

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LAPAROSKOPİK ABDOMİNAL CERRAHİ
GEÇİREN KADINLARA VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNİN
HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

HAZIRLAYAN
TANGÜL AYTUR

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
REKÖRÜMANTASYON MEMERİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

108299

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ. DR. AKLİME DİCLE

108299

İZMİR-2001

“ Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi“ isimli bu tez, 28.09.2001 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



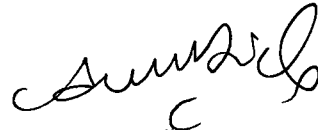
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Zuhar BAHAR



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince en büyük desteği aldığım danışmanım, Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'ye, değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'na, Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a ve Sayın Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ'a,

Eğitim Kitapçığına önerileri ile destek veren, Sayın Prof. Dr. Oktay ERTEN ve Sayın Doç. Dr. Ahmet COKER'e,

Tezimin Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yürütülmesi aşamasında destek sağlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Sorumlu Hemşiresi Sayın Zerrin ERTOP'a, Genel Cerrahi Kliniği Sorumlu hemşireleri Sayın Gülay EŞREFLİGİL ve Sayın Sevinç UZ'a ve emeği geçen tüm hemşire arkadaşlarıma,

Bana her türlü desteği sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanları ve çalışma arkadaşlarıma, tez çalışmama katılarak destek sağlayan tüm hastalara en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Araş. Gör. Tangül AYTUR

İzmir-2001

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABOLAR DİZİNİ	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
I. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezi	5
II. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Eğitim	6
2.1.2.Yetişkin Eğitimi	6
2.1.2.Sağlık Eğitimi.....	9
2.1.2.1. Sağlık Eğitimi ve Hemşirelik.....	10
2.1.3. Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması.....	13
2.2. Laparoskopi Ameliyatı	14
2.2.1. Laparoskopinin Tanımı ve Tarihcesi.....	14
2.2.2. Laparoskopinin Ameliyatının Avantaj ve Dezavantajları	16
2.2.3.Laparoskopi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	16
2.2.4. Laparoskopi Ameliyatının Yapılışı.....	22
2.2.5. Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	25
2.2.6. Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Taburculuk Kriterleri.....	32
2.2.7.Laparoskopi Ameliyatı Taburculuk Bilgi Gereksinimleri ve Taburculuk Eğitimi.....	32
2.2.8. Taburculuk Sonrası İzlem	32
2.9. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi.	35

III. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri.....	36
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	36
3.4. Araştırma Planı	37
3.5. Verilerin Toplanması	40
3.5.1. Veri Toplama Araçları, Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	40
3.6. Taburculuk Bilgi Gereksinimleri.....	45
3.7. Deney Grubu Kadınlara Uygulanan Taburculuk Eğitimi.....	47
3.7.1. Eğitim Programının İçeriği.....	47
3.7.2. Bireysel Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süresi	48
3.7.3. Taburculuk Eğitiminin Hedefleri	48
3.7.4. Taburculuk Eğitim Kitapçığının İçeriği.....	49
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	50
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
IV. BULGULAR.....	52
4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	52
4.2. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Toplam Semptom Ortalamalarının İncelenmesi	56
4.3. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laparoskopi Ameliyatı Sonrası 1., 3. ve 7. Gün Semptomların İncelenmesi.....	57
4.4. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Etkileşimin İncelenmesi.....	75
V. TARTIŞMA	80
5.1. Kontrol Grubu Kadınların Taburculuk Bilgi Gereksinimleri.....	80
5.2. Deney Ve Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması.....	82
5.3. Deney Ve Kontrol Grubu Kadınların Kendini Eve Gitmeye Hazır Hissetme Durumlarının İncelenmesi	83

5.4. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laporoskopi Ameliyatı Sonrası Semptom Ortalamalarının İncelenmesi.....	83
5.5. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laporoskopi Ameliyatı Sonrası 1., 3 ve 7. Gün Semptomlarının İncelenmesi.....	84
5.6. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Semptom Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki Etkilerinin İncelenmesi.....	90
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
6.1. Sonuç	92
6.2.Öneriler.....	94
KAYNAKLAR.....	96
EKLER.....	105

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Birinci, Üçüncü ve Yedinci Günlerde Taburculuk Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı.....	46
Tablo 2: Kontrol Grubu Kadınların Taburculuk Eğitiminin Verilmesini Önerdikleri Zaman Dilimine İlişkin Yanıtların Dağılımı.....	48
Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	52
Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Tıbbi Tanılarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Kendini Eve Gitmeye Hazır Hissetme Durumlarının İncelenmesi.....	55
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Toplam Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Bulantı” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	57
Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Bulantı Sıklıklarının” İncelenmesi	59
Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Kusma” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	60
Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Kusma Sıklıklarının” İncelenmesi	62

Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “ Kusma Miktarlarının” İncelenmesi.....	62
Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Günlerdeki “Ağrı Şiddeti” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	63
Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Güne Göre Ağrı Sürekliliğinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “İdrar Yapma Güçlüğü” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	67
Tablo 16:Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Defakasyon Yapma Güçlüğü” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	69
Tablo 17: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Solunum Güçlüğü” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	71
Tablo 18: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Yara Yeri Problemi” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	73
Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Yaş ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi	75
Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi.....	76
Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Tıbbi Tanılar ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi	78

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Yaşadıkları Semptomların Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	56
Grafik 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Bulantı” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	57
Grafik 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Kusma” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	60
Grafik 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Ağrı Şiddeti” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	63
Grafik 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “İdrar Yapmada Güçlük” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	67
Grafik 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Defakasyon Yapmada Güçlük” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	69
Grafik 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Solunum Güçlüğü” Puan Ortalamalarının İncelenmesi	71
Grafik 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün “Yara Yeri Problemi” Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	73

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Laparoskopli Ameliyatının Avantaj ve Dezavantajları	16
Şekil 2: Laparoskopli Ameliyatının Kontraendikasyonları.....	19
Şekil 3: Laparoskopli Ameliyatında Hasta Pozisyonu ve Ekip Sıralanışı.....	23
Şekil 4: Araştırma Planı	38



ÖZET

LAPAROSKOPİK ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN KADINLARA VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

TANGÜL AYTUR

Bu araştırma, laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin, hasta bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Doğum-Kadın Hastalıkları ve Genel Cerrahi Kliniğinde laparoskopik abdominal cerrahi geçiren 40'ı deney, 40'ı kontrol grubu toplam 80 kadın amaca yönelik örneklem yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır. Örneklem alınan kadınların yaş, tıbbi tanısı, yattıkları klinik ve eğitim düzeyleri eşleştirilmiştir.

Kontrol grubu kadınların, sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri, ameliyat öncesi dönemde ilk görüşmede toplanmıştır. "Taburculuk bilgi gereksinimleri ve evde yaşadıkları semptomlara" ilişkin veriler; ameliyat sonrası birinci ve yedinci gün bireysel görüşme, üçüncü gün telefonla görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Yönelik Taburculuk Eğitim Kitapçığı, kontrol grubu bilgi gereksinimleri ve iki uzman görüşü ışığında yeniden düzenlenmiştir.

Deney grubu kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri ameliyat öncesi dönemde ilk görüşmede toplanmış ve taburculuk eğitim kitapçığı kapsamında eğitim verilmiştir. "Evde yaşadıkları semptomlara" ilişkin veriler; ameliyat sonrası birinci ve yedinci gün bireysel görüşme, üçüncü gün telefonla görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Veriler; sayı-yüzde dağılımı, χ^2 , iki ortalama arasındaki farkın t testi, çift yönlü varyans analizi, tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi ile SPSS for Windows 8.0 yazılım programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu kadınların taburculuk bilgi gereksinimlerinin sırasıyla; aktivite, yara bakımı, beslenme, ilaç kullanımı, hastaneye başvurulması gereken durumlar, cinsel yaşam, ulaşım, laparoskopik ameliyatı ve işe başlama konularında olduğu saptanmıştır. Aktivite konusunda bilgi gereksinimi; birinci gün % 100, üçüncü gün % 77.5, yedinci gün %22.5 ile ilk sırayı almıştır. Taburculuk eğitimini % 60 oranında ameliyattan önce hastaneye yatış zaman diliminde verilmesini önermişlerdir.

Deney grubu kadınların, toplam semptom puan ortalamaları (0.94 ± 0.42), kontrol grubu kadınların toplam semptom puan ortalamalarından (1.09 ± 0.33) düşük olmasına karşın, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubu kadınların ağrı şiddeti, idrar yapma güçlüğü, defekasyon yapma güçlüğü, solunum güçlüğü ve yara yeri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubu kadınların bulantı ve kusma problemi puan ortalamaları arasındaki fark ise; istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubu kadınların yaş grupları, eğitim düzeyleri ve tıbbi tanıları ile semptom puan ortalamaları arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Deney grubu kadınların ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ortalaması (20.70 ± 14.08), kontrol grubu kadınların ortalamasından (21.58 ± 10.58) düşük olmasına karşın, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Bu sonuç; hazırlanan kitapçık ile ameliyat öncesi dönemde verilen taburculuk eğitiminin; kadınların öz bakımlarını güçlendirerek daha erken dönemde taburcu olmalarını sağladığı düşünülebilir.

Sonuç olarak; Taburculuk eğitim kitapçığının kendilerine verilmesi ve üçüncü gün yapılan telefon görüşmesi ile eğitimin desteklenmesinin evde yaşanan semptom oranlarını azalttığı ve böylece iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik cerrahide bilgi gereksinimleri, laparoskopik cerrahide hemşirelik bakımı, laparoskopik cerrahide semptomlar, taburculuk eğitimi, hasta bakım sonuçları

ABSTRACT

***THE EFFECT OF DISCHARGING TRAINING, WHICH IS GIVEN TO THE
WOMEN PATIENT WHO HAD LAPAROSCOPIC ABDOMINAL OPERATION, ON
THE RESULTS OF PATIENT CARE***

TANGÜL AYTUR

This research, with the intention to investigate the effect of discharging training given to the women patients who had a laparoscopic abdominal operation, on the result of patient care, has done semi experimentally.

The sampling group including 80 women patients, which 40 of them are "Experimental" and 40 rest of them are "Controlled", are selected with the sampling method from the patients who had the laparoscopic abdominal operation at Dokuz Eylül University Research and Application Hospital, Maternity and General Surgical Clinical. The women patients of the sampling group are matched according to their age, education level, Clinical they are nursed and diagnosis.

The data about the social-demography characteristics of the "Controlled Group" are collected at the first interview with the patient before the operation. The data about the information requirement at discharging and the symptoms they face at home are collected at the first and the seventh day after the operation during the personal interview and also by phone conversation at the third day.

"The Training Booklet for the Women who had a Laparoscopic Abdominal Operation" is re-prepared by the researcher according to the information requirement of the "Controlled Group" and with the guidance of the two specialists.

The data about the social-demography characteristics of the "Experimental Group" are collected at the first interview with the patient before the operation and the patients are trained in accordance with "The Discharging Training Booklet". As with the "Controlled Group", the data about the symptoms the "Experimental Group" face at home are collected at the first and the seventh day after the operation during the personal interview and also by phone conversation at the third day.

The data is analysed by using number-% distribution, X², t-test of the difference between the two averages, Double sided Variance Analysis, two factors Variance Analysis for the repeated measuring and SPSS programme for Windows 8.0.

The information requirement of the "Controlled Group" are determined as activity, care of wound, nutrition, taking medicine, situations in need for the hospital care, sexual life, connection from the hospital, laparoscopic operation and suitable time to start at working. Activity is determined to be the primary requirement, with the figures of 100% at the first day, 77.5% at the third day, 22.5% at the seventh day. The discharging training is recommended by 60% of the "Controlled Group" to be given during the patient receiving period before the operation.

The statistical difference of the total average points between the "Controlled Group" and the "Experimental Group" is found as rejected ($P > 0.05$), while the total average points of the symptoms is lower of the "Experimental Group" (0.94 ± 0.42) from the ones of the "Controlled Group" (1.09 ± 0.33). The statistical difference of the average points between the "Controlled Group" and the "Experimental Group" is not

rejected ($P < 0.05$) according to the criterions : level of pain, difficulty to urinate, difficulty at defecation, difficulty at respiration and the place of wound. Whereas the statistical difference of the average points of the two groups is rejected ($P > 0.05$) at nausea and vomiting problems. No influence can be found between the figures of the two groups at the criterions: age, education level, diagnosis and the average points of the symptoms ($P > 0.05$).

While the average figures of “the time spent at the hospital after the operation” for the “Experimental Group” (20.70 ± 14.08) is lower than the figures of the “Controlled Group” (21.58 ± 10.58), the statistical difference between the two groups is again rejected ($P > 0.05$).

In conclusion, we may argue that the training given to the patients before the operation, with the guidance of the prepared booklet is helpful to improve the self care of the patients which in turn allow to the discharges at an earlier time.

Furthermore, it can also be argued that supporting the training by giving “The Booklet of Discharging Training” to the patients and the phone conversation made at the third day are effective to reduce the ratio of symptoms faced at home, in this way the recovery period of the patients are improved as well.

Key words : The information requirement at laparoscopic operation, The nursing at laparoscopic operation, The symptoms at laparoscopic operation, The discharging training, The results of patient care.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir (1)”. Bireyler sağlıklı oldukları dönemde homeostatik dengelerini korurlar. Sağlıkları bozulunca tedavi ve bakım alma davranışı gösterirler. Cerrahi tedavi de; tanı ve tedavi yöntemlerinden birisidir. Çağımızda teknolojik gelişmelere paralel olarak cerrahi tedavi yöntemleri de gelişmekte ve bireylerde cerrahi girişimlerin getirdiği risklerin minimize edilmesi amaçlanmaktadır (2,3,4,5).

Yüzyıllar boyu açık teknikle yapılan cerrahi girişimler 20. Yüzyılda ilk kez Kelling tarafından deneysel olarak uygulanan laparoskopik cerrahi girişimle yeni bir boyut kazanmıştır (2,6,7,8,9,10,11). Laparoskopik cerrahi yöntemi, son 20 yılda uygun klinik durumlarda tercih edilmekte ve çok çeşitli alanlarda kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır. Genel cerrahide; kolesistektomi, splenektomi, apendektomi gibi Ürolojide; nefrektomi ve varikosektomi, Jinekolojide; overian kistektomi, tübligasyon, gibi pek çok alanda tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemin, gelecek yüzyıllarda robot teknolojinin kullanımı ile de tahminlerin ötesinde bir boyut kazanacağı varsayılmaktadır (12,13,14,15,16,17,18,19,20,21).

Laparoskopik cerrahi yönteminin, bireylerin tedavi ve bakım sonuçlarını oldukça olumlu etkilediği literatürde belirtilmektedir (22,23,24,25). Bu yöntemle cerrahi girişim uygulanan hastaların; cerrahi yaralanma düzeyi daha az, komplikasyon oranı düşük, hastanede kalma, aile, okul ve iş sürecine dönüş süreleri daha kısa, dolayısı ile tedavi-bakım maliyeti daha düşük ve hasta memnuniyeti daha yüksektir (26,27,28,29,30,31).

Laparoskopik cerrahi, elektif olarak planlanan minör cerrahi grubunda yer almaktadır. Girişim için birey ve ailenin hazırlığında genel ameliyat öncesi bakım ilkeleri geçerlidir (3,4,5,44,45).

Laparoskopik yöntemle cerrahi girişim uygulanacak bireyler, operasyondan bir gün önce veya operasyon günü hastaneye yatırılmaktadır. Bu durum; enfeksiyon riskini ve maliyeti azaltma, aile yaşamına ve günlük yaşam aktivitelerine kısa sürede dönme gibi avantajları sağlamakla birlikte, birey ve ailenin hemşire ile etkileşim süresini kısaltmaktadır. Dolayısıyla birey ve aile eğitimi süresini, ameliyat sonrası komplikasyonları gözleme, değerlendirme ve kayıt süreçlerini de kısaltmaktadır (43,44). Bu nedenle; laparoskopik cerrahi girişimde, kısa sürede hastane deneyimi yaşayan bireyin uyumunun sağlanması, hazırlık döneminden itibaren verilmesi gereken eğitimin sürdürülmesi, cerrahiye bağlı anksiyetesinin azaltılması, ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının verilmesi ve birey/ ailenin öz bakımının güçlendirilmesi hemşirenin en önemli sorumluluğudur (2,31,32,33,35,36,37,47). Gelişmiş ülkelerde; bireyin taburculuk sonrası da öz bakımı desteklenmektedir. Taburculuk sonrası semptomların tanınması, izlenmesi ve yönetimi, evde bakım veren ziyaretçi hemşireler tarafından sürdürülmektedir (36,37,38,39,40,41).

1960'lı yıllardan itibaren bireyin sağlık bakımındaki sorumluluğunun öneminin kavranması ve öz bakımının güçlendirilmesi sağlık bakımında temel hedeflerindedir. Hemşirenin eğitici rolü bu nedenle önemlidir. Laparoskopi ameliyatı geçiren bireylerin ve ailelerinin, "Operasyon sonrası ne yapacağım?" "Günlük aktivitelere ne zaman başlayacağım?" "İlaçlarımı nasıl alacağım?" gibi sorular içinde oldukları; hatta, sözel olarak verilen taburculuk bilgilerini hatırlamakta zorluk yaşadıkları, komplikasyonlar nedeniyle tekrar hastaneye yatırıldıkları bildirilmektedir (36,51,54,61). Kleinbeck ve Hoffart (1994) 19 bireyle kalitatif olarak yürüttüğü çalışmasında; laparoskopi ameliyatı sonrası 2. ve 4. günlerde yapılan telefon görüşmelerinde, bireylerin "laparoskopi ameliyatı, taburcu olduktan sonra eve ulaşım, yolculuk, araba kullanımı, işe başlama, ilk gün evde yapabileceği aktiviteler, semptomlar ve nasıl yönetecekleri konularında soruları olduğunu saptamıştır (42). Chewit ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında da, telefonla görüşme yöntemiyle, öncelik sırasına göre "öz bakım desteği, ilaç yönetimi, sağlık sistem desteği, duygusal destek ve ağrı yönetimine yönelik bilgi gereksinimleri olduğu saptanarak müdahalelerde bulunulduğu belirtilmektedir (40).

Laparoskopik cerrahi yöntemi, dünyada olduğu gibi ülkemizde de kolesistektomi ve jinekoloji alanında tanı ve tedavi yöntemi olarak yaygın kullanılmaktadır (34,35,42) Yavuz'un (1998) araştırmasında laparoskopik cerrahi uygulaması % 16 oranında gününbirlik

cerrahi uygulaması içinde yer aldığını belirtilmiştir. Bu oranın gün geçtikçe artması beklenmektedir (2, 34).

Gelişmiş ülkelerde sağlık bakım hizmetleri, bireyin evde bakımına katkı sağlayacak şekilde artan bir ivme ile sürdürülmektedir. Ülkemizde de son yıllarda kısa süre hastane deneyimi yaşayan, Laparoskopik abdominal cerrahi girişim uygulamaları oldukça yaygınlaşmıştır. Laparoskopik abdominal cerrahi yöntemi kadın hastalıklarında tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Kolelitiazisin kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat fazla görülmesi sonucunda kadınlara yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının oranı erkeklere yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatları oranından daha yüksektir. Kadınların evdeki sorumluluklarının fazla olması ve kolelitiazisin kadınlarda daha yüksek oranda görülmesi nedeniyle evde bakımları ve semptom yönetimleri oldukça önem kazanmaktadır. Oysa bu alanda kadınların ve ailelerin gereksinimleri belirlenerek planlanan eğitimin ve evde semptom yönetiminin sonuçlarını gösteren araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle laparoskopik cerrahi girişim geçiren kadınların ve ailelerin perioperatif bakımın sürdürülmesi, bu sürenin etkin kullanılarak duruma uyumlarını kolaylaştıracak, öz bakımlarını güçlendirecek gereksinimlerine uygun taburculuk eğitiminin planlanarak uygulanması ve sonuçların bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (36,39,40).

Bu alanda hizmet veren hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini kullanarak, sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir. Bireylere, ameliyat öncesi dönemde sürekli başvurabilecekleri eğitim kitapçığının verilmesi taburculuk eğitiminin etkinliğini arttırmaktadır. Hemşirelerin, ameliyat sonrası bireylerle telefon görüşmesi yaparak evde bakımın sürekliliğini sağlaması ve semptom yönetimi konusunda danışmanlık rollerini yerine getirilmesi de gerekmektedir. Araştırmalarda; hastane-ev telefon zinciri ile izlem ve bilgilendirmenin sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası bakım sonuçlarına olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (36,39,40,41,52)

Laparoskopik cerrahide taburculuk eğitimi, bireyle hastanede karşılaşılan ilk andan itibaren taburculuk eğitimine başlanmalı ve zaman verimli kullanılmaya çalışılmalıdır (36,37,38). Birey ve aileye ameliyat öncesi dönemde verilen taburculuk eğitiminin; evdeki

yaşam kalitesini yükselteceği, anksiyete düzeyini azaltacağı ve hastaneye geri yatışları önleyeceği belirtilmektedir (43,44,46,50,57,58). Bu nedenle, etkin verilen bir taburculuk eğitimi, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkilemekte ve ameliyat sonrası dönemi komplikasyonsuz geçirmelerini sağlamaktadır (44,53,55,56).



1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma, “*laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin “Hasta Bakım Sonuçlarına” etkisini incelemek* amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H-1: Taburculuk eğitimi verilen kadınların semptom puan ortalamaları, taburculuk eğitimi verilmeyen kadınlara göre daha düşüktür.



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Eğitim

İnsanlık tarihi ile birlikte başlayan “Eğitim süreci”, ilk olarak sözlü kültürle başlamıştır. Daha sonra işaretler ve bir takım semboller kuşaklar arasında kültür aktarma görevini üstlenmişlerdir. Yazının icadı ile birlikte yazılı kültür büyük önem kazanmıştır (71).

Medeniyet kurma aşamalarında yazı ve yazılı kültürün önemi büyük olmuştur. Medeniyet tarihi incelendiğinde insanlık; düşünce hayatında okuma ve yazmayı yaygınlaştırdığı, okuma ve yazmada ileri gittiği düzeyde bilimde, sanatta, kültürde yükselmiştir. Hangi toplum okuma ve yazmada başarılı olmuşsa medeniyet alanına katkılarda bulunmuştur (71). Bu nedenle; eğitimin her alanında sistemli, planlı örgün ve yaygın eğitim olarak toplumda ön plana geçmiş ve bilgi çağına girilmiştir.

Günümüzde Eğitim; bireyin doğduğu andan itibaren başlayan ve ölene kadar süren, arzu edilen ekonomik- toplumsal kalkınma, çağdaş bilgi ve becerilerin kazandırılması için okul içi ve okul dışında belli bir plan ve program çerçevesinde bilinçli olarak yürütülen çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır(116)

Eğitim; örgün eğitim, yaygın eğitim, yetişkin eğitimi (halk eğitimi) ve sağlık eğitimi olarak dört ana başlık altında incelenmektedir (71,116).

Örgün Eğitim: Bireylerin iş ve meslek kollarında çalışmaya başlamadan önce okul veya okul niteliği taşıyan yerlerde genel ve özel bilgiler bakımından yetişmelerini sağlamak amacıyla belli kurallara göre düzenlenen eğitim şeklidir (71,116).

Yaygın Eğitim: Örgün eğitim olanaklarından hiç yararlanmamış olanlara, gittikleri okullardan erken ayrılanlara, mesleklerinde daha yeterli duruma gelmek isteyenlere okul dışında belli bir programa göre uygulanan eğitimidir (71,117).

2.1.1.Yetişkin Eğitimi:

Yetişkin; “bedeni ve düşünce bakımından olgunluğa erişmiş kişi”, “Bir toplumda kendi yaşamlarını yönetme sorumluluğuna sahip kişi” olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır(71,116,117).

Yetişkin eğitimi, günümüze kadar değişik ülkelerde değişik isimler altında kullanılmış ülkemizde de yaygın eğitim, halk eğitimi gibi terimlerle anılmaktadır. Günümüzde “yetişkin eğitimi” terimi giderek yaygınlık kazanmıştır(117).

Yetişkin eğitimi; Resmi yada özel kuruluşların yetişkinlere çeşitli alanlarda bilgi kazandırmak, anlayışlarını ve davranışlarını geliştirmek amacıyla düzenlenip bir plan ve program çerçevesinde yürütülen eğitim çalışmalarınıdır (117)

- Örgün eğitime katılanlar dışındaki herkesi kapsar.
- Örgün eğitime devam ederken o eğitim sürecinde kazanamayacağı bilgi ve becerileri kazanmak üzere herhangi bir eğitim programına katılan kişinin eğitimi de yetişkin eğitimidir.
- Yetişkin eğitimi sonuçta belirli bir belge veya kredi verilsin yada verilmesin hedef grupları belli, amaçları düzenli ve planlı bir eğitimidir.
- Yetişkin eğitiminde yetişkinlerin bireysel özellikleri, gereksinimleri ve koşulları göz önüne alınır. Eğitimin amacı ve kuralları katılan grubun kişi, yer ve zaman özelliklerine göre esnek tutulur.
- Eğitimin içeriği bireyin ve toplumun gereksinimleridir. Yetişkin gereksinim duyduğu şeyi öğrendiği ilkesinden yola çıkarak onların ihtiyaç duyduğu her şey yetişkin eğitiminin kapsamı içindedir.

Yetişkin Eğitiminin İlkeleri;

Yetişkin eğitiminin ilkeleri, kavram ve tanımlar, Milli Eğitim Şurası ve Yaygın Milli Eğitim Kurumları Yönetmeliğine göre üç değişik boyutta belirlenmiştir. Genel olarak aşağıdaki ilkeleri içerir (71).

- Süreklilik: Yetişkin eğitiminin bireylerin yaşamları boyu yararlanabilecekleri şekilde düzenlenmesidir.
- İhtiyaca dönüklük: Eğitimin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlara uygun olmasıdır.
- Herkese açık olması
- Esneklik: Eğitimde yetişkin özelliklerinin dikkate alınması, yetişkinlerin ilgi ve ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi, öğretim yöntemlerinde ve uygulamalarda esnekliğin olmasıdır.

- İşlevsellik: Yetişkinlere verilen eğitimin işlevsel olması ve onların hayatlarında karşılaşacakları problemlerin çözümüne yardımcı olmasıdır.
- Anlayış ve Hoşgörü
- Gönüllülük: Eğitimde birey ve toplumun isteyerek katılmalarının temel alınmasıdır.
- Yenileme ve Gelişmeye Açıklık: Eğitim programları, içeriği, eğitim yöntemleri teknolojik yeniliklere, çevre ve ülke ihtiyaçlarına göre sürekli olarak geliştirilmesidir.
- Bilimsellik : Eğitim programları ve uygulamalarının bilimsel araştırmalara dayalı olarak sürekli biçimde geliştirilmesi ve yenilenmesidir.

Yetişkinlerin Öğrenmeye İlişkin Özellikleri;

Yetişkin eğitimi yapılırken bilinmesi ve üzerinde durulması gereken konuların başında yetişkinlerin öğrenmeye ilişkin özelliklerinin bilinmesi gelmektedir. Ancak bu özellikler dikkate alınarak hazırlanan eğitim programları daha başarılı olmaktadır (71 117).

