



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALARINDA SAKIZ ÇİĞNEMENİN
BULANTI KUSMA VE BAĞIRSAK FONKSİYONLARINA
ETKİSİ

HAZIRLAYAN: ÖZNUR BAYRAKTAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN: Doç. Dr. ADALET KUTLU

MANİSA, 2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALARINDA SAKIZ ÇIĞNEMENİN
BULANTI KUSMA VE BAĞIRSAK FONKSİYONLARINA
ETKİSİ

HAZIRLAYAN: ÖZNUR BAYRAKTAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN: Doç. Dr. ADALET KUTLU

TEZ JÜRİ ÜYELERİ

Doç. Dr. ADALET KUTLU Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI Üye

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZŞAKER Üye

MANİSA, 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı

Öznur BAYRAKTAR

İmza



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aőamasında bana destek olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Adalet KUTLU'ya, yardımlarını esirgemeyen Genel Cerrahi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Eray KARA'ya, ve öğrenim hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen ve hep yanımda olan aileme yürekten teşekkür ederim.

Öznur BAYRAKTAR
MANİSA, 2019



İÇİNDEKİLER

KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİL DİZİNİ	viii
ABSTRACT	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
1.2. Hipotezler.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. SAFRA KESESİ.....	8
2.1.1. Safra Kesesi Anatomisi.....	8
2.1.2. Safra Kesesi Fizyolojisi.....	8
2.1.3. Safra Kesesi Hastalıkları	9
2.2. ABDOMİNAL HERNİLER	14
2.2.1. Abdominal Herni Türleri	14
2.2.1.2.1. Belirti ve bulgular	17
2.2.1.3. Tanı.....	17
2.2.1.4. Tedavi.....	17
2.3. KOLESİSTEKTOMİ VE HERNİEKTOMİ SONRASI KOMPLİKASYONLAR	18
2.4. SAKIZ.....	23
2.4.1. Cerrahi sonrası sakız çiğnemenin yararları	24
2.5. CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLLERİ	25
2.6. HEMŞİRELİK BAKIMI VE POSTOPERATİF İLEUSU AZALTMADA GÜNCEL TEDAVİ YÖNTEMLERİ	27
2.6.1. Ameliyat Öncesi Bilgilendirme ve Değerlendirme	27
2.6.2. Premedikasyon	28
2.6.3. Karbonhidrat Yükleme	29
2.6.4. Mekanik Bağırsak Temizliği	29
2.6.5. Hipotermiyi Önleme	30
2.6.6. Tromboz İçin Profilaksi.....	30
2.6.7. Pozisyon Verilmesi.....	30
2.6.8. Perioperatif Sıvı Yönetimi.....	30
2.6.9. Nazogastrik Tüplerin İzlenmesi.....	31

2.6.10. Mesane Drenajı	31
2.6.11. Erken besleme	31
2.6.12. Ameliyat Sonrası Kan Glikoz Düzeyinin Kontrolü.....	32
2.6.13. Ağrı Yönetimi	32
2.6.14. Cerrahi Girişim Sonrası Bulantı Kusma	32
2.6.15. Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyon.....	33
2.6.16. Cerrahi Girişim Sonrası Sakız Çiğneme.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	36
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	36
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	36
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	37
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	37
3.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	37
3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	37
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEMASI	39
3.7. ETİK AÇIKLAMALAR.....	40
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	40
3.9. SINIRLILIKLAR	40
3.10. SÜRE VE OLANAKLAR	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNU OLUŞTURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	42
4.2. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNDAKİ HASTALARIN TANI VE BAŞKA BİR HASTALIĞI OLMA DURUMLARI	44
4.3. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNDAKİ HASTALARIN DEFEKASYON ALİŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ DURUMLARI.....	46
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	55
5.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TANI VE BAŞKA BİR HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI.....	57
5.3. ÇALIŞMAYA KATILAN HASTALARIN DEFEKASYON ALİŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ DURUMLARININ TARTIŞILMASI.....	58
5.4. ÇALIŞMAYA KATILAN HASTALARIN AMELİYAT SÜRELERİ, AMELİYAT SONRASI BULANTI, BULANTI DÜZEYLERİ, 0-6 / 0-24 SAAT	

ARASINDA KUSMA, İLK BAĞIRSAK SESLERİNİN DUYULMASI, İLK GAZ ÇIKIŞI, İLK DEFEKASYON ÇIKIŞ SAATLERİ VE TABURCU OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
6.1. SONUÇ.....	64
6.2. ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER.....	83
8.1. EK 1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	83
8.2.EK 2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	85
8.3. EK 3. HASTA BİLGİ FORMU	88
8.6. EK 6. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI	91
8.7. EK 7. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ TEZ ÇALIŞMA ONAYI	92
8.4. EK 4. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	93
9. ÖZGEÇMİŞ.....	94

KISALTMA VE SİMGELER

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery

ERCP: Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi

NSAİ: Nonsteroid antiinflamatuvar

POBK: Postoperatif Bulantı Kusma

POİ: Postoperatif İleus

PTK: Perkütan Transhepatik Kolanjiografi

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Safra Taşı Oluşumunda Risk Faktörleri

Tablo 2. Cerrahi Sonrası Sakız Çiğneme Metaanaliz Sonuçları

Tablo 3. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Tablo 4. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların hastalık ve ameliyat sürecine göre dağılımı

Tablo 5. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların başka bir hastalığı olma durumlarına göre dağılımı

Tablo 6. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon alışkanlığı durumlarına göre dağılımı

Tablo 7. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon yaparken zorlanma durumlarına göre dağılımı

Tablo 8. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı

Tablo 9. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası bulantı durumlarına göre dağılımı

Tablo 10. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeylerine göre dağılımı

Tablo 11. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası kusma durumlarına göre dağılımı

Tablo 12. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 0-6 saat arasındaki kusma durumlarının dağılımı

Tablo 13. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 6-24 saat arasındaki kusma durumlarına göre dağılımı

Tablo 14. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk bağırsak seslerinin duyulma durumlarına göre dağılımı

Tablo 15. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkışlarına göre dağılımı

Tablo 16. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk defekasyona çıkış durumlarına göre dağılımı

Tablo 17. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların taburcu olma zamanlarına göre dağılımı

Tablo 18. Ameliyat sonrası sakız çiğneme süreleri ile ameliyat sonrası bulantı, bulantı düzeyi, kusma, 0-6 saat arası kusma, 6-24 saat arası kusma, bağırsak seslerinin ilk duyulması, ilk gaz çıkışı, ilk defakasyon çıkışları, ve taburcu olma durumları arasındaki ilişki durumu

Tablo 19. Girişim ve kontrol grupları arasında bulantı ve taburculuk sürelerine göre lojistik regresyon analizi

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Örnekleme Belirleme Şeması

Şekil 2. Tez Sreici AŞamaları



ÖZET

Tezin Başlığı: **CERRAHİ HASTALARINDA SAKIZ ÇİĞNEMENİN BULANTI KUSMA VE BAĞIRSAK FONKSİYONLARINA ETKİSİ**

Öğrencinin Adı: Öznur BAYRAKTAR

Danışmanı: Doç. Dr. Adalet KUTLU

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Amaç: Bu çalışma, cerrahi hastalarında sakız çiğnemenin bulantı-kusma ve bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırmaya Hafsa Sultan Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yatan; kolesistektomili ve herniektomili hastalardan 30 kontrol (sakız çiğnetilmeyen), 30 girişim (sakız çiğnetilen) olmak üzere toplam 60 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri çerçevesinde belirlenen 30 hasta kontrol grubuna alındı. Girişim grubu (30 hasta) da dahil edilme ölçütlerine uygun şekilde oluşturuldu. Girişim grubuna ameliyat sonrasında servise kabul edildikten sonraki ikinci saatinden başlayarak üç kez (2.- 4.- 6. Saatlerde) 15-30 dk sakız çiğnemeleri sağlandı. Hem kontrol hem de girişim grubu hastalarının anket formu, bulantı kusma, bağırsak fonksiyonları ve taburcu olma süreleri takip formu ile hasta cerrahi servisine getirildikten sonraki 6. saat ve 24. saatlerde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda, kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 0-6 saat aralığındaki kusma durumları arasında istatistiksel ($\chi^2=4,320$ $p<0,05$) olarak anlamlı bir fark bulundu. Sakız çiğneyen grubun çiğnemeyenlere göre daha erken taburcu ($\chi^2=4,286$ $p<0,05$; $Z=-2,053$ $p<0,05$) oldukları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Sakız çiğneyen hastaların çiğnemeyenlere göre ameliyat sonrası 0-6 saat arasında 5,09 kat daha az kusma yaşadıkları ve 3,00 kat daha kısa sürede taburcu oldukları belirlendi.

Sonuçlar: Çalışmada sakız çiğnemenin bulantı, kusma, bağırsak fonksiyonları ve erken taburculuğa olumlu etkileri olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde gereksinimi olan hastalar için sakız çiğnetmenin hemşirelik girişimleri arasında yer almasının sağlanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat sonrası, Sakız çiğneme, Bulantı-kusma.

ABSTRACT

Title: Effect of Chewing Gum Chewing on Nausea Vomiting and Intestinal Function in Surgical Patients

Student's Name: Öznur BAYRAKTAR

Advisor: Assoc. Dr. Adalet Kutlu

Department: Nursing

Aim: The aim of this study is to evaluate the effect of chewing gum on nausea-vomiting and bowel function in surgical patients.

Materials and Methods: This research is a controlled experimental study. A total of 60 patients-hospitalized in Hafsa Sultan Hospital General Surgery Service-30 without chewing gum and 30 patients chewing gum were included in the study. Thirty patients were taken to control group. The intervention group (30 patients) was formed according to the inclusion criteria. After the surgery, the intervention group was allowed to chew gum for 15-30 min three times (2.- 4.- 6. hours) starting from the second hour after admission to the service. The questionnaire and nausea, vomiting, bowel functions and discharge time of both the control and intervention groups were evaluated at the 6th and 24th hours after the patient was brought to the surgical service with the follow up form.

Indications: In our study, a statistically significant difference was found between the patients in the control and intervention groups in the postoperative period between 0-6 hours ($\chi^2=4.320$ $p<0.05$). The group that chewing gum was found to be discharged earlier ($\chi^2=4.286$ $p<0.05$; $Z=-2.053$ $p<0.05$) and the difference between them was significant. It was determined that patients who chewed gum suffered 5.09 times less vomiting between 0-6 hours compared to those who did not chew and were discharged in 3.00 times less time.

Conclusion: In this study, the positive effects of chewing gum on nausea, vomiting, intestinal function and early discharge were found. It is advisable to ensure that chewing gum takes place among nursing interventions for patients in need of postoperative period.

Keywords: Postoperative period, gum, nausea, vomiting and intestinal functions.

1. GİRİŞ

Cerrahi girişimler, hastaların yeniden sağlığına kavuşması ve var olan semptomlarını ortadan kaldırmak ve için yapılmakla birlikte cerrahi sürecin hasta üzerinde birçok olumsuz etkileri de olabilmektedir. Bu süreçte sağlık ekibinin rolleri çok önemlidir. Sağlık ekibinin cerrahi süreçte yaşanabilecek sorunlara yönelik izlem ve girişimleri birçok sorunun önlenmesi ve erken dönemde fark edilip girişimlerde bulunulmasını sağlayacaktır. Cerrahi süreçte özellikle de ameliyat sonrası dönemde yaşanabilecek birçok komplikasyon bulunmaktadır. Cerrahi girişim sürecinde özellikle anestezinin etkisiyle sindirim sistemi ile ilgili komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlardan birisi de paralitik ileustur ya da ameliyat sonrası ileustur.

Ameliyat sonrası ileus, abdominal cerrahi sonrası en sık görülen anormal gastrointestinal motilite şeklidir. Ameliyat sonrası analjezi sağlamak için kullanılan narkotikler, sıvı-elektrolit bozuklukları, operasyon sırasında bağırsakların manipulasyonu dahil olmak üzere birçok sebep ameliyat sonrası ileusa neden olabilmektedir (Stewart ve Waxman 2010).

İleus, gaz çıkışının olmaması, bağırsak hareketlerinin azalması ya da gecikmesi gastrointestinal sistemde gaz ve sıvı birikmesiyle sonuçlanır. Hastalar mide bulantısı, kusma ve karın ağrısı gibi mekanik bağırsak tıkanıklığına benzer semptomlar gösterebilirler (Stewart ve Waxman 2010).

Ameliyat sonrası ileusun görülme sıklığını ve süresinin azalmasına yönelik süreçlerin (erken besleme, ayağa kaldırma vs.) benimsenmemesi ya da uygulanmamasından dolayı ameliyat sonrası ileusun görülme ihtimali bulunmaktadır (Barletta ve Senagore 2014).

Ameliyat sonrası erken dönemde ağızdan besleme, bağırsak fonksiyonlarının geri dönüşünü destekleyen önemli bir faktördür. Ancak cerrahi ekip, ameliyat sonrası distansiyon, bulantı ve aspirasyon ile ilgili endişelerden dolayı erken beslenmeye

geçmekte gecikmektedirler (Stewart ve Waxman 2010; Liu ve ark. 2017). Bununla birlikte ameliyat sonrası dönemde bağırsak hareketlerinin başlaması ve arttırılması konusunda çeşitli girişimler önerilmektedir; erken ayağa kaldırma, sakız çiğneme gibi. Sakız çiğneme, erken ağızdan beslemeye alternatif bir yöntem olarak önerilmektedir (Chan ve Kanunu 2008). Böylece sakız çiğnetme yoluyla erken besleme nedeniyle ortaya çıkabilecek riskler ortadan kaldırılmış olacaktır.

Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası sakız çiğnemenin ortalama gaz çıkış süresi, bağırsak hareketlerinin ortalama zamanı, ilk defekasyon ve hastaneden taburcu olma süresi gibi değişkenlere etkili olduğu bildirilmiştir (Ertaş ve ark. 2013; Abd El Maeboud ve ark. 2009; Ledari ve ark. 2012; Schuster ve ark. 2006).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar sonucunda, ameliyat sonrası sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarının iyileşmesinde yararlı bir rol aldığı, ucuz, güvenli, iyi tolere edilebilen ve yaygın olarak kullanılabilir, herhangi bir yan etkisi olmayan, ameliyat sonrası ileusun çözülmesinde yeni bir yöntem olarak kullanılabilirliğini ifade etmişlerdir (Liu ve ark. 2017; Mei ve ark. 2017; Wen ve ark. 2017).

Ülkemizde ameliyat sonrası sakız çiğneme ilgili yapılmış yeteri kadar çalışma bulunmamakla birlikte, sakızın bulantı kusmaya etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Cerrahi hastalarında (laparoskopik kolesistektomi, herniektomili) hastaların bağırsak fonksiyonlarının düzenlenmesinde sakız çiğnemenin etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmayla bu alandaki eksik verilerin tamamlanmasında katkı sağlayacaktır.

Araştırma sonucunda ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının normale dönmesinde sakız çiğnemenin öneminin anlaşılmasıyla ve etkinliğini destekleyen diğer araştırmalarla da kanıtlandığı takdirde; sakız çiğnetme ameliyat sonrası abdominal distansiyon ve ileusun önlenmesi gibi komplikasyonların önlenmesinde kullanılabilir pratik ve ucuz bir yöntem elde edilmiş olacaktır. Ayrıca cerrahi hastalarında (laparoskopik kolesistektomili, herniektomili) bağırsak fonksiyonlarının düzenlenmesinde sakız çiğnemenin etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmaması da bu konudaki gereksinimi karşılama açısından önemlidir.

Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin randomize kontrollü bir çalışmayla denenmesi ile birlikte ameliyat sonrası sakız çiğnetmenin rutin hemşirelik uygulamalarına dahil edilebileceği düşüncesiyle bir kanıt ortaya konması için bu çalışma yapıldı.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, cerrahi hastalarında sakız çiğnemenin bulantı kusma ve bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

1.2. Hipotezler

H1= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası bulantı durumuna etkisi yoktur.

H2= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası bulantı durumuna etkisi vardır.

H3= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası bulantı düzeylerine etkisi yoktur.

H4= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası bulantı düzeylerine etkisi vardır.

H5= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası kusma durumuna etkisi yoktur.

H6= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası kusma durumuna etkisi vardır.

H7= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası 0-6 saat aralığında kusma durumuna etkisi yoktur.

H8= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası 0-6 saat aralığında kusma durumuna etkisi vardır.

H9= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası 6-24 saat aralığında kusma durumuna etkisi yoktur.

H10= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası 6-24 saat aralığında kusma durumuna etkisi vardır.

H11= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk bağırsak sesleri duyulma zamanına bir etkisi yoktur.

H12= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk bağırsak sesleri duyulma zamanına etkisi vardır.

H13= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk gaz çıkışına etkisi yoktur.

H14= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk gaz çıkışına etkisi vardır.

H15= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk gaita çıkışına etkisi yoktur.

H16= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası ilk gaita çıkışına etkisi vardır.

H17= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası erken taburculuğa etkisi yoktur.

H18= Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası erken taburculuğa etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Genel cerrahi kliniğinde en çok karşılaşılan hastalık ve hastaların özellikleri çok çeşitlidir. Genel cerrahi kapsamında sık görülen hastalıklar; meme hastalıkları (memenin selim ve habis tümörleri), Tiroid ve paratiroid hastalıkları, Sindirim sistemi hastalıkları; Özefagus hastalıkları, mide hastalıkları (mide kanseri hiatal herniler), kolo rektal hastalıklar (kolorektal kanserler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, divertiküller, apandisit, pilonidal sinüs), karaciğer hastalıkları (Karaciğer Kanseri, kisthidatik), safra kesesi hastalıkları (kolesistit, kolelitiazis), pankreas (Pankreatitler) ve dalak hastalıkları (Splenomegali) ve abdominal hernilerdir şeklinde sıralanabilir (Erdil 2001).

Kolesistektomi ya da laparoskopik kolesistektomi gerektiren safra kesesi hastalıklarının görülme oranları oldukça yaygındır. Safra kesesi taşının görülme oranı Amerikan yerlilerinde %50'leri bulurken ülkemizde görülme %10,3'tür. Güneybatı Amerika ülkelerinde ise safra taşı görülme sıklığı üçüncü dünya ülkelerine göre daha fazladır. (Durgun 2002; Wang ve Afdhal 2015).

Abdominal bölgede görülen herniler çeşit şekillerde görülebilmektedir; inguinal, umbilikal, femoral herniler gibi. Hernilerin görülme oranı erkeklerde %5, kadınlarda %2 olarak bildirilmektedir (Fitch ve Manthey 2018). Amerika Birleşik Devletlerinde abdominal hernilerle ilgili cerrahi girişimlerin yılda 800 000'den fazla ve en yaygın ameliyatlardan biri olduğu vurgulanmaktadır (Levine ve ark. 2018).

Bu çalışma, kolesistektomi ve herniektomi ameliyatı geçiren hastalardan oluştuğu için safra kesesi ve abdominal herni hastalıklarına daha ayrıntılı yer verildi.

2.1. SAFRA KESESİ

2.1.1. Safra Kesesi Anatomisi

Safra kesesi; uzunluğu 7,5-10 cm, genişliği 3 cm, dinlenme halinde hacmi 50 ml olan, duvarı düz kaslardan oluşmuş bir kesedir ve karaciğerin altına yerleşmiş konumdadır (Albayrak 2008; Olgun2011; Mills 2012). Safra kesesi, sistik kanal ile hepatobiliyer sisteme bağlanıp ana safra kanalını oluşturur. Ana safra kanalı oddi sfinkteri ile duodenumun proksimaline açılır (Mills 2012).

Safra kesesinin dolaşımı, sağ hepatic arterin dalı olan sistik arterle sağlanır. Venöz kan, sistik venle drene olur. Safra yollarının inervasyonu çöliak plexus, vagus ve sağ frenik sinirle sağlanır (Erdil 2001).

2.1.2. Safra Kesesi Fizyolojisi

Safra kesesinin görevi karaciğer hücreleri tarafından üretilen safrayı depolamaktır. Depolama esnasında safradaki suyun büyük bir kısmı safra kesesi duvarlarından geri emilir (Olgun 2011).

Duodenumdan geçen lipit bakımından zengin gıdalar, kolesistokinin-pankreoenzimin (CCK) duodenum mukozasının endokrin hücreleri tarafından salınmasını uyarırlar. CCK, vagal stimülasyonla birlikte, safra kesesinin ritmik kasılmasına neden olur ve safrayı sistik kanaldan ana safra kanalına gitmeye zorlar. CCK oddi sfinkterin gevşemesini sağlayarak safra kanalı içeriğinin duodenuma dökülmesine izin verir (Hızlı 2013; Doktora ve Doktora 2016).

Safranın içeriğini su, yağ asitleri, fosfolipitler, kolesterol, bilirubin, safra tuzları ve diğer maddeler oluşturur (Olgun 2011; Aydın 2016). Safra tuzları kolesterolle birlikte distal ileumdaki yağların emilmesine yardım eder (Olgun 2011). Safra tuzlarının büyük bir kısmı bağırsak mukozasından emilerek safra kesesine verilmek üzere karaciğere gelir (Aydın 2016). Karaciğerden portal ven aracılığıyla tekrar safra içine girer. Bu döngüye enterohepatik dolaşım denir (Olgun 2011; Aydın 2016).

2.1.3. Safra Kesesi Hastalıkları

2.1.3.1. Akut kolesistit

Safra kesesinin akut inflamasyonudur (Olgun 2011). En sık görülen sebebi %95 oranında taşın sistik kanalı tıkanmasıdır (Sanaç 2004).

2.1.3.2. Kronik kolesistit

Akut kolesistit ataklarının tekrarlanması, safra kesesi yapı ve fonksiyonunun bozulmasına yol açıp kronik kolesistite sebep olur (Albayrak 2008; Bang ve Sherman 2017).

2.1.3.3. Koledokolelitiazis

Safra kanalında taş bulunmasıdır. Kökeni büyük oranda safra kesesine dayanmaktadır (Hızlı 2013). Taşların safra kesesinden duktus sistikus aracılığıyla koledoka düşmesi sonucu oluşur (Erdil 2001).

2.1.3.4. Mirizzi sendromu

Safra kesesi boynundaki taşların ortak hepatik kanala dıştan bası yaparak safra akışını engellemesi sonucu oluşur (Aydın 2016; Bang ve Sherman 2017).

