LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİRMENİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Cansu Kızıl
161502109

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Eylül, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

CANSU KIZIL'ın "Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçirmenin Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı tezi 26.09.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT (Danışman) (Maltepe Üniversitesi)	.....
Üye	Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR (Maltepe Üniversitesi)	.....

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

26/09/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Cansu Kızıl

Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Doküman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her safhasında sabır, özveri ve verdiği güvenle bilimsel desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt'a,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirme aşamasında sabır ve özverisi ile desteğini esirgemeyen, çalışmamın en büyük destekçisi olan ve her anında yanında olan arkadaşım Uzm. Hemşire Ömercan Aksoy'a,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren ve beni destekleyen arkadaşlarım Av. Ebru Bütün'e, Hemşire Rabia Yılmaz'a, Hemşire Ayşegül İlbasan'a, Uzm. Hemşire Beyzanur Taşan'a, Arş. Gör. Ahmet Koncak'a, Enes Efir'e, Cevat Aslan'a ve çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman varlığını hissettiğim rahmetli dedem Hikmet Kızıl'a, dualarını benden eksik etmeyen babaannem Rabiye Kızıl'a,

Hayatımın her anında yanımda olup sevgileri ile bana güç veren babam Hakan Kızıl'a, annem Gönül Kızıl'a, kardeşim Furkan Kızıl'a ve kuzenim Serpil Ceyhan'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Cansu Kızıl

Eylül, 2019

ÖZ

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİRMENİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Cansu Kızıl
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt
T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019

Bu çalışma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmenin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini, İstanbul'da özel bir üniversite hastanesinde Ocak - Ağustos 2018 tarihinde laparoskopik kolesistetomi ameliyatı olan hastalar, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 125 hasta oluşturdu. Veriler, Hasta Bilgi Formu ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplandı. Bu çalışmanın sonucunda, hastaların laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapıldıktan sonra öz bakım gücü puanları öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve düzenli egzersiz yapan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması yüksek olup, hastaların yaşı arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Laparoskopik Kolesistektomi, Öz Bakım, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF LAPAROSKOPIC CHOLESYSTECKTOMY SURGERY ON SELF CARE AGENCY

Cansu Kızıl
Master Thesis
Department of Nursing
Surgical Nursing Programme
Advisor: Asst. Prof. Seher Yurt
Maltepe University Graduate School of Health Sciences, 2019

This study was conducted in a descriptive research type to determine the effect of laparoscopic cholecystectomy on self-care agency. The population of the study consisted of patients who underwent laparoscopic cholecystectomy between January - August 2018 in a private university hospital in Istanbul. The sample of the study consisted of 125 patients who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. Data were collected using the Patient Information Form and Self-Care Agency Scale. As a result of this study, it was determined that patients had higher self-care agency scores after laparoscopic cholecystectomy surgery than before. The mean score of self-care agency was found to be high in patients who did not have a chronic disease, did not use continuous medication and exercised regularly. As the age of the patients increased, the mean score of self-care agency decreased.

Keywords: Laparoscopic Cholecystectomy, Self Care, Self Care Agency Scale, Nursing.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
1. GİRİŞ 1
1.1. Problem 2
1.2. Amaç 3
1.3. Önem 4
1.4. Sınırlıklar 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Safra Kesesi Anatomisi 5
2.2. Safra Taşı Hastalığı (Kolelitiazis) 6
2.3. Laparoskopik Kolesistektomi 7
2.3.1. Laparoskopik Kolesistektomi Tarihçesi 7
2.3.2. Laparoskopik Kolesistektomide Uygulanan Cerrahi Teknik 8
2.3.3. Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları 9
2.3.4. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları 11
2.3.5. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Bakımı 12
2.3.5.1. Laparoskopik Kolesistektomide Ameliyat Öncesi Bakım 12
2.3.5.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyat Sırası Bakım 14
2.3.5.3. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyat Sonrası Bakım 15
2.4. Öz Bakım 16
2.4.1. Öz Bakım Kavramı 16
2.4.2. Öz Bakım Eksikliği 17
2.4.3. Hemşirelik Sistemi 18

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Geçiren Hastalarda Öz Bakım ve Hemşirenin Rolü……18
3. YÖNTEM **20**
3.1. Araştırma Modeli 20
3.2. Evren ve Örneklem **20**
3.3. Veriler ve Toplanması 21
3.3.1. Hasta Bilgi Formu 21
3.3.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği 21
3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 22
3.5. Araştırmanın Etik Yönü **22**
4. BULGULAR VE YORUMLAR **23**
4.1. Bulgular 23
4.2.Yorumlar 35
4.2.1. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Sosyo -demografik Özelliklerinin Dağılımı 36
4.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması 37
5. SONUÇ 41

5.1. Özet **41**
5.2. Yargı **42**
5.3. Öneriler **42**
EK'LER 44
(EK – 1) Hasta Bilgi Formu 44
(EK – 2) Öz Bakım Gücü Ölçeği 47
(EK – 3) Bilgilendirilmiş Onam Formu 50
(EK – 4) Etik Kurul Onay Formu 52
(EK – 5) Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni 53
KAYNAKÇA **54**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı 23

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması 27

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Safra Kesesi ve Yolları…..……5

KISALTMALAR

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

ÖBGÖ : Öz Bakım Gücü Ölçeği

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

BT : Bilgisayarlı Tomografi

DM : Diabetes Mellitus

USG : Ultrasonografi

Vb : Ve benzeri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

X : Ortalama

SS : Standart Sapma

n : Olgu Sayısı

BKI : Beden Kitle İndeksi

ÖZGEÇMİŞ

Cansu Kızıl

Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

Lisans	2016	T.C. Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı
Lise	2012	Haydarpaşa Bülent Akarcalı Sağlık Meslek Lisesi / Hemşirelik
İlkokul	2008	Faruk Timurtaş İlköğretim Okulu

İş/İstihdam

2019 - Halen	Koşuyolu Aile Sağlığı Merkezi / Hemşire.
2012 - 2019	T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/ Hemşire.

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Türk Hemşireler Derneği 2065/2019 (Üye No)

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : İstanbul, 1994 Cinsiyet: K
Yabancı diller : İngilizce (B2), İsveççe (A1).
GSM / e-posta : 05397439262 / cansuukizil@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1.Problem

Kolelitiazis, oldukça yaygın bir gastrointestinal sistem problemi olup, uzun yaşam süresi beklentisi ve beslenme alışkanlıkları gibi nedenlerle prevalansı artmaktadır ve batın ameliyatlarının sık nedenlerinden biridir. Mortalite oranı düşüktür. Morbidite oranı yüksek olması nedeniyle ekonomi ve sağlık üzerine olan etkileri açısından önemlidir (Çavuş & Çetin, 2013).

Dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kolelitiazis görülme sıklığı toplumlar arasında değişiklikler göstermektedir. Avrupa'da toplam nüfusun yaklaşık % 10-20'sinde görülmektedir. Ülkelere göre yüksek prevalanslı raporlar da bulunmaktadır. Almanya'nın % 19,7'sinde, Norveç'in % 21,9'unda, İsveç'in % 15'inde, ABD'nin % 12'sinde, Çin, Rusya, İran, Hindistan ve bazı Afrika ülkelerinde %1-5 oranında kolelitiazis görüldüğü belirlenmiştir (Aykas & Karasu, 2018; Enochsson, Thulin, Österberg, Sandblom, & Persson, 2013). Ülkemizde ise bu prevalans ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmasına rağmen yılda 40.000-60.000 civarında kolesistektomi yapıldığı tahmin edilmektedir (Uyanıkoğlu & Keşküş, 2013). Dünyada ilk defa, eski Mısır'lılarda safra taşı hastalığı rapor edilmiş, ilk tedavi uygulamaları, Çin (Shennong Bencao Jing) ve Hindistan kaynaklarında bulunmuştur. Günümüzde de halen bazı geleneksel Çin tedavi yöntemleri mevcuttur (Göral, 2015).

Kolelitiazis, oldukça yaygın görülen cerrahi bir hastalıktır (Abraham, Rivero, Erlikh, Griffith, & Kondamudi, 2014). Görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazladır ve ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Obezite, hızlı kilo kaybı, gebelik ve östrojen bilinen risk faktörleridir. Taşın boyutu ve bileşenleri, görüntüleme özelliklerini etkilemektedir. Taş, ne kadar fazla kolesterol ve ne kadar az kalsiyum içerirse, BT'de görülme olasılığı o derece azalmaktadır. Pigment taşları ise, esas olarak bilirübinin kalsiyum tuzlarından oluşur ve %25'den daha az miktarda kolesterol içerir (Özel & Ertürk, 2015).

Semptomatik safra kesesi taşı olan hastalar için günümüzde mevcut tek kanıt temelli tedavi cerrahidir (Enochsson ve ark., 2013). Safra taşı olan hastaların

tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, kolelitiyazisin tıbbi tedavisi ile ilgili yeni bakış açıları halen tartışılmaktadır. Ayrıca safra kesesi taşlarının patogenezi, hastalığın doğal tarihçesi ve toplam maliyetlerin analizi de dikkate alınmaktadır (Portincasa, Di Ciaula, Bonfrate, & OH Wang, 2012).

Laparoskopik kolesistektomi, semptomatik ve komplike safra kesesi taşları için cerrahi seçenek olmaya devam etmektedir ve açık kolesistektomiden daha kısa iyileşme süresi vardır (Abraham ve ark., 2014). Laparoskopik kolesistektominin ameliyat sonrası ağrı, hastanede daha kısa yatış süresi, günlük yaşama daha hızlı dönüş ve daha iyi kozmetik sonuç gibi faydaları vardır (Peetsalu, Kirjanen, Adams, Kirsimägi, & Peetsalu, 2009).

Cerrahi girişim geçiren bazı bireyler, özellikle hasta, sakat ve yaşlılar öz bakımlarını gerçekleştirmede tamamen ya da kısmen yardıma gereksinim duymaktadırlar. Öz bakım, birçok faktörün etkisine bağlı olarak değişmekle birlikte, bireyler yaşamlarının bazı dönemlerinde öz bakımlarını yerine getirememektedirler. (Üstündağ & Zengin, 2008). Bireyler, sağlıkla ilgili etkinliklerde üzerine düşeni gerçekleştiremediğinde öz bakım eksikliği ortaya çıkar ve istenilen öz bakım davranışını geliştirilemez. Böylece birey sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersizlik yaşar (Gül, Üstündağ, & Zengin, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), öz bakımı "bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığı teşvik etme, hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve bir sağlık hizmeti sağlayıcısı desteği olsun veya olmasın hastalık ve sakatlıklarla başa çıkma kabiliyeti" olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2009). Öz bakım; Orem tarafından bireylerin yaşam, sağlık ve refahı sürdürmede kendi adına başlattıkları ve gerçekleştirdikleri faaliyetleri uygulamasıdır. Bireyin faaliyetlerini yerine getirebilme becerisi öz bakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Öz bakım öğrenilen hedefe yönelik bir aktivite olarak tanımlanmaktadır (Gürkan, Gulseven, & Eren, 2013; Hagran & Fakharany, 2015).

Bireylerin hayatlarında belirli zamanlarda, özellikle sağlıkları bozulduğunda kendi bakım ihtiyaçlarını sürdürme konusunda tamamen veya kısmen yardıma ihtiyaç duyarlar ve öz bakım konusunda öncelikli problemleri ortaya çıkar. Kendi kendine bakabilen bireyler öz bakım ihtiyaçlarını yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabilir,

kendi sağlıkları için sorumluluk alabilir ve günlük faaliyetlerini diğerlerinden bağımsız olarak yürütebilirler. Yeterli öz bakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan memnuniyet alma seviyesini de destekler. Öz bakım, hem uygulamada hem de tedavide olumlu bir etki yaratmaktadır. İnsan, çevre, kültür ve günlük yaşamın değerleri gibi birçok faktörle yakından ilişkilidir (Bağ & Mollaoğlu, 2010). Bu nedenle, daha iyi öz bakım, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Pool, Nadrian, & Pasha, 2012).

Literatür taraması sonuçlarına göre, laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyonlara yönelik araştırmalar mevcuttur (Hussain Mir ve ark., 2017; Kapoor, Yasir, Umar, Suri, & Kumar, 2013). Türkiye'de laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda daha çok ağrıya ve laparoskopik kolesistektomiden açık kolesistektomiye geçme nedenlerine odaklanarak yapılmış araştırmalara rastlanmıştır (Karaman Özlü, İnce, & Avşar, 2016; Sözen, Emir, & Bali, 2014). Fakat taranan literatürde, laparoskopik kolesistektomi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi arayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kolelitiazisli hastaların, geçirmiş oldukları cerrahi tedavinin ardından öz bakım güçlerini ve öz bakımlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına katkı sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

Dünyada ve ülkemizde çeşitli hasta grupları ile öz bakım konusu üzerine yapılan araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara örnek olarak, lomber disk hernisi olan, koroner arter bypass cerrahisi olan, hemodiyaliz uygulanan, baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim uygulanan, böbrek nakli yapılan hastalar, vb. gruplar ile yapılan araştırmalar bulunmaktadır (Candan Dönmez, Yavuz Van Giersbergen, Aslan Baslı, Yıldız, & Yıldız, 2019; Muz & Eğlence, 2013; Araújo ve ark., 2015; Gül ve ark., 2010; Üstündağ & Zengin, 2008).

1.2. Amaç

Literatürde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların öz bakım gücünü değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların öz bakım gücünü belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda cevaplanması istenilen sorular şunlardır:

- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmenin öz bakıma etkisi nasıldır?

- Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde öz bakım gücü ne düzeydedir?
- Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde öz bakım gücü arasında fark var mıdır?

1.3. Önem

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmenin öz bakıma etkisi ile ilgili literatürde daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile birlikte ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların öz bakım yeterliliklerinin incelenmesi, cerrahi hemşireliği alanına ve hasta yararına katkı sağlayacağı düşünülmektektir.