- Yetişkinlerde benlik duygusu gelişmiştir. Kişiliklerine saygılı olunmasını isterler, başkalarının yanında küçük düşmekten çekinirler, alınganırlar ve başarısızlıktan korkarlar. Pasif alıcı olduklarında eğitimden hoşlanmazlar. Gereksiz ve sert otoriteden korkarlar. Eğitim düzeyleri düşük ise güven eksikliği yaşayabilirler
- Yetişkinler ihtiyaç duyduklarında öğrenirler, ihtiyaç duymadıklarını öğrenmeye hazır değildirler. Aldıkları eğitimin gereksinimlerini karşılamasını isterler.
- Yetişkinlerin geçmiş yaşam deneyimleri vardır. Eğitim sırasında, sahip oldukları bilgi, beceri ve tutumları beraberlerinde taşırlar. Eğitim sırasında bu deneyimlerinin kullanılmasını beklerler. Deneyimler ile çelişen öğrenmelere karşı direnç gösterebilirler. Kendi deneyimlerine uygun olan öğrenmelere daha açıktırlar.
- Yetişkinler kendi sorunlarına çözüm getiren öğrenme yaşantılarına ilgi duyarlar. Öğrendiklerinin sorunlarına pratik çözümler getirmesini, sınırlı

zamanlarının kendilerine çözüm getirebilecek eğitim yaşantılarına ayrılmasını isterler.

Yetişkin Eğitiminde Eğitim Tekniği;

Eğitim uygulanan tüm alanlarda, uygun yer ve zamanda, gerekli araç-gereç kullanımı eğitimin etkililiğini arttırmaktadır. Yetişkin eğitiminin, önceden planlanmış, ilgili tüm bireyleri kapsayıcı nitelikte ve yetişkin özelliklerine uygun olmasına özen gösterilmelidir. Eğitimcilerin kullandığı dil bireylerin anlayacağı şekilde olmalıdır. Anlaşılmayan tıbbi terimler bireyin eğitimini olumsuz etkilemektedir (117).

Eğitim alan bireyler eğitim sonunda neler öğreneceklerini ve neler kazanacaklarını bilmek isterler. Bu nedenle eğitime başlamadan önce amacı tartışılmalıdır. Eğitim süresince bireylerin aktif katılımı sağlanmalıdır(117).

Yetişkinlerin dikkati ilk sekiz dakika sonra giderek azalır. Eğitimin ne zaman biteceği biliniyorsa son yedi dakikada hızlı bir dikkat artımı yaşanır. Eğitimcilerin ilk ve son dönemdeki dikkat artım dönemlerini etkili kullanmaları gerekir. Eğitimin anlatım-tartışma –uygulama şeklinde yürütülmesi önerilmektedir (117).

2.1.2. Sağlık Eğitimi

Sağlık Eğitimi, toplumun her düzeyindeki bireylere sağlıklarını korumak,sürdürmek ve geliştirmek için bireylerin kendi yaşantıları yoluyla davranışlarında kasıtlı olarak istendik değişim meydana getirme sürecidir (71,116,117).

Eğitim kavramının alt grubunu oluşturan “Sağlık Eğitimi” aynı zamanda yetişkin eğitiminde özel bir konudur. İlke ve yöntemler açısından yetişkin eğitiminden farksızdır(118).

WHO’ya göre Sağlık Eğitimi; “Bireyleri sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimseme ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey yada toplum olarak kararlar aldırma” (116).

ANA’ya göre Sağlık Eğitimi; “Bireylerin, ailenin ve toplumun iyilik durumunu arttırmaya yönelik sağlık etkinlikleri için bilgi tabanı sağlayacak ve eğitim alanların bu konuda bilinçli kararlar alma yeteneklerini arttıracak olan gerçeklerin iletilmesidir.

Sonuç olarak ‐Sağlık Eğitimi‐; Sağlık bilgi düzeyini arttırıcı herhangi bir uygulama, özellikle davranış değişikliğini amaçlıyorsa *sağlık eğitimi* olarak tanımlanmaktadır (117).

Sağlık eğitimi; entelektüel, psikolojik, sosyal boyutları olan, bilimsel ilkelere dayalı davranışsal değişimleri kolaylaştıran bir süreçtir.

Sağlık eğitiminin amacı: Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışları saptayarak ortadan kaldırmak. Bu davranışların yerine yeni davranışlar kazandırmak, olumlu davranışları pekiştirmek, ilgi ve yeteneklerini olumlu yönde geliştirmek ve değiştirmektir (117).

Hasta Eğitimi; sağlık eğitiminin özellikle koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet boyutudur. Hastaların hastaneye yatma, cerrahi yada rehabilitasyona hazırlanması dahil olmak üzere, önerilen tıbbi yada kendine bakım uygulamalarına uyum yeteneğini ve güdülerini güçlendirmeye yönelik olarak tıbbi bakımla görevli personel tarafından başlatılan eğitimidir (117) .

2.1.2.1. Sağlık Eğitimi ve Hemşirelik

Hemşirelik bir toplum hizmeti olarak en eski yıllardan beri var olan, insanları sağlıklı kılmak, rahatlığını sağlamak, hastaya bakım vermek ve güvende olduğu duygusunu sağlamak isteği ile ortaya çıkan bir meslektir. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyu aynı kalmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerine göre farklılaşmıştır (119).

Florange Nigthingale'in bireyleri hijyen konusunda eğitimi hemşirelikte sistemli ilk sağlık eğitimi olarak yer almaktadır (104).

Hemşireler 1990'l yıllarda hasta bakımı ile birlikte eğitimci rollerini kullanmaya başlamışlardır. A.B.D.'de 1918 'de hemşirelik eğitim mfradatları sadece hastalıklara yönelik değil, hastalıkların önlenmesi konularına da yer vermeye başlamıştır. Hemşirelik eğitiminde ve hizmette kalite kavramları gündeme gelmiştir (104).

II. Dünya Savaşı hemşireliği her yönden etkilemiş, insanların gereksinimleri değişmiş ve hemşirelere olan ihtiyaç artmıştır. II. Dünya Savaşı sonrası eğitimin kalitesi, ekip kavramı, ekipte hemşirenin rolleri ortaya konmuştur. Bu gelişmeler, meslekleşmede, spesifik bilgi ve beceriler kazanmada rol oynamıştır (103).

1950-1960 yıllarda iletişim kavramı ön planda yer almıştır. İletişim, tedavi ve terapötik araç olarak kullanılmaya başlamıştır (102).

Orlando, Hasta gereksinimlerinin yerine getirilmesinde öncelikle, güvenli ve olumlu bir ilişki kurulmalı ve gereksinimlerin bu doğrultuda saptanması üzerinde durmuştur. Birey/aile/toplumun gereksinimlerinin saptanması için planlanan ilk görüşmede olumlu bir ilişkinin sağlanması gerekir. Ancak bu şekilde bireyin gerçek olarak neye gereksinimi olduğunu saptanabilir. İletişimin amacı, bireyi bireysel özellikleri, çevresi ve tepkileri ile bir bütün olarak tanımak, bakım için ne tür gereksinimleri olduğunu belirlemek ve sonunda bakım amacına ulaşmaktır. Bakımın amacı; Birey, ailesi ve yakınlarına hastalık yaşantısı ile bunun getirdiği çeşitli yaşam sorunları ile başa çıkabilmesine yardımcı olmaktır (1,71,103,104). Ameliyat uygulanacak bireylere bilgi verme; güvenli ve olumlu bir iletişim şekliyle, onların hangi konularda, ne kadar bilgiye gereksinimi olduğunu saptaması ile başlar (2,54,62,67).

1960-1970'li yıllarda hemşirenin rolleri daha da özelleşmiştir. 1970'li yılların sonunda Toplum Sağlığı Hizmetleri ön planda yer almış ve hemşirelikte eğitim çok daha önemli bir konuma gelmiştir. Bireylerin sağlıklarını korumalarında öz bakımlarını üstlenmeleri ve bakıma aktif katılımları sağlanmaya başlanmıştır (117).

Öz bakım kuramı ilk kez 1955'te Virginia Henderson tarafından ortaya atılmıştır. Dorethea Orem 1959'da hemşirelik kavramı olarak *öz bakımı* başlıca konu olarak ele almıştır. İlk kez 1971 de tanımlanan bu modelin temelinde, kişinin kendi sağlığı ile ilgili başarabileceği düzeyde bireysel sorumluluk üstlenmesi hedeflenmektedir (1,103,104).

Kendine Bakım (Self-Care) Eğitimi; sadece hastaların değil tüm bireylerin ya da grupların *öz bakım* gereksinimlerini belirleme, yönetme ve denetlemelerini sağlamaya yönelik olarak tasarlanmış eğitimidir. Birey bakımına katılarak motive olacak ve öz bakım sürekliliğini sağlayabilecektir (117).

Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımını sağlama **hemşirenin eğitici rolü** içinde yer almaktadır. Hemşire; hasta ve ailesinin deneyimlerinden bir anlam bulmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve tanımladığı bilgi gereksinimleri doğrultusunda eğitim verir. Hemşire hasta sağlık bakımı ile ilgili kavram ve gerçekleri açıklar. Öğrenmeyi destekler ve gelişimini değerlendirir. Hemşire ve birey işbirliği içindedir. Güç ikisi arasında denge halindedir. Hemşire hastayı kendi

bakımının uzmanı olarak görür. Hasta kendi bakımı için karar veren kişi konumundadır, hemşire iyileşme sürecini hızlandıran rehber kişidir. Sistemin parçası olan birey var olan seçeneklerden kendine en uygun olanını seçer. Öz bakımı için verilen bilgiye dayanarak kendi sağlığı ile ilgili kuralları belirleyerek, aktif rolünü belirler ve bakıma aktif olarak katılır(103,104).

Birey, bakıma aktif katılım ve öz bakımını üstlenme aşamasında hemşirenin vereceği bilgilere ve yapacağı uygulamalara neden gereksinimi olduğunu bilmelidir. Hemşire de görevini yerine getirirken tanımlayıcı, güdüleyici ve eğitici olmak üzere üç rolde görev alma gerekir. Birincisi; bireyin tüm gereksinimlerinin tümüyle hemşire tarafından karşılandığı tümüyle yerine geçme sistemi, ikincisi; bireyin gereksinimlerinin hemşire ve hasta tarafından birlikte karşılandığı yerine geçme sistemi, üçüncüsü; birey yada bakım veren kişilerin, bakım hizmetlerini uyguladıkları veya uygulamayı öğrendikleri destekleyici- eğitici sistemdir (71).

Destekleyici eğitici hemşirelik rollünde yetişkin eğitim ilkelerinin de içinde bulunduğu, bireylere kendi öz bakım becerilerinin öğretilmesi, eğitilmesi, rehberlik, destek ve cesaretlendirmesi yer almaktadır. Birey/ ailelerin eğitim almaları için motive olmaları da öğrenmeyi arttıran bir diğer faktördür. Laparoskopisi ile ameliyat olacak kadınların kendi bakımlarını sağlamalarına yardımcı olmada rehberlik ve cesaretlendirmenin taburculuk eğitimi içinde önemli bir yer tutması eğitimin etkinliğinin artmasını sağlamaktadır (71).

Destekleyici eğitim sistemi, taburculuk sonrası bireyin karar verme, davranış kontrolü ile bilgi ve yeteneklerini gösterme şeklinde yardım sağlar. Tüm bunların gerçekleştirilmesinin yolu, birey ya da bakım veren kişiye, hemşirenin vereceği düzenli eğitimidir (71).

Tedavi edici sağlık hizmetleri içinde, bireylerin/ailelerin eğitimi; hemşirelik bakım sürecinin temel öğelerinden biridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde bireyin/ailenin eğitimi; hastaneye kabul, hastanede bulunduğu süre, taburculuk ve sonrası evde bakım süreçlerini kapsar. Laparoskopik cerrahi yöntemi ile ameliyat olacak olan hastalar, bir gün önce yada ameliyat sabahı hastaneye yatmakta ve ameliyat sonrası birinci gün içinde taburcu olmaktadır. Bireyler, ameliyat öncesi ve özellikle ameliyat sonrası dönemde kendi bakımları için daha çok sorumluluk üstlenmektedirler (3,6), Laparoskopisi ameliyatı öncesi ameliyat süreci ile ilgili verilen eğitimler bireyi bu

süreç hakkında bilgilenmesini sağlarken kendi bakımını üstlenmesine yardım ederek öz bakım gücünü de arttırmaktadır. Orem'in öz bakım teorisi, günübirlik cerrahi grubu hastalarla çalışan hemşireler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır (72).

Ameliyat sonrası bireylere öz bakım sorumluluğunun verilmesi, hemşirelere; bireyler taburcu oldukları zaman eve gittiklerinde bakımlarını sürdürebilecekleri konuma gelmelerini sağlama sorumluluğunu getirmektedir.

2.1.3. Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması

Laparoskopik cerrahide bireyler kısa süre hastane deneyimi yaşamaktadırlar. Bu nedenle hemşire-birey/ aile etkileşim süresinin etkin kullanılarak ve bireylerin evlerinde kendi bakım sorumluluklarını üstlenebilecekleri düzeye getirilmesi gerekmektedir.

Bireyin evdeki bakımına hazırlanmasında hasta eğitimi, hemşirelik bakımının en önemli işlevlerinden biridir. Hemşirenin bu işlevini yerine getirebilmesi için bireyin, yetişkin eğitimi ilkelerine dayanılarak eğitim gereksinimlerini saptaması gerekmektedir.

Hemşirenin, hastaların eğitim gereksinimlerinin saptanmasında, bireyin algıladığı biçimde ifade etmesine yardım etmek ve bireyin gözlenebilir davranışlarının belirttiği bilgi gereksinimlerini tanımlama sorumluluğu vardır. Wandet, hasta gereksinimlerinin karşılanması için; anlatmaktan çok soru sorma yoluna gidilmesini önerir. Bireyin gereksinimlerinin karşılanması, kişiye bir şeyler anlatılmasından çok, kendisinin keşfedip anlamlandırması olduğunu savunur. Hasta dinlenmeli ve soru sorması için zaman ayrılmalıdır (101).

Wiedenbach'a bireyi, sağlık alanında çalışanlardan bakım, eğitim ve yardım alan kişi olarak kabul etmektedir. İnsana yardım sanatı olana hemşireliğin başlayabilmesi için yardım gereksiniminin hasta tarafından görülmesi ve algılanması gerektiğini savunur. Yardım gereksiniminin karşılanmasıyla birey içinde bulunduğu durumda, tüm sorunları ile başa çıkma yeteneğini tekrar kazanma ve geliştirme gücüne sahip olacağından söz eder. Her insan, kendini kollamasını ve sürdürmesini sağlayan kaynakları kendi içinde geliştirmek yönünde eşsiz bir potansiyel güçle donatılmıştır. İnsan temelde, kendisini yönlendirmek ve göreceli bir bağımsızlık için uğraşır. Hem yetenekleri ve potansiyel güçlerini en iyi biçimde kullanmak hem de sorumluluklarını yerine getirmek ister(1,103,104).

Bireyin kendi bakım aktivitelerinden sorumlu olması anksiyetesini arttırmaktadır. Aile ve arkadaş üyelerinin bakıma katılması ameliyattan hemen sonra bakıma geçileceği ve kısa sürede taburcu olacakları için önemlidir (2). Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bakımını kapsayan titiz ve dikkatli bir uygulamayı gerektiren zor bir görevdir. Bireyin, ameliyat öncesi dönemde rutin işlemler hakkında bilgilenmesi, ameliyat süreci ve ameliyat sonrası dönemin özelliklerini anlaması ve sorumluluklarını yerine getirmesi ameliyat sonrasındaki iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir. Bunun için; preoperatif dönemde bireylerin / ailelerin öğrenme gereksinimleri değerlendirildikten sonra bireye/ aileye özel eğitim planı düzenlenmelidir (2).

Gereksinimleri saptanarak bilgilendirilen birey daha bağımsız duruma gelir, kendi sağlık problemlerini bağımsız olarak çözer, motivasyonu ve üretkenliği artar, yaşam kalitesi yükselir, sağlığını optimum düzeyde koruyabilir (1,2,3).

Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren bireyin tedavinin başarısı, ameliyat öncesi hazırlık ile ameliyat sonrası bakımın kusursuz olmasına bağlıdır. Yapılan bir çok araştırmada, kısa süre hastanede kalan bireylerde ameliyat öncesi hazırlığın ve eğitimin ameliyat sonrası iyileşmeleri olumlu derecede etkilediği belirtilmektedir (41,42,43,51).

2.2. Laparoskopik Ameliyatı

2.2.1. Laparoskopinin Tanımı ve Tarihçesi

Laparoskopinin tanımı;

Günümüz cerrahi gelişmelerinden biri olan laparoskopik ameliyatı, ameliyat süresi ve hastanede yatış süresi kısa, ameliyat sonrası komplikasyon oranı az olan bir endoskopik cerrahi yöntemidir. (2,3,4,5). Endoskopi; üzerinde ayna, ışık ve mercek sistemi bulunan, kolayca hareket ettirilebilen endoskop cihazı ile içi boş organların ve vücut boşluklarının incelenmesidir. Endoskopik cerrahi işlem incelenen vücut bölümlerine göre isimlendirilir. Abdominal boşluğun dolayısı ile üreme sistemi organlarının (overler, tuba uterinaller, uterus) karaciğer ve komşu organların endoskopik olarak izlenmesine "laparoskopi" yada diğer bir adıyla "peritoneoskopi", kullanılan araca ise "laparoskop" denir.

Laparoskopik cerrahinin tarihçesi;

Endoskopik cerrahinin tarihçesi 1805 yılında Bozzini'in mum ışığı ve kanül yardımıyla üretrayı görerek incelemeye çalışması ile başlamıştır. 1911 yılında Jacobaeus ve Beizheim geniş bir laparoskopi ameliyatı raporu yayınlamışlardır.

Laparoskopik cerrahinin kadın sağlığı alanındaki gelişimi 1977 yıllarında olmuştur. 1993-1995 yılları arasında kadın sağlığı alanında yapılan laparoskopik cerrahi oranı % 24'tür. Kadın sağlığı alanında over kisti, tüpligasyon, infertilite, tubal gebelik durumlarında sıkça uygulanmakta, bunun yanında myom, histerektomi, pelvik ağrıların araştırılması, biyopsi alınması, kayıp spiralın çıkarılması ve prolapsus durumlarında da tanı ve tedavi amacıyla kullanılmaktadır.

Laparoskopik cerrahinin genel cerrahi alanındaki gelişimi 1980'li yıllarda gerçekleştirilmiştir. Laparoskopik kolesistektomi dünyada ilk kez 1990'lı yıllarda Avustralya Hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.

A.B.D. 'de 1987'de yapılan kolesistektomi vakalarının %90'ı laparoskopik teknikle yapılmakta iken, 1992 'de Bu oran genel cerrahi vakalarında %80 dir (31) .

Ülkemizde ilk laparoskopik cerrahi 1990 yılı Ekim ayında Prof. Dr. Ergun Güney tarafından gerçekleştirilmiştir. Genel cerrahi alanında laparoskopik cerrahi; kolesistektomi, splenektomi, apendektomi, herni onarımı ameliyatlarında tedavi, karn bölgesine gelen darbeler sonrası değerlendirme, biyopsi alınması ve evrelendirilmesi gibi durumlarda tanı ve tedavi amacıyla uygulanmaktadır (26,27,31,31).

Günümüz teknolojik gelişmelerine paralel olarak; mercek sisitemlerinin, trokar tekniğinin, kullanılan araçların, pnömoteriumun ve video sisteminin gelişmesi ile çeşitli alanlarda laparoskopinin kullanım alanı artmaktadır (2,11,13, 19,23,30,32,33,34,37).

WHO'nun araştırmalarına göre özellikle doktorların laparoskopi üzerine çok az eğitim aldığı kırsal alanlarda komplikasyon oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (108). 1972 yılında kurulan Amerika Jinekoloji Laparoskopistleri Birliği (American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL) sayesinde laparoskopik cerrahi alanında sağlık profesyonellerinin eğitimine katkı sağlayarak bu alana yönelik yayınların desteklenmesi ve artması ile bilgi tabanı oluşmasına katkı vermiştir (37).

2.2.2. Laparoskopi Ameliyatının Avantaj ve Dezavantajları

Laparoskopi ameliyatlarının bireyin yaşam sürecine pek çok avantajlarının yanında birtakım dezavantajları da beraberinde getirebilmektedir. Şekil 1'de laparoskopi ameliyatının sahip olduğu avantaj ve dezavantajları gösterilmektedir (2,7,11,12,13,,14,19,18,37,26,37,38).

Şekil 1: Laparoskopi Ameliyatının Avantaj ve Dezavantajları

AVANTAJLARI	DEZAVANTAJLARI
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Kısa süre hastanede kalır ☉ Normal yaşama erken döner ☉ Ağrıyı daha az yaşar ☉ Ağrı kesici ilaçları daha az kullanır ☉ Tedavi ve bakım maliyeti azdır ☉ Cerrahi yara ve skar dokusu küçüktür ☉ Yara yeri insizyonu daha estetikdir ☉ Hastane enfeksiyon riski düşüktür ☉ Okula yada İşine kısa sürede döner ☉ Hasta memnuniyeti daha fazladır ☉ Ameliyat ve sonrasında komplikasyon oranı düşüktür ☉ Anestezi süresi ve oranı daha azdır. ☉ Aile süreci daha az etkilenir. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Hasta ameliyat öncesi ve sonrası eğitim alamayabilir. ☉ Hasta beklenen zamanda klinikten taburcu olamayabilir. ☉ Hastaya evinden yardım edecek bir kişi olmayabilir. ☉ Acil durumlarda desteğin sağlanamaması, hastada problemlere neden olabilir.

2.2.3.Laparoskopi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, ameliyata karar verilmesinden ameliyat işleminin gerçekleştirilmesine kadar olan zamanda tüm sağlık ekibinin bireyin ameliyata hazırlanmasına katıldığı, aralarında bir çok ilişki ve düşünce alışverişinin bulunduğu bireyin bilgilendirildiği, sorularının yanıtladığı ve ameliyat için hazırlandığı önemli bir süreçtir. Ameliyat öncesi dönem hazırlığı üç aşamada incelenir.

1. Bireyin kliniğe yatırılmasından ameliyat öncesi geceye kadar olan hazırlık
2. Bireyin ameliyat öncesi gece hazırlığı
3. Bireyin ameliyat günü hazırlığı

1. Bireyin kliniğe yatırılmasından ameliyat öncesi geceye kadar olan hazırlık

Laparoskopi ameliyatı olacak bireyler ameliyattan bir gün önce yada ameliyat günü kliniğe kabul edilmektedirler.

Bu dönemde bireyin durumunun iyi bir şekilde değerlendirilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde çıkabilecek sorunlara ilişkin verilerin toplanmasına bağlıdır. Hemşirenin; görüşme, kayıtları inceleme ve gözlem yoluyla elde ettiği veriler iyi bir bakım planı geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Bireyin kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi dönem hazırlık ve bakım; psikolojik, yasal, fizyolojik ve ameliyat öncesi eğitim olarak dört aşamadan oluşmaktadır.

a) Bireyin Psikolojik Hazırlığı;

Birey ve ailesi yaklaşan cerrahi girişim hakkındaki endişelerini tartışma gereksinimi hisseder. Psikolojik hazırlığın belirlenmesinde birey ve ailesinin spesifik korku ve ilgileri değerlendirilmelidir.

Destekleyici ve bilgilendirici konuşma laparoskopi ameliyatı için gelen bireyler/ailelerinin endişelerinin azalmasını sağlamaktadır. Hemşire birey ve ailesiyle görüşme planlayarak onlarla konuşmalı, endişelerini tanımlamalı ve soruları için zaman tanımalıdır. Dokunmak, seni dinliyorum masajını vermek endişelerinin azalmasına yardım eder. Eğer hasta, endişesinin normal olduğunu bilirse endişesi azalabilir. Ameliyat olacak bireyler anesteziye bağlı kontrolünü kaybetme ve ölüm korkusu yaşayabilirler. Bunun için; bireyin önerilen anestezi şekli ve maddesi, ameliyat süreci konusunda kısa bilgi verilmesi, ameliyathane hemşiresi ve anestezi uzmanı ile konuşması sağlanmalıdır. Bireylerin kendi bakımı ile ilgili kararlar vermesine izin vermek onların kontrol gereksinimlerine yanıt vermektedir. Bireyin ameliyat sonrası dönemi nasıl geçireceği ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasıyla ilgili güven duygusunun sağlanması hastanın anksiyetesini azaltmaktadır.

Bireyin anksiyete durumunda yararlandığı destek kaynakları bilinmelidir. Aile bireyleri veya arkadaşlarının bireyin endişesi / anksiyetesini üzerinde etkileri araştırılmalıdır. Aile bireyleri veya arkadaşları, kendi endişe / anksiyetelerini bireye taşıyabilirler. Sakin davranışlar bireyin endişesini / anksiyetesini azaltmaktadır.

b) Bireyin Yasal Hazırlığı;

Bireyin her operasyon öncesi ameliyat iznini verdiğine dair belgeyi imzalaması gerekir. Bu yazılı onamın anlamı bireyin;

1. Uygulanacak prosedürün doğasını
1. Elde edilebilir seçenekleri
2. Her operasyonla ilgili riskleri anladığını bildirir.

İmzalı izin (yazılı onam) hastayı izin verilmemiş operasyondan, cerrah ve hastaneyi de daha sonra olacak suçlamalara karşı korumaktadır. Doktorun izin aldığı bu belgede hemşirenin imzası birey, aile üyeleri ve hasta yakınlarının imzasına tanıklık eder.

c) Bireyin Fizyolojik Hazırlığı;

Laparoskopi ameliyatı kararını verebilmek için anestezi ve dahiliye gibi birimlerin konsültasyonu ve kan, idrar testleri, akciğer grafisi, EKG sonuçları gerekir. Bireyin yapılan tetkikler hakkında bilgilendirilme gereksinimi vardır.

Hasta Seçim Kriterleri;

Laparoskopi ameliyatı öncesi uygun hasta seçiminden cerrah, konsültan hekim ve anestezi sorumludur. Hasta seçiminde tıbbi durum, teknolojik gelişmeler, güvenlik ile ilgili önlemler ve ekonomik nedenler etkili olmaktadır.

Laparoskopik cerrahi, Amerikan Anestezi Birlüğünün ASA (American Surgery Association) sınıflamasının I, II ve III grubundaki hastalara uygulanmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak kadınlar için gününbirlik cerrahi imkanının tanınması amacıyla yaş konusunda bir üst sınır konmamıştır. Bu nedenle kadınların kronolojik yaşlarından çok fizyolojik yaşları önemlidir (2,22,37). Yaş sınırlamasının olmaması, kadınlarda menopozdan sonra erkeklere oranla üç kat daha fazla görülen kolelitiazis tanısında, kolesistektominin uygulanması kadınların bu cerrahi yöntemin avantajlarından faydalanmasına olanak tanımıştır.