2.1.3.5. Kolesistoenterik fistül

Safra kesesi ile ince bağırsak, proksimal kolon veya mide arasında fistül oluşumuyla karakterizedir. Fistül daha sonra enteral lümenin tıkanmasına neden olur. Çoğunlukla safra taşları >25 mm büyüklüğünde olup safra taşı ileusuna neden olur (Bang ve Sherman 2017).

2.1.3.6. Safra kesesi karsinoması

Kesede uzun süre bulunan taşların keseyi tahriş etmesi sonucu adenokarsinoma neden olduğu düşünülmektedir. Sadece yaşlılarda ortaya çıkmakla birlikte nadir olarak görülür (Hızlı 2013).

2.1.3.7. Safra kesesi duvar kalsifikasyonları

Safra kesesinde iki çeşit patolojik kalsifikasyon vardır (Raigani ve ark. 2017).

2.1.3.7.1. Seçici mukozal kalsifikasyon

Safra kesesi duvarının mukozasındaki fokal kalsiyum birikmesidir (Raigani ve ark. 2017).

2.1.3.7.2. Diffüz intramural kalsifikasyon (porselen safra kesesi)

Safra kesesi duvarının müküler tabakasını infiltre eden yaygın bir bant kalsiyum birikmesidir (Raigani ve ark. 2017).

2.1.3.8. Safra sistemi inflamasyonu

Taşlar, safra kanalını tıkayan karsinoma gibi nedenlerle oluşan inflamasyon, safra kanalının safra sistemi ve duodenuma drene olmasını engeller. Safra taşları, safra sisteminin en yaygın hastalığıdır (Olgun 2011).

2.1.3.9. Kolelitiazis

Safra taşı, safra kanalının herhangi bir yerinde oluşabileceği gibi en fazla safra kesesi içinde oluşur (Arslan 2016). Safra taşları kimyasal bileşime ve makroskopik görünümüne dayanarak kolesterol, pigment ve miks taşlar olmak üzere üçe ayrılır (Durgun 2002; Wang ve Afdhal 2015).

2.1.3.9.1. Safra taşı risk faktörleri

Safra taşına yol açabilecek risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 1. Safra Taşı Oluşumunda Risk Faktörleri

Safra Kesesi Taşı Risk Faktörleri	
Kolesterol yoğunluğunun artması	Östrojen (endojen: gebelik; hormon replasman tedavisi, oral kontraseptifler) Obezite Yüksek kolesterol diyeti Düşük lifli diyet İleal iltihap (Crohn hastalığı)
Safra tuzlarının azalması (veya artmış ikincil safra asitleri)	Siroz Kistik fibroz Fibratlar Yaş Parenteral beslenme Düşük yağlı, kilo verme diyetleri Hipertrigliseridemi (bozulmuş motilite)
Safra akışının durağanlığı	Fiziksel inaktivite Seftriakson Oktreotid (doğal somatostatine benzer) Stres Demir eksikliği anemisi

Figurski AC. Cholelithiasis. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B978032335868200044X>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2019).

2.1.3.9.2. Belirti ve bulgular

Birçok kişide safra taşı asemptomatiktir (Akdemir 2005). En sık görülen semptomlar, epigastrik karın ağrısı veya sağ omuza doğru ya da arkaya doğru yayılabilen sağ üst kadran ağrısıdır. Sağ üst kadran ağrısında 30 dk uzun süren sürekli ağrı olarak tanımlanan biliyer kolik, safra kesesi boynu içinde safra kesesi boynuna bağlı taşa karşı kasılma ile ortaya çıkar. Biliyer koliğe bulantı da eşlik edebilir (Raigani ve ark. 2017). Diğer belirtiler sarılık, idrar ve dışkı renginde değişiklikler, vitamin eksiklikleri (A, D, E, K) ile K vitamini eksikliğine bağlı kanamalar görülebilir (Olgun 2011; Hızlı 2013).

2.1.3.9.3. Tanı

Safra sistemi hastalıklarının tanısının konulmasında klinik bulguların değerlendirilmesinin yanı sıra laboratuvar testleri (AST, ALT, GGT, ALP, bilirubinler, amilaz, idrar testi), ultrasonografi (en önemli tetkiktir), oral kolesistografi, bilgisayarlı tomografi, Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP), Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi (PTK)'den yararlanılır (Arslan 2016).

2.1.3.9.4. Tedavi

Kolesistektomi, akut kolesistit ve safra taşlarının tedavisinde en etkin yöntemdir (Kama ve ark. 2001; Albayrak 2008; Töner ve ark 2009; Aydın 2016; Fagenhlz 2017; Hu ve ark. 2017; Glasgow ve Mulvihill 2017).

İlk kolesistektomi ameliyatı, Karl Langenbuch tarafından (1882) yapılmıştır. O zamandan bu yana kolesistektomi, safra kesesi taşı olan hastaların yönetiminde, büyük ölçüde semptomların hafifletilmesinde ve düşük morbiditesinde göze çarpan başarılarından dolayı ana tedavi seçeneği olarak kalmıştır. Yapılan araştırmalar kolesistektomili olgularda hastalığın belirtilerinin %90-95 oranında azaldığını göstermektedir (Glasgow ve Mulvihill 2017).

Her yıl safra taşı için Birleşik Devletlerde yaklaşık 750 000 kişiye kolesistektomi ameliyatı yapılmaktadır (Kim ve ark. 2017). Bunların büyük bir kısmı laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Açık kolesistektomi, başarılı ve güvenli bir laparoskopik kolesistektomi için aday olmayan hastalar için yapılmakla birlikte (Glasgow ve Mulvihill 2017), açık kolesistektomilerin çoğu laparoskopik işlemde bir dönüş olarak ortaya çıkmaktadır (Fagenhlz 2017). Laparoskopik kolesistektomi, safra taşları için altın tedavi olarak kabul edilmektedir (Bülbülleri ve ark. 2006; Choi 2006; Salman ve ark. 2008; Bouarfa ve ark. 2011; Figurski 2012; Hızlı 2013; Glasgow ve Mulvihill 2017; Fagenholz ve Velmahos 2017). Laparoskopik kolesistektomi önceleri akut kolesistit için kontrandike olarak kabul edilse de yapılan çalışmalarda güvenilir bir yöntem olduğu gösterilmiştir (Albayrak 2008; Glasgow ve Mulvihill 2017).

2.1.3.9.4.1. Laparoskopik kolesistektomi için kontrendikasyonlar

- Yaygın karın zarı iltihabı,
- Bağırsak tıkanıklığına bağlı ileri derecede abdominal distansiyon,
- Tedavi edilmemiş pıhtılaşma bozuklukarı,
- Safra kesesi karsinomu,
- Kıkırdaklı safra kesesi,
- Biliyer fistül,
- İlerlemiş karaciğer hastalığı,
- Abdominal adhezyonlar,
- Abdominal malignite,

- Redükte edilemeyen herni,
- Laparatomiyi tolere edemeyen hastalar,
- Obezite,
- Gebeliğin geç dönemleri ve
- Cerrahın laparoskopik deneyiminin az olmasıdır (Albayrak 2008; Hızlı 2013; Gupta ve ark. 2013; Doktora ve Doktora 2016; Aydın 2016; Ashfaq ve ark. 2016).

2.1.3.9.4.2. Laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiden üstünlükleri

- Daha düşük mortalite oranı,
- Erken mobilizasyon,
- Erken oral beslenme,
- Daha az enfeksiyon riski,
- Ameliyat sonrası daha az ağrı,
- Daha az analjezik kullanımı,
- Daha fazla kozmetik avantaj (insizyonlar daha az olması ve küçük),
- Adhezyon, insizyonel fitik gibi ameliyat sonrası komplikasyon görülme olasılığı daha az,
- Daha erken dönemde günlük yaşam aktivitelerini yapabilme,
- Erken taburculuk,
- Daha az iş gücü kaybı,
- Erken dönemde işe dönüş ve
- Görüntü 15-20 kez büyütüldüğünden dolayı gözle görülemeyen patolojiler saptanabilir (Erdil 2001; Ünal ve ark. 2001; Sanaç 2004; Gül 2005; Olgun 2011; Hızlı 2013; Arslan 2016; Bourgouin ve ark. 2016; Fagenholz ve Velmahos 2017; Kim ve ark. 2017; Glasgow ve Mulvihill 2017).

Laparoskopik kolesistektominin bu kadar avantajına karşın dezavantajları da bulunmaktadır.

2.1.3.9.4.3. Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları

- Cerrahin laparoskopiyle ilgili bilgi ve deneyime sahip olmaması,
- Görüntü büyütülerek ekrana geldiğinden dolayı el göz koordinasyonu sağlanmasının zorluğu, dokuların gerçek büyüklüklerini algılamada zorluk, çok sayıda cerrahi aletle çalışma ve
- Komplikasyon gelişmesi durumunda, müdahale etme zorluğu laparoskopik cerrahinin dezavantajlarıdır (Gül 2005; Olgun 2011).

2.2. ABDOMİNAL HERNİLER

Abdominal herni; abdominal duvar kasları, fasya tabakaları, organların çevresi veya mezenterin arasındaki anormal bir açıklıktan intraabdominal organların çıkması olarak tanımlanabilir (Sanaç 2004; Fitch ve Manthey 2018). Herniler, kapanamayan (umbilikal veya dolaylı inguinal) konjenital bir yol boyunca ya da kas ve fasyal tabakalardaki (doğrudan inguinal, ventral ya da insizyonel) zayıf bölge boyunca oluşabilir. Bu zayıflık yaşlanmayla dokunun elastikiyetini kaybetmesi, inraabdominal basınç artışı, karın duvarındaki travma veya yaranın uygun iyileşmemesi nedeniyle oluşabilir. Hernilerin görülme oranın erkeklerde %5, kadınlarda %2 olduğu düşünülmektedir (Fitch ve Manthey 2018).

Herni nedeniyle meydana gelen şişlik karın içerisine yerleştirilebiliyorsa redükte, yerleştirilemiyorsa irredükte ya da inkansere (Erdil 2001), herni kesesi içinden geçen organın kan akımının bozulması ya da tamamen engellenmesiyle oluşan herniler ise strangüle herni olarak adlandırılır (Sanaç 2004).

2.2.1. Abdominal Herni Türleri

Abdominal herniler, kasık fitiği ve ventral herniler olarak gruplandırılabilir (Sanaç 2004). İnguinal herniler; inguinal femoral ve spigelus herni, inguinal bölgeye çok yakın olduğundan dolayı inguinal fitik olarak kabul edilir (Levine ve ark. 2018). Kasık bölgesinden uzakta oluşan herniler ventral hernilerdir (Kirby ve Lentz 2017).

2.2.1.1. Kasık fitikleri

2.2.1.1.1. İnguinal herniler

İnguinal herniler doğrudan ve dolaylı inguinal herni olarak ikiye ayrılır (Levine ve ark. 2018).

2.2.1.1.1.1. Dolaylı inguinal herni

Dolaylı inguinal herniler, en sık görülürler ve doğrudan olan fitıklardan 5 kat daha sık görülür (Levine ve ark. 2018). Dolaylı inguinal herni, inguinal kanaldan geçerek dışarı çıkar. Bu herni erkeklerde spermatik kordon boyunca uzanarak skrotuma, kadınlarda ise yuvarlak ligamenti takip edip labiyum majusa gelebilir (Gore ve ark. 2015).

Kasık fitiklarının oluşumu multifaktöriyeldir (Beaux 2018). Testisin embriyonik göçü sırasında processus vaginalis olarak adlandırılan peritoneal bir kese testisin skrotuma inişine eşlik eder. Kadınlarda ise yuvarlak ligamanı takip eder. Her iki cinsiyette de peritoneal iletişim doğumdan önce kapanır. Ancak bu yolun kapanmaması sonucu inguinal organların bu açıklıktan geçmesiyle inguinal herni oluşur (Gore ve ark. 2015). Diğer bir sebep orta ve ileri yaştaki kişilerin karın duvarı bağ dokusundaki patolojik değişikliklerin inguinal herni oluşumuna katkıda bulunmasıdır (Beaux 2018).

2.2.1.1.1.2. Doğrudan inguinal herni

İkinci en yaygın kasık fitiğidir (Fitch ve Manthey 2018). Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür (Gore ve ark. 2015). Yaşlanmayla miyofasyal duvarın zayıflaması ve tekrarlayan intraabdominal basınç artışı nedeniyle kazanılmış olarak ortaya çıkar. İnguinal kanaldan ilerlemediği için dolaylı inguinal herniden ayırtedilebilir (Fitch ve Manthey 2018).

2.2.1.1.2. Femoral herni

Femoral herninin karakteristik bulgusu inraabdominal içeriğin femoral kanal boyunca ilerlemesidir (Levine ve ark. 2018). Kadınlarda ağırlıklı olarak daha sık görülür. Erkeklerde üç ila dört kat daha düşüktür (Gore ve ark. 2015).

Femoral fitıkların inguinal hernilere benzer bir etyolojisi olması muhtemeldir (Beaux 2018). Femoral herniler klinik olarak femoral kanalın derin yerleşimli ve üstte bulunan yağ dokusunun fazla olması nedeniyle teşhis edilmesi zordur. Femoral kanalın kenarlarının sert olması nedeniyle inkansere ve strangülasyon görülme olasılığı inguinal hernilere göre 8-12 kat daha fazladır (Gore ve ark. 2015).

2.2.1.1.3. Spigelus hernisi

Spigel hernisi, nadir olmakla birlikte tüm abdominal hernilerin %0,1-2'sini oluşturur (Miller ve Novitsky 2018). Alt karın bölgesinin anterolateral kısmında, semilüner çizgi boyunca ortaya çıkarlar. Transversalis fasyanın posterior tabakasındaki konjenital bir zayıflık sonucu meydana gelir (Gore ve ark. 2015). Hem cinsiyetleri hem tarafları eşit oranda etkiler (Miller ve Novitsky 2018).

2.2.1.2. Ventral herniler

2.2.1.2.1. Umblikal herni

Umblikal herniler, inguinal hernilerden sonraki en yaygın karın duvarı fitiğidir. Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 166.000'den fazla umblikal herni ameliyatı yapılmaktadır (Miller ve Novitsky 2018).

Genelde doğumda göbek kordonunun kesilmesinden sonra bölge, umbilikus bölgesinde bulunan cilt, fasyal tabakasının üzerinde kapanır. Bu bölgenin kapanmaması ve intraabdominal basıncın kalıcı olarak artması (obezite, hamilelik, asitli siroz, kronik bağırsak distansiyonu, KOAH vb.) umblikal herniye neden olur (Gore ve ark. 2015; Dunbar ve Jeyarajah 2017; Dunbar ve Jeyarajah 2017; Azoury ve ark. 2017; Kirby ve Lentz 2017; Levine ve ark. 2018; Fitch ve Manthey 2018; Beaux 2018; Miller ve Novitsky 2018; Turnage ve ark. 2018).

Yetişkinlerde umblikal herni, asitli-siroz hastalarında ve orta yaşlı-obez-çok doğum yapmış kadınlarda çok daha sık rastlanır (Özkan 2009).

2.2.1.2.2. İnsizyonel herni

İnsizyonel herniler, iatrojenik olarak kabul edilen ve laparatomilerin en yaygın komplikasyonudur (Tekin 2004; Beaux 2018).

Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 2 milyondan fazla laparotomi yapılmakta ve bunların % 28'inin insizyonel herniye dönüştüğü tahmin edilmektedir (Miller ve Novitsky 2018). İnsizyonel hernilerin %50'si primer operasyondan sonra bir yıl içinde ortaya çıkarken % 20'si 5 yıl sonra ortaya çıkmaktadır (Beaux 2018).

İnsizyonel hernilerin oluşumu multifaktöryeldir. Bu faktörler kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen faktörler olarak ayrılabilir. Kontrol edilebilen faktörler cerrahi teknik, dikiş materyali seçimleri, yara enfeksiyonu, obezite olarak sayılabilirken kontrol edilemeyen faktörler ise yaş, sepsis, genel vücut zayıflığı, ameliyat sonrası öksürük ve kollajen metabolizma bozuklukları olarak sayılabilir (Tekin 2004; Satır 2012; Çiftçi 2015; İsmayilov 2016; Beaux 2018).

2.2.1.2.1. Belirti ve bulgular

Hernilerde, karındaki çıkıntı hasta tarafından ya da fizik muayene sırasında keşfedilir. Hamilelik, öksürük gibi intraabdominal basınç artışıyla birlikte şişlik artar. Hernilerin çoğu asemptomatiktir. Ancak bazı durumlarda özellikle de büyük olan hernilerde kesenin içine organların sıkışması sonucu ağrı ve rahatsızlık oluşabilir (Kirby ve Lentz 2017).

2.2.1.3. Tanı

Abdominal hernilerin tanısı çoğunlukla fizik muayeneyle konulabilir. Ancak şüpheli durumlarda ultrason, BT ve MR' dan yararlanılabilir (Kirby ve Lentz 2017).

2.2.1.4. Tedavi

Hernilerin cerrahi olarak onarımı ya da izlenmesi kararı, öncelikle fitik tipine, semptomların derecesine ve hastanın ameliyatı tolere etme yeteneğine dayanır. Geleneksel öneri, potansiyel boğulmayı önlemek için tüm fitikların onarılması yönündedir (Kuwada ve Stefanidis 2017).

Herniler, açık ya da laparoskopik olarak tedavi edilebilir. Laparoskopik onarım cerrahın tüm karın boşluğunu değerlendirmesine olanak tanır. Bu da gizli ventral fitıkların ya da hapsedilmiş inguinal herniden boğulmuş bağırsakların belirlenmesinde özellikle yararlı olabilir. Laparoskopik onarım, açık cerrahiye göre daha az ağrılıdır ve özellikle çift taraflı onarım için düzenli aktivitelere dönüş daha erken olmaktadır. Laparaskopi daha fazla travmayı önler ve bu da genitofemoral sinirlerin ilioinguinal, iliohipogastrik ve genital dalının daha düşük bir yaralanma riski ile ilişkilidir (Kuwada ve Stefanidis 2017). Açık cerrahiye karşılaştırıldığında nüks oranı %5-10 daha azdır (Tekin ve ark. 2004).

Laparoskopik girişimin avantajlarına rağmen, diğer laparoskopik prosedürlerle karşılaştırıldığında, küçük çalışma alanı ve bilinmeyen posteriyor kasık anatomisinin öğrenme sürecini uzatıp zor bir prosedür haline getirmesi geniş çapta kabul görmemesine neden olmuştur. Nadiren de olsa açık cerrahiye göre vasküler ve visseral yaralanma riski daha yüksektir. Ayrıca maliyeti daha yüksektir. Laparaskopi genel anestezi gerektirmekte, lokal anestezi altında açık bir onarım ile daha iyi tedavi edilebilecek yüksek riskli hastalarda daha az cazip hale gelmektedir. Ayrıca büyük skrotal herniler açık yaklaşımla daha iyi ele alınmaktadır. Açık yaklaşım, skrotal peritoneal keseyi azaltma ve daha az seroma ile ilişkili olarak daha etkili bir teknik olarak bildirilmektedir (Kuwada ve Stefanidis 2017).

2.3. KOLESİSTEKTOMİ VE HERNİEKTOMİ SONRASI KOMPLİKASYONLAR

Sindirim sistemi ameliyatlarından sonra birçok komplikasyon gelişme ihtimali bulunmaktadır. Özellikle kolesistektomi/laparoskopik ve herniektomilerden sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonlar şu şekilde sıralanabilir.

- Kanama,
- Suphepatik apse,
- Safra fistülü,
- Kalıntı safra taşları,
- Safra peritoniti,
- Safra yollarının drenajında kullanılan tüplere ait komplikasyon,

- Testiküler kan akımının engellenmesi,
- Vas deferens kesilmesi,
- Bağırsak yaralanması,
- Mesane yaralanması,
- Strangüle bağırsak,
- Femoral venin sıkışması,
- Üriner retansiyon,
- Skrotal ekimoz,
- Testis ödemi,
- Testiküler atrofi,
- Hidrosetel,
- Yara enfeksiyonu,
- Nöroma,
- Gözden kaçan fitiklar,
- Fıtığın rekürrensi,
- Bulantı- kusma ve
- Postoperatif ileus olarak sayılabilir (Sayek ve Yalın 2004; Tekin ve ark. 2004).

2.3.1. Postoperatif İleus

Cerrahi tekniklerdeki ve ameliyat öncesi bakımdaki gelişmelere rağmen, postoperatif ileus (POİ), abdominal cerrahinin en sık görülen komplikasyonu olmaya devam etmektedir. Postoperatif ileus, abdominal cerrahi veya karın içi travma sonrası intestinal motilitenin yavaşlaması veya durması olarak tanımlanır (Ay ve ark. 2011). Venara ve ark. 2016 yaptıkları çalışmada, Vather ve arkadaşlarının metaanaliz sonuçlarında, dördüncü postoperatif gün veya sonrasında takip eden POİ'un beş belirti ve bulgularını bildirmişlerdir.

Ameliyattan sonra;

- Mide bulantısı ve kusma,
- 24 saat içinde katı veya yarı sıvı beslenmeyi tolere edememe,
- 24 saatte gaz veya dışkı çıkışı olmaması,

- Karında şişlik ve
- Radyolojik kanıttır (Venara ve ark. 2016).

Patolojik POİ ve fizyolojik POİ arasında ayırıcı tanı için gerçek bir fikir birliği yoktur. Patolojik POİ tanımlamak için çeşitli yazarlar tarafından kullanılan kesme sınırı, 1- 7 gün arasında değişmektedir (Venara ve ark. 2016).

Ameliyattan sonra mide motilitesinin 24-48, ince bağırsak 12-24, kolonik motilitenin 3-5 gün içerisinde düzeldiği düşünülmektedir (Venara ve ark. 2016). POİ'ya bağlı; gastrointestinal sistemdeki birikmiş sekresyonlar, pulmoner aspirasyona yol açabilecek kusma ile kendini gösterebilir. Etkin olmayan peristaltizm sıvı, elektrolit ve besin reabsorpsiyonu, sıvı-elektrolit dengesizliği ve beslenme eksikliklerine sebep olur. Bu da sepsis riskini arttırır. İmmobilizasyon nedeniyle derin ven trombozu riski yükselir. Daha çok ağrı ve rahatsızlık nedeniyle hasta memnuniyeti azalır (Kehlet ve Holte 2001; Aoun ve ark. 2015; Bragg ve ark. 2015; Venara ve ark. 2016). Bütün bu sorunlar, hastanede kalış süresinin ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasıyla sonuçlanır. Amerika Birleşik Devletlerinde bu maliyetin tutarı yılda 1,47 milyar dolar olarak bildirilmiştir. Postoperatif ileusun hem sağlık bakım maliyetindeki yükü hem de hasta memnuniyetini etkilemesi nedeniyle öncelikli ele alınması gereken sorunlardandır (Kehlet ve Holte 2001; Delaney 2004; Asgeinsson ve ark. 2010; Stewart ve Waxman 2010; Barletta ve Senagore 2014; Aoun ve ark. 2015; Bragg ve ark.2015; Chapman ve ark. 2018). Abdominal cerrahi sonrası postoperatif ileus görülme sıklığı %10 ile %30 arasında değişmektedir (Sugawara ve ark. 2018).