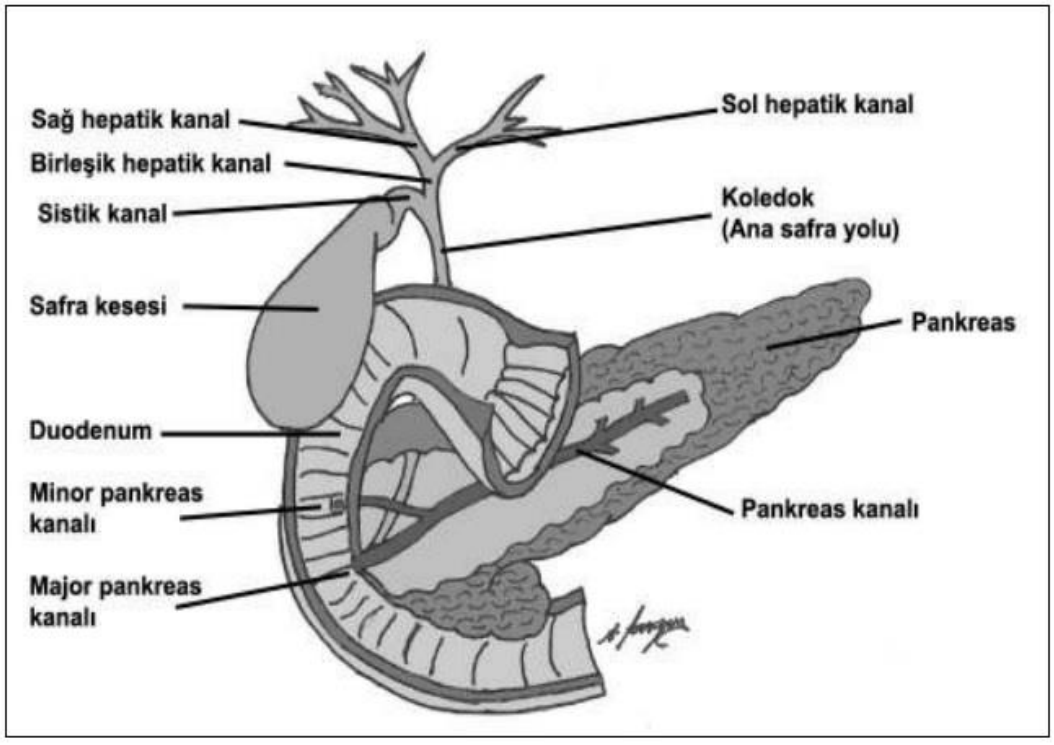
1.4.Sınırlılıklar

Araştırma, T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan, örneklem seçim kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarla sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları, sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilmektedir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1.Safra Kesesi Anatomisi

Safra kesesi, dört anatomik parçadan oluşan, her iki karaciğer lobunun arasına yerleşmiş ince duvarlı bir kesedir. Bölümleri ise fundus, korpus ve infundibulum ve collumdur. Anatomik olarak insan safra kesesi, köpekler, kediler, keseli sıçanlar, deney fareleri gibi çoğu memeli türüne oldukça benzerdir (Behar, 2013). Safra kesesinin histolojisi, tek bir epitel hücre tabakası olan bir mukoza, bir lamina propriya, gastrointestinal sistemin muskularis mukozasını andıran tek bir kas tabakası ve bir serosal tabakadan oluşur (Odze & Goldblum, 2009). Epitel tabakası, hidrofobik safra tuzları içeren safralarını konsantre eden suyu ve elektrolitleri emer (Behar, 2013). Genel olarak, safra kesesinin büyüklüğü 7 - 10 cm arasında ve genişliği 2,5 - 3,5 cm arasında değişmektedir. Orta derecede bir safra kesesinin hacmi yaklaşık olarak 30 - 60 ml arasındadır. Ayrıca, safra kesesinin hacmi, hızlı halde konsantre safranın depolanması ile yemek sonrası boşalmasından sonra küçülmesinden dolayı önemli ölçüde değişir (D. Q. Wang, Neuschwander-tetri, & Portincasa, 2016).



Şekil 1: Safra Kesesi ve Yolları (Songur, Çağlar, Gönül, & Özen, 2009).

Safra kesesinin görevi, gerektiğinde kullanılmak üzere safrayı konsantre edip depolamaktır. Sindirimin ilk bir saati içinde safra kesesi, içindeki safranın 2/3'ünü boşaltır ve sindirim boyunca kasılı kalır. Safranın görevi, yağlı ve kolesterolden zengin yiyecekleri çözünür hale getirmek ve barsaklardan emilimini kolaylaştırmaktır. Safra içinde başlıca safra tuzları, safra pigmentleri (bilirubin, biliverdin), kolesterol, fosfolipid (lesitin) ve plazma elektrolitleri yer alır. Safrayla günlük 1-2 gram kolesterol salgılanır. Safra kesesinde konsantre edilen kolesterol bazı anormal durumlarda çökerek safra taşı oluşturabilir (Üçok, Mollaoğlu, Genç, Akkaya, & Şener, 2010).

Safra kesesinin en sık görülen hastalıkları; kolelitiazis ve kolesistittir. Kolesistit, akut taşlı kolesistit, akut taşsız kolesistit ve kronik kolesistit olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir. Safra kesesinin görülen diğer hastalıkları da safra kesesi torsiyonu,safra kesesi karsinomu, porselen safra kesesi, adenomyomatozisdir (Ateş & Ünal, 2016; Özel & Ertürk, 2015).

2.2. Safra Taşı (Kolelitiazis) Hastalığı

Safra kesesi taşı dünyada yaygın bir hastalık olup batı dünyasında toplumun %10-15'ini etkilemektedir. Safra kesesi taşı gelişimi için en önemli risk faktörleri; yaş, cinsiyet, obesite, hızlı kilo alıp verme, diyet, ilaçlar, ailesel yatkınlık, günlük yaşamsal aktivite tarzı, hormon tedavisi veya oral kontraseptifler sayılabilir. Bunun yanında gebelik ve gebelik sayısı da risk faktörü olarak daha az önemli olmakla birlikte risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Abraham et al., 2014; Çatal, Özer, Şit, Bolat, & Erkol, 2019).

Kolelitiazis veya safra kesesi taşları, tüm gastrointestinal rahatsızlıkların en yaygın ve maliyet açısından fazla etkileyen hastalıklardan biridir. Safra kesesi taşları, kolesterol monohidrat kristallerinden oluşan doygun safranın çökeltilmesiyle veya polimer kalsiyumun "siyah pigmenti" ile oluşan katı kireç taşıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde safra kesesi taşlarının % 80'inden fazlası ana bileşeni olarak kolesterol içermektedir. Son yirmi yılda, bu durumun epidemiyolojisi ve risk faktörleri hakkında çok şey bilinmekte ve ilerleme kaydedilmektedir. Safra kesesi taşları yüksek kalorili diyetler, tip 2 DM, dislipidemi, hiperinsulinizm, obezite ve metabolik sendrom ile ilişkilidir. Ağrı karakteristik olarak sabittir, genellikle orta şiddetlidir, karın bölgesinin

epigastriyumunda veya sağ üst kadranında bulunur, 1-5 saat arası sürer ve yavaş yavaş azalır (Abraham ve ark., 2014).

Belirtiler ve Teşhis

Hastaların yaklaşık % 35'inde asemptomatiktir, abdominal cerrahi sırasında, USG veya batın BT sırasında tespit edilir. Semptom veren olgularda, sağ üst kadran ağrısı mevcuttur ve genellikle ağır yemeklerden sonra başlar, yavaş yavaş artar, kesilmeden bir kaç saat sürebilir. Bulantı ve kusma, ağrıya eşlik edebilir. Karında şişkinlik ve geğirme de gözlenebilir. Safra taşları, genellikle asemptomatik hastaların % 10 - 20'si tanıyı takip eden 5 - 20 yıl içinde semptomatik hale gelir (Abraham et al., 2014; Moon, Howe, McGinty, & Gerber, 2018).

Kolelitiazisin Tedavisi

Günümüzde kolelitiazisin tedavisinde medikal, cerrahi (laparoskopik, transgastrik, transkolonik, transvajinal kolesistektomi, transumblikal kolesistektomi) ve endoskopik tedaviler (ERCP ile koledok taşlarında) kullanılmaktadır (Göral, 2015).

2.3. Laparoskopik Kolesistektomi

2.3.1. Laparoskopik Kolesistektomi Tarihçesi

İsveçli Cerrah Jacobaeus tarafından ilk kez insanlara yapılan laparoskopi; Profesör Kurt Semm'in 1960'lı yıllarda laparaskopik teknikleri geliştirmek amacıyla yaptığı çalışmalar ile kullanımı yaygınlaşmıştır (Antoniou, Antoniou, Antoniou, & Granderath, 2015; Taye, Fazal, Pegu, & Saikia, 2016). Laparoskopi, daha önceleri jinekolojik cerrahilerde kullanılırken, ilk laparoskopik kolesistektomiyi 12 Eylül 1985'te Erik Mühe Almanya'da gerçekleştirmiştir (Blum & Adams, 2011). Erik Mühe meslektaşları tarafından yoğun bir şekilde eleştirilmiş ve hastalarından birinin ameliyat sonrası miyokard infarktüsünden ölmesi üzerine bu işlemi bırakması için zorlanmıştır. Buna rağmen safra kesesi hastalıklarına minimal invaziv yaklaşım diğer cerrahlar tarafından laparoskopik kolesistektominin potansiyeli görülerek kabul görmüştür (Yazıcıoğlu, Türel, & Arıkan, 2008).

1987'de Fransız cerrah Philippe Mouret ve arkadaşları kendi laparoskopik kolesistektomi yöntemlerini tanımlamışlardır. 1988'de Eddie Reddick ve Douglas Olsen benzer tekniği birbirlerinden bağımsız olarak Kuzey Amerika'da gerçekleştirmişlerdir (Yazıcıoğlu ve ark., 2008). Ülkemizde ise laparoskopik kolesistektomi, ilk olarak 30 Ekim 1990 tarihinde, Okmeydanı Hastanesinde, Prof. Dr. Ergun GÖNEY tarafından gerçekleştirilmiştir (Cengiz, İlhan, Yakan, & Zengel, 2013).

2.3.2. Laparoskopik Kolesistektomide Uygulanan Cerrahi Teknik

Son 30 yılda laparoskopik prosedürler çoğu cerrahi hastalıkta standart hale gelmiştir. Abdominal ve pelvik laparoskopik cerrahinin yükselişi tıbbi uygulamada gerçek bir devrim olmuştur. Minimal invaziv yaklaşım kavramı, daha hızlı iyileşme, daha kısa hastanede kalış süresi ve çok daha üstün estetik sonuçlar gibi tüm avantajlarıyla uluslararası cerrahi topluluğu arasında gittikçe daha fazla destek kazanmaktadır. Büyük bir insizyonun büyük bir cerrahi olduğu anlamına gelen eski paradigma dramatik bir şekilde değişmiştir (Ferreira & Ferreira, 2015).

Günümüzde laparoskopik girişimler tüm konvansiyonel cerrahi ameliyatların yerini alacak düzeye gelmeye başlamıştır. Açık cerrahi ile yapılan tüm operasyonlar laparoskopik yöntemle mümkün olabilmektedir (Cengiz ve ark., 2013). Kullanılan ekipman ve aletler, yıllar içinde büyük ölçüde gelişmiştir. Cerrahların taleplerini takiben, artan yatırım ve daha iyi araçlarla ilgili araştırmalar, hastalar için daha düşük risk ve daha yüksek güvenlik sunan, daha sofistike ve verimli ekipmanlar sağlamıştır (Ferreira & Ferreira, 2015).

Başarılı bir laparoskopi için düzenli ve iyi donanımlı bir ameliyathane gereklidir. Ameliyat ekibi ve ameliyathane personeli, kullanılan aletleri ve işlevlerini iyi bilmelidir. Ameliyat ekibi, kullanılan aletin hareket mekanizmasının farkında değillerse, bu durum sadece hastalar için risk değil, aynı zamanda cerrahın endişe ve yorgunluğunu da artırarak ameliyatın düzgün ilerlemesine engel teşkil edebilirler. Her enstrüman periyodik olarak kontrol edilmelidir. Laparoskopinin en önemli faydalarından biri, optikler ve yüksek çözünürlüklü kameraların sunduğu büyütülmüş görüntüdür ve böylece anatomik yapıları ve diseksiyon planlarını daha iyi tanımlar (Ferreira & Ferreira, 2015).

Laparoskopik kolesistektomide kulanılan donanımlar; cerrahi ünitesi, monitör, aspiratör, videoskopik cerrahi seti, insüflatör, ışık kaynağı, kamera kontrol ünitesi, teleskop, operasyon masasıdır (Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017).

Gereçler; insüflatör iğnesi, trokarlar, grasper, disektör, makas elekto koter uçları ve bipolar, aspirasyon ve irigasyon gereçleri endo klipler, endo stapler, süturlar, extra corporeal sütur, intra corporeal sütur, zumi gibi manipülasyon gereçleridir. Aletler grubunda ise çamaşır pensi, portegü, spekülüm, tenekülüm, sondalar, iplik makası, novac küret, dişli/dişsiz penset, bistüri sapı, ring forsepes, mosqito, tas ve küvetler sayılabilir (Eti Aslan ve Yıldız Fındık 2017). Kullanılacak tüm alet ve cihazlar kontrol edilerek, çalışır durumda olduğundan emin olunmalıdır (Eti Aslan & Yıldız Fındık, 2017; Ferreira & Ferreira, 2015).

Kolesistektomi ve tekniğinin esasını oluşturan işlemler, sistik kanal ve damarların civar yapılara zarar verilmeden ortaya konularak bağlanıp kesilmesi ve karaciğer yatağından safra kesesinin ayrıştırılması, laparoskopik yöntemde dokunma hissinden yoksun olarak ve monitör ekranına aktarılan büyütülmüş iki boyutlu görüntüye bakılarak gerçekleştirilmektedir (Avcı & Avtan, 2009).

