGK b)Yeşilkart c) Ücretli

6. Mesleği/Meslek Durumu:

a) Aktif Çalışan: İşçi-memur-serbest

b) Emekli

c) Ev hanımı

d) Öğrenci

e) Çalışmıyor

7. Vakanın Tipi:

a)Acil b)Elektif

8. Kronik hastalığınız var mı?

a)var b)yok

9. Kronik hastalığınız varsa nelerdir?

a) Yüksek Tansiyon b) Şeker Hastalığı c) Böbrek Hastalığı

d) Astım Hastalığı e)Diğer

10. Ameliyat ile ilgili bilgi edindiniz mi?

a) hayır b) evet

11. Hastaneye yatmadan önce, safra kesesi ameliyatı ile ilgili olarak bu bilgileri

nereden edindiniz ?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Kitap, Dergi

d) TV, Radyo, İnternet

e) ameliyat olmuş diğer hastalardan

f) Diğer (Belirtiniz)

12. Taburculuk eğitimi aldınız mı ?

a)evet b)hayır

13. Taburculuktan sonra aşağıdakilerden hangileri ile ilgili kimlerdenden bilgi aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Bilgi ve Eğitim Konuları	Evet	Hayır	Kim Tarafından Verildi?		
			Doktor	Hemşire	Diğer
Ağrı Yönetimi					
Yara Bakımı					
Beslenme					
Günlük Yaşam Aktiviteleri					
İlaçları Kullanımı					
Ameliyat Sonrası Oluşabilecek Problemler					
Kontrol Zamanı					

Ek 5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımla belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tokkarnagibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5

20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığının belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmama ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçların her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçların her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçları nerede/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

Ek 6. Ölçek İzin Formu

25.06.2019

Gmail - HÖGÖ ÖLÇEĞİNİ KULLANMA İZİN TALEBİ



ege erdem arkadaş <fatmatargan82@gmail.com>

HÖGÖ ÖLÇEĞİNİ KULLANMA İZİN TALEBİ

4 ileti

ege erdem arkadaş <fatmatargan82@gmail.com>

29 Nisan 2018 21:29

Alici: emine.catal@gmail.com

Merhaba Emine Çatal Hanım, ben Fatma Targan. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. Yapacağım tez çalışmada sizin 'HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI' tez çalışmanızda kullanmış olduğunuz Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği-Türkçe Formu'nu kullanmak için izninizi talep ediyorum.

Emine Çatal <emine.catal@gmail.com>

30 Nisan 2018 11:45

Alici: ege erdem arkadaş <fatmatargan82@gmail.com>

Sayın **Fatma Targan,**

Türkçe'ye uyarladığımız "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği"ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayım hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Dr. Öğr.Üyesi Emine ÇATAL

29 Nisan 2018 21:29 tarihinde ege erdem arkadaş <fatmatargan82@gmail.com> yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

4 eklenti

emine_HÖGÖ.makale.pdf
138K

HÖGÖ+gereksinim.doc
112K

HÖGÖ ile ilgili bilgiler-E[1]. ÇATAL.doc
202K

HÖGÖ-Fatma Targan.doc
180K

ege erdem arkadaş <fatmatargan82@gmail.com>

30 Nisan 2018 12:21

Alici: Emine Çatal <emine.catal@gmail.com>

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=89c1802c4b&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ammiai-r-4107458885790342701&simpl=msg-a%3A... 1/2

Ek 7. Gönüllüler Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi 'Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi'dir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Fatma Targan tarafından Laparoskopik Kolesistektomi ile ilgili bir anket uygulanacak. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimseye paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda her hangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmaya katılmaya karar verdikten sonra ayrılmak istediğinizde size ait veriler ve bilgiler araştırmada kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırma hakkında herhangi bir sorunuz olursa Fatma Targan'a sorabilirsiniz.

Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının; Adı ve Soyadı: Fatma TARGAN

Telefonu: 05356034365

E-mail: fatmatargan82@gmail.com

Katılımcının; Adı ve Soyadı:

İmzası:

Ek 8. İntihal Formu



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI HASTALARIN BİLGİ ve EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 50 sayfalık kısmına ilişkin, 11/07/2019 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak

alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 20 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
- Alıntılar dahil
- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih:25/07/2019

Adı Soyadı: Fatma TARGAN

Öğrenci No: 174101055

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Ayla YAVA

Ek 9. İntihal Raporu

Fatma TARGAN.

ORIJINALLIK RAPORU

% 20	% 13	% 6	% 15
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 5
2	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
3	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	% 1
5	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.turkcerrahi.com İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
8	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
9	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1

Ek 10. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Fatma TARGAN

İletişim Bilgileri

Telefon: 0535 603 43 65

Mail: fatmatargan82@gmail.com

Doğum Tarihi: 01.10.1982

Unvan: Hemşire

Çalıştığı Kurum: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ANKARA	2007
Yüksek Lisans	Cerrahi Hemşireliği ABD	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2017

Akademik Unvanlar/Görevler

Görev/Unvan	Kısım 1 Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi	2007-DEVAM