Peristaltizm parasempatik stimülasyonla aktive edilir ve sempatik stimülasyonla da inhibe edilir. POİ'un süresi ve şiddetinin en önemli belirleyicisi cerrahi girişimlerdir. Ameliyata ilk reaksiyon fazı, nörolojik olarak; ilk abdominal insizyondan ameliyatın tamamlanmasından sonraki nöral refleksleri içerir. Cildin insizyonu, kortikotropin salgılama faktörünün aracılık ettiği adrenerjik motor nöronal aktivitede akut bağırsak felcine yol açan bir artışa neden olur. Bununla birlikte, adrenal olmayan diğer faktörler de peristaltik hareketlerin inaktivasyonuna neden olmaktadır (Bragg ve ark. 2015; Foxx- Orenstein 2015).

İkinci aşama, cerrahi girişimden 3-4 saat sonra başlar. Cerrahi girişim sırasında bağırsak manipülasyonu bağırsak kas sisteminin inflamasyonuna sebep olur. Proinflamatuvar sitokinlerin ve kemokinlerin salınımı, endotelyumdaki hücre içi

adhezyon moleküllerinin regülasyonuna neden olur. Bağırsak boyunca yaşayan fagositler aktive olur. Bu da lökositlerin muskularis eksternaya göçüne sebep olur. Fagositlerin nitrik oksit ve prostoglandinleri serbest bırakmasıyla düz kas kontraktilitesi inhibe olur. Böylece peristaltik hareketler engellenir (Bragg ve ark. 2015; Foxx-Orenstein 2015).

2.3.1.1. Postoperatif ileusu önleme yöntemleri

2.3.1.1.1. İlaç araştırmaları

POİ' yi önlemeye yönelik yapılan ilaç araştırmalarından bazıları şunlardır; Alvimopan, İntravenöz Lidokain Uygulaması ve Metilnaltreksonla çalışmaların sonuçları, postoperatif ileusu azalttığı yönündedir (Delaney 2004; Tan ve ark. 2007; Stewart ve Waxman 2010; Foxx-Orenstein 2015; Ay ve ark. 2011; Barletta ve Senagore 2014; Gan ve ark. 2015; Bragg ve ark. 2015; Nair 2016; Schwenk ve ark. 2017).

Ameliyat sonrası nonsteroid antiinflatuar-NSAI kullanımının narkotik ihtiyacını azaltarak dolaylı yoldan POİ' u azalttığı gösterilmiştir (Stewart ve Waxman 2010; Van Bree ve ark. 2012; Barletta ve Senagore 2014; Bragg ve ark. 2015; Foxx-Orenstein 2015; Sugawara ve ark. 2018; Venara ve ark. 2016).

2.3.1.1.2. Orta torakal epidural analjezi

Gastrointestinal sisteme sempatik giriş, beşinci torasik omur seviyesinden ve aşağısından gelmektedir. Bu nedenle orta torakal epidurallar bu bağlamda incelenmiştir. Cerrahi, katabolik hormonlarda kortizol, glukagon ve katekoleminlerde artışa neden olur. Bu etki, epidural analjezi kullanılarak aferent yolların ablukaya alınmasıyla zayıflatılır. Böylece protein yıkımı yavaşlatılmış olur. İnsülin duyarlılığını artırır ve perioperatif sitokin salınımını azaltabilir. Orta torasik analjezi ile yapılan çalışmalar, postperatif ileus insidansının önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (Delaney 2004; Aslan 2009; Asgeinsson ve ark. 2010; Stewart ve Waxman 2010; Ay ve ark. 2011; Barletta ve Senagore 2014; Bragg ve ark. 2015; Chapman ve ark. 2018).

2.3.1.1.3. Peritoneal drenaj

Peritoneal drenaj kataterleri geleneksel olarak diseksiyon yatağındaki sıvı birikimini önlemek, seröz sıvı, kan ya da enfeksiyonun boşaltımını sağlamak ve anastamoz kaçağını önlemek için kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda pelvik drenlerin anastamoz kaçağı sıklığı ve şiddetinde bir değişme yaratmadığı, perianastomatik drenlerin pankreas ve mide kanseri cerrahisinde komplikasyon riskini düşürmediği ve iyileşmeyi yavaşlattığı, morbit obezite sonrası gastrik bypass sonrası yerleştirilen abdominal drenlerin de avantaj sağlamadığı bulunmuştur (Nelson ve ark. 2016; Nygren ve ark. 2017).

2.3.1.1.4. Cerrahi yaklaşım

Laparoskopik ve minimal invaziv girişimler sırasında inhibitör refleksler, intestinal manipülasyon, cerrahi travma stimülasyonu ve iç organların daha az havayla teması, postoperatif ileus insidansının azalmasına neden olur. Ayrıca cerrahi tekniği değerlendiren randomize kontrollü çalışmalarda laparotomi ile karşılaştırıldığında, laparaskopide kan kaybının %50 daha az olduğunu ve majör morbitideyi azalttığını göstermiştir. Bütün bu nedenlere bağlı olarak hastanede kalış süresinde azalma meydana gelmektedir (Delaney 2004; Ay ve ark. 2011; Barletta ve Senagore 2014; Aoun ve ark. 2015; Bragg ve ark. 2015; Foxx- Orenstein 2015; Venara ve ark. 2016; Sugawara ve ark. 2018).

2.3.1.2. Ameliyat sonrası bulantı kusma

Anestezik maddelerin bağırsak hareketliliği üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu maddeler, nöral entegrasyona bağlı olarak bağırsak bölgesi üzerinde en güçlü etkilerini gösterirler (Luckey ve ark. 2003). Böylece anesteziye maruz kalımdan sonra gecikmiş mide boşalması gözlenir. Gecikmiş mide boşalması, postoperatif bulantı kusma riskini artırır (Luckey ve ark. 2003). Postoperatif bulantı kusma (POBK) ameliyattan sonraki ilk 24 saatten 72. saate kadar olan süreyi kapsamaktadır (Şahin ve ark. 2012).

Postoperatif bulantı ve kusma riskini arttıracak risk faktörleri aşağıda tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları:

- Yaş,
- Cinsiyet,

- Bulantı kusma hikayesi,
- Sigara,
- Laparoskopik ameliyatlara,
- Anestezi süresi,
- Perioperatif süreçte opioid kullanımı,
- Ameliyat sonrası ağrı ve
- Anksiyete vb. nedenler olarak sayılabilir (Şahin ve ark. 2012; Çekmen ve ark. 2003).

Postoperatif bulantı kusmanın kadınlarda erkeklerden, sigara içmeyenlerde içenlere göre, inhalasyon anesteziye göre intravenöz anesteziye göre laparoskopik ameliyatlarda açık ameliyatlara göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Alkış ve ark. 2007).

Bulantı kusma, çoğu cerrahi hasta için ağrıdan daha fazla endişe verici olabilmektedir. Postoperatif bulantı kusma, sıvılarla iyi kompanse edilmezse dehidratasyona, elektrolit dengesizliğine, insizyon yerinin açılmasına, pulmoner aspirasyona, asit baz dengesinin bozulmasına sebep olabilir. Bu da hastanın ameliyattan sonra derlenme ünitesinde daha fazla kalmasına, hasta konforunun bozulmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına ve dolayısıyla hastane maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Firouzian ve ark. 2017).

2.4. SAKIZ

Sakız, bazı ağaçların özellikle de sakız ağacının kabuğundan sızan, çiğnendiğinde yumuşayan, hoş kokulu, beyaz renkli bir reçinedir (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 16 Kasım 2018).

Sakız çiğnemenin cerrahi girişim sonrası erken beslenmeye geçiş ve bağırsak fonksiyonlarının normale dönmesini hızlandırdığı bildirilmektedir (Öykü ve Chamberlain 2009; Liu ve ark. 2017). Cerrahi girişim sonrası hastaların %20'si erken beslenmeyi tolere edememektedir ve komplikasyonlara neden olacağı endişesiyle cerrahi ekip erken beslenmeyi uygulamakta isteksiz davranmaktadır (Meyer ve Fawcett 2008; Su'a ve ark. 2015; Su'a ve ark. 2015; Xu ve ark. 2018). Hastaya zarar vermeden erken beslenme ile aynı avantajları sağlayan bir yöntem bulmak için sahte

besleme yöntemleri araştırılmıştır. Sakız çiğneme, bir besin maddesinin çiğnendiği ancak mideye bir şey girmediği sahte beslemenin bir formu olarak kabul edilmektedir (Ertaş ve ark 2013).

2.4.1. Cerrahi sonrası sakız çiğnemenin yararları

Sakız çiğnemenin yararları şu şekilde sıralanabilir:

- Gastrointestinal opioid reseptörlerinin aktivasyonunu engellemek amacıyla sefalik- vagal yolağın aktivasyonunu sağlayarak bağırsakların miyoelektrik aktivesini uyardığı varsayılmaktadır (Husslein ve ark. 2013; Mei ve ark. 2017).

- Gastrik, duodenal ve pankreatik sekresyonların salınımını aktive eder.

- Aynı zamanda sakız çiğneme tükürük salgısını uyararak nitrooksit üretimine neden olup ağız ve bağırsaklardaki patojenlerle mücadele edebilmektedir.

- Hastanın anksiyetesini azaltıp kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilir (Castro ve ark. 2008; Keenahan 2014; Huang ve He 2015; Mei ve ark. 2017; Wen ve ark. 2017).

- Ameliyat sonrası hastanın susuzluğunu azaltabilir.

Yapılan randomize kontrollü çalışmaların ve metaanalizlerin postoperatif ileusu önleme konusundaki etkinliği çelişkilidir. Ge ve ark. randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarının neden çelişkili olduğuna dair sonuçları şöyledir:

1. Deneysel çalışmaların bilimsel olarak tasarlanmamış olması,
2. Hasta gruplarının homojen olmaması,
3. Hastalara farklı rejimlerle diyet başlanması,
4. Postoperatif analjezi çeşidi kullanımının farklı olması ve
5. Çalışmalardaki hasta sayılarının farklı olmasıdır (Ge ve ark. 2015).

Yapılan çalışmalarda sakızın yan etkilerine rastlanmamıştır. Ancak sakız içeriğinde bulunan sorbiol veya şekersiz sakız içeriğinde bulunan maddeler baş ağrısı, vaskülit ve ishal gibi belirtilere sebep olabilir. Ayrıca sakızın aspire edilmesi diğer bir risk faktörüdür (Keenahan 2014).

Darvall ve arkadaşlarının ondansetron ve sakız çiğnemeyi karşılaştırdığı çalışmasında, sakızın sadece POI'un tedavisinde değil, POBK'nın tedavisinde de kullanılabileceğini göstermişlerdir. Ondansetron ve sakız çiğnemenin karşılaştırıldığı

çalışmada, sakızın ondansetron kadar etkili olabileceği sonucuna varmışlardır (Darvall ve ark. 2017).

Keenahan 2014'te yayınladığı makalesinde abdominal cerrahi sonrasında sakız çiğnemenin POİ ve POBK oranlarını azalttığını ifade etmiştir (Keenahan 2014).

Sakız çiğnemenin ucuz, güvenli, pratik, ilaçlarda olduğu gibi yan etkisi olmayan, uygulanması için eğitim, depolama alanı gerektirmeyen ve kolayca erişilebilen bir yöntem olduğunu bildirilmiştir (Ledari ve ark. 2012; Ertaş ve ark. 2013; Husslein ve ark. 2013; Hove ark. 2014; Darvall ve ark. 2017; Wen ve ark. 2017).

Yukarıda sözü edilen postoperatif ileusu ve postoperatif bulantı kusmayı önleme yöntemleri, aynı zamanda Hızlandırılmış İyileşme Protokolü-Enhanced Recovery After Surgery-ERAS protokollerinin de bir parçasıdır.

2.5. CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLLERİ

ERAS protokolleri, hastanın optimal iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla perioperatif dönem boyunca kanıta dayalı bakım unsurlarının uygulanmasını içerir. Bir grup cerrah ve anestezi uzmanı tarafından geliştirilmiş ve 1990 yılının sonlarından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Bu protokollerin iki ana amacı vardır: Hasta sonuçlarını iyileştirmek ve maliyetleri düşürmektir. ABD'de yapılan ekonomik analizde, ERAS protokollerini uygulamanın 4219-7642 dolar tasarruf sağladığı sonucu ortaya çıkmıştır (Ljungqvist 2011; Karabaş ve Özbayır 2016; Nelson ve ark. 2017; Kleppe ve Greenberg 2018).

ERAS protokolleri, çoğu yüksek kalite kanıt düzeyi olan 20 maddelik perioperatif bakım uygulamalarını içermektedir (Nygren ve ark. 2017; Bisch ve ark. 2018).

I. Ameliyat öncesi dönem

✓ Tüm hastalara başvuruları kabul etmeden önce danışmanlık hizmeti verilmelidir.

✓ Kolonik cerrahide ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı önlenmeli, ancak stomanın planlandığı düşük rektal rezeksiyonlar için düşünülebilir.

✓ Ameliyat öncesi gece açlığından kaçınılmalı ve hastalara anestezi ve ameliyattan iki saat öncesine kadar karbonhidrat açısından zengin berrak içecekler verilmelidir.

✓ Uzun etkili yatıştırıcı içeren ilaçlardan kaçınılmalıdır.

✓ Tromboza karşı profilaksi verilmelidir.

✓ Aerob ve anaeroblara karşı profilaksi, ameliyattan bir saat önce tek doz olarak verilmelidir.

II. Ameliyat sırası dönem

✓ Standart anestezi protokolleri, intravenöz uzun etkili opioidlerin kullanımını içermemeli ve ameliyat başlangıcından önce orta torasik epidural etkinliği içermelidir.

✓ İki veya daha fazla risk faktörü varsa POBK' nın önlenmesi ve multimodal yaklaşımla tedaviye en kısa sürede başlanmalıdır.

✓ Hasta ve ekipmanla ilgili koşullar uygunsa laparoskopik yardımcı cerrahi önerilir.

✓ Cerrahi insizyonlar, minimum uzunlukta tutulmalıdır.

✓ İntraoperatif sıvılar hipovolemi ve hipervolemiyi önleyecek şekilde dengelenmelidir. İntraoperatif hedefe yönelik sıvı tedavisi bireysel olarak düşünülmelidir.

✓ Drenler, rutin olarak kullanılmamalı, peritoneal refleksiyon üzerindeki rezeksiyonlar için endike değildir, ancak bu seviyenin altında rezeksiyon için kısa süreli kullanım önerilebilir.

III. Ameliyat sonrası dönem

✓ Postoperatif rutin kullanımda nazogastrik entübasyondan kaçınılmalıdır.

✓ Hastanın vücut sıcaklığı korunmalıdır.

✓ Pelvik cerrahi için suprapubik drenaj tavsiye edilirken, üretral kateterler kolonik rezeksiyonlar için de kullanılabilir. İdrar sondaları 24 saat sonra çıkarılabilir.

✓ Postoperatif ileus, orta torakal epidural, laparoskopik cerrahi, sıvı aşırı yüklenmesinden kaçınılmalı ve bağırsak hareketleri uyarılmalıdır.

✓ Postoperatif analjezi, kolonik rezeksiyonlardan yaklaşık 48 saat sonra orta torasik epidural kullanılarak ve pelvik cerrahi için yaklaşık 96 saat sürdürülmelidir. Parasetamol 4g/gün eklenmeli ve epidural çıkarıldıktan sonra steroid olmayan analjezikler başlatılmalıdır.

- ✓ Ameliyat sonrası erken dönemde oral alım başlanmalıdır.
- ✓ Erken mobilizasyona geçilmelidir.
- ✓ Sistematik bir denetim ile protokole uyum sağlanmalıdır. (Ljungqvist 2011; Çilingir ve Candaş 2017).

Teeuwen ve ark. kolorektal cerrahi geçirmiş hastalarda ERAS programıyla ve geleneksel postoperatif bakım ile tedavi edilen hastaları karşılaştırmış, ERAS grubundaki hastaların kontrol grubuna göre morbidite oranları ve hastanede kalış oranlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Teeuwen ve ark. 2010).

Gusafsson ve ark. kolorektal cerrahi geçiren hastaları standartlaşmış bir ERAS programına göre tedavi etmiş ve protokole bağlı kalmanın sonuçlarını incelemiştir. Protokole yüksek bağlılığı olan hastaların komplikasyon oranlarının %25 ve semptom görülme oranlarının %50 azaldığını bulmuşlardır (Gustafsson ve ark. 2011).

Malik ve ark. kolorektal ameliyat geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada ERAS grubundaki hastaların bağırsak fonksiyonlarının ve hastanede kalış sürelerinin kontrol grubuna göre daha az olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı bulmuşlardır (Malik ve ark. 2013).

Jensen ve ark. dev ventral hernilerde postoperatif sakız çiğnemeyi de içeren ERAS programını uygulamışlar; hastane kalış süresinde, ağrı, yorgunluk, bulantı parametrelerine düşüşe neden olabileceğini vurgulamışlardır (Jensen ve ark. 2016).

Nelson ve ark. perioperatif olarak yapılacakları listelemiş ve postoperatif sıfırncı günde 30dk sakız çiğnemeyi ERAS programına dahil etmişlerdir (Nelson ve ark. 2017).

Tiefenthal ve ark., ERAS protolü uygulayarak laparoskopi ve açık cerrahi karşılaştırmış, laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların daha hızlı iyileşip daha az hastanede kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır (Tiefenthal ve ark. 2016).

2.6. HEMŞİRELİK BAKIMI VE POSTOPERATİF İLEUSU AZALTMADA GÜNCEL TEDAVİ YÖNTEMLERİ

2.6.1. Ameliyat Öncesi Bilgilendirme ve Değerlendirme

Tüm hastalar cerrah, anesteziist, hemşire ve ekibin diğer üyeleri tarafından kapsamlı bir danışma hizmeti almalıdırlar. Bu hizmet hastanın beklentilerini karşılayacak düzeyde olmalıdır. Ameliyat öncesi eğitimin hastanın anksiyetesini ve analjezik kullanımını azalttığı, ameliyat sonrası gastrointestinal motilitenin daha erken dönmesini sağlayıp hastanede kalış süresini azalttığı bulunmuştur (Varathan ve ark. 2010; Solak Kabataş ve Özbayır 2016; Nelson ve ark. 2017).

Sigara kullanımı, doku oksijenlenmesinin azalmasına yol açarak enfeksiyona sebep olabilir. Pulmoner komplikasyonlar ve tromboemboli riskini artırıp morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olur. Hernilerin nüks riskinin artmasına sebebiyet verebildiği için ameliyattan 4 hafta önce sigaranın bırakılması tavsiye edilmektedir (Nygren ve ark. 2017; Kleppe ve Greenbery 2018).

Glikoz kontrolü, açlık kan şekeri ya da HbA1C seviyeleri kullanılarak değerlendirilir. HbA1C seviyesinin sınırdan ya da artmış olması komplikasyon riskinde artışa sebep olur (Nygren ve ark. 2017). Bu nedenle hastanın kan şekerini regüle tutmak önemlidir.

Aşırı kilo, iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Fazla kilolu hastalara beslenme eğitimi verilmelidir (Kleppe ve Greenbery 2018).

Ameliyat öncesi egzersiz, cerrahi stres sonrası fiziksel ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirmek için yapılmaktadır. Sistematik bir derlemeye göre ameliyat öncesi egzersiz yaptırılan hastaların ameliyat sonrası daha iyi fiziksel durumda oldukları ve hastaneden erken taburcu oldukları görülmüştür (Nygren ve ark. 2017).

Ameliyat öncesi hastanın bilişsel ve davranış bozuklukları değerlendirilmelidir. Bazı hastalar sosyal destek yapısına sahip olmayıp bununla başa çıkabilme yetisine sahip değildirler. Bu durum iyileşme sürecini olumsuz yönde etkiler (Kleppe ve Greenbery 2018). Hastanın destek programlarından faydalanması için teşvik edilmelidir.

2.6.2. Premedikasyon

Profilaktik antibiyotikler ameliyat sonrası enfeksiyon riskini azaltır. Bu nedenle antibiyotikler cilt insizyonundan en az 30 dk. öncesinde yapılmalıdır. Dozun tekrarı

ilacın yarılanma ömrüne ve cerrahinin süresine göre ayarlanmalıdır. Cilt temizliğinin de klorheksidin glukonat-alkol ile yapılması önerilmektedir (Nygren ve ark. 2017).

2.6.3. Karbonhidrat Yükleme

Preoperatif enteral karbonhidrat yüklemesinin preoperatif hasta stresini ve rahatsızlığını, postoperatif insülin direncini, postoperatif bulantı kusmayı azalttığı, ayrıca kas kitlesini arttırdığı gösterilmiştir (Bragg ve ark. 2015; Foxx-Orenstein 2015; Venara ve ark. 2016).

Çift kör randomize kontrollü bir çalışmada, sigara içmeyen laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda %5 dekstroz anestezi verilmeden 30 dk önce başlanmış ve bunun POBK'ya etkisi incelenmiştir. Ameliyat öncesinde %5'lik dekstroz uygulamasının POBK'ya katkıda bulunabilecek insülin direncini azaltabileceği sonucuna varılmıştır. Ayrıca dekstroz alan grupta kan şekeri düzeyi normal sınırlardayken kontrol grubundaki hastaların kan şekeri seviyesi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Firouzian ve ark. 2017).

Preoperatif açlık sınırı, katı gıdalar için altı saat, sıvı-karbonhidrat içeren sıvılar içinse 2 saat öncesine kadar tavsiye edilmektedir. Bu da iyileşmeyi arttırıp hastanede kalış süresini azaltmaktadır. Postoperatif karbonhidrat yüklemesinin POİ'yi azaltma üzerindeki etkisi çok açık değildir (Bragg ve ark. 2015; Foxx-Orenstein 2015; Venara ve ark. 2016).

2.6.4. Mekanik Bağırsak Temizliği

Bağırsak temizliği, hastalar açısından rahatsızlık vericidir ve sıvı-elektrolit dengesi bozukluklarına neden olabilir (Teeuwen ve ark. 2010; Gustafsson ve ark. 2013).