Amerikan Anestezi Sonrası Hemşireler Birliği Derneğinin ASPAN (American Surgery Post Anesthesia Nursing) hastanelerde gününbirlik cerrahi vaka gruplarında hasta seçim kriterleri aşağıdaki gibidir;

- ☺Pozitif motivasyon
- ☺İyi genel sağlık
- ☺İyi kontrol edilen sistemik hastalık

©Yeterli ve uygun destek sistemlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle; laparoskopik yöntemle ameliyat olacak kadınların evde iyi bir destek yada bakım olanaklarının araştırılması gerekir. Bunun için, “Evde kaç kişi yaşıyorlar?, Nasıl bir yerde yaşıyorlar? Meslekleri ve işleri nedir?” sorulmalıdır. Evde bulunan diğer üyelerin bakıma katılımı değerlendirilmelidir (2). Bu sınıflamaya göre; ameliyat sonrası bakımı için işbirliği ve anlayışa sahip olmayan kadınların ameliyata alınmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Bununla birlikte aşağıda belirtilen durumlarda da laparoskopik cerrahi uygulanmamaktadır. Bu durumlar mutlak ve rölatif kontraendikasyon olarak iki bölümden oluşmaktadır (34).

Şekil 2: Laparoskopi Ameliyatı Kontraendikasyonları

Laparoskopik Cerrahide Mutlak Kontraendikasyonlar	Relatif Kontraendikasyonlar
a)Şiddetli kardiyorespiratuar hastalıklar b) Peritonit c) İleus d)Abdominal ve diyafragmatik herni e) Deneyimsiz cerrahi f) İleus ve intestinal obstrüksiyonlar	a.)Büyük intrabdominal kitleler b.) Aşırı Obesite c.) 16 haftadan büyük gebelik d.)Geçilmiş abdominal cerrahi e.)Genel sağlık durumu bozuk hastalardır.

Hasta seçim kriterlerine göre değerlendirilen bireyin daha sonra hemşirelik öyküsü alınır. Tıbbi kayıtlar ve hemşire tarafından yapılan fiziksel incelemeler ile elde edilen hemşirelik verileri, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecek sorunların tanınması için önem taşır.

d) Bireyin Ameliyat Öncesi Eğitimi;

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak olan eğitim öncesinde, bireyin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası rutinler hakkında bilgi gereksinimleri saptanır. Bireyin öğrenme hazırlığı ve öğrenme düzeyi belirlenir (2,4,5).

Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için derin solunum -öksürük egzersizleri ve extremitte egzersizleri öğretilmelidir. Ayrıca yataktan kalkma ve yürümede dikkat edilecek noktalar konusunda bilgilendirilmelidir.

Ameliyat öncesi hazırlık ve hasta eğitiminde kullanılacak pek çok yöntem vardır. Bu zaman, yer, uygulama yöntemi, kuruma ait özellikler, hastalık ve hastanın ihtiyaçlarına göre farklılık gösterebilir. Laparoskopik cerrahi geçirecek bireyler için

bireysel görüşme, telefonla görüşme gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir. Grup toplantılarına katılımın az bireylerin bireysel görüşme yöntemini tercih ettikleri belirtilmektedir. Yazılı bilginin verilmesi de bireylerin ve ona bakım verecek yakınlarının uygulamalar hakkında bilgi edinmesini kolaylaştırmakta ve unuttuklarını tekrar okuyarak hatırlamalarına fırsat vermektedir (2)

2. Bireyin Ameliyat Gecesi Hazırlığı

Laparosopi ameliyatı için birey bir gün önce gelmişse; gece bireyin cilt ve gastrointestinal sistem hazırlığı yapılır. Hastanın geceyi uyuyarak ve dinlenerek geçirmesi sağlanır. Eğer ameliyat öncesi sabah hastaneye gelecekse ameliyat kararı verildikten sonra evde gece hazırlığı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Cilt Hazırlığı: Vücudun mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattı deridir. Ameliyat cilt bütünlüğünü bozarak enfeksiyon riskini artırır. Cilt hazırlığı ile mikroorganizma sayısı azaltılarak enfeksiyon riski engellenmeye çalışılır. Cilt hazırlığında cildin temizlenme şekline, temizlikte kullanılacak antiseptiğe; tüylerden arındırılması yöntemine (traş etme, tüy dökücü krem kullanma gibi) ilişkin görüş farklılıkları olmasına bağlı kliniğe özel nelerin uygulandığı bilinmelidir.

Gastrointestinal Sistem (G.İ.S.) Hazırlığı: Besin yada sıvılar, anestezi sırasında kusma ve buna bağlı akciğerlere aspirasyon riskini arttırdığı için ameliyat öncesi 8-10 saat öncesinden kesilmektedir. Bireye ve ailesine ağızdan besin yada sıvı verilmemesinin nedeni açıklanmalıdır.

Uyku ve İstirahatin Sağlanması: Birey psikolojik ve fizyolojik olarak iyi hazırlanmışsa, ameliyat öncesi geceyi rahat geçirir. Havalandırılmış bir oda, masajın yapılması, ılık bir duş alınması ve ılık süt içilmesi rahat uyumaya yardımcı olabilir. Laparoskopik ameliyatı deneyimi yaşayacak bireyin, ameliyat sabahı kliniğe gelmesi planlanmış ise bu konularda önceden bilgilendirilmelidir. Bireyin ameliyat öncesi korku ve endişeleri paylaşılmalıdır. Doktor, ameliyat öncesi anksiyeteyi gidermek, farenxteki sekresyonları ve anestezi ilaçlarının yan etkilerini azaltmak için çeşitli ilaçlar önermiş olabilir.

3.Bireyin Ameliyat Sabahı Hazırlığı

Eğitim gereksinimleri saptanan bireyin, ameliyat sabahı yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Ameliyat sabahı hazırlık diğer ameliyatlar ile benzerdir.

- ⌚ Ameliyattan 8 saat önce aç kalmaları
- ⌚ Sabah banyo-duş alma ve dişlerini fırçalayabilecekleri.
- ⌚ Oje ve makyajlarını temizlemelerinin gerektiği
- ⌚ Ameliyat bölgesinde tüy, kıl varsa bunların temizlenmesi gerektiği
- ⌚ Takılar gibi değerli eşyaların hastaneye getirilmemeleri, para ve değerli eşyalar (eğer getirilmiş ise) yakınlarına, yakınları yoksa bakımından sorumlu hemşireye yazılı belge imzalayarak teslim edilmesi
- ⌚ Üzerinde bulunan metal eşyaların mutlaka çıkarılması gerektiği
- ⌚ Laboratuvar, akciğer filmi, EKG (kalp grafiği) gibi tetkik sonuçlarını, ameliyat için gerekli olan malzemeleri ve sürekli kullanılan ilaçlar var ise bunları hastaneye getirmeleri
- ⌚ Ameliyata gitmeden önce takma dişlerin ve kontak lenslerin varsa çıkartılması, işitme cihazları varsa kalabileceği
- ⌚ Anestezi öncesi endişeyi azaltmak ve uygun şekilde anestezi sağlamak için doktorun önerdiği premedikasyon ilacının verilebileceği. Eğer premedikasyon ilaç verilmişse, yatağından kalkmaması gerektiği
- ⌚ Ameliyathane gömleğini nasıl giyeceği ve ameliyathaneye nasıl gönderileceği
- ⌚ Aile/ yakınlarının ameliyat süre içinde nerede bekleyebileceği konularında bilgilendirilmeleri gerekmektedir (2,37).

Ameliyathaneye Gönderilmeden Önce Kontrol Edilmesi Gerekenler

- Deri hazırlığı ()
- Vital bulguları ()
- Premedikasyonu ()

- Düzenli kullandığı ilacı aldı ()
- Ağırlık ve boy ()
- Operasyon için izin kağıdı var mı () görgü-tanıklarınca da imzalanmış mı ()
- Tüm laboratuvar raporları ()
- Önceki hastane kayıtları ()

Birey, Ailesi ve Yakın Arkadaşlarına Verilmesi Gereken Bilgiler

Bireyin ailesi ve yakın arkadaşlarına, birey ameliyattan dönenen kadar nerede bekleyecekleri, kafeterya ve diğer ortamların nerede olduğu, ameliyatın tahmini zaman aralıkları; ameliyattan 5-10 dakika önce ameliyathaneye indirileceği, ameliyatın ortalama 30-60 dakika sürebileceği, bir önceki ameliyat uzun sürerse gecikebileceği, ameliyattan sonra derlenme odasına gönderileceği, hastanın durumuna göre ameliyattan dönüş süresinin değişebileceği; ameliyat bittiğinde nereden bilgi alacakları, birey ameliyattan döndüğündeki durumu (IV sıvı, pansumanı olacağı gibi) konularında bilgi verilmelidir.

2.2.4.Laparoskopi Ameliyatının Yapılışı

Ucunda laparoskop denilen görüntüleme sistemi olan laparoskopinin, bu görüntüleme sisteminde mercek ve ışık kaynağı yer almaktadır. Işık kaynağı, xenon, halogen veya buharlaşmış metal içeren ampullerden elde edilmektedir. İnsüflatör, optik ışık, görüntü kontrol ünitesi ve görüntüleme sistemi, monitör, termokoagülasyon ve aspiratör laparoskopun donanımlarını oluşturur. İnsüflatör iğnesi, trokarlar, manipulasyon gereçler, grasper, dissektör, makaslar, elektrokoter uçları, aspirasyon ve irrigasyon gereçleri, endostepler ise laparoskop işlemi sırasında kullanılan araçlardır (2,37)

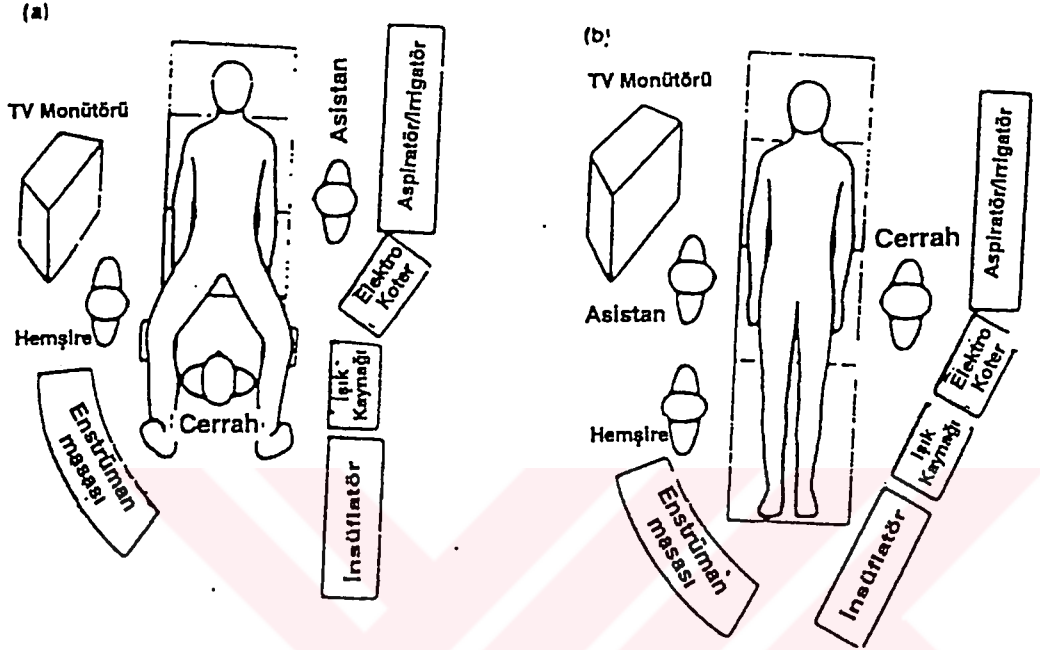
Laparoskopi Ameliyatında Ameliyat Pozisyonu

Hasta monitörize edilir (EKG, Kan basıncı, Nb, oksijen saturasyonu, idrar çıkışı kan gazları (PaCO₂, PaO₂).

Hasta pozisyonu ve ekip sıralanışı Şekil 3'de gösterildiği gibi iki şekilde de olabilir. Operasyon masanın başı 20° yükseltilmektedir. İnsüflatör, aspirasyon yıkama

sistemi, elektrokoter ünitesi, xenon ışık kaynağı, teleskop TV monitör sistemi kontrol edilmiş olarak yerleştirilmektedir. Laparoskopi ameliyatı, ameliyathane koşullarında, 20-30-40° Trendelenburg pozisyonunda yapılmaktadır (2,37, 81,111).

Şekil 3: Laparoskopi Ameliyatında Hasta Pozisyonu ve Ekip Sıralanışı



Laparoskopi Ameliyatında Anestezi

Laparoskopik cerrahi tekniği kısa sürmesi nedeniyle, gününbirlik cerrahi yöntemi içinde yer alır. Anestezi 40 dk'dan uzun süren minör ameliyatlarda, laparoskopik jinekolojik girişimler ve laparoskopik kolesistektomide anestezi genel anestezi endotrakeal entübasyonlu ve kontrollü solunum şeklinde uygulanır. Laparoskopi ameliyatlarda endotrakeal endübasyon yapıp kontrollü veya laringeal maske ile spontan solunum önerilmektedir (3). Godwen ve Swann Jinekolojik Laparoskopi ameliyatlarında geleneksel entübasyonla, laringeal maske arasında klinik bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Laringeal maske kullanımında pnömoperitenium sırasında solunum asiste edilmesi gerekmektedir (109).

Bütün anestetik yöntemlerde, iyi çalışan geniş bir venöz kateter ile damar açıklığı sağlanmaktadır. Solunum desteği ve resusitasyon sağlayacak araç ve gereçler kullanıma hazır halde bulundurulmaktadır (3,109).

Genel anestezide IV indüksiyon, kas gevşemesi ve inhalasyon anestezisi ile devam edilebilmektedir. Genel anestezide kullanılan IV anestetikler hızlı etki etme,

hipnoz, analjezi ve amnezi sağlama özelliklerine sahiptir. Genel anestezide IV anestetik ilaçların seçilme özellikleri şu şekildedir;

- Yüksek terapötik indexe sahip olan
- Suda eriyen ve solüsyon halinde stabil olan
- Parenteral vermeyele irritasyon yapmayan
- Allerjik olmayan
- Kardiyopulmoner depresyon yapmayan
- Yıkımı hızlı olan ve son ürünleri etkisiz olan
- Hızlı eliminasyon özelliğine sahip olmalıdır.

erken dönemde (3 saatte psikomotor düzelme) uyanma olmaktadır (3,109).

Bu durum kadınların erken dönemde normal yaşamlarına, evlerine ve işlerine dönebilmeleri için olanak sağlamaktadır(2,7,11,12,13,,14,19,18,37,26,37,38).

Anestezi gerçekleştirildikten sonra, antiseptikle temizlenen karın duvarından içeriye özel bir iğne olan Verres iğnesiyle umblikusun bir- iki santim altından girilir (Pnömoterium). Verres iğnesi steril bir tüp yardımıyla Insüflatör'e bağlanır.Gaz musluğu açılarak intraabdominal basınç okunur. Belli bir sürede ve ortalama 10-14 mmHg CO₂ basınçla 2-5 litre karbondioksit gazı pompalanarak işlem öncesinde organlar arasında açıklığın oluşması sağlanır. Böylece bağırsaklar operasyon sahasından uzaklaştırılarak karın içerisine optik ve cerrahi endoskopik aletlerin yerleştirilmesi sırasında yaralanmalar önlenir.Bugün, elektronik insuflatörlere geçilerek daha iyi otomatik ve sürekli bir peritenium sağlayan cihazlar vardır.Bu cihazla intaabdominal basınç bilgisayar kontrolü ile izlenmekte ve seçilmiş olan basınç seviyelerinde otomatik olarak gaz verme işlemini kesmektedir (96,111).

Pnömoterium işleminden sonra gaz musluğu kapatılır ve iğne çekilir ve görüş sağlayan (genellikle 10 mm fakat 1,9 mm'lik) ışık ve mercek sistemi abdominal bölgeden açılan 0.5 -1 santimetrelilik bir kesiden karın içerisine yerleştirilir. Zayıf bir kadında umblikusun hafifçe altına 1.5 cm lik vertikal bir insizyon, obes bir kadında umblikasa olabildiğince yakın, hafifçe eğimli 1.5- 2cm uzunluğunda infraumbikal bir insizyon açılır. Esas trokar video görüntü kontrolüyle karın içine girer. Bu sırada cerrah abdominal boşluktan görüntüleme sistemi ile gelen görüntüyü kamera bağlantısı ile

monitöre aktarılır ve renkli olarak monitörden izler. Termokoagülasyon Cihazı(Koter), kanamanın durdurulması için sisteme bağlanır (96,111).

Abdominal boşluktaki organlarda cerrahi işlemi yapmak için manipulatif gereçler (Grasper, dissektör, makaslar, elektrokoter uçları, aspirasyon ve irrigasyon gereçleri, enendostepler) kullanılabilir. İşlem bittikten sonra abdominal boşluk irriga edilerek, kanama olmadığından emin olunduktan sonra aletler çıkarılır. Abdominal boşluktaki karbondioksit gazı en son çıkan alet aracılığı ile boşaltıldıktan sonra insizyonlar suture edilerek yada steplerle kapatılır (96,111).

2.2.5.Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası üçüncü dönemdir. Bu dönem iki fazdan oluşur. Birinci faz anestezi sonrası genellikle ilk beş saattir. Amaç; bireyin ameliyat sonrası optimum düzeyde fonksiyonlarına geri dönmesini sağlamaktır. Laparoskopi ameliyatı sonrası anestetik maddelere bağlı olarak bu süre iki-üç saattir. İkinci faz anestezinin etkilerinin azaldığı dönemdir. Bu dönemde amaç; bireyde gelişebilecek semptomların önlenmesi, taburculuğa hazırlanması ve iyileşmenin sağlanmasıdır. Ameliyattan sonraki ilk yedi günü kapsar.

2.5.1.Birinci Faz: Anestezi Sonrası Bakım

Hemşire aşağıdaki malzemeleri kontrol eder;

- Spirometre veya otomatik kan basıncı monitörünü kontrol eder
- O₂ saturasyonu, nabız için ölçüm araçlarını kontrol eder
- Kardiyak monitör ve elektrotları kontrol eder
- IV girişim için araç-gereçleri (IV set, bronül, infzyon pompası)
- Aspirasyon aracı (kateter, steril su, steril eldiven)
- Solunum destek araç-gereçleri (airway, O₂, O₂ tüpü, maske, kanül, entübasyon araçları)
- Gerekli olabilecek:
 - * Nonkotik ve nonkotik olmayan ilaçlar
 - * Nonkotik antagonistleri
 - * Antihipertansifler
 - * Nöromüsküler blokaj ajanları
- Böbrek küveti, idrar torbası
- Termometre

- Oda ısısı vücut ısısına uygun dereceye getirilir.
- Acil ilaçlar ve CPR araçlarını hazırlar

Aşağıdaki Temel Acil Değerlendirmelerini Yapar;

- Solunum değerlendirilir (deri rengi, O₂ satürasyonu gibi). Gerekirse yüz maskesi veya nazal kanül ile O₂ uygular
- Diğer yaşam bulgularını kontrol eder
- Bilinci değerlendirir
- IV infüzyonu, pansumanı kontrol eder.

Aşağıdaki bilgileri kayıt eder;

- Ameliyatın nasıl geçtiğini
- Ne kadar süre ameliyathanede kaldığını
- Kan basıncı, sıvı veya kan infüzyonu, İdrar miktarını
- Günlük ilaçları ve tedavi şeklini
- Hangi anestetik maddenin verildiğini
- Ameliyat süresince komplikasyon gelişip gelişmediğini
- Ameliyat gözlem raporunu
- Yutma refleksini
- Vital bulgularını
- Deri rengi ve bütünlüğünü, kirliliğini, Oksijenlenmesini
- Pansumanı
- IV infüzyonunu

Birey bu dönemde zaman, yer ve kişi oryantasyonu gereksinimi duyabilir. Bilinç değerlendirmesine göre oryantasyonu yapılmalıdır. Birey hassas ve bağımlıdır, duygusal destek sağlanmalıdır.

Bireyin Uyanma Odasından Kliniğe Gönderilmesi

Laparoskopi ameliyatı sonunda bireyler uyanma odasına alınarak;yaşam bulguları kontrol edilir, solunum ve dolaşım fonksiyonları sürdürülür, izlenir ve geliştirilir, ameliyat yeri izlenir, order edilen tedavi uygulanarak (analjezik gibi)

sonuçları kayıt edilir, ameliyat sırasında uygulanan ürüner kateter ve nazogastrik sonda çıkartılır, bilinç durumu kontrol edilir ve sonra yattığı kliniğe gönderilir (2,37).

Bireyin Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Klinikte Bakımı

Klinikte en sık rastlanan sorunlar; bulantı-kusma, abdominal ağrı, göğüs, omuz-sırt ve baş ağrısı, abdominal gerginlik hissi, baş dönmesidir. Bununla birlikte daha az olarak boğaz ağrısı, idrar yapma güçlüğü, defakasyon yapma güçlüğü ve kanama riski olduğu belirtilmektedir (2,37,75,78,79)

Günümüzde teknolojik gelişmeler ve cerrahların laparoskopi işlemini uygulamaları ve hastaların eğitimi ve ameliyat sonrası izlem ile kontrollerin sürekli yapılması bu riskleri azaltmaktadır (108)

Bulantı / kusma

Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası erken dönemde sık karşılaşılan semptomlardan biridir.

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı etkileyen en yaygın neden maske ile pozitif basınç ventilasyonunun ve nazogastrik tüp kullanımı ile anestezi maddelerdir. Bunlara ek olarak; cinsiyet, yaş, kilo, cerrahi işlem, cerrahi süresi sıvı tedavisi, ağrı, ani hareket, anksiyete, opiyotlar, taşıt tutma ve önceki bulantı-kusma öyküsünün varlığı da etkilemektedir. Aynı zamanda, gençler ve kadınlar, yaşlılara ve erkeklere oranla daha fazla bulantı - kusma deneyimi yaşarlar. Obes hastalarında artmış bir bulantı-kusma insidansına sahip olduğu araştırmalarda belirtilmektedir. Bu durumun, metabolik faktörlere yada ventilasyon zorluğuna bağlı artmış gastrik distansiyona bağlı olarak geliştiği belirtilmektedir. Kısa süre cerrahi deneyimi yaşayan bireyler arasında laparoskopi ameliyatı olanlarda daha fazla bulantı- kusma insidansının (% 30-60) olduğu rapor edilmiştir (5).

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın en çok görüldüğü durumlar; hareket rahatsızlığı ve önceden var olan bulantı-kusma hikayesidir. Bu nedenle iyi bir ameliyat öncesi öykü alınmalıdır (5).

Ameliyat sonrası görülen bulantı ve kusma; tedavi edici yaklaşımdan çok veriler değerlendirilerek kontrol edici bir çerçevede ele alınmalıdır. Bu yaklaşım, kadının rahatsızlığını en aza indirecek ve hastaneye geri dönüş insidansını azaltacaktır.

Ameliyat sonrası bulantı- kusma, ameliyat öncesi ve sonrası çeşitli antiemetiklerin kullanımı ile kontrol altına alınabilir. Antiemetiklerin sedasyon etkisi ve taburculuğu etkilemesi nedeniyle laparoskopik cerrahide, sedasyonun belirli derecede az olduğu efedrin kullanımı oldukça yaygındır (5).

Hastanede uzun süre yatan hasta grubu için bulantı, antiemetiklerle kontrol altına rahatlıkla alınırken, laparoskopik ameliyatı olan ve kısa süre hastanede kalan birey için bu risk olarak kabul edilir. Çünkü; Antiemetiklerin bulantıyı önlemekle birlikte sedasyon etkileri gelişebilir. Bu nedenle; bireylerin aşırı sedasyondan dolayı beklenmedik bir şekilde hastaneye geri geldikleri bildirilmektedir.

Bulantı- kusma, hastaneden çıkışı geciktiren ve tekrar hastaneye başvurmaya neden olan bir durumdur. Hastanede sürekli yatan bir hasta grubu için daha az bir minör problem olarak kabul edilen bulantı, kısa süre hastanede yatan birey, hemşire ve sağlık personeli için büyük bir gerilim kaynağı oluşturur. Tedavi edilemeyen bulantı ve kusmalar taburculuk zamanını saatlerce uzatabilir.

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın kontrol altına alınmadığı durumda, birey yeterli miktarda oral alamamaktadır. Bu durumda; sıvı alımı ve sıvı-elektrolit değerleri dikkatle izlenmelidir. Ağızdan alınan sıvıları tolere edebilecek duruma gelene kadar, sıvı kayıplarını yerine koymak için intravenöz sıvılar verilmelidir. (5).

Anestezi ilaçlarının vücuttan atılmasına bağlı bulantılar bir-iki gün içinde geçer. Bulantı ve kusmalar nedeniyle rahatsız olunduğu durumda antiemetikler kullanılabilir. (5,44).

Ameliyattan sonra mide ve bağırsakların normal çalışması 12-24 saatte başlayabilir ve gaz çıkımı olabilir. Bulantı ve kusma kontrol altına alındıktan sonra; bağırsak sesinin ve gaz çıkışının değerlendirilerek uygun beslenme planına geçilir. Beslenme planı, bireyin özel bir diyeti yok ise R-1, R-2, ve R-3 şeklinde önerilmektedir (2,3,4,6,44,110).

Ağrı

Tüm insanların yaşamları süresince bir çok kez yaşayabildikleri, subjektif bir deneyimdir. Cerrahi girişimler bireylerin ağrı yaşamalarına neden olan deneyimlerden biridir (112,113).

Laparoskopik cerrahide CO₂ gazına bağlı 2-3 gün süren göğüs, omuz ve sırt ağrısı yaşanabilir. Karın bölgesi altında ağrı hissi oldukça yaygındır. Ameliyat sonrası mide ve bağırsakların etkilenmesine ve gaz sancısına bağlı bir-iki gün abdominal hassasiyet yaşanmaktadır.

Ağrının varlığı, taburculuk sonrası hastaneye geri dönüş nedenleri arasında en sık rastlanılanıdır. Ağrının ameliyat sonrasında hızlı ve etkili bir şekilde kontrol altına alınması kadının cerrahi deneyiminin olumlu yönde artmasını sağlayacaktır. Başarılı ağrı yönetimi ile ilgili en önemli noktalardan biri ağrının şiddetlenmeden kontrol altına alınabilmesidir. Ağrının kontrol altına alınmasındaki yetersizlikler, ağrıya bağlı bulantı ve kusma gibi komplikasyonların gelişmesine, daha fazla doz analjezik kullanımı ile de yan etkilerinin daha çok artmasına neden olabilir. Bu nedenle ağrının önlenmesi ağrının tedavi edilmesinden daha önemlidir (5).