2.3.3 Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları ve Dezavantajları

Laparoskopik Kolesistektominin Avantajları

Laparoskopik cerrahi veya minimal invaziv cerrahi son yıllarda artan sayıda tedavi için tercih edilen bir prosedürdür. Laparoskopik cerrahide bir cerrah, kamera izlemeli bir teleskopun ve iki veya daha fazla ince cihazın girişine izin veren üç veya daha fazla trokar (port) içinden aletleri karın boşluğuna kullanarak cerrahi işlem gerçekleştirir. Bu trokarlar yaklaşık 10 mm çapında olup küçük insizyonlar olması nedeniyle laparoskopik cerrahi hastalarına birçok fayda sağlamıştır. Ağrının azalması, daha kısa iyileşme süresi, hastanede kalış süresi ve normal olarak fizyolojik belirteçlerin daha erken iyileştiği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Laparoskopik yaklaşım açık cerrahi ile karşılaştırıldığında, ek bir cihaz ve teknik destek (ışık kaynakları, kamera, kontrol ünitesi, yalıtkan, video ekranları vb.) gerektirir. Bu nedenle, laparoskopik cerrahi, hastalar için oldukça avantajlıdır. Bununla birlikte, böyle bir ameliyat

gerçekleştiren cerrahın yüksek bir cerrahi beceriye sahip olması gereklidir (Lin & Chen, 2013; Peetsalu ve ark., 2009).

Laparoskopinin en önemli faydalarından biri de optikler ve yüksek çözünürlüklü kameraların sunduğu büyütülmüş görüntüdür ve böylece anatomik yapıları ve diseksiyon planlarını daha iyi tanımlar. Bu gelişmiş görüntü ile genellikle daha kesin bir cerrahiye izin verirken, daha iyi hemostaz ve muhtemelen daha az ameliyat sonrası adezyonlara sebep olur (Ferreira & Ferreira, 2015).

Kolesistektomi uygulanmaya başlandığı zamandan beri semptomatik safra kesesi taşı hastalığı olan hastaların elektif tedavisi için tercih edilen bir yöntem olmuştur. Akut kolesistit, safra kesesi taşı hastalığının bilinen bir komplikasyonudur. Yıllar boyunca, akut kolesistitin primer olarak konservatif olarak tedavi edilebildiği ve ardından gecikmiş elektif kolesistektominin takip edildiği iddia edilmiştir. Son yıllarda, akut hastanede kalış sırasında akut kolesistit için erken kolesistektominin güvenli ve maliyet etkin olduğunu gösteren kanıtlar toplanmıştır. Bununla birlikte, erken laparoskopik kolesistektominin çekici, uygulanabilir ve güvenli bir tedavi stratejisi olduğunu göstermek için laparoskopik cerrahide büyük deneyime sahip merkezlerden elde edilen veriler ortaya çıkmıştır. Son zamanlarda yapılan meta-analizler, erken laparoskopik kolesistektominin güvenli olduğu ve toplam hastanede kalış süresini azalttığı sonucuna varmıştır (Blohm ve ark., 2016).

Laparoskopik cerrahi açık cerrahiye göre; enfeksiyon riskinin düşük, karın içi yapışıklıklarının, morbiditenin, kesi yeri fıtıklarının, ameliyat sonrası ağrının ve doku travmasının daha az olması, iyileşme ve hastanede kalış süresinin kısa olması, ameliyat sonrası daha iyi konfor veyaşam kalitesi sağlama, günlük yaşama ve normal aktivitelere daha çabuk dönme, kozmetik sonuçların daha iyi ve bağışıklık sisteminin daha az baskılanması gibi birçok avantajları vardır. Laparoskopik cerrahi bu avantajları sayesinde 10 yıl gibi kısa bir sürede altın standart tedavi olarak kabul görmüştür (Akgün, 2011).

Laparoskopik Kolesistektominin Dezavantajları

Laparoskopik cerrahinin daha pahalı olması, daha fazla donanım, uzun öğrenim süreci, cerrahi deneyim gerektirmesi, dokunma hissinin olmaması, üç boyutlu görüntü eksikliği, cerrahi aletlerin sınırlı hareket imkanı ve küçük fizyolojik el tremorlarının kamera sisteminde büyük oynamalar şeklinde yansıması gibi birtakım olumsuz etkenler laparoskopik cerrahinin birçok alanda kullanımını yavaşlatmıştır (Akgün, 2011).

2.3.4. Laparoskopik Kolesistektomi Komplikasyonları

- Port girişi sırasında karın ön duvarı kanaması ve karın içi organ yaralanması
- Duodenum ve diğer bağırsak yaralanmaları
- Sağ hepatik arter yaralanması, kliplenmesi
- Operasyon bölgesinde sıvı birikimi veya abse
- Ölüm, tekrar ameliyat ve transfüzyon gerektirecek kanama, koledokolityazis, biliyer kanal hasarı ve safra sızması, sistik kanal ve safra kesesi kalıntısı, oddi sfinkter disfonksiyonu, biliyer ascariazis.
- Postkolesistektomi sendromu (Kolesistektomi sonrası ortaya çıkan abdominal ağrı, bulantı ve kusma gibi gastrointetinal semptomlardır).
- Mirizzi sendromu (Safra kesesi boynu veya sistik kanala yerleşen bir taş koledoğa yandan bası yaparak tıkanma yapmasıdır).
- Ana hepatik kanalın mekanik tıkanıklığı
- Safra reflüsüne bağlı mide ve özofagus mukozasında hasar oluşması
- Konvansiyonel veya laparoskopik yolla yapılan safra kesesi operasyonlarından sonra safra kesesinin depo fonksiyonu ortadan kalkar. Karaciğerden salınan safra sürekli ve kontrolsüz bir biçimde duodenuma akar. Zaman zaman safralı duodenum sıvısı mideye geri kaçar. Reflü olan bu safralı sıvı, özellikle açlık dönemlerinde korumasız mide mukozasına ulaşır. Toksik safra asitleri; kolik asit, kenodeksikolik asit, litokolik asit ve deoksikolik asit mide ve özofagus mukozasına etki ederek ciddi hasar oluşturabilir (Emre ve ark., 2016; Uyanıkoğlu & Keşküş, 2013).

Safra kanalı yaralanması, laparoskopi ile ilişkili komplikasyonlar, daha proksimal olma ve sıklıkla eşlik eden vasküler yaralanma ile ilişkili olmaları nedeniyle karmaşık olma eğilimindedir. Bu durum, barsak ve majör retroperitoneal vasküler yaralanma gibi periton boşluğuna erişim sırasında meydana gelen yaralanmalarla birlikte morbiditeyi %

2,9'a yükseltmiştir (Machado, 2011). Laparoskopik kolesistektomi her ne kadar hastanın yaşamını güvence altına alınarak yapılsa da; gaz embolisi, vagal reaksiyon, ventriküler aritmiler, hiperkapni ve asidoz gibi pnömoperitenial komplikasyonlar; trokar yerleştirilmesi sırasında mesane, aort, iliak arter, vena kava yaralanması, mide bağırsak perforasyonu, abdominal duvar yaralanmaları veya yara enfeksiyonları, işlemin uygulandığı bölgeye özgü sekonder komplikasyonlar işlem sırası ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlardır (Nordin ve ark., 2011).

Risk Faktörleri

Safra taşı oluşumunda bilinen başlıca risk faktörleri şunlardır;

- Yaş (40yaşından sonra safra taşı oluşumu 4-10 kat arası artar)
- Cinsiyet (Kadın olma)
- Oral kontraseptifler
- Obezite
- Hızlı kilo kaybı
- Yağlı beslenme
- Diyabet
- Uzun süreli açlık
- Total parenteral nutrisyon uygulanması
- İleal rezeksiyon
- Hemolitik durumlar
- Karaciğer sirozu
- Safra kanalı stazı (biliyer striktür, konjenital kistler, pankreatit, sklerozan kolanjit) yapan durumlar
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Vagotomi
- Hiperlipidemi
- Gebelik (Ateş & Ünal, 2016; Göral, 2015).

2.3.5. Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi ve Sonrasına İlişkin Bilgiler

2.3.5.1. Laparoskopik Kolesistektomide Ameliyat Öncesi Bakım

Her hastanın planlı ameliyata cevabı çok değişkendir. Hemşirelik bakımı planlanırken ve uygulanırken bireysel, psikolojik ve fiziksel farklılıkları, cerrahi tipini ve ihtiyacını çevreleyen koşullar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya bakım planlamadan önce, anamnez alınarak ve fizik muayane yapılarak değerlendirme yapılır (LeMone, 2017).

Ameliyat öncesi değerlendirme, hastalar için hazırlığın ayrılmaz bir parçasıdır. İyi bir değerlendirme, ameliyat günü yapılan iptalleri azaltmakta, hastanın hastaneye yatış tecrübesini arttırmakta ve komplikasyon ve ölüm oranlarını azaltmaktadır.

Hasta değerlendirmesi, hasta ilk geldiğinde tamamlanır. Bu değerlendirme, hastanın mevcut sağlık durumunun değerlendirilmesini, cerrahi prosedürün etkisinin ve prosedürün elde etmesi beklenen sağlık yararlarını içerir. Hemşirelik değerlendirmesi yapılırken, hastanın tüm yönlerini, sağlık ihtiyaçlarını, kişisel tercihlerini, yaşam tarzı seçimlerini ve sosyal koşulları göz önünde bulundurarak değerlendirme ve bakım planlanmalıdır.

Ameliyat öncesi bakım şunları içermelidir;

- Her hastaya önerilen prosedürleri ve yapılması gereken müdahaleler hakkında tam olarak bilgi verilmesini sağlamak.
- Hasta öyküsü almak, yaşam bulgularını kaydetmek, kan testleri ve ameliyat için gerekli tanı testlerinin yapılmasını sağlamak.
- Her hasta için risk seviyesini belirlemek.
- Solunum işlevi, beslenme ve sıvı durumu, gastrointestinal sistem, üriner sistem işlevleri, emosyonel durum değerlendirilmesi yapmak.
- Her hastanın kendi kişisel riskini anlamasını sağlamak; böylece ameliyat kararı konusunda bilinçli davranmasını sağlamak.
- Birlikte bulunan tıbbi hastalıkları tespit etmek ve operasyonun aciliyetini göz önünde bulundurarak her hastayı en iyi şekilde hazırlamak.

- Perioperatif dönemde komplikasyon riski yüksek olan hastaları tanımlamak ve uygun ameliyat sonrası bakım seviyesini tanımlamak (günü birlik, kritik, yoğun bakım gibi).

- Taburculuk planı yapmak.

- Hastalara ameliyat öncesi bilgiler verildikten sonra onam formu imzalatmaktır. Form imzalatılmadan önce hastanın psikoaktif ilaç alıp almadığından emin olunmalıdır (Eti Aslan & Yıldız Fındık, 2017; LeMone, 2017).

Cerrahi, önemli ve stresli bir olaydır. Ameliyatın yapısından bağımsız olarak kişi ve aileleri endişeli olurlar. Hemşireler, hem sözel hem de sözel olmayan aktif mesajları dinleme becerisi, hasta ve ailesi için güvene dayalı bir ilişki kurması için zorunludur. Terapötik iletişim, kişinin korkularını ve becerilerini tanımlamasına yardımcı olur. Hemşire daha sonra kaygı seviyelerini azaltmak için hemşirelik müdahaleleri ve destekleyici bakım planlayabilir ve perioperatif dönemde karşılaşılan stresörlerle başarılı bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir (LeMone, 2017).

2.3.5.2 Laparoskopik Kolesistektomide Ameliyat Sırası Bakım

Ameliyat sırasındaki evre, kişi ameliyathaneye girdiğinde başlar ve derlenme odasına transfer edildiğinde biter. Bu aşamada hemşirelik bakımı, hastayı ve çevresini güvende tutmaya, fizyolojik izleme ve psikolojik destek sağlamaya odaklanır. Ameliyatla ilgili tehlikeler, insanlar için bir cerrahi güvenlik kontrol listesi kullanılarak en aza indirilebilir. DSÖ (2009), "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" girişimi geliştiren Dünya Hasta Güvenliği İttifakı'nı kurmuştur. Bu program, Avustralya dahil birçok ülkede kabul edilen bir Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hazırlamıştır. Bu kontrol listesine dahil olmanın etkinliğini değerlendirmek için çok sahalı bir çalışma yapılmış ve uygulanmasının bir sonucu olarak morbidite ve mortalitede önemli düşüşler olduğunu bildirmiştir. Kontrol listesi üç aşamadan oluşur: Giriş, zaman aşımı ve çıkış, tüm cerrahi ekibin üyelerinin kritik noktalara katkıda bulunmalarını gerektirir: anestezi uygulanmadan önce, insizyondan hemen önce ve hasta ameliyathaneye transfer edilmeden öncedir. Avustralya'da bu güvenli cerrahi protokolün daha kısa bir

versiyonunun uygulanmasının yapıldığı bir çalışmada kullanılmış ve bu protokole uygunluğunun arttığı bildirilmiştir (LeMone, 2017).

İntraoperatif dönemde hasta bakımında birincil sorumluluğa sahip olan ameliyathane hemşiresi bireysel hasta gereksinimlerini karşılamak, etkili ve kaliteli bir hizmet verebilmek amacıyla hemşirelik bakımını planlar ve uygular. Diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yaparak hasta bakımında sürekliliği sağlar. Bu bağlamda ameliyat sırası dönemde, hemşire hastanın fiziksel bakımından (ağrı ve vücut sıcaklığı yönetiminden, uygun pozisyon vermeden), hastayı bilgilendirmeden, hastaya psikolojik destek sağlayarak güvenli çevrenin oluşturulmasından ve en kısa zaman diliminde biyofizyolojik, sosyokültürel ve psikolojik olarak kendine yeterli duruma gelmesinden sorumludur (Eyi, Kanan, Akyolcu, Akın, & Acaroğlu, 2016).

2.3.5.3. Laparoskopik Kolesistektomide Ameliyat Sonrası Bakım

Hastanın ameliyat sonrası bakımı dikkat ve ekip çalışması gerektirir. Eğitimli sağlık çalışanları, özel tasarlanmış fiziksel çevre ve uygun ölçüde donanım ve eşyalar işlemin başlangıç aşamalarıdır. Uyku apnesi, ciddi astım, konjestif kalp yetmezliği gibi eşlik eden sorunları olan hastalar kardiyopulmoner monitörizasyon için birkaç gün yoğun bakım ünitesinde kalabilirler. Yoğun bakım ünitesinde kalma süreleri, hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrasına, sağlık öyküsüne, ameliyatın tipine, anesteziye yanıtına ve diğer ilaçlara bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Dolgun & Yavuz, 2010).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı; kardiyovasküler fonksiyonu sürdürme, solunum sistemi fonksiyonunu sürdürme, yeterli beslenme ve eliminasyon sağlama, sıvı-elektrolit dengesini sürdürme, yeterli renal fonksiyonu sürdürme, istirahat ve güvenliğin sağlanması, erken hareket ve ambulasyonun sağlanması, yara iyileşmesini sağlama, psikolojik destek sağlama, komplikasyonları önleme şeklinde olmaktadır (İzveren & Dal, 2011).