Cochrane'de yer alan 18 Randomize Kontrollü Çalışma (RKÇ) içeren metaanalizde elektif kolorektal cerrahi geçiren hastalarda mekanik bağırsak temizliği yapılan ve yapılmayan hastalar arasında mortalite ve anastomoz kaçağı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gustafsson ve ark. 2013). Mekanik bağırsak temizliği rutin olarak uygulanmamalıdır; yapılıp yapılmaması, hasta durumu ve yapılan ameliyatın ihtiyacına göre olarak değerlendirilmelidir.

2.6.5. Hipotermiyi Önleme

Hipotermi santral vücut sıcaklığının 36°C'nin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Hipotermi pıhtılaşma sorunlarına sebep olarak kanamayı arttırmaktadır. Solunum yetmezliği, miyokart enfarktüsü, felç gibi komplikasyonların artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle hipotermiyi önlemek için vücut boşluklarını yıkamak amacıyla kullanılan irrigasyon sıvıları, intravenöz sıvılar ısıtılmalı, hasta hem intraoperatif hem postoperatif dönemde uygun ısıtıcılarla vücut sıcaklığı 36°C'nin altına düşmeyecek ve hipertermiye sebebiyet vermeyecek şekilde ısıtılmalıdır (Aksoy ve Yılmaz 2018; Solak Kabataş ve Özbayır 2016).

2.6.6. Tromboz İçin Profilaksi

Venöz tromboemboli için risk faktörleri, malign cerrahi, obezite ve majör cerrahidir. Pnömotik kompresyon çoraplarının tromboemboliyi önlediği hatta heparin profilaksisi ile aynı düzeyde etki ettiği, kombine olarak kullanımlarda tromboemboli riskini daha fazla azalttığı saptanmıştır. Heparin tedavisi genellikle cerrahi öncesi akşam ya da cerrahiden 6 saat sonra başlanır ve hasta mobilize olduğunda sonlandırılır. Heparin kullanımı, ameliyat sonrasında, açık cerrahi girişimlerde bir ay, laparoskopik cerrahilerde bir hafta olarak bildirilmiştir (Nelson ve ark. 2016; Nygren ve ark. 2017).

2.6.7. Pozisyon Verilmesi

Cerrahi sonrası hastanın bilinci yerine geldikten sonra hava yolu açıklığını ve akciğerlerin genişlemesini sağlamak, kusmaya bağlı aspirasyonu önlemek için hasta yarı oturur pozisyona getirilmelidir. Bu pozisyon abdominal organların diyafragma yaptığı basıncı azaltarak soluk alıp vermeyi de kolaylaştıracaktır (Eti Aslan ve ark. 2011; Akyolcu 2012).

2.6.8. Perioperatif Sıvı Yönetimi

Perioperatif fazla sıvı uygulaması hipervolemiye neden olarak sadece kardiyopulmoner aşırı yüklenme riskini arttırmakla kalmaz oluşan ödem, doku oksijenasyonunu bozabilir, bağırsak fonksiyonunun iyileşmesini uzatabilir ve

anastamoz sızıntı riskini arttırabilir. Yapılan bir çalışmada 2L intravenöz sıvı ile 3L ve daha fazla sıvı alan hastalar karşılaştırılmış gaz ve dışkı çıkışı, az intravenöz sıvı alan hastalarda anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur (Delaney 2004; Barletta ve Senagore 2014; Bragg ve ark. 2015; Foxx-Orenstein 2015; Venara ve ark. 2016).

2.6.9. Nazogastrik Tüplerin İzlenmesi

Nazogastrik tüpler, postoperatif ileus semptomlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılır. Cerrahinin sonunda mideyi boşaltmak, POİ'u önlemek ve anastamozları korumak için rutin nazogastrik tüp yerleştirilmesini klinik çalışmalar desteklememektedir. Cochrane'deki çalışmalarda ve Ay ve ark. klinik çalışmasında nazogastrik tüplerin ileus tedavisine katkı sağlamaktan uzak olduğu, uzun süreli nazogastrik drenajın ameliyat sonrası intestinal motiliteyi yavaşlattığı ve oral beslenmeye adaptasyonu geciktirdiği ve pulmoner komplikasyonlara karşı eğilimin arttığı sonucuna varılmıştır (Kehlet ve Holte 2001; Ay ve ark. 2011; Barletta ve Senagore 2014; Bragg ve ark. 2015; Foxx- Orenstein 2015).

2.6.10. Mesane Drenajı

Mesane sondası, idrar miktarını izlemek ve özellikle erkek hastalarda daha fazla görülen idrar retansiyonunu önlemek amacıyla takılır (Gusafsson ve ark. 2013; Akyüz ve Çavdar 2018).

İdrar sondaları ameliyattan kısa bir süre sonra çıkarılmalıdır. Bu sürenin 24 saatten az olmasına dikkat edilmelidir (Nelson ve ark. 2016). İdrar sondasının uzun süre kalması idrar yolu enfeksiyonun görülmesiyle doğru orantılıdır (Gusafsson ve ark. 2013).

2.6.11. Erken besleme

Erken besleme, enfeksiyöz komplikasyonlar, protein kaybı ve intestinal mukoza sızıntı riskini, IV hidrasyon ve potansiyel elektrolit dengesizliği ihtiyacını azaltır. Aynı zamanda hastanede kalış süresini azaltmada yararlı etkisi olduğunu gösteren

kanıtlar vardır; lokal anesteziyle rektal cerrahi geçiren hastalarda erken enteral nütrisyon ile erken parenteral nütrisyon alan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, erken enteral nütrisyon alan hastalarda ilk dışkılama zamanının, erken parenteral nütrisyon alan hastalara göre, anlamlı olarak daha kısa olduğu, erken parenteral nütrisyon alan hastalarda anastamoz kaçağı oranlarında anlamlı bir artış olduğu, kusmanın erken ağızdan beslenenlerde daha fazla olduğu; ancak nazogastrik tüp yerleştirme oranlarında değişme olmadığı sonucuna varılmıştır (Bragg ve ark. 2015; Venara ve ark. 2016).

2.6.12. Ameliyat Sonrası Kan Glikoz Düzeyinin Kontrolü

Perioperatif hiperglisemi, mortalite, taburculuk süresi, yoğun bakımda kalış süresi ve ameliyat sonrası enfeksiyon riskinin artmasına yol açmaktadır. Hiperglisemi insülin infüzyonlarıyla tedavi edilmeli, hipoglisemiyi engellemek için düzenli kan şekeri kontrolleri yapılmalıdır (Nelson ve ark. 2016).

2.6.13. Ağrı Yönetimi

Ameliyat sonrası hastanın öksürme ve aksırma sırasında insizyon yerinin bir yastık veya havluyla desteklenmesi sağlanmalıdır (Arslan ve Erdem 2016). Ağrılı işlemlerden önce analjezik uygulanmalıdır. Postoperatif ağrı kontrolü için, narkotik ilaçlar yerine NSAİ ve orta torakal analjezi tercih edilmesi önerilmektedir. Kasık fitiği ameliyatından sonra skrotal ödem ve sonucunda ağrı oluşabilir. Ödemi azaltmak için soğuk kompresler uygulanıp skrotuma destek sağlamak ağrıyı azalacaktır (Ucuza 2011; Cavdar 2018).

Hastanın ilgisi başka yöne çekip ağrısını azaltmak, hem postoperatif ileusu önlemek için de ameliyat sonrasında hasta sakız çiğnemeye teşvik edilebilir. Sakız çiğnemediği önce hastanın yutma refleksinin olması ve bilinç düzeyinin normale döndüğünden emin olunmalıdır (Keenahan 2014).

2.6.14. Cerrahi Girişim Sonrası Bulantı Kusma

Ameliyat öncesi bulantı kusmaya yönelik risk faktörleri değerlendirilmeli, ameliyat sonrası risk skorlaması yüksek çıkan hastalara hekim istemine göre

premedikasyon uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri ve maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle premedikasyonun rutin kullanımından kaçınılmalıdır (Şişman 2015).

Ameliyat sonrası aspirasyonu engellemek amacıyla hastanın yarı oturur pozisyonda ve başı yana dönük olacak şekilde pozisyon verilmelidir. Aspirasyon cihazı hasta yanında hazır bulundurulmalıdır. Hasta tolere edinceye kadar intravenöz sıvılarla desteklenmelidir. Bulantı kusmayı arttırıcı görsel ve duyuşal uyarılar engellenmeli, derin ve yavaş nefes alması söylenmelidir (Özbayır 2007; Akyolcu 2012).

2.6.15. Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyon

Cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyon, pulmoner komplikasyonlarda azalma, insülin direncinin ve kas kayıplarının azalması ve hastane yatış süresinin kısılmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda tromboemboliyi engellemektedir. Bu nedenle hastaların hareketlerini arttırması için teşvik edilmelidir (Nelson ve ark. 2016; Kleppe ve Greenbery 2018). ERAS protokolleri kapsamında, mobilizasyona başlama zamanı genellikle ameliyat gününde en az 2 saat, ameliyattan sonraki günlerde de 6 saat yatağın dışında geçirme şeklindedir (Gustafsson ve ark. 2011; Aksoy ve Yılmaz 2018).

2.6.16. Cerrahi Girişim Sonrası Sakız Çiğneme

Postoperatif sakız çiğnemeyle ilgili yapılan metaanalizlerin sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2. Cerrahi Girişim Sonrası Sakız Çiğneme Metaanaliz Sonuçları

Yazar	Cerrahi Türü	Hasta Sayısı	RKÇ Sayısı	Sonuçlar
Liu ve ark. 2017	Kolorektal Cerrahi	1736	18	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ hastanede kalış zamanı ↓
Mei ve ark. 2017	Kolorektal Cerrahi	1845	17	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk beslenmeye başlama zamanı hastanede kalış zamanı ↓
Şarkı ve ark. 2016	Kolorektal Cerrahi	2214	26	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ hastanede kalış zamanı ↓
Castro ve ark. 2008	Kolorektal cerrahi	158	5	ilk gaz deşarjı ↓
Chan ve Kanunu 2008	Kolorektal Cerrahi	158	5	ilk defekasyona kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓
Purkayastha ve ark. 2008	Kolorektal Cerrahi	158	5	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ hastanede kalış zamanı ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk gaz deşarjı ↓
Xu ve ark. 2018	Jinekolojik cerrahi	1462	10	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk defekasyona kadar geçen süre ↓ hastanede kalış zamanı ↓ komplikasyon sıklığını ↓
Wen ve ark. 2017	Sezaryan	1659	10	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk defekasyona kadar geçen süre ↓ ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓

Tablo 2. Cerrahi Girişim Sonrası Sakız Çiğneme Metaanaliz Sonuçları (Devamı)

Yazar	Cerrahi Türü	Hasta Sayısı	RKÇ Sayısı	Sonuçlar
Huang ve He 2015	Sezaryan	882	5	ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓
Craciunas ve ark. 2014	Sezaryan	1462	7	ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ İlk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk defekasyona kadar geçen süre ↓
Ziouzioua ve ark. 2017	Radikal Sistektomi	274	3	ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ ilk defekasyona kadar geçen süre ↓
Short ve ark. 2015	Gastrointestinal Cerrahi	9072	81	ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓ hastanede kalış zamanı ↓
Fitzgerald ve Ahmed 2009	Gastrointestinal cerrahi	272	7	ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı ↓ ilk gaz çıkışına kadar geçen süre ↓

Yukarıdaki Tablo 2’de görüldüğü gibi, araştırmaların sonuçlarına göre cerrahi girişim sonrası dönemde sakız çiğnemenin, cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonlarını iyileştirdiği görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, cerrahi hastalarında sakız çiğnemenin bulantı-kusma ve bağırsak fonksiyonlarına etkisini belirlemek için kontrollü deneysel olarak planlanıp uygulandı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yapıldı. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi 600 yatak kapasitelidir. Servis, ameliyathane, yoğun bakım, poliklinik bölümleriyle tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Ayrıca üniversite hastanesi olması nedeniyle eğitim ve araştırma çalışmaları ve 2008 yılından beri ISO 9001 kalite standartları çerçevesinde kalite çalışmaları yapılmaktadır. Cerrahi Servisi ise 30 yatak kapasiteli olup, 13 hemşire, 7 araştırma görevlisi ve 9 öğretim üyesi görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde bir yıl içerisinde kolesistektomi ve herniektomi olan hastalar oluşturdu (N=319).

Araştırmaya Hafsa Sultan Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yatan; kolesistektomili ve herniektomili hastalardan 30 kontrol (sakız çiğnetilmeyen), 30 girişim (sakız çiğnetilen) toplam 60 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri çerçevesinde belirlenen 30 hasta kontrol grubuna alındı. Girişim grubu (30 hasta) da kontrol grubunun bağımsız değişkenlerine (yaş, cinsiyet, tanı, ameliyat öncesi defekasyon alışkanlıkları, ameliyat süresi ve tanılarına) benzer şekilde rastgele yöntemle oluşturuldu. Girişim grubuna ameliyat sonrasında servise kabul edildikten sonraki ikinci saatinden başlayarak üç kez (2.- 4.- 6. saatlerde) 15-30 dk sakız çiğnemeleri sağlandı. Hem kontrol hem de girişim grubu hastalarının anket formu, bulantı kusma,

bağırsak fonksiyonları ve taburcu olma süreleri takip formu ile hasta cerrahi servisine getirildikten sonraki 6. saat ve 24. saatlerde değerlendirildi.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşının üstünde olan,
- Genel anestezi altında kolesistektomi ve herniektomi olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırma kapsamına alındı.

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Kronik konstipasyonu olan,
- Bağırsak cerrahisi geçirmiş,
- Bilişsel seviyesi uygun olmayan,
- Gebe olan,
- Diş protezi olan,
- Diabetli ve sakız çiğnemeyi sevmeyen hastalar araştırma dışında tutuldu.

3.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bu araştırmanın;

Bağımlı değişkenleri; bulantı, bulantı düzeyleri, kusma, ameliyat sonrası ilk bağırsak sesleri duyulma zamanı, ilk gaz çıkarma zamanı, ilk defekasyona çıkma zamanı ve taburculuk zamanıdır.

Bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kitle indeksi, eğitim, çalışma durumu, tanı, cerrahinin türü, başka bir hastalığı olma durumu, haftada defekasyona çıkma sayısı ve defekasyon yaparken zorlanma durumudur.

3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

İlgili yerlerden gerekli izinler alındı. Hastaların yatışı yapıldıktan sonra araştırmaya katılma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak açıklama yapıldı ve izinleri alındı.

Hem kontrol hem de girişim grubu hastaları için araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, Bulantı Kusma ve Bağırsak Fonksiyonları Takip Formuyla veriler toplandı. Kontrol grubuna cerrahi servisindeki ameliyat sonrası rutin uygulamalar çerçevesinde oluşturulmuş olan formlarla ameliyat sonrası belirlenmiş olan zamanlarda (ameliyat sonrası cerrahi servisine hasta getirildikten sonra, 6. saat ve 24. saatte) veriler toplandı. Girişim grubuna servisteki rutin uygulamalarla birlikte ameliyat sonrası 2.- 4.- 6. saatlerde 15 dk-30 dk araştırmacı tarafından temin edilen ticari olarak marketlerde satılan, şekersiz sakız çiğnetildikten sonra araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, Bulantı Kusma ve Bağırsak Fonksiyonları Takip Formu ile; bulantı-kusma durumu (ameliyat sonrası cerrahi servisine hasta getirildikten sonra, 6. saat ve 24. saatte olmak üzere iki kez) araştırmacı tarafından değerlendirildi.

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan "Hasta Bilgi Formu" kullanıldı. Hasta Bilgi Formunun; birinci bölümde; hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik altı soru yer aldı. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kitle indeksi, eğitim, çalışma durumudur.

İkinci bölümde, hastaların sağlık durumuna yönelik iki soru; tanı ve kronik hastalığı olma durumu,

Üçüncü bölümde, hastaların defekasyon alışkanlıklarıyla ilgili iki soru; defekasyon sayısı/haftada ve defekasyon yaparken zorlanma durumu,

Dördüncü bölümde, hastaların ameliyat süresine ait bir soru yer aldı.

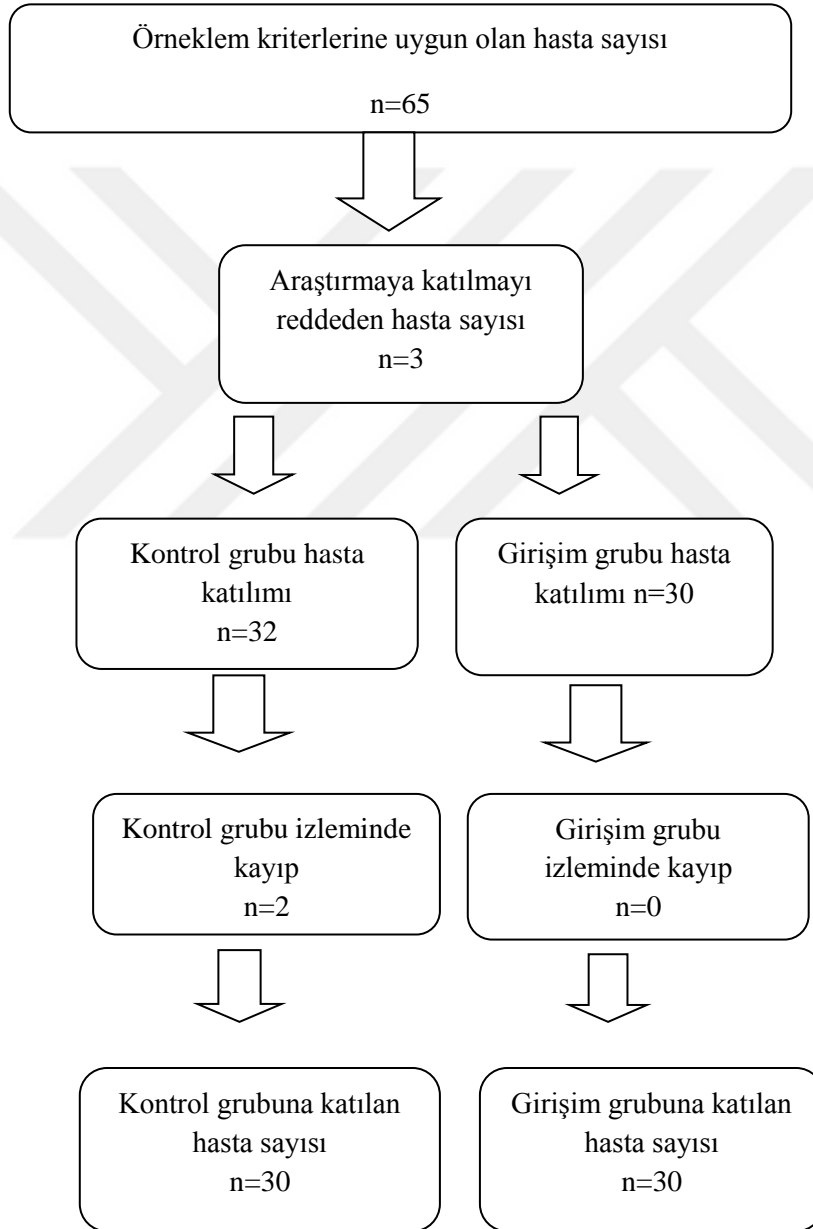
Beşinci bölümde hastanın ameliyat sonrası döneme ait sekiz soru vardı. Bunlar:

- Bulantı varlığı,
- Bulantı varsa şiddeti,
- Kusma varlığı,
- Kusma varsa sayısı,
- İlk bağırsak sesleri duyulma zamanı,
- İlk gaz çıkarma zamanı,
- İlk defekasyon zamanı ve
- Taburcu olma zamanıdır.

Hastanın bulantı şiddetinin değerlendirilmesinde sayısal bulantı ölçeği kullanıldı. Ölçeğin üstünde 0'dan 10'a kadar rakamlar bulunmaktadır. Bu ölçekte 0 noktasında

“bulantı yok” 10 noktasında “şiddetli bulantı” tanımlaması vardı. Bulantının şiddeti 0-1 ise, bulantı yok; 1-4 ise hafif; 4-7 ise orta; 7-10 ise şiddetli bulantı olarak değerlendirildi. Hastaya ölçek açıklanarak 0 ile 10 arasında bulantısını en iyi yansıtan sayıyı seçmesi istendi (Oyur Çelik 2008).

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEMASI



Şekil 1. Örneklem belirleme şeması.