Laparoskopi ameliyatı geçiren kadınlar için, taburculuğa karar vermede göz önüne alınması gereken kriterlerden en önemlisi ağrının kontrol altına alınmış olmasıdır. Ağrı ameliyat sonrası çeşitli yöntemlerle kolayca kontrol altına alınabilmektedir (5).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolü IV premedikasyonla, opioid analjezikle ve opioid içeren anestezi ilaçları ile sağlanır. Bu şekilde uygulanan analjezi ile, ağrı belirgin ölçüde azalır, aktivitelerine kısa sürede döner, hastanın taburcu olma süresi kısalmış ve iyileşme potansiyeli artar. Bununla birlikte; bulantı, kusma ve uykuya eğilimin artması gibi problemleri en aza indirmek için etkili olan en az doz uygulanmalıdır. Anestezinin aşırı sedasyon yapması uygun ilaç ve doz seçimiyle önerilir. Flumazenil gibi Santral Sinir Sistemi situmulasları veya opiyotlar için antagonistleri kullanılabilir. İlk 24 saatte opiyotlar ile analjezi sağlanır. Opioidlerde: Sedasyon, Solunum Depresyonu, kaşıntı, ürtiker, ürüner retansiyon, bulantı-kusma, tolerans, hipotansiyon, kabızlık yan etkileri vardır. Bu nedenle bireylere uygulanan anestezi şekli ve türüne göre nonsteroid analjezikler(NSA) tercih edilmektedir. NSA'de dispepsi, bulantı, gastrit, mide yanması, baş ağrısı ve ödem gibi yan etkiler görülebilir (5,109).

IV anestetikler ağrı geçene kadar 5 dakika aralarla verilebilir Ameliyat yerindeki 24-72 saatteki ödem ve inflamasyona bağlı ağrı için Nonsteroid antiinflamatuvar analjezikler (NSAİA) daha etkilidir. Ağrının kontrol altına alınmasında Hasta Kontrollü Analjezi yöntemi de kullanılmaktadır (109).

Omuz, kol ve sırt ağrıları CO₂ gazının vücutta absorbe edilmesine bağlı yaklaşık üç gün içinde geçmektedir. (5,108). Mobilizasyon gazın absorbe olmasına yardım etmektedir.

Ameliyat sonrası mide ve bağırsakların etkilenmesine ve gaz sancısına bağlı yaşanan abdominal hassasiyet erken ve sık mobilizasyon ile giderilebilir. Ağrının stres, gerginlik, ani hareket, uygun olmayan yatış yada oturma şekillerinden eklendiğinin de unutulmaması gerekmektedir (5).

Solunum Problemleri

Solunum, temel bir gereksinimdir. Laparoskopi ameliyatlarından sonra endotrakeal entübasyona bağlı boğaz ağrısı yaşanmaktadır. Solunum problemi görülmesinin % 15,2 oranında minimal rahatsızlık düzeyinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (24).

Minör bir ameliyat olan laparoskopik cerrahi yöntemi sonrası, atelektazi ve pnömoni isidansı azalmıştır. Ancak bu risk tam olarak ortadan kaldırılamamıştır. Bu nedenle ameliyat sonrasında anesteziye bağlı akciğerlerde enfeksiyon oluşumunu önlenmelidir. Akciğerlerde enfeksiyon oluşumunun engellenmesi için derin solunum ve öksürük egzersizleri ameliyatın ilk gününde saatte 5-10 kez, daha sonra 2-4 saatte bir 2 kez tekrarlanması gerekmektedir (2,3,4,5,6).

İdrar Yapma Güçlüğü

İdrar yapmada güçlük, ameliyat sonrası % 1 oranında az rastlanan semptomlardan biridir. Ameliyat sonrası anestetik maddelere ve mesane kateteri takılmasına bağlı gelişebilir. Bireylerin, ameliyat sonrası, ilk 6-8 saat içinde idrarlarını yapmış olmaları beklenir. Gereksinim duyulup idrar sondası takılmış ise; idrar yaparken yanma yaşayabilir (31,107,4,44).

Defakasyon Yapma Güçlüğü

Minör cerrahi ameliyatlarından sonra ilk gaz çıkışı için geçen süre daha kısadır. Ameliyattan sonra karında hafif şişlik ve gaz hissi yaşanmaktadır (3).

Bağırsak yaralanmaları 1000 'de 2-3,5 olarak rapor edilmiştir. Genellikle 4-10. Günlerde ortaya çıkmaktadır. 12-36. Saatlerde görülebilmektedir. Bu durum koagülasyon nekrozu ile ilişkilidir (96) .

Yataktan Kalkma

Ameliyat sonrası mobilize olma, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişini daha çabuk olmasını sağlar. Bu da; ameliyat sonrası erken beslenmeye geçiş için önemlidir. Aynı zamanda bireyin kendini daha iyi hissetmesine de yardım etmektedir.

Ameliyat sonrası yataktan kalkma ve yürümeye geçmeden önce bireyin, yaşam bulguları değerlendirerek durumunun uygunluğu kontrol edilir.

Birey yataktan kaldırılırken; karyolanın başı yükseltilmesi, yatağın yanında kenarlıklar varsa indirilmesi, yatağın tekerlekleri varsa kilitlemesi, ayağa kalkarken yatağın kaymaması ve dengenin korunması için gereklidir.

İlk kez yataktan kalkarken baş dönmesi olabilir. Bu durumda yataktan kalkışı ertelenerek tekrar yatağına yatması sağlanır. Bir sonraki mobilizasyon uygulamasında baş dönmesi sorunu daha az yaşanmaktadır.

Baş dönmesi;

Ameliyattan sonra kan dolaşımını arttırmak için yatak içi ayak-bacak egzersizlerini yapabilir. Ağrı kesici ilacın 30 dakika önce alınması hastanın hareketlerini rahat yapmasını sağlamaktadır (4,44,110).

Birey, kendini iyi hissettiğinde ve baş dönmesi yok ise ayağa kalkıp oda girişine kadar yürüebilir, lâvaboda elinizi yüzünüzü yıkayabilir ve tuvalete gidebilir (42,75).

Yara Yeri Problemi

Ameliyat sonrası yara yerinde hemoraji görülme insidansı düşüktür (2,3,4,6). Güven (1993) yara yeri hemorajiyi %1,4 olarak bulmuştur. İnflamatuvar reaksiyon ameliyattan 36-42 saat sonra başlar. Pearlstone (1999) laparoskopik cerrahide yara yeri enfeksiyon oranı % 15 olarak bulunmuştur (12, 120).

2.2.6. Ameliyat Sonrası Taburculuk Kriterleri

Taburculuk planı; birey, hemşire ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile birlikte planlanması ve hazırlanması gerekir. Bu nedenle; taburcu olma kriterleri, bireyin

taburcu olmaya hazır olup olmadığı konusunda hemşirelere yardımcı olur. Bireyin laparoskopi ameliyatından sonra taburcu olabilmesi için gerekli olan kriterler aşağıda gösterilmiştir;

1. Yeterli solunum fonksiyonu
2. Yaşam bulgularının normal olması
3. Bilinç düzeyi ve kas gücü
4. Ağızdan sıvı alması, yutma, öksürme ve öğürme reflexinin varlığı
5. Cilt rengi ve durumu
6. Minimal ağrı
7. Pansumanlarının değiştirilmesi ve bakımının tamamlanabilmesi
8. Yazılan ilaçlarını uygun alınmasını tanımlayabilmesi
9. Hastanın ve evde ona bakım vereceklerin ev bakımı uygulamalarını anlaması
10. Eve güvenli ulaşım için gereken hazırlıkların tamamlanmış olması

(37)

Kadınların taburcu olup eve gidebileceklerini gösteren kriterlerdir.

Eğer bunların hepsini kolayca yerine getirirlerse ve aşırı ağrı, bulantı ya da kusma yaşamazlarsa “eve gitmeye hazır” oldukları düşünülerek, gece boyunca onlarla kalacak bir kişi ile taburcu edilmektedirler (41).

Taburcu edilmeden önce hastalar giydirilmeli ve sorumlu bir kişinin gözlemindeki bakımları için sözlü ve yazılı bilgiler verilmelidir. Bu bilgilerin verilmesinde bireylerin bilgi gereksinimlerinin saptanması gerekmektedir (77).

2.2.7. Taburculuk Bilgi Gereksinimleri ve Taburculuk Eğitimi

Taburculuk, bireyi ve ailesini hastane bakımından evdeki bakımına hazırlayan bir süreçtir (2). Taburcu olan hastanın yaşantısı ile herhangi bir endişesine yer vermeyecek bilgileri içeren eğitimler yapılmalıdır. Sağlık bakım uzmanları, taburculuğun planlamasında, hastanede hasta eğitiminin önemini vurgularken, taburculuk sonrası hasta gereksinimlerinin belirlenmesi üzerinde durmaktadırlar.

Günümüzde, laparoskopi ameliyatları gibi, kısa süre hastanede kalmayı gerektiren, günübirlik cerrahi girişim içinde yer alan ameliyat türlerinin gün geçtikçe artması, bu tür ameliyat geçiren hasta gruplarının gereksinimlerinin neler olduğu

sorusunu ortaya koymuştur. Bu nedenle bu hasta gruplarının gereksinimlerinin saptanmasına yönelik çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır.

Laparoskopi ameliyatı geçirecek bireylerin kısa süre hastane deneyimi yaşamaları nedeniyle hemşire ile olan etkileşim süreleri kısalmaktadır. Bu nedenle; taburculuk eğitimine, zaman etkin kullanılarak ameliyat öncesi dönemde başlaması gerekmektedir. Taburculuk eğitimi; ameliyat öncesi, ameliyat sırası, ameliyat sonrası ve taburcu olduktan sonra evde bakım konularını içermeli, bireyin gereksinimleri ve yetişkin eğitim ilkeleri dikkate alınarak verilmeli, yazılı kaynak sağlanarak evde izlem ile eğitimin etkililiğinin artırılmalıdır.

Bubella tarafından 1990'da hasta gereksinimlerini saptama skalası geliştirilmiştir. Bu skala ile kısa süre hastanede kalan bireylerin taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri değerlendirilmiş, en önemli en gerekli bilgilerin; komplikasyonların önlenmesi, ağrı yönetimi, yara bakımı, aktivite düzeyi, tedavi sonucu ve ilaç kullanımı, başvurulabilecek sağlık bakım merkezleri olmuştur (62,105,106).

Burden (1994) insizyonel rahatsızlık, alınması gereken besinler, aktivite düzeyi, normal ve anormal bulgular, işe başlama, araba kullanma ve yara yeri pansuman değişimi konularında, Talamini(1999), Buck (1992) taburcu olan hastada tıbbi tedavi, ağrı kontrolü ve aktiviteler konusunda, Galloway (1993) yara yeri bakımı, yaşam kalitesi, komplikasyonlar ve tedaviye ilişkin bilgi gereksinimlerini saptamışlardır (62,77,85).

Reiley'in 1996'da yaptığı bir çalışmada, hastalar taburcu olmadan önce, evde kendilerine nasıl bakacakları, hastalığın günlük yaşam alışkanlıklarını üzerine etkisi, mevcut hastalığın olası komplikasyonları ve önleme konularında daha fazla bilgi edinme gereksinmesi ifade etmişlerdir. Bireylerin kendilerine neler yapılacağı konusunda bilgilenmeleri kaygı ve endişelerini azaltmaktadır (51).

Kadınlar taburcu olmadan önce verilen sözlü ve yazılı bilgiler, hastanın gereksinimlerinden kaynak almalıdır. Bunun için, önce hastanın neyi bildiği, neyi bilmediği, neyi bilmek istediği, hasta için bunun neden gerekli olduğu ve kişinin o durumu ne şekilde algıladığı saptanmalıdır (46,51,52). Douhery (1996), hastaların kendi bilgi gereksinimlerini nasıl algıladıklarını ve sağlık sorunlarını çözmede kendileri için hangi tür bilgilerin anlamlı olduğunu araştırdığı çalışmasında, tanıyı, hastalık nedenlerini ve hastalığın yaşam şekli üzerindeki etkisini en fazla endişe konusu olarak

bulunmuştur (101). Okumuş ve Ark.(1993) yaptığı çalışmada hastalar tarafından, ameliyata ilişkin bilgi verilmesinin % 72,7 oranında düşük memnuniyet gösterdiği saptanmıştır (98). Taburculuk eğitiminin yapılması hasta memnuniyetini arttıran bir faktördür (55,68,76).

Velma Jacobs'un (2000) çalışmasında ilk sırayı hangi aktivitelere ne zaman başlayabilecekleri, yara yeri bakımı, semptomlar ve önlenmesi, ağrı yönetimi, boşaltım ve kişisel bakım alanları oluşturmaktadır. Ameliyat olan bireyler verilen bilgileri unutabildiklerini bu nedenle, taburculuk bilgi gereksinimlerinin yazılı ve sözlü anlatım şeklinde verilmesini istediklerini ifade etmişlerdir (106).

2.2.8. Taburculuk Sonrası İzlem

Kurumlar, hastaları için taburcu olduktan sonrası ile ilgili bir izlem yöntemine sahip olmalıdırlar. Çoğu kurum ameliyattan sonraki günlerde telefon görüşmeleri yaparak hastalara özel belli soruları içeren bir anket kullanmaktadır. Bu izlem yöntemleri bir yandan hastalara kısa süre hastane deneyimleri ile ilgili kaygılarını ifade etme olanağı tanırken bir yandan da kurumun kendi performanslarını gözlemleme fırsatı vermektedir (36,41,51,67,68,51).

Taburculuk sonrası bireylerle yapılan telefon görüşmeleri, bireylerin durumları ile ilgili veri oluştururken; aynı zamanda bireylerin ameliyat deneyimleri ile ilgili kendilerini ifade etme olanağını, anlamadıkları ve sormayı unuttukları soruları sorma olanağını tanır(42). Ayrıca; hasta bakımının, hastanede verilen taburculuk eğitiminin sürekliliğinin sağlanması ve desteklenmesi açısından da önemlidir. Bununla birlikte taburculuk eğitiminin değerlendirilip eksik kalan yönlerinin hasta gereksinimlerine göre tekrar düzenlemesine fırsat verir. Laparoskopik ameliyat sonucu taburculuk eğitiminin sözel eğitimine ek olarak kapsamlı yazılı bir bilginin verilmesi ile uzman hemşirelerin kadınların bilgilenmelerini sağlamaları semptom oranlarını azalmaktadır. Taburculuk eğitimi için yazılı belge kullanımı, kısa süre hastanede yatan bireyin bakımında saptanan kalite standartlarında gelişim sağlamaktadır (79). Law'ın (1997) yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası bireylerle 48. Saatte telefon görüşmesi yapılmıştır. Yazılı taburculuk eğitimi verilmeyen, kendilerini % 92 eve gitmeye hazır hissedilen hastalara cerrahi deneyimleri konusunda soru sorulduğunda, sözel olarak verilen önerileri hatırlamadıkları saptanmıştır (54). Lee'in (1998) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar

elde edilmiş, bireylere hemşireler tarafından sözel olarak verilen taburculuk eğitiminin çok azını hatırladıkları saptanmıştır (52).

Kleinbeck ve Hoffart 'ın (1994) yaptığı çalışmada da; postoperatif 2. ve 4. günlerde yapılan telefon görüşmelerinde hemşireler, bireylerin neleri yapıp neleri yapamadığı, problemlerini nasıl yönettikleri, onların hangi konuları merak ettikleri, iyileşme süreçlerinin nasıl yaşadıkları sorularıyla operasyon sonrası iyileşme durumunu değerlendirdikleri belirtilmektedir (42).

2.2.9. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi

Laparoskopik cerrahi, dünya literatüründe ameliyat sonrası taburculuğun ilk 23 saat içinde olması nedeniyle gününbirlik cerrahi içinde yer almaktadır. Gününbirlik cerrahide hastanede kalma süresinin kısa olması bireyler için pek çok avantajlara sahipken, hemşireler için bu kısa sürenin etkin kullanılması sorumluluğunu beraberinde getirmektedir (2,7,11,12,13,14,19,18,37,26,37,38)

Hemşirelerin bu sorumluluğunu; bireylerin gereksinimlerine yönelik taburculuk eğitimini hazırlayarak, ameliyat sonrası kendi bakımlarına katılımlarını arttırmalı ve öz bakımlarını güçlendirmeleri gerekmektedir. Yazılı ve sözlü verilen taburculuk eğitimleri, ameliyat sonrası semptomların telefonla izlenmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilerek semptom oranlarının ve iyileşme sürelerinin kısaltılması hasta bakım sonuçları içinde önemli bir yer oluşturmaktadır (42,54,52,72).

Kadın/ aile eğitimi, hastanede kalma süresinin kısa olmasına bağlı, süre etkin kullanılarak kadının hastaneye ilk geldiği andan itibaren başlanmalıdır. Bu bağlamda; ev bakımı için bilgiler, ameliyat öncesi dönemde sunulan tüm bilgilerle birlikte tüm cerrahi süreç hakkında kadını ve ailesini yeterince bilgilendirecek çerçevede olmalıdır (2,60,61,)

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma, laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin “ Hasta Bakım Sonuçlarına “ etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Doğum-Kadın Hastalıkları ve Genel Cerrahi Kliniklerinde yapılmıştır.

Dokuz Eylül Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi 725 yataklı olup, Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniğinde 44 yatak bulunmakta, bir sorumlu hemşire ve 11 klinik hemşiresi görev yapmaktadır.

Genel Cerrahi Kliniğinde 46 yatak bulunmakta, iki sorumlu hemşire ve 14 klinik hemşiresi görev yapmaktadır.

Sorumlu hemşireler 08-16, klinik hemşireleri 08-20, 20-08 şiftlerinde çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmanın örneklem grubunu; Doğum-Kadın Hastalıkları ve Genel Cerrahi Kliniğinde laparoskopik abdominal cerrahi girişimi uygulanan kadınlar oluşturmaktadır.

Örnekleme sayısını belirlemek amacıyla, Genel Cerrahi Kliniği kayıtlardan 1998-1999 yılları arasındaki vakalar incelendiğinde; sayı 1653 vakada 178 vakanın laparoskopik olarak yapıldığı belirlenmiş ve laparoskopi oranı %10,8 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre; evreni temsil etmesi için yıllık laparoskopi vakalarının en az %10,8'inin örnekleme alınması kriteri kabul edilmiş ve bu sayı 19 olarak belirlenmiştir. Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniğinde yapılan laparoskopi vakaları da aynı yöntemle incelenmiş; 1719 vakada 182 olarak % 11 oranı

elde edilmiştir. Bu sonuca göre; örnekleme en az 20 vaka alınması belirlenmiştir. Elde edilen veriler sonucunda; araştırmanın örneklemini; 40 deney, 40 kontrol grubu oluşturmuştur. Bunların; 40'ı Doğum-Kadın Hastalıkları Kliniğinden, 40'ı Genel Cerrahi Kliniğinden alınmıştır.

Toplam 80 kadın "Amaca uygun olasılıksız örnekleme yöntemi" ile;

- Nörolojik problemi olmayan
- Bilinci açık ve iletişim kurulabilen
- Okuma yazması olan
- Elektif olarak laparoskopik abdominal cerrahi girişimi planlanan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Deney ve kontrol grubuna alınan kadınlar, yaşları, eğitim düzeyleri, tıbbi tanıları ve buldukları klinikler açısından eşleştirilmiştir. Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçirecek kadınlar operasyondan bir gün önce yada operasyon günü hastaneye yatmaktadır.

3.4. Araştırma Planı:

Veri toplama aşamasına; 15 Temmuz-10 Eylül 2000 tarihleri arasında kontrol grubu verilerinin toplanması ile başlanmıştır. Kontrol grubu kadınlarla ilk görüşmede Ek-1 uygulanmıştır. Laparoskopi ameliyatı sonrasında birinci ile yedinci günlerde bireysel görüşme yöntemiyle, üçüncü günde ise telefon görüşmesi yapılarak ile Ek-2 ve Ek-3 uygulanmıştır (Şekil-4).

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi ile hazırlanan ve kontrol grubu bilgi gereksinimleri ışığında "Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Yönelik Taburculuk Eğitim Kitapçığı" oluşturulmuştur. Daha sonra iki uzman görüşü alınarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Şekil-4).

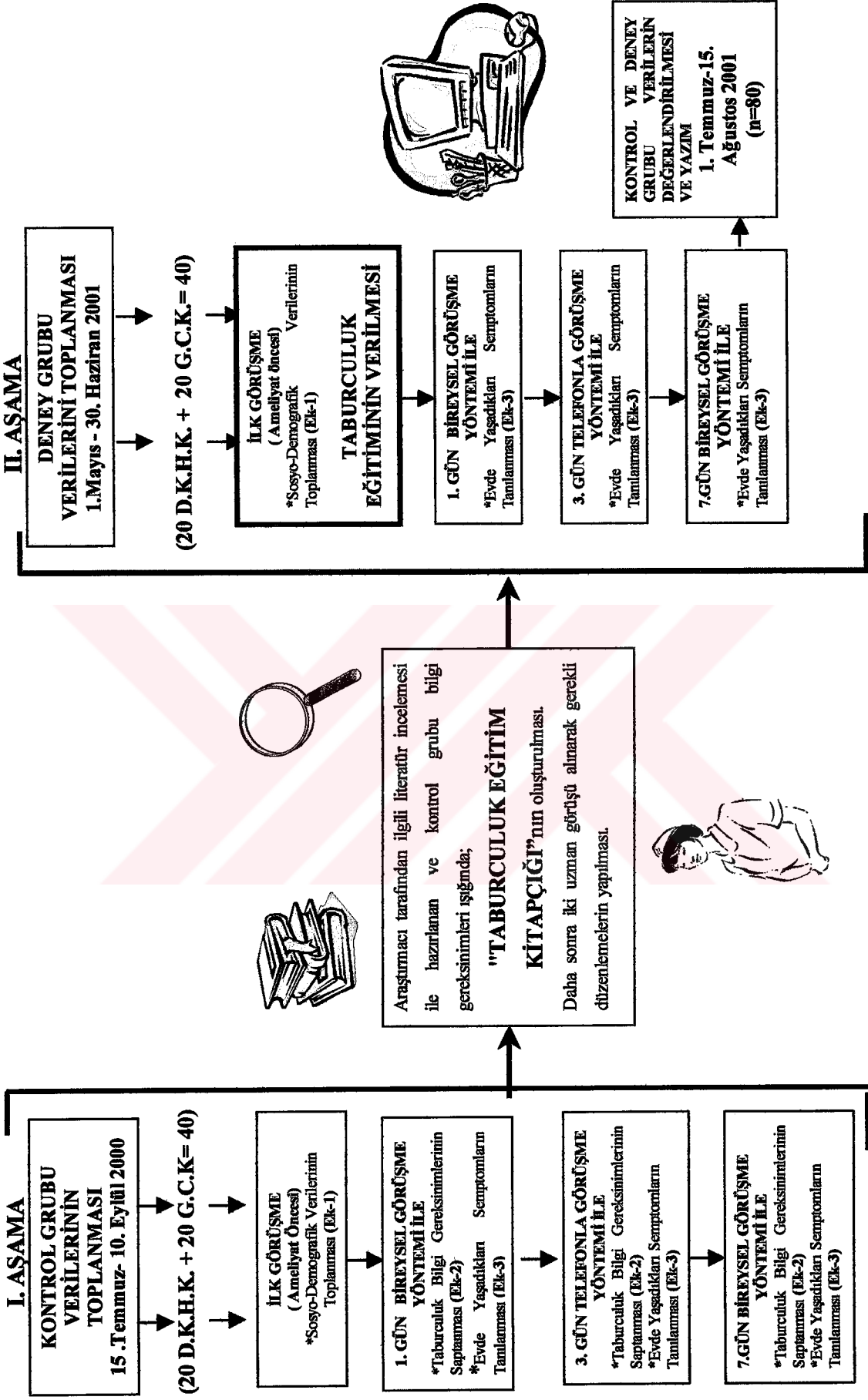
Deney grubu kadınlara ilişkin veriler 1 Mayıs-10 Haziran 2001 tarihleri arasında toplanmıştır. Deney grubu kadınlarla ilk görüşmede Ek-1 uygulanmış ve taburculuk eğitim kitapçığı verilerek kitapçıkta yer alan konular doğrultusunda bireysel eğitim verilmiştir. Ameliyat

sonrası birinci ile yedinci gün bireysel görüşme ve üçüncü gün telefon görüşmesi yöntemi ile Ek-3 uygulanmıştır (Şekil-4).

Deney ve kontrol grubu kadınlara ilişkin verilerin analizi ve yazımı 1 Temmuz – 15 Ağustos 2001 tarihleri arasında yapılmıştır (Şekil-4).



Şekil 4: ARAŞTIRMA PLANI: LAPAROSKOPİK ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN KADINLARA VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ



3.5. Verilerin Toplanması:

Araştırmanın uygulanabilmesi için 10.07.200 tarihinde kurumdan yazılı; örneklem grubunu oluşturan kadınlardan da sözel olarak izin alınmıştır. Kontrol grubu veri toplama aşamasında kadınların sordukları tüm sorular yanıtlanmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada, laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kontrol grubu kadınların *“sosyo-demografik özellikleri; taburculuk bilgi gereksinimleri ve yaşadıkları semptomlar”* ile ilgili veriler toplanmıştır.

İkinci aşamada, laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren deney grubu kadınların *“sosyo-demografik özellikleri ve yaşadıkları semptomlara”* ilişkin veriler toplanmıştır.

3.5.1 Veri Toplama Araçları, Uygulanması ve Değerlendirilmesi:

Araştırma verilerinin elde edilmesinde üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının ön denemesi için 1-15 Temmuz 2000 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Doğum ve Kadın hastalıkları Kliniği ile Genel Cerrahi Kliniklerinden örneklem kriterlerine uygun sekiz kadın üzerinde yapılmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra anket formlarına son şekilleri verilmiştir.

1. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Kadınların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu(Ek-1).
2. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınlara Yönelik Taburculuk Bilgi Gereksinimlerini Saptama Formu(Ek-2).
3. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomları Tanılama Formu(Ek-3).

1. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Kadınların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu:

Araştırmacı tarafından, “Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (Ek-1)” oluşturulmuştur. Bu formda; kadınların yaşları, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, tıbbi tanısı, buldukları klinik, ameliyat sonrası hastanede kaldığı süre ve taburculuk eğitimine ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Sosyo-Demografik Özelliklere ilişkin form, deney ve kontrol grubu kadınlara araştırmacı tarafından ameliyat öncesi dönemde bireysel görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

2. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınlara Yönelik Taburculuk Bilgi Gereksinimlerini Saptama Formu:

Araştırmacı tarafından, ilgili literatür incelenerek ve Hasta Gereksinimlerini Saptama Skalası (Patient Learning Need Scala (PLNS))’ndan yararlanılarak; “Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınların Taburculuk Bilgi Gereksinimlerini Saptama Formu” (Ek-2) oluşturulmuştur.

Bu formun oluşturulmasında yararlanılan P.L.N.S ilk kez Galloway ve Bubella tarafından (1990) cerrahi hasta grupların uygulanmıştır (Cronbach alpha 0.95). Jacops (2000) laparoskopik inguinal herni, açık ve kapalı kolesistektomi vakalarında yaptığı çalışmada PLNS’yi kullanmıştır (Cronbach alpha 0.89) (64, 65).

Kadınların Taburculuk Bilgi Gereksinimlerini Saptama Formunda; gereksinim olarak belirlenen konular; ilaç kullanımı, beslenme, ağrı, aktiviteler (kendine ait bakım ve ev işleri, sosyal yaşama dönme,seyahat, hobiler gibi), yara bakımı, hastaneye başvurulması gereken konular, cinsel yaşam, işe başlama, ulaşım ve diğer olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Bu form; kontrol grubu taburculuk bilgi gereksiniminin değerlendirilmesi amacıyla ameliyat

sonrası birinci ve yedinci gün bireysel görüşme yöntemi, üçüncü gün telefon görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Taburculuk bilgi gereksinimleri, bilgilerin verilmesini önerdikleri zaman dilimi ve eve gitme konusundaki düşüncelerine ilişkin veriler toplanmıştır.

3. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomları Tanılama Formu :

Araştırmacı tarafından, ilgili literatür incelenerek ve Lalonde tarafından 1987'de geliştirilen General Symptom Distress Scale (GSDS)'sından yararlanılarak, sık görülen semptomları izlemek amacıyla, "Laparoskopik Abdominal Cerrahi Girişimi Geçiren Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomları Tanılama Formu (Ek-3)" oluşturulmuştur.

Bu formda; laparoskopik abdominal cerrahide en sık görülen semptomlar, bulantı, kusma, ağrı, idrar yapma güçlüğü, defakasyon yapma güçlüğü, solunum güçlüğü, yara yeri problemi yer almaktadır. Bu semptomlar, Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomları Tanılama Formu kullanılarak, kontrol ve deney grubuna ameliyat sonrası birinci ve yedinci gün bireysel görüşme, üçüncü gün telefon görüşme yöntemiyle izlenmiştir (8, 11, 30, 42, 45, 46).

Semptomların Değerlendirilmesi ;

1. Bulantı

Bulantının değerlendirilmesinde kadınların kendi ifadeleri temel alınmıştır. Kadınlar, bulantı hissi yaşamadılar ise, bulantı yok=1, bulantı hissi yaşadılar ise, bulantı var=2 puan olarak değerlendirilmiştir. Bulantı problemine yönelik veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir.

Bulantı problemi saptandığında; günde kaç kez yaşandığı izlenmiştir.

2. Kusma

Kusmanın değerlendirilmesinde kadınların kendi ifadeleri temel alınmıştır. Kusma yaşamadılar ise=1 puan; kusma yaşadılar ise=2 puan olarak değerlendirilmiştir. Kusma

problemine yönelik veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir.

Kusma saptanmış ise, günde kaç kez ve kaç cc (bir çorba kaşığı= 4-6 cc, bir su bardağı = 240cc) görüldüğü izlenmiştir.

3. Ağrı

Kadınların ağrı şiddetinin tanımlanmasında; ağrı şiddetini tek boyutlu ölçek, sözel tanımlayıcı ağrı skalalarından olan “Verbal Descriptor Scale” (VDS) kullanılmıştır. Bu ağrı skalasının kolay anlaşılır altı maddeden oluşması nedeniyle çeşitli hasta gruplarında uygulanmıştır (112,113). “Sözel Tanımlayıcı Ağrı Skalası” kullanılmadan önce skalaya göre ağrılarını nasıl değerlendirecekleri konusunda bilgi verilmiştir. Ağrının değerlendirilmesinde kadınların kendi ifadeleri temel alınmıştır. “Sözel Tanımlayıcı Ağrı Skalası”na göre, ağrı tanımlamıyorlar ise=0, hafif şiddette ağrı=1, orta şiddette ağrı=2, şiddetli ağrı= 3, çok şiddetli ağrı=4, dayanılmaz ağrı=5 puan olarak değerlendirilmiştir. Ağrıya ilişkin veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir. Ağrı saptanmış ise; sürekliliği izlenmiştir.

4. İdrar Yapma Güçlüğü

İdrar yapma güçlüğüün değerlendirilmesinde kadınların ifadeleri temel alınmıştır. Kadınlarda, ilk 24 saatte ağrılı idrar yapma ve idrar yapmada zorlanma yaşamadılar ise=1, ağrılı idrar ve idrar yapmada zorlanma problemlerinden biri yada ikisi birden yaşadılar ise=2 puan olarak değerlendirilmiştir. İdrar yapma güçlüğüne ilişkin veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir

5. Defakasyon Yapma Güçlüğü:

Defakasyon yapma güçlüğüünün değerlendirilmesinde kadınların geçmiş defakasyon alışkanlıkları ve kendi ifadeleri dikkate alınmıştır. Kadınlarda, ilk üç günde defakasyonlarını normal defakasyon alışkanlıklarına göre yaptıklarında=1, defakasyonunu ilk üç gün içinde yapmadığında ve normal defakasyon alışkanlığına dönmediğinde=2 puan olarak

değerlendirilmiştir. Defakasyon yapma güçlüğüne ilişkin veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir.

6. Solunum Güçlüğü:

Solunum güçlüğü, kadınların kendi ifadeleri temel alınarak değerlendirilmiştir. Kadınlarda, derin nefes almada güçlük, öksürük, sekresyon çıkarmada güçlük ve boğaz ağrısı görülmedi ise=1, belirli aralıklarla derin nefes alıp verme, öksürük ve sekresyon çıkarmada güçlük, boğaz ağrısı problemlerinin bir yada birden fazlasını yaşadılarsa=2 puan olarak değerlendirilmiştir. Solunum güçlüğüne ilişkin veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir.

7. Yara Yeri Problemi:

Yara yeri problemi, üçüncü gün kadınların ifadeleri, birinci ve yedinci gün kadınların ifadeleri ve yara yeri gözlemlenerek değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası birinci gün kanama, üçüncü ve yedinci gün yara yeri enfeksiyonu izlenmiştir. Ameliyat sonrası birinci gün; kanama görülmedi ise=1, kanama görüldü ise=2 puan olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası üçüncü ve yedinci gün; yara yeri enfeksiyonu (akıntı, kızarıklık, lokal ısı artışı, ödem ve ağrı) yok ise=1, bu problemlerden bir veya birden fazlası var ise=2 puan olarak değerlendirilmiştir. Yara yeri problemine ilişkin veriler, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplanarak değerlendirilmiştir.

3.6. Taburculuk Bilgi Gereksinimleri

Tablo 1: Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Birinci, Üçüncü ve Yedinci Günlerde Taburculuk Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı

Taburculuk Bilgi Gereksinimleri	KONTROL GRUBU (n=40)					
	1.Gün		3.Gün		7.Gün	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı	34	85.0	28	10.4	4	10.0
Yara Bakımı	35	87.5	25	62.5	3	7.5
Beslenme	30	75.0	20	50.0	4	10.0
İlaç Kullanımı	37	30.1	16	40.0	5	12.5
Aktivite	40	100.0	31	77.5	9	22.5
Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar	29	72.5	20	50.0	3	7.5
Cinsel Yaşam	20	50.0	2	5.0	5	12.5
Ulaşım	17	42.5	21	52.5	-	-
Laparoskopi Ameliyatı**	30	75.0	2	5.0	-	-
İşe Başlama	4	10.0	-	-	-	-

*N Katlanmıştır.

**Laparoskopi Ameliyatı: Nedir ve nasıl yapılır? Hangi durumlarda yapılır? Etkisi nedir? Tüpler tekrar açılır mı? Kapalı ameliyat yöntemlerine göre zararlı mıdır? Safra kesem alınırsa ne olur?

Tablo 1’de kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günlerde taburculuk bilgi gereksinimlerinin dağılımı görülmektedir.

Kontrol grubu kadınların *Ağrı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 85.0, üçüncü gün % 10.4 olduğu, yedinci gün %10.0 oranında olduğu; *yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün %87.5, üçüncü gün 62.5, yedinci gün %7.5 oranında olduğu; *beslenme konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 75.0, üçüncü gün % 50.0, yedinci gün % 10.0 oranında olduğu; *ilaç kullanımı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 30.1, üçüncü gün %

140.0, yedinci gün % 12.5 oranında olduğu; **aktivite konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 100.0, üçüncü gün % 77.5, yedinci gün % 22.5 oranında olduğu; **hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 72.5, üçüncü gün % 50.0, yedinci gün % 7.5 oranında olduğu; **cinsel yaşam konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 50.0, üçüncü gün % 5.0, yedinci gün % 12.5 oranında olduğu; **ulaşım konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 42.5, üçüncü gün % 52.5 olduğu, yedinci gün bu konuyla ilgili soru sorulmadığı; **laparoskopi ameliyatı (laparoskopi ameliyatının nasıl yapıldığı, yapıldığı durumlar, avantaj ve dezavantajları, etkileri) konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 75.0, üçüncü gün % 5.0 oranında olduğu yedinci gün bu konu ile ilgili soru sorulmadığı; **işe başlama konusunda bilgi gereksinimi**, birinci gün % 10.0 oranında olduğu üçüncü ve yedinci gün bu konuyla ilgili soru sorulmadığı görülmektedir.

Laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günlerde en fazla bilgi gereksinimi duyulan konunun birinci gün % 100.0, üçüncü gün % 77.5 ve yedinci günde % 22.5 oranında “**aktivite**” olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Kontrol Grubu Kadınların Taburculuk Eğitiminin Verilmesini Önerdikleri Zaman Dilimine İlişkin Yanıtların Dağılımı

Taburculuk Eğitiminin Verilmesini Önerdikleri Zaman Dilimi	LAPAROSKOPI AMELİYATI OLAN KADINLAR	
	Sayı	%
Ameliyattan Önce, Hastaneye Yatışta	24	60.0
Taburcu Olunacak Gün, Eve Gitmeden Önce	13	32.5
Her İki Zamanda da Taburculuk Eğitimi Verilebilir	3	7.5
TOPLAM	40	100.0

Tablo 2’de kontrol grubu kadınların taburculuk eğitiminin verilmesini önerdikleri zamana ilişkin yanıtların dağılımı gösterilmiştir.

Kontrol grubu kadınların, taburculuk eğitimini ameliyat öncesi dönemde, hastaneye yatışta verilmesini önerenlerin oranı % 60.0, taburcu olunacak gün, eve gitmeden önce verilmesini önerenlerin oranı % 32.5, her iki zamanda da verilebilir yanıtını verenlerin oranı %7.5 olarak belirlenmiştir.

3.7. Deney Grubu Kadınlara Uygulanan Taburculuk Eğitimi

3.7.1 Eğitim Programının İçeriği

Laparoskopi ameliyatı geçiren kadınlara ameliyat öncesi, ameliyat sonrası hastanede; taburcu olduktan sonra da evde karşılaşacakları sorunlar ve bu sorunları gidermeye yönelik bilgiler sunmak ve bu süreçlerde kendilerine rehber oluşturmak amacıyla; hazırlanan “Laroskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Yönelik Taburculuk Eğitim Kitapçığı” temel alınmıştır.

3.7.2. Bireysel Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süresi:

Örnekleme alınan kadınlar, bir gün önce hazırlanan ameliyat listesinden isimleri, oda numaraları ve protokol numaraları alınarak belirlenmiştir. Ameliyat öncesi dönemde kendi hasta odalarında bireysel görüşme yöntemi ile taburculuk eğitimi verilmiştir.

Görüşme öncesi kadınların eğitim için kendilerini iyi hissedip hissetmedikleri ve hasta odasının eğitim için uygunluğu değerlendirilmiştir. Bireysel görüşme yönteminde, merak uyandırıcı ve ilgi çekici sorular sorularak hangi konularda bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır. Eğitim süresince güvenli iletişim sürdürülmüş, kadınların rahatça soru sormaları için desteklenmiş ve zaman ayrılmıştır. Taburculuk eğitimi ortalama 20 dakika sürmüştür. Eğitim sonunda kitapçık kendilerine verilmiştir. Taburcu olacakları gün eğitimin içerik ve konuları tekrar edilerek soruları yanıtlanmıştır.

3.7.3. Taburculuk Eğitiminin Hedefleri:

Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hedefleri; araştırmada değerlendirilen bakım sonuçları ile paralellik göstermektedir. Taburculuk eğitiminin hedefleri;

Verilen bilgilerle kadınların;

1. Laparoskopi ameliyatının yapılış şekli, avantaj ve dezavantajları, yapıldığı durumları anlama
2. Ameliyat yapılacak vücut bölümünü bilme
3. Ameliyat öncesi yapması gerekenleri bilme
4. Ameliyat sonrası dönemde öz bakımda sorumluluk alma ve bakıma katılma
5. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte kaygılarının azalması ve kendini eve gitmeye hazır hissedebilme
6. Taburcu olma kriterlerini bilme
7. Taburculuk sonrası evde yaşayabileceği semptomları ve sorunları bilme

8. Ne zaman hastaneye başvurabileceğini bilme

9. Kendi öz bakımını yürütebilme

- ❖ Bulantı ve kusmaları azalmalı ve oral alımı engellenmemeli
- ❖ Ağrıyı minimum düzeyde yaşamalı
- ❖ Üriner boşaltımda problem yaşamamalı
- ❖ Gaz ve konstipasyon sorunu yaşamamalı
- ❖ Sekresyon çıkarmada sorun yaşamamalı
- ❖ Yara yeri problemi yaşamamalı

3.7.3. Taburculuk Eğitim Kitapçığının İçeriği

Taburculuk eğitim kitapçığının içeriği kadınların bilgi gereksinimleri ve bakım sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Oluşturulan bu kitapçık giriş bölümü ile başlamaktadır. Giriş bölümünde, kitapçığın hazırlanış amacı ve geçmiş olsun dilekleri yer almaktadır.

Kitapçığın içeriğinde, ameliyat öncesi dönem, ameliyat sonrası erken dönem, taburculuk öncesi hastane dönemi ve taburculuk sonrası evdeki döneme ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

Ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgiler; laparoskopi ameliyatının tanımı, yapıldığı durumlar, avantajları, ameliyata gitmeden önce yapılması gereken uygulamalara ilişkin bilgilerdir. Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi yapılacak organın yapı ve fonksiyonlarına ilişkin bilgilere de kısaca yer verilmiştir.

Ameliyat sonrası erken döneme ilişkin bilgiler; bulantı, kusma, beslenmeye geçiş ve sıvı alımı, ağrı, solunum güçlüğü, idrar ve bağırsak boşaltımı, hareket etme, yara yeri problemi ve taburculuk kriterlerine ilişkin bilgilerdir.

Taburculuk sonrası evdeki döneme ilişkin bilgilerde, bulantı, kusma, ağrı, idrar ve defakasyon yapma güçlüğü, solunum güçlüğü, ilaç kullanma, günlük yaşam aktivitelerine

(beslenme, hareket etme, giyinme, banyo, sosyal aktiviteler, ev işleri, cinsel yaşam, seyahat ve yolculuk, işe başlama,) ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Kitapçığın en son sayfasında kadınların gereksinim duyduklarında ulaşabilecekleri telefon numarasına yer verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

1. **Bağımsız Değişkenler** : Taburculuk eğitimi.
2. **Bağımlı Değişken**: Evde yaşanan semptomlar

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi şu şekilde yapılmıştır;

Deney ve kontrol grubu kadınların “Taburculuk bilgi gereksinimleri” ve “Taburculuk eğitiminin verilmesini önerdikleri zaman dilimi **sayı ve yüzde dağılımı** yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu kadınların “Sosyodemografik Özellikleri” **sayı ve yüzde dağılımı** yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu kadınların taburculuk günü kendilerini evlerine gitmeye hazır hissetme durumları arasındaki fark **χ^2 analizi** ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu kadınların;

- ❖ Yaş ortalaması
- ❖ Ameliyattan sonra hastanede kalma süresi
- ❖ Laparoskopik ameliyatı sonrası toplam semptom puan ortalamaları arasındaki fark **iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi** ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu kadınların bulantı, kusma, ağrı, idrar yapmada güçlük, defekasyon yapmada güçlük, solunum problemi ve yara yeri problemi toplam puan ortalamaları ile ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelenmiştir. Tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizinde

kullanılacak yaklaşımın test edilmesinde **Maucly Sphericity testi** sonucu $p>0.05$ olduğu için varyans-kovaryans varsayımları sağlandığı kabul edilmiş ve multivariate yaklaşımı kullanılmıştır.

Zaman faktöründe önemli bir fark bulunduğu ileri analiz için **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanmıştır.

Grup faktöründe önemli bir fark bulunduğu ileri analiz için **tek yönlü ANOVA analizi** uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınların her biri ayrı ayrı olmak üzere; ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün “Bulantı Sıklıkları”, “Kusma Sıklıkları”, “Kusma Miktarları” ve “Ağrı Süreklilikleri” arasındaki farkın incelenmesinde **fisher kesin χ^2 testi** kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler (yaş, eğitim düzeyi ve tıbbi tanılar) arasındaki etkileşim **çift yönlü varyans analizi** ile test edilmiştir. İleri analiz için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü ANOVA analizi ve Tukey HSD testi** uygulanmıştır. Araştırmanın tüm istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS programında araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tüm hastaların laparoskopi ameliyatından bir gece öncesi kliniğe yatmamış olması ilk görüşme zamanını etkilemiştir.

Hastaların eğitimi için ayrı bir odanın olmamasına bağlı eğitim hastaların kendi odalarında verilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNE ALINAN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
20-29	8	20.0	12	30.0	20	25.0
30-39	11	27.5	8	20.0	19	23.8
40-49	12	30.0	5	12.5	17	21.3
50-59	5	12.5	10	25.0	15	18.7
60-69	3	7.5	4	7.5	7	8.7
70 ve Üzeri	1	2.5	1	2.5	2	2.5
Eğitim Düzeyi						
İlkokul	16	40.0	16	40.0	32	40.0
Ortaokul	3	7.5	3	7.5	6	7.5
Lise	5	12.5	5	12.5	10	12.5
Üniversite	16	40.0	16	40.0	32	40.0
Medeni Durumu						
Evli	31	77.5	31	77.5	62	77.5
Bekar	7	17.5	7	17.5	14	17.5
Dul	2	5.0	2	5.0	4	5.0
Meslek						
Ev Hanımı	23	57.5	22	55.0	45	56.3
Emekli	5	12.5	2	5.0	7	8.7
Öğrenci	-	-	3	7.5	3	3.8
Kamu Çalışanı	12	30.0	11	27.5	23	28.7
Serbest	-	-	2	5.0	2	2.5
Ekonomik Durumu						
Düşük	4	10.0	3	7.5	7	8.7
Orta	33	82.5	35	87.5	68	85.0
Yüksek	3	7.5	2	5.0	5	6.3
Sağlık Güvencesi						
Emekli Sandığı	33	82.5	29	72.5	62	77.5
Bağkur	2	5.0	4	10.0	6	7.5
Özel Sigorta	-	-	2	5.0	2	2.5
Ücretli	5	12.5	5	12.5	10	12.5
TOPLAM	40	100.0	40	100.0	80	100.0

Tablo 3 'te deney ve kontrol grubu kadınların sosyo-demografik özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımı görülmektedir.

Deney grubu kadınların yaş ortalaması (41.60 ± 9.24) ile kontrol grubu kadınların yaş ortalaması (40.85 ± 9.64) arasındaki fark iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonucunda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0,829$, $p = 0,873$; $p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde; % 40'ı ilkokul, % 7,5'i ortaokul, % 12,5'i lise ve % 40'ı üniversite mezunudur.

Deney ve kontrol grubu kadınların medeni durumları incelendiğinde; % 77,5'i evli, % 17,5'i bekar, % 5,0'i duludur.

Deney grubu kadınların meslekleri incelendiğinde; % 57,5'i ev hanımı, % 12,5'i emekli, % 30,0'u kamu çalışanıdır. Kontrol grubu kadınların % 5,0'i ev hanımı, % 5,0'i emekli, % 7,5'i öğrenci, % 27,5'i kamu çalışanı, % 5,0'i serbest çalışmaktadır. Deney grubu kadınların ekonomik durumları % 10,0'unun düşük, % 82,5'inin orta, % 7,5'inin yüksektir. Kontrol grubu kadınların ekonomik durumları % 7,5'inin düşük, % 87,5'inin orta, % 5,0'inin yüksektir. Deney grubu kadınların sağlık güvenceleri incelendiğinde; % 82,5'i Emekli Sandığı, % 17,5'i Ücretli, % 5,0'i Bağ-kur sağlık güvencesine sahiptir. Kontrol grubu kadınların % 72,5'i Emekli Sandığı, % 10,0'u Bağ-kur, % 17,5'i Ücretli, % 5,0'i Özel sigorta sağlık güvencesine sahiptir.

Deney ve kontrol grubu kadınların % 25,0'i 20-29 yaş grubunda; % 40,0'ı ilkokul ve % 40,0'ı üniversite mezunu; % 77,5'i evli; % 56,3'ü ev hanımı; % 85,0'i orta ekonomik düzeyde ve % 77,5'i Emekli Sandığı sağlık güvencesindedir.

Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Tıbbi Tanılarına Göre Dağılımı

Tıbbi Tanılar	Deney		Kontrol		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Over Kisti	14	35.0	14	35.0	28	35.0
İnfertilite	3	7.5	3	7.5	6	7.5
Endometriozis	2	5.0	2	5.0	4	5.0
Tüpligasyon	1	2.5	1	2.5	2	2.5
Kolelitiazis	20	50,0	20	50,0	40	50.0
TOPLAM	40	100.0	40	100.0	80	100.0

Tablo 4'te deney ve kontrol grubu kadınların tıbbi tanılarına göre sayı ve yüzde dağılımı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların % 50'si kolelitiazis, % 35.0'i over kisti, % 7.5'i infertilite, % 5.0'i endometriozis, % 2.5'i tüpligasyon nedeniyle laparoskopik abdominal cerrahi deneyimi yaşadıkları görülmektedir.

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması

	Ameliyattan Sonra Hastanede Kalma Süresi (Saat)		t	p
	\bar{x}	SD		
Deney Grubu	20.70	14.08	0.314	0.754
Kontrol Grubu	21.58	10.58		
TOPLAM	21.14	13.33		

Tablo 5'de deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası hastanede kalma sürelerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri ortalamaları arasındaki fark iki ortalama arasındaki farkın t testi sonucu anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Kendini Eve Gitmeye Hazır Hissetme Durumlarının İncelenmesi

Kendini Eve Gitmeye Hazır Hissetme Durumu	KONTROL		DENEY		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eve Gitmeye Hazır	24	30.0	34	42.5	58	72.5
Eve Gitmeye Hazır Değil	16	20.0	6	7.5	22	27.5
TOPLAM	40	50.0	40	50.0	80	100.0

$$\chi^2=6.270$$

$$SD=1$$

$$p=0.023$$

$$p<0.05$$

Tablo 6'da deney ve kontrol grubu kadınların kendini eve gitmeye hazır hissetme durumlarının incelenmesi görülmektedir.

Deney grubu kadınların % 42.5'inin kendini eve gitmeye hazır, % 7.5'inin hazır hissetmediği; kontrol grubu kadınların % 30.0'unun kendini eve gitmeye hazır hissettiği, %20.0'sinin hazır hissetmediği saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki fark χ^2 testi sonucunda anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

4.2.DENEY VE KONTROL GRUBU KADINLARIN LAPAROSKOPİ AMELİYATI SONRASI TOPLAM SEMPTOM PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

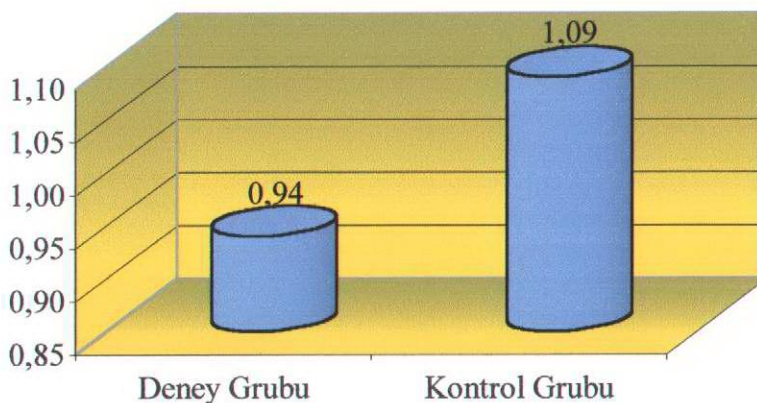
Tablo7: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Toplam Semptom Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	Toplam Semptom Puan Ortalaması			t	p
	n	\bar{x}	SD		
Deney Grubu	40	1.09	0.33	1.233	0.225
Kontrol Grubu	40	0.94	0.42		
TOPLAM	80	1.02	0.38		

Tablo 7’de ve Grafik 1’de deney ve kontrol grubu kadınların toplam semptom puan ortalamalarının incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam semptom puan ortalamaları arasındaki fark, **iki ortalama arasındaki farkın t testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)**.

Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Toplam Semptom Puan Ortalamalarının İncelenmesi

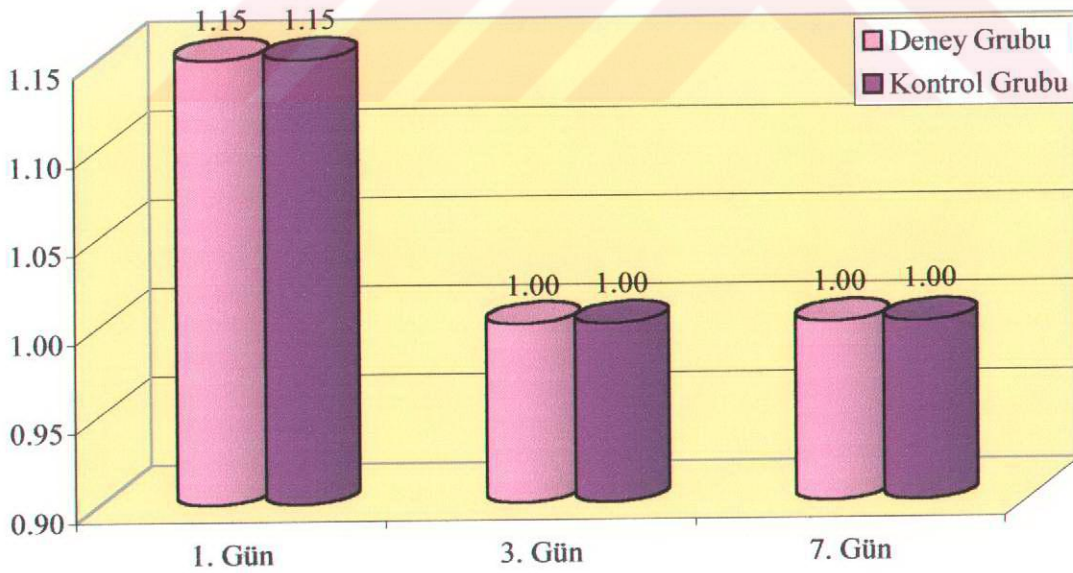


4.3.DENEY VE KONTROL GRUBU KADINLARIN LAPAROSKOPI AMELİYATI SONRASI 1., 3. VE 7. GÜN SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Bulantı" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Bulantı Puan Ortalamaları					
	1. Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.15	0.36	1.00	0.00	1.00	0.00
Kontrol	1.15	0.36	1.03	0.15	1.00	0.00
TOPLAM	1.15	0.36	1.01	0.11	1.00	0.00

Grafik 2: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Bulantı" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



VK	F	p
Grup X Zaman	0.5094	0.910
Zaman	12.559	0.000
Grup	0.076	0.784

Tablo 8 ve Grafik 2’de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün **"bulantı puan ortalamaları"**nın incelenmesi görülmektedir.

Kadınların toplam bulantı puanı ortalamaları bakımından deney ve kontrol grubu ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde **"grup x zaman"** arasında etkileşim saptanmamıştır ($p>0.05$).