Hastaya ameliyattan sonra yatağında uygun pozisyon verilir. Erken mobilizasyon sağlamak, akciğer ventilasyonu ve dolaşıma yardımcı olarak ameliyat sonrası komplikasyon riskini azaltır. Dondurulmuş gıdalardan, normal gıdaya kadar hastanın tolere edebileceği düzeyde oral gıda alımı sağlanır. Hastaya ağrı yönetimi,

insizyon bakımı, aktivite düzeyi ve ameliyat sonrası dönemdeki kontrol zamanları öğretilir. Erken taburculukta hasta ve aile, ameliyat sonrası bakımın büyük bölümünün sorumluluğunu üstlenir. Hastanın ve ailenin bu bakım ve beklenen ihtiyaçları açık bir şekilde anlamaları, kaygıyı ve ameliyat sonrası komplikasyon riskini azaltır. Ağrı kontrolünü ve insizyon bölgesi kontrolünün yeterliliğini değerlendirmek için hasta taburcu olduktan 24 ile 48 saat sonra takip edilir. Taburculuk sonrası hasta ile iletişim, bakımın değerlendirilmesi ve verilen eğitimin güçlendirilmesi için bir fırsat sağlar. (LeMone, 2017)

2.4. ÖZ BAKIM

Öz bakım modeli birbiriyle ilişkili üç teori içerir: Öz bakım teorisi, öz bakım eksikliği teorisi ve hemşirelik sistemleri teorisidir (Barroso, De Brito, Galvão, & De Oliveira Lopes, 2010).

2.4.1. Öz Bakım Kavramı

Öz bakımın temel kavramları; öz bakım, öz bakım gücü, öz bakım gereksinimleri (evrensel, gelişimsel ve sağlık sapması) ve terapötik öz bakım gereksinimidir (Hagran & Fakharany, 2015).

Orem'e göre öz bakım "bireylerin yaşam, sağlık ve refahı sürdürmede kendi adına başlattıkları ve gerçekleştirdikleri faaliyetlerin uygulamasıdır (Hagran & Fakharany, 2015). Orem'e göre öz bakım gücü; "sağlık ve iyilik durumunun korunmasını, sürdürülmesini ve geliştirilmesini sağlayan öz bakım aktivitelerini yapabilmek için gerekli bilgiye ve beceriye sahip olmayı içeren çok boyutlu bir kavram" olarak tanımlanmıştır (Sis Çelik & Aksoy Derya, 2019). Terapötik kişisel bakım gereksinimleri, bir dizi teknolojiyi kullanarak bir dizi kişisel bakım gereksinimini karşılamak için gereken eylemin toplamını temsil eder (Hagran & Fakharany, 2015).

Orem'e göre öz bakım gereksinimleri; evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç grupta toplanır (Dereli Yılmaz & Kızılkaya Beji, 2010). Bunlar, birey veya bir üçüncü tarafça gerçekleştirilen öz bakım eylemleriyle elde edilecek hedefler olarak tanımlanabilir, yani teoride tanımlanan ihtiyaç gruplarına karşılık gelir (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan yeterli hava, su, beslenme ihtiyaçlarının sürdürülmesi, boşaltım ve dışkılama ile ilgili bakımının sağlanması, aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim gibi durumlar arasındaki dengenin sağlanması; iyilik halinin sürdürülmesi ve fonksiyonelliğin geliştirilmesi gibi temel istek ve gereksinimleri kapsar (Çelik & Yıldırım, 2016).

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Yaşam döngüsünün çeşitli aşamalarında meydana gelen gereksinimler olarak tanımlanabilir. Bu gereksinimler; adölesan dönemde, gebelik döneminde ve yaşlılıkta ortaya çıkabilen gereksinimlerdir. Örneğin gebelik döneminde bireyin beslenme şeklinde değişiklik olur. Demir ve kalsiyum gereksinimi artar (Avdal & Kızılcı, 2010).

Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri

Orem'e göre bireyler kendilerini etkileyen sağlıktan sapma durumunda öz bakım gereksinimlerini karşılamada herhangi bir yetersizlik hissetmedikçe hemşireliğe gereksinim duymayacaktır. Birey, sağlığı bozulur ve gereksinimlerini karşılamayacak duruma gelirse hemşirelik bakımına gereksinim duyar (Çelik & Yıldırım, 2016).

Sağlıktan sapmada öz bakım gereksiniminin özellikleri, zamanla uzayan durumlar olarak, bireylerin hastalık sürecinde yaşadıkları hemşirelik bakımı ihtiyaçlarını belirler (Queirós ve ark., 2014).

Öz bakım, hastaların tedavi uyumu ve sağlıklı davranışlarını ifade eder. Örneğin, tavsiye edildiği şekilde ilaç almak, az tuzlu bir diyet yemek ve düzenli olarak egzersiz yapmak öz bakım davranışları olarak sayılabilir (Mei, Tian, Chai, & Fan, 2019). Farmakolojik olmayan bir tedavi olarak öz bakım, hastaların fizyolojik ve psikolojik durumlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir süreçtir (Z. Wang, Yin, & Jia, 2019). Öz bakım, "çok boyutlu, çok yönlü bir amaca yönelik bağlılık sürecidir ve sağlığı ve işleyişini arttırma refahını arttırır." Tarihsel olarak, öz bakım tıbbi rahatsızlıklara yönelik fiziksel aktiviteler olarak görülmüştür (Miller, Cooley, Owens, Fletcher, & Moody, 2019).

2.4.2. Öz Bakım Eksikliği

Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi, hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan teorilerden biridir (Avdal & Kızılcı, 2010). Bireyin öz bakım gücünün, öz

bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. Orem, öz bakım hemşireliği eksiklik teorisinde 5 yardım yöntemini şu şekilde tanımlamıştır:

- Diğerleri için hareket etmek veya yapmak,
- Diğerlerine rehberlik etmek,
- Diğerini desteklemek (fiziksel veya psikolojik),
- Gelecekteki talepleri karşılamak için kişisel gelişimi teşvik eden bir ortam sağlamak,
- Diğerlerine öğretmek (Barroso ve ark., 2010).

2.4.3.Hemşirelik Sistemleri Teorisi

Orem, hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılamak için hemşirelik sisteminin 3 sınıflandırmasını tanımlamıştır:

1) Bireylerin kendileri için bakamadıkları durumlarda ihtiyaç duydukları tamamen telafi edici hemşirelik sistemi.

2)Bireylerin öz bakım eylemlerinin hepsini değil, bazılarını gerçekleştirebilecekleri kısmen telafi edici hemşirelik sistemi.

3)Bireylerin öz bakım gücü gelişimine katılırken tüm öz bakım eylemlerini gerçekleştirebilecekleri destekleyici ve eğitsel hemşirelik sistemidir (Barroso ve ark., 2010; Hagran & Fakharany, 2015).

2.5. Laparoskopik Kolesistektomi Geçiren Hastalarda Öz Bakım ve Hemşirenin Rolü

Felipe ve arkadaşları (2014), öz bakımı bireylern günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi için yeterli hava, su, beslenme, dışkılama, boşaltım, aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim, iyilik halinin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi gibi temel istek ve gereksinimler olarak tanımlanmıştır. Öz bakım, bireyin kişisel yaşam koşullarını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendi üzerlerine düşen görev ve sorumluluklarını yerine getirmesidir.

Hemşire, yaşamın sürdürülmesi, hastalık nedeniyle gelişen travma ve bunların etkisiyle baş etmede ve hastanın sağlığını normalde olduğu durumuna döndürmede öz bakım gereksinimlerini sağlama ve geriye döndürmeden sorumludur (Karadağlı & Ecevit Alpar, 2017). Bu nedenle hemşire bakımından sorumlu olduğu hastalarını öz bakım gücü

yönünden desteklemeli, ihtiyaçlarını hastalarla birlikte belirlemeli ve bu konuda eğitimler planlanmalıdır. Hastaların öz bakım gücünün geliştirilmesi için sağlık bilgisi, kendi sağlığını koruma ve geliştirmede motivasyonu artırıcı etkinliklerin planlanması, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili sorunlarla başa çıkabilmelerine yardımcı olmak amacıyla hastanelerde rehberlik/danışmanlık hizmetlerinin verilmesi sağlamalıdır (Aydın Bektaş & Akdemir, 2009).

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalarda, öz bakım aktivitelerini desteklemek için hasta ile anksiyeteyi azaltan ve iyileşmeyi destekleyen etkin bir iletişim kurulmalıdır. Hastaya insizyon, pansuman bakımı uygulamalı olarak öğretilmelidir. Tedavi planı hakkında hasta bilgilendirilmeli ve yağ oranı az beslenmeyi sürdürmesi ve diyare oluşumunu arttıran yiyeceklerden sakınması konusunda uyarılmalıdır. Koyu renk idrar, cilt ve sclerada sarılık, açık renk gaita, midede ekşime, şişkinlik ve enfeksiyon belirtilerinin izlenmesi hasta ve ailesine anlatılmalıdır (Eti Aslan & Yıldız Fındık, 2017).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, laparaskopik kolesistektomi girişimi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası öz bakım gücünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma, Ocak 2018 ile Ağustos 2018 arasında, T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servisinde yapıldı.

Araştırma evrenini T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde ameliyat öncesi dönem laparoskopik kolesistektomi hastaları oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, G – Power 3.1.9.4 programı ile etki büyüklüğü 0,5, alfa 0,05 güç 0,80 (difference betweens two dependent means) alındığında 100 olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemine, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım izni alınan ve araştırma kriterlerine uyan hastalar alındı. Araştırmanın örneklemi, ulaşılabilen 125 kişi ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzerinde olan,
- Ameliyat öncesi dönemde olan,
- Ameliyat sonrası yoğun bakımda yatmayan,
- Tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Bazı hastalarda laparoskopik kolesistektomi planlanmasına rağmen açık ameliyata geçilmesi, ekstra cerrahi işlem uygulanması (herni onarımı vb.), hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınması gibi nedenlerle örnekleme dahil edilmemişlerdir.

3.3. Veriler ve Toplanması

Verilerin toplanmasında hastaların tıbbi öykülerine ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin araştırmacı tarafından oluşturuan "Hasta Bilgi Formu" (EK – 1) ve "Öz Bakım Gücü Ölçeği" (EK – 2) kullanıldı.

Veriler ameliyat öncesi dönemde yüzyüze görüşme yöntemi ile, ameliyat sonrası dönemde ise telefonla aranarak toplandı. Her bir ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürdü. Hastalar ameliyat öncesi dönemde odalarında ziyaret edilip, tanışıldı. "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK – 3) verildi ve hastalardan bu formları okuyup imzalamaları istendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan hastalara bu görüşmede tıbbi öykü ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin "Hasta Bilgi Formu" ve ÖBGÖ formu doldurulduu. Ameliyattan sonraki görüşme için bilgi verilip iletişim bilgileri alındı. Ameliyat sonrası dönemin 7. Gününde ölçek verileri telefonla aranarak Hasta Bilgi Formu'nda bu döneme ait sorulara ve ÖBGÖ'deki maddelere tekrar cevaplar alındı.

3.3.1. Hasta Bilgi Formu (EK – 1)

Gönüllünün tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taraması ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen 25 soruluk form hazırlandı (Chen & Chi, 2015; Koç, 2015).

Formun içerdiği veriler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, öğrenim durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, yaşadığı kişilerin ev işi paylaşma durumu, iş durumu, sağlık güvencesi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanım durumu, hastanede yatış öyküsü, operasyon öyküsü, ameliyat sonrası bakımla ilgilenecek birinin olup olmaması, günlük bakımda birine ihtiyaç duyup duymaması, ameliyat sonrası komplikasyon durumu, ameliyat sonrası yatış süresi, ameliyat öncesi dönemde eğitim alma durumu, aile/sosyal çevreden destek alma durumu ve sigara/alkol/egzersiz alışkanlıklarını belirlemeye ilişkin sorulardır.

3.3.2. Öz Bakım Gücü Ölçeği - ÖBGÖ (EK – 2)

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43

madde halinde geliştirilmiş, 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formdur. Ölçeğin geçerlilik güvenirlilik çalışmasını Nahcivan (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireylerin öz bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan, ve "Beni çok tanımlıyor "yanıtına 4 puan verilir.

Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi –kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur (Nahcivan, 1994).

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 24,0) paket programı kullanıldı.

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığının test edilmesi için "Kolmogorov Simirnov" testi uygulandı. İki bağımsız grubun karşılaştırılması için "Student t testi", üçlü grupların karşılaştırılması için One Way ANOVA testi kullanıldı. Ön test ve son testin farkının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması için ise Paired Samples t Testi kullanıldı. Ölçek güvenirliği için Cronbach Alpha kullanıldı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Veriler toplanmaya başlanmadan önce T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 08.12.2017 tarihinde 2017/111 sayılı karar ile onay alındı (EK – 4). ÖBGÖ'nün sahibi Prof. Dr. Nursen Nahcivan'dan e-posta yolu ile izin alındı (EK – 5). Araştırmayı kabul eden hastalara veri toplama aşamasında toplanan bilgilerin gizli tutulacağı açıklandı ve onamları alındı (EK – 3).

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan 125 hastanın tanıtıcı özellikleri ile ÖBGÖ'den elde edilen bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 52.73 ±16.15 (min. 20; max. 86). Ölçekten alınan toplam ön test puanı 99.90±17.85 (min. 48; max. 132), son test puanı 113.04±11.78'dir (min. 80; max. 136). Ölçek Cronbach Alpha değeri 0.87'dir.