3.7. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı ve öğretim üyelerinden yazılı izni alındı. Araştırmanın kabul kriterlerini taşıyan tüm hastalara araştırmanın amacı anlatılıp sözlü ve yazılı onamları alındı.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

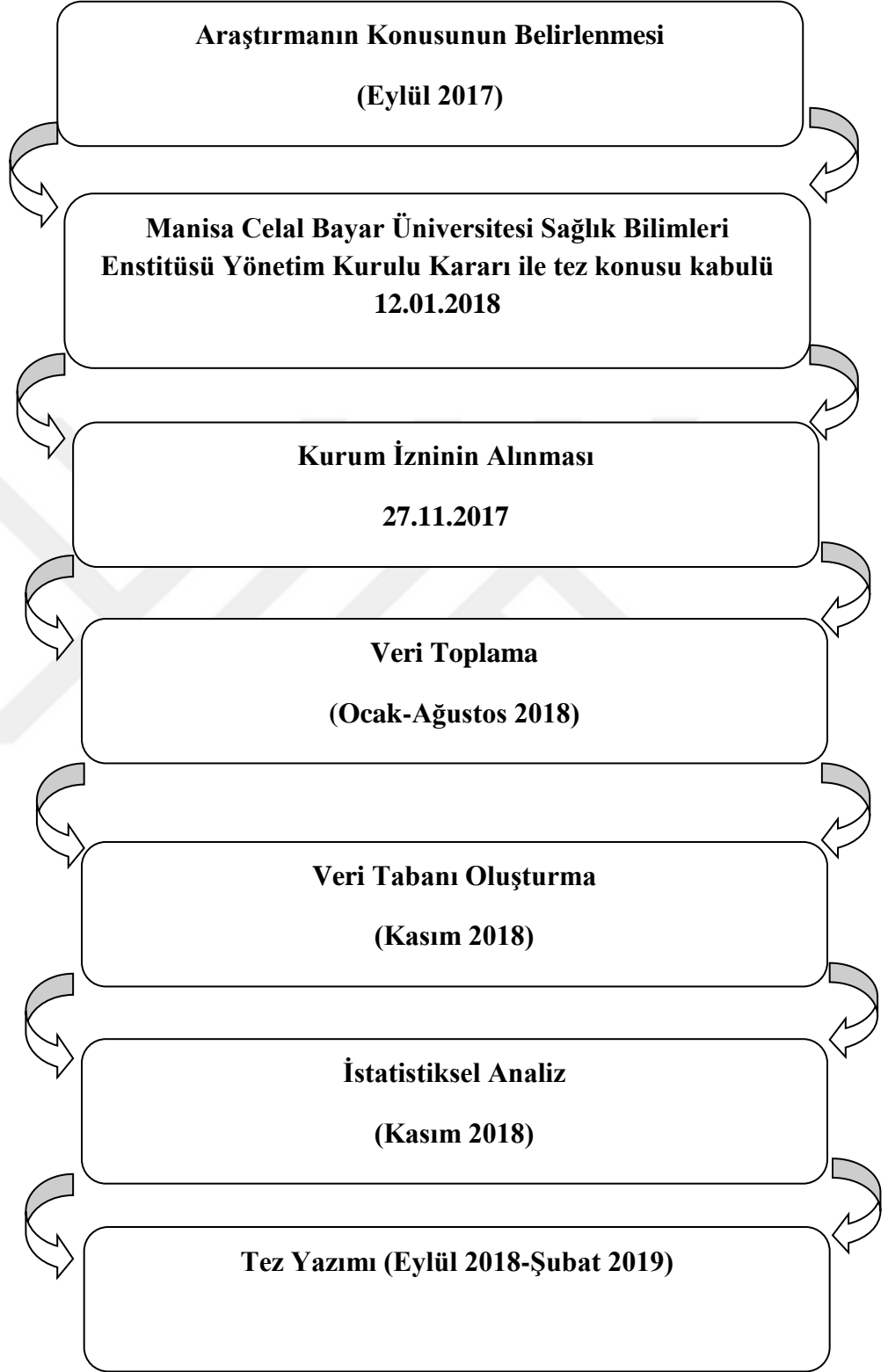
Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 15 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırmaya katılan kontrol ve girişim grubu hastalarının sosyodemografik ve hastalık, ameliyat ve ameliyat sonrası ile ilgili sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmalar hesaplandıktan sonra, her iki grubun sosyodemografik özellikleri arasındaki farkı belirlemek için Ki-kare (X^2) testi, gruplar arasındaki niceliksel verileri için Mann-Whitney U testi ve Ki-kare testi kullanıldı. Kontrol ve girişim grubu arasında anlamlı çıkan bağımlı değişkenlerden bulantı 0-6 saat ve taburculuk süreleri için Odds ratio düzeylerine bakıldı. Veriler, %95 güven aralığında, $p < 0,05$ altında değerlendirildi.

3.9. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmada veriler, sadece kolesistektomili ve herniektomili hastalardan alındı. Bu durum örnekleme bir homojenite sağlamasının yanında diğer hasta gruplarının çalışmaya dahil edilmemesi, bu araştırma sonuçlarının genel cerrahi hastalarında genellenmesini engellemektedir.

Hastaların çalışmaya ve sakız çiğneme uygulamasına karşı tereddütlü yaklaşımları örnekleme katılım sayısını azalttı.

3.10. SÜRE VE OLANAKLAR



Şekil 2. Tez Yazım Aşamaları

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan kontrol ve girişim grubu hastalarının sosyodemografik özellikleri, ameliyat ve ameliyat sonrası sindirim sistemi belirti ve bulguları ile ilgili tablo ve açıklamaları yapıldı.

4.1. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNU OLUŞTURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 3. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Sosyodemografik Özellikler	Kontrol Grubu (N= 30)		Girişim Grubu (N= 30)		İstatistiksel Analiz	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Yaş	<50 yaş	13	43,3	14	46,7	$\chi^2=0,067$ p=0,795
	≥ 50 yaş	17	56,7	16	53,3	
Cinsiyet	Kadın	16	53,3	18	60,0	$\chi^2=0,271$ p=0,602
	Erkek	14	46,7	12	40,0	
Medeni durum	Evli	25	83,3	26	86,7	$\chi^2=0,131$ p=0,718
	Bekar	5	16,7	4	13,3	
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	<25 kg/m ²	6	20,0	10	33,3	$\chi^2=1,364$ p=0,243
	≥ 25 kg/m ²	24	80,0	20	66,7	
Eğitim	\leq İlkokul	15	50,0	13	43,3	$\chi^2=0,268$ p=0,605
	>İlkokul	15	50,0	17	56,7	
Çalışma durumu	Çalışıyor	14	46,7	11	36,7	$\chi^2=0,61$ p=0,432
	Çalışmıyor	16	53,3	19	63,3	

Tablo 3'de hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Kontrol grubunun yaş ortalaması 47,66±14,20 (23-68) olup, %43,3'ünü (13) 50 yaşının altında, %56,7'sini (17) 50 yaş ve 50 yaşın üstünde olan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun

yaş ortalaması $46,66 \pm 12,64$ (22-63) olup, %46,7'sini (14) 50 yaş altı olan, %53,3'ünü (16) 50 yaş ve 50 yaşın üstünde olan hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol grubunun %53,3'ünü (16) kadın, %46,7'sini (14) erkek hastalar oluşturdu. Girişim grubunun %60'ını (18) kadın, %40'ını (12) erkek hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol grubunun %83,3'ü (25) evli olan, %16,7'sini (5) bekar hastalar, girişim grubunun %86,7'sini (26) evli olan, %13,3'ünü (4) bekar olan hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol grubunun BKİ ortalaması $29,04 \pm 5,09$ (19-44) olup, %20'sini (6) 25 kg/m^2 'nin altında, %80'ini (24) 25 kg/m^2 ve üstünde olan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun BKİ ortalaması $28,07 \pm 6,08$ (19-44) olup, %33,3'ünü (10) 25 kg/m^2 'nin altında, %66,7'sini (20) 25 kg/m^2 ve üstünde olan hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol grubunun %50'sini (15) ilkokul ve okur yazar olmayan, %50'sini (15) ortaokul, lise, önlisans, lisans ve doktora yapmış hastalar oluşturdu. Girişim grubunu %43,3'ünü (13) ilkokul ve okur yazar olmayan 13 hasta, %56,7'sini (17) eğitim durumu ortaokul, lise, önlisans, lisans ve doktora yapmış hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol grubunun %46,7'sini (14) çalışan, %53,3'ünü (16) çalışmayan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun %36,7'sini (11) çalışan, %63,3'ünü (19) çalışmayan hastalar oluşturdu (Tablo 3).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların yaş ($\chi^2=0,067$ $p>0,05$), cinsiyet ($\chi^2=0,271$ $p>0,05$), medeni durum ($\chi^2=0,131$ $p>0,05$), BKİ ($\chi^2=1,364$ $p>0,05$), eğitim ($\chi^2=0,268$ $p>0,05$) ve çalışma durumları ($\chi^2=0,617$ $p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bu sonuçlar, grupların birbirleriyle benzer olduğunu göstermektedir.

Tabloda gösterilmemekle birlikte kontrol ve girişim grubunu oluşturan tüm hastaların sağlık güvenceleri olduğu bulundu.

4.2. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNDAKİ HASTALARIN TANI VE BAŞKA BİR HASTALIĞI OLMA DURUMLARI

Tablo 4. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların tanıları ve kullanılan cerrahi girişime göre dağılımı

Tanı	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Kontrol		Girişim		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kolelitiazis/Laparoskopik Cerrahi	19	63,3	20	66,7	$\chi^2=0,073$ $p=0,787$
Abdominal Herni/Açık Cerrahi	11	36,7	10	33,3	
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 4'de görüldüğü gibi kontrol grubunun %63,3'ünü (19) laparoskopik cerrahi teknikle yapılan kolelitiazis tanısı alan hastalar, %36,7'sini (11) açık cerrahi teknikle yapılan, tanısı abdominal herni olan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun %66,7'sini (20) laparoskopik cerrahi olan hastalar, %33,3'ünü (10) tanısı abdominal herni olup açık cerrahi uygulanan hastalar oluşturdu (Tablo 4).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların tanı ve kullanılan cerrahi girişim gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak ($\chi^2=0,073$ $p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 5. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların başka bir hastalığı olma durumlarına göre dağılımı

Başka bir hastalığı olma durumu	Kontrol		Gruplar Girişim		İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Var	11	36,7	15	50,0	$\chi^2=1,086$ p=0,297
Yok	19	63,3	15	50,0	
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 5'da görüldüğü gibi kontrol grubunun %36,7'sini (11) başka bir hastalığı olan, %63,3'ünü (19) başka bir hastalığı olmayan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun %50'sini (15) başka bir hastalığı olan hastalar, %50'sini (15) başka bir hastalığı olmayan hasta oluşturdu (Tablo 5). Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların başka bir hastalığı olma gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak ($\chi^2=1,086$ p>0,05) anlamlı bir fark bulunmadı.

Kontrol grubundaki başka hastalığı olan hastaların hipertansiyon, hipotroidi, beyin tümörü, hipofiz yetmezliği, alerjik astım, osteoporoz; girişim grubundaki hastaların ise hipertansiyon, behçet, koroner arter hastalığı, bipolar, hipotroidi, akciğer tromboembolisi ve astım ek tanıları bulunmaktadır.

Yapılan istatistiksel karşılaştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların başka bir hastalığı olma durumları arasında fark bulunmadı (Tablo 5). Bu durum grupların tanı, sosyal güvence ve başka bir hastalığı bulunma durumları bakımından birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir.

4.3. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBUNDAKİ HASTALARIN DEFEKASYON ALIŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ DURUMLARI

Tablo 6. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon alışkanlıklarına göre dağılımı

Defekasyon alışkanlıkları (Haftada)	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki-Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 10	20	66,7	19	63,3	$\chi^2=0,073$	$Z=-0,268$
≥ 10	10	33,3	11	36,7	$p=0,787$	$p=0,788$
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort \pm ss	10,06 \pm 5,8		9,76 \pm 5,05			

Tablo 6'da görüldüğü gibi kontrol grubu defekasyon yapma alışkanlıklarının ortalaması 10,06 \pm 5,8 (3-21) olarak bulundu. Kontrol grubunu %66,7'si (20) haftada 10'dan daha az defekasyon alışkanlığı olan, %33,3'ü (10) haftada 10 ve daha fazla defekasyon alışkanlığı olan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun defekasyon yapma alışkanlığı ortalaması 9,76 \pm 5,05 (4-21) olarak bulundu. Girişim grubunda %63,3'ü (19) haftada 10'dan daha az defekasyon alışkanlığı olan, %36,7'si (11) 10 ve daha fazla defekasyon alışkanlığı olan 11 hasta vardı (Tablo 6).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon alışkanlığına göre istatistiksel olarak ($\chi^2=0,073$ $p>0,05$; $Z=-0,268$ $p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 7. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon yaparken zorlanma durumlarına göre dağılımı

Defekasyon yaparken zorlanma durumları	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki-Kare	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Evet	6	20,0	9	30,0	$\chi^2=0,800$	
Hayır	24	80,0	21	70,0	$p=0,371$	
Toplam	30	100	30	100,0		

Tablo 7'de görüldüğü gibi kontrol grubunu %20'si (6) defekasyon yaparken zorlanan, %80'i (24) defekasyon yaparken zorlanmayan hastalar oluşturdu. Girişim grubunu %30'unu (9) defekasyon yaparken zorlanan, %70'ini (21) defekasyon yaparken zorlanmayan hastalar oluşturdu. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların defekasyon yaparken zorlanma gruplarına göre istatistiksel olarak ($\chi^2=0,800$ $p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 7).

4.4. KONTROL VE GİRİŞİM GRUBU HASTALARININ AMELİYAT SÜRELERİ, AMELİYAT SONRASI BULANTI, BULANTI DÜZEYLERİ, 0-6 / 0-24 SAAT ARASINDAKİ KUSMA, İLK BAĞIRSAK SESLERİNİN DUYULMA, İLK GAZ ÇIKIŞI, İLK DEFEKASYON ÇIKIŞ SAATLERİ VE TABURCU OLMA ZAMAN DURUMLARI

Tablo 8. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı

Ameliyat süresi (dakika)	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 80	16	53,3	17	56,7	$\chi^2=0,067$	$Z=-0,257$
\geq 80	14	46,7	13	43,3	$p=0,795$	$p=0,797$
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort \pm ss	78,63 \pm 22,94		82,43 \pm 28,34			

Tablo 8'de görüldüğü gibi kontrol grubunun ameliyat süresi ortalaması 78,63 \pm 22,94 (40-140) olup, %53,3'ünü (16) ameliyat süresi 80 dakikadan az, %46,7'isi (14) ameliyat süresi 80 ve 80 dakikadan fazla olan hastalar oluşturdu. Girişim grubunun ameliyat süreleri ortalaması 82,43 \pm 28,34 (45-149) olup, %56,7'sini (17) ameliyat süresi 80 dakikadan az, %43,3'ünü (13) ameliyat süresi 80 ve 80 dakikadan fazla olan hastalar oluşturdu (Tablo 8). Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak ($\chi^2=0,067$ $p>0,05$; $Z=0,797$ $p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 9. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası bulantı durumlarına göre dağılımı

Ameliyat Sonrası Bulantı	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Kontrol		Girişim		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Var	10	33,3	7	23,3	$\chi^2=0,739$
Yok	20	66,7	23	76,7	$p=0,390$
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 9'da görüldüğü gibi kontrol grubunu %33,3'ü (10) bulantısı olan, %66,7'sini (20) bulantısı olmayan hastalar oluşturdu. Girişim grubunu %23,3'ü (7) bulantısı olan, %76,7'sini (23) bulantısı olmayan hastalar oluşturdu (Tablo 9).

Kontrol ve girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası bulantı durumları arasında istatistiksel olarak ($\chi^2=0,739$ $p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 10. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası bulantı düzeylerine göre dağılımı

Ameliyat sonrası bulantı düzeyi	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 8	3	10,0	4	13,3	$\chi^2=1,252$	$Z = -1,086$
≥ 8	7	23,3	3	10,3	$p=0,263$	$p=0,364$
Bulantı olmayan	20	66,7	23	76,7		
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort \pm ss	7,60 \pm 3,65		5,42 \pm 3,69			

Tablo 10'da görüldüğü gibi kontrol grubunun ameliyat sonrası bulantı düzeyi ortalaması 7,60 \pm 3,65 (1-10) olup, %10'unun (3) ameliyat sonrası bulantı düzeyi 8'in altında, %23,3'ünün (7) bulantı skoru 8 ve 8' in üstünde bulundu. Girişim grubunun bulantı düzeyi ortalaması 5,42 \pm 3,69 (1-10) olup, %13,3'ünün (4) ameliyat sonrası bulantı düzeyi 8'in altında, %10,3' ünün (3) ameliyat sonrası bulantı düzeyi 8 ve 8'in üstünde olan hastalar oluşturdu (Tablo 10). Kontrol ve girişim grubu hastalarının

ameliyat sonrası bulantı düzeyleri arasında istatistiksel ($\chi^2=1,252$ $p>0,05$; $Z=-1,086$ $p>0,05$) olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 11. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası kusma durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası kusma	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Kontrol		Girişim		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Evet	8	26,7	3	10,0	$\chi^2=2,783$ $p=0,095$
Hayır	22	73,3	27	90,0	
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 11'de kontrol grubu hastalarının %26,7'sinin (8) ameliyat sonrası kusması olduğu, %73,3'ünün (22) ameliyat sonrası kusması olmadığı saptandı. Girişim grubu hastaların %10'unun (3) ameliyat sonrası kusması olduğu, %90'ının (27) ameliyat sonrası kusması olmadığı belirlendi (Tablo 11). Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası kusma durumları arasında istatistiksel ($\chi^2=2,783$ $p>0,05$) olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 12. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 0-6 saat arasındaki kusma durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası 0-6 saat arası kusma durumları	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Kontrol		Girişim		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kusma	22	73,3	28	93,3	$\chi^2=4,320$ $p=0,038$
Yok					
< 3	8	26,7	2	6,7	
≥ 3	0	0	0	0	
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 12'de görüldüğü gibi kontrol grubunun %26,7'sinde (8) ameliyattan sonrası 0-6 saat arasında 3'ün altında kusması olan hasta vardı. Ameliyattan sonra 0- 6 saat

arasında 3 ve 3'ün üstünde kusması olan hasta bulunmadı. Girişim grubunda ise % 6,7'sinde (2) ameliyattan sonra 0-6 saat içinde 3'ün altında kusması olan hasta bulundu, ameliyat sonrası 0-6 saat arasında 3 ve 3'ün üstünde kusması olan hasta bulunmadı (Tablo 12).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 0-6 saat aralığındaki kusma gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel ($\chi^2=4,320$ $p<0,05$) olarak anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 13. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 6-24 saat arasındaki kusma gruplarına göre dağılımı

Ameliyat Sonrası 6-24 saat arası kusma durumları	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme Ki- Kare
	Kontrol		Girişim		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kusma	29	96,7	28	93,3	
Yok					
< 3	1	3,3	1	3,3	$\chi^2=1,018$ $p=0,601$
≥ 3	0	0	1	3,3	
Toplam	30	100	30	100,0	

Tablo 13' de görüldüğü gibi kontrol grubunda %3,3 (1) ameliyattan sonraki 6-24 saat arasında 3'ün altında kusması olan, ameliyattan sonra 6-24 saat arasında 3 ve 3'ün üstünde kusması olan hasta bulunmadı. Girişim grubunda %3,3 (1) ameliyattan sonra 6-24 saat içinde 3'ün altında kusması olan, %3,3 (1) ameliyat sonrası 6-24 saat arasında 3 ve 3'ün üstünde kusması olan hasta bulundu (Tablo 13).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası 6-24 saat arasındaki kusma durumlarına göre arasında istatistiksel ($\chi^2=1,018$ $p>0,05$) olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 14. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk bağırsak seslerinin duyulma durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası bağırsak seslerinin ilk duyulması	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney U
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 1 saat	16	53,3	15	50,0	$\chi^2=0,067$ p=0,796	Z=0,256 p=0,798
≥ 1 saat	14	46,7	15	50,0		
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort ± ss	0,89±0,96		0,94±1,12			

Tablo 14'de görüldüğü gibi kontrol grubu ilk bağırsak seslerinin duyulma saati ortalaması 0,89±0,96 (0-3,5) olup, %53,3'ünün (16) ameliyat sonrası bağırsak seslerinin bir saatten önce, %46,7'sinin (14) ameliyat sonrası ilk bağırsak seslerinin bir ve bir saatten sonra duyulduğu belirlendi. Girişim grubu ilk bağırsak seslerinin duyulma saati ortalaması 0,94±1,12 (0-4,2) olup, %50'sinin (15) ameliyat sonrası bağırsak seslerinin bir saatten önce, %50'si (15) ameliyat sonrası ilk bağırsak sesleri bir ve bir saatten sonra duyulan hastalardan oluştu (Tablo 14).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk bağırsak seslerinin duyulma saati gruplarına göre istatistiksel olarak ($\chi^2=0,067$ p>0,05; Z=0,798 p>0,05) anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 15. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkış gruplarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası ilk gaz çıkışları	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
<13 saat	10	33,3	17	56,7	$\chi^2=3,300$ p=0,069	Z=-1,801 p=0,072
≥13 saat	20	66,7	13	43,3		
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort ± ss	16,48±10,05		11,59±8,85			

Tablo 15'da görüldüğü gibi kontrol grubunun ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma saat ortalaması 16,48±10,05 (1-44,45) olup, %33,3'ü (10) ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı 13

saatten önce, %66,7'si (20) ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı 13 ve 13 saatten sonra olan hastalardan oluştu. Girişim grubunun ameliyat sonrası ilk gaz çıkış saat ortalaması $11,59 \pm 8,85$ (0,5-39,75) olup, %56,7'si (17) ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı 13 saatten önce olan, %43,3'ü (13) ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı 13 ve 13 saatten sonra olan hastalardan oluştu (Tablo 15).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı durumları arasında istatistiksel ($\chi^2=0,300$ $p>0,05$; $Z=-1,801$ $p>0,05$) olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 16. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk defekasyona çıkış durumlarına göre dağılımı

Ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkışları durumları	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 40 saat	13	43,3	15	50,0	$\chi^2=0,268$	$Z=-0,513$
\geq 40 saat	17	56,7	15	50,0	$p=0,605$	$p=0,608$
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort \pm ss	43,94\pm25,72		39,08\pm18,95			

Tablo 16'de görüldüğü gibi kontrol grubunun ameliyat sonrası ilk defekasyona çıkış saati ortalaması $43,94 \pm 25,72$ (1-117) olup, %43,3'ünün (13) ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkışı 40 saatin altında, %56,7'sinin (17) ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkışı 40 ve 40 saatin üstünde olan hastalardan oluştu. Girişim grubunun ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkış saati ortalaması $39,08 \pm 18,95$ (5-88,75) olup, %50'sinin (15) ilk defekasyona çıkışı 40 saatin altında, %50'sinin (15) ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkışı 40 ve 40 saatin üstünde olan hastalardan oluştu (Tablo 16).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk defekasyona çıkma süreleri arasında istatistiksel ($\chi^2=0,268$ $p>0,05$; $Z=-0,513$ $p>0,05$) olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 17. Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların taburcu olma zamanlarına göre dağılımı

Taburcu olma zamanı	Gruplar				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kontrol		Girişim		Ki- Kare	Mann-Whitney
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
< 2 (gün)	10	33,3	18	60,0	$\chi^2=4,286$	$Z=-2,053$
≥ 2 (gün)	20	66,7	12	40,0	$p=0,038$	$p=0,040$
Toplam	30	100	30	100,0		
Ort \pm ss	2,76 \pm 2,73		1,73 \pm 1,22			

Tablo 17'de görüldüğü gibi kontrol grubunun taburcu olma zaman ortalaması 2,76 \pm 2,73 (1-15) olup, %33,3 ünün (10) taburculuk süresi 2 günden az, %66,7'sinin (20) taburculuk süresi 2 ve daha fazla gün olan hastalardan oluştu. Girişim grubunun taburcu olma zamanı ortalaması 1,73 \pm 1,22 (1-6) olup, %60'ı (18) taburculuk süresi 2 günden az olan, %40'ı (12) taburculuk süresi 2 ve daha fazla gün olan hastalardan oluştu (Tablo 17).

Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların taburcu olma zamanları arasında istatistiksel ($\chi^2=4,286$ $p<0,05$; $Z=-2,053$ $p<0,05$) olarak anlamlılık bulundu.

Tablo 18. Ameliyat sonrası sakız çiğneme süreleri ile ameliyat sonrası bulantı, bulantı düzeyi, kusma, 0-6 saat arası kusma, 6-24 saat arası kusma, bağırsak seslerinin ilk duyulması, ilk gaz çıkışı, ilk defekasyon çıkışları, ve taburcu olma durumları arasındaki ilişki durumu

Sakız çiğneme süresi (dakika)	İstatistiksel analiz	Ameliyat Sonrası Bulantı	Ameliyat sonrası bulantı düzeyi	Ameliyat sonrası kusma	Ameliyat sonrası 0- 6 saat arası kusma durumları	Ameliyat Sonrası 6- 24 saat arası kusma durumları	Ameliyat sonrası bağırsak seslerinin ilk duyulması	Ameliyat sonrası ilk gaz çıkışları	Ameliyat sonrası ilk defekasyon çıkışları durumları	Taburcu olma zamanı
15dk / 15dk>	Mann Whitney u test	Z=-0,424 P=0,671	Z=-0,866 P=0,386	Z=-0,898 P=0,369	Z=-0,720 P=0,472	Z=-0,719 P=0,472	Z=0 P=1	Z=-0,543 P=0,587	Z=-0,898 P=0,369	Z=-0,366 P=0,714

Girişim grubundaki hastaların %80'i (24) 15 dk, %20'si (6) 15 dk'dan fazla sakız çiğneyen hastalardan oluştu. Hastaların sakız çiğneme süre ortalaması 17 \pm 4,66 olarak bulundu.

Tablo 18’ de görüldüğü gibi ameliyat sonrası sakız çiğneme süreleri ile ameliyat sonrası bulantı, bulantı düzeyi, kusma, 0-6 saat arası kusma, 6-24 saat arası kusma, bağırsak seslerinin ilk duyulması, ilk gaz çıkışı, ilk defakasyon çıkışları, ve taburcu olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 18).

Tablo 19. Girişim ve kontrol grupları arasında kusma ve taburculuk sürelerine göre lojistik regresyon analizi

Gruplar	Gruplar		Lojistik regresyon		
	Girişim	Kontrol	χ^2	p	OR
Bağımlı değişkenler					
Kusma (0-6 saat)					
Yok	28	22	4,32	0,38	5,09
Var	2	8			
Taburculuk					
2 günden az	18	10	4,28	0,38	3,00
2 gün ve fazla	12	20			

OR: Odds ratio

Yapılan lojistik regresyon analizinde; sakız çiğneyen hastaların çiğnemeyenlere göre ameliyat sonrası 0-6 saat arasında 5,09 kat daha az kusma yaşadıkları ve 3,00 kat daha kısa sürede taburcu oldukları belirlendi (Tablo 19).

5. TARTIŞMA

5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmada yer alan kontrol ve girişim grubu arasındaki yaş dağılımı homojen olmakla birlikte 50 yaş ve üstü yaş grubunda olan hastalar 50 yaşın altındaki hastalardan daha fazladır. Literatürde de safra kesesi taşı ve abdominal herni için yaşın bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Figurski 2012; Beaux 2018).

Atkinson ve ark. ameliyat sonrası sakız çiğnemenin, kolorektal rezeksiyon yapılan (n=402) hastalar üzerindeki etkisini incelediği çalışmada, gruplar arası yaş ortalaması benzer olup, kontrol grubundaki (n=203) hastaların yaş ortalamaları $66,9\pm 11,6$ iken sakız çiğneyen grupta (n=199) $65,5\pm 4,1$ olarak bulmuşlardır (Atkinson ve ark. 2016).

De Leede ve ark. (2018) karın ameliyatı geçirmiş hastalarda ERAS protokolü tabanında ameliyat sonrası bakıma sakız çiğnemeyi dahil ettiği çalışmalarında iki grup arası yaş dağılımı aynı olmakla birlikte, kontrol (n=966) ve sakız çiğneyen (n=975) grup yaş ortalamaları 66,0 olarak bulunmuştur (De Leede ve ark. 2018).

Ertaş ve ark. (2013) jinekolojik kanser cerrahisi geçiren 149 hastada sakız çiğnemenin ameliyat sonrası bağırsak aktivitesine etkisini inceledikleri çalışmada yaş ortalamalarını, kontrol grubunda (n=75) $55,4\pm 10,1$ sakız çiğneyen grupta (n=74) $52,7\pm 11,2$ olarak bulmuşlardır (Ertaş ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; abdominal hernilerin görülme sıklığı erkeklerde, kolelitiazisin görülme sıklığı ise kadınlarda daha fazladır (Figurski 2012; Fitch ve Manthey 2018). Çalışmamızda tanılarına göre cinsiyet dağılımları bu bilgiyle paralel doğrultudadır. Kontrol ve girişim grupları incelendiğinde, kadın hastaların sayısı erkek hastalardan fazladır.

Ge ve ark.'nın (2017) mide kanseri laparoskopik cerrahisi sonrası sakız çiğnemenin gastrointestinal sisteme etkisini incelemek için yaptığı çalışmada (n=75)

kontrol grubu kadın/erkek hasta sayıları 17/20, girişim (sakız çiğneyen) grubu 13/25; Anderson ve ark. (2015) 17 hastada gerçekleştirdikleri pankreatikoduodenektomi sonrası sakız çiğnemenin POİ' a etkisini araştırdıkları çalışmada hastaların kadın erkek hasta sayıları kontrol grubunda 6/4, sakız çiğneme grubunda 2/5 olarak bulunmuştur (Anderson ve ark 2015; Ge ve ark. 2017).

Ngowe ve arkadaşlarının, üniversite hastanesinde 46 açık apendektomili hastalarda sakız çiğnemenin intestinal sistemdeki etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada, (2010) gruplar arası kadın/erkek sayısı kontrol ve sakız çiğneme grubunda 10/13 olarak bulunmuştur. De Leede ve ark. ERAS protokolünde ameliyat sonrası bakıma sakız çiğnemeyi dahil ettikleri çalışmalarındaki (2018) kadın/erkek sayıları kontrol grubunda 401/565, girişim grubunda 423/552 olarak saptanmış iki grup arasında fark olmadığını saptamışlardır (Ngowe ve ark. 2010; De Leede ve ark. 2018).

Çalışmamızdaki hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde, her iki grupta da evli olanların sayısı daha fazladır. Urcanoğlu'nun (2017) Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde laparoskopik kolesistektomili hastalarda sakız çiğnemenin bağırsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya, erken taburculuğa etkisini incelemek için yapmış olduğu çalışmada, (N=106) kontrol grubu evli/bekar hasta sayısı 52/1, girişim grubunun evli/bekar hasta sayısı 46/7 olarak bulmuş ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulmamıştır (Urcanoğlu 2017).

Beden kitle indeksleri ameliyat sonrası ileus için bağımsız risk faktörlerinden biridir (Aoun ve ark. 2015). Çalışmamızdaki hasta gruplarının BKİ'leri ≥ 25 grubunda daha fazladır.

Jernigan ve ark. (2014) benign jinekolojik cerrahi geçiren 109 hastada postoperatif ileusun önlenmesinde sakızın etkinliğini değerlendirmek için yaptığı çalışmada, rutin bakım uygulanan hastalarda BKİ'i 32,7, girişim grubunda ise BKİ'nin 29,6 bulunmuştur (Jernigan ve ark. 2014).

Şenol ve ark. tarafından Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Sağlığı Hastanesinde 86 hastada çeşitli jinekolojik cerrahi sonrası sakızın bağırsak fonksiyonlarına etkisini araştırmak için yapılan çalışmada, kontrol grubunun (n=51) BKİ ortalaması 46,9, sakız grubunun ise (n=35) 45,6 olarak bulunmuştur (Şenol ve ark. 2016).

Sakızın, masane kanseri tanısı almış hastalarda açık veya robotik radikal sistektomi sonrası bağırsak motilitesi üzerindeki etkisinin incelendiği randomize

karşılaştırmalı bir çalışmada (Choi ve ark. 2011), BKİ ortalaması kontrol grubunda (n=30) 24,1, sakız grubunda (n=30) 24,3 bulunmuştur.

Guangxi Üniversitesinde kolorektal cerrahi geçiren hastalarda postoperatif ileusa ameliyat sonrası sakız çiğnemenin de dahil olduğu, birkaç yöntemin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada (Yang ve ark. 2017), kontrol grubunun (n=189) BKİ ortalaması 23,5, girişim grubunun (sakız grubu n=190) ortalaması ise 23,3, De Leede ve ark. ERAS protokolünde ameliyat sonrası bakıma sakız çiğnemeyi dahil ettikleri çalışmasındaki kontrol grubu BKİ ortalamasını 25,4, girişim grubu BKİ ortalamasını 25,5 olarak saptanmıştır (De Leede ve ark. 2018).

Çalışmamızdaki kontrol ve girişim gruplarındaki hastaların eğitim durumları arasında fark bulunmadı. Yapılan çalışmalarda, çalışmamızda olduğu gibi ilkokul ve daha az eğitime sahip olan hastaların sayısı diğer eğitim gruplarına göre daha fazla bulunmuştur (Rasat ve Yousef 2013; Atkinson ve ark. 2016; Yang ve ark. 2017; Urcanoğlu 2017).

Yaptığımız çalışmada hastaların çalışma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadı. Resat ve Yousef, Kral Khalid Hastanesinde sezaryen ameliyatı geçiren 60 hasta hastada sakız çiğnenmesinin bağırsak hareketlerine etkisini araştırmak için yaptığı çalışmada, kontrol ve girişim (sakız çiğneyen) gruplarını oluşturan hastaların çalışma durumları arasında fark olmadığı görülmüştür (Resat ve Yousef 2013).

5.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TANI VE BAŞKA BİR HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamıza kolelitiazis ve abdominal herni tanısı olan hastalar dahil edilmiş olup, kolelitiazis tanılı hastalara laparoskopik cerrahi uygulanırken, abdominal herni tanısı alan hastalara açık cerrahi girişim uygulandı. Her iki grubun tanıları ve yapılan cerrahi teknik bakımından homojen bir dağılım gösterdi. Cerrahi teknik, POİ'a neden olan etmenlerden biridir. Laparoskopik intraabdominal cerrahinin açık cerrahi tekniğe göre intestinal motiliteyi daha az etkilediği literatürde belirtilmektedir (Ay ve ark. 2011).

Ngowe ve ark. kontrol (n=23) ve sakız çiğneyen girişim (n=23) gruplarında eşit sayıda, açık cerrahi prosedürle apendektomi yapılan hastaları dahil etmiş (Ngowe ve ark. 2010), Yazdi ve ark. kontrol (n=12) ve sakız çiğneyen girişim (n=12) grubu hasta sayısı eşit ve her iki gruba da laparoskopik kolesistektomi cerrahisi uygulanmıştır (Yazdi 2011). Araştırmamızdaki hastalar, kronik hastalığa sahip olma açısından iki grup da eşit dağılım göstermektedirler.

Ertaş ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalığa (Hipertansiyon, şeker hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp damar hastalığı, vd.) sahip olma bakımından sakız çiğnemeyen ve çiğneyen gruplar arasında fark bulunmadığı görülmüştür (Ertaş ve ark. 2013).

Benzer şekilde, Topçu'nun Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde kolorektal cerrahisi geçirmiş 60 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, kontrol ve girişim (sakız çiğneyen) grupları arasında kronik hastalığa sahip hasta sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Topçu 2015). Başka bir çalışmada da kontrol ve sakız çiğneyen gruplar arasında sistemik hastalığa sahip hastaların sayıları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Urcanoğlu 2017).

5.3. ÇALIŞMAYA KATILAN HASTALARIN DEFEKASYON ALIŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda gruplar arasında defekasyon alışkanlıkları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Şahin' in sezaryen doğum yapmış hastalarda sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyonun bağırsak motilitesine etkisini incelediği çalışmasında (N=240) operasyondan 3 gün içinde kabızlık yaşayan 39 hasta (%16,2), kabızlık yaşamayan 201 (%83,8) hasta bulunmuş sakız çiğnemeyen ve çiğneyen gruplar arasında kabızlık yaşama durumlarının gruplar arasında homojen dağıldığı tespit edilmiştir (Şahin 2013).

5.4. ÇALIŞMAYA KATILAN HASTALARIN AMELİYAT SÜRELERİ, AMELİYAT SONRASI BULANTI, BULANTI DÜZEYLERİ, 0-6 / 0-24 SAAT ARASINDA KUSMA, İLK BAĞIRSAK SESLERİNİN DUYULMASI, İLK GAZ

ÇIKIŞI, İLK DEFEKASYON ÇIKIŞ SAATLERİ VE TABURCU OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Çalışmamızda iki grup arası ameliyat süresi ortalaması homojen dağılmakla birlikte kontrol grubu ameliyat süresi ortalaması $78,63 \pm 22,94$ dk, girişim grubunda $82,43 \pm 28,34$ dk'dır. Anestezi süresinin uzunluğu POİ ve POBK ile yakından ilişkilidir. Verilen anestezi maddelerinin miktarı ile POİ ve POBK görülme riski doğru orantılıdır (Luckey ve ark. 2003).

Ledari ve ark. (2013) 60 nullipar kadında sezaryan sonrası sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisini incelemek için yaptığı çalışmada, kontrol grubunun (n=30) ameliyat süresi ortalaması 30.50 dk, sakız çiğneyen grubun (n=30) ortalaması 32,06 dk., Kalamak ve ark. (2015) Afşin Devlet Hastanesinde, total abdominal histerektomili hastalarda POİ' u önlemek için sakız çiğnemenin etkinliğini incelediği çalışmada kontrol grubu (n=44) ameliyat süresi ortalaması 85 dk., sakız çiğneyen grupta (n=54) 90 dk. olduğunu belirlemişlerdir (Ledari ve ark. 2013).

De Leede ve ark. kontrol grubunun ameliyat süresi ortalaması 135 dk. sakız çiğneyen grubun ameliyat süresi ortalaması 131 dk., Choi ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat süresi ortalaması kontrol grubu 520,2 dk., sakız çiğneyen grupta ise 519,4 dk. ve ameliyat sürelerinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulmamışlardır (Choi ve ark. 2011; De Leede ve ark. 2018).

Çalışmamızda ameliyat sonrası bulantı düzey ortalamaları ve 24 saatte kusma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte girişim grubunda bulantı-kusması olmayan hastalar kontrol grubundan daha fazladır. Bununla birlikte ameliyat sonrası 0-6 saat arasında kusma durumlarının karşılaştırılmasında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakla birlikte, sakız çiğneyen grupta bulunan hastaların 5,09 kat daha az kusma yaşadığı bulundu. Ameliyat sonrası 6-24 saat aralığında kusma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Ancak girişim grubunda kusması olmayan daha az hasta vardı.

Ameliyat sonrası bulantı kusma durumu, POİ'un önemli belirteçleri ve taburcu edilmenin en önemli belirleyicilerindendir (Abd El Maeboud ve ark. 2009; Şarkı ve ark. 2016).

Şarkı ve ark.'nın (2016) kolorektal cerrahi geçirmiş 2214 hastadan oluşan 26 sakız çalışmasını incelediği meta analizinde; üç çalışmada ameliyat sonrası bulantı-kusma durumları değerlendirilirmiş olup, bir çalışmada sakız çiğneyen grupta, ameliyat sonrası mide bulantısı ve kusma durumlarının daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir (Şarkı ve ark. 2016).

Abd El Maeboud ve ark. çalışmasında, sakız çiğneyen girişim grubundaki hastalarda daha az kusma olduğu görülmüştür (Abd El Maeboud ve ark. 2009).

Jernigan ve ark. ameliyat sonrası sakız çiğneyen ve çiğnemeyen gruplar arasında ameliyat sonrası bulantı durumlarında anlamlı bir fark bulmuşlardır (Jernigan ve ark. 2014).

Liu ve ark, (2017), kolorektal ameliyat geçiren hastalarda sakızın ileusu iyileştirme üzerindeki etkisini inceleyen, 1736 hastayı içeren 18 RKÇ dahil ettiği meta analizinde; üç çalışmada mide bulantısı ve kusma durumları değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası sakız çiğnemenin komplikasyon, bulantı-kusma ve şişkinlik durumlarında belirgin avantajlar göstermediğini dile getirmişlerdir (Liu ve ark.2017).

Darvall ve ark. (2017) laparoskopik veya meme cerrahisi geçirmiş kadınlarda deksametazon ve sakız çiğnemeyi kıyasladıkları çalışmasında (N=96); sakız çiğnemeyen ve çiğneyen grup arasında bulantı kusma görülme durumları arasında fark çıkmamıştır (Darvall ve ark. 2017).

Mei ve ark (2017) kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalarda sakız çiğnemenin intestinal fonksiyona etkisini inceleyen, 1845 hastayı içeren 17 çalışmayı incelediği meta analizinde, gruplar arasında ameliyat sonrası mide bulantısı ve kusma durumları arasında istatistiksel bir fark bulmamışlardır (Mei ve ark. 2017).

Primer anastamozlu kolonik cerrahide sakız çiğnemenin postoperatif ileusu etkisini araştırdığı randomize kontrollü bir çalışmaya göre (N=64) sakız çiğneyen grupta daha az kusma görülmüştür (Vergara Fernandez ve ark. 2016).

Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası bağırsak seslerinin ilk duyulma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Xu ve ark. (N=1462) ile Huang ve He'nin sezaryan doğumundan sonra bağırsak fonksiyonlarını iyileştirmek için sakızın yararlılığını araştırmak için yaptıkları meta-analizlerinde (N=882), ameliyat sonrası sakız çiğnemenin anlamlı bir fark yarattığını bulurken; Atkinson ve ark., kolorektal rezeksiyon sonrası sakızın gastrointestinal sisteme etkisini inceleyen çalışmasında,

Short ve ark. 2015'de 81 çalışmayı birleştirdiği (N=9072) sakızın gastrointestinal sisteme ameliyat sonrası etkisini araştıran analizi ile Şenol ve ark. jinekolojik cerrahi sonrası sakız çiğnemenin bağırsak seslerinin ilk duyulma saatleri arasında anlamlı bir fark yaratmadığını ifade etmişlerdir (Huang ve He 2015; Short ve ark. 2015; Atkinson ve ark. 2016; Şenol ve ark. 2016; Xu ve ark. 2018).

Çalışmamızda ameliyattan sonra hastaların ilk gaz çıkışları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası gaz çıkarma sürelerinin ortalaması (11,59±8,85) kontrol grubundaki (16,48±10,05) hastalardan daha azdı.

Ertaş ve ark. yaptığı çalışmada, kontrol grubu ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı saat ortalaması 43,6±14,0, girişim (sakız çiğneyen) grubu ortalaması 34,0±11,5 olarak ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır (Ertaş ve ark. 2013). Ledari ve ark. kontrol grubu ilk gaz çıkış saat ortalamasını 30,0±9,7, girişim (sakız çiğneyen) grubu ortalamasını 24,8±6,4; Abd El Maeboud ve ark. kontrol grubunda 24,4±7,1 sakız çiğneyen grupta 17,9±4,6; Rasat ve Yousef kontrol grubunda 9,97±3,87, sakız çiğneme grubunda 3,90±1,37 olarak bulmuşlar (Abd El Maeboud 2009; Ledari ve ark. 2012; Rasat ve Yousef 2013) ve ameliyat sonrası gaz çıkış sürelerinin girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede az olduğu görülmüştür. Kalamak ve ark. hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkış saatini kontrol grubunda 9 saat, sakız çiğneme grubunda 7 saat olarak bulmuşlar ve iki grup arasında anlamlı bir fark olduğunu bildirmişlerdir (Kalamak ve ark. 2015).

Ledari ve ark. sezaryen geçirmiş hastalarda sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonuna etkisini incelediği, 100 kadın üzerinde yaptığı çalışmada (2012), sakız çiğnemenin gaz çıkışı süresini azaltmak için kabul edilebilir yöntem olarak tariflemektedirler (Ledari ve ark. 2012).

Asao ve ark. kolorektal kanserler için laparoskopik kolektomi uygulanan hastalarda yaptığı sakız çalışmasında, sakız çiğneyen grupta gaz çıkarma süresinin daha kısa olduğunu bulmuşlardır (Asao ve ark. 2012).

Kolorektal rezeksiyon sonrası yapılan sistematik sakız çiğneme çalışmasına göre, ameliyat sonrası gaz çıkarmanın sakız çiğneyen grupta %24,3 daha erken olduğu ifade edilmiştir (Chan ve Kanunu 2008).

Marwah ve ark. tifo sonucu ileal perforasyon gelişen ve ileostomi açılan hastaların, tekrar kapatılması sonrasında sakızın bağırsak fonksiyonlarına etkisinin incelendiği çalışmada, kontrol grubunun ilk gaz çıkış süresi (73,12), girişim grubundan (58,48) fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Marwah ve ark. 2012).

Sakız çiğnemenin POİ önlenmesindeki etkinliğini inceleyen, sezaryen geçiren 1462 kadını kapsayan yedi randomize kontrollü çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasında, girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası gaz çıkarma süreleri anlamlı düzeyde az bulunmuştur (Craciuras ve ark. 2014).

Gruplar arasında ameliyat sonrası gaz çıkışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Ge ve ark., Atkinson ve ark., Şenol ve ark.'nın yapmış oldukları ameliyat sonrası sakız çiğnemeyle ilgili yaptıkları çalışmalarda kontrol ve sakız çiğneyen gruplar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir (Atkinson ve ark. 2016; Şenol ve ark. 2016; Ge ve ark. 2017).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası girişim grubunun defekasyona çıkış süresi daha az olmakla birlikte gruplar arasında fark bulunmadı. Duluklu, Gazi Üniversitesi'nde 34 kolorektal cerrahi geçirmiş hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada, sakız çiğnemeyen grupta ameliyat sonrası ilk gaitaya çıkış saati ortalaması 81,6, sakız çiğneyen grupta 55,8 saat olarak bulmuştur (Duluklu 2012).

Yuxi ve ark. 2016 yılında Pekin Üniversitesi'nde 60 ileal mesane cerrahisi uygulanan hastada yaptıkları çalışmada ve Wen ve ark.'nın meta-analizinde (2017) sezaryen sonrası intestinal fonksiyonların iyileşmesi için sakız çiğneyen hastalarda, çiğnemeyen hastalara göre defekasyona çıkış sürelerinin anlamlı derecede kısa olduğunu bulmuşlardır (Yuxi ve ark. 2016; Wen ve ark. 2017).