"Zaman faktörü" bakımından; laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam bulantı puan ortalaması (1.15 ± 0.36) ile üçüncü gün toplam bulantı puan ortalaması (1.01 ± 0.11) arasında ($t:3.549$; $p:0.001$),

2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam bulantı puan ortalaması (1.15 ± 0.36) ile yedinci gün toplam bulantı puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:3.734$; $p:0.000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Buna karşılık üçüncü gün toplam bulantı puan ortalaması (1.01 ± 0.11) ile yedinci gün toplam bulantı puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:1.000$; $p:0.320$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

"Grup faktörü" bakımından; deney ve kontrol grubu kadınların toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7.* Gün "Bulantı Sıklıklarının" İncelenmesi

Bulantı Sıklığı	1. GÜN				3. GÜN			
	DENEY		KONTROL		DENEY		KONTROL	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	85.0	34	85.0	39	97.5	39	97.5
Var 1-2 Kez	2	5.0	1	2.5	-	-	-	-
3-4 Kez	4	10.0	4	10.0	1	2.5	1	2.5
5-6 Kez	-	-	1	2.5	-	-	-	-
TOPLAM	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0

$$\chi^2=1.333 \quad p=0.721$$

$$\chi^2=0.000 \quad p=1.000$$

* 7. gün bulantı yaşanmamıştır.

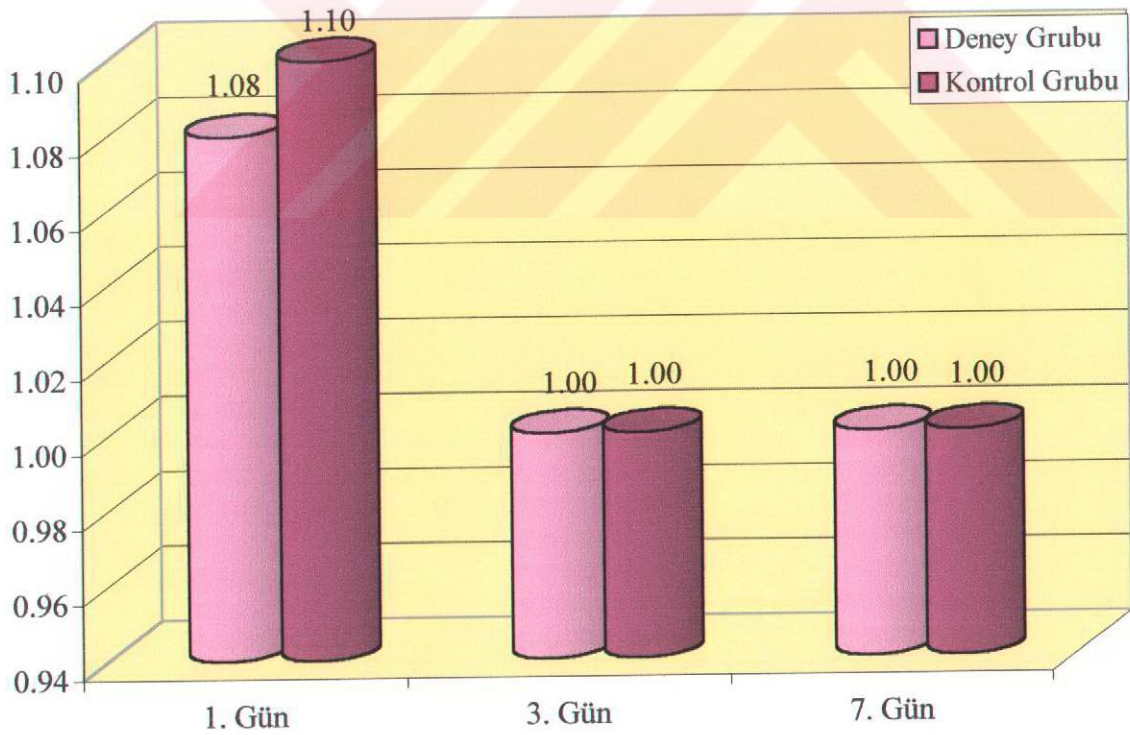
Tablo 9'da deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün "bulantı sıklıklarının incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların her biri ayrı ayrı olmak üzere ameliyat sonrası birinci ve üçüncü gün bulantı sıklıkları arasındaki fark **fisher kesin χ^2 testi** sonucu anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat sonrası 7. gün bulantı yaşanmamıştır.

Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Kusma" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Kusma Puan Ortalamaları					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.08	0.26	1.00	0.00	1.00	0.00
Kontrol	1.10	0.30	1.00	0.00	1.00	0.00
TOPLAM	1.09	0.28	1.00	0.00	1.00	0.00

Grafik 3: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Kusma" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



VK	F	p
Grup X Zaman	0.153	0.697
Zaman	7.494	0.001
Grup	0.153	0.697

Tablo 10 ve Grafik 3'de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün "kusma puan ortalamaları"nın incelenmesi görülmektedir.

Kadınların toplam kusma puanı ortalamaları bakımından deney ve kontrol grubu ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde "*grup x zaman*" arasında etkileşim saptanmamıştır ($p>0.05$).

"*Zaman faktörü*" bakımından; laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam kusma puan ortalaması (1.09 ± 0.28) ile üçüncü gün toplam kusma puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:2.752$; $p:0.007$),
2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam kusma puan ortalaması (1.09 ± 0.28) ile yedinci gün toplam kusma puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:2.752$; $p:0.007$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Deney ve kontrol grubu kadınlarda, ameliyat sonrası üçüncü gün ve yedinci gün kusma probleminin olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

"*Grup faktörü*" bakımından; deney ve kontrol grubu kadınların toplam kusma puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3.* ve 7.* Gün "Kusma Sıklıkları"nın İncelenmesi

Grup	1. Gün Kusma Sıklığı							
	Kusma Yok		Günde 2 Kez		Günde 3 Kez		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Deney	37	92.5	2	5.0	1	2.5	40	100.0
Kontrol	36	90.0	2	5.0	2	5.0	40	100.0
TOPLAM	73	91.3	4	10.0	3	7.5	80	100.0

* 3. ve 7. gün kusma yaşanmamıştır.

$$\chi^2=0.347 \quad p=0.841$$

Tablo 11'de deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası kusma sıklıklarının incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların kusma sıklıkları arasındaki fark fisher kesin χ^2 test sonucu anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat sonrası 3. ve 7. gün kusma yaşanmamıştır.

Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3.* ve 7.* Gün "Kusma Miktarlarının" İncelenmesi

Grup	1. Gün Kusma Miktarı							
	Kusma Yok		Günde 1-2 cc		Günde 5 cc ve üzeri		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Deney	37	92.5	3	7.5	-	-	40	100.0
Kontrol	36	90.0	2	5.0	2	5.0	40	100.0
TOPLAM	73	91.3	5	6.3	2	2.5	80	100.0

* 3. ve 7. gün kusma yaşanmamıştır.

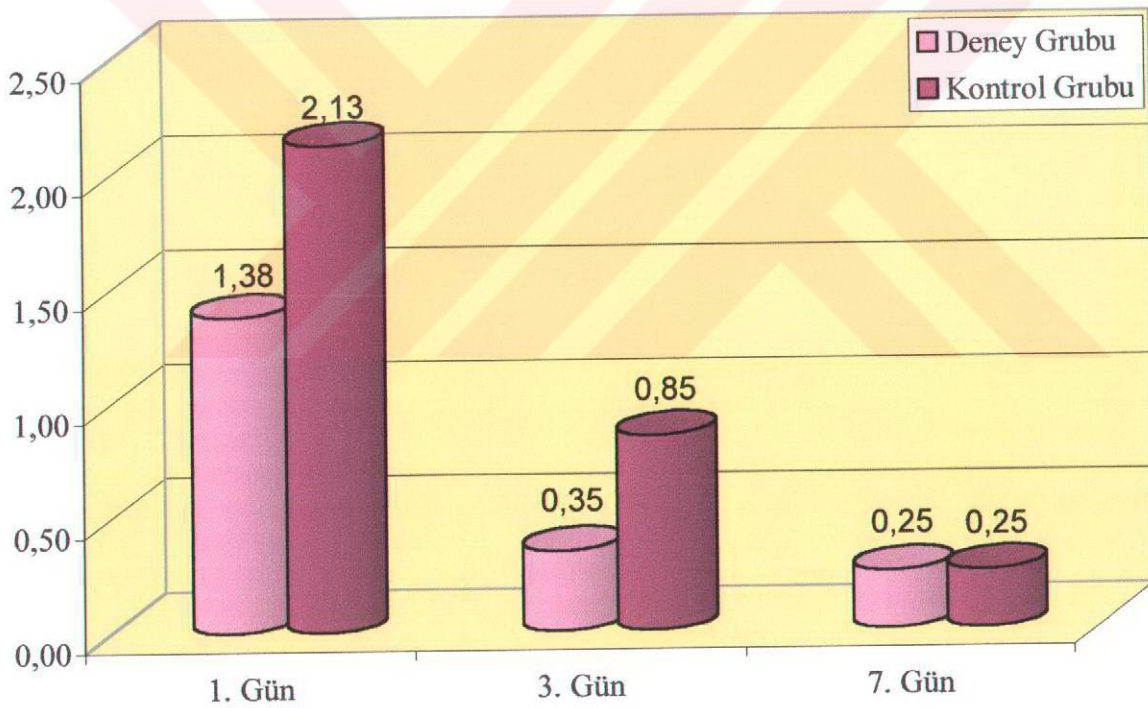
$$\chi^2=2.214 \quad SD=2 \quad p=0.331$$

Tablo 12'de deney ve kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası kusma miktarlarının incelenmesi görülmektedir.

Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Ağrı Şiddeti" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.38	1.16	0.35	0.57	0.25	0.15
Kontrol	2.13	1.11	0.85	0.80	0.25	0.70
TOPLAM	1.75	1.19	0.60	0.73	0.14	0.52

Grafik 4: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Ağrı Şiddeti" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



VK	F	P
Grup X Zaman	2.077	0.129
Zaman	83.051	0.000
Grup	19.909	0.000

Tablo 13 ve Grafik 4’de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün "ağrı şiddeti puan ortalamaları"nın incelenmesi görülmektedir.

Kadınların toplam ağrı puanı ortalamaları bakımından deney ve kontrol grubu ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde "*grup x zaman*" arasında etkileşim saptanmamıştır ($p>0.05$).

"*Zaman faktörü*" bakımından; laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (1.80 ± 1.19) ile üçüncü gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (0.60 ± 0.73) arasında ($t:8.409$; $p:0.000$),

2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (1.80 ± 1.19) ile yedinci gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (0.14 ± 0.52) arasında ($t:10.646$; $p:0.000$),

3. Ameliyat sonrası üçüncü gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (0.60 ± 0.73) ile yedinci gün toplam ağrı şiddeti puan ortalaması (0.14 ± 0.52) arasında ($t:4.918$; $p:0.000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

"*Grup faktörü*" bakımından; deney grubu kadınların toplam ağrı şiddeti puan ortalamalarının, kontrol grubu kadınların toplam ağrı şiddeti puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her bir zaman periyodu dikkate alınarak gruplar arası farkı araştırmak için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün deney grubu kadınların toplam ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında (F:8.624; p:0.004)

2. Ameliyat sonrası üçüncü gün deney grubu kadınların toplam ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında (F: 10.209; p: 0.002) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

3. Ameliyat sonrası yedinci gün deney grubu kadınlar arasında (F:3.857; p:0.053) istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.



Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. Ve 7. Güne Göre Ağrı Sürekliliğinin Karşılaştırılması

Günler	Deney Grubu Ağrı Sürekliliği			Kontrol Grubu Ağrı Sürekliliği			TOPLAM		χ^2	SD	P					
	Ağrı Yok Sayı	Ağrı Yok %	Aralıklı Ağrı Sayı	Aralıklı Ağrı %	Sürekliliği Sayı	Sürekliliği %	Ağrı Yok Sayı	Ağrı Yok %				Aralıklı Ağrı Sayı	Aralıklı Ağrı %	Sürekliliği Sayı	Sürekliliği %	
1. Gün	11	13.7	25	31.3	4	5.0	3	3.8	23	28.7	14	17.5	80	100.0	2	0.006
3. Gün	28	35.0	10	12.5	2	2.5	16	20.0	18	22.5	6	7.5	80	100.0	2	0.023
7. Gün	39	48.6	1	1.3	-	-	33	41.3	4	5.0	3	3.8	80	100.0	2	0.071

Tablo 14'de deney ve kontrol grubu kadınların 1., 3. ve 7. güne göre ağrı sürekliliğinin karşılaştırılması görülmektedir.

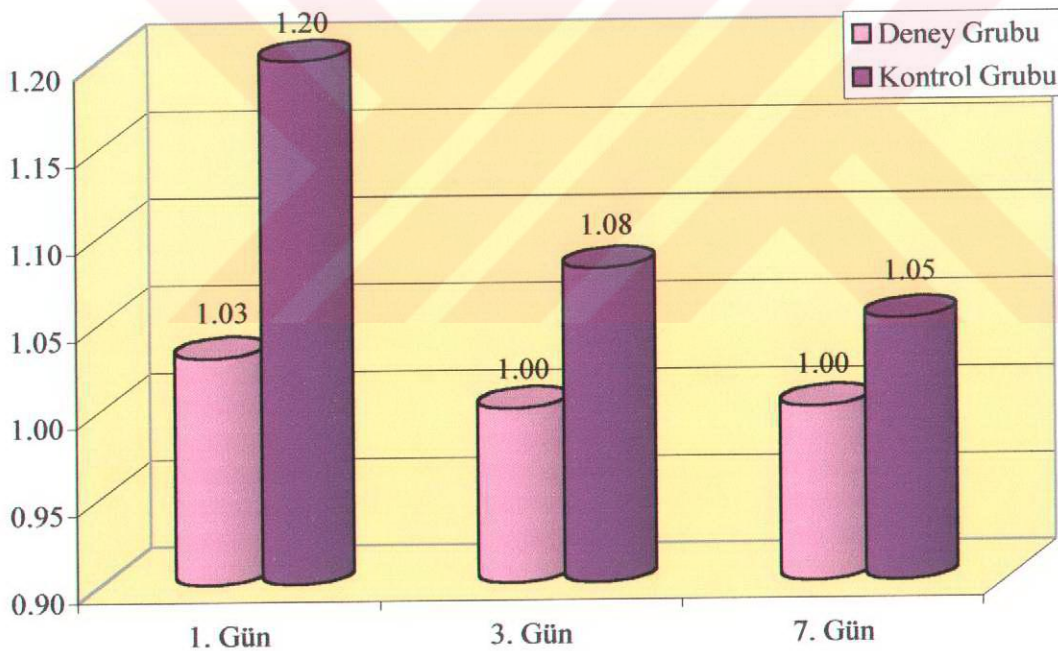
Deney ve kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark **fisher kesin χ^2 testi ile** karşılaştırılmıştır.

Deney ve Kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası birinci gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark ve üçüncü gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (**p<0.05**); yedinci gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark anlamsız (**p>0.05**) olarak bulunmuştur.

Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün " İdrar Yapma Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	İdrar Yapma Güçlüğü Puan Ortalaması					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.03	0.16	1.00	0.00	1.00	0.00
Kontrol	1.20	0.41	1.08	0.27	1.05	0.22
TOPLAM	1.11	0.32	1.04	0.19	1.03	0.16

Grafik 5: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "İdrar Yapma Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



	VK	F	p
Grup X Zaman		3.302	0.039
Zaman		6.762	0.002
Grup		5.912	0.170

Tablo 15 ve Grafik 5’de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün "idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları"nın incelenmesi görülmektedir.

Kadınların toplam idrar yapmada güçlük puanı ortalamaları bakımından deney ve kontrol grubu ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde **"grup x zaman"** arasında etkileşim saptanmıştır ($p<0.05$).

"Zaman faktörü" bakımından; laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.033$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (1.11±0.32) ile üçüncü gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (1.04±0.19) arasında (t:2.531; p:0.013),
2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (1.11±0.32) ile yedinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (1.03±0.16) arasında (t:2.752; p:0.007),
3. Ameliyat sonrası üçüncü gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (1.04±0.19) ile yedinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalaması (0.03±0.16) arasında (t:1.000; p:0.032) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

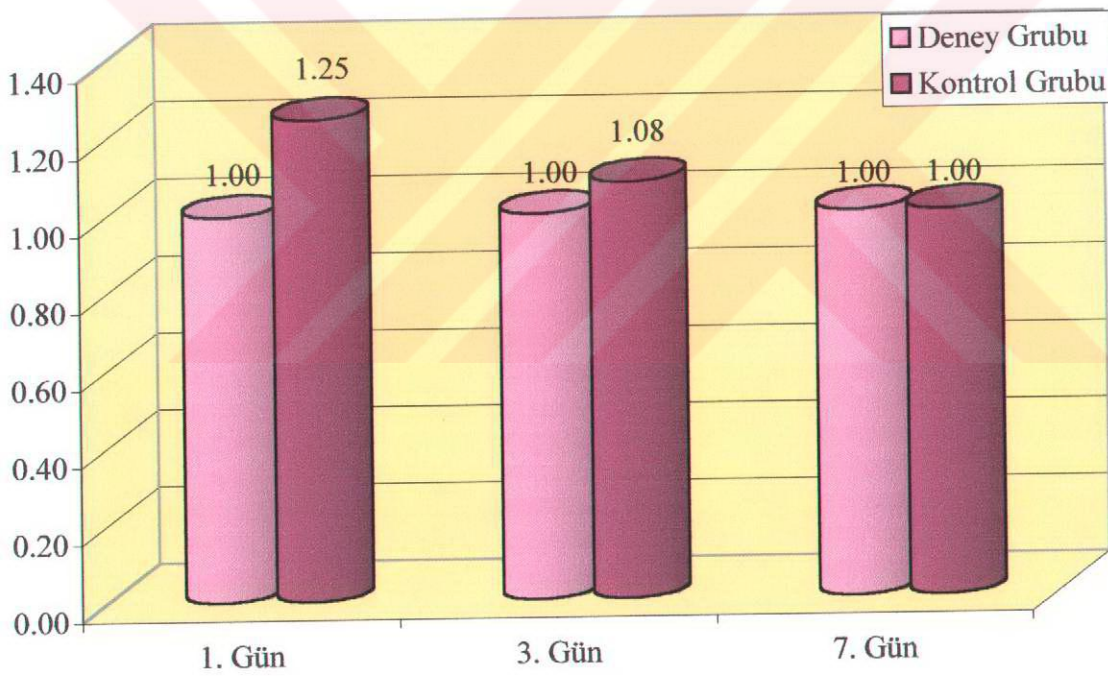
"Grup faktörü" bakımından; deney ve kontrol grubu kadınlar ile toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her bir zaman periyodu dikkate alınarak gruplar arası farkı araştırmak için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında (F6.478; p:0.013) istatistiksel olarak bir fark vardır.
2. Ameliyat sonrası üçüncü gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında (F:3.162 p:0.079); yedinci gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında (F:2.053; p:0.156) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

Tablo 16: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Defakasyon Yapma Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Defakasyon Yapma Güçlüğü Puan Ortalaması					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00
Kontrol	1.25	0.44	1.08	0.27	1.00	0.00
TOPLAM	1.13	0.33	1.04	0.19	1.00	0.00

Grafik 6: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Defakasyon Yapma Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



	VK	F	p
Grup X Zaman		9.598	0.000
Zaman		9.598	0.000
Grup		11.152	0.001

Tablo 16 ve Grafik 6'da kontrol ve deney grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün " defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamaları"nın incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puanı ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde **"grup x zaman"** arasında etkileşim saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark **"Zaman faktörü"** dikkate alınarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltilmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.13±0.33) ile üçüncü gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.04±0.19) arasında (t:2.752; p:0.007),

2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.13±0.33) ile yedinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.00±0.00) arasında (t:3.359; p:0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

3. Ameliyat sonrası üçüncü gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.04±0.19) ile yedinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalaması (1.00±0.00) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:1.754; p:0.083).

"Grup faktörü" dikkate alındığında deney grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamalarının, kontrol grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her bir zaman periyodu dikkate alınarak gruplar arası farkı araştırmak için **Bonferroni düzeltilmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

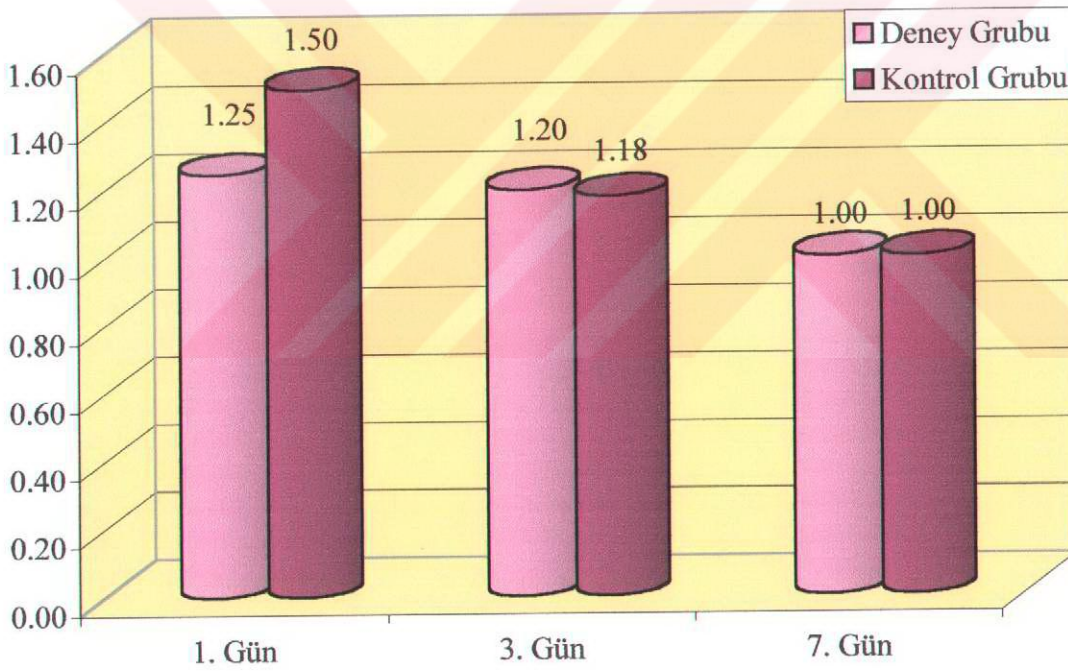
1. Ameliyat sonrası birinci gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki fark (F:13.000; p:0.001) istatistiksel olarak anlamlı,

2. Ameliyat sonrası üçüncü gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki fark (F:3.162; p: 0.079) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Tablo 17: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Solunum Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Solunum Güçlüğü Puan Ortalaması					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deney	1.50	0.51	1.18	0.39	1.00	0.00
Kontrol	1.25	0.46	1.20	0.41	1.00	0.00
TOPLAM	1.38	0.49	1.19	0.39	1.00	0.00

Grafik 7: Deney ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. gün "Solunum Güçlüğü" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



VK	F	p
Grup X Zaman	4.880	0.009
Zaman	29.679	0.000
Grup	1.768	0.188

Tablo 17 ve Grafik 7'de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün " solunum güçlüğü puan ortalamaları"nın incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim **tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde "**grup x zaman**" arasında etkileşim saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark "**Zaman faktörü**" dikkate alınarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.38 ± 0.49) ile üçüncü gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.18 ± 0.39) arasında ($t:3.705$; $p:0.000$),

2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.38 ± 0.49) ile yedinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:6.885$; $p:0.000$),

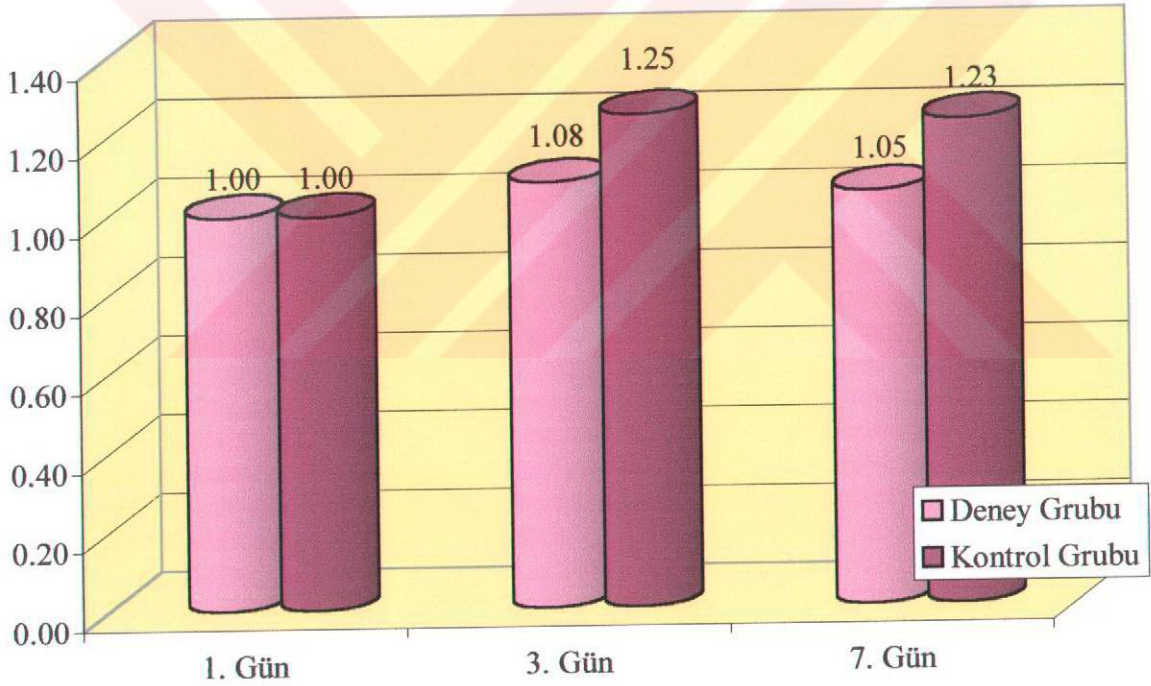
3. Ameliyat sonrası üçüncü gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.18 ± 0.39) ile yedinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalaması (1.00 ± 0.00) arasında ($t:4.270$; $p:0.000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Deney ve kontrol grubu kadınlar ile toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark "**Grup faktörü**" dikkate alınarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0.05$).

Tablo 18: Deneysel ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Yara Yeri Problemi" Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Grup	Yara Yeri Problemi Puan Ortalaması					
	1.Gün		3. Gün		7. Gün	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Deneysel	1.00	0.00	1.08	0.27	1.05	0.22
Kontrol	1.00	0.00	1.25	0.44	1.23	0.42
TOPLAM	1.00	0.00	1.17	0.35	1.14	0.32

Grafik 8: Deneysel ve Kontrol Grubu Kadınların 1., 3. ve 7. Gün "Yara Yeri Problemi" Puan Ortalamalarının İncelenmesi



	VK	F	p
Grup X Zaman		4.528	0.012
Zaman		13.585	0.000
Grup		5.257	0.025

Tablo 18 ve Grafik 8’de deney ve kontrol grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün ” yara yeri problemi puan ortalamaları”nın incelenmesi görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam yara yeri problemi problemi puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim tekrarlı ölçümlerde **iki faktörlü varyans analizi** ile incelendiğinde **“grup x zaman”** arasında etkileşim saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalamaları arasındaki fark **“Zaman faktörü”** dikkate alınarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığını araştırmak için yapılan **Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş iki evren ortalaması arasındaki farkın t testi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.00 ± 0.00) ile üçüncü gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.18 ± 0.35) arasında (t:-3.915; p:0.000),

2. Ameliyat sonrası birinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.00 ± 0.00) ile yedinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.14 ± 0.32) arasında (t:-3.549; p:0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

3. Ameliyat sonrası üçüncü gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.18 ± 0.35) ile yedinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalaması (1.14 ± 0.32) arasında (t:1.423; p:0.159) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınlar ile toplam yara yeri problemi puan ortalamaları arasındaki fark **“Grup faktörü”** dikkate alınarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her bir zaman periyodu dikkate alınarak gruplar arası farkı araştırmak için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.017$ alındığında;

1. Ameliyat sonrası birinci gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında yara yeri problemi problemi saptanmamıştır.