Tablo 1. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=125)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	82	65.6
	Erkek	43	34.4
Yaş	18-65	93	74.4
	66 yaş ve üzeri	32	25.6
Medeni durum	Evli	88	70.4
	Bekar	37	29.6
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	49	39.2
	Lise	41	32.8
	Lisans ve üzeri	35	28.0
Birlikte yaşam durumu	Yalnız	6	4.8
	Ailesi/arkadaşı ile birlikte	119	95.2
İş durumu	Çalışıyor	48	38.4
	Çalışmıyor	77	61.6
Gelir durumu	Gelir giderden az	30	24.0
	Gelir gidere eşit	76	60.8
	Gelir giderden fazla	19	15.2
Sağlık güvencesi	SGK	111	88.8
	Özel sigorta	14	11.2
Evde iş paylaşım durumu	Evet	78	62.4
	Hayır	47	37.6

Tablo 1. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devamı) (n=125)

		n	%
Kronik Hastalık	Var	63	50.4
	Yok	62	49.6
Sürekli kullanılan ilaç	Var	78	62.4
	Yok	47	37.6
Daha önce hastaneye yatış durumu	Var	76	60.8
	Yok	49	39.2
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	71	56.8
	Hayır	54	43.2
Evde ameliyat sonrası bakım ile ilgilenecek kişinin olması	Var	103	82.4
	Yok	22	17.6
Evde ev işlerine yardım eden birinin olması	Var	61	48.8
	Yok	64	51.2
Sigara kullanma durumu	Var	41	32.8
	Yok	84	67.2
Alkol kullanma durumu	Yok	97	77.6
	Var	28	22.4
Düzenli egzersiz yapma durumu	Var	24	19.2
	Yok	101	80.8
Günlük bakımda yardıma ihtiyacı olma durumu	Var	12	9.6
	Yok	113	90.4
Ameliyat ile ilgili bir komplikasyon durumu	Var	14	11.2
	Yok	111	88.8
Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu	Var	68	54.4
	Yok	57	45.6
Hastaneden taburcu olmadan önce evde bakımla ilgili hemşireden eğitim alma durumu	Var	64	51.2
	Yok	61	48.8
Ameliyat sonrası dönemde aile/sosyal çevrenizden yeterince destek alma durumu	Var	93	74.4
	Yok	32	25.6

Tablo 1'de laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların öz bakım gücüne etkisi çalışmasına ait demografik ve tıbbi öyküyü içeren veriler incelendi. Çalışmaya katılan kişilerin % 65.6'sının kadın, % 34.4'ünün erkek olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılanlarda "18-65" yaş arası grubunda olanlar % 74.4, "66 yaş ve üzeri" yaş grubunda olanlar ise % 25.6 olarak belirlendi.

Çalışmaya katılanların % 70.4'ü evli, % 29.6'sı ise bekar olarak belirlendi. Öğrenim durumu ilkokul ve altı olanlar % 39.2, lise grubu % 32.8, lisans ve üzeri ise % 28 olarak belirlendi. Yalnız yaşayanlar % 4.8, ailesi ya da arkadaşı ile birlikte yaşanlar ise % 95.2 olarak belirlendi.

İş durumuna bakıldığında, çalışanlar % 38.4, çalışmayanlar ise %61.6 olarak belirlendi. Çalışmaya katılan kişilerin gelir durumları incelendiğinde, geliri giderden az olanlar % 24, geliri giderine eşit olanlar %60.8, geliri giderden fazla olanlar ise % 15.2 olarak belirlendi. Sağlık güvencesi durumuna bakıldığında, SGK'sı olanlar hastalar %88.8, özel sağlık sigortasına sahip olanlar ise %11.2 olarak belirlendi.

Yaşayan kişilerin ev işlerini paylaşma durumuna bakıldığında, ev işlerine yardımcı olan birinin olması %62.4, ev işlerine yardımcı birinin olmaması ise % 37.6 olarak belirlendi. Kronik hastalığa sahip olma durumuna bakıldığında, % 50.4'ünün kronik hastalığının olduğu, % 49.6'sının ise kronik hastalığının olmadığı bulundu. Sürekli ilaç kullanma durumuna bakıldığında, % 62.4'ünün sürekli ilaç kullandığı, %37.6'sının ise sürekli ilaç kullanmadığı belirlendi. Daha önce hastanede yatma durumuna bakıldığında, % 60.8'nin daha önce hastanede yattığı, % 39.2'sinin ise daha önce hastanede yatmadığı belirlendi. Daha önce ameliyat olma durumuna bakıldığında, % 56.8'inin daha önce ameliyat olduğu, % 43.2'sinin ise daha önce ameliyat olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası evde bakımı ile ilgilenecek birisinin olma durumuna bakıldığında, %82.4'ünde ilgilenecek birinin var olduğu, % 17.6'sının ise olmadığı belirlendi. Çalışmaya katılanların % 48.8'inde ev işlerine yardım eden birinin olduğu, % 51.2'sinin olmadığı belirlendi. Sigara kullanma durumlarına bakıldığında, kullananlar % 32.8, kullanmayanlar ise % 67.2 olarak bulundu.

Alkol kullanma durumlarına bakıldığında, kullananlar % 22.4, kullanmayanlar ise % 77.6 olarak bulundu. Düzenli egzersiz yapma durumlarına bakıldığında, düzenli egzersiz yapanlar % 19.2, düzenli egzersiz yapmayanlar ise % 80.8 olarak belirlendi.

Günlük bakımda yardıma ihtiyacı olma durumuna bakıldığında, günlük bakımda yardıma ihtiyacı olanlar % 9.6, günlük bakımda yardıma ihtiyacı olmayanlar ise % 90.4 olarak belirlendi. Ameliyatla ilgili komplikasyon yaşama durumuna bakıldığında, komplikasyon yaşayanlar % 11.2, ameliyatla ilgili komplikasyon yaşamayanlar ise % 88.8 olarak bulundu.

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu % 54.4, eğitim almayanların oranı ise % 45.6 olarak belirlendi.

Taburculukla ilgili hemşireden eğitim alma durumuna bakıldığında, taburculuk eğitimi alanlar % 51.2, taburculuk eğitimi almayanlar ise % 48.8 olarak belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde aile/çevreden destek alma durumuna bakıldığında, destek alanlar % 74.4, destek almayanlar ise % 25.6 olarak belirlendi.

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler		**Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Cinsiyet							t=9.268 p<0.001***
Kadın	82	102.94±16.12	**t=2.697**	114.40±10.47	t=1.801	11.46±11.20	
Erkek	43	94.09±19.69	**p<0.008****	110.44±13.72	p>0.074	16.34±13.48	t=7.950 p<0.001***
Yaş							t=10.213 p<0.001***
18-65	93	101.06±17.83	t=1.250	114.17±11.68	t=1.848	13.10±12.37	
66 yaş ve üzeri	32	96.50±17.76	p>0.214	109.75±11.63	p>0.067	13.25±11.88	t=6.306 p<0.001***
Medeni durum							t=9.812 p<0.001***
Evli	88	100.50±18.22	t=0.582	112.79±12.32	t=0.356	12.29±11.75	
Bekar	37	98.46±17.10	p>0.562	113.62±10.52	p>0.722	15.16±13.16	t=7.007 p<0.001***
Öğrenim durumu							t=7.198 p<0.001***
İlkokul ve altı	49	102.57±17.11	F=1.123	113.87±12.29	F=0.280	11.30±10.99	
Lise	41	99.41±17.71	p>0.329	113.00±10.15	p>0.756	13.58±13.66	t=6.366 p<0.001***
Lisans ve üzeri	35	96.71±18.95		111.91±13.03		15.20±11.97	t=7.506 p<0.001***

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları		Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları		Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Birlikte yaşam durumu							t=3.329 p=0.021*
Yalnız	6	93.33±19.61	t=0.922	114.83±9.02	t=0.381	21.50±15.82	
Ailesi/arkadaşı ile birlikte	119	100.23±17.79	p>0.358	112.94±11.93	p>0.704	12.72±11.92	t=11.638 p<0.001***
İş durumu							t=6.625 p<0.001***
Çalışıyor	48	102.96±18.57	t=1.522	114.68±11.84	t=1.236	11.72±12.26	
Çalışmıyor	77	97.99±17.24	p>0.131	112.01±11.71	p>0.219	14.02±12.16	t=10.118 p<0.001***
Gelir durumu							t=8.824 p<0.001***
Gelir giderden az	30	95.13±19.25	F=1.439	112.60±12.05	F=0.324	11.10±10.97	
Gelir gidere eşit	76	101.61±16.52	p>0.241	112.71±11.61	p>0.724	17.46±14.12	
Gelir giderden fazla	19	99.90±17.85		115.05±12.49		14.47±12.35	t=6.772 p<0.001***
Sağlık güvencesi							t=10.949 p<0.001***
SGK	111	100.26±18.21	t=0.652	112.97±11.92	t=0.178	12.71±12.23	
Özel sigorta	14	97.00±15.91	p>0.522	113.57±11.00	p>0.859	16.57±11.86	t=5.224 p<0.001***

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		**Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Evde iş paylaşım durumu							t=8.279 p<0.001***
Evet	78	101.13±17.47	t=0.994	112.47±11.23	t=0.690	11.34±12.10	
Hayır	47	97.85±18.48	p>0.322	113.97±12.71	p>0.492	16.12±11.90	t=9.286 p<0.001***
Kronik hastalık							t=10.321 p<0.001***
Var	63	95.33±16.96	**t=2.969**	110.15±12.05	**t=2.832**	14.82±11.40	
Yok	62	104.53±17.67	**p<0.004****	115.96±10.84	**p<0.005****	11.43±12.83	t=7.013 p<0.001***
Sürekli ilaç kullanma durumu							t=11.008 p<0.001***
Var	78	96.96±17.37	**t=2.412**	111.50±12.06	t=1.901	14.53±11.66	
Yok	47	104.77±17.77	**p<0.017***	115.59±10.95	p>0.060	10.82±12.84	t=5.778 p<0.001***
Daha önce hastaneye yatış durumu							t=8.944 p<0.001***
Var	76	100.34±17.65	t=0.347	112.18±12.04	t=1.011	11.82±11.54	
Yok	49	99.20±18.33	p>0.729	114.36±11.36	p>0.314	15.16±13.03	t=8.144 p<0.001***

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler		**Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Daha önce ameliyat olma durumu							t=8.390 p<0.001**
Evet	71	101.79±16.72	t=1.363	112.29±12.07	t=0.808	10.50±10.55	
Hayır	54	97.41±19.11	p>0.175	114.01±11.44	p>0.421	16.61±13.41	t=9.100 p<0.001***
Evde ameliyat sonrası bakım ile ilgilenecek kişinin olması durumu							t=11.431 p<0.001***
Var	103	100.38±17.30	t=0.652	112.76±11.67	t=0.559	12.38±10.99	
Yok	22	97.64±20.55	p>0.515	114.31±12.50	p>0.577	16.68±16.62	t=4.708 p<0.001***
Evde ev işlerine yardım eden birinin olması durumu							t=9.006 p<0.001***
Var	61	100.74±15.51	t=0.513	112.77±11.72	t=0.249	12.03±10.43	
Yok	64	99.09±19.92	p>0.609	113.29±11.93	p>0.804	14.20±13.68	t=8.305 p<0.001***

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması (Devamı)							
Sosyo-Demografik Özellikler		**Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Sigara kullanma durumu							t=7.704 p<0.001***
Var	41	97.95±16.56	t=0.850	111.60±12.08	t=0.947	13.65±11.35	
Yok	84	100.85±18.47	p>0.397	113.73±11.64	p>0.345	12.89±12.65	t=9.334 p<0.001***
Alkol kullanma durumu							t=10.28 p<0.001***
Yok	97	101.37±16.99	t=1.733	113.32±11.66	t=0.510	11.95±11.45	
Var	28	94.79±20.06	p>0.086	112.03±12.35	p>0.611	17.25±13.97	t=6.530 p<0.001***
Düzenli egzersiz yapma durumu							t=4.529 p<0.001***
Var	24	109.38±12.80	**t=2.984**	118.00±8.68	**t=2.334**	8.62±9.32	
Yok	101	97.64±18.19	**p<0.003****	111.86±12.15	**p<0.021***	14.21±12.59	t=11.344 p<0.001***
Günlük bakımda yardıma ihtiyacı olma durumu							t=5.583 p<0.001***
Var	12	93.58±22.18	t=1.291	110.75±15.07	t=0.706	7.16±10.16	
Yok	113	100.57±17.32	p>0.199	113.28±11.44	p>0.481	12.71±12.36	t=10.933 p<0.001***

Tablo 2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması (Devamı)							
Sosyo-Demografik Özellikler		**Ameliyat Öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları**		**Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Karşılaştırması**	
	n	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Ameliyat ile ilgili bir komplikasyon durumu							t=5.098 p<0.001***
Evet	14	99.64±15.34	t=0.056	113.28±11.84	t=0.082	13.64±10.01	t=11.032 p<0.001***
Hayır	111	99.93±18.21	p>0.955	113.00±11.83	p>0.934	13.08±12.49	
Ameliyattan sonraki yatış süresi							t=11.901 p<0.001***
1-2 gün	114	99.19±18.00	t=1.423	112.85±11.95	t=0.576	13.65±12.25	
2 gün ve üzeri	11	107.18±15.09	p>0.157	115.00±10.20	p>0.566	7.81±10.79	t=2.402 p=0.037*
Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu							t=9.045 p<0.001***
Var	68	97.74±16.70	t=1.485	111.69±9.66	t=1.361	13.95±12.72	
Yok	57	102.47±18.97	p>0.140	114.64±13.82	p>0.117	12.17±11.59	t=7.928 p<0.001***
Hastaneden taburcu olmadan önce evde bakımla ilgili hemşireden eğitim alma durumu							t=9.060 p<0.001***
Var	64	98.80±16.70	t=0.703	111.03±10.50	t=1.974	12.23±12.14	
Yok	61	101.05±19.06	p>0.485	115.14±12.75	p>0.051	14.09±12.29	t=8.653 p<0.001***

t: Student t testi

p: Paired Sample t Testi

SS: Standart sapma

X: Ortalama

n: Olgu Sayısı

p : Anlamlılık Düzeyi

0,01 ≤ p < 0,05; İstatistiksel anlamlılık*

0,001 ≤ p < 0,01; Yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık**

p < 0,001; Çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık***

0,05 ≤ p< 0,10; Sınırda anlamlılık

Tablo 2'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaş, medeni durum, öğrenim durumu, birlikte yaşam durumu, iş durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı kişilerin evi içi işleri paylaşma durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, evde ameliyat sonrası bakımla ilgilenecek birinin olması, evde ev işlerine yardımcı birinin olması, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyma durumu, ameliyat ile ilgili bir komplikasyon olması durumu, ameliyattan sonraki yatış süresi, ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu ve taburculuk eğitimi alma durumlarına bakıldığında ÖBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ameliyat öncesi dönemde cinsiyete göre ÖBGÖ puan ortalamalarına bakıldığında, kadınların ÖBGÖ puanının erkeklerin ÖBGÖ puanınından daha yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ameliyat sonrası dönemde cinsiyete göre ÖBGÖ puan ortalamalarına bakıldığında, kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası kronik hastalık durumuna bakıldığında, kronik hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre ÖBGÖ puan ortalamaları daha düşük olduğu bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Sürekli ilaç kullanma durumuna bakıldığında, sürekli ilaç kullanan hastaların, sürekli ilaç kullanmayanlara göre hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası ÖBGÖ puan ortalamaları daha düşük olarak belirlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası düzenli egzersiz yapma durumlarına bakıldığında, düzenli egzersiz yapan hastaların ÖBGÖ puanları düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olarak belirlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Ameliyat sonrası dönemde aile/çevre desteği alma durumuna bakıldığında, aile/çevre desteği alan hastalarla almayan hastalar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmek cinsiyet değişkeni hariç yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kiminle yaşadığı, iş durumu, gelir durumu, sağlık

güvencesi, yaşadığı kişilerin evi içi işleri paylaşma durumu, kronik hastalık bulunması durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, evde ameliyat sonrası bakımla ilgilenecek birinin olması, evde ev işlerine yardımcı birinin olması, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyma durumu, ameliyat ile ilgili bir komplikasyon olması durumu, ameliyattan sonraki yatış süresi, ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu ve taburculuk eğitimi değişkenleri açısından ÖBGÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı bir artışa neden olduğu bulundu ($p<0.05$).