Ziouziova ve ark. sakız çiğnemenin radikal sistektomi uygulanan hastalarda postoperatif sonuçlarına etkisini araştıran toplam 274 hastayı kapsayan meta-analizinde, ameliyat sonrası gaita çıkışının sakız çiğneyen müdahale grubunda 19 saat daha erken bulduklarını söylemişlerdir (Ziouziova ve ark. 2017).

Urcanoğlu'nun yaptığı çalışmasında, sakız çiğnemeyen grubunun ilk gaitaya çıkış süresi 45.86, sakız çiğneyen grubun 21,07 saat olarak saptanmıştır (Urcanoğlu 2017).

Husslein ve ark. laparoskopik jinekolojik cerrahiden sonra sakız çiğneme uyguladığı çalışmalarında (N=179), Ge ve ark. ve De Leede ve ark. yaptıkları

çalışmalarda sakız çiğneyen ve çiğnemeyen grup arasında defekasyona çıkma süreleri arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır (Husslein ve ark. 2013; Ge ve ark. 2017).

Çalışmamızda sakız çiğneyen gruptaki hastalar çiğnemeyen gruba göre üç kat daha hızlı taburcu oldu. Ho ve ark. kolektomiden sonra sakızın etkisini araştırdıkları çalışmasında, (N=612) sakız çiğneyen grupta 0,5 gün taburculuk süresinin azaldığını bulmuşlardır (Ho ve ark. 2014).

Su'a ve ark. 2015'de abdominal cerrahi geçiren hastalarda sakız çiğnemenin yararını araştıran 12 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri meta-analizinde (N=1019); Ertaş ve ark. (2013), Xu ve ark. (2018) 10 randomize kontrollü çalışmayı içeren, 1462 jinekolojik cerrahi geçirmiş hastada sakız çiğnemenin etkisini inceledikleri meta-analizinde ve Mei ve ark. (2017) kolorektal cerrahi sonrası 1845 hastanın dahil olduğu 17 çalışmayı birleştirdiği meta-analizinde sakız çiğneme grubunda ameliyat sonrası hastanede kalış süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gösterdiklerini bulmuşlardır (Ertaş ve ark. 2013; Sua ve ark. 2015; Mei ve ark. 2017; Xu ve ark. 2018).

Purkayastha arkadaşlarının (2008) incelediği beş araştırmada, 158 kolektomili hastada yaptıkları meta-analizde ve Kouba ve ark. (2017) üriner diversiyon ile radikal sistektomi uygulanan 102 hastada yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası sakız çiğnemenin hastanede kalış süresinde anlamlı bir fark ortaya çıkarmadığını belirtmişlerdir. Choi ve ark. (2011) ve Huang ve He (2015)'nin yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar bulmuşlardır (Purkayastha ve ark. 2008; Choi ve ark. 2011; Huang ve He 2015; Kouba ve ark. 2017).

Bir meta-analiz sonucuna göre, sakız çiğnemenin ameliyat sonrası ileus için ucuz, güvenli, iyi tolere edilebilen ve yaygın olarak kullanılabilir bir çözüm yolu sunduğu belirtilmiştir (Liu ve ark. 2017).

Çalışmamızda ameliyat sonrası sakız çiğnemenin sindirim sistemi fonksiyonlarına olumlu yönde etkisi olduğu belirlendi.

Hasta sayısının arttırılması durumunda sakız çiğneme grubundaki hastaların bağırsak sesleri, ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı ve gaita çıkışlarında da kontrol grubuna göre farklı sonuçlar çıkabileceğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre elde edilen sonuçlar;

- Kontrol ve girişim grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu (Yaş, cinsiyet, medeni durum, BKİ, eğitim, çalışma),
- Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası bulantı durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı,
- Sakız çiğneyen hastaların çiğnemeyenlere göre ameliyat sonrası 0-6 saatleri arasında 5,09 kat daha az kusma yaşadıkları tespit edildiğinden H8 hipotezi kabul edildi,
- Kontrol ve girişim grupları arasında ameliyattan sonra 6-24 saatleri arası kusma durumları arasında fark olmadığı,
- Kontrol ve girişim grupları arasında ameliyat sonrası ilk bağırsak seslerinin duyulma saatleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı,
- Kontrol ve girişim grubunu oluşturan hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkış zamanları arasında fark olmadığı,
- Ameliyat sonrası sakız çiğnemeyen ve sakız çiğneyen grupta defekasyona çıkış süreleri arasında anlamlı fark olmadığı ve
- Ameliyat sonrası sakız çiğneyen grubun çiğnemeyen gruba göre 3,00 kat daha erken taburcu olduğu belirlenip H18 hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. ÖNERİLER

- Sakızın ucuz, iyi tolere edilebilen, literatüre göre yan etkisi olmayan, depolama alanı gerektirmeyen, yaygın olarak kullanılabilir bir çözüm olanağı tanıyan, ameliyat sonrası sindirim sistemi fonksiyonlarını düzenlemek için kullanılması,
- Daha büyük örneklerle ve farklı cerrahi gruplarında ve farklı parametreler için yapılacak araştırmalarla sakızın etkinliğinin ortaya konması,
- Cerrahi sonrası sakız çiğneme için etkili olabilecek minimum çiğneme süresi ve ne sıklıkla çiğneneceği konusunda veri elde edilmesine yönelik yeni çalışmalar planlanması önerilir.



7. KAYNAKLAR

Abd-El-Maeboud KH, İbrahim MI, Shalaby DA, Fikry MF. Gum chewing stimulates early return of bowel motility after caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 116(10): 1334-1339.

Akdemir N. Pankreas-Safra Kesesi ve Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 2. baskı, Sistem Ofset, Ankara; 2005, s: 647.

Aksoy A, Yılmaz DV. Jinekolojik Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yeni Bir Yaklaşım: Eras Protokolü ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2018; 10(1): 49-58.

Akyolcu N. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, eds. Cerrahi Hemşireliği I. 1. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul: 2012, s: 339.

Albayrak D. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Uygulanan Açık ve Laparoskopik Kolesistektomilerin Karşılaştırılması. T. C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Z. Hoşoşkun).

Albayrak D. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Uygulanan Açık ve Laparoskopik Kolesistektomilerin Karşılaştırılması. T. C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Z. Hoşoşkun).

Alkış N, Yılmaz AA, Şalvız EA. Postoperatif Bulantı-Kusma: Risk Faktörleri ve Tedavi. *Anestezi Dergisi*. 2007; 15(4): 203-213.

Andersson, T, Bjerså K, Faik K, Olsén MF. Effects of chewing gum against postoperative ileus after pancreaticoduodenectomy--a randomized controlled trial. *BMC Res Notes*. 2015; 8:37.

Aoun F, Zanaty M, Peltier A, Velthoven RV. Minimal Invasive Urologic Surgery and Postoperative Ileus. *The Open Access Journal of Science and Technology*. 2015; 3

Arslan S, Erdem S. Hepatobiliyer Sistem Cerrahisinde Bakım. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2016, s: 517-519.

Asao T, Kuwano H, Nakamura Jİ, Morinaga N, Hirayama I, Ide M. Gum Chewing Enhances Early Recovery From Postoperative Ileus After Laparoscopic Colectomy. *The American College of Surgeons*. 2002; 195(1): 30-32.

Asgeirsson T, El-Badawi KI, Mahmood A, Barletta J, Luchtefeld M, Senagore AJ. Postoperative ileus: it costs more than you expect. *Journal of the American College of Surgeons*. 2010; 210(2): 228-231.

Ashfaq A, Ahmadieh K, Shah AA, Chapital AB, Harold KL, Johnson DJ. The difficult gall bladder: Outcomes following laparoscopic cholecystectomy and the need for open conversion. *American Journal of surgery*. 2016; 212(6): 1261-1264.

Aslan G. Radikal Sistektomi Öncesinde ve Sonrasında Beslenmenin Önemi. *Üroonkoloji Bülteni*.2009; 2: 27-30.

Atkinson C, Penfold CM, Ness AR, Longman RJ, Thomas SJ, Hollingworth W, Kandiyali R, Leary SD, Lewis SJ. Randomized clinical trial of postoperative chewing gum versus standard care after colorectal resection. *British Journal of Surgery*. 2016; 103(8): 962-970.

Ay AA, Kutun S, Ulucanlar H, Tarcan O, Demir A, Çetin A. Risk factors for postoperative ileus. *Journal of the Korean Surgical Society*. 2011; 81(4): 242-249.

Aydın Ç. Çocuklarda Safra Kesesi Taşı: Klinik ve Cerrahi Bulguların Değerlendirilmesi. T. C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2016, Bursa (Prof. Dr. İ. Kırıştıoğlu).

Azoury SC, Campbell, Tufaro AP. Incisional, Epigastric, and Umbilical Hernias. <https://0210h06ei-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323376914001154>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Bang JY, Sherman S. Cholelithiasis and Cholecystitis. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323478748000341>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Barletta JF, Senagore AJ. Reducing the burden of postoperative ileus: evaluating and implementing an evidence-based strategy. *World Journal of Surgery*. 2014; 38(8): 1966-1977.

Beaux AC. Abdominal hernias. <https://0210h06ei-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780702072475000074>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Bisch SP, Wells T, Gramlich L, Faris P, Wang X, Tran DT, Thanh NX, Glaze S, Chu P, Ghatage P, Nation J, Capstick V, Steed H, Sabourin J, Nelson G. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: System-wide implementation and audit leads to improved value and patient outcomes. *Gynecologic Oncology*. 2018; 151(1): 117-123.

Bouarfa L, Schneider A, Feussner H, Navab N, Lemke HU, Jonker PP, Dankelman J. Prediction of intraoperative complexity from preoperative patient data for laparoscopic cholecystectomy. *Artificial Intelligence in Medicine*. 2011; 52(3): 169-176.

Bourgouin S, Mancini J, Monchal T, Calvary R, Bordes J, Balandraud P. How to predict difficult laparoscopic cholecystectomy? Proposal for a simple preoperative scoring system. *American Journal of Surgery*. 2016; 212(5): 873-881.

Bragg D, El-Sharkawy AM, Psaltis E, Maxwell-Armstrong CA, Lobo DN. Postoperative ileus: Recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition*. 2015; 34: 367-376.

Bulbuler N, Ilhan YS, Baktir A, Kirkil C, Dogru O. Implementation of a scoring system for assessing difficult cholecystectomies in a single center. *Surgery Today*. 2006; 36(1): 37-40.

Castro SM, Esschert JW, Heek NT, Dalhuisen S, Koelemay MJ, Busch OR, Gouma DJ. A systematic review of the efficacy of gum chewing for the amelioration of postoperative ileus. *Digestive surgery*. 2008; 25(1): 39-45.

Kouba EJ, Wallen EM, Pruthi RS. Gum chewing stimulates bowel motility in patients undergoing radical cystectomy with urinary diversion. *Urology*. 2007; 70(6): 1053-1056.

Chan MKY, Kanunu WL. Use of Chewing Gum in Reducing Postoperative Ileus After Elective Colorectal Resection: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum*. 2007; 50(12): 2149-2157.

Choi H, Kang SH, Yoon DK, Kang SG, Ko HY, Moon DG, Park JY, Joo KJ, Cheon J. Chewing Gum Has a Stimulatory Effect on Bowel Motility in Patients

After Open or Robotic Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Prospective Randomized Comparative Study. *Urology*. 2011; 77(4): 884-890.

Choi JY, Kim MJ, Park MS, Kim JH, Lim JS, Oh YT, Kim KW. Imaging findings of biliary and nonbiliary complications following laparoscopic surgery. *European Radiology*. 2006; 16(9): 1906-1914.

Craciunas L, Sajid MS, Ahmed AS. Chewing gum in preventing postoperative ileus in women undergoing caesarean section: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014; 121(7): 793-799.

Çavdar İ. Alt Sindirim Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. İçinde: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, eds. *Cerrahi Hemşireliği II*. 1. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2017, s: 202.

Çekmen N, Akçabay M, Mahli A, Arslan M. Postoperatif Bulantı-Kusmada Dekametazon ve Metoklopramid' in Etkilerinin Karşılaştırılması. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2003; 25(3): 137-143.

Çekmen N, Arslan M, Akçabay M. Postoperatif Bulantı-Kusmanın Önlenmesinde Tropisetron ve Metoklopramidin Etkilerinin Karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009; 18(1): 10-17.

Çiftci AB. Deneysel Peritonit Modeli ile Kontamine Alan Oluşturulan Ratlarda Ventral Herni Tamirinde Kompozit Sentetik Greft Kullanımının Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. RH. Gündoğdu, Op. Dr. B. O. Bozkırlı).

Çilingir D, Candaş B. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 20(2): 137-143.

Darvall JN, Handscombe M, Leslie K. Chewing gum for the treatment of postoperative nausea and vomiting: a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 2017; 118(1): 83-89.

De Leede EM, Van Leersum NJ, Kroon HM, Van Weel V, Van der Sijp JRM, Bonsing BA; Kauwgomstudie Konsorsiyumu. Multicentre randomized clinical trial of the effect of chewing gum after abdominal surgery. *British Journal of Surgery*. 2018; 105(7): 820-828.

De Leede EM, Van Leersum NJ, Kroon HM, van Weel V, van der Sijp JRM, Bonsing BA; Kauwgomstudie Konsorsiyumu. Multicentre randomized clinical trial of the effect of chewing gum after abdominal surgery. *The British Journal of Surgery*. 2018; 105(7): 820-828.

Delaney CP. Clinical perspective on postoperative ileus and the effect of opiates. *Neurogastroenterology and motility*. 2004; 2: 61-66.

Doktora SEM, Doktora AKM. Motility Through the Gastrointestinal Tract. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323358194000236>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Duluklu B. Sol Kolon ve/veya Rektum Cerrahisi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Başlamasında Sakız Çiğnemenin Rolü. T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Prof. Dr. SŞ. Çelik).

Dunbar KB, Jeyarajah DR. Abdominal Hernias and Gastric Volvulus. <https://0210h06fh-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9781455746927000260>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Durgun AV. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları: Safra Taşları. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2002; 28: 129-140.

Erdil F, Özhan Elbaş N. Gastrointestinal sistemin Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları ve Bu Hastalıkların Tedavi ve Bakımı. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara; 2001, s: 474, 499, 504.

Erdil F, Özhan Elbaş N. Gastrointestinal Sistemin Yapı ve Fonksiyonu. İçinde: Erdil F, Özhan Elbaş N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara; 2001, s: 445.

Ertas IE, Güngördük K, Ozdemir A, Solmaz U, Doğan A, Yıldırım Y. Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after complete staging

surgery for gynecological malignancies: A randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*. 2013; 131(1): 118-122.

Eti Aslan F, Yıldız Fındık Ü, Erçin Ö. Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. baskı, Nobel Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 793-803.

Fagenholz PJ, Velmahos G. The Management of Acute Cholecystitis. <https://0210h06c2-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323376914000811>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2019.

Figurski AC. Cholelithiasis. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B978032335868200044X>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2019.

Firouzian A, Kiasari AZ, Godazandeh G, Baradari AG, Alipour A, Taheri A, Emami Zeydi A, Montazemi M. The effect of intravenous dextrose administration for prevention of post-operative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: A double-blind, randomised controlled trial. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2017; 61(10): 803-810.

Fitch MT, Manthey. Abdominal Hernia Reduction. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323354783000440>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Fitzgerald JE, Ahmed I. Systematic review and meta-analysis of chewing-gum therapy in the reduction of postoperative paralytic ileus following gastrointestinal surgery. *World Journal of Surgery*. 2009; 33(12): 2557-2566.

Foxx Orenstein AE. Ileus and Pseudo-obstruction. <https://0210h06ed-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9781455746927001241>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Ge B, Zhao H, Lin R, Wang J, Chen S, Liu L, Huang S. Influence of gum-chewing on postoperative bowel activity after laparoscopic surgery for gastric cancer: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(13): e6501.

Ge W, Chen G, Ding YT. Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2015; 8(8): 11936-11942.

Glasgow RE, Mulvihill SJ. treatment of gallstone disease. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455746927000661>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Gore RM, Ghahremani GG, Donaldson CK, Smith GS, Sherbahn LC, Marn CS. Hernias and Abdominal Wall Pathology. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9781455751174001124>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Gupta N, Ranjan G, Arora MP, Goswami B, Chaudhary P, Kapur A, Kumar R, Chand T. Validation of a scoring system to predict difficult laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Surgery*. 2013; 11(9): 1002-1006.

Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of Surgery*. 2011; 146(5): 571-577.

Gül G. Laparoskopik Kolesistektomide Preoperatif Dekametazon Uygulamasının Postoperatif Hasta Konforu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. F. Çelik).

Gül G. Laparoskopik Kolesistektomide Preoperatif Dekametazon Uygulamasının Postoperatif Hasta Konforu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. F. Çelik).

Gündoğdu H. Cerrahi İyileşmenin Hızlandırılması İçin Modern Teknikler. İçinde: Eti Aslan F, eds. Cerrahi Bakım Vaka Analizleriyle Birlikte. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A. ř., Ankara; 2016, s: 455-467.

Hızlı CRG, Reed JB, Harper SJF, Saeb Parsy K, Deakin PJ. Gallstone diseases and related disorders. <https://0210h06di-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0>

B9780702046742000202?indexOverride=GLOBAL&scrollTo=%23h10000246,
Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Ho YM, Smith SR, Pockney P, Lim P, Attia J. A meta-analysis on the effect of sham feeding following colectomy: should gum chewing be included in enhanced recovery after surgery protocols?. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2014; 57(1): 115-126.

Hu ASY, Menon R, Gunnarsson R, de Costa A. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery - A systematic literature review of 30 studies. *American Journal of Surgery*. 2017; 214(5): 920-930.

Hu ASY, Menon R, Gunnarsson, De Costa A. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery - A systematic literature review of 30 studies. *The American Journal of Surgery*. 2017; 214: 920-930.

Huang HP, He M. Usefulness of chewing gum for recovering intestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics*. 2015; 54(2): 116-121.

Husslein H , Franz M, Gutschi M, Wordâ C1, Polterauer S, Leipold H. Postoperative gum chewing after gynecologic laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. *Obstet and Gynecol*. 2013; 122(1): 85-90.

İsmayilov İ. Ratlarda İnsizyonel Herni Onarımında Dısba-01 Kullanımının Yara İyileşmesi ve Ekstrasellüler Matris Üzerine Olan Etkileri. T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. E. Ersoy).

Jensen KK, Brondum TL, Harling H, Kehlet H, Jorgensen LN. Enhanced recovery after giant ventral hernia repair. *Hernia: The journal of hernias and abdominal wall surgery*. 2016; 20(2): 249-256.

Jernigan PM, Chen CC, Sewell C. A randomized trial of chewing gum to prevent postoperative ileus after laparotomy for benign gynecologic surgery. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 2014; 127(3): 279-282.

Kalamak Z, Kõřuř N, Kõřuř A, Namlı Kalem M, Hızlı D, Akçal B, Kafalı H. Jinekolojik Operasyonlarda Postoperatif İleusu Önlemek İçin Tuhaf Bir Yol:

Sakız Çiğneme. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015; 12(3): 119-122.

Kama NA, Koloğlu M, Doğanay M, Reis E, Atli M, Dolapcı M. A risk score for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. The American Journal of Surgery. 2001; 181(6): 520-525.

Keenahan M. Does gum chewing prevent postoperative paralytic ileus?. Nursing. 2014; 44(6): 1-2.

Kehlet H, Holte K. Review of Postoperative Ileus. The American Journal of Surgery. 2001; 182(5): 3-10.

Kim Y, Wima K, Jung AD, Martin GE, Dhar VK, Shah SA. Laparoscopic subtotal cholecystectomy compared to total cholecystectomy: a matched national analysis. The Journal of Surgical Research. 2017; 218: 316-321.

Kirby AC, Lentz GM. Anatomic Defects of the Abdominal Wall and Pelvic Floor: Abdominal Hernias, Inguinal Hernias, and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis and Management. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B978032332287400020X>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Kleppe KL, Greenberg JA. Enhanced Recovery After Surgery Protocols: Rationale and Components. The Surgical Clinics of North America. 2018; 98(3): 499-509.

Kuwada T, Stefanidis D. The Management of Inguinal Hernia. <https://0210h06ds-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323376914001130>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Ledari FM, Barat S, Delavar MA. Chewing gums has stimulatory effects on bowel function in patients undergoing cesarean section: a randomized controlled trial. Bosnian Journal of Basic Medical Sciences. 2012; 12(4): 265-268.

Levine D, Napolitano, Stavros AT. Dynamic Ultrasound of Hernias of the Groin and Anterior Abdominal Wall. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323401715000134>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Liu Q, Jiang H, Xuve D, Jin J. Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery: A meta-analysis of 18 randomized controlled trials. *International Journal of surgery*. 2017; 47: 107- 115.

Ljungqvist O. ERAS - Healed recovery after surgery. *Journal of Visceral Surgery*. 2011; 148(3): 157-159.

Luckey A, Livingston E, Taché Y. Mechanisms and treatment of postoperative ileus. *Archives of Surgery*. 2003; 138(2): 206-214.

Malik AA, khurshid S, Chowdhri NA, Parray FQ. Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) in Patients Undergoing Colorectal Surgeries. *International Journal of Surgical Research*. 2013; 2(5): 57-62.

Matros E, Rocha F, Zinner M, Wang J, Ashley S, Breen E, Soybel D, Şoji B, Burgess bir, Bleday R, Kuntz R, Whang E. Does gum chewing ameliorate postoperative ileus? Results of a prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons*. 2006; 202(5): 773-778.

Mephee SJ, Hammur GD. Hastalıkların Patofizyolojisi: Klinik Tıpla Bir Tanışma Çeviren: Çoban E, Süleymanlar G. 6. basım, Palme Yayıncılık, Ankara; 2012, s: 340.

Mei B, Wang W, Cui F, Wen Z, Shen M. Chewing Gum for Intestinal Function Recovery after Colorectal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology Research and Practice*. 2017; 1:1-13.

Meyer JP, Fawcett D. The use of chewing gum for preventing postoperative ileus. *BJU International*. 2008; 101(1): 1-2. * Gan TJ, Robinson SB, Oderda GM, Scranton R, Pepin J, Ramamoorthy S. Impact of postsurgical opioid use and ileus on economic outcomes in gastrointestinal surgeries. *Current Medical Research and Opinion*. 2015; 31(4): 677-686.