2. Ameliyat sonrası üçüncü gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında (F:4.650 p: 0.034) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

3. Ameliyat sonrası yedinci gün deney ve kontrol grubu kadınlar arasında (F:5.383; p:0.023) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

4.4. DENEY VE KONTROL GRUBU KADINLARIN PUAN ORTALAMALARI İLE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİLEŞİMİN İNCELENMESİ

Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi

YAŞ GRUPLARI	GRUP					
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
20-29	1.05	0.25	1.17	0.11	1.12	0.11
30-39	0.99	0.12	0.08	0.17	1.03	0.15
40-49	1.00	0.00	1.00	0.17	1.00	0.11
50-59	0.96	0.51	1.13	1.12	1.07	0.12
60-69	1.02	0.14	0.99	0.00	1.00	0.12
70 ve üzeri	0.85	0.00	0.90	0.15	0.88	3.54
TOPLAM	1.00	0.10	1.10	0.14	1.05	0.13

VK	SD	DF	F	p
Grup X Yaş	7.887	5	1.177	0.330
Yaş	0.180	5	2.286	0.193
Grup	7.887	1	2.981	0.108

Tablo 19’da deney ve kontrol grubundaki kadınların semptom puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve yaş arasındaki etkileşim iki yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve “grup x yaş” arasında etkileşim saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları “Yaş grupları” dikkate alınarak incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19’da kontrol ve deney grubu kadınlar arasındaki semptom puan ortalamaları “Grup faktörü” dikkate alınarak incelendiğinde deney ve kontrol grubu kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi

EĞİTİM DÜZEYİ	GRUP					
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
İlkokul	1.05	0.84	1.18	0.12	1.11	0.12
Ortaokul	1.00	0.66	1.18	0.10	1.09	0.13
Lise	1.00	0.10	1.17	0.16	1.08	0.14
Üniversite	0.95	0.92	0.99	0.11	0.98	0.10
TOPLAM	1.00	0.10	1.10	0.14	1.05	0.13

VK	SD	DF	F	p
Grup X Eğitim	4.890	3	1.492	0.224
Eğitim	0.350	3	7.272	0.069
Grup	0.170	1	12.132	0.013

Tablo 20’de deney ve kontrol grubundaki kadınların semptom puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Laparoskopi ameliyatı olan kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve eğitim arasındaki etkileşim iki yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve “grup x eğitim” arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları "**Eğitim düzeyleri**" dikkate alınarak incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20'de deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları "**Grup faktörü**" dikkate alınarak incelendiğinde deney grubu kadınların puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın kaynağını belirlemek için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.025$ alındığında;

Kadınların eğitim düzeyleri dikkate alınarak incelendiğinde; deney grubu kadınların semptom puan ortalamaları ile kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 8.841; $p:0.000$) Bu farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını test etmek için **Tukey HSD** test sonucunda;

Üniversite mezunu kadınların semptom puan ortalaması ($\bar{x}=0.98\pm 0.15; t=0.000$) ile ilkokul mezunu kadınların semptom puan ortalamaları ($\bar{x}=1.11\pm 1.00; t=0.000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve ortaokul mezunu kadınların semptom puan ortalamaları diğer eğitim düzeyleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Semptom Puan Ortalamalarının Tıbbi Tanılar ile Olan Etkileşiminin İncelenmesi

TIBBİ TANI	GRUP					
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Kolelitiazis	1.01	0.68	1.11	0.14	1.06	0.13
Over Kisti	0.99	0.11	1.05	0.13	1.02	0.13
İnfertilite	0.97	0.10	1.12	0.16	1.04	0.15
Endometriozis	1.05	0.14	1.10	0.21	1.07	0.15
Tüpligasyon	1.00	0.00	1.35	0.00	1.18	0.25
TOPLAM	1.00	0.10	1.10	0.14	1.05	0.14

VK	SD	DF	F	p
Grup X Tanı	4.429	4	0.726	0.577
Tanı	6.253	4	1.412	0.373
Grup	0.131	1	9.681	0.004

Tablo 21’de deney ve kontrol grubundaki kadınların semptom puan ortalamalarının tıbbi tanılarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Laparoskopi ameliyatı olan kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve tıbbi tanı arasındaki etkileşim iki yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve “grup x tanı” arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları “Tıbbi tanıları” dikkate alınarak incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21’de deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki semptom puan ortalamaları “Grup faktörü” dikkate alınarak incelendiğinde deney grubu kadınların puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir. Bu fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bu farkın kaynağını belirlemek için **Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi** uygulanarak $\alpha=0.025$ alındığında;

Kadınların tıbbi tanıları dikkate alınarak incelendiğinde; deney grubu kadınların semptom puan ortalamaları ile kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F:0.908; p:0.464)



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu araştırmada; laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

5.1. Kontrol Grubu Kadınların Taburculuk Bilgi Gereksinimleri

Yetişkin bireylerin eğitiminde amaçlara ulaşılması için eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Bireylerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi; gereksinim olan alanların belirlenip ortaya konması demektir (71). Gereksinimi karşılanan birey gelişir ve o zaman kendini gerçekleştirebilir. Bu nedenle; Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara etkin eğitim verilmesi amacıyla "Taburculuk Bilgi Gereksinimleri " saptanmıştır.

5.1.1. Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Birinci, Üçüncü ve Yedinci Günlerde Taburculuk Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı

Kontrol grubu kadınların *Ağrı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 85.0, üçüncü gün % 10.4 olduğu, yedinci gün %10.0 oranında olduğu; *yara bakımı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün %87.5, üçüncü gün 62.5, yedinci gün %7.5 oranında olduğu; *beslenme konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 75.0, üçüncü gün % 50.0, yedinci gün % 10.0 oranında olduğu; *ilaç kullanımı konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 30.1, üçüncü gün % 140.0, yedinci gün % 12.5 oranında olduğu; *aktivite konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 100.0, üçüncü gün % 77.5, yedinci gün % 22.5 oranında olduğu; *hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 72.5, üçüncü gün % 50.0, yedinci gün % 7.5 oranında olduğu; *cinsel yaşam konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 50.0, üçüncü gün % 5.0, yedinci gün % 12.5 oranında olduğu; *ulaşım konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 42.5, üçüncü gün % 52.5 olduğu, yedinci gün bu konuyla ilgili soru sorulmadığı; *laparoskopi ameliyatı (laparoskopi ameliyatının nasıl yapıldığı, yapıldığı durumlar, avantaj ve dezavantajları, etkileri) konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 75.0, üçüncü gün % 5.0 oranında olduğu yedinci gün bu konu ile ilgili soru sorulmadığı; *işe başlama konusunda bilgi gereksinimi*, birinci gün % 10.0 oranında olduğu üçüncü ve yedinci gün bu konuyla ilgili soru sorulmadığı görülmektedir.

Laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günlerde en fazla bilgi gereksinimi duyulan konunun birinci gün % 100.0, üçüncü gün % 77.5 ve yedinci günde % 22.5 oranında “aktivite” olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Keinbeck ve arkadaşları (1994) cerrahi hasta gruplarında aktivite ve öz bakımda bireylerin bilgi gereksinimi olduğunu belirlemişlerdir. Bubella ve ark. (1990) yaptıkları çalışmada sırasıyla; ilaç kullanımı, aktivite, hastaneye başvurulması gereken durumlar, tedavi ve komplikasyonlar ile yara bakımı konularını belirlemişlerdir (42,62,61). Gelişmiş ülkelerin ilaç kullanımı konusunda, ülkemizin ise ameliyat sonrası mobilizasyon konusunda duyarlı olduğu söylenebilir. Türkiye’de ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon, zararlı bir davranış olarak görülüp kaçınılan bir durumdur. Aynı zamanda ülkemizin kadıma verdiği değer istendik düzeyde değildir. Kadınlarımız; doğum yapma, hastalanma, hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlarda aile, arkadaş ve akrabalarından daha çok ilgi görmektedirler. Bu nedenle ülkemiz kadınlarının daha çok aktivite konusunda bilgi gereksinimi olduğu söylenebilir.

Mahalia ve ark. (cerrahi hasta gruplarında ameliyat sonrası telefon görüşmeleri ile sırasıyla; aktivite, bağırsak problemi, öksürük, ağrı, yara yeri problemi, bulantı-kusma, banyo yapma konularında bilgi gereksinimi alanları belirlemişlerdir. Nacy (1998) daha çok tanı ve tedavi ile ilaçlar konusunda bilgi gereksinimi alanları belirlemiştir (52).

Swan (1999) ameliyat sonrası dikkat edilecek konular, yürüme, yemek yeme ve banyo yapma gibi aktivite konularında bilgi gereksinimi olduklarını saptamıştır. Marry (2000) kısa süre hastanede yatan cerrahi hasta gruplarında telefon görüşmesi sonucunda ağrı, ilaç kullanımı, uyku-dinlenme, bağırsak boşaltımı, solunum problemi ve sıvı alımı konularında destek olduğunu belirlemiştir (46,114).

Jacops (2000), kısa süre hastanede kalan cerrahi hasta gruplarında; ilaç kullanımı, aktivite, hastaneye başvurulması gereken durumlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesinde değişimler ve yara bakımı konularında bilgi gereksinim alanları saptamıştır. Yavuz (1999) ameliyat öncesi dönemde aç kalma ve ameliyatla ilgili bilgiler; evde bakımla ilgili konularda yara bakımı, beslenme, egzersiz ağrı tedavisi konusunda broşürle eğitim aldıklarını belirlemiştir. (106,2)

Bubella ve ark. geliştirdiği (1990) "Hasta Gereksinimlerini Saptama Skalsında (Patient Learning need Scala-PLNS) " sırasıyla; toplumdanda destek alma ve bakımı sürdürme,ilaç kullanımı, aktivite, komplikasyonlar ve semptomlar ve hastalığa ilişkin bilgiler ana başlıkları yer almaktadır. Elde edilen bulgular sonucu; "aktivite" konusunda bilgi gereksiniminin ilk sırada yer alması kültürel özelliklerden etkilenmeyerek dünya literatürü ile paralellik göstermektedir (62).

5.1.2. Kontrol Grubu Kadınların Taburculuk Eğitiminin Verilmesini İstedikleri Zamana İlişkin Yanıtların Dağılımı

Kontrol grubu kadınların % 60.0'ı taburculuk eğitimini ameliyat öncesi dönemde hastaneye yattıkları zaman verilmesini; % 32.5'i taburcu olacakları gün, % 7.5'i her iki zamanda da verilebilir yanıtını verdikleri saptanmıştır (Tablo 2). Hastanede kalış süresinin kısa olması ameliyattan önce; ameliyat süreci ve taburculuk konularında bilgilenme gereksinimini ortaya koyduğunu düşündürebilir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması

Deney grubu kadınların 0,86 gün ($\bar{x}=20,70\pm 14,08$ saat) ve kontrol grubu kadınların 0,90 gün ($\bar{x}=21,58\pm 10,58$ saat) ameliyat sonrası hastanede kaldıkları saptanmıştır. Deney grubu kadınların ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri kontrol grubu kadınlardan düşüktür. Ancak, ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 5).

Günübirlik hasta grupları ameliyat sonrası 23. saat içinde taburcu olma kriterini içermektedir. Dünya literatüründe laparoskopi günübirlik cerrahi grupları içinde yer almaktadır. Elde edilen bulgular dünya literatürü ile paralellik göstermektedir. Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlar, taburculuk eğitimi verilerek, taburculuk sonrası telefon görüşmeleri ile izlenip etkin bir hemşirelik bakımı altında ameliyat sonrası 23. saat içinde taburcu olabilecekleri söylenebilir.

5.3. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Kendini Eve Gitmeye Hazır Hissetme durumlarının İncelenmesi

Deney grubu kadınlardan kendini ameliyat günü eve gitmeye hazır hissetme durumuna evet yanıtını verenler % 58.6, kontrol grubunda % 41.4 olarak saptanmıştır. Deney grubu kadınlar ameliyat sonrası kendilerini eve gitmek için daha fazla hazır hissetmektedirler. ($p<0.01$) (Tablo 6). Sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir

Talamim'in (1999) laparoskopik cerrahi hasta grubunda tanımlayıcı olarak yaptığı çalışmasında; hastaların % 81.0'ı ameliyat günü kendilerini eve gitmeye hazır hissetmediklerini saptamıştır (85). Önerilerinde taburculuk eğitimi ile kendilerini eve gitmeye hazır hissetmelerinin sağlanabileceği üzerinde durulmaktadır. Ameliyat öncesi taburculuk eğitimi verilerek; ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası evde yaşanabilecek durumlar konularında bilgilendirilen kadınların kendilerini ameliyat günü eve gitmeye hazır hissetmelerine etkili olduğu söylenebilir. Bunun yanında araştırma sonucunda eğitim alan kadınların kendilerini eve gitmeye hazır hissetme sonucu % 58.6 oranında kalırken, Talamim'in elde ettiği sonuç % 81.0 oranında olması dikkat çekicidir. Bu aradaki fark; gelişmiş ülkelerde ev bakım sisteminin ve hastane-ev telefon zincirinin etkisine bağlı olduğu düşünülebilir (46,51,52,77,60,61).

5.4. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Toplam Semptom Ortalamalarının İncelenmesi

Deney grubu kadınların toplam semptom puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların toplam semptom puan ortalamalarından düşük olmasına karşın aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Bu durum, örnekleme alınan hasta sayısının tez süresine bağlı olarak sınırlı kalmış olmasından, laparoskopik cerrahide semptom oranlarının düşük oranda bulunmasına bağlı olduğu düşünülebilir. Bunun yanında Laparoskopi ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin semptomları oranlarını azalttığı söylenebilir.

5.5. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Laparoskopi Ameliyatı Sonrası Birinci, Üçüncü Ve Yedinci Gün Semptomlarının İncelenmesi

BULANTI

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam bulantı puan ortalamaları ile ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8'de kadınların ameliyat sonrası birinci gün, üçüncü gün ve yedinci gün toplam bulantı puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde; ameliyat sonrası birinci-üçüncü gün, birinci-yedinci gün toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken, üçüncü-yedinci günler arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç; Ameliyat sırasında kullanılan anestezi ilaçların vücuttan atılım sürelerine göre azalması ile paralellik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Coslow yaptığı çalışmada eğitim verdiği laparoskopik cerrahi uygulanan gruplar arasında kusma oranları arasında fark bulunmamıştır. Elde edilen veriler literatür ile uyumludur (115).

Bulantı Sıklıkları

Deney ve kontrol grubu kadınların her biri ayrı ayrı olmak üzere ameliyat sonrası birinci ve üçüncü gün bulantı sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo-9) Bu sonuç; örneklem grubunda ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçların (fentanly, propofol, isofluran, nitrooksidin) en sık rastlanan yan etkilerinin bulantı olması ile açıklanabilir (3,109).

KUSMA

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam kusma puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10'da kadınların ameliyat sonrası birinci gün, üçüncü gün ve yedinci gün toplam kusma puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$).Yapılan ileri analizde; ameliyat sonrası birinci-üçüncü gün, birinci-yedinci gün toplam kusma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken($p<0.05$), üçüncü-yedinci günler arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci gün kusma problemi yaşadıkları, üçüncü ve yedinci gün kusma problemi yaşamadıkları saptanmıştır.Bu sonuç; ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçların vücuttan atılım sürelerine göre azalması ile paralellik göstermektedir. Kusma genellikle bulantı problemi ile birlikte görülmektedir. Bulantı probleminin bulguları ile kusma problemi paralellik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam kusma puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Cason (1996) yaptığı çalışmada eğitim verdiği laparoskopik cerrahi uygulanan gruplar arasında kusma oranları arasında fark bulmamıştır. Elde edilen veriler literatür ile uyumludur (115).

Kusma Sıklıkları ve Miktarları

Deney ve kontrol grubu arasındaki kusma sıklıkları ve miktarları incelendiğinde de arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo11 ve Tablo12). Kusma problemi kadınların oral alımını engelleyerek sıvı kaybına neden olacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç; örneklem grubunda ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçların (fentanly, propofol, isofluran, nitrooksidin) en sık rastlanan yan etkilerinin bulantı olması ile açıklanabilir. Kusma problemi kadınların oral alımını engelleyerek sıvı kaybına neden olacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

AĞRI

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam ağrı puan ortalamaları ile laparoskopik ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13’de kadınların ameliyat sonrası birinci gün, üçüncü gün ve yedinci gün toplam ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).Yapılan ileri analizde; ameliyat sonrası birinci-üçüncü gün, birinci-yedinci gün ve üçüncü-yedinci günler toplam bulantı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ağrı puan ortalamalarının günlere göre azalma göstermesi iyileşme sürecinin yedi gün olması ile paralellik gösterdiği düşünülebilir. Jois laparoskopik cerrahide VAS’sa (0-100)göre; birinci gün 55, ikinci gün 20 bulmuştur. Fabrizio yaptığı çalışmada laparoskopik cerrahi sonrası VRS’a göre; ilk 24 saatte 0-3.5 puan arasında, ikinci gün 0-1 puan arasında ağrı tanımladıklarını belirlemiştir. Swan ameliyat sonrası yedinci günde de %50 oranında ağrı yaşadıklarını saptamıştır (45,46,36,113). Elde edilen sonuçlar; taburculuk eğitimi alan kadınların evde düzenli analjezik kullanarak ve ağrılarını yöneterek daha kısa sürede normal yaşamlarına döndüklerini düşündürmektedir.

Deney grubu kadınların toplam ağrı puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların toplam ağrı puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç; deney grubu kadınlara verilen eğitim ve düzenli analjezik kullanımı ile ilgili olduğu düşünülebilir. Tallamin (1999) taburculuk eğitimi almadıklarını ifade eden hastaların VAS’sa (0-10) göre; ameliyat günü 9-10 şiddetinde ağrı yaşadıklarını belirlemiştir (85).

Yapılan ileri analizde kontrol ve deney grubu kadınların toplam ağrı puan ortalamalarının birinci ile üçüncü gün, birinci ile yedinci gün ve üçüncü ile yedinci gün arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Cason ve Doyle (1996) ameliyat öncesi iyi bir anamnez ile ameliyat sonrası ağrı yönetimi stratejileri belirlemede etkili olduğunu saptamıştır(115). Elde edilen bulgular literatür ile uyumludur.

Ağrının Sürekliliği

Deney ve kontrol grubu kadınların birinci ve üçüncü gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), yedinci gün ağrı süreklilikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Ameliyat sonrası birinci gün deney grubu kadınların %5.0'ı sürekli ağrı tanımlarken, kontrol grubu kadınların % 17'sinin sürekli ağrı tanımlamaları, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat sonrası üçüncü gün deney grubu kadınların % 12.5'i aralıklı ağrı tanımlarken, kontrol grubu kadınların % 22.5'inin aralıklı ağrı tanımlamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ameliyat sonrası yedinci gün deney grubunda % 1.3 'ünün aralıklı ağrı tanımlarken, kontrol grubunun % 5.0'inin sürekli ağrı tanımlamış olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0.05$).

Ağrı deneyimi bireyin yaşantısını olumsuz etkileyen, günlük aktivitelerini kısıtlamasına neden olan, bireyi hoşnut etmeyen ve hastaneye geri yatışı gerektiren bir durumdur (112,113).Elde edilen bulgular ile taburculuk eğitiminin kadınların iyileşme süreçlerine olumlu katkıları olduğu söylenebilir.

İDRAR YAPMA GÜÇLÜĞÜ

Deney ve kontrol grubu kadınların idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo15).

Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde birinci gün ile üçüncü gün, birinci gün ile yedinci gün ve üçüncü gün ile yedinci gün toplam idrar yapma güçlüğü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınlar ile toplam idrar yapmada günlük puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan iler analizde deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki fark birinci ve üçüncü gün anlamlı, yedinci gün anlamsız bulunmuştur. Ameliyat sonrası deney grubu kadınlarda üçüncü ve yedinci gün idrar yapma güçlüğü olmadığını saptanmıştır.

Deney grubu kadınların idrar yapma güçlüğü puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların puan ortalamalarından düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olması ($p<0.05$), verilen taburculuk eğitimi sonucu bilgilenen kadınların olası idrar yapma güçlüğü yaşamalarına karşı etkin yöntemleri uygulamaları olarak düşünülebilir.

DEFAKASYON YAPMA GÜÇLÜĞÜ

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasında etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo16).

Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde birinci gün ile üçüncü gün, birinci gün ile yedinci gün toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, üçüncü gün ile yedinci gün anlamlı bulunmamıştır.

Verilen taburculuk eğitimi ile kadınların ameliyat sonrası birinci gün defakasyon yapma güçlüğü olarak abdominal distansiyon ve gaz çıkarmada güçlüklerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalttığını düşündürebilir.

Deney grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların toplam defakasyon yapma güçlüğü puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde gruplar arasında birinci ve üçüncü gün farklılıklar anlamlıdır. Verilen taburculuk eğitimi ile kadınların ameliyat sonrası birinci ve üçüncü günlerde, defakasyon yapma güçlüğü sorunlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalttığını düşündürebilir. Deney ve kontrol grubunda ameliyat sonrası yedinci gün defakasyon yapma güçlüğü problemi olmadığı saptanmıştır.

SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasında etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo17).

Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yapılan ileri analizde birinci gün ile üçüncü gün , birinci gün ile yedinci gün ve üçüncü gün ile yedinci gün toplam solunum güçlüğü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kontrol ve deney grubu kadınların ameliyat sonrası yedinci gün solunum güçlüğü yaşamadıkları belirlenmiştir.

Kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci gün %50, üçüncü gün %20 oranında boğaz ağrısı ve sekresyon çıkarmada güçlük yaşadıkları deney grubu kadınların birinci gün % 25.0, üçüncü gün % 17.5 oranında boğaz ağrısı ve sekresyon çıkarmada güçlü yaşadıkları saptanmıştır. Ameliyat sonrası yedinci gün gruplarda solunum güçlüğü yaşayan kadın saptanmamıştır. Yavuz çalışmasında ameliyat sonrası birinci gün solunum problemlerini broşür alan grupta daha az olarak saptamıştır (37).

Deney grubu kadınların toplam solunum problemi puan ortalamaları ile kontrol grubu kadınların toplam solunum problemi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

YARA YERİ PROBLEMİ

Deney ve kontrol grubu kadınların toplam yara yeri problemi puan ortalamaları ile laparoskopi ameliyatı sonrası birinci, üçüncü ve yedinci günler arasında etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo18).

Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde birinci gün ile üçüncü gün, birinci gün ile yedinci gün ve üçüncü gün ile yedinci gün toplam yara yeri problemi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası üçüncü gün % 25.0'ı, deney grubu kadınların % 7.5'i; yedinci gün kontrol grubu kadınların %

22.5'i ve deney grubu kadınların % 5.0'ı yara yeri enfeksiyonu saptanmıştır. Ameliyat sonrası birinci gün yara yeri problemi yaşayan kadın saptanmamıştır.

Deney grubu kadınların toplam yara yeri problemi puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların toplam yara yeri problemi puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasında üçüncü ve yedinci gün farklar anlamlı, birinci gün anlamsız bulunmuştur. Verilen taburculuk eğitimi ile kadınların yara yeri problemini daha az yaşadıkları düşünülebilir.

5.6. Kontrol Ve Deney Grubu Kadınların Semptom Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki Etkileşimin İncelenmesi

YAŞ

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve yaş arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19)

Tablo 19'de deney ve kontrol grubu kadınların yaş gruplarına göre semptom puan ortalamaları incelendiğinde 20-29 yaş grubu kadınların semptom puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşın yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınlar arasındaki semptom puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

EĞİTİM

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve eğitim arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Deney ve kontrol grubu kadınların eğitim düzeylerine semptom puan ortalamaları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu kadınların puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde üniversite

mezunu kadınların semptom puan ortalaması ile ilkokul mezunu kadınların semptom puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve ortaokul mezunu kadınların semptom puan ortalamaları diğer eğitim düzeyleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç; verilen taburculuk eğitiminin eğitim düzeylerinden bağımsız olarak semptom sonuçlarını etkilemediğini düşündürmektedir.

TIBBİ TANI

Deney ve kontrol grubu kadınların semptom puan ortalamalarına göre grup ve tıbbi tanı arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Deney ve kontrol grubu kadınların tıbbi tanılarına göre semptom puan ortalamaları incelendiğinde deney grubu kadınların puan ortalamalarının kontrol grubu kadınların puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç; verilen taburculuk eğitiminin tıbbi tanıdan bağımsız olarak semptom sonuçlarını etkilemediğini düşündürmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi D.K.H.K. ve G.C.K.'de laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin "Hasta Bakım Sonuçlarına (hastanede kalma süresi, operasyondan sonra hastanede kalma süresi, bulantı, kusma, ağrı, idrar yapma güçlüğü, defakasyon yapma güçlüğü, solunum güçlüğü, yara yeri problemi) Etkisi"ni incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

☺ Kontrol grubu kadınların taburculuk bilgi gereksinimlerinin sırasıyla; *aktivite, yara bakımı, ağrı, ilaç kullanımı, beslenme, hastaneye başvurulması gereken durumlar, laparoskopi ameliyatı, ulaşım, cinsel yaşam ve işe başlama* konularında olduğu belirlenmiştir. Gereksinim duyulan konuların, ameliyat öncesi dönemde verilmesini önerenlerin oranı % 60 olduğu saptanmıştır.

☹ Deney grubu (n=40), kontrol grubu (n=40) olmak üzere toplam 80 laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 40.85±9.64 ile deney grubu kadınların yaş ortalamaları 41.60±9.24'dır (p>0.05). Deney ve kontrol grubu kadınların eğitim düzeyleri, yattıkları klinik ve tıbbi tanıları eşleştirilmiştir.