4.2. Yorumlar

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda iki başlık altında tartışılmıştır.

4.2.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

4.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Hemşirelik bakımı, verilecek cerahi işleme göre planlanmalıdır. Cerrahi işlem geçiren hastalar, taburcu edilme, öz bakımlarını yönetmeye hazır olmamaları ve durumlarının kontrolünün yetersizliği konusunda endişe duyduklarını bildirmişlerdir. Bunun nedeni cerrahi işlemin hasta üzerinde yarattığı anksiyete, cerrahi yara, yorgunluk, ağrı, anksiyete vb. olarak sayılabilir (Dal, Bulut, & Demir, 2012; Mako, Svanäng, & Bjerså, 2016). Geçirilen cerrahi işlem sonucu hastalar sağlık arama davranışlarına yoğunluk verirler. Cerrahi işlemlerin öz bakım gücünü etkileyen çalışmalara ise bakıldığında, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların öz bakım gücünü değerlendirmek, hemşirelik bakımlarının daha etkin planlanması ve klinik uygulamalara katkı sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

4.2.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, % 65.6'sının kadın, % 34.4'ünün erkek olduğu belirlendi. Çalışmaya katılanlarda "18-65" yaş arası grubunda olanlar % 74.4, "66 yaş ve üzeri" yaş grubunda olanlar ise % 25.6 olarak belirlendi. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 52.73 ±16.15'dir. Yaş ve cinsiyet ile

safra kesesi taşı oluşumu arasında ilişkinin incelendiği çalışmalarda; her iki cinste yaşın ilerlemesi ile taş oluşum sıklığının arttığı, kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat fazla görüldüğü ve buna bağlı olarak kadınlara uygulanan laparoskopik kolesistektomi oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Ateş & Ünal, 2016; Göral, 2015).

Çatal ve arkadaşlarının (2019) laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında % 75'inin kadın, % 25'inin ise erkek olduğu bulunmuştur. Sert ve arkadaşlarının (2017) laparoskopik kolesistektomi hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında yaş ortalması 51±15 bulunmuştur. Ersöz ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 53,61±13,98 bulunmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular, bu çalışmalarda yer alan bilgilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılanların % 70.4'ü evli, % 29.6'sı ise bekar olarak belirlendi. Karaman özlü ve arkadaşlarının (2016) müzik terapinin ağrıya etkisinin incelendiği laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda, deney grubundaki hastaların % 93,3'ünün, kontrol grubundakilerin % 80'inin evli olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulgularının medeni durum açısından Türk toplumunu temsil ettiği görülmektedir.

Kronik hastalığa sahip olma durumuna bakıldığında, % 50.4'ünün kronik hastalığının olduğu, % 49.6'sının ise kronik hastalığının olmadığı bulundu. Karaman Özlü ve arkadaşlarının (2016) laparoskopik kolesistektomi olan hastaları incelediği çalışmada hem deney gurubunda hastaların hem de kontrol gurubundaki hastaların % 30'unun kronik hastalığı olduğu, % 70'inin ise kronik hastalığı olmadığı bulunmuştur. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada, hastaların % 28.2'sinin hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığı (% 22.7'si hipertansiyon, % 50'si diyabet) bulunmaktadır (Zengin Çakır & Dal Yılmaz, 2018). Yapılan çalışmalarda diyabetin safra taşı oluşumu üzerinde risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (Göral, 2015).

Daha önce hastanede yatma durumuna bakıldığında, % 60.8'nin daha önce hastanede yattığı, % 39.2'sinin ise daha önce hastanede yatmadığı belirlendi. Karaman Özlü ve arkadaşlarının (2016) laparoskopik kolesistektomi olan hastaları incelediği çalışmalarında deney gurubunda hastaların % 50'si, kontrol gurubundaki hastaların ise % 66.7'si daha önce hastanede yatmıştır ve bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Daha önce ameliyat olma durumuna bakıldığında, % 56.8'inin daha önce ameliyat olduğu, % 43.2'sinin ise daha önce ameliyat olmadığı belirlendi. Karaman

Özlü ve arkadaşlarının (2016) müzikterapinin laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ağrıları üzerine etkisini incelediği çalışmalarında, deney gurubundaki hastaların % 46.7'si, kontrol gurubundaki hastaların ise % 60.0'ı daha önce ameliyat geçirdiği bulunmuştur. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada, hastaların %61,4'ünün daha önce hiç ameliyat geçirmediği bulunmuştur (Zengin Çakır & Dal Yılmaz, 2018).

Ameliyat sonrası evde bakımı ile ilgilenecek birisinin olma durumuna bakıldığında, %82.4'ünde ilgilenecek birinin var olduğu, % 17.6'sının ise olmadığı belirlendi. Bu durum ailesi/arkadaşı ile yaşayanların çoğunlukta olması ile açıklanabilir.

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ve sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu % 54.4, eğitim almayanların oranı ise % 45.6 olarak belirlendi. Taburculukla ilgili hemşireden eğitim alma durumuna bakıldığında, taburculuk eğitimi alanlar % 51.2, taburculuk eğitimi almayanlar ise % 48.8 olarak belirlendi. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada, hastaların % 71,7'sinin ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi aldığı; bilgi alan hastaların %94,6'sının hekim tarafından, % 3.5'inin ise hemşire tarafından bilgilendirildiği bulunmuştur (Zengin Çakır & Dal Yılmaz, 2018).

4.2.2. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Bu bölümde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların tanıtıcı özellikleri ile ÖBGÖ'den alınan puanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası fark olup olmadığı literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011), öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve öz bakım gücü ile yaşam kalitesinin birbirini paralel olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Santos ve arkadaşları (2019) da, kolostomili hastaların öz bakım davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, öz bakımın yaşam kalitesini doğrudan etkilediğini belirtmişlerdir. Literatürde laparoskopik kolesistektomi ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi arayan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların ÖBGÖ ortalama puanı 113.04±11.78 olarak bulundu. Böbrek nakli yapılan hastalarda ÖBGÖ ortalama puanı 108,9±20,1 bulunmuştur (Gül ve ark., 2010). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi işlem geçiren hastalarda ÖBGÖ puanı genel grupta ortalama 97,40±17,38 olarak

bulunmuştur (Üstündağ & Zengin, 2008). Histerektomi ameliyatı geçiren hastalarda ÖBGÖ genel ortalama puanı 80.31±8.78 bulunmuştur (Gün & Kömürcü, 2013). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda ise 108.5±17 bulunmuştur (Direk & Çelik, 2012). Kardiyovasküler cerrahi işlemi geçiren hastalarda ise 92.11±18.81 olarak bulunmuştur (Karakurt, Kasımoğlu, Bahçeli, Atalikoğlu Başkan, & Ağdemir, 2017). Bu sonuçlara göre laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların ÖBGÖ puanı daha yüksektir. Bunun nedeni laparoskopik kolesistektomi ameliyatının yukarıdaki cerrahi işlemlere göre doku travmasının daha az olması, günlük yaşama ve normal aktivitelere daha çabuk dönme, iyileşme ve hastanede kalış süresinin daha kısa olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, ameliyattan sonraki ÖBGÖ puanının kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Böbrek nakli yapılan hastalarda ÖBGÖ puanı cinsiyet değişkenini etkilemediği bulunmuştur (Gül ve ark., 2010). Bu sonuç laparoskopik kolesistektomi ameliyatının cinsiyetler arasında bir fark oluşturmadığı ve genel anlamda öz bakım gücünü artırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaş arttıkça ÖBGÖ puanının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 2) fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Böbrek nakli yapılan hastalarda ÖBGÖ bakılan bir çalışmada yaş grupları ile ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Gül ve ark., 2010). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi işlem geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada yaş ile ÖBGÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Üstündağ & Zengin, 2008). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının öz bakım gücünü artırdığı ama 65 yaş öncesi ve sonrası yaş gruplarında fark olmadığı belirlenmiştir. 66 yaş ve üzerinde ÖBGÖ puanının düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen düşüktür. Bu da yaşlanmanın etkisiyle açıklanabilir.

Bu çalışmada medeni durum ile ÖBGÖ puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlendi. Böbrek nakli yapılan hastalarda medeni durumun ölçümü öz bakımı etkilememektedir (Gül ve ark., 2010). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi işlem geçiren hastalara bakıldığında medeni durum evlilerin, bekarlardan daha düşük öz bakım gücünde olduğu saptanmıştır (Üstündağ & Zengin, 2008). Bu araştırma sonuçlarına bakıldığında medeni durumun öz bakım gücü üzerinde etkili olmadığı

ancak hem evlilerde hem de bekarlarda laparoskopik kolesistektominin öz bakım gücünü anlamlı derecede artırdığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça öz bakım gücü puanının artmadığı tespit edilmiştir. Böbrek nakli yapılan hastalarda ilgili yapılan bir çalışmada öz bakım gücü ile öğrenim düzeyinin artasında bir ilişki bulunamamıştır (Gül ve ark., 2010). Gebelerin öz bakım gücünün değerlendirildiği bir çalışmada öğrenim düzeyi öz bakım gücünü artırmadığı belirlenmiştir ve bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Dereli Yılmaz & Kızılkaya Beji, 2010). Bu sonuçlar bireyin öğrenim düzeyinin öz bakımda belirleyici olmadığı daha çok kendi sağlığına verdiği değerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların beraber yaşadığı kişilerin özellikleri incelendiğinde, yalnız yaşayanlar ve ailesi/arkadaşı ile yaşayanlar arasında istastiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Periton diyalizi alan hastalara bakıldığında ailesi ile birlikte yaşayan kişilere bakıldığında ÖBGÖ puanı daha yüksek bulunmuştur (Aylaz & Erci, 2009). Ailesi ile birlikte yaşayanların öz bakım güçlerinin daha yüksek olması beklenirken, yalnız yaşayanların sayısındaki azlık istatistik sonuçlarına bu şekilde yansımış olabilir. İlerideki çalışmalarda bu durum tekrar ele alınabilir.

Bu çalışmada çalışan bireyler ile çalışmayanlar arasında ÖBGÖ puanında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Karakurt ve arkadaşlarının (2017) yaptığı kardiyovasküler cerrahi geçiren hastaların ÖBGÖ puanına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Gül ve arkadaşlarının (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda ÖBGÖ puanına bakıldığında da çalışan bireylerler ile çalışmayan bireyler arasında bir fark bulunamamıştır (Gül ve ark., 2010). Bireylerin genel olarak öz bakımlarına önem verme durumları çalışma durumu ile ilişkili olmayabilir. Çalışan bireylerin öz bakımlarına daha fazla dikkat etmesi beklenebilir ama bu durum bazen tersi de olabilir.

Gelir-gider durumu düşük olan hastaların öz bakım gücü incelendiğinde, hem ameliyat öncesi (95.13±19.25) hem de ameliyat sonrası (112.60±12.05) en düşük ÖBGÖ puanına sahip olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Histerektomi ameliyatı geçiren hastaların ekonomik durumları incelendiğinde, geliri düşük olan hasta grubunun, öz bakım gücü geliri iyi olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumun düşük olmasının, öz bakım gücünü

negatif yönde etkilebileceği düşünülmesine rağmen, ekonomik durumun her zaman öz bakım gücü üzerinde etkili olmayabileceği düşünülebilir.

Ev içi işleri paylaşma durumuna bakıldığında, öz bakım gücü puanlarının ameliyat öncesi daha düşük olduğu gözlemlenmiştir ancak istatistiksel olarak bir fark yaratmadığı bulunmuştur. Ev içi işlerini paylaşılmasının öz bakım gücü düzeyini artıracağı düşünülmesine rağmen bireylerin öz bakım ev içi sorumluluklarla ilişkili olmayabileceği düşünülmüştür.

Sürekli ilaç kullanma ve kronik hastalık bulunma durumlarına bakıldığında, hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası öz bakım güçlerinin arttığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Histerektomi ameliyatı geçiren ve kronik hastalığı bulunan bireylerin öz bakım gücü düşük bulunmuştur (Gün & Kömürcü, 2013). Yapılan araştırmalarda kronik hastalıkların, bireyin öz bakımlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Akay & Durmaz Akyol, 2014; Chourdakis ve ark., 2014). Bu çalışmada da kronik hastalığın öz bakım gücünün daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Düzenli egzersiz yapma durumlarına bakıldığında, düzenli egzersiz yapan bireylerin yapmayanlara göre öz bakım gücü puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Egzersiz yapmak öz bakımla ilişkili olup bu durum beklenen bir sonuçtur, Ades ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, egzersiz yapmanın öz bakım gücünü artırdığı bulunmuştur ve çalışmamızda da buna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada ameliyatla ilgili bilgi alma durumuna bakıldığında, ameliyat öncesi ve sonrası ÖBGÖ puanlarında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Böbrek nakli yapılan hastalarda bilgi alanlarla almayanların öz bakım puanı benzerdir (Gül ve ark., 2010). Öz bakım gücü öznel bir gösterge olabildiği için, ameliyata özgü eğitim almak genel öz bakım gücünde etkili olmamış olabilir.