Miller HJ, Novitsky. Ventral Hernia and Abdominal Release Procedures. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323402323000522>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Mohsenzadeh Ledari F, Barat S, Delavar MA, Banihosini SZ, Khafri S. Chewing sugar-free gum reduces ileus after cesarean section in nulliparous

women: a randomized clinical trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013; 15(4): 330-334.

Nair A. Alvimopan for post-operative ileus: What we should know?. Acta Anaesthesiologica Taiwanica. 2016; 54(3): 97-98.

Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C1, Antrobus J, Huang J, Scott M, Wijk L, Acheson N, Ljungqvist O, Dowdy SC. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations--Part II. Gynecologic Oncology. 2016; 140(2): 323-332.

Nelson G, Dowdy SC, Lasala J, Mena G, Bakkum-Gamez J, Meyer LA, Iniesta MD, Ramirez PT. Enhanced recovery after surgery in gynecologic oncology - Practical considerations for program development. Gynecologic Oncology. 2017; 147(3): 617-620.

Ngowe MN, Eyenga VC, Kengne BH, Bahebeck J, Sosso AM. Chewing gum reduces postoperative ileus after open appendectomy. Acta Chirurgica Belgica. 2010; 110(2): 195-199.

Nygren J, Ljungqvist O, Thorell A. Enhanced Recovery After Surgery: ERAS. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44010-1_22, Erşim tarihi: 15 Ocak 2019.

Oyur Çelik G. Jinekolojik Ameliyatlar Sonrasında Hasta Kontrollü Analjezi Uygulanan Hastalarda Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Bulantı Kusmayı Önlemedeki Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, İzmir (Danışman: Prof. Dr A. Dıramalı).

Öykü SK, Chamberlain RS. A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus. Digestive Surgery. 2009; 26(4): 265-275.

Özbayır T. Cerrahi Süreç: Ameliyat Sırası Bakım ve Ameliyathane Hemşireliği. İçinde: Eti Aslan F, eds. Cerrahi Bakım Vaka Analizleriyle Birlikte. 1. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A. Ş., Ankara; 2016, s: 385-386.

Özbayır T. Kolesistektomi (Açık ve Laparoskopik). İçinde: Akbayrak N, Erkal İlhan S, Ançel G, Albayrak A, eds. Hemşirelik Bakımı Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-sosyal Boyut). 1. baskı, Alter Yay. Rek. Org. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2007: 864.

Özkan H. Umbilikal Herni Cerrahi Tedavisinde Ventralex Hernia Patch ile Onarım ve Diğer Onarım Tekniklerinin Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Birinci Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Doç. Dr A. Eren).

Purkayastha S, Tilney HS, Darzi AW, Tekkis PP. Meta-analysis of randomized studies evaluating chewing gum to enhance postoperative recovery following colectomy. Archives of surgery. 2008; 143(8): 788-793.

Raigani S, Fiedler AG, Berger DL. The Management of Asymptomatic (Silent) Gallstones. <https://0210h06c2-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B978032337691400080X>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2019.

Rasad WAEH, Yousef SAA. Effect of sugarless gum chewing on intestinal movement after cesarean section. Life Science Journal. 2013; 10(4): 3257-3261.

Salman B, Akın M, Tezcaner T, Azılı C, Yılmaz U, Şare M, Tatlıcıoğlu E. Laparoskopik Kolesistektomiden Açık Kolesistektomiye Dönülen Hastalarda Preoperatif Risk Faktörleri ve İntraoperatif Nedenler: 536 Hastanın Retrospektif Analiz. Gazi Tıp Dergisi. 2008; 19(2): 60-65.

Sanaç Y. Safra Kesesi. İçinde: Sayek İ, eds. Temel Cerrahi. 3. baskı, Güneş Kitapevi Ltd. Şti., Ankara; 2004, s: 1375-1380.

Sayek İ, Yalın R. Safra Kesesi ve Yolları Ameliyatları Sonrası Komplikasyonları. İçinde: Sayek İ, eds. Temel Cerrahi. 3. baskı, Güneş Kitapevi Ltd. Şti., Ankara; 2004, s: 1394-1397.

Satır M. Onlay Prolen Yama ile İnsizyonal Herni Onarımında, Nüks Oranları. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2012 Isparta (Danışman: Doç. Dr. R. Tarhan).

Schaeybroeck SV, Lawler M, Johnston B, Salto-Tellez M, Lee J, Loughlin P, Wilson R, Johnston PG. <https://0210h07ml-y-https-www-clinicalkey->

com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9781455728657000771, Erişim tarihi: 6 şubat 2019.

Schuster R, Grewal, N, Greaney GC, Waxman K. Gum chewing reduces ileus after elective open sigmoid colectomy. *Archives of Surgery*. 2006; 141(2): 174-176.

Schwenk ES, Grant AE, Torjman MC, McNulty SE, Baratta JL, Viscusi ER. The Efficacy of Peripheral Opioid Antagonists in Opioid-Induced Constipation and Postoperative Ileus: A Systematic Review of the Literature. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2017; 42(6): 767-777.

Short V, Herbert G, Perry R, Atkinson C, Ness AR, Penfold C, Thomas S, Andersen HK, Lewis SJ. Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 20(2): CD006506.

Solak Kabataş M, Özbayır T. Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 5(3): 120-132.

Stephen J Chapman, Jesper Nors, Julius Orhalmi, Pia-Elena Frey. Ileus Management International (IMAGINE): Protocol for a multicentre, observational study of ileus after colorectal surgery. *Colorectal Disease*. 2017; 20(1): O17-O25.

Stewart D, Waxman K. Management of postoperative ileus. *Disease-a-month*. 2010; 56(4): 204-214.

Su'a BU, Pollock TT, Lemanu DP, MacCormick AD, Connolly AB, Hill AG. Chewing gum and postoperative ileus in adults: a systematic literature review and meta-analysis. *International Journal of Surgery*. 2015; 14: 49-55.

Sugawara K, Kawaguchi, Y, Nomura Y, Suka Y, Kawasaki K, Uemura Y, Koike D, Nagai E, Furuya T, Tanaka N. Perioperative Factors Predicting Prolonged Postoperative Ileus After Major Abdominal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2018; 22(3): 508-515.

şahin EG. Sezaryen Sonrası Sakız Çiğneme, Erken Oral Hidrasyon ve Erken Mobilizasyonun Bağırsak Motilitesine Etkisi. T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F. Terzioğlu).

Şahin H, Demir A, Yıldırım Güçlü Ç, Akyurt D, Haytural C, Erdemli Ö. Laparoskopik Ürolojik Cerrahide Abdominal İnsüflasyon Basıncı ve Postoperatif Bulantı-Kusma İlişkisi. Yeni Tıp Dergisi. 2012; 29(2): 76-79.

Şarkı GM, Deng YH, Jin YH, Zhou JG, Tian x. Meta-analysis comparing chewing gum versus standard postoperative care after colorectal resection. Oncotarget. 2016; 7(43): 70066-70079.

Şenol T, Polat M, Özkaya E, Ünver G, Karateke A. Effect of Gum Chewing on Intestinal Functions after Gynecological Operations: A Randomized Controlled Study. Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine. 2016; 22(3): 160-164.

Şimşek T, Ekinçi O, Bosna G, Subaşı D, Özgültekin A, Terzioğlu B. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2015; 26(1): 35-41.

Tan EK, Cornish J, Darzi AW, Tekkıs PP. Meta-analysis: Alvimopan vs. placebo in the treatment of post-operative ileus. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007; 25(1): 47-57.

Teeuwen PH, Bleichrodt RP, Strik C, Groenewoud JJ, Brinkert W, van Laarhoven CJ, van Goor H, Bremers AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2010; 14(1): 88-95.

Tekin E, Ersoy E, Condon RE. Karın Duvarı Fıtıkları. İçinde: Sayek İ, eds. Temel Cerrahi. 3. baskı, Güneş Kitapevi Ltd. Şti., Ankara; 2004, s: 1516-1517, 1522.

Tiefenthal M, Askid D, Hjern F, Matthiessen P, Gustafsson UO. Laparoscopic and open right-sided colonic resection in daily routine practice. A prospective multicentre study within an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol. Colorectal Disease. 2016; 18(2): 187-194.

Topçu SY. Ameliyat Sonrası İleusun Önlenmesinde Sakız Çiğnemenin Etkisi. T. C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. SD. Öztekin).

Törer N, Nursal TZ, Çalışkan K, Ezer A, Çolakoğlu T, Karakayalı H, Haberal M. Safra Kesesi Ameliyatı Sonrası Cerrahi Müdahale Gerektiren Ciddi Komplikasyonlar ve Yaklaşımları. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2009; 25(2): 62-67.

Turnage RH, Mizll J, Badgwell. Abdominal Wall, Umbilicus, Peritoneum, Mesenteries, Omentum, and Retroperitoneum. <https://0210h06fp-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io/#!/content/book/3-s2.0-B9780323299879000436>, Erişim tarihi: 13 Ocak 2019.

Ucuзал M. Fıtıkta (Herniler) Örnek Bakım Planı. İçinde: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, eds. Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. 1. baskı, İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2011, s: 149.

Urcanoğlu B. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Sakız Çiğnemenin Barsak Motilitesine, Erken Mobilizasyona, Ameliyat Sonrası Ağrıya ve Erken Taburculuğa Etkisi. Türkiye Cumhuriyeti Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Tekirdağ (Danışman: Doç. Dr. T. Yıldız).

Utli H, Çalışkan N. Sakız Çiğnemenin Sezaryen Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi. Anatol J Clin Investig. 2013; 7(4): 215-221.

Ünal AE, Erpek H, Özgün H, Çevikel MH, Özbaş MS, Gürel M. İlk 416 Laparoskopik Kolesistektomi Olgularımızın Analizi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 2(2): 11-14.

Ünal EÜ, Erpek H, Özgün H, Çevikel MH, Özbaş MS, Gürel M. İlk 416 Laparoskopik Kolesistektomi Olgularımızın Analizi. ADÜ. Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 2(2): 11-14.

Van Bree SH, Nemethova A, van Bovenkamp FS, Gomez-Pinilla P, Elbers L, Di Giovangiulio M, Matteoli G, van Vliet J, Cailotto C, Tanck MW, Boeckxstaens GE. Novel method for studying postoperative ileus in mice. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol. 2012; 4(4): 219-227.

Varadhan KK, Lobo DN, Ljungqvist O. Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. Critical Care Clinics. 2010; 26(3): 527-547.

Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas PA, Hamy A, Meurette G. Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. Journal of Visceral Surgery. 2016; 153(6): 439-446.

Vergara Fernandez O, Gonzalez Vargas AP, Castellanos Juarez JC, Salgado Nesme N, Sanchez Garcia Ramos E. Usefulness of Gum Chewing to Decrease Postoperative Ileus in Colorectal Surgery with Primary Anastomosis: A

Randomized Controlled Trial. Revista De Investigacion Clinica. 2016; 68(6): 314-318.

Wang DQH, Afdhal NH. Gallstone Disease. <https://www.clinicalkey.com#!/content/book/3-s2.0-B978145574692700065X>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Wen Z, Shen M, Wu C1, Ding J, Mei B. Chewing gum for intestinal function recovery after caesarean section: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017; 17(1): 105.

Wolff AC, Domchek SM, Davidson NE, Sacchini V, McCormick B. <https://0210h07mk-y-https-www-clinicalkey-com.cbu.proxy.deepknowledge.io#!/content/book/3-s2.0-B9781455728657000916>, Erişim tarihi: 6 şubat 2019.

Xu C1, Peng J, Liu S, Qi DY. Effect of chewing gum on gastrointestinal function after gynecological surgery: A systematic literature review and meta-analysis. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2018; 44(5): 936-943.

Yang, Y, Zuo HQ, Li Z, Qin YZ, Mo XW, Huang MW, Lai H, Wu LC, Chen JS. Kolorektal kanser rezeksiyonunda simo kaynatma ve akupunktur veya şiklet sakızının tek başına postoperatif ileus üzerindeki etkinliğinin karşılaştırılması: randomize bir şalışma. Scientific Reports. 2017; 7: 37826.

Yuxi W, Yisen M, Yu F, Cheng Y, Hao Y, Wei H, Wenke H, Jinrui H, Jie J, Liquan Z. Effect of gum chewing on bowel function recovery in patients after radical cystectomy with urinary diversion. Journal of Peking University. 2016; 48(5): 822-824.

Ziouziou I, Ammani bir, Karmouni T, El Khader K, Koutani bir, Andaloussi bir IA. Does chewing gum improve postoperative results in patients undergoing radical cystectomy? A systematic review of literature and meta-analysis. Progres en Urologie. 2017; 27(10): 513-520.



8. EKLER

**8.1. EK 1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ
OLUR FORMU**

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) : Cerrahi Hastalarında Sakız Çiğnemenin Bulantı-Kusma ve Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Ameliyat sonrası görülen sorunlar arasında bulantı kusma ve karında gerginlik bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışma planlanmıştır. Bu çalışma, cerrahi hastalarında sakız çiğnemenin bulantı-kusma ve bağırsak fonksiyonlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Ameliyat sonrası odanıza geldikten 2-4 ve 6 saat sonra 15-30 dk sakız çiğnemeniz istenecektir. Ayrıca sizden belli aralıklarla bulantı, kusma, bağırsakların çalışmasıyla ilgili bilgi alınıp saat başı bağırsak sesleriniz dinlenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmayla sakız çiğnemenin bulantı, kusma ve bağırsak hareketlerine etkisini değerlendirmiş olacağız.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası dönemde hastalara sakız çiğnetilmesinin herhangi ciddi yan etkisi olmadığı vurgulanmıştır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz gizli kalacak ve diğer bireylerle paylaşılmayacaktır. Kaydedilen verileriniz isim belirtilmeden eğitimde, sağlık alanında ve bilimsel nitelikte kullanılabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Öznur BAYRAKTAR

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:	Öznur BAYRAKTAR	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	CBÜHSH TİG BÖLÜMÜ, Başhekimlik /555 762 33 66	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

8.2.EK 2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) : Cerrahi Hastalarında Sakız Çiğnemenin Bulantı-Kusma ve Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi

tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Cerrahi hastalarında sakız çiğnemenin bulantı-kusma ve bağırsak fonksiyonlarına etkisi belirlemek amacıyla yapılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Ameliyat sonrası odanıza getirildikten sonra ve kendinize geldikten sonra sizinle ve ameliyatınızla ilgili sorulardan oluşan bir form doldurulacaktır. Bu formu doldurma süresi yaklaşık 10dk sürmektedir. Ayrıca sizden belli aralıklarla bulantı, kusma, bağırsakların çalışmasıyla ilgili bilgi alınıp saat başı bağırsak sesleriniz dinlenecektir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmayla cerrahi hastalarında sindirim sistemiyle ilgili sorunların çözümüne yönelik bilimsel çalışmaya katkı sağlayacaksınız. Size rutin uygulamalar dışında bir işlem yapılmayacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmanın herhangi bir yan etkisi bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz gizli kalacak ve diğer bireylerle paylaşılmayacaktır. Kaydedilen verileriniz isim belirtilmeden eğitimde, sağlık alanında ve bilimsel nitelikte kullanılabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

2. Öznur BAYRAKTAR

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri arařtırmacıyla ayrıntılı olarak tartıřtıđm ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiř olur belgesini okudum ve anladım. Bu arařtırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hićbir kanun ve yönetmelięi gećersiz kılmaz. Arařtırmacı saklamam ićin bu belgenin bir kopyasını ćalıřma sırasında dikkat edećim noktaları da ićerecek řekilde bana teslim etmiřtir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanıć¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>	Öznur BAYRAKTAR	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	CBHSH Tİć BÖLÜMÜ, Bařhekimlik /555 762 33 66	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

8.3. EK 3. HASTA BİLGİ FORMU

Hasta Grubu:1) Deney (Sakız) 2) Kontrol

Adı Soyadı.....

1. Yaş.....

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2)Erkek

3. Boy/Kilonuz?.....cm/.....kg

4. Medeni Durumunuz?

1)Evlı 2) Bekar 3) Ayrı yaşıyor/boşanmış/eşi vefat etmiş

5. Eğitim Durumunuz ?

1) İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite

5) Diğer

6. Mesleğiniz? 1) Çalışan 2)Emekli 3) Çalışmıyor 4)

Diğer.....(açıklayınız)

7. Sağlık Güvenceniz?

1)SGK 2)Özel Sağlık Sigortası 3)Sağlık Güvencesi Yok

8. Hastanın Tanısı:.....

9. Başka Hastalığı olma durumu: 1) Evet(Yazınız)

2) Hayır

10. Haftada kaç defa büyük tuvalete çıkıyorsunuz?defa/hafta

11. Büyük tuvalete çıkarken zorlanma oluyor mu? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

12. Ameliyat Süresi:.....

13. Bulantı var mı? 1) Evet 2) Hayır 3) Biraz

14. Bulantı varsa; şiddeti nedir?

0 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

15. Kusma var mı? 1) Evet 2) Hayır

16. Kusma varsa kaç defa

Ameliyat sonrası zamanı	0: Kusma yok	1: Bir kez kusma	2: İki kez kusma	3: Üç ve daha fazla kusma
Ameliyattan hemen sonra				
2. Saat				
6. Saat				
24. saat				

17. Barsak sesleri başlama zamanı (saati).....(Ameliyat sonrası kaçınıcı saatte?)

18. Ameliyat sonrası gaz çıkarma zamanı.....(Ameliyat sonrası kaçınıcı saatte?)

19. Defekasyona çıkma zamanı (saati)..... (Ameliyat sonrası kaçınıcı saatte?)

20. Taburcu olma zamanı.....

8.5. EK 5. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL ONAYI



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Adalet KUTLU-
Cerrahi hasatlarında sakız

Sayın Doç. Dr. Adalet KUTLU

Dilekçeniz ile ilgili Etik Kurul Karar Formu ektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Adalet KUTLU-Cerrahi hasatlarında sakız 10.04.2019 karar tutanağı (1 sayfa)

Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Kampüsü Manisa
Telefon: 0236 2338586 Faks: 0236 2333460
E-Posta: tip@cbu.edu.tr - ElektronikAg@tip-cbu.edu.tr

Diğer İçerikler İçin
Lisans ve Hizmetler için Kurul İşlemleri



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ/ NO	10/04/2019 / 20.478.486
ARAŞTIRMANIN ADI	Cerrahi Hastalarında Sakız Çiğnemenin Bulantı-Kusma ve Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Adalet KUTLU
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Özner BAYRAKTAR
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	LIZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS- DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGİLER	04/04/2017 Tarih ve 16363 sayılı dilekçe

KARAR BİLGİLERİ Araştırma adından değişiklik konulu dilekçe incelenmiş; araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri ile birlikte bilimsel ve Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tıbbi/etik Kurul Üyesi	Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Değerlendirme Kurul Üyesi
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Sendar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Nurak DEMET Pediatri AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERDOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Gönül TAYŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi-Etilik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Reyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YERMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüseyin TUNÇAY Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Herhangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Değerlendirme" Gözetim Görevi İçerisinde Halkın Bilgisiz Olarak Denetlenemez. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Hüküm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilginin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zeki ARI
Başkan

8.6. EK 6. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/02/2018-E.19679



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-045.99-
Konu : Öznur BAYRAKTAR'ın Yönetim Kurulu Kararı Hk.

SBE CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 12.01.2018 tarih ve 1 numaralı Yönetim Kurulu toplantısında Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 141359010 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Öznur BAYRAKTAR'ın 27.10.2017 tarih ve 42/13 sayılı yönetim kurulu toplantısında belirlenen "**Laproskopik Kolesistektomili Hastalarda Sakız Çiğnemenin Bulantı, Kusma ve Barsak Fonksiyonlarına Etkisi**" başlıklı tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Cerrahi Hastalarında Sakız Çiğnemenin Bulantı, Kusma ve Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi**" olarak değiştirilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

27/02/2018 Bilgisayar İşletmeni
27/02/2018 Şef
27/02/2018 Enstitü Sekreteri

Bilal SEKİN
Birsen KARAN
Aynur PALAMUTÇUOĞLU

8.7. EK 7. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ TEZ ÇALIŞMA ONAYI

15.12.2017

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ GENEL CERRAHI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Üniversitemiz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Servisinizde "Cerrahi Hastalarında Sıkı Çiğnemenin Bulantı Kusma Ve Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi" başlıklı tez konusunu araştırmak amaçlı çalışma yapmak istiyorum. Bu konuda, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu kararı doğrultusunda, araştırmaya katılacak olan gönüllülerin tedavisinden sorumlu Hecim/ Hekimlerinden izin alınması gerekmektedir. Gerekli izinlerin verilmesi hususunda olurlarınızı arz ederim.

Özmir BAYRAKTAR



Öğretim Üyesi _____ Uygundur/ Uygun Değildir

Prof. Dr. Yavuz KAYA (Anabilim Dalı Başkanı)

Uygundur

Prof. Dr. Teoman COŞKUN

Uygun

Prof. Dr. Hasan AYDEDE

Uygun

Prof. Dr. M. Yamaç ERHAN

Uygun

Prof. Dr. Eray KARA

Uygun

Doç. Dr. Aslan SAKARYA

Uygun

Doç. Dr. Necmettin GÜVENCE

Uygun

Doç. Dr. Necmettin GÜVENCE
Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi A.D.
Dip. No: 23489

Yrd. Doç. Dr. Semra FUTÇU ŞAHİN

Uygun

8.4. EK 4. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına,

Tez Adı: CERRAHİ HASTALARINDA SAKIZ ÇİĞNEMENİN

BULANTI KUSMA VE BAĞIRSAK FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Tezime ilişkin 15/02/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %5'tir.

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

Tarih ve İmza
20.02.2019

Adı Soyadı :Öznur BAYRAKTAR
Öğrenci No :141359010
Anabilim Dalı :Hemşirelik
Programı :Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç.Dr. Adalet KUTLU



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TCOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Dalı Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TCOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TCOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süzülmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri jürye gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabii tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.S370.tr.html>

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı		Öznur	Soyadı	Bayraktar
Doğum Yeri		Eskişehir	Doğum Tarihi	
Uyruğu		T.C.	Tel	5557623366
E-mail		Oznurbayraktar-1@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2019
Lisans	Muğla Üniversitesi	2008
Lise	Bornova Mustafa Kemal Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Hemşire	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	10

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,28	72,78	68,15

Program Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Word	İyi
Excel	İyi
PowerPoint	İyi

KATINILAN KONGRELER: 18. Ulusal Cerrahi Kongresi (23-27 Mayıs 2012
cerrahi Hemşireliği Kongresi)