☹ Deney grubu kadınların *ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün toplam semptom puan ortalamaları* kontrol grubu kadınların toplam semptom puanlarından düşüktür. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). *H-1 reddedilmiştir.*

☺ Deney ve kontrol grubu kadınların ameliyat sonrası birinci gün kendilerini eve gitmeye hazır hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

⊕ Deney ve kontrol grubu kadınların *bulantı ve kusma puan ortalamaları* arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). *H-1 hipotezi reddedilmiştir.*

⊙ Deney ve kontrol grubu kadınların *ağrı, idrar yapmada güçlük, defakasyon yapmada güçlük, solunum problemi, yara yeri problemi puan ortalamaları* arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). *H-1 hipotezi kabul edilmiştir.*

⊙ Deney ve kontrol grubu kadınların yaş, eğitim düzeyi, yattıkları klinik ve tıbbi tanıları ile semptom puan ortalamaları arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Grup faktörü dikkate alındığında eğitim düzeylerine göre semptom puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde; üniversite mezunu kadınların semptom puan ortalamalarının ilkokul mezunu kadınların semptom puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve araştırmacının araştırma sürecindeki deneyim ile gözlemlerine dayanılarak, konu ile ilgili öneriler aşağıda sunulmuştur;

📖 Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara yönelik taburculuk eğitim kitapçığı, klinik koşullara uygun şekilde düzenlenme ve belirli periyodlarla değerlendirilerek güncelleştirilmelidir.

📖 Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlar gününbirlik cerrahi süreç içinde taburcu olabilirler.

📖 Kurum içinde laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara ameliyat öncesi taburculuk eğitiminin verilebilmesi için ayrı bir eğitim salonu oluşturulabilir.

📖 Kuruma ve kliniğe özel laparoskopi sonrası evde izlem için telefonla görüşme ağı ve telefon görüşme formu oluşturulabilir.

📖 Hemşirelerin, laparoskopik abdominal cerrahi konusunda duyarlılıklarını arttırmak için eğitim programlarının desteklenmesi ve zenginleştirilmesi sağlanabilir.

📖 hemşirelerin laparoskopi ameliyatı sonrası bulantı-kusmaya yönelik farklı hemşirelik uygulamaları sonuçlarını değerlendirebilirler.

6.2.1. Araştırmacı İçin Öneriler

📖 Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisinin daha fazla sayıda örneklem grubu ile incelenmesi

📖 Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçları ile birlikte, hasta memnuniyetine, hastane anksiyetesine ve bakım maliyetine olan etkisinin incelenmesi

📖Laparoskopik abdominal cerrahi girişimi geçiren kadınlar bakım sonuçlarını değerlendirmede çeşitli eğitim ve öğretim yöntemlerinin etkisinin incelenmesi.



KAYNAKLAR

1. Birol L. **Hemşirelik Süreci**. İzmir: Etki Matbaacılık; 1997.
2. Yavuz M. **Laparoskopik Günübirlik Cerrahi Uygulamaları. Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları**. İzmir; İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi; 1999: 10-11.
3. George J. **Outpatient Surgery**. Philadelphia: W.B. Saunders Company ; 1988: 1-6,521-522.
4. Lewis M.S. Collier C.İ. Heitkemper M.M. **Medical Surgical Nursing**. Mosby: Fourth Edition; 1996:1153-1155, 1299,1540.
5. Parnass S.M. **The Ambulatory Surgical Nurse” Post Anesthesia Care Nursing**., 1993; 28 (3):377-531.
6. Schwesinger W.H. Diehl A.K. **Changing İndication For Laparoscopic Cholecystectomy. Surgical Clinics Of North America , Laparoscopic Surgery** 1996; 76 (3): 59-493.
7. Dudley N.E. Harrison B.J. **Comparison of Open Posterior Versus Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy. British Journal of Surgery** 1999; 86 (5): 656-660.
8. Alper A. Emre A. Bilge O. ;et al. **Laparoskopik Kolesistektomi: 200 Olguluk Çalışma Sonuçları. Ulusal Cerrahi Dergisi** 1993;10 (4): 238-253.
9. Swanstrom L.L. Jobe B. et al. ;**Esophageal Motility and Outcomes Following Laparoscopic Paraesophageal Hernia Repair and Fundoplication. The American Journal of Surgery** 1999; 177 (5): 359-363.
10. Çeti M. Çeti A. Arslan M. Taşyurt A. **İnfertil Kadınlarda Tubal Açıklığın Değerlendirilmesinde Histerosalpingografi ve Laparoskopinin Karşılaştırılması. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi** 1999; 10 (3):177-179.
11. Göçmen A. Erden C. Sezer F. et al. **İnfertil olgularda Uygulanan 500 Diagnostik Laparoskopinin Değerlendirilmesi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi** 1996;10(3):180-182.
12. Pearlston D. Mansfield P.F. Curley A.S, et al. **Laparoscopy in 533 patients with Abdominal Malignancy. Surgery** 1999; 125: 67-72.
13. Tavmergen E. Tavmergen E.N. Koca D. Çapanoğlu R. **Jinekolojik Cerrahide Yeni Bir Yaklaşım: Endoskopik Abdominal Cerrahi. Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi** 1995; 9: 79-84.

14. Grief W. Forse A. Cardiopulmonary Effects of the Laparoscopic Pneumoperitoneum in a Porcine Model of Adult Respiratory Distress Syndrome. **The American Journal of Surgery** 1996; 177 (3): 216-236.
15. Rattner D. Beyond the Laparoscope: Minimally Invasive Surgery in The New Millennium. **Surgery** 1999; 125; No: 1.
16. Tanoue K. Hashizume M. Morita M. et al. Result of Laparoscopic Splenectomy for Immune Trombocytopenic Purpura. **American journal of Surgery** 1999; 177: 222-226.
17. Sanders L.M. Lewis M. Orleans N. et al. Initial Experience with Laparoscopic Repair of Incisional Hernias. **American journal of Surgery** 1999; Vol: 177: 227-231.
18. Sasaki T. Finelli F. Barhyte D. Is Laparoscopic danor Nephrectomy. Here to Stay? **The American Journal of Surgery** 1999; 177 (5): 368-370.
19. Richardson W. Hunter J.G. Laparoscopic Floppy Nissen Fundoplication. **The American Journal of Surgery** 1999; 177 (2): 155-157.
20. Park A. Swartz R. Tandan V. et. al. Laparoscopic Pancreatic Surgery. **American Journal of Surgery** 1999; 177(2): 158-163.
21. Naesgard J. Edwin B. Reiertsen O. et al. Laparoscopic and Open Operation with Perforated Peptic Ulcer. **Eur j Surg** 1999; 165:209-214.
22. Bresadola F. Pasqualucci A. Donini A. et al. Elective Transumbilical Compared with Standard Laparoscopic Cholecystectomy. **European Journal Surgical** 1999;165: 29-34.
23. Çelebi İ. Üstün M. Benhabib M. Arsan B. Polikistik Over Sendromu Tedavisinde laparoskopik ile Overlerin Elektrokoterizasyonu. **Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi** 1995; 9: 234-236.
24. Arozullah M. Ferreira M. Bennett R. et. al. Racial Variation in Use Laparoscopic Cholecystectomy in the Department of Veterans Affairs Medical System. **American College of Surgeons** 1999; 188 (6): 604-622.
25. Poulin C. Mamazza J. Schlachta C. et al. Laparoscopic Resection Does Not Adversely Affect Early survival Curves in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Adenocarcinoma. **Annals Of Surgery** 1998; 229 (4): 487-492.

26. Omote K. Feussner H. U. Heuer A. et al. Self Guided Robotic Camera Control for Laparoscopic Surgery Compared with Human Camera Control. **The American Journal of Surgery** 1999; 177(4): 321-324.
27. Silecchia G. Fantini A. Raparelli L. et al. Management of Abdominal Lymphoproliferative Diseases in the Era of Laparoscopy. **The American Journal of Surgery** 1999; 177(4): 325-330.
28. Walker B.C. Bruce D.M. Hevs S.D. et al. Minimal Modulation of Lymphocyte and Natural Killer Cell Subsets following Minimal Access Surgery. **The American Journal of Surgery** 1996; 177 (1): 48-53.
29. Litwin D. Girotti M. Poulin E. et al. Laparoscopic Cholecystectomy: Trans-Canada Experience With 2201 Cases. **CJS** 1992; 35 (3): 291-296.
30. Fletcher D. Fracs M. Valinsky L. et al. Complications of Cholecystectomy: Risks of the Laparoscopic Approach and Protective Effects of operative Cholangiography. **Annals Of Surgery** 1999; 229 (4): 449-457.
31. Ricci M. Puente O. Shapiro K. et al. Open and laparoscopic Cholecystectomy in Acquired Immunodeficiency Syndrom: İndications and Results in Fifty-three Patient. **Surgery** 1999; 125 (2): 172-177.
32. Hanna E. İmperato J. Nenner P. et al. Laparoscopic and Open Cholecystectomy in New York State: Mortality, Complications and Choice of Procedure. **Surgery** 1999; 125 (2): 223-231.
33. Göçmen A. Erden C. Sezer F. et al. İnfertil olgularda Uygulanan 500 Diagnostik Laparoskopinin Değerlendirilmesi. **Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi** 1996; 10 (3):180-182.
34. Ülgenap İ. Pabuçcu R. Yergök Y.Z. et al. Jinekolojide Diagnostik Laparoskopinin Değeri ve GATA Kadın Hastalıkları Kopik Değerlendirilmesi. **Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi** 1990; 4 (4): 229-234.
35. Tavmergen E. Tavmergen E.N. Koca D. Çapanoğlu R. Jinekolojik Cerrahide Yeni Bir Yaklaşım: Endoskopik Abdominal Cerrahi. **Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi** 1995; 9: 79-84.
36. Barbara K.B. Monitoring Ambulatory Patients After Surgery. **AORN Journal** 1998; 67 (6): 1151.

37. Yavuz M. Günübirlık Cerrahi Hastalarının Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi Ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlenmesi; Yayınlanmış Doktora Tezi 1998; İzmir.
38. Warner İ. Telehealth İn Home Care practice. *JONA* 1998; June, Vol:28,No: 6, p.p.3-6.
39. Ehrenfeld M. Nursing and Home Care in Europe. *İnt. Nurs. Rev* 1998; 45 (2):61-64.
40. Chewitt M. Fallis W.M. Suski M.C.. The Surgical Hotline. *JONA* 1997; 27 (12):42-49.
41. Huber D. Blancbfield K. Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care. *JONA* 1999; 29 (3): 38-43.
42. Keinbeck M. Hoffart T. Outpatient Recovery After Laparoscopic Cholecystectomy. *AORN Journal* 1994; 60 (3): 394-402.
43. Kaplan H. Yalaz S. Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1999; İzmir; p.p:1-5.
44. Lemone R. Burke K.M. *Medical Surgical Nursing* 1998; p.p: 1501-1510.
45. Swan B.A. Postoperative Nursing Care Contributions to Symptom Distress and Functional Status After Ambulatory Surgery. *Medsurg-Nursing* 1998; 7 (3): 148-158.
46. Swan B.A. Healing at Home . University of Pennsylvania Healt System: New... 17.09.1999, File: A:/B.A. SWAN.htm
47. Andersen M. A. Psychosocial Screening Tool for Ambulatory Health Care Clients. *Nursing Research*, 1980 ;29 (6): 347-354.
48. Waggoner M.G. OASIS: Measuring Outcomes in Home Care. *MEDSURG Nursing* 1999; 8 (3):214-215.
49. Bull M. A Discharge Planning Questionnaire for Clinical Practice. *Applied Nursing Research* 1994; 7 (4): 193-207.
50. Bailey R. Clarke M. *Stress and Coping in Nursing*. London; 1989; p.p: 178-185.
51. Reiley P. Lezzoni L. Phillips R. Et al. Discharge Planning: Comparison of Patients' and Nurses' Perceptions of Patients Following Hospital Discharge. *İMAGE* 1996; 28 (2): 143-147.

52. Nancy L. Wasson D. Anderson M. et al. A Survey of Patient Education Postdischarge. **Journal of Nursing Care Quality** 1998; 13 (1): 63-70.
53. Houghton B.A. Discharge Planners and Cost Containment. **Nursing Management**; 1994; 25 (4):74-81.
54. Law L. A Telephone Survey of Day-Surgery Eye Patients. **Journal of Advanced Nursing** 1997; 25 : 355-363.
55. Alpar Ş.E. Ergin Ü. Gülseven B. Hastanın Hastaneden Taburcu Edilmesinde Hemşirelik rolünün Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma. **4. Ulusal Hemşirelik Kongresi 15-17 Kasım 1995; Ankara, p.p: 46.**
56. Okumuş H. Yıldız H. Uysal Ü. Kalite Geliştirme Açısından Taburculuk Planlarının Değerlendirilmesi. **4. Ulusal Hemşirelik Kongresi 15-17 Kasım 1995; Ankara, p.p: 79.**
57. Galloway S. et all. Patient Learning Needs Scale. **Journal Advanced Nursing** 1990; 15 (10): 1181-1187
58. Ertan S. Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.1999
59. Barthel Index (modified) (BI). <http://www.glamed.org/BI/index.html>
60. Sickness Impact Profile (SIP). <http://www.astgol.org/sick.html>
61. Swan B.A. Factors Influencing Symptom Distress after Ambulatory Surgery. http://www.ahsr.org/Posters_1997/355.html
62. Galloway S. et al. The patient Learning needs Scale: reliability and validity. **J Adv.Nurs.** 1990 ; 15 (10):1181-7
63. Jickling JL. Graydon JE. The information needs at time hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary arter bypass grafting: a pilot study . **Heart Lung.** 1997; 25 (5):350-357
64. Brettj L. Bueno M. Royal N., Sengink.K. Integrating Utilization manegement, Discharge Planning, and Nursing Case Manegement into the Outcomes Manager Role. **JONA** 1997; 27 (2): 37-45.
65. Jones K.R. Jennings B.M. Moritz P. Mossm T. Policy Issues Associated With Analyzing Outcomes Of Care. **İMAGE** 1997; 29 (3):261-267.
66. Hausfeld J.B. Gibson K. Holtmeler A. et al. Self –Staffing: İmproving Care and Staff Satisfaction. **Nursing Management** 1994; 25 (10): 74-81.

67. Riley j. Telephone Call-Backs: Final Patient Care Evaluation. *Nursing Management* 1989; 20 (9):65-67.
68. Ridder J. Bethel S. Evaluating Nursing Practice: Satisfaction at What Cost? *Nursing Management*, 1994; 25 (9):41-49.
69. Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V. **Biyostatistik**. Ankara: zdemir Yayıncılık; 6. Baskı, 1995.
70. Akgül A. **Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri**. Ankara: Yükseköğrenim Kurulu Matbaası; 1997.
71. Kurt İ. **Yetişkin Eğitimi**. Ankara 2000: Nobel Yayın Dağıtım
72. Bethel S. Ridder J. Evaluating Nursing Practice: satisfaction at What Cost? *Nursing Management* 1994; 25 (9) : 41-49
73. Blkbaş N. Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1992; 8(2): 21-29
74. Bresadola F. et al. Elective Transumbilical Compared with Standard Laparoscopic Cholecystectomy. *European Journal Syrgery* 1999;165 .29-34
75. Brockway P.M. The Ambulatory Surgical Nurse. *Nursing Clinics North America* 1997; 32 (2): 387-3384
76. Bumgarner S.D. Evans M.L. Clinical Care Map for The ambulatory laparoscopic Cholecystectomy Patient. *Journal Of Perianesthesia Nursing* 1999; 14 (1): 12-16
77. Burden N. Patient and family Education in The Ambulatory Surgery Setting. *Semin Perioperatif Nursing* 1994; 3(3):145-152
78. Caldwell L.M. Surgical Outpatient Concerns. What Every Perioperative Nurse Shuld Know. *AORN* 1991; 53 (3) 761-763, 766-767
79. Canobbio M.M. **Mosby's Handbook of Patient Teaching**. Missauri. Mosby-Year Book, 1996: 187-190, 278-280
80. Oral B., zsoy M.H., Kaya H., zbaşar D. Bening Overyan Kitlelerde Laparoskopik ve Laparotomik Cerrahinin Karşılaştırılması. *Jinekoloji ve Obstetride Yeni Grş ve Gelişmeler*; 1998;10(1): 44-50
81. nay Y. et all. Acil Jinekolojik Pratikte Laparoskopi. *İstanbul Tıp fakültesi Dergisi* 1998; 61 (1); 21-25
82. Parnass S.M. Ambulatory Surgical Patient Priorities. *Nursing Clinics of Nort America* 1993; 28 (3): 531-545

83. Robbin E. Farber J.L. Pathology. J.B. Lipincott Company 1994:775-783, 911-917, 949-951
84. Şimşek E. Kadın Hastalıkları ve Doğum. İzmir 1992, Saray Tıp Kitapevi; 71-74
85. Talamini M.A. Outpatient laparoscopic cholecystomy: Patient and Nursing Perspective. Surgial laparoroscapy Endoscopy&Percutaneus Techniques 1999; 9 (85): 33-337
86. Ulupınar S., Kaya H. Yetişkin eğitiminde temel İlkeler ve Eğitiminin Rolü. Hemşirelik Bülteni 1) : 995; 9 (37): 84-90
87. Wender S. **Post Anesthesia Care**. Philadelphia, WB. Saunders Company 1992; 315- 333
88. Willsher P.C. et all. Outpatient Laparoscopic Surgery. **Australian and New Zeland Journal of Surgery** 1998; 68 (11): 769-773
89. Zucker K.A. Perceived Future of Laparoskopic General Surgery. **Canadian Association of General Surgeons** 1992; 35 (3): 297-299
90. Joris et all. Metabolic and Respiratory Changes After Cholecystectomy perform Via Laparotomy or Laparoscopy. **British Journal of Anaestheia** 1992; 69: 341-345
91. Kehinde A. A., ayo O., Olawo K., David K. Sequelae of Spilled Pelvic Gallatone After Laparoscopic Cholecystectomy in Women: Case Report and Literature Rewiev. **Gynecological Endoscopy** 11997; 8(5); 301-305
92. Kılıç A., Başgül E., Özdemir A.Erdem M.K. Laparoskopik kolesistektomilerde, İntraperitoneal Bupivakain Uygulamasının Erken Postoperatif Ağrı Tedavisindeki Yeri ve Postoperatif Kan gazlarına Etkisi. **Ağrı Dergisi** 1996; 8 (3): 20-26
93. Kılıç S. Cerrahi hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri. **Hemşirelik Bülteni** 1993; 7 (30): 112-212
94. Lea S.G., Phippen M.L. Client Education in Ambulatory Surgery Setting. **Semin Perioperatif Nursing** 1992; 1(4): 203-223
95. Lekili E. Ayaktan Cerrahi Girişimlerin Anesteziisinde Yenilikler. **SSK Tepecik Hastanesi Dergisi** 1996; 6 (2-3): 49-53
96. Ming-Ping Wu M.D. Complications and Recommend Practices for Electrosurgery in Laparoscopy. **The American Journal Of Surgery** 2000; 179:67-70
97. Moran S., Kent G. Quality İndicators for Patient İnformation in short-Stay Unit. **Nursing Times** 1995; 91 (4): 36-40

98. Okumuş H., Akçay H., Karayurt Ö., Demircan G. **Bir Klite Güvenlik programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi.** Uluslararası Kalite ve Maaliyet Hemşirelik Sempozyumu 1993,İzmir: 177-183
99. Jarrelli B.E., Carabasi R.A. **Surgery.** Toronto: John Wiles&Sons,1986: 209-213
- 100.Fletcher D., Hobbs M., Tan P. et all. **Complications of Cholecystectomy: Risks of the Laparoscopic Approach and Protective Effects of Operative Cholangiography.** *Annals Of Surgery* 1999; 229(4): 449-457
- 101.Douherty J. **Same day Surgery. The Nurse's Role.** *Ortophedic Nursing* 1996; 15 (4): 15-18
- 102.Chinn P.L, Jacops M.K., Huenter S.E. **Theory and Nursing.** St. Louis, The C.V. Mosby Company. 1983: 189
- 103.Velioğlu P. **Hemşireliğin Düşünsel Temelleri.** Alaş Ofset İstanbul;1994
- 104.Hard M.E., Conway M.E. **Role Theory; Perspectives for Health Professionals** Appleton-Century, NewYork; 1978:216-230
- 105.Yıldız M. **Batın Ameliyatı Olan Hastalarda Ağrı Özellikleri, Etkileyen Etmenler ve Ağrı Yönetiminin İncelenmesi.** Yüksek Lisans Tezi, İzmir;1999
- 106.Jacops V. **İnformational Needs of Surgical patients Following Discharge.** *Applied Nursing Research* ; 2000; 13 (1): 12-18
- 107.Taşkın L. **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği.** Sistem Ofset Matbaacılık Ankara; 1998
108.Kadının Kısırlaştırılması. **Population Report** ; Seri:C; No:9;1987
- 109.Çolakoğlu N., Duyar O. **Minör Jinekolojik Ameliyatlarda Anestezi.** *Klinik Bilimler* 1999; 1 (8):140-146
- 110.Erdil F. Elbaş N.Ö. **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.** Ankara, Kaya Matbaacılık 1996; 447, 507-500
- 111.Özer Ş. **Genel Cerrahi.** Atlad Kitapevi, Konya;1994
- 112.Kocaman G. **AĞRI Hemşirelik Yaklaşımları.** Saray Tıp Kitapevi İzmir;1994
- 113.Yergül İ. **Ağrı ve Tedavisi.** Yapım Matbaacılık İzmir;1993
- 114.Mary D.N., Kathryn H.B. Doroty B. **Patient Problems and Advanced Practice Nurse Interventions during Transitional Care.** *Public Health Nursing* 2000; 17 (2): 94-102

- 115.Cason C.L., Seidel S.L. , Bushmiaer M. Recovery From Laparoscopic Cholecystectomy Procedures. **AORN** 1996; 63 (6); 1099-1103
- 116.Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
- 117.Bertan M. Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitapevi, Ankara,1995.
- 118.Özden M. Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset, Ankara, 1988.
- 119.Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 1998; 2 (1): 59



EK-1

**LAPAROSKOPIK ABDOMİNAL CERRAHİ PLANLANAN KADINLARIN SOSYO-
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU**

1. Anketin Uygulandığı Birey No:

Adres:

2. Anketin Uygulandığı Yer:

Tel No: (Ev ,İş ve Cep)

3. Adı-Soyadınız:

4. Yaşınız:

Hastaneye Geliş Tarihi ve Saati:

5. Tıbbi Tanısı:

Ameliyattan Sonra Hastanede Kaldığı süre:

6. Yattığı Klinik:

Hastanede Kaldığı Süre:

Doğum ve Kadın hastalıkları Kliniği

Genel Cerrahi Kliniği

7. Mesleğiniz:

a) Ev hanımı

b) Emekli

c) Öğrenci

d) Kamu

e) Serbest

f) Diğer

8. Eğitim Durumunuz:

a) İlkokul

b) Ortaokul

c) Lise

d) Üniversite

9. Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

c) Dul

d) Boşanmış

e) Diğer

10. Ekonomik Durumunuzu Nasıl Tanımlarsınız?

a) Düşük

b) Orta

c) Yüksek

11. Sağlık Güvenceniz Nedir?

a) S.S.K.

b) Emekli Sandığı

c) Bağkur

d) Yeşil Kart

e) Özel Sigorta

f) Ücretli

EK-2

**LAPARSKOPİK ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİMİ GEÇİREN KADINLARA
YÖNELİK TABURCULUK BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİ SAPTAMA FORMU**

1.Kendinizi eve gitmeye hazır hissediyor musunuz? Açıklayınız.

2. Evinize giderken aşağıdaki konularda bizlere sorularınız var mı?

- İlaç kullanımı
- Beslenme
- Ağrı
- Aktivite (kendi bakımı, ev işleri, sosyal yaşam gibi.)
- Yara bakımı konusunda
- Hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda
- Cinsel yaşam
- İşe başlama
- Ulaşım
- Diğer:.....

3. Yukarıda işaretlenen konular hakkındaki sorularınızı söyley misiniz?

Bilgiye Gerekseinim Duyulan Konular	Soru	
	1. Gün	3. Gün
İlaç Kullanımı	a. İlaçlarımı hangi dozda alacağım? b. İlaçlarımı ne zaman alacağım c. Neden ilaç almam gerekiyor? d. İlaçlarımı uygun şekilde nasıl saklayabilirim? e. İlaçlarımı ne kadar zaman kullanacağım? f. İlaçlarımın yan etkileri nelerdir? g. İlaçlarımın ne tür etkileri vardır? h. Diğer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	a. Özel bir diyetim olacak mı? b. Herşeyi yiyebilir miyim? c. Daha çabuk iyileşmem için neler yemeliyim? d. Yemeğimi yerken bıltantım yada kusmam olunca ne yapmalıyım? e. Günde ne kadar sıvı almalıyım? f. Diğer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>Yara Bakımı</p>	<p>a. Ameliyat yerimi açık mı bırakacağım yoksa kapalı mı kalacak? b. Ameliyat yerimde nelere dikkat edeceğim? c. Ameliyat yerimi nasıl kapatacağım? d. Öksürmek ameliyat yerime zarar verir mi? e. Diğer:</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar</p>	<p>a. Bulantı- kusmam arttı ve yemek yiyemiyorsam ne yapmalıyım? b. Ameliyat yerimde kanam, şişlik, kızarıklık,akıntı varsa ve ateşim yüksekse ne yapmalıyım? c. Ağrım azalmıyor giderek artıyorsa ne yapmalıyım? d. Öksürük, balgam çıkarmada zorluk yaşıyorsam ve solunum güçlüğüüm varsa ne yapmalıyım? e. Vajinal akıntıda kötü koku, miktarında artma, kasık ağrısı varsa ve ateşimde yüksekse ne yapmalıyım? f. Diğer:</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Cinsel yaşam</p>	<p>a. Vajinal kanamam olacak mı? Ne kadar normal? b. Ameliyatım adet düzenimi etkiler mi? c. Aktif cinsel yaşamıma ne zaman dönebilirim? d. Diğer:</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

İşine Başlama	a. Ne zaman işime dönebilirim? b. Diğer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulaşım	a. Araba ile evime giderken oturabilir miyim? b. Arabada otururken nelere dikkat etmeliyim? c. Ne zaman otobüse binebilirim? d. Hastane randevusuna yalnız olarak gelebilir miyim? e. Diğer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diğer			

4.Taburculuk Eğitimin Ne Zaman Verilmesini Önerirsiniz?

**LAPAROSKOPİK ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİMİ GEÇİREN
KADINLARIN EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLARI TANILAMA FORMU**

SEMPTOMLAR	DEĞERLENDİRME GÜNÜ			DEĞERLENDİRME
	1. Gün	3. Gün	7. Gün	
1. Bulantı Sıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yok 2. Var a.) Sıklığı
/ gün/ gün./gün	
2. Kusma a.) Sıklığı b.) Miktarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yok 2. Var a.) Sıklığı b.) Miktarı
/ gün/ gün./gün	
/cc/ cc/ cc.	
3. Ağrı Ağrının sürekliliği; a.) Belirli aralıklı b.) Sürekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Ağrı yok 1. Hafif şiddette ağrı 2. Orta şiddette ağrı 3. Şiddetli ağrı 4. Çok şiddetli ağrı 5. Dayanılmaz ağrı
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. İdrar Yapma Güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yok 2. Var
5. Defakasyon Yapma Güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yok 2. Var
6. Solunum Güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yok 2. Var
7. Yara Yeri Problemi				1. Yok 2. Var
a.) Hemoraji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.) Ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.) Akıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.) Kızarıklık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.) Lokal ısı artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.) Ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**1. YERLEŞİM VE İZLENİM KURULU
LAPAROSKOPİK CERRAHİ GİRİŞİM
KURULU**