BÖLÜM 5. SONUÇ

5.1. Özet

Amaç: Bu araştırma laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini İstanbul'da T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ocak – Ağustos 2018 tarihleri arasında hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise çalışmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 125 hasta oluşturdu. Araştırmanın verilerini hastaların tıbbi öykülerini ve sosyo-demografik özelliklerini içeren Hasta Bilgi Formu, hastaların öz bakım gücü düzeylerini belirlemek için kullanılan ÖBGÖ Formu kullanıldı. Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 24,0) paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde, yüzdelikler, sayılar, en az ve en çok değerleri ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra istatistiksel analizler de kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların % 65.6'sının kadın, % 34.4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamalarına bakıldığında "18-65" yaş arası grup % 74.4, "66 yaş ve üzeri" hastalar ise % 25.6'dır. Eğitim durumlarına bakıldığında, ilkokul ve altı % 39.2, lise % 32.8, lisans ve üzeri ise % 28'dir. Hastaların % 50.4'ünün kronik hastalığa sahip olduğu, % 62.4'ünün sürekli ilaç kullandığı, % 60.8'inin daha önce hastaneye yattığı belirlendi. Hastaların ameliyat öncesi ÖBGÖ puan ortalamaları 99.90±17.85, ameliyat sonrası ÖBGÖ puan ortalamaları ise 113.04±11.78 olarak belirlendi.

Sonuç: Bu araştırmanın sonucunda, artan yaşın, sigara kullanımının, ekonomik durumun düşük olmasının hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası öz bakım gücünü azalttığı fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi. Kronik hastalığı olanların, sürekli ilaç kullananların ve düzenli egzersiz yapmayanların öz bakım gücü hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası daha düşük olup, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların genel öz bakım gücü puanına bakıldığında, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olmak hastaların öz bakım gücünü artırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

5.2. Yargı

Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların öz bakım gücünü değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Risk faktörleri açısından bakıldığında kadın olmanın ve artan yaşın, laparoskopik kolesistektomi ameliyatının daha sık yapıldığının doğrulandığı,
- Kronik hastalığı olmayan hastaların, kronik hastalığı olanlara göre hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası öz bakım gücünün daha yüksek olduğu,
- Sürekli ilaç kullanmayan hastaların, sürekli ilaç kullanan hastalara göre hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası öz bakım gücünün daha yüksek olduğu,
- Sürekli egzersiz yapan hastaların, sürekli egzersiz yapmayan hastalara göre hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası öz bakım gücünün daha yüksek olduğu,
- Hastaların yaşının artmasının öz bakım gücünü azalttığı,
- Çalışan hastaların çalışmayanlara göre öz bakım aktivitelerine daha çok önem verdikleri,
- Gelir seviyesi düşük olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası öz bakım gücünün orta ve yüksek gelir seviyeli hastalara göre daha düşük olduğu,
- Hastaların ameliyat öncesi ÖBGÖ puanları 99.90±17.85, ameliyat sonrası ÖBGÖ puanları ise 113.04±11.78 olarak belirlenmiştir. Semptomatik nedenlerle ameliyat olan hastaların şikayetlerinin ortadan kalkması ve ameliyattan sonraki rahatlatıcı etkinin olması öz bakım gücünün arttığı sonucuna varılabilir.

5.3. Öneriler

- Hastaların ihtiyaçları hastalarla birlikte belirlenmeli ve buna göre eğitimler düzenlenmelidir.
- Hemşireler tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgilerin etkin bir şekilde verilmesi hastaların öz bakım gücünü artıracağı unutulmamalıdır.
- Verilen eğitimin içeriğinde yara yeri bakımı ile ilgili eğitimin etkin olması komplikasyon oranını azaltacak ve hastaların öz bakımlarına aktif olarak katılması sağlanacaktır.
- Hemşirelerin öz bakım gücü hakkında bilgilenmesi, hastaları daha etkin değerlendirebilmesi ve hemşirelik bakımlarına bilgilerini yansıtması, hemşirelik bakımlarını daha etkin bir şekilde vermelerine olanak sağlayacaktır.

- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmenin öz bakım gücüne etkisini belirlemek için daha büyük örneklem grubunda randomize – kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

- Yapılacak çalışmalarda kolesistit açısından risk altında olup olmadığını belirlemek için BKI, ilaç kullanımı vb. sorular anket sorularına eklenebilir.

EK'LER

EK – 1

HASTA BİLGİ FORMU

1.Cinsiyet: E ( ) K ( )

2. Yaşınız: ……

3. Yaşadığınız yer neresidir?

( ) Şehir merkezi ( ) Kasaba ( ) Köy

4.Kiminle yaşıyorsunuz? (Yalnız yaşıyorsanız 5. Soruyu cevaplamayınız).

( ) Yalnız yaşıyorum ( ) Ailemle / Arkadaşımla yaşıyorum

5. Yaşadığınız kişiler ev içindeki işleri paylaşıyorlar mı?

( ) Evet ( ) Hayır

6. Medeni durumuz nedir?

( ) Evli ( ) Bekâr

7. Öğrenim durumunuz nedir?

( ) Okuma-yazması yok ( ) Okur-yazar ( ) İlköğretim mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Lisans ( )Lisansüstü

8. Gelir-gider durumunuz nedir?

( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden düşük ( ) Gelir giderden yüksek

9. İş-durumunuz nedir?

( ) Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum

10. Sağlık güvenceniz nedir?

( ) SGK ( ) Özel sigorta

11. Kronik hastalığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise lütfen belirtiniz:……

12.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise lütfen belirtiniz:……

13. Daha önce hastanede yattınız mı?

( )Evet ( ) Hayır

14. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

15. Evde ameliyat sonrası bakımınızla ilgilenecek birisi var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet veya kısmen ise ağırlıklı kim olduğunu belirtiniz.

( ) Eşim ( ) Annem ( ) Babam ( ) Çocuğum

( ) Komşum ( ) Arkadaşım ( ) Bakıcım ( ) Sağlık profesyoneli ……

16. Evde ev işlerinde yardımcı birisi var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

17. Sigara içiyor musunuz ?

( ) Evet ( ) Hayır

18. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

19. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

20. Günlük bakımınızda yardıma ihtiyacınız oluyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

21. Ameliyat ilgili bir komplikasyon (sorun, problem yan etki) yaşadınız mı?

(kanama, enfeksiyon, boşaltım sorunu, beslenme sorunu vb.)

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise olduğunu belirtiniz: ----------

Görüşülecek tarih: ……. Telefon No: ……..…….

22.Ameliyattan sonraki yatış süresiniz?

( ) 1-2 gün ( ) 2 günden daha uzun

2 günden uzun ise neden yattınız?

……

23. Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve sonrası bakımla ilgili eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

24. Hastaneden taburcu olmadan önce evde bakımla ilgili hemşireden eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( )Hayır

25.Ameliyat sonrası dönemde aile/sosyal çevrenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

EK – 2

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	**Beni hiç tanımlamıyor**	**Beni pek tanımlamıyor**	**Fikrim yok**	**Beni biraz tanımlıyor**	**Beni çok tanımlıyor**
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri	( )	( )	( )	( )	( )

yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )

28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

EK – 3

../../20..

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Cansu Kızıl tarafından yürütülen "Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçirmenin Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

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

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
    - Araştırmanın Amacı: Laparoskopik kolesistektomi girişimi uygulanan hastaların ameliyat öncesi öz bakım düzeyleri ile ameliyat sonrası öz bakım düzeylerini belirlemektir.
    - Araştırmanın İçeriği: T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde laparoskopik kolesistektomi işlemi geçiren hastaların, ameliyat öncesi öz bakım gücü ile ameliyat sonrası telefon ile izleminin öz bakım gücüne etkisi değerlendirilecektir.

Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma **(x)** Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK – 4 ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 08/12/2017
Toplantı Karar Sayısı: 2017/111

Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Cansu KIZIL tarafından gönderilen "Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatının Öz- Bakım Gücüne Etkisi" konulu tez önerisi ve ölçekleri 08/12/2017 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

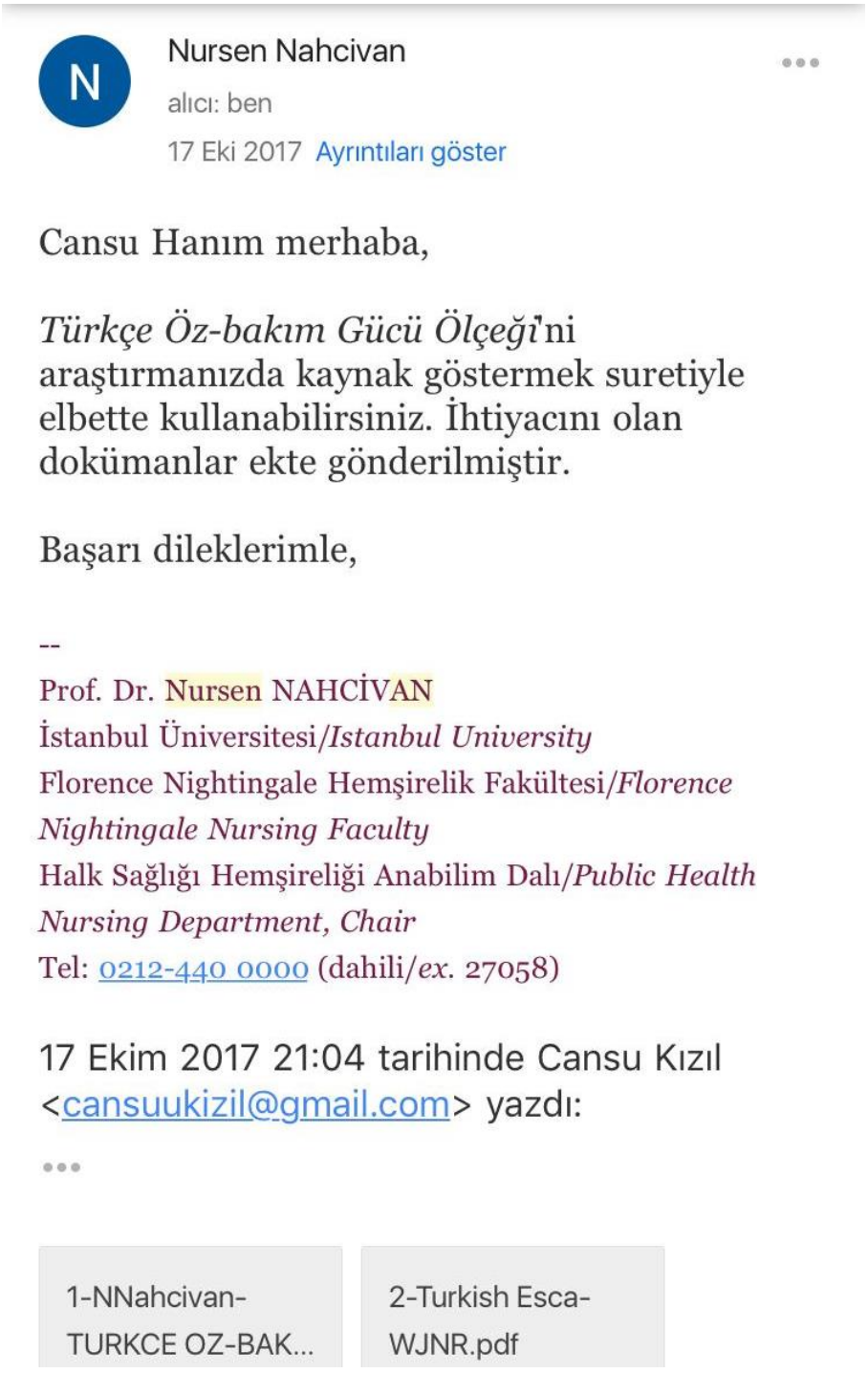
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin ÇELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye (Katılmadı)

EK – 5 ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Nursen Nahcivan
alıcı: ben
17 Eki 2017 Ayrıntıları göster

Cansu Hanım merhaba,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacını olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

--
Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN
İstanbul Üniversitesi/*Istanbul University*
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/*Florence Nightingale Nursing Faculty*
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/*Public Health Nursing Department, Chair*
Tel: 0212-440 0000 (dahili/*ex.* 27058)

17 Ekim 2017 21:04 tarihinde Cansu Kızıl <cansuukizil@gmail.com> yazdı:

1-NNahcivan-TURKCE OZ-BAK...

2-Turkish Esca-WJNR.pdf

KAYNAKÇA

Abraham, S., Rivero, H. G., Erlikh, I. V, Griffith, L. F., & Kondamudi, V. K. (2014). Surgical and nonsurgical management of gallstones. *American Family Physician*, *89*(10), 795–802. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24866215

Ades, P. A., Keteyian, S. J., Balady, G. J., Houston-Miller, N., Kitzman, D. W., Mancini, D. M. ve Rich, M. W. (2013). Cardiac Rehabilitation Exercise and Self-Care for Chronic Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, *1*(6), 540–547. doi:10.1016/j.jchf.2013.09.002

Akay, B. ve Durmaz Akyol, A. (2014). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Özbakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Dermeği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *5*(8), 75–88. doi:10.5543/khd.2014.009

Akgün, M. (2011). Laparoskopik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Hemşirelerin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *8*(2), 11–17.

Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, *50*(2), 95–102.

Antoniou, S. A., Antoniou, G. A., Antoniou, A. I., & Granderath, F.-A. (2015). Past, Present, and Future of Minimally Invasive Abdominal Surgery. *JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, *19*(3), e2015.00052. https://doi.org/10.4293/jsls.2015.00052

Araújo, R. A. de, Silva, T. M. da ve Ramos, V. P. (2015). Self-care during the coronary artery bypass graft preoperative period: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *14*(4), 499–507. doi:10.17665/1676-4285.20155088

Ateş, B., & Ünal, İ. (2016). Kolesistit, Safra Taşları, Risk Faktörleri ve Beslenme ile İlişkisi. *Güncel Gastroenteroloji*, *20*(3), 317–321. Retrieved from http://guncel.tgv.org.tr/journal/67/pdf/100485.pdf

Avcı, C., & Avtan, L. (2009). Laparoskopik Safra Kesesi ve Safra Yolları Cerrahisi. In S. Baskan & M. M. Özmen (Eds.), *Cerrahide Yeni Ufuklar Laparoskopik Cerrahi* (p. 105). Ankara: Güneş.

Avdal, E., & Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*, *3*(3), 164–168. Retrieved from http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18278/pdf_164-168.pdf

Aydın Bektaş, H. ve Akdemir, N. (2009). Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *12*(3), 54–60.

Aykas, A., & Karasu, Z. (2018). Güncel Bilgiler Eşliğinde Kolelitiazis Tedavisinde Laparaskopik ve Açık Kolesistektominin Yeri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *13*(2), 51–53. https://doi.org/10.17517/ksutfd.409599

Aylaz, R. ve Erci, B. (2009). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *12*(1), 81–90.

Bağ, E., & Mollaoğlu, M. (2010). The Evaluation of Self-Care and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *16*(3), 605–610. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01214.x

Barroso, L. M. M., De Brito, D. M. S., Galvão, M. T. G., & De Oliveira Lopes, M. V. (2010). Utility of the self-care theory to assist the bearer of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *23*(4), 562–567. https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400019

Behar, J. (2013). Physiology and Pathophysiology of the Biliary Tract: The Gallbladder and Sphincter of Oddi—A Review. *ISRN Physiology*, *2013*, 1–15. https://doi.org/10.1155/2013/837630

Blohm, M., Österberg, J., Sandblom, G., Lundell, L., Hedberg, M., & Enochsson, L. (2016). The Sooner, the Better? The Importance of Optimal Timing of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Data from the National Swedish Registry for Gallstone Surgery, GallRiks. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *21*(1), 33–40. https://doi.org/10.1007/s11605-016-3223-y

Blum, C. A., & Adams, D. B. (2011). Who did the first laparoscopic cholecystectomy? *Journal of Minimal Access Surgery*, *7*(3), 165. https://doi.org/10.4103/0972-9941.83506

Candan Dönmez, Y., Yavuz Van Giersbergen, M., Aslan Baslı, A., Yıldız, M. D., & Yıldız, E. (2019). Lomber Disk Hernisi Olan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(2), 1629–1641.

Cengiz, F., İlhan, E., Yakan, S., & Zengel, B. (2013). Değişmeyen Cerrahi - Değişen Teknikler; Laparoskopik ve Endoskopik Cerrahinin Dünü Bugünü Geleceği. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, *4*(1), 72–75. https://doi.org/10.4328/jcam.710

Chen, I. H. ve Chi, M. ju. (2015). Effects of Self-Care Behaviors on Medical Utilization of the Elderly with Chronic Diseases - A Representative Sample Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*(3), 478–485. doi:10.1016/j.archger.2015.01.014

Chourdakis, M., Kontogiannis, V., Malachas, K., Pliakas, T. ve Kritis, A. (2014). Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. *Journal of Community Health*, *39*(5), 972–979. doi:10.1007/s10900-014-9841-y

Çatal, O., Özer, B., Şit, M., Bolat, F., & Erkol, H. (2019). Kolesistektomi Sonrası İnsidental Safra Kesesi Kanseri Saptanan Hastaların Değerlendirilmesi, 191–194. https://doi.org/10.4274/haseki.galenos.2018.4749

Çavuş, B., & Çetin, K. (2013). Safra Taşı Hastalığı. *İç Hastalıkları Dergisi*, *20*(4), 151–160.

Çelik, A. ve Yıldırım, Y. (2016). Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *7*(14), 182–186. doi:10.5543/khd.2016.38358

Dal, Ü., Bulut, H. ve Demir, S. G. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, *8*(1), 34–40. doi:10.5350/BTDMJB201208106

Dereli Yılmaz, S., & Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelikte Öz bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *2*(3), 137–142.

Direk, F. ve Çelik, S. S. (2012). Postoperative Problems Experienced by Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Their Self-care Ability After Discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, *20*(3), 530–535. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2012.101

Dolgun, E., & Yavuz, M. (2010). Aşırı Şişmanlık Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, *3*(1).

Emre, Ş., Topuzlu Tekant, G., & Şenyüz, O. F. (2016). Laparoskopik Kolesistektomi. *Çocuk Cerrahi Dergisi*, *30*(3), 197–202. https://doi.org/10.5222/JTAPS.2016.197

Enochsson, L., Thulin, A., Österberg, J., Sandblom, G., & Persson, G. (2013). The Swedish Registry of Gallstone Surgery and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (GallRiks). *JAMA Surgery*, *148*(5), 471–478. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.1221

Ersöz, F., Arıkan, S., Bektaş, H., Özcan, Ö. ve Sarı, S. (2009). Zor Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatlarında Laparoskopik Subtotal Kolesistektominin Yeri. *Turkish Journal of Surgery*, *25*(3), 105–108. https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-70350543714&partnerID=40&md5=99bba4517e710b4671ad529265a2c4bf

Eti Aslan, F. ve Yıldız Fındık, Ü. (2017). Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (4. bs., ss. 743–754). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L. ve Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat Sırasında Uygulanan Hemşirelik Bakımının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *15*(2), 159–170. doi:10.5455/pmb.1-1439904928

Felipe, L., Araújo, A. ve Vitor, A. (2014). Nursing process according the model of self-care in a cardiac bedridden patient. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *6*(3), 897–908. doi:10.9789/2175-5361.2014v6n3p897

Ferreira, H., & Ferreira, C. (2015). Equipment in Laparoscopic Surgery. In M. Agarwal, L. Mettler, & I. Alkatout (Eds.), *A Manual of Minimally Invasive Gynecological Surgery* (pp. 3–12). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. https://doi.org/10.5005/jp/books/12446

Göral, V. (2015). Safra Taşı Etyopatogenezi, LITH ve MUCIN Genleri ve Tedavi. *Güncel Gastroenteroloji*, *19*(4), 285–294.

Gül, A., Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, *20*(1), 7–11.

Gün, Ç. ve Kömürcü, N. (2013). The Relationship Between Self-Esteem and Self-Care Agency in Hysterectomy Patients. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, *2*(7), 89–95.

Gürkan, A., Gulseven, B., & Eren, A. (2013). Yoga After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Its Effect on Anxiety and Self-Care Agency. *HealthMED*, *7*(1), 198–203.

Hagran, A., & Fakharany, E. (2015). Critique of Orem's Theory. *The Journal of Middle East and North Africa Sciences*, *1*(5), 12–17.

Hussain Mir, G., Ahmad Bhat, S., Khan, T., Ahmad Wani, M., Mailk, A. A., Alam Wani, K., & Ahmad Mir, T. (2017). Conversion of Laparoscopic Cholecystectomy to Open Cholecystectomy: An Analysis in a High Risk Group of Patients. *Journal of Universal Surgery*, *5*(3), 3–6. https://doi.org/10.21767/2254-6758.100087

İzveren, A. Ö. ve Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, *18*(2), 36–46. http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_122.pdf

Kapoor, M., Yasir, M., Umar, A., Suri, A., & Kumar, A. (2013). Complication of Laparoscopic Cholecystectomy, an Analysis of 300 Patiens. *JK-Practitioner*, *18*(1–2), 7–11.

Karadağlı, F. ve Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Yetersizliği Kuramına Göre Öz Bakım Davranışları Ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(1), 168–181. doi:10.26559/mersinsbd.315331

Karakurt, P., Kasımoğlu, N., Bahçeli, A., Atalikoğlu Başkan, S. ve Ağdemir, B. (2017). The Effect of Activities of Daily Living on the Self-Care Agency of Patients in a Cardiovascular Surgery Clinic. *Journal of Vascular Nursing*, *35*(2), 78–85. doi:10.1016/j.jvn.2016.10.004

Karaman Özlü, Z., İnce, S., & Avşar, G. (2016). Müzikterapinin Kolesistektomi Olan Hastaların Ağrıları Üzerine Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, *19*(2), 100–105. https://doi.org/10.17049/ahsbd.33111

Koç, Z. (2015). The investigation of factors that influence self-care agency and daily life activities among the elderly in the northern region of Turkey. *Collegian*, *22*(3), 251–258. doi:10.1016/j.colegn.2014.01.002

LeMone, P. [and twelve others]. (2017). *Medical-surgical nursing : Critical thinking for person-centred care. Medical-surgical nursing : Critical thinking for person-centred care.* (Vol. 1–3). Retrieved from https://ecu.on.worldcat.org/oclc/968162270

Lin, C. J., & Chen, H. (2013). The Investigation of Laparoscopic Instrument Movement Control and Learning Effect. *BioMed Research International*, 1–16. https://doi.org/https://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/349825/

Machado, N. O. (2011). Biliary Complications Post Laparoscopic Cholecystectomy: Mechanism, Preventive Measures, and Approach to Management: A Review. https://doi.org/10.1155/2011/967017

Mako, T., Svanäng, P. ve Bjerså, K. (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: A grounded theory study. *BMC Nursing*, *15*(47), 1–9. doi:10.1186/s12912-016-0168-0

Mei, J., Tian, Y., Chai, X., & Fan, X. (2019). Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(1), 58–64. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.008

Miller, J. J., Cooley, M., Owens, L., Fletcher, J. D., & Moody, S. (2019). Self-care practices among foster parents: An exploratory study. *Children and Youth Services Review*, *98*(November 2018), 206–212. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.002

Moon, A. M., Howe, J. H., McGinty, K. A. ve Gerber, D. A. (2018). Gallbladder Agenesis Mimicking Cholelithiasis in an Adult. *Radiology Case Reports*, *13*(3), 640–643. doi:10.1016/j.radcr.2018.03.002

Muz, G., & Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(1), 15–22.

Nahcivan, N. (1994). Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması: Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni; 33(7): 109-119.

Nordin, A., Grönroos, J., & Mäkisalo, H. (2011). Treatment of Biliary Complications After Laparoscopic Cholecystectomy. *Scandinavian Journal of Surgery*, 42–48. https://doi.org/10.1177/145749691110000108

Odze, R., & Goldblum, J. (2009). *Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract and Pancreas*. Philadelphia: Saunders.

Özel, A., & Ertürk, Ş. M. (2015). Safra Kesesi Hastalıkları. *Türk Radyoloji Seminerleri*, *3*, 483–494. https://doi.org/10.5152/trs.2015.329

Peetsalu, A., Kirjanen, P., Adams, T., Kirsimägi, Ü., & Peetsalu, M. (2009). Laparoskoopilisest koletsüstektoomiast tingitud sapiteede vigastused TÜ kirurgiakliinikus aastatel 2005–2007: epidemioloogia, diagnostika, ravi ja ravi kaugtulemused. *Eesti Arst*, *88*(11), 724–729. https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.10484

Pool, M. K., Nadrian, H., & Pasha, N. (2012). Effects of a Self-Care Education Program on Quality of Life After Surgery in Patients With Esophageal Cancer. *Gastroenterology Nursing*, *35*(5), 332–340. https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3182605f86

Portincasa, P., Di Ciaula, A., Bonfrate, L., & OH Wang, D. (2012). Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, *3*(2), 7. https://doi.org/10.4292/wjgpt.v3.i2.7

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. https://doi.org/10.12707/riv14081

Santos, R. de P., Fava, S. M. C. L. ve Dázio, E. M. R. (2019). Self-Care of Elderly People with Ostomy by Colorectal Cancer. *Journal of Coloproctology*, *39*(3), 265–273. doi:10.1016/j.jcol.2019.01.001

Sert, İ., İpekci, F., Engin, Ö., Karaoglan, M. ve Çetindağ, Ö. (2017). Outcomes of early cholecystectomy (within 7 days of admission) for acute cholecystitis according to

diagnosis and severity grading by Tokyo 2013 Guideline. *Turkish Journal of Surgery*, *33*(2), 80–86. doi:10.5152/UCD.2016.3305

Sis Çelik, A. ve Aksoy Derya, Y. (2019). Gebelerin Öz Bakım Gücü ile Sağlık Uygulamaları Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *8*(1), 111–119.

Songur, A., Çağlar, V., Gönül, Y. ve Özen, O. A. (2009). Safra Kesesi ve Safra Yolları Anatomisi. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, *2*(2), 1–8.

Sözen, S., Emir, S. ve Bali, İ. (2014). Laparoskopik Kolesistektomiden Açık Ameliyata Geçme Nedenleri. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, *2*(1), 8–13.

Taye, M. K., Fazal, S. A., Pegu, D., & Saikia, D. (2016). Open Versus Closed Laparoscopy: Yet an Unresolved Controversy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *10*(2), QC04–QC07. https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18049.7252

Uyanıkoğlu, A., & Keşküş, İ. H. H. (2013). Kolesistolityazis, Kolesistektomi ve Kolesistektominin Komplikasyonları. *Güncel Gastroenteroloji*, *17*(3), 252–255.

Üçok, K., Mollaoğlu, H., Genç, A., Akkaya, M., & Şener, Ü. (2010). Safra Sistemi Fizyolojisi. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, *3*(1), 1–8.

Üstündağ, H., & Zengin, N. (2008). Baş Boyun Kanseri Nedeni ile Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *11*(1), 63–68.

Wang, D. Q., Neuschwander-tetri, B. A., & Portincasa, P. (2016). *The Biliary System: Second Edition* (2nd ed.). Mississippi: Morgan & Claypool Life Sciences.

Wang, Z., Yin, G., & Jia, R. (2019). Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complementary Therapies in Medicine*, *43*(October 2018), 165–169. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.027

World Health Organization. (2009). *Self-care in the Context of Primary Health Care*. Bangkok, Thailand. Retrieved from http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4301.pdf%0Ahttp://www.searo.who.int/entity/primary_health_care/documents/sea_hsd_320.pdf

Yazıcıoğlu, B., Türel, S., & Arıkan, Y. (2008). Laparoskopik Kolesistektomi. In C. Polat (Ed.), *Laparoskopik Cerrahi* (p. 181). İstanbul: Nobel.

Zengin Çakır, H. K. ve Dal Yılmaz, Ü. (2018). Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *10*(2), 115–121. doi:10.5336/nurses.2017